L'amélioration des pratiques professionnelles oncologiques dans un service de soins. Expérience du centre hospitalier de Lunéville

Natacha Peter

▶ **To cite this version:**

Natacha Peter. L'amélioration des pratiques professionnelles oncologiques dans un service de soins. Expérience du centre hospitalier de Lunéville. Sciences du Vivant [q-bio]. 2013. hal-01733986

HAL Id: hal-01733986
https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01733986

Submitted on 14 Mar 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10
http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php
http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm

UNIVERSITÉ DE LORRAINE FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY
2013

THÈSE

pour obtenir le grade de
DOCTEUR EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de médecine générale

par
Natacha PETER
le 12 mars 2013

L'AMÉLIORATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES ONCOLOGIQUES DANS UN SERVICE DE SOINS

Expérience du centre hospitalier de Luneville

Jury de la thèse

Serge BRIANÇON	Professeur	Président
Jean Dominique DE KORWIN	Professeur	Juge
Christian RABAUD	Professeur	Juge
Henri PIERSON	Docteur en médecine	Juge
Edith DUFAY	Pharmacien des hôpitaux	Juge

LISTE DES PROFESSEURS

UNIVERSITÉ DE LORRAINE
FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université de Lorraine : Professeur Pierre MUTZENHARDT
Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Vice Doyen « Pédagogie » : Professeur Karine ANGIOI
Vice Doyen *Mission « sillon lorrain »* : Professeur Annick BARBAUD
Vice Doyen *Mission* « *Campus »* : Professeur Marie-Christine BÉNÉ
Vice Doyen *Mission « Finances » :* Professeur Marc BRAUN
Vice Doyen Mission « *Recherche »* : Professeur Jean-Louis GUÉANT

Assesseurs :

- 1er Cycle :	**Professeur Bruno CHENUEL**
- « Première année commune aux études de santé (PACES) et universitarisation études para-médicales »	**M. Christophe NÉMOS**
- 2ème Cycle :	**Professeur Marc DEBOUVERIE**
- 3ème Cycle : *« DES Spécialités Médicales, Chirurgicales et Biologiques »* *« DES Spécialité Médecine Générale »*	 **Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI** **Professeur Paolo DI PATRIZIO**
- Filières professionnalisées :	**M. Walter BLONDEL**
- Formation Continue :	**Professeur Hervé VESPIGNANI**
- Commission de Prospective :	**Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT**
- Recherche :	**Professeur Didier MAINARD**
- Développement Professionnel Continu :	**Professeur Jean-Dominique DE KORWIN**
Assesseurs Relations Internationales	**Professeur Jacques HUBERT**

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX
Professeur Jacques ROLAND – Professeur Patrick NETTER

==========

PROFESSEURS HONORAIRES

Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY - Patrick BOISSEL - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT - François CHERRIER - Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY – Jean-Pierre - DELAGOUTTE - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS - Jean DUHEILLE - Adrien DUPREZ – Jean-Bernard - DUREUX - Gérard FIEVE - Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Oliéro GUERCI - Pierre HARTEMANN - Claude HURIET - Christian JANOT - Michèle KESSLER - Jacques LACOSTE - Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Michel MANCIAUX - Jean-Pierre MALLIÉ – Philippe MANGIN - Pierre MATHIEU - Michel MERLE - Denise MONERETVAUTRIN - Pierre MONIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN – Gilbert PERCEBOIS Claude PERRIN - Guy PETIET - Luc PICARD - Michel PIERSON - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL Jean PREVOT - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER - Michel RENARD - Jacques ROLAND - René-Jean ROYER - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Claude SIMON - Danièle SOMMELET - Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Augusta TREHEUX - Hubert UFFHOLTZ - Gérard VAILLANT - Paul VERT - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Michel WAYOFF - Michel WEBER

==========

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS
PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42ème Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1ère sous-section : ***(Anatomie)***

Professeur Gilles GROSDIDIER

Professeur Marc BRAUN

2ème sous-section : ***(Cytologie et histologie)***

Professeur Bernard FOLIGUET

3ème sous-section : ***(Anatomie et cytologie pathologiques)***

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1ère sous-section : ***(Biophysique et médecine nucléaire)***

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2ème sous-section : ***(Radiologie et imagerie médicale)***

Professeur Denis REGENT – Professeur Michel CLAUDON – Professeur Valérie CROISÉ-LAURENT

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER

Professeur René ANXIONNAT

44ème Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1ère sous-section : ***(Biochimie et biologie moléculaire)***

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR

2ème sous-section : ***(Physiologie)***

Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUEL – Professeur Christian BEYAERT

3ème sous-section : ***(Biologie Cellulaire)***

Professeur Ali DALLOUL

4ème sous-section : ***(Nutrition)***

Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT - Professeur Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45ème Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1ère sous-section : ***(Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)***

Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIEWSKI – Professeur Evelyne SCHVOERER

3ème sous-section : ***(Maladies infectieuses ; maladies tropicales)***

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1ère sous-section : ***(Épidémiologie, économie de la santé et prévention)***

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN

Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA

2ème sous-section : ***(Médecine et santé au travail)***

Professeur Christophe PARIS

3ème sous-section : ***(Médecine légale et droit de la santé)***

Professeur Henry COUDANE

4ème sous-section : ***(Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)***

Professeur François KOHLER – Professeur Éliane ALBUISSON

47ème Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1ère sous-section : ***(Hématologie ; transfusion)***

Professeur Pierre BORDIGONI - Professeur Pierre FEUGIER

2ème sous-section : ***(Cancérologie ; radiothérapie)***

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY

Professeur Didier PEIFFERT – Professeur Frédéric MARCHAL

3ème sous-section : ***(Immunologie)***

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

4ème sous-section : ***(Génétique)***

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

48ème Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1ère sous-section : ***(Anesthésiologie - réanimation ; médecine d'urgence)***

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ

Professeur Gérard AUDIBERT – Professeur Thomas FUCHS-BUDER – Professeur Marie-Reine LOSSER

2ème sous-section : ***(Réanimation ; médecine d'urgence)***

Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT

Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT

3ème sous-section : ***(Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)***

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4ème sous-section : ***(Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)***

Professeur François PAILLE – Professeur Faiez ZANNAD - Professeur Patrick ROSSIGNOL

49ème Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1ère sous-section : ***(Neurologie)***

Professeur Hervé VESPIGNANI - Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE

Professeur Luc TAILLANDIER – Professeur Louis MAILLARD

2ème sous-section : ***(Neurochirurgie)***

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE – Professeur Olivier KLEIN

Professeur Thierry CIVIT – Professeur Sophie COLNAT-COULBOIS

3ème sous-section : ***(Psychiatrie d'adultes ; addictologie)***

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

4ème sous-section : ***(Pédopsychiatrie ; addictologie)***

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC – Professeur Bernard KABUTH

5ème sous-section : ***(Médecine physique et de réadaptation)***

Professeur Jean PAYSANT

50ème Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE

1ère sous-section : ***(Rhumatologie)***

Professeur Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2ème sous-section : ***(Chirurgie orthopédique et traumatologique)***

Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD

Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

3ème sous-section : ***(Dermato-vénéréologie)***

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

4ème sous-section : ***(Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)***

Professeur François DAP – Professeur Gilles DAUTEL

51ème Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE et VASCULAIRE

1ère sous-section : ***(Pneumologie ; addictologie)***

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

2ème sous-section : ***(Cardiologie)***

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL

Professeur Christian de CHILLOU

3ème sous-section : ***(Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)***

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT – Professeur Thierry FOLLIGUET

4ème sous-section : ***(Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)***

Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

52ème Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE

1ère sous-section : ***(Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)***

Professeur Marc-André BIGARD - Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3ème sous-section : ***(Néphrologie)***

Professeur Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

4ème sous-section : ***(Urologie)***

Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

53ème Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1ère sous-section : ***(Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)***

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Gisèle KANNY – Professeur Christine PERRET-GUILLAUME

2ème sous-section : ***(Chirurgie générale)***

Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

54ème Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1ère sous-section : ***(Pédiatrie)***

Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER

Professeur François FEILLET - Professeur Cyril SCHWEITZER – Professeur Emmanuel RAFFO

2ème sous-section : ***(Chirurgie infantile)***

Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE

3ème sous-section : ***(Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)***

Professeur Jean-Louis BOUTROY - Professeur Philippe JUDLIN

4ème sous-section : ***(Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)***

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55ème Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1ère sous-section : ***(Oto-rhino-laryngologie)***

Professeur Roger JANKOWSKI – Professeur Cécile PARIETTI-WINKLER

2ème sous-section : ***(Ophtalmologie)***

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeur Karine ANGIOI

3ème sous-section : ***(Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)***

Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeur Etienne SIMON – Professeur Muriel BRIX

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61ème Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64ème Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeur Sandrine BOSCHI-MULLER

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur Jean-Marc BOIVIN

==========

PROFESSEUR ASSOCIÉ

Médecine Générale

Professeur associé Paolo DI PATRIZIO

==========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42ème Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1ère sous-section : ***(Anatomie)***

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Thierry HAUMONT – Docteur Manuela PEREZ

2ème sous-section : ***(Cytologie et histologie)***

Docteur Edouard BARRAT - Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

3ème sous-section : ***(Anatomie et cytologie pathologiques)***

Docteur Aude BRESSENOT

43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1ère sous-section : ***(Biophysique et médecine nucléaire)***

Docteur Jean-Claude MAYER - Docteur Jean-Marie ESCANYE

2ème sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Docteur Damien MANDRY

44ème Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1ère sous-section : ***(Biochimie et biologie moléculaire)***

Docteur Sophie FREMONT - Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN

Docteur Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteur Shyue-Fang BATTAGLIA

2ème sous-section : ***(Physiologie)***

Docteur Mathias POUSSEL – Docteur Silvia VARECHOVA

3ème sous-section : ***(Biologie Cellulaire)***

Docteur Véronique DECOT-MAILLERET

45ème Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1ère sous-section : ***(Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)***

Docteur Véronique VENARD – Docteur Hélène JEULIN – Docteur Corentine ALAUZET

2ème sous-section : ***(Parasitologie et mycologie)***

Madame Marie MACHOUART

46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1ère sous-section : ***(Epidémiologie, économie de la santé et prévention)***

Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE – Docteur Frédérique CLAUDOT – Docteur Cédric BAUMANN

2ème sous-section ***(Médecine et Santé au Travail)***

Docteur Isabelle THAON

3ème sous-section ***(Médecine légale et droit de la santé)***

Docteur Laurent MARTRILLE

4ère sous-section : ***(Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication***

Docteur Nicolas JAY

47ème Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

2ème sous-section : ***(Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique)***

Docteur Lina BOLOTINE

3ème sous-section : ***(Immunologie)***

Docteur Marcelo DE CARVALHO BITTENCOURT

4ème sous-section : ***(Génétique)***

Docteur Christophe PHILIPPE – Docteur Céline BONNET

48ème Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

3ème sous-section : ***(Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)***

Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT

Docteur Nicolas GAMBIER – Docteur Julien SCALA-BERTOLA

50ème Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE

1ère sous-section : ***(Rhumatologie)***

Docteur Anne-Christine RAT

3ème sous-section : ***(Dermato-vénéréologie)***

Docteur Anne-Claire BURSZTEJN

4ème sous-section : ***(Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)***

Docteur Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51ème Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

4ème sous-section : ***(Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)***

Docteur Stéphane ZUILY

53ème Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1ère sous-section : ***(Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)***

Docteur Laure JOLY

54ème Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

3ème sous-section :

Docteur Olivier MOREL

5ème sous-section : ***(Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale)***

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

==========

MAÎTRE DE CONFÉRENCE DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteur Elisabeth STEYER

==========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5ème section : SCIENCE ÉCONOMIE GÉNÉRALE
Monsieur Vincent LHUILLIER

19ème section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE
Madame Joëlle KIVITS

40ème section : SCIENCES DU MÉDICAMENT
Monsieur Jean-François COLLIN

60ème section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE
Monsieur Alain DURAND

61ème section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL
Monsieur Jean REBSTOCK

64ème section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Mademoiselle Marie-Claire LANHERS – Monsieur Pascal REBOUL – Mr Nick RAMALANJAONA

65ème section : BIOLOGIE CELLULAIRE
Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY
Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE – Monsieur Christophe NEMOS - Madame Natalia DE ISLA
Madame Nathalie MERCIER – Madame Céline HUSELSTEIN

66ème section : PHYSIOLOGIE
Monsieur Nguyen TRAN

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale
Docteur Sophie SIEGRIST
Docteur Arnaud MASSON
Docteur Pascal BOUCHE

========

PROFESSEURS ÉMÉRITES

- Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Gérard BARROCHE
Professeur Pierre BEY - Professeur Patrick BOISSEL - Professeur Michel BOULANGÉ
Professeur Jean-Pierre CRANCE - Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE - Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ
Professeur Simone GILGENKRANTZ - Professeur Michèle KESSLER -
- Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS
Professeur Luc PICARD - Professeur Michel PIERSON – Professeur Michel SCHMITT
Professeur Jean-François STOLTZ - Professeur Michel STRICKER -
Professeur Hubert UFFHOLTZ - Professeur Paul VERT
Professeur Colette VIDAILHET - Professeur Michel VIDAILHET – Professeur Michel WAYOFF

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972)
Université de Stanford, Californie (U.S.A)

Professeur Paul MICHIELSEN (1979)
Université Catholique, Louvain (Belgique)

Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)

Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)

Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)
Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)

Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)

Harry J. BUNCKE (1989)
Université de Californie, San Francisco (U.S.A)

Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)

Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume Uni)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würtzburg (R.F.A)

Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)

Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)

Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)

Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)

Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Centre Universitaire de Formation et de Perfectionnement des Professionnels de Santé d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)

Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (USA)

Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de WUHAN (CHINE)

Remerciements(1/3)

A notre président

Mr le professeur Briançon

professeur d'épidémiologie, économie de la santé et prévention

Vous nous faites l'honneur de présider le jury de cette thèse,
c'est avec un profond respect que nous vous remercions de l'intérêt porté à ce travail

Remerciements(2/3)

A nos juges

Mr le professeur De Korwin
professeur de médecine interne

Vous nous faites l'honneur d'accepter d'être membre de ce jury,
recevez l'expression de notre profonde reconnaissance

Mr le professeur Rabaud
professeur de maladies infectieuses et tropicales

Vous nous accordez votre attention en participant à ce jury,
recevez l'expression de notre sincère gratitude

Mr le docteur Pierson

Veuillez trouver dans ce travail l'expression de notre respect et de notre sincère reconnaissance, merci de votre soutien et vos encouragements, merci de nous faire bénéficier de votre savoir et de votre expérience, et merci de l'exemple que vous nous donnez dans le respect que vous savez témoigner à vos patients et à votre équipe

Mme le docteur Dufay

Nous vous exprimons toute notre gratitude et nos sincères remerciements pour avoir dirigé ce travail, merci pour votre aide essentielle dans sa réalisation, pour le temps que vous nous avez consacré et pour votre chaleureux investissement

Remerciements(3/3)

Alois Chardin

Pour l'aide précieuse que vous m'avez apportée dans la finalisation de ce travail

toute l’équipe du service de Médecine A du CHL,

Pour tous les moments que nous partageons dans le travail et dans la détente

Mme le docteur Collard, Michèle About, toute l'équipe de la pharmacie,
tous ceux qui m'ont aidé

Merci

A ma maman et à mon frère Alexandre
A ma Omi et à mon papa qui ne sont plus là

A mes enfants surtout
Anouchka, Fanny, Louis, Hugo
Avec tout mon amour

LE SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission.

Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

SOMMAIRE (1/2)

INTRODUCTION.....21
PARTIE I - L'AMELIORATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES.....22
I. Quelques définitions.....22
II. Un contexte évolutif.....23
II.1. L'évolution reglementaire.....24
II.2. L'évolution des institutions, ANDEM, ANAES et HAS.....24
II.2.1. L'ANDEM : une mission d'évaluation (1989-1997).....26
II.2.2. Le passage de l'ANDEM à l'ANAES (1996-1997).....27
II.2.3. L'ANAES : de nouvelles missions (1997-2004).....27
II.2.4. La HAS : un accroissement des missions (2005 - à ce jour).....28
II.2.5. Relations avec l'ARS dans le cadre de la loi HPST.....29
III. La qualité et la sécurité des soins et leur évaluation.....31
III.1. Les différentes dimensions de la qualité des soins. 31
III.1.1. Les soins fournis par les médecins ou les autres producteurs de soins.....31
III.1.2. Les installations et les équipements.....32
III.1.3. Les soins mis en œuvre par le patient.....32
III.1.4. Les soins reçus par la communauté.....33
III.1.5. L'évaluation des soins en question.....33
III.2. Les différents points de vue selon l'observateur lors de l'évaluation.....34
III.2.1. La qualité des soins selon les patients.....34
III.2.2. La qualité des soins selon les professionnels de santé.....35
III.2.3. La qualité des soins selon les organismes payeurs.....36
III.3. L'étude des principaux problèmes de qualité des soins rencontrés 36
III.3.1. Le manque de soins ou "underuse" (sous utilisation).....36
III.3.2. L'excès de soins ou "overuse" (sur utilisation).....36
III.3.3. Les erreurs à l'origine de complications ou "misuse" (mauvaise utilisation).....37
III.4. L'amélioration par l'évaluation.....37
IV. Le lien avec le développement professionnel continu.....39
IV.1. De la FMC au DPC.....39
IV.2. Le développement professionnel continu.....39
V. L'évaluation des pratiques professionnelles et ses méthodes.....40
V.1. Les méthodes de l'évaluation des pratiques professionnellles.....40
V.2. La réunion de concertation pluridisciplinaire.....45
V.3. La revue de pertinence des soins.....47
V.4. La revue de morbidité mortalité.....47

SOMMAIRE (2/2)

PARTIE II - L' EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES EN MEDECINE A.....49
I. Le contexte du Centre hospitalier de Lunéville.....49
I.1. L'établissement.....49
I.2. Le service de Médecine A.....51
I.3. La politique des EPP de l'établissement.....54
I.3.1. La situation institutionnelle.....54
I.3.2. La situation actuelle.....58
I.3.3. Les orientations stratégiques du CHL.....59
I.3.4. Les objectifs opérationnels.....59
I.3.5. Le plan de communication.....61
I.3.6. Les EPP en Médecine A.....61
II. La Réunion de concertation pluri-professionnelle (RCP) en cancérologie.....63
II.1. L'organisation.....63
II.2. L'activité de RCP au CHL.....66
II.3. Le lien avec la certification 2011 du CHL.....68
III. La revue de pertinence des prescriptions des médicaments anticancéreux.....69
III.1. Le Contrat de bon usage des médicaments et prestations au CHL.....69
III.2. L'activité de RPP en médecine A.....71
III.2.1. Revue de pertinence des prescriptions – 2007.....71
III.2.2. Revue de pertinence des prescriptions – 2009.....72
III.2.3. Enquête des pratiques de prescription – 2009/2010.....73
III.2.4. Revue de pertinence des prescriptions – 2010.....74
III.2.5. Revue de pertinence des prescriptions en 2011.....76
III.3. Le lien avec la certification 2011 du CHL.....78
IV. La revue de morbidité mortalité en cancérologie.....79
IV.1. L'organisation au CHL.....79
IV.2. L'activité de RMM en médecine A.....79
IV.2.1. La première réunion du 18 avril 2011 : Présentation de la méthode, définition des thèmes.....79
IV.2.2. La première RMM du 05 mai 2011 : problèmes liés à l'utilisation des cathéters à chambre implantable.....79
IV.2.3. La deuxième RMM du 23 juin 2011 : Les reports de cure.....81
IV.2.4. La REMED du 27 juillet 2011.....83
IV.2.5. La troisième RMM du 15 septembre 2011 : Les décès en première ligne de chimiothérapie.....83
IV.2.6. La quatrième RMM du 20 octobre 2011: Gestion des foyers infectieux potentiels. 85
IV.2.7. L'audit et le bilan 2011 des RMM.....86
IV.3. Le lien avec la certification 2011 du CHL.....87
V. Discussion sur les EPP.....88
CONCLUSION.....95

LISTE DES ABREVIATIONS (1/4)

AC	audit clinique
ACC	audit clinique ciblé
ALARM	association of litigation and risk management
AMDEC	analyse des modes de défaillances, de leurs effets et de leur criticité
AMM	autorisation de mise sur le marché
ANAES	agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
ANAP	agence nationale d'appui à la performance
ANDEM	agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale
ANSM	agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé
ARS	agence régionale de santé
AS	aide-soignant(e)
ASIP	agence des systèmes d'information partagés de santé
ATC	anatomical therapeutic chemical
ATIH	agence technique de l'information sur l'hospitalisation
3C	centre de coordination de cancérologie
CACNP	comission des admissions et des consultations non programmées
CAV	centre Alexis Vautrin
CBU	contrat de bon usage des médicaments et des prestations
CCAM	classification commune des actes médicaux
CCECQA	comité de coordination de l'évaluation clinique et de la qualité en Aquitaine
CCI	cathéter à chambre implantable
CCORVI	comité de coordination des vigilances
CDPC	comité du développement professionnel continu
CEPP	comité de l'évaluation des pratiques professionnelles
CHL	centre hospitalier de Lunéville
CHSCT	comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail
CHT	communauté hospitalière de territoire
CHU	centre hospitalier universitaire
CJA	clinique Jeanne d'Arc
CLAN	comité de liaison en alimentation et nutrition
CLIN	comité de lutte contre les infections nosocomiales
CLUD	comité de lutte contre la douleur
CME	commission médicale d’établissement
CMU	couverture maladie universelle
CNAMTS	caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés

LISTE DES ABREVIATIONS (2/4)

CNEM	comité national de l'évaluation médicale
CNFMC	conseils nationaux de la formation médicale continue
COG	clinique oncologique de Gentilly
COMEDIMS	commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles
COPIL	comité de pilotage
COPS	comité politique et de sécurité
CPOM	contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens
CQSS	commission de la qualité et de la sécurité des soins
CREF	contrat de retour à l'équilibre financier
CREX	cellule ou comité de retour d'expérience
CRUQPC	commission des relations avec les usagers et de qualité de la prise en charge
CSIRMT	commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques
CSTH	comité de sécurité transfusionnelle et d'hémovigilance
CTE	comité technique d'établissement
DGOS	direction générale de l'offre de soins
DMP	dossier médical du patient
DPC	développement professionnel continu
DPU	dossier patient unique
DU	diplôme universitaire
ECX	protocole epirubicine – cisplatine – xeloda
EHPAD	établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EI	événement indésirable
EMSSA	équipe mobile de soins, de soutien et d'accompagnement
EPP	évaluation des pratiques professionnelles
EPRD	état des prévisions de recettes et de dépenses
ES	établissement de santé
ETP	équivalent temps plein
ETP	éducation thérapeutique du patient
EVALOR	évaluation en santé en Lorraine
5FU	5 fluorouracile
FMC	formation médicale continue
FORAP	fédération des organismes régionaux pour l'amélioration des pratiques en établissement de santé
GCS	groupement de coopération sanitaire
GHS	groupe homogène de soins

LISTE DES ABREVIATIONS (3/4)

GREQ	service de la gestion des risques, de l'évaluation et de la qualité
GRIEPS	groupe de recherche et d'intervention pour l'éducation permanente des professions sanitaires et sociales
HAS	haute autorité de santé
HPST	hôpital, patient, santé, territoire (loi)
ID	insuffisance de données
IDE	infirmier(ère) diplômé(e) d'état
IDM	infarctus du myocarde
INCa	institut national du cancer
IPAQSS	indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins
IPC	indicateurs de pratique clinique
ISO	organisation internationale de normalisation
JCAHO	joint comission on accreditation of healthcare organization
MCO	médecine, chirurgie, obstétrique
MIG	missions d'intérêt général
MSPS	maîtrise statistique des processus en santé
OMEDIT	observatoires des médicaments, des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique
OMS	organisation mondiale de la santé
ONCOLOR	réseau régional de cancérologie de Lorraine
OPT	orthopantomogramme
PACQ	programme d'amélioration continue de la qualité
PACQS	politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité
PAQS	programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité
PDCA	plan, do, check, act
PGFP	plan global de financement pluriannuel
PPS	plan personnalisé de soins
PRS	projet régional de santé
PTM	problèmes thérapeutiques liés aux médicaments
PTT	protocole temporaire de traitement acceptable
QUALHAS	plateforme de recueil des indicateurs de qualité de la HAS
RCP	réunion de concertation pluriprofessionnelle
REMED	revue des erreurs liées aux médicaments et dispositifs médicaux associés
RMM	revue de morbidité mortalité
RPP	revue de pertinence des prescriptions

LISTE DES ABREVIATIONS (4/4)

RPS	revue de pertinence des soins
SIH	système d'information hospitalier
SNA	situation non acceptable
SOFESTEC	société française d'évaluation des soins et des technologies
SOR	standards options recommandations
SSR	soins de suite et de réadaptation
T2A	tarification à l'activité
TNM	tumeur, ganglions, métastases
UHCD	unité d'hospitalisation de courte durée
UMA	unité de médecine ambulatoire
UNCAM	union nationale des caisses d'assurance maladie
UNAFORMEC	union nationale des associations de formation médicale et d'évaluation continue
URLM	unions régionales des médecins libéraux
USC	unité de soins continus
USLD	unité de soins de longue durée
VIH	virus de l'immunodéficience humaine
VSL	véhicule sanitaire léger

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Les méthodes d'EPP et les objectifs visés
Tableau 2 : Le centre hospitalier de Lunéville en quelques chiffres
Tableau 3 : Le nombre de patients cancéreux pris en charge au CHL
Tableau 4 : Les consommations en € des produits de santé sur 2011
Tableau 5 : La composition de la CQSS du CHL
Tableau 6 : La composition du CEPP du CHL
Tableau 7 : Evaluation des pratiques professionnelles.Tableau de bord des EPP 2012 au CHL
Tableau 8 : Les résultats de l'enquête de pratique 2007 sur les RCP du CHL

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Le cycle de Walter A.SHEWHART ou la roue de la qualité d' Edward J DEMING
Figure 2 : Le schéma de l'organisation générale du CHL
Figure 3 : La place des EPP dans le processus de prise en charge du patient cancéreux
Figure 4 : La position du CHL en 2009 concernant la réalisation des RCP – ARS Lorraine
Figure 5 : La revue de pertinence des médicaments anticancéreux en 2011

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens 2007 du CHL. Objectif stratégique n°4

Annexe 2 : Certification 2011 – Composition des groupes de travail dont celui des EPP

Annexe 3 : Certification 2007 – Liste des EPP du CHL

Annexe 4 : CPOM 2012 – Autorisation en cancérologie du CHL – Volet 8A1

Annexe 5 : Certification 2011 – Rapport final relatif à la référence 28 sur les EPP

Annexe 6 : Compte de résultats analytiques 2011 – Personnel de médecine A

Annexe 7 : Politique Qualité & Sécurité du CHL 2011 – 2016

Annexe 8 : Réglement intérieur de la commission des EPP

Annexe 9 : Mode opératoire sur l'organisation des EPP par pôle d'activité médicale

Annexe 10 : Point sur la certification du CHL sur les EPP – Septembre 2011

Annexe 11 : Rapport d'étape 2011 du Contrat de Bon Usage des médicaments et des produits et prestations du CHL

Annexe 12 : Mode opératoire sur le fonctionnement des Réunions de Concertation Pluridisciplinaires du CHL

Annexe 13 : Fiche électronique de Réunion de Concertation Pluridisciplinaire du CHL – Recto

Annexe 14 : Fiche électronique de Réunion de Concertation Pluridisciplinaire du CHL – Verso

Annexe 15 : Certification 2007 – Référence 44C – RCP

Annexe 16 : Réunion de Concertation Pluridisciplinaire – Bilan 2009

Annexe 17 : Réunion de Concertation Pluridisciplinaire – Bilan 2010

Annexe 18 : Réunion de Concertation Pluridisciplinaire – Bilan 2011

Annexe 19 : RCP et RPP - CBUs 2010 – Enquête de pratiques sur 20 patients

Annexe 20 : RCP – Certification 2011 – Fiche HAS sur la Réunion de Concertation Pluridisciplinaire en cancérologie

Annexe 21 : Indicateurs IPAQSS 2011 relatifs à la Réunion de Concertation Pluridisciplinaire au CHL

Annexe 22 : Certification V2 Référence 44c - RPP

Annexe 23 : RPP - Oncolor 2009 - Enquête sur 63 protocoles anticancéreux

Annexe 24 : RPP - CBUs 2010 - Enquête sur 3 médicaments anticancéreux

Annexe 25 : Audit ARS - Restitution des audits des prescriptions des molécules remboursées en sus des GHS

Annexe 26 : RPP anticancéreux - Fiche HAS Certification 2011

Annexe 27 : RPP anticancéreux - Présentation pour certification 2011

Annexe 28 : RMM REMED - Règlement intérieur & Bilan 2011

Annexe 29 : Mode opératoire sur l'oganisation des RMM

Annexe 30 : RMM REMED - Protocole carboplatine paclitaxel avec cahier de la REMED - 2011

Annexe 31 : RMM REMED - Fiche HAS Certification 2011 - REMED

Annexe 32 : RMM - Fiche HAS Certification 2011 - RMM Cancérologie

INTRODUCTION

"Ai-je bien fait ce qu'il fallait faire pour ce malade? Ai-je décidé du bon traitement pour ce patient? L'ai-je bien prescrit ? Pourquoi cela ne s'est-il pas passé comme prévu? Avons-nous tous bien fait ce qu'il fallait faire, pour que cela ne se reproduise pas?"

La première question pose le concept de l'évaluation des pratiques professionnelles sous forme d'une interrogation formulée par les qualiticiens. Les trois questions suivantes expriment de façon synthétique l'objectif de la réunion de concertation pluri-professionnelle, de la revue de pertinence des prescriptions médicales et de la revue de morbidité mortalité. La dernière question correspond à une des finalités recherchées lors de la conduite d'une évaluation des pratiques professionnelles, l'amélioration.

Ces questions sont récurrentes dans l'exercice professionnel d'un médecin. Lorsqu'il y applique un peu de méthode, lorsqu'il mesure quelques résultats ou lorsqu'il se compare à ce que font ses pairs, le médecin initie une démarche d'évaluation de ses pratiques, le plus souvent sans le savoir. L'enjeu pour le professionnel de santé, et le médecin en particulier, est là : devenir acteur à part entière, c'est à dire exercer, évaluer son exercice, modifier son exercice, l'améliorer de façon continue et non ponctuellement ou épisodiquement, pleinement conscient de la démarche.

En plus d'une organisation à structurer, c'est donc un état d'esprit qu'il est nécessaire d'acquérir.

En novembre 2009, j'ai pris mes fonctions dans le service de médecine A du centre hospitalier de Lunéville où la pratique de l'évaluation est acquise et intégrée. Elle l'est pour plusieurs raisons : la conviction pour les médecins d'être contributive de qualité des soins et de sécurité pour le patient comme pour le personnel soignant, mais aussi la compréhension de leur part de démontrer qu'il y a qualité et efficience dans les soins pour obtenir des moyens ou plus simplement pour être autorisé à exercer. Il existe un contexte institutionnel et réglementaire incitatif au développement de l'évaluation des pratiques professionnelles dans le système de santé en France. Mais la démarche pour être systématisée et pérenne dans un établissement de santé doit être portée par la motivation des professionnels et des médecins en particulier.

Le service où j'exerce a mis en place l'évaluation des pratiques professionnelles depuis 1996. La pratique de prescription des héparines de bas poids moléculaire chez le patient médical, en prévention des thromboses veineuses profondes, a été le premier thème ayant fait l'objet d'un audit clinique.

L'objectif de ma thèse est de présenter un état des lieux de la pratique d'évaluation dans ce service. Cet état des lieux concerne la prise en charge du patient cancéreux en ciblant plus particulièrement la réunion de concertation pluridisciplinaire, la revue de pertinence des prescriptions des médicaments anticancéreux et la revue de morbidité mortalité des événements indésirables survenus au cours de sa prise en charge.

PARTIE I - L'AMELIORATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

I. Quelques définitions

"La qualité est l'ensemble des propriétés et caractéristiques d'un produit ou service qui lui confèrent l'aptitude à satisfaire des besoins exprimés ou implicites" selon la norme ISO 9000 [1].

"L'évaluation de la qualité des soins est une démarche qui permet de garantir à chaque patient de recevoir l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques lui assurant le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour le même résultat, au moindre risque iatrogénique, pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, résultats, contacts humains, à l'intérieur du système de soins" selon l'Organisation mondiale de la santé [2].

"Les soins de haute qualité contribuent fortement à augmenter ou maintenir la qualité de vie et/ou la durée de vie" selon *l'American Medical Association* [3].

"La qualité des soins est la capacité des services de santé destinés aux individus et aux populations d'augmenter la probabilité d'atteindre les résultats de santé souhaités, en conformité avec les connaissances professionnelles du moment","Un système de santé offre des soins de qualité, au niveau individuel et au niveau collectif, dès lors que ces soins augmentent la probabilité d'atteindre les résultats recherchés en terme d'état de santé et sont en accord avec l'état de l'art" selon *l'Institute of Medecine, 1990* [3].

"L'évaluation médicale est l'ensemble des méthodes et des mécanismes visant à s'assurer que les soins médicaux sont administrés de manière appropriée, pertinente et efficace, conformément à l'état actuel des connaissances médicales, au moindre risque pour le patient, par des personnes compétentes, au moindre coût et à efficacité égale et entraînant la satisfaction des patients. L'évaluation médicale se préoccupe avant tout de la qualité médicale des soins. Elle est un corollaire indispensable à tout effort de maîtrise des dépenses de santé" selon le dictionnaire français de santé publique, 1991 [4].

L'évaluation des pratiques professionnelles mentionnée à l'article L. 4133-1-1 du Code de la santé publique a pour but "l'amélioration continue de la qualité des soins et du service rendu aux patients par les professionnels de santé. Elle vise à promouvoir la qualité, la sécurité, l'efficacité et l'efficience des soins et de la prévention et plus généralement la santé publique, dans le respect des règles déontologiques.... Elle consiste en l'analyse de la pratique professionnelle en référence

à des recommandations et selon une méthode élaborée ou validée par la Haute Autorité de santé et inclut la mise en oeuvre et le suivi d'actions d'amélioration des pratiques" selon le code de la santé publique [5].

"La culture de sécurité des soins désigne un ensemble cohérent et intégré de comportements individuels et organisationnels, fondé sur des croyances et des valeurs partagées, qui cherche continuellement à réduire les dommages aux patients, lesquels peuvent être associés aux soins" selon la société européenne pour la qualité des soins [6].

"L'évaluation des pratiques professionnelles, avec le perfectionnement des connaissances, fait partie intégrante de la formation médicale continue", "La qualité d'un système de santé augmente lorsque les soins prodigués sont aussi efficaces, sûrs et accessibles que possible, dans des conditions aussi équitables et efficientes que possible" selon la Haute Autorité de Santé [7].

II. Un contexte évolutif

L'évaluation médicale, gérée par les professionnels de santé eux-mêmes, doit permettre de standardiser une attitude médicale, une stratégie diagnostique et thérapeutique qui tiennent compte de l'utilité pour le malade, des rapports avantages/inconvénients et coût/efficacité. Le choix se fonde sur l'étude objective de la littérature médicale afin d'éliminer les procédures obsolètes, inutiles, voire nocives [8].
L'évaluation médicale évalue la qualité des soins, par rapport à une qualité de référence et par nécessité car la médecine est devenue plus efficace mais aussi plus complexe et par conséquent plus dangereuse. L'évolution de la médecine est marquée par de grands progrès scientifiques et techniques. Le corollaire est la maîtrise de l'augmentation des dépenses de santé pour les responsables politiques et sociaux. Ces derniers s'intéressent surtout à l'évaluation quantitative des soins médicaux, leur coût, les ressources nécessaires. L'objectif de l'évaluation diffère car il est de rationaliser les pratiques pour économiser.

Pour autant ces deux finalités de l'évaluation médicale sont liées car une meilleure utilisation des moyens et une maîtrise des événements indésirables diminuent les dépenses. Néanmoins, l'amélioration de la qualité des soins nécessite pour elle-même des investissements pour satisfaire à son caractère opérationnel mais aussi pour la recherche qui doit lui être adjointe et la communication qui doit structurer un partage d'expérience .[8, 9, 10].
Quel que soit l'enjeu financier, l'évaluation médicale est une partie de l'exercice médical lui même, il ne peut être mis en œuvre que par les praticiens.

II.1. L'évolution reglementaire

Initialement, l'évaluation est une démarche exclusivement médicale, mais avec la loi de 1991, elle devient un moyen de planifier et de réguler le système de soins. Cette volonté politique fait la liaison entre évaluation et planification et dépasse donc la conception qu'ont les professionnels de santé de l'évaluation de la qualité des soins [11].

Cette loi adopte plusieurs mesures destinées à rendre obligatoire l'évaluation de la qualité des soins, afin de l'améliorer et d'optimiser l'offre de soins. Elle impose la nécessité d'institutionnaliser l'évaluation. L'évaluation des soins relève de la compétence des établissements, en 1991, c'est aux directeurs et aux conseils d'administration qu'incombe la responsabilité de sa mise en œuvre. Dans le respect du secret médical et des droits des malades, ils ont à mettre en œuvre des systèmes d'information qui tiennent compte notamment des pathologies et des modes de prise en charge en vue d'améliorer la connaissance et l'évaluation de l'activité et des coûts et de favoriser l'optimisation de l'offre de soins.

Avec la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 dite loi HPST - hôpital, patient, santé, territoire - , c'est au niveau de la commission médicale d'établissement (CME) que la politique de la qualité et de la sécurité des soins est définie et la politique de l'évaluation des pratiques professionnellles (EPP) en fait partie.
Mais il incombe au directeur de l'établissement de santé public ou privé ou participant au service public de décider de sa mise en oeuvre [12].
L'implication des responsables est donc indispensable et nécessaire à la réussite de la mise en place de la démarche d'évaluation dans un établissement.

II.2. L'évolution des institutions, ANDEM, ANAES et HAS [7, 10]

A la fin des années 1970, les concepts et méthodes d'évaluation des soins sont diffusés en France. Les premières expériences et textes réglementaires ont d'abord porté sur l'évaluation des pratiques professionnelles, particulièrement concernant les soins aux patients. Le concept a ensuite évolué pour adapter la notion de qualité des soins à la maîtrise des dépenses et à la régulation du système de santé.
Si la première conception était celle de professionnels de santé soucieux d'améliorer leurs pratiques, la deuxième démarche est spécifique aux pouvoirs publics et aux organismes de financement (même si elle peut être partagée par les professionnels de santé), elle a pour objectif d'apporter une réponse appropriée aux besoins de la population en tenant compte des ressources limitées dont dispose la nation. Et même si ce sont des cliniciens et des médecins de santé

publique qui ont proclamé la nécessité de l'évaluation médicale, ce sont les autorités qui amorcent réellement la démarche.
En janvier 1981, une lettre du Ministre de la santé aux présidents des Commissions médicales consultatives officialise la volonté politique de développer au sein des hôpitaux français une démarche d'évaluation de la qualité des soins. Elle préconise la création de Comités médicaux spécialisés composés de médecins et personnels de soins. Elle suggère d'évaluer l'admission des patients, les alternatives à l'hospitalisation, la sortie et la réinsertion, l'utilisation au mieux du séjour hospitalier, avec la critique des stratégies diagnostiques et thérapeutiques et de la prescription d'examens cliniques et thérapeutiques. Elle insiste sur le rôle des médecins dans cette démarche interne, et exclut tout contrôleur extérieur sur le corps médical.

La loi n° 84.5 du 3 janvier 1984 portant diverses mesures relatives à l'organisation du service public hospitalier institue la production annuelle par la Commission médicale consultative d'un rapport sur l'évaluation de la qualité des soins dispensés dans l'établissement, qui doit être transmis au conseil d'administration et au comité technique paritaire de l'établissement [13].

Au milieu des années 1980, est crée la Société française d'évaluation des soins et des technologies (SOFESTEC) à l'initiative de Dominique JOLY, elle est ensuite présidée par Michel AMOURETTI.

Le 30 Juin 1987, est créé par décret auprès du Ministère de la santé, le Comité national de l’évaluation médicale (CNEM). Il a pour mission de recenser les initiatives et les opérations d’évaluation dans le domaine médical, de les susciter, et de diffuser les résultats obtenus. Il doit émettre des recommandations sur les techniques d’évaluation et sur les règles propres à garantir la fiabilité des informations diffusées. Mais il n'a pas reçu de mandat explicite pour les actions hospitalières.

En décembre 1988, le Ministre de la Solidarité, de la Santé et de la Protection Sociale, Claude EVIN, charge un groupe de travail de remettre un rapport sur le développement de l’évaluation médicale en France. La mission ministérielle se réunit en janvier 1989 sous la présidence du Dr Jean François ARMOGATHE, alors président de l’union nationale des associations de formation médicale et d'évaluation continue (UNAFORMEC). Le rapport précise, parmi les objectifs à fixer, de susciter et de développer une démarche d'évaluation de la qualité des soins s'accompagnant de la mise en place de systèmes incitatifs internes et d'avantages pour les organismes de soins qui s'y livrent. Alors qu’auparavant les démarches étaient basées sur le volontariat et l'auto évaluation, les experts retiennent comme priorité la nécessité de mettre en place une mesure des pratiques par un système d'évaluation externe aboutissant à une sanction positive qu'est

l’agrément, ou l'accréditation. L'évaluation de la qualité des soins aboutit alors à une reconnaissance externe, de type certification ou accréditation. La certification est une procédure par laquelle une tierce partie, l'organisme certificateur, donne une assurance écrite qu’un produit, un processus, ou un service est conforme aux exigences spécifiées.
Le rapport propose notamment au ministre des structures possibles pour favoriser le développement de l’évaluation en France.

II.2.1. L’ANDEM : une mission d’évaluation (1989-1997)

En septembre 1989, une décision ministérielle crée l’Agence nationale pour le développement de l’évaluation médicale(ANDEM).
L' ANDEM est un organisme scientifique et technique indépendant qui a pour objet la conduite de toute action dans le domaine de l’évaluation médicale, des soins et des technologies médicales ayant un impact en terme de santé publique.Nommé par le conseil d’administration, le directeur, le Professeur Yves MATILLON, est demeuré jusqu’à la dissolution de l’association prononcée en 1997.
Les principales missions de l’ANDEM à sa création sont de :
- rassembler la documentation nationale et internationale sur l’évaluation médicale,
- inciter par des actions de formation au développement de compétences en évaluation,
- définir les bases méthodologiques des procédures d’évaluation,
- réaliser et assurer le suivi technique des évaluations et des études sélectionnées avec l’avis du conseil scientifique,
- étudier l’impact des études d’évaluation sur les professionnels de santé et le public,
- et enfin, diffuser le résultat de ces évaluations aux professionnels de santé, voire au grand public.

Une des premières actions de l'ANDEM a été la réalisation d'études d'évaluation des pratiques cliniques (médicales et infirmières) avec une quinzaine d'établissements hospitaliers, afin d'étudier les conditions dans lesquelles une telle démarche pourrait se développer en France.

En 1990-1992, le pôle Évaluation de l'ANDEM est chargé des études d'évaluation des stratégies et techniques médicales. Trois services apparaissent alors, correspondant à trois niveaux d'évaluation: le service d'évaluation en médecine ambulatoire, ou service médecine libérale (évaluation des résultats), le service d'évaluation hospitalière (évaluation des structures, de la qualité des soins en hôpital), le service des études dirigé par le Dr Pierre DURIEUX, qui évalue les stratégies diagnostiques ou thérapeutiques.
L'ANDEM a été dissoute le 3 juin 1997.

II.2.2. Le passage de l'ANDEM à l'ANAES (1996-1997)

Conformément aux Ordonnances du 24 avril 1996, portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, puis au décret n°97-311 paru au Journal Officiel du 8 avril 1997, l'ANDEM est transformée en un établissement public administratif dénommé ANAES : Agence nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé.
"L'accréditation est une procédure externe à un établissement de santé, dont l'objectif est d'obtenir une appréciation indépendante de la qualité de cet établissement".
L'accréditation par l'ANAES a pour objectif de s'assurer que les établissements de santé développent une démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins délivrés aux patients. Cette procédure obligatoire doit servir à promouvoir la qualité des prestations servies aux patients.

II.2.3. L'ANAES : de nouvelles missions (1997-2004)

L'agence nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé est dirigée par un directeur général nommé par arrêté du ministère chargé de la santé après avis du conseil d'administration, pour une durée de 5 ans. Il est assisté d'un secrétaire général nommé pour 5 ans par arrêté du ministère après avis du directeur général. Le premier directeur général nommé par l'arrêté du 14 avril 1997, chargé de la mise en place de l'ANAES, est le Professeur Yves MATILLON. Alain COULOMB lui succède en novembre 2001.

L'ANAES possède trois instances : le conseil d'administration qui adopte le budget, approuve les comptes, le règlement intérieur, fixe le programme de travaux et en suit l'exécution, le conseil scientifique, réparti en deux sections -évaluation et accréditation-, et le collège d'accréditation.
L'ANAES reprend les missions d'évaluation de l'ANDEM enrichies de nouvelles actions: l'accréditation des établissements de soins, la nomenclature (émission d'avis scientifiques et techniques, par le développement d'études d'évaluation technologique, sur la liste des actes, des prestations et des fournitures remboursés par l'assurance maladie), et l'évaluation d'actions et de programmes de santé publique.
L'accréditation est une procédure externe à un établissement de soins, indépendante de celui-ci ou de ses organismes de tutelle, effectuée par des professionnels, évaluant l'ensemble de son fonctionnement et de ses pratiques. Cette évaluation vise à assurer la sécurité et la qualité des soins donnés au patient et à promouvoir une politique de développement continu de la qualité au sein de l'établissement.
Au 1er janvier 2005, l'ANAES est intégrée dans une nouvelle entité : la Haute Autorité de Santé.

II.2.4. La HAS : un accroissement des missions (2005 - à ce jour) [14,15]

La HAS est une autorité publique indépendante à caractère scientifique, dotée de la personnalité morale et disposant de l'autonomie financière, créée par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie afin d'améliorer la qualité en santé en contribuant au maintien d'un système de santé solidaire et au renforcement de la qualité des soins, au bénéfice du patient. Elle s'appuie sur trois principes fondateurs: Indépendance, rigueur scientifique et transversalité, ses missions portant sur toute l'organisation des soins.

La HAS comprend un collège, sept commissions spécialisées ainsi que deux réseaux de collaborateurs externes. Elle est présidée par le Professeur Jean Luc HARROUSSEAU et dirigée par Dominique MAIGNE.
Les missions de la HAS sont les suivantes :

- Promouvoir les bonnes pratiques et le bon usage des soins auprès des professionnels de santé et des usagers de santé, en établissant notament des recommandations professionnelles, destinées aux professionnels de santé en exercice qui couvrent tout le champ de la santé, elles décrivent les soins les plus adaptés à un patient donné compte tenu de l'état actuel des connaissances et des pratiques médicales.
- Améliorer la qualité des soins en établissement. La HAS coordonne ainsi la mise en oeuvre de trois dispositifs d'amélioration de la qualité des pratiques et des soins :
    1. La certification des établissements de santé. Le dispositif de certification vise à améliorer la qualité des soins fournis par les établissements de santé et à mettre à disposition du public une information sur la qualité des prestations délivrées par ces établissements.
    2. L'accréditation des médecins et des équipes médicales.
    3. L'évaluation des pratiques professionnelles. L'EPP est une démarche organisée d'amélioration des pratiques, obligatoire pour tous les médecins. Elle se traduit par un double engagement des médecins : fonder leur exercice clinique sur des recommandations et mesurer et analyser leurs pratiques par rapport à celles-ci.
- Informer les professionnels de santé et améliorer la qualité de l'information médicale en diffusant aux professionnels de santé des outils et des méthodes afin de les aider à prendre la décision la plus adaptée à des situations cliniques singulières et souvent complexes, en améliorant la qualité de l'information médicale. Elle propose des logiciels d'aide à la prescription accessibles sur les sites internet santé de l'HAS.

II.2.5. Relations avec l'ARS dans le cadre de la loi HPST [12, 16, 17]

Avec la loi 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, les établissements élaborent et mettent en oeuvre -notamment- une politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et une gestion des risques visant à prévenir et à traiter les évènements indésirables liés à leurs activités. Ils organisent la lutte contre les évènements indésirables, les infections associées aux soins et l'iatrogénie, définissent une politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles et mettent en place un système permettant d'assurer la qualité de la stérilisation des dispositifs médicaux.

La commission médicale d'établissement contribue à l'élaboration de la politique continue de la qualité et de la sécurité des soins, elle propose au président du directoire un programme d'actions assorti d'indicateurs de suivi.
L'établissement 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 arrété du ministre chargé de la santé.
La loi définit des objectifs en matière de qualité et de sécurité des soins, elle comporte des engagements d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins qui font suite à la procédure de certification et intègrent des objectifs de maîtrise médicalisée des dépenses, d'évolution et d'amélioration des pratiques.
La conférence médicale contribue à la définition de la politique médicale et à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins. Elle propose au représentant légal de l'établissement un programme d'actions assorti d'indicateurs de suivi.

Les contrats définissent des objectifs en matière de qualité et de sécurité des soins et comportent les engagements d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins qui font suite à la procédure de certification, ils intègrent des objectifs de maîtrise médicalisée des dépenses, d'évolution et d'amélioration des pratiques.
Le conseil de surveillance donne son avis sur la politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et la gestion des risques.
Le directeur après concertation avec le directoire et conjointement avec le président de la CME décide de la PACQ et de la sécurité des soins.
Le président de la CME est le vice président du directoire ; il élabore avec le directeur le projet médical d'établissement et il coordonne la politique médicale de l'établissement. Ils sont chargés de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et veillent à la mise en oeuvre des engagements de l'établissemant en la matière, qui résultent notament de la procédure de certification.

Depuis le 1er avril 2010, dans chaque région de métropole et d'outre-mer, une seule structure a la responsablilité de l'essentiel du champ de la santé: l'agence régionale de santé (ARS), qui a des responsabilités et des pouvoirs clairs en matière de retour à l'équilibre des établissements de santé, d'amélioration de leur performance globale et, en lien avec l'assurance maladie, sur la définition et la conduite des actions de gestion du risque..
La loi HPST prévoit des échanges entre HAS et ARS, notamment concernant la certification des établissements de santé et la production par ceux-ci d'indicateurs de qualité et de sécurité des soins.

La loi HPST prévoit l'utilisation systématique des résultats de la certification des établissements de santé dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) conclus entre les établissements de santé et les ARS. Ces contrats définissent des objectifs en matière de qualité et de sécurité des soins et comportent des engagements d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins qui font suite à la procédure de certification.
L'ARS doit constater et peut sanctionner financièrement les éventuels manquements des établissements de santé en matière de mise à disposition du public des résultats de certains indicateurs de qualité et de sécurité des soins dont le recueil est généralisé par la HAS.
Les ARS peuvent s'appuyer sur les résultats de la certification et des indicateurs de qualité et de sécurité des soins pour demander à des établissements publics de santé de conclure une convention de communauté hospitalière de territoire (CHT) lorsque la qualité et la sécurité des soins le justifient.
La loi HPST renforce les rôles de la qualité et de la sécurité des soins comme outils de gestion interne des établissements de santé, à travers notament l'évolution des compétences des commisssions médicales et des conférences médicales et de leurs présidents. Elle positionne également la qualité et la sécurité des soins comme instruments de régulation externe et de dialogue entre les opérateurs hospitaliers et les ARS.
Certaines productions de la HAS relatives à la coopération entre professionnels de santé et au développement de programmes d'éducation thérapeutique des patients feront l'objet de travaux communs avec les ARS, ces protocoles ou programmes seront soumis d'une part à l'autorisation des ARS et d'autre part à l'avis conforme à priori et à l'évaluation à posteriori de la HAS.
Les programmes d'apprentissage qui ont pour objet d'améliorer la prise en charge médicale du patient et le bon usage du médicament doivent être conçus et mis en oeuvre conformément aux recommandations formulées par la HAS.
L'EPP est regroupée avec la FMC dans le nouveau dispositif du DPC introduit par la loi HPST.
Concernant l'évaluation et le bon usage des produits de santé et des actes professionnels, la HAS échange avec les ARS et les observatoires des médicaments, des dispositifs médicaux et de l'nnovation thérapeutique (OMDIT).

L'accréditation des médecins exerçant une spécialité à risque, les programmes pilotes d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et les recommandations de bonne pratique sont également de nature à alimenter et éclairer les ARS en matière de politique régionale de gestion des risques et d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (convention entre ANAP et HAS).

III. La qualité et la sécurité des soins et leur évaluation [3, 8, 18, 19, 20]

"Les soins de haute qualité sont des soins visant à maximiser le bien-être des patients après avoir pris en compte le rapport bénéfices/risques à chaque étape du processus de soins."
La qualité des soins est-elle l'obtention de meilleurs résultats ? Dépend-elle uniquement de la qualité des professionnels ? Intègre-t-elle toujours la notion d'efficience ?

Les définitions de la qualité des soins sont nombreuses et cette multiplicité entraîne une certaine confusion chez les professionnels de santé. La "qualité des soins" est multidimentionnelle et dépend du type d'entité évaluée, depuis la qualité d'un professionnel jusqu'à la qualité globale du système de santé ; mais également des valeurs du sujet qui l'apprécie et de sa place dans le système de santé. Parler de "qualité des soins " sans précision a donc peu de sens : en effet, quel lien existe-t-il entre la qualité perçue par un patient hospitalisé et la qualité d'un hôpital dans son ensemble, évaluée par la procédure de certification ?

III.1. Les différentes dimensions de la qualité des soins.

III.1.1. Les soins fournis par les médecins ou les autres producteurs de soins

La qualité de ces soins dépend d'une part de leurs caractéristiques techniques et d'autre part des caractéristiques relationnelles des soignants. La technicité est liée aux connaissances médicales et aux capacités de jugement du producteur de soins, ces dernières devant permettre d'obtenir une adéquation des soins au cas identifié. Le développement des connaissances scientifiques et des compétences techniques ne suffit pas pour assurer la qualité des soins.

Les capacités relationnelles du médecin ou du soignant sont capitales et intègrent différents éléments comme la disponibilité, l'écoute, le tact, l'empathie, la sensibilité, la confidentialité … mais aussi l'information du patient sur sa maladie et sur la prise en charge proposée. Ce dernier point sous-tend la possibilité de choix éclairés pour le patient. Ainsi, le lien relationnel entre le

patient et son médecin est un facteur primordial de la qualité des soins, un élément clé de la confiance établie entre eux et qui conditionne l'adhésion future du patient à la stratégie de soins proposée, sa qualité est indispensable pour garantir le succès des meilleurs soins techniques proposés.

Ce point clé, évoqué dans la définition de l'OMS, est souvent oublié lorsque l'on s'intéresse à l'évaluation de la qualité des soins. Il n'existe pas de méthodes valides pour évaluer les capacités relationnelles des médecins.

III.1.2. Les installations et les équipements

La deuxième dimension de la qualité des soins est représentée par les installations utilisées dans le système de soins. Dans le système hospitalier ou ambulatoire, les installations et équipements doivent assurer aux patients un certain confort, être agréables et propres et respecter l'intimité et la confidentialité.
Cette composante de la qualité dépend soit directement des médecins dans le secteur libéral de la médecine ambulatoire, soit des gestionnaires lorsque les soins sont délivrés dans des structures plus lourdes, comme les centres de santé ou les établissements hospitaliers.

III.1.3. Les soins mis en œuvre par le patient

La manière dont le patient et son entourage contribuent aux soins constitue le troisième niveau de la qualité des soins. Les soins prodigués sont donc sous la responsabilité partagée des médecins et des patients.La compliance du patient au processus de soins est fondamentale pour la réussite du traitement.
Des programmes d'éducation thérapeutique du patient (ETP) ont été créés (par exemple en diabétologie) dans le but de dévolopper une participation accrue du patient et de son entourage, par lesquels des professionnels de santé vont transmettre une partie de leur savoir et de leur savoir faire aux patients atteints de maladies chroniques.

III.1.4. Les soins reçus par la communauté

La dernière dimension de la qualité des soins correspond aux soins reçus par l'ensemble de la communauté : l'accessibilité aux soins est-elle garantie à tous ? Si chacun a accès aux soins, les patients reçoivent-ils le même niveau de qualité des soins quelle que soit leur situation géographique, économique et sociale ?

À l'échelle de la communauté, la qualité des soins dépend de nombreux facteurs que les producteurs de soins ne peuvent eux-mêmes pas tous contrôler. Ainsi, les caractéristiques du système de santé en vigueur et les choix politiques effectués pour la gestion et l'évolution de ce système constituent un déterminant fondamental de la qualité des soins produits.

III.1.5. L'évaluation des soins en question

Si, à chacun de ces niveaux, on peut effectuer une évaluation de la qualité des soins, celle-ci n'est pas toujours facile, notamment lorsque l'on s'attache aux capacités relationnelles du corps médical et soignant. Une autre source de difficultés est présente lorsque l'on évoque les préférences des individus. Comment répondre aux besoins implicites et explicites de chaque patient ? L'adéquation des soins aux attentes de chaque patient est-elle possible ? Comment l'intégrer aux normes de qualité des soins souhaités dans un contexte donné ? Dans un contexte de ressources limitées, cette adéquation est-elle compatible avec l'efficience recherchée actuellement pour les systèmes de santé ?

L'évaluation de la qualité des soins peut être conduite selon une triple approche structures-procédures-résultats. En effet, l'amélioration de la qualité des soins nécessite de disposer de bonnes structures (matérielles, humaines et organisationnelles), d'utiliser les bonnes procédures de soins (pratiques médicales ou soignantes évaluées au regard de leur conformité au savoir médical et de la relation avec le patient), et doit conduire à de meilleurs résultats (évalués en termes de conséquences sur l'état de santé d'un individu ou d'une population selon l'objectif visé).

Une difficulté persiste néanmoins dans cette approche : des structures et des processus de qualité garantissent-ils de bons résultats ? Des bons résultats sont-ils nécessairement liés à des structures correctes et à une délivrance des soins optimale ? La pratique nous montre que cela n'est pas automatique : de bons résultats peuvent survenir après un traitement inadéquat (par exemple lors d'une prescription d'antibiotiques pour une affection virale, lorsque la guérison est obtenue naturellement), réciproquement, des résultats catastrophiques (décès du patient) sont compatibles avec la réalisation d'un processus de soins excellent dans des structures de soins de très grande qualité (par exemple dans le cas des pathologies cancéreuses incurables).

III.2. Les différents points de vue selon l'observateur lors de l'évaluation

III.2.1. La qualité des soins selon les patients

Les patients ont une vision de la qualité des soins plus orientée sur le vécu de leur maladie et des soins.

Ils considèrent par exemple leur souffrance, la prise en charge, l'experience de l'organisation des services médicaux au quotidien, l'accueil et la communication avec les soignants, les délais d'obtention d'un rendez vous, les conditions hôtelières d'un séjour dans un établissement de soins, les contraintes collatérales (économiques, sociales) etc.... Pour les patients, ces critères sont plus faciles à évaluer par rapport à leurs attentes propres. De ce fait, ils sont souvent plus sensibles à cet aspect de la qualité des soins.

Cette approche, liée à l'asymétrie d'information qui caractérise la relation médecin-patient, a néanmoins tendance à s'émousser. L'information croissante du public par les différents médias sur les progrès de la médecine d'une part et la diminution de la confiance du public dans la médecine d'autre part ont rendu les patients plus attentifs à la qualité technique des soins qui leur sont proposés et également plus exigeants. Le développement de sites internet sur la santé permet aux patients d'accéder à une information médicale actualisée et facilite la recherche individualisée d'informations émanant du monde entier.

III.2.2. La qualité des soins selon les professionnels de santé

L'excellence technique prime: les compétences des professionnels et l'opportunité d'exécution des soins sont primordiales pour les médecins (« *doing the right thing right* »). Il s'agit d'appliquer la médecine fondée sur les preuves (« *Evidence Based Medecine* ») en prenant en compte les besoins et les souhaits de chaque patient.

Le deuxième critère de qualité important pour le corps médical et soignant est la relation avec le patient. Les médecins soulignent l'importance de la qualité de la communication avec leurs patients ainsi que la capacité à maintenir leur confiance. Les médecins sont moins sensibles à l'amélioration de la qualité du processus de prise en charge des patients, souvent laissée sous la responsabilité des cadres soignants et des gestionnaires, notamment dans les établissements de santé.

Ainsi, souvent surchargés par l'activité clinique quotidienne, les cliniciens laissent la gestion de la chaîne de soins aux "administratifs" et ne la considèrent pas comme partie intégrante de la qualité des soins. En effet, dans le domaine de la qualité des soins, le corps médical est dans l'attente de la preuve, fondement des bases scientifiques de la médecine qu'il applique. Ainsi, l'absence de preuve établie de l'existence d'un lien entre les démarches d'amélioration de la qualité et les résultats obtenus rend le corps médical perplexe. Cela explique sans doute en partie le faible engouement des médecins pour le processus de certification.

III.2.3. La qualité des soins selon les organismes payeurs [21, 22]

Pour les pouvoirs publics et l'assurance maladie, l'approche population de la qualité des soins est privilégiée, avec une recherche de l'utilisation optimale des ressources: apporter les soins essentiels au plus grand nombre plutôt que l'excellence technique à une minorité. L'offre de soins et son accessibilité sont donc prioritaires. L'efficience du système est recherchée et la maîtrise des coûts intègre la qualité des soins. Il s'agit donc de répondre en fonction des ressources disponibles aux besoins implicites et explicites des patients.

Les projets d'amélioration de la qualité des soins sont souvent mis en œuvre dans un objectif de maîtrise des dépenses. Si les experts qualiticiens sont convaincus du lien existant entre l'amélioration de la qualité et la maîtrise des coûts, ce point suscite un certain scepticisme de la part des professionnels de santé.

Une revue de la littérature réalisée en 1998 par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé objective le lien entre le coût de la qualité et le coût de la non-qualité à l'hôpital :
« *les coûts directs de la qualité sont toujours inférieurs aux bénéfices directs ou aux coûts de réparation des erreurs* ». [21]
La non-qualité (évènements indésirables, préscriptions inapropriées, interventions injustifiées, hospitalisations non justifiées...) coûtent et mobilisent des ressources qui pourraient étre utilisées ailleurs.L'identification du seuil et de la zone dans laquelle le coût de la non qualité est supérieur au coût d'investissement dans la qualité est capital pour la pratique et la mise en oeuvre d'actions de prévention. [22]
Pour les professionnels de santé, la réduction des coûts est souvent perçue comme une entrave à la qualité des soins et celle-ci ne pourra être obtenue sans diminuer la pression budgétaire ressentie quotidiennement par la plupart d'entre eux : "plus de moyens pour une plus grande qualité".

En outre, les acteurs attendent une certaine transparence sur les objectifs poursuivis par la certification. S'agit-il - à terme - de réduire le nombre d'établissements de santé et donc les dépenses hospitalières ? De s'assurer d'une qualité minimale alors que l'encadrement des dépenses s'est accru ces dernières années ? Ou simplement d'améliorer les soins apportés aux patients et l'état de santé de la population ?

III.3. L'étude des principaux problèmes de qualité des soins rencontrés

Aux États-Unis, en 1998, le président de *l'Advisory commission on consumer protection and quality in the health care* définit la qualité des soins selon une triangulaire qui est d'assurer l'utilisation appropriée des services de santé, de corriger les excès et les insuffisances d'offre de soins et de réduire les erreurs de soins. Cette approche vise à diminuer la prévalence des trois problèmes principaux de qualité des soins, problèmes largement soulevés aux États Unis, notamment lors d'une table ronde nationale sur la qualité du système de santé conduite sous l'égide de l'Institute of Medecine (1996-1998).

III.3.1. Le manque de soins ou "underuse" (sous utilisation)

Fréquemment rencontré lors de la prise en charge des pathologies chroniques, l'un des problèmes de qualité correspond à une insuffisance de soins qui est défavorable en terme de résultats (absence de vaccination, absence de traitement antihypertenseur par exemple) ou à la non délivrance d'un soin qui aurait abouti à un résultat positif pour le patient (non traitement de la douleur, défaut d'utilisation des traitements efficaces de l'IDM).
Ce défaut de soins préventifs ou curatifs est plus fréquent dans les pays où le système de soins ne garantit pas à toute la population une bonne couverture maladie . En France, le manque de soins concerne de nombreux patients atteints de pathologies chroniques, plus par défaut d'organisation de la prise en charge médicale que par insuffisance de couverture sociale : patients diabétiques, hypertendus, atteints de cardiopathies ischémiques, etc...

III.3.2. L'excès de soins ou "overuse" (sur utilisation)

Autre problématique fréquente dans les pays développés: les soins délivrés alors qu'ils ne sont pas utiles, dans des situations ou les risques encourus sont supérieurs aux bénéfices escomptés (préscriptions d'antibiotiques inutiles, hospitalisations inapropriées...).

Une étude américaine publiée en 1992 a ainsi mis en évidence que 8 à 80 % des interventions chirurgicales n'étaient pas nécessaires. En France, le codage des actes de la classification commune des actes médicaux (CCAM) a permis de constater que certains examens radiologiques étaient fréquemment utilisés [23]. L'UNCAM (Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie) a donc saisi la HAS qui a procédé à l'évaluation des actes de radiologie les plus fréquemment réalisés pour préciser leurs indications et non indications, par exemple pour les radiographies du crane [24].
Outre les risques inutiles qu'ils font prendre aux patients, ces soins "abusifs " représentent un coût considérable.

III.3.3. Les erreurs à l'origine de complications ou "misuse" (mauvaise utilisation)

Le dernier problème de qualité des soins correspond aux erreurs réalisées dans le processus de soins. Les soins délivrés sont nécessaires, mais la défaillance de l'un des maillons de la chaîne de soins conduit à un effet indésirable évitable. Les complications peuvent survenir suite à une intervention chirurgicale (infection nosocomiale, hémorragie), à des erreurs médicamenteuses (incompatibilité médicamenteuse, non-respect des contre-indications, …) ou à d'autres défauts dans la délivrance des soins.
Les erreurs possibles à l'origine des complications sont nombreuses et souvent liées à la survenue d'un problème à l'interface entre deux structures ou deux processus de soins. Les actes effectués par chaque acteur sont souvent d'une grande qualité, mais la coordination de leurs tâches est défaillante et génératrice de surcoûts et de coûts cachés. [21,22].

Cette classification ne prend pas en compte les défauts de réalisation d'un soin adéquat n'entrainant pas d'effet indésirable.

III.4. L'amélioration par l'évaluation

La qualité des soins a donc de multiples facettes et son approche diffère de celle qui est développée dans les autres secteurs économiques en raison des spécificités du système de santé. L'asymétrie d'information rend impossible l'évaluation de la qualité par la seule satisfaction du patient.

La complexité du système de production des soins rend la maîtrise du processus plus difficile et augmente la probabilité de survenue de dysfonctionnements aux différentes interfaces.

La pratique clinique se caractérise par une forte variabilité des situations particulières, la normalisation des pratiques et des prises en charge comporte donc des risques.
Enfin, en France, les enjeux économiques de la qualité sont moins importants pour les producteurs de soins que dans les secteurs de production ou de services à forte concurrence.

Néanmoins, personne ne peut s'opposer au courant qualité qui existe actuellement dans le secteur de la santé.

Si la mise en œuvre d'une certification obligatoire en est le principal moteur dans les établissements de santé, d'autres facteurs jouent également un rôle important pour expliquer cette dynamique : la place croissante de la qualité des soins dans la presse, l'information des patients avec un renversement de la charge de la preuve aux médecins, les attentes des usagers du système de soins, l'information en matière de santé, l'accessibilité à des structures de proximité garantissant la sécurité et une meilleure coordination des différents acteurs.

À tous les niveaux, c'est une plus grande transparence du système qui est recherchée. La place accordée aux patients dans le système de santé est de plus en plus importante.
Les patients ont accès aux résultats de la certification et ils participent aux instances des établissements hospitaliers: conseil d'administration, commission de conciliation, comité de lutte contre les infections nosocomiales mais aussi commission de certification des établissements de santé de la haute autorité de santé.

Pour répondre aux exigences croissantes des usagers et des pouvoirs publics et en raison de la complexité même du concept de "qualité des soins", l'ensemble des acteurs du système de santé doit s'interroger sur la qualité des soins: ce qu'elle recouvre, comment l'évaluer, comment l'améliorer, comment mesurer les améliorations en terme de bénéfices pour les patients?
Ces interrogations constituent un préalable indispensable pour permettre à chacun de s'engager dans un processus continu d'amélioration de la qualité des soins par l'évaluation

IV. Le lien avec le développement professionnel continu [12,25]

IV.1. De la FMC au DPC

La formation continue a évolué et intégré progressivement d'autres activités devenues complémentaires, notamment des activités d'EPP.

- 1990: La convention médicale institue une formation médicale continue (FMC) conventionnelle des médecins libéraux, financée et indemnisée.

- 1996: L'ordonnance Juppé transforme l'obligation déontologique en obligation légale pour tous les médecins.

- 1998: La loi établit une évaluation des pratiques professionnelles (EPP) volontaire, non sanctionnante pour les médecins libéraux, co gérée entre les Unions régionales des médecins libéraux (URML) et l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES).

- 2002: La loi relative à la qualité du système de santé, dite loi Kouchner, relance le dispositif en prévoyant la mise en place de trois conseils nationaux de la FMC (CNFMC), représentant chaque type d'exercice.

- 2004: La loi du 13 août confirme l'obligation de FMC, institue les trois CNFMC (qui ont existé jusqu'en septembre 2010). Elle introduit une obligation d'EPP pour les médecins, distincte du perfectionnement des connaissances. L'EPP est mise en oeuvre par la HAS.

- 2009: La loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires du 21 juillet prévoit la substitution de la FMC et de l'EPP par le développement professionnel continu (DPC). Parallèlement, le DPC est étendu à l'ensemble des 17 professions de santé.

IV.2. Le développement professionnel continu

L'article 59 de la loi N° 2009-878 du 21 Juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires a introduit dans le code de santé publique la notion de développement professionnel continu (DPC) des professionnels de santé afin de réunir dans un concept commun la notion de formation professionnelle continue et d'évaluation des pratiques professionnelles.

Le DPC comporte l'analyse par les professionnels de leurs pratiques professionnelles et l'acquisition ou l'approfondissement de connaissances ou de compétences, notamment dans le domaine de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, tout en prenant en compte les priorités de santé publique et la maîtrise médicalisée des soins.
Il constitue donc une obligation à laquelle chacun doit satisfaire dans le cadre d'une démarche individuelle et permanente, en participant chaque année à un programme de DPC.

L'évaluation de la pratique d'un professionnel de santé consiste à analyser son activité clinique réalisée par rapport aux recommandations professionnelles disponibles actualisées. Une amélioration de la qualité et de la sécurité des soins délivrés aux patients doit résulter notamment de cette comparaison. Cette évaluation s'inscrit dans une dynamique d'amélioration de la qualité des soins conduite à différents niveaux:

- Le système de santé publique (macro).
- L'organisation des soins en réseau entre différents professionnels (meso).
- La pratique clinique (micro).

L'enjeu du DPC est de garantir la qualité et la sécurité des pratiques de l'ensemble des professionnels de santé. Cet enjeu renvoie à une reponsabilité portée par les professionnels eux-mêmes et partagée par les pouvoirs publics. Il s'exprime dans un contexte général marqué par le flux constant de nouvelles données issues de la recherche clinique, la nécessité de contrôler l'utilisation des ressources dédiées au fonctionnement du système de soins et l'exigence de transparence du système de santé, en particulier vis à vis des patients, de leurs représentants, des financeurs et des responsables politiques.

V. L'évaluation des pratiques professionnelles et ses méthodes [19,20,26,27,28, 29, 30]

V.1. Les méthodes de l'évaluation des pratiques professionnellles

"Dès lors que des professionnels s'impliquent dans une démarche d'amélioration de la qualité, ils s'engagent dans la voie de l'évaluation et de l'amélioration de leurs pratiques.... Dès lors qu'un enjeu d'amélioration est identifié, toute démarche ou programme mettant en relation les pratiques avec les références correspondantes et permettant de mesurer et d’apprécier les résultats obtenus est une démarche d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) valide" selon la HAS [19].

L'objectif de l'EPP est l'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients. Cet objectif recouvre plusieurs situations: résoudre un dysfonctionnement, évaluer une pratique par rapport à une référence, optimiser la prise en charge d'une pathologie, le choix de la méthode sera donc différent selon la situation.

Les méthodes d'EPP sont adaptées à l'objectif visé : L'objectif détermine l'approche qui elle-même définit la methode (cf tableau 1).

- Approche par comparaison à un référentiel : On compare la pratique réelle à un référentiel établi à partir de recommandations professionnelles, de consensus professionnels ou de la réglementation. Ces méthodes utilisent un référentiel ou en nécessitent la construction.

L'audit clinique est le plus utilisé, il s'agit d'un mode d'auto évaluation centré sur les pratiques de soins, qui permet d'évaluer la prise en charge d'une pathologie, la réalisation d'un acte de soins, la tenue du dossier, une situation donnée.

L'audit clinique ciblé est un audit clinique simplifié qui permet, avec un nombre limité de critères, de conduire une démarche d'amélioration des pratiques dans des délais brefs.

La revue de pertinence des soins est développée plus loin.

Les enquêtes de pratique comparent la pratique des professionnels de santé dans une situation clinique donnée à la pratique attendue et permettent de faire un état des lieux des pratiques, de confronter une pratique idéale à la situation quotidienne.

- Approche par processus : elle est au centre de la démarche d'amélioration continue de la qualité car elle permet d'identifier et de comprendre les problèmes de qualité de manière directe. Elle permet de travailler sur toutes les dimentions de la prise en charge.

La méthode d'analyse de processus décrit le fonctionnement habituel du processus et en montre les points forts, les points à améliorer et les dysfonctionnements. Elle permet une analyse globale d'une activité et met en évidence les interfaces organisationnelles en décrivant l'ensemble des tâches et activités qui concourent au déroulement du processus et en en pointant les étapes critiques, le tout étant représenté sous forme d'un graphique qui permet de souligner les déficits de qualité au niveau de l'enchainement des actions.

Le chemin clinique reprend toutes les étapes de la prise en charge d'un patient spécifique, il planifie l'ensemble des actions à mettre en oeuvre pour une prise en charge précise par pathologie et se présente sous forme d'un document intégré au dossier patient et qui sert de guide à sa prise en charge, l'objectif étant de diminuer la variabilité non justifiée de cette prise en charge.

Les méthodes spécifiques de la gestion des risques reposent sur l'analyse des processus, la plus connue est l'analyse des modes de défaillance, de leurs effets et de leur criticité (AMDEC), qui a pour objectif d'identifier les défaillances potentielles d'un système, d'analyser les risques et de mettre en place des actions correctives sur les défaillances dont la criticité est importante.

Les programmes d'amélioration continue de la qualité (PAQ) font également partie des méthodes utilisant une approche par processus.

- Approche par problème: elle a pour objectif d'analyser un problème ou un dysfonctionnement afin de mettre en place des actions évitant sa réapparition.

La méthode de résolution de problèmes analyse des problèmes complexes et cherche à trouver des solutions permettant de les éliminer.
Il s'agit d'identifier soigneusement le problème sur lequel on décide d'agir et d'envisager et d'analyser toutes les causes de ce problème, les solutions n'étant recherchées qu'après identification des causes.
Les solutions sont ensuite définies, testées, mises en oeuvre et la disparition du problème doit être confirmée par le suivi réalisé.

La revue de mortalité morbidité est détaillée plus loin.

Les méthodes d'analyse des causes d'un évènement indésirable ont pour but une analyse structurée des évènements indésirables (EI) afin d'en identifier les causes immédiates et les causes racines. Les causes immédiates peuvent être liées aux pratiques, à des dysfonctionnements organisationnels et aux facteurs humains. Les causes racines sont liées au système dans lequel est survenu l'évènement, elles concernent la communication, la formation, le management, la gestion de l'information, les procédures, l'organisation, les conditions de travail.

Plusieurs méthodes sont utilisées :

- Les méthodes d'analyse des causes non spécifiques: le diagramme causes-effets ou 5M, l'arbre des causes.

- Les méthodes spécifiques développées pour le secteur de la santé pour la gestion des risques: la méthode d'analyse des causes de la JCAHO (Joint Comission on Accreditation of Healthcare Organizations) (JCAHO, 2005), la méthode ALARM (Association of litigation and risk management) (Vincent, 2000).

Ces méthodes nécessitent du temps et des compétences méthodologiques.

• Approche par indicateur : la valeur prise par un indicateur choisi en fonction de la pertinence par rapport au phénomène que l'on souhaite évaluer déclenche l'évaluation. L'investigation est déclenchée par le dépassement d'un seuil, l'identification d'une tendance ou le constat d'un écart par rapport à une référence qui peut être externe (données de la littérature, d'établissements, d'équipes) ou interne à l'établissement.
Le recueil de données doit être standardisé et les mesures répétées de ces indicateurs en permettent l'évaluation et le suivi. L'analyse des résultats a pour but de déterminer les causes des variations ou des écarts.

• La recherche évaluative s'intéresse à l'évaluation de l'efficacité d'interventions visant à améliorer les pratiques (actions de formation, modifications organisationnelles, interventions structurelles). Les méthodes utilisées sont proches de la recherche clinique, il s'agit d'enquêtes "ici/ailleurs" ou "avant/après". Ce sont des travaux réalisés sur des échantillons représentatifs et il peut y avoir une randomisation.
Ce type de démarche nécessite une méthodologie lourde.

Tableau 1 - Les méthodes d'EPP et les objectifs visés - Adapté de la HAS [29]

Objectifs	Approches	Méthodes
Réaliser le bilan d'une pratique au regard de l'état de l'art	Par Comparaison	Audit clinique Audit clinique ciblé Revue de pertinence
Optimiser ou améliorer une prise en charge	Par Processus	Analyse de processus Chemin clinique
Traiter un dysfonctionnement, des évènements indésirables	Par Problème	Analyse de processus Revue de morbidité mortalité Revue des erreurs médicamenteuses CREX
Surveiller un phénomène important	Par Indicateur	Mise en place et analyse d'indicateurs

Un des points fondamentaux de l'évaluation des pratiques est leur amélioration, l'intervention (l'EPP) vise à modifier une action, une pratique, et demande elle même à être évaluée.

Toutes les méthodes reposent sur le principe d'amélioration avec des étapes de même nature.

Les méthodes d'EPP s'inscrivent dans le modèle de la roue de la qualité de Deming et ses 4 étapes (cf figure 1) :

Planifier qui correspond à définir la démarche d'évaluation, son thème et son référentiel, identifier les professionnels et les structures impliquées et programmer les étapes successives de l'étude

Faire pour mesurer la pratique au regard du référentiel.

Analyser la pratique des soins dispensés pendant l'étude, comparer les données recueillies avec les référentiels décrivant la pratique “idéale” et constater les écarts éventuels

Améliorer l'organisation du travail et la pratique de manière à réduire les écarts observés.

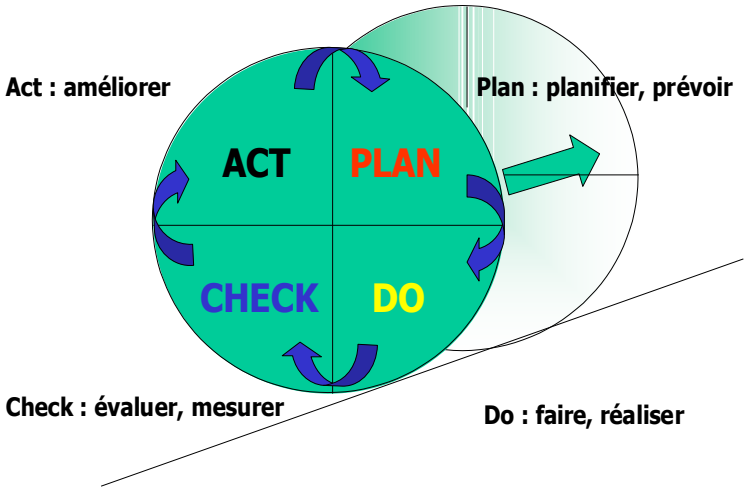


Figure 1 - Le cycle de Walter A. SHEWHART ou roue de la qualité de W. Edwards DEMING [30]

Dans le cadre de ma thèse les 3 méthodes d'EPP suivantes sont traitées à travers l'expérience de leur mise en oeuvre au centre hospitalier de Lunéville : la réunion de concertation pluridisciplinaire ou RCP, la revue de pertinence des soins ou RPS, et la revue de morbidité mortalité ou RMM.

V.2. La réunion de concertation pluridisciplinaire

La réunion de concertation pluridisciplinaire est un lieu d'échanges entre spécialistes de plusieurs disciplines sur les stratégies diagnostiques et thérapeutiques en cancérologie.

La pluridisciplinarité garantit aux patients la meilleure décision médicale et le bénéfice des meilleurs traitements, conformément aux référentiels reconnus régionaux, nationaux ou internationaux.
Elle est organisée par un établissement, un groupe d'établissements ou un réseau tel les réseaux de cancérologie et assujettie aux principes de qualité émis et vérifiés par les centres de coordination en cancérologie (3C).

Elle constitue un élément essentiel de l'organisation des soins en cancérologie et demeure l'élément principal d'une bonne prise en charge d'un patient atteint de cancer.

Elle permet d'harmoniser et d'optimiser la prise en charge des patients atteints de cancers en décidant du plan de traitement personnalisé de chaque cas.

Le dossier de tout nouveau patient atteint de cancer doit bénéficier d'un avis émis lors d'une réunion de concertation pluridisciplinaire, cet avis doit étre communiqué au patient et placé dans le dossier.

L'évaluation régulière de la RCP doit rendre compte d'une amélioration continue de la qualité des soins et du service médical rendu au patient.

Les principales lignes directrices de la RCP sont décrites dans un fascicule difffusé par la HAS présenté ci-après.

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

INSTITUT NATIONAL DU CANCER

ÉVALUATION ET AMÉLIORATION DES PRATIQUES

Une démarche d'amélioration de la qualité

Réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie

Les réunions de concertation pluridisciplinaires en cancérologie, permettent de répondre à l'obligation d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP).

- Le dossier de tout nouveau patient atteint de cancer doit bénéficier d'un avis émis lors d'une réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP). Cet avis doit être communiqué au patient et placé dans le dossier.

- La RCP est un lieu d'échanges entre spécialistes de plusieurs disciplines sur les stratégies diagnostiques et thérapeutiques en cancérologie.
- La RCP est organisée par un établissement, un groupe d'établissements ou un réseau de cancérologie, dans le cadre des centres de coordination en cancérologie (3C). La RCP constitue un élément essentiel de l'organisation des soins en cancérologie.
- L'évaluation régulière des RCP doit rendre compte d'une amélioration continue de la qualité des soins et du service médical rendu au patient.

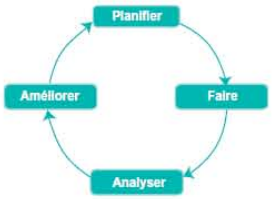
Les critères de qualité des RCP sont précisés dans le plan cancer et la circulaire du 22 février 2005 :

- La pluridisciplinarité correspond à la présence d'au moins trois spécialités différentes qui doivent être adaptées au type de la RCP.
- Leur fonctionnement doit être formalisé : rythme (au moins 2 fois par mois), coordonnateur, secrétariat, type de dossiers à présenter, référentiels utilisés. Avant la réunion, une fiche standardisée de données médicales est remplie par le médecin qui inscrit le dossier à la RCP.
- Tous les nouveaux cas doivent être présentés avant mise en route du primo-traitement. Les dossiers des patients nécessitant une modification substantielle du traitement (reprise évolutive, toxicité…) sont également présentés.
- Si le dossier répond à une situation clinique faisant l'objet d'une procédure standard de prise en charge (ayant fait l'objet d'un accord pluridisciplinaire et traduite dans un référentiel de pratiques validé) et figurant dans une liste établie par le réseau régional il est possible de ne pas le discuter ; le dossier doit être présenté rapidement et la fiche RCP renseignée et archivée. Les autres dossiers sont obligatoirement discutés. Les propositions thérapeutiques sont fondées sur des référentiels de pratique élaborés à un niveau régional à partir de recommandations de pratique clinique nationales ou supranationales. Ils doivent être régulièrement actualisés. Les possibilités d'inclusion dans des essais thérapeutiques sont connues des participants.
- L'avis de la RCP comporte la proposition thérapeutique ainsi que les noms et qualifications des participants. Il est intégré dans le dossier du patient (Dossier communicant en cancérologie). Si le traitement effectivement délivré diffère de la proposition de RCP, les raisons doivent être argumentées par le médecin.
- L'évaluation régulière des RCP (fonctionnement, pluridisciplinarité...) permet une amélioration continue de leur qualité et, *in fine*, du service rendu aux patients.

La HAS considère qu'un médecin qui participe activement et régulièrement (8 à 10 fois par an) à des RCP répondant aux critères énoncés ci-contre, remplit son obligation d'évaluation des pratiques professionnelles (décret n° 2005-346 du 14 avril 2005).

- Comme toutes les méthodes d'amélioration, la RCP revient à analyser une pratique clinique en référence à une démarche optimale, souvent résumée dans un référentiel de pratique.
- Cette démarche s'inscrit dans le modèle proposé par W. Edwards Deming dans les années soixante.
- Ce modèle, souvent appelé roue de Deming ou roue de la qualité, comprend 4 étapes distinctes qui se succèdent indéfiniment, Planifier, Faire, Analyser, Améliorer (en anglais *Plan, Do, Check* et *Act*, d'où le modèle *PDCA*).

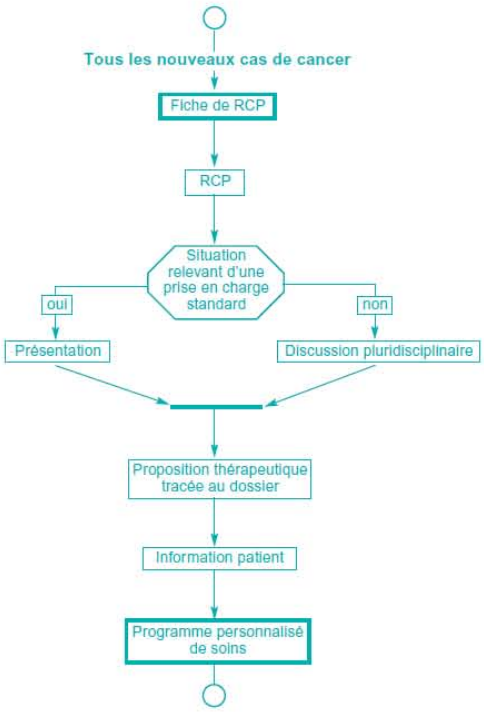
Ces 4 étapes, constituant la base d'une démarche qualité, sont figurées ci-dessous :



1. **Planifier (ou programmer)** : le médecin organise son activité de façon à participer régulièrement aux RCP (8 à 10 fois/an au minimum) et à y présenter de manière exhaustive les nouveaux cas de cancers.
2. **Faire** : il participe effectivement aux RCP et, autant que possible, contribue aux adaptations continues des référentiels de pratique.
3. **Analyser** : il participe à l'évaluation périodique :
   - de la pertinence des classements entre simple présentation et demande de discussion ;
   - de l'adéquation des décisions avec les recommandations ;
   - de la concordance entre la proposition thérapeutique de la RCP et le traitement effectivement délivré.
4. **Améliorer** : de cette analyse, il tire une amélioration continue de ses pratiques.

Dès lors que des équipes médicales ou des soignants s'impliquent dans une démarche qualité, ils s'engagent dans la voie de l'évaluation/amélioration de leurs pratiques.

DÉCISION THÉRAPEUTIQUE EN CANCÉROLOGIE



HAS

Tous les outils et programmes d'amélioration et d'évaluation des pratiques sont téléchargeables gratuitement sur **www.has-sante.fr**

Juin 2006

V.3. La revue de pertinence des soins

La revue de pertinence des soins est une méthode permettant d'évaluer l'adéquation des soins aux besoins des patients.Elle s'applique à un soin ou un programme de soins. Elle peut porter sur l'indication, l'initiation ou la poursuite des soins.

Elle repose sur une approche par comparaison à un ensemble de critères qui ciblent un objectif prédéterminé, standardisé ou validé. Si l'un d'entre eux est présent, les soins ou le programme de soins sont alors pertinents, lorsqu'aucun critère de la grille n'est retrouvé, il faut rechercher les raisons expliquant la non pertinence.

Elle cible souvent les indications d'hospitalisation, les durées de séjour mais aussi des actes de prescriptions tels les actes à risque, les examens de laboratoires, d'imagerie ou d'exploration fonctionnelle ou encore les prescriptions médicamenteuses [27].

La revue de pertinence des soins est une méthode d'évaluation des pratiques de première intention qui limite le nombre de critères analysés. Les critères d'évaluation s'appuient sur des recommandations à haut niveau de preuves ou sur un fort consensus professionnel. Ils portent sur une partie du processus de prise en charge du patient, sur un acte lié à un métier, sur un thème transversal et son organisation. La revue de pertinence est réalisée sur une période courte et comporte une phase d'évaluation et de diagnostic de la situation, la mise en place d'actions d'amélioration immédiates et la mesure de leurs effets.

Dans le cadre de ma thèse, la revue de pertinence des soins concerne la pratique de prescription des protocoles de chimiothérapie anticancéreuse. Elle s'énoncera revue de pertinence des prescriptions ou RPP.

V.4. La revue de morbidité mortalité

La revue de mortalité et de morbidité est une analyse collective, retrospective et systémique de cas marqués par la survenue d'un décès, d'une complication, ou d'un évènement qui aurait pu causer un dommage au patient, et qui a pour objectif la mise en oeuvre et le suivi d'actions d'amélioration pour améliorer la prise en charge des patients et la sécurité des soins.

Elle permet une reflexion collégiale sur la prise en charge et une identification des problèmes rencontrés en analysant la situation de façon globale pour identifier les pratiques, les facteurs contributifs, les causes des problèmes, les faiblesses dans la prise en charge.

Elle propose ainsi et met en place des actions d'amélioration visant à améliorer la prise en charge, à diminuer les risques et complications, avec un suivi et une évaluation de ces actions.[31, 32, 33]

Les principales lignes directrices de la RMM sont décrites dans un fascicule difffusé par la HAS et présenté ci-après.

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

ÉVALUATION ET AMÉLIORATION DES PRATIQUES

Une démarche d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins

Revue de mortalité et de morbidité (RMM)

La participation active et régulière d'un professionnel de santé à une RMM constitue une démarche d'évaluation des pratiques professionnelles.
Une RMM peut être valorisée dans les dispositifs d'évaluation et d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins existants.

Groupe de travail : AFU, AFDS, CFAR, CFMU, FCVD, Orthorisq, RSSMG, SFAR, SFCTCV, SFPC, SoFGRES, SRLF, FEHAP, FHF, FHP, FNCLCC, FNEHAD, IVS, CISS et HAS

QU'EST-CE QU'UNE RMM ?

- Une Revue de mortalité et de morbidité (RMM) est une analyse collective, rétrospective et systémique de cas marqués par la survenue d'un décès, d'une complication, ou d'un évènement qui aurait pu causer un dommage au patient, et qui a pour objectif la mise en œuvre et le suivi d'actions pour améliorer la prise en charge des patients et la sécurité des soins.

  L'analyse systémique, menée lors de la RMM, est une analyse globale de la situation, prenant en compte tous les éléments (organisationnels, techniques et humains) en interaction ayant contribué à la prise en charge d'un patient. De ce fait, elle permet de dépasser la seule réflexion centrée sur un ou des individus. À l'issue de cette analyse des enseignements sur les forces et les vulnérabilités existantes peuvent être tirés afin de mener des actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

- Une RMM permet en réfléchissant collectivement sur les prises en charge réalisées :
  - de décrire les pratiques et les processus de soins réalisés ;
  - d'identifier, parmi ces pratiques, celles jugées non optimales, ainsi que les problèmes rencontrés lors de la prise en charge ;
  - de les analyser afin d'en rechercher les facteurs contributifs et les causes, d'identifier également les actions et les éléments ayant permis d'éviter des dommages chez le patient ;
  - de proposer des actions d'amélioration visant à diminuer la probabilité d'apparition des causes à l'origine du risque (actions préventives) ou à en limiter leurs effets délétères et leur gravité (actions protectrices) ;
  - de suivre et d'évaluer les actions entreprises.

La non-culpabilisation des personnes ayant participé à la prise en charge est indispensable à l'objectivité et au succès de la recherche des causes, ainsi qu'à la pérennité des RMM. L'engagement dans la démarche proposée doit permettre de réussir une analyse à la fois transparente et non culpabilisante. Il s'agit donc de décrire les faits et d'analyser des situations s'étant produites, pour apprendre et comprendre afin d'agir ensemble pour renforcer la qualité et la sécurité des soins, sans porter de jugement sur les personnes, ni rechercher un coupable ou un responsable. *« Cet engagement n'est pas en soi un facteur d'accroissement de responsabilité. Au contraire, la mise en place de cette procédure apporte la preuve de la réactivité des équipes face à une situation de risque qui pourrait se renouveler* ».*

- La Revue de mortalité et de morbidité est ainsi une méthode permettant :
  - l'évaluation et l'amélioration des pratiques professionnelles ;
  - le perfectionnement des connaissances grâce au retour d'expérience réalisé ;
  - l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ;
  - la maîtrise et la gestion des risques (méthode *a posteriori*),

Elle s'inscrit naturellement dans le développement professionnel continu (formation continue, évaluation des pratiques professionnelles, accréditation des médecins), la certification des établissements de santé et le système de gestion des risques d'un établissement de santé.

* Chevalier P. Rev Droit Sanit Soc 2008;(6):1080-7.

COMMENT METTRE EN ŒUVRE UNE RMM ?

Qui met en place une RMM ?

La RMM est une méthode générique, applicable dans tous les secteurs d'activité y compris ambulatoires. En établissement de santé, la RMM est positionnée dans le dispositif de gestion de la qualité et des risques.

Il appartient à chaque secteur d'activité de mettre en place des RMM.

Les Collèges des bonnes pratiques peuvent promouvoir les RMM dans les démarches d'évaluation des pratiques professionnelles et d'accréditation qu'ils proposent. Ils peuvent définir des spécificités propres aux RMM de leur spécialité.

Comment commencer ?

La responsabilité de l'organisation de la RMM est confiée à un médecin expérimenté, volontaire, impliqué dans le fonctionnement du secteur d'activité et reconnu par ses pairs.

Une procédure écrite, diffusée à tous les professionnels concernés, décrit l'organisation et le fonctionnement de la RMM mise en place. Les modalités choisies concernant l'engagement et la participation des professionnels à une RMM sont décrites au sein de cette procédure.

Quels cas sélectionner ?

Les cas pouvant être présentés et analysés dans une RMM sont ceux marqués par un décès, une complication ou un évènement qui aurait pu causer un dommage au patient.

Les modalités de recueil et de sélection des cas sont précisées au sein de la procédure RMM.

Qui participe ?

La RMM concerne au moins l'équipe médicale dans son ensemble. Il est recommandé qu'elle soit ouverte aux personnels paramédicaux de l'équipe. Toutes les personnes qui assistent à ces réunions sont tenues au secret professionnel.

Quelle fréquence pour les réunions ?

La périodicité et la durée des réunions sont à l'initiative de chaque secteur d'activité, et sont consignées dans la procédure RMM.

Certaines réunions peuvent être consacrées, en totalité ou en partie, au suivi et à l'évaluation des actions d'amélioration décidées lors de réunions précédentes.

Quelle traçabilité, quel archivage ?

Une procédure, des comptes rendus et un bilan annuel d'activité sont rédigés et diffusés aux participants.

Les documents relatifs à une RMM (comptes rendus et bilan d'activité annuel) sont anonymes et archivés avec les autres documents qualité du secteur d'activité. Ils ne peuvent contenir aucun document nominatif issu notamment du dossier patient.

COMMENT SE DÉROULE UNE SÉANCE DE RMM ?

Étape 1 : Présentation du cas

Qu'est-il arrivé ?

- Description chronologique des faits, complète, précise et non interprétative.

Étape 2 : Recherche et identification de problèmes de soins

Comment est-ce arrivé ?

- Quel(s) est (sont) le(s) problème(s) de soins rencontré(s) ?
- Est-ce que des éléments de la prise en charge posent question (processus défaillants, pratiques non optimales, problèmes liés aux soins) ?
- Recherche et identification du (des) problème(s) de soins rencontré(s).

En l'absence de problème de soins (notamment en cas de pathologie expliquant le décès ou la complication) : y avait-il une (des) alternative(s) à la prise en charge ? Si Oui : passer à l'étape 4, si Non : l'analyse est terminée.

Étape 3 : Recherche de causes et analyse de la récupération

Pourquoi est-ce arrivé ? (approche systémique)

- Qu'est-ce qui a été nécessaire et suffisant pour que cela arrive ?
- Pour chaque problème rencontré (cf. étape 2), une recherche des causes, des facteurs favorisants ou contributifs (institutionnels, d'organisation, liés à l'environnement de travail, au fonctionnement de l'équipe, aux procédures opérationnelles, aux individus, au patient), est réalisée.
- Quand, comment et qui a vu et compris ce qu'il se passait ? Quand, comment et qui a réagi ? Quels sont les éléments qui ont empêché, ralenti ou atténué l'évolution vers une complication ou un décès ? (ou qui ont dysfonctionné ? ou étaient absents ?)
- Analyse de la récupération mise en œuvre pour rétablir la situation.

Étape 4 : Synthèse et proposition d'un plan d'action

Qu'avons-nous appris ? Quels changements mettre en œuvre ?

- Quels enseignements tirer des étapes précédentes ?
- Quelles actions mettre en œuvre ? Évitent-elles la récidive du (des) problème(s) rencontrés (actions de prévention) et/ou réduisent-elles sa (leur) sinistralité (actions de protection) ?
- Comment le suivi et l'évaluation des actions mises en œuvre sont-ils assurés ? Comment saurons-nous si les actions mises en œuvre sont efficaces ?
- Comment la communication et l'information de l'équipe sont-elles réalisées ?
- Mise en œuvre et suivi d'actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

© Haute Autorité de Santé - F SRMM 2009

HAS

Le guide méthodologique, les outils ainsi que les programmes d'amélioration et d'évaluation des pratiques sont téléchargeables gratuitement sur **www.has-sante.fr**

Mise à jour Octobre 2009

I. Le contexte du Centre hospitalier de Lunéville

I.1. L'établissement

Le Centre hospitalier de Lunéville (CHL) est un établissement de santé public de 424 lits et places dont 166 lits de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) et 258 lits répartis dans une unité de soins de longue durée (USLD) et 2 établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Le personnel est composé de 83 personnels médicaux et de 654 personnels non médicaux. L'établissement comporte 2 pôles d'activité administrative et logistique et 5 pôles d'activité clinique et médico-technique, regroupant 18 services (cf figure 2).

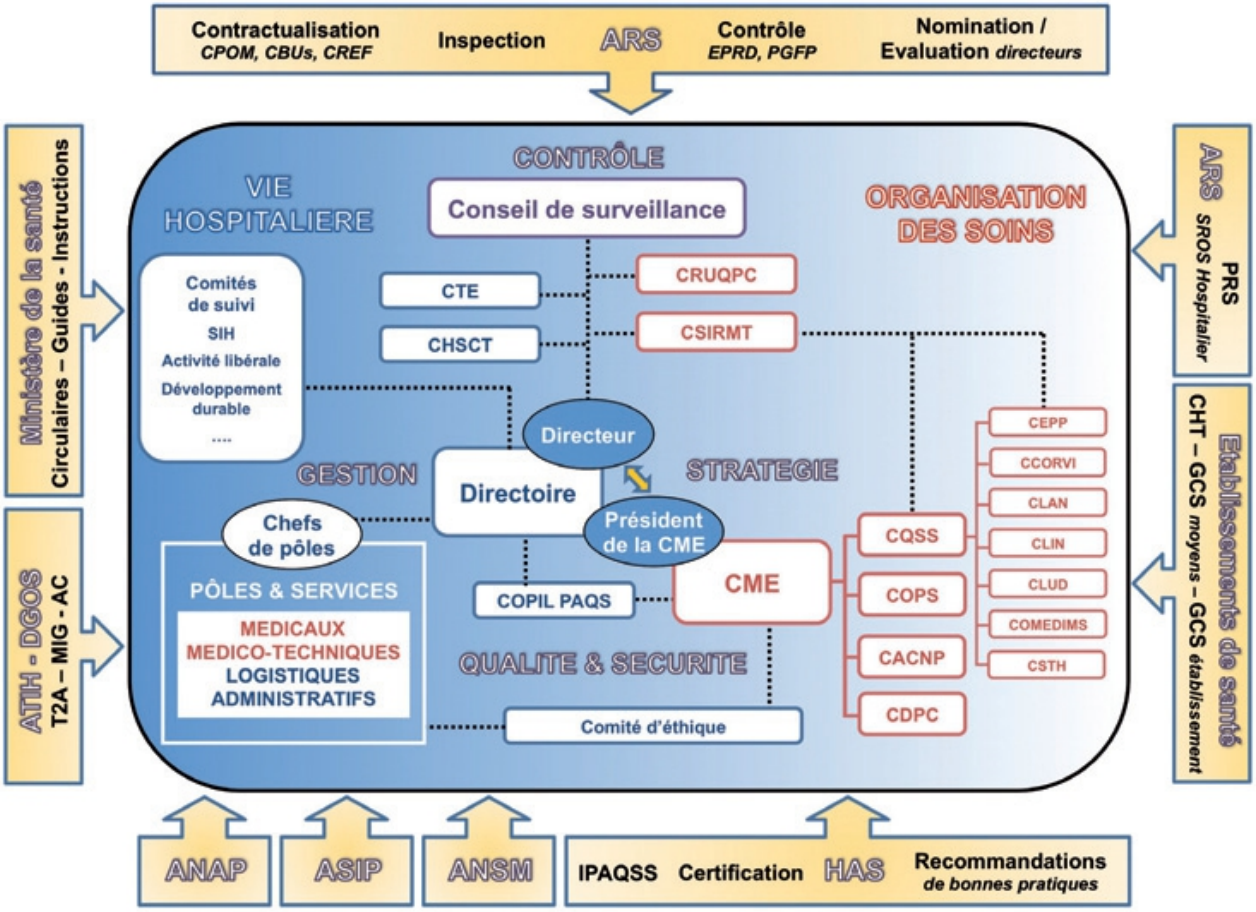


Figure 2 – Le schéma de l'organisation générale du CHL [34]

L'activité 2011 de l'établissement est en nette augmentation depuis l'ouverture du nouvel hôpital en juillet 2010.(cf tableau 2).

Tableau 2 - Le Centre hospitalier de Lunéville en quelques chiffres

	2010	2011	Evolution
Consultations externes	26 602	32 857	23,5%
Entrées directes	9 167	9 935	8,4%
Journées d'hospitalisation MCO	43 816	46 922	7,1%
Journées en EHPAD	78 807	79 487	0,9%
Journées en USLD	10 985	11 253	2,4%
Passages aux urgences	16 345	17 353	6,2%
Accouchements	499	541	8,4%
Actes d'imagerie médicale	29 156	35 700	22,4%
Interventions au bloc opératoire	2 567	2 898	12,9%
Analyses pharmaceutiques des prescriptions	26 093	29 411	12,7%

Le CHL, dans son CPOM 2007, a acté dans l'article 3, la mise en place d'une politique active de la qualité et de la sécurité des soins administrés aux patients hospitalisés et résidents. L'établissement s'engage dans une de ses orientations stratégiques à créer une structure de gestion centralisée et coordonnée relative à l'information médicale, aux vigilances, à la gestion des risques, au développement professionnel continu, aux évaluations des pratiques professionnelles, au dossier patient informatisé et au dossier médical personnel. Cette orientation stratégique est déclinée en onze objectifs opérationnels. Parmi eux, figure la sécurisation de la prise en charge du patient hospitalisé et résident (cf annexe 1). Le nouveau CPOM 2012 - 2017 est en cours de finalisation. Il décline dans le même esprit la politique de la qualité des soins.

Le CHL est certifié pour la troisième fois en décembre 2011 par la HAS [35]. Pour réaliser l'autoévaluation préalable, 19 groupes de travail sont constitués dont un groupe dédié à l'EPP dans l'établissement (cf annexe 2). Si la première certification a eu lieu en 2004, ce n'est qu'à l'occasion de la seconde démarche de certification en 2007, que l'établissement institutionnalise la pratique de l'EPP (cf annexe 3). Une évaluation de la charge de travail sur un an est alors réalisée : 3720 heures.homme sont consacrées par les professionnels aux activité d'EPP en 2007. Cette évaluation confortera la décision de la direction de l'établissement de structurer un service dont une des missions est l'appui à la mise en oeuvre et au suivi des EPP dans l'établissement (cf annexe 1).

Le CHL est un site autorisé en cancérologie, conformément aux critères de l'Agence régionale de santé de Lorraine (cf annexe 4). L'organisation de cette activité satisfait aux recommandations du

réseau de cancérologie lorrain ONCOLOR ainsi qu'aux exigences de la HAS en terme d'indicateurs IPAQSS. Ces indicateurs évaluent notamment l'implantation des EPP dans l'établissement (cf annexe 5).

I.2. Le service de Médecine A

L'activité de cancérologie de l'établissement est principalement assurée par le service de médecine A. Il s'agit d'un service de Médecine Interne et d'hépato-gastro-entérologie. Il est dirigé par le Dr Henri PIERSON, responsable de service. Il appartient au pôle d'activité médicale de médecine & gériatrie du CHL dont le Dr Henry PIERSON est le chef de pôle.

Ce service compte 26 lits d'hospitalisation qui accueillent les patients venant du service d'accueil des urgences, les patients en entrées directes adressés par le médecin traitant de façon urgente ou programmée, les patients en entrées directes depuis les consultations, les patients transférés d'autres services pour suite de prise en charge ou endoscopie et les patients pour des endoscopies programmées. Les patients cancéreux suivis par le service peuvent appeler directement s'ils ont un souci et ainsi être admis en hospitalisation si nécessaire. Il compte également 5 places d'hospitalisation de jour ; cette unité, localisée sur un autre lieu de l'hôpital est dénommée Unité de Médecine Ambulatoire (UMA). Y sont effectuées les perfusions de chimiothérapies anticancéreuses, d'autres perfusions, les saignées, les transfusions, les ponctions d'ascite, des ponctions pleurales...

Le personnel médical du service est composé d'un médecin responsable de service -médecin interniste, hépato gastroentérologue et titulaire d'un diplôme universitaire des traitements antitumoraux (juin 1995), d'un médecin addictologue attaché, d'un assistant généraliste et de deux internes en médecine générale.
Le service emploie une cadre de santé et 10,65 emploi temps plein (ETP) infirmières qui interviennent sur les 2 sites, ainsi que 12,9 ETP aides soignantes (cf annexe 6). Toutes les IDE de jour sont formées à la prise en charge du patient en Oncologie et sont bénéficiaires d'une formation dispensée par le réseau ONCOLOR. Une IDE du service occupe 0,25 ETP au diagnostic d'annonce des patients atteints de cancers. Deux IDE du service interviennent pour 1 ETP dans l'équipe mobile de soins palliatifs (EMSSA ou Equipe Mobile de Soins de Soutien et d'Accompagnement). Les deux IDE faisant partie de l'EMSSA sont titulaires du diplôme universitaire (DU) de soins palliatifs, et une 3ème IDE est en 2ème année de DU soins palliatifs. Une autre IDE du service, titulaire du diplôme universitaire de prise en charge de la douleur fait partie du Comité de lutte contre la douleur de l'établissement.

La cadre de santé du service est titulaire du DU de soins palliatifs et du DU d'éthique médicale. De plus, sont rendues obligatoires dans le cadre du projet de service des formations internes pour les AS et les IDE concernant les soins palliatifs, la douleur, et la réflexion autour de la mort.

En 2011, le service de médecine A a enregistré 1 837 entrées (activité d'hospitalisation et activité ambulatoire), dont 1 573 entrées directes et 264 par mutation. La durée moyenne de séjour est de 4,66 jours avec un coefficient moyen d'occupation de 81%. Sur 1 794 séjours en 2011, 464 le sont pour des pathologies digestives. Sur cette année 2011, 104 décès ont été pris en charge. L'activité ambulatoire a concerné 631 séjours en 2011 (augmentation de 9% depuis 2010), dont 468 pour des séances de chimiothérapie.
La séparation de l'activité d'hospitalisation et de l'activité ambulatoire sur 2 unités de lieu date de mi-avril 2012. Au 31 mai 2012, 783 entrées en hospitalisation sont comptabilisées avec une durée moyenne de séjour de 5,06 jours. Le coefficient d'occupation moyen est de 92%. Il y a eu concomitamment 84 entrées en hospitalisation de jour avec un coefficient d'occupation moyen de 99%. L'activité d'endoscopie et d'endoscopie thérapeutique a concerné 596 patients, dont 27 en hospitalisation de moins de 48h.

Le seuil officiel de l'activité de cancérologie pour la mise en oeuvre de traitements par chimiothérapie est de 80 patients par an [36, 37]. En 2011, les chimiothérapies ont concerné 82 patients dont 69 sont de nouveaux patients. Et sur les 6 premiers mois de l'année 2012, ce sont 48 patients dont 29 sont de nouveaux patients (Tableau 3).

Tableau 3 – Le nombre de patients cancéreux pris en charge au CHL

ANNEE :	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**	**2012** janv - juin
Nombre de nouveaux patients dans l'année	79	76	60	67	29
Nombre total de patients traités dans l'année	98	101	79	81	48
Nombre de patients traités en Médecine A	78	82	63	63	43
Nombre de cures	362	409	321	316	137
Nombres de lignes produits prescrites	1709	1768	1679	1571	1116
Nombres d'unités fabriquées	2238	2558	1766	1836	1147

Les types de cancers pris en charge sont les suivants :

- En 2011, 46% des cancers pris en charge au CHL concernaient l'appareil digestif, 32% l'uro-nephrologie, 9% le poumon, 3% l'hématologie, 3% la gynécologie, 3% le sein, 2% la peau et 2 % d'autres organes.

- Au premier semestre 2012, 35% des cancers pris en charge au CHL concernent l'appareil digestif, 29% l'uro nephrologie, 13% la gynécologie, 9% le poumon, 7% le sein, 3% la peau, 2% l'hématologie et 2% d'autres localisations.

En 2011, l'activité de médecine A a généré 749 836 € de dépenses en produits de santé, dont 264 800 € pour les chimiothérapies anticancéreuses. On constate l'importance des dépenses générées par le service de médecine A et la place prépondérante dans ces dépenses des traitements des cancers, d'où la nécessité de garantir la pertinence de ces prescriptions par des démarches d'EPP telles la RCP en cancérologie avant de débuter le traitement, la RPP concomitamment au traitement et la RMM de cancérologie, pour évaluer et améliorer la prise en charge des patients.

Tableau 4 - Les consommations en € des produits de santé sur 2011

	CHL	**Médecine A**
Médicaments inclus T2A	819 233	114 970
Médicaments hors T2A	402 716	310 282
Médicaments anticancéreux	264 800	264 800
Dispositifs médicaux inclus T2A	551 872	59 784
Dispositifs médicaux hors T2A	291 142	0
Totaux	**2 329 763**	**749 836**

Dans le service de médecine A, le processus de prise en charge du patient cancéreux comprend 6 étapes majeures :

- La pose du diagnostic au cours d'une hospitalisation ou d'une consultation, avec les differents examens complémentaires nécessaires.
- La décision de la stratégie thérapeutique prise en RCP au vu des éléments réunis.
- La définition du plan personnalisé des soins (PPS) en consultation médicale, l'organisation de la pose d'un cathéter à chambre implantable pour faciliter l'administration des chimiothérapies.
- La consultation en dispositif d'annonce du patient par l'IDE.
- La mise en oeuvre du traitement.
- L'évaluation du traitement.

En appui de cette activité, 2 autres services sont plus particulièrement impliqués, le service de pharmacie et le service de la gestion des risques, de l'évaluation et de la qualité (GREQ). L'équipe du service de pharmacie est constituée de 6 pharmaciens et 12 préparateurs en pharmacie. Son implication concerne la prise en charge médicamenteuse des patients cancéreux. L'équipe du service de la GREQ est constitué d'un praticien, de 2 qualiticiens et d'un gestionnaire de risques. Son implication concerne notamment l'accompagnement des praticiens dans les EPP obligatoires en cancérologie.

I.3. La politique des EPP de l'établissement

I.3.1. La situation institutionnelle

La politique de la qualité et de la sécurité des soins -qui comprend la politique de l'évaluation des pratiques professionnelles- intègre la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité de l'établissement (cf annexe 7). La Commission de la qualité et de la sécurité des soins (CQSS) -qui est une émanation de la Commission médicale d'établissement- s'assure de la mise en œuvre des plans d'actions relevant de cette politique dans le domaine du soin dans ses trois dimensions : la qualité du soin, les risques liés au soin et l'évaluation du soin (cf figure 2 & tableau 5).

Tableau 5 - La composition de la CQSS du CHL

Représentants des praticiens	Représentants des cadres de santé
Edith DUFAY – *Co Présidente de la CQSS* Service de pharmacie	Christelle MOREL – *Co Présidente de la CQSS* Service de médecine B
Thomas BAUM Responsable du service de la GREQ	Cécile COSSON Gestionnaire des risques, service de la GREQ
Viviane GUILLAUME Service de chirurgie	Marie Odile BERLENGA Service de cardiologie
Marie-Agnès WELFRINGER Service de gériatrie - USLD	Monia PETE Service de gériatrie - EHPAD
Vanessa VOUAUX Service de médecine B	Patricia ZANON Service des urgences et USC
Représentant de la direction Martine HALTER Services économiques	
Membres invités consultatifs Les invités des groupes de travail consultatifs	
Invité permanent David PINEY Président de la CME	

L'implication de la communauté paramédicale dans le champ de la qualité et de la sécurité des soins se voit reconnue au sein de la CQSS et du Comité de l'EPP (CEPP) qui associent à parité des représentants des praticiens et des cadres de santé. La présidence de la CQSS est binominale, avec la désignation de deux présidents issus respectivement de ces deux collèges.

Le CEPP créé en 2011, a défini en 2012 son règlement intérieur et un mode opératoire relatif à l'organisation des EPP par pôles (cf annexes 8; 9 & 10). Le programme 2011 des EPP formalisé à l'occasion de la visite de certification 2011 de l'établissement a été actualisé et diffusé par le CEPP en tant que programme des EPP, début 2012 (cf tableaux 6 & 7).

Tableau 6 - La composition du CEPP du CHL

Représentants des praticiens	Représentants des cadres de santé
Thomas BAUM Service de la GREQ	Cécile COSSON Service de la GREQ
Gabriel EISA Service de chirurgie	Virginie SCHAIBLE Service de chirurgie
Natacha PETER Service de médecine A	Carole TERNARD Bloc opératoire

Centre Hospitalier Lunéville

Tableau 7 – Évaluation des pratiques professionnelles
Tableau de bord des EPP 2012

PÔLES	SECTEURS D'ACTIVITÉ	INTITULÉ DE LA DÉMARCHE	RÉFÉRENT
MÉDECINE GÉRIATRIE	MEDECINE INTERNE CANCÉROLOGIE HÉPATO-GASTRO-ENTÉROLOGIE	Réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie	H.Pierson A.Dony
		Revue de morbidité mortalité de cancérologie	N.Peter M.About A.Dony
		Évaluation de la traçabilité de la douleur chez les patients hospitalisés après passage aux urgences	G.Antoine A.Bluteau
	DIABÉTOLOGIE/NUTRITION	Améliorer le diagnostic et la prise en charge de la dénutrition chez le sujet âgé	C.Morel S.Khouri
		Conciliation des traitements médicamenteux du patient hospitalisé à son admission	V.Vouaux E.Dufay S.Doerper
		Respect du référentiel de pratiques relatif à la réalisation des glycémies capillaires	S.Marin N.de Abreu C.Morel
		Pertinence de la prévention de la maladie thromboembolique par les HBPM en milieu médical et chirurgical	V.Guillaume
	CARDIOLOGIE	Revue de morbidité mortalité en cardiologie	O.Ferry MO.Berlenga
		Évaluation du traitement médicamenteux BASI à 1 an de suivi dans l'infarctus du myocarde	A Dony G.Goudotte
	GÉRIATRIE/USLD	Prise en charge des chutes chez le patient âgé en EHPAD	C.Cosson Gériatres
		Alerte et Maîtrise de la Iatrogénie des neuroleptiques dans la maladie d'Alzheimer	E.Divoux Gériatres
		Revue de morbidité mortalité en gériatrie	MA.Welfringer M.Bristot V.Georges
CHIRURGIE	UROLOGIE	Revue de morbidité mortalité en chirurgie	F.Houndete V.Guillaume E.Grandjean
		Réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie	H.Pierson F.Houndete
		Conciliation des traitements médicamenteux du patient hospitalisé à son admission	V.Guillaume A Dony E.Dufay
	DIGESTIVE	Revue de morbidité mortalité en chirurgie	P.J.Courbey V.Guillaume E.Grandjean
	TRAUMATOLOGIE ORTHOPÉDIE	Revue de morbidité mortalité en chirurgie	E.Manache E.Grandjean A.Vidal
	BLOC OPÉRATOIRE	Évaluation de l'utilisation de la *check list* au bloc opératoire	C.Ternard P.J.Courbey
	OPHTALMOLOGIE		

Centre Hospitalier Lunéville

Évaluation des pratiques professionnelles
Tableau de bord des EPP 2012

PÔLES	SECTEURS D'ACTIVITÉ	INTITULÉ DE LA DÉMARCHE	RÉFÉRENT
MEDICO TECHNIQUE	URGENCES	Amélioration de la technique de pose et du suivi du drainage pleural chez le patient présentant un pneumothorax spontané	D.Rosa P.Zanon
		Pertinence des prescriptions de produits sanguins labiles et respect des bonnes pratiques transfusionnelles	JF.Pierre P.Zanon
		Revue de morbidité mortalité au service des urgences	Y.Peniak
		Amélioration de l'autonomie du patient dans la prise en charge de sa douleur après passage aux urgences	G.Antoine
	USC	Revue de morbidité mortalité en unité de soins continus Oxygéno – thérapie	O.Ferry MO.Berlenga
	ANESTHÉSIE	Tenue du dossier d'anesthésie	C.Ternard C.Cosson Anesthésistes
		Revue de morbidité mortalité en anesthésie	V.Avram J. Strakova C. Cosson
	IMAGERIE	Évaluation de la qualité de la formulation des demandes d'examens d'imagerie médicale	E.Clément F. Lefèvre
		Pertinence de la prescription "Abdomen Sans Préparation"	E.Clément F. Lefèvre
MÈRE ENFANT	OBSTÉTRIQUE PÉDIATRIE	Améliorer la prise en charge de la parturiente lors d'une césarienne et le délai d'extraction foetal	A.Guillaume M.Nsosso
	OBSTÉTRIQUE	Déclenchement artificiel du travail après 37 semaines avec prise en compte de la convenance Revue de pertinence de l'indication, du traitement médicamenteux, de la surveillance et du consentement de la parturiente	A.Maget A.Guillaume
	GYNÉCOLOGIE PÉDIATRIE	Revue de morbidité mortalité en gynécologie et pédiatrie	A.Guillaume L.Aubert
	GYNÉCOLOGIE	Réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie	M.Nsosso H.Pierson
	GYNÉCOLOGIE	Réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie	M.Nsosso H.Pierson
LOGISTIQUE MÉDICALE	HYGIÈNE ACTIVITÉS DE LUTTE CONTRE LES INFECTIONS	Évaluation de l'antibiothérapie à 48/72H	A.Vidal M.P.Viel
		Revue de morbidité mortalité en infectiologie	A.Vidal M.P.Viel
	PHARMACIE	Revue des erreurs médicamenteuses et des dispositifs associés	E. Dufay E. Divoux
		Revue de pertinence pour le bon usage des médicaments hors T2A	D.Piney A.Dony E.Divoux
		Analyse pharmaceutique des prescriptions médicamenteuses en continu	G.Barboza E.Divoux A.Dony D.Piney S.Doerper

Légende

- Démarche d'EPP obligatoire imposée par la Haute Autorité de Santé
- Démarche d'EPP en cours de réalisation
- Démarche d'EPP pérenne ou aboutie

En complément, dans le cadre de la sécurité thérapeutique médicamenteuse, la Commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles (COMEDIMS) a formalisé un programme de lutte contre l'iatrogénie médicamenteuse. Ce programme comporte parmi ses objectifs la conduite de revues sur les erreurs liées aux médicaments et dispositifs médicaux associés (REMED) ainsi que la satisfaction au contrat de bon usage des médicaments et prestations de l'ARS de Lorraine (cf annexe 11).

L'évaluation des pratiques professionnelles est une exigence institutionnalisée dans la 2ème démarche de la certification, en 2005 par la HAS. Cette exigence a été reconduite dans la référence 28 du manuel de certification - 3ème version 2010.

Au sein du CHL, la démarche d'EPP a été mise en œuvre dans l'établissement dès 1996. Deux services de soins -Médecine A & Médecine B- ont mis en oeuvre une enquête de pratique concernant la prescription des héparines de bas poids moléculaire en milieu médical, en prévention des thromboses veineuses profondes. Néanmoins la pratique de l'évaluation ne sera institutionnalisée qu'au cours de l'autoévaluation menée lors de la 2ème certification du CHL. Les médecins du centre hospitalier ont alors conduit 18 EPP dans le cadre de cette certification ; seule une EPP a été cotée D, toutes les autres on été cotées A ou B. Dans son CPOM 2007, le CHL opte alors pour une gestion médicalisée de la qualité et de la gestion des risques. Cette gestion médicalisée comporte entre autres, l'identification des sujets d'EPP, leur planification, leur mise en œuvre et la diffusion des résultats. A ce jour, les EPP institutionnalisées du CHL sont des démarches médicales. Une seule EPP relevant du domaine des soins infirmiers a été menée au cours de la 3ème certification. Mais les soignants sont demandeurs de démarches d'évaluation de leurs propres pratiques.

I.3.2. La situation actuelle

Les points positifs dans le domaine de l'évaluation de notre établissement sont successivement

- La réussite des EPP lors de la 3ème certification
- Le début d'un engagement et d'une volonté de la direction de l'établissement
- L' intérêt des professionnels soignants y compris des praticiens pour l'EPP
- La concertation acquise de façon pluri-professionnelle et multi-disciplinaire des professionnels et l'absence de cloisonnement entre le personnel administratif et le personnel soignant y compris médical

- L'existence d'une équipe médicalisée dédiée à la qualité et à la sécurité des soins et à l'EPP dans l'établissement appartenant au service de la GREQ
- L'accompagnement des EPP de la certification par des structures externes : Evalor, GRIEPS
- Une CQSS bipartite praticien – soignant.

Les points à améliorer sont :

- La culture qualité et sécurité des soins insuffisamment répandue, non acquise selon les secteurs ou non évaluée
- L'absence de système établi et institutionnel garantissant la reconnaissance et la valorisation des personnels impliqués dans les EPP notamment celles obligatoires
- L'absence de pérennisation des EPP dans certains secteurs d'activité
- L'absence de formation interne pérenne des personnels de l'établissement

I.3.3. Les orientations stratégiques du CHL

Elles sont au nombre de 4 :

I. Développer une culture qualité et sécurité des soins par les EPP ou tout autre moyen et stratégie
II. Créer de la cohérence entre les démarches d'EPP et le projet d'établissement en les inscrivant dans les orientations stratégiques en réponse à des problèmes de santé et d'autonomie de la population du Lunévillois
III. Développer les EPP dans tous les secteurs pour les différentes catégories professionnelles et ce de façon pérenne dans le but de sécuriser la prise en charge du patient et l'environnement professionnel des médecins et des soignants
IV. Conférer une dimension institutionnelle aux démarches d'EPP en s'appuyant sur un système incitatif et valorisant

I.3.4. Les objectifs opérationnels

Les orientations stratégiques sont déclinées selon 4 axes en 13 objectifs opérationnels.

Pour répondre aux besoins de la population du Lunévillois :

- Structurer et évaluer annuellement un programme des EPP avec l'appui du président de CME et des Présidents de la CQSS, en prenant en compte le bilan annuel des EPP et celui de la CQSS, l'état prévisionnel des recettes et des dépenses, les contrats de pôles, les nouveaux enjeux à l'initiative de la direction

- Rendre opérationnel le Comité de pilotage de la Politique d'amélioration continue de la qualité et sécurité des soins pour assurer un suivi des actions en lien avec les orientations stratégiques de l'établissement du programme des EPP et orienter en tant que de besoin ces actions

Pour développer la culture qualité et sécurité des soins dans l'établissement

- Évaluer la mise en œuvre des moyens pour le fonctionnement de la GREQ
- Évaluer la satisfaction du personnel concernant la conduite des EPP, l'accompagnement et la formation dont ils bénéficient
- Engager la direction par des réponses institutionnelles et par une forte réactivité aux problèmes identifiés grâce aux EPP
- Orienter la communication interne et externe sur la thématique des EPP et des résultats notamment concernant les indicateurs de qualité et de pratique clinique

Pour mieux prendre en charge les patients et soutenir les professionnels du CHL

- Structurer au sein de la GREQ une activité orientée sur l'identification des thèmes d'EPP répondant à des besoins des professionnels ou des patients, sur l'accompagnement des équipes soignantes dans leur méthodologie et / ou leur réalisation, avec l'inscription des mesures d'amélioration dans le programme d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, bâtir le retour d'expérience auprès des professionnels et communiquer sur les résultats notamment ceux concernant les indicateurs de qualité
- Structurer et évaluer annuellement un tableau de bord des EPP et des indicateurs IPAQSS et IPC (indicateurs de pratique clinique) en prenant en compte le bilan annuel des EPP et notamment des EPP obligatoires
- Utiliser les EPP comme outil de formation dans le cadre du développement professionnel continu

Pour inciter l'engagement pérenne des professionnels du CHL

- Définir et structurer un système incitatif concernant les professionnels de santé impliqués dans les EPP
- Accompagner les praticiens liés à une démarche d'accréditation
- Rendre opérationnelle la CQSS en liaison avec la CSIRMT et la CME, selon un mode paritaire avec représentation conjointe des praticiens et des soignants paramédicaux pour coordonner les actions dont celles relatives aux EPP
- Inscrire les EPP dans les contrats qualité des pôles.

I.3.5. Le plan de communication

Un plan de communication sur le programme annuel des EPP est établi. Il est structuré à différents niveaux :

- les instances de l'établissement : l'objectif est d'informer et de rendre compte des avancements de la démarche par un point d'étape vu en CME. Les modalités de présentation sont celles définies pour les communications en CME, à savoir un diaporama présenté par le service de la GREQ et/ou par les référents en charge des EPP
- l'Intranet du CHL : l'information est communiquée via le système d'information de l'établissement à l'ensemble du personnel. Dans l'onglet GREQ figurent des outils nécessaires à la bonne compréhension de la démarche EPP, de la bibliographie, des méthodes d'EPP
- le "Bulletin Qualité": le service de la GREQ et le service d'hygiène et d'infectiologie ont formalisé un support de communication papier destiné à l'ensemble du personnel. Chaque trimestre , une feuille simple est diffusée via les fiches de paie. Elle permettra entre autre de faire un point d'étape sur les actions qualité et sécurité des soins mises en place au CHL et en particulier sur l'état d'avancement des EPP
- le "Tableau de bord de l'EPP" : c'est une affiche de format A3, imprimée en couleur et plastifiée. Elle est affichée dans tous les services de soins annuellement afin que chaque agent puisse avoir une vue des EPP en cours dans son service mais aussi celles mises en place sur l'ensemble de l'hôpital (cf tableau 7).

I.3.6. Les EPP en Médecine A

Concernant le service de médecine A et la prise en charge du patient cancéreux, 3 EPP ont un caractère "obligatoire" dans leur réalisation : la réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie, la revue de morbidité et mortalité en cancérologie et la revue de pertinence pour le bon usage des médicaments anti cancéreux hors tarification à l'activité.

Leur mise en oeuvre associée concourt à la qualité et à la sécurité du patient cancéreux pris en charge dans ce service de soins (cf figure 3).

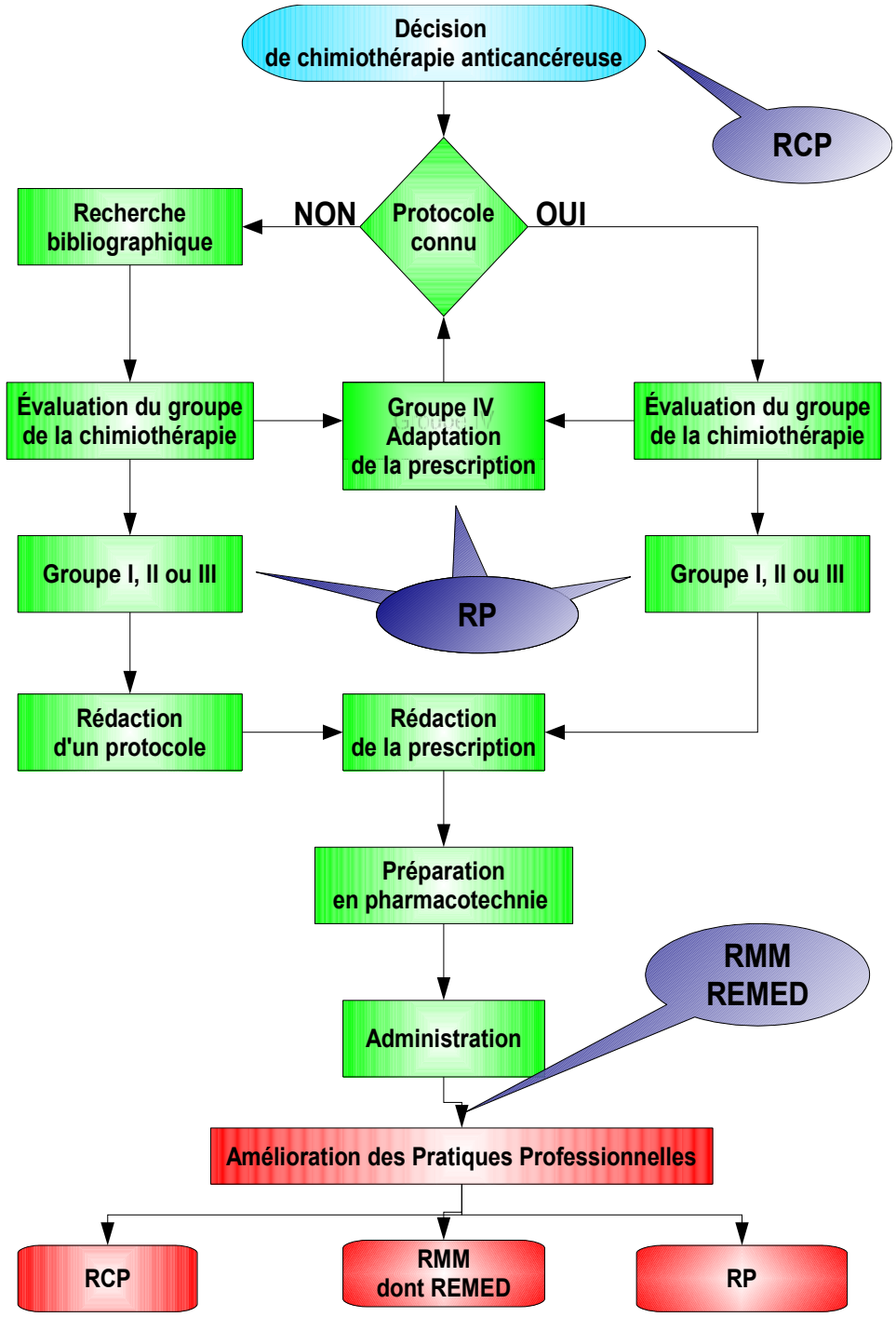


Figure 3 - La place des EPP dans le processus de prise en charge du patient cancéreux

II. La Réunion de concertation pluri-professionnelle (RCP) en cancérologie

II.1. L'organisation

La RCP de Luneville est polyvalente et est dénommée RCP d'oncologie générale. Elle a été créée en novembre 2006 Son activité concerne plusieurs spécialités d'organes (hors hématologie) notamment hépato gastroentérologie, urologie, pneumologie et gynécologie. Les intervenants médicaux et chirurgicaux en cancérologie du CHL et de la Clinique Jeanne d'Arc de Lunéville sont tous conviés à chaque RCP. Les radiothérapeutes du centre d'oncologie de Gentilly de Nancy sont présents par l'intermédiaire d'une visio-conférence depuis 2009 et les oncologues médicaux du COG (centre oncologique de Gentilly) depuis janvier 2013. La pluridisciplinarité est respectée par la présence d'au moins 3 disciplines différentes parmi la chirurgie, l'oncologie médicale, la radiothérapie, la radiologie, les spécialités d'organes, la pharmacie et les soins de support.
Dès 2006, il existe une participation du pharmacien référent en oncologie du CHL pour le suivi du respect des référentiels concernant les indications, l'analyse de la conformité aux référentiels pour les médicaments hors GHS et la formalisation des bilans annuels de la RCP.
La consultation d'annonce par une IDE en médecine A est mise en place depuis février 2009, pour les patients pris en charge par chimiothérapie, en application du Plan Cancer 2003 - 2007 .
Il existe une mise en ligne sur l'intranet du CHL, d'une rubrique "Banque Documentaire" - onglet "Cancérologie" - , des liens vers les référentiels nationaux de bon usage, les recommandations de bonne pratique HAS, les référentiels régionaux ONCOLOR et les sociétés savantes.
Un mode opératoire "Modalités de fonctionnement des réunions de concertation pluridisciplinaire de Lunéville" mis à jour en 2011, définit et encadre cette activité depuis septembre 2010.
Un modèle de fiche RCP de création locale est utilisée dès 2007 et l'utilisation de la fiche e-RCP régionale l'a remplacé en 2010.(cf annexes 12, 13 & 14).

Les réunions de RCP ont systématiquement lieu au CHL les 1er et 3ème mardis du mois, de 18 heures à 20 heures.

En 2009, la web-conférence du groupement de coopération sanitaire Télésanté Lorraine a été mise en place et permet de réaliser la RCP avec des praticiens nancéens (un radiothérapeute de la COG depuis 2007 et un oncologue médical depuis 2013). En 2010, l'utilisation de la fiche standardisée e-RCP sur la plateforme e-RCP a été mise en place. Ce modèle de fiche est utilisé par l'ensemble des RCP du réseau ONCOLOR depuis début 2011 (cf annexes 13 & 14). Il existe une traçabilité avec sécurisation de l'accès aux données via l'outil de gestion e-RCP disponible sur le réseau ONCOLOR.

Chaque médecin présente les nouveaux cas de cancers de sa patientèle. En cas d'absence, il délègue la présentation du cas à un confrère qui connaît le dossier ou au coordonnateur de la RCP. Mais il reste néanmoins responsable des informations fournies, de l'application ou non de la proposition, de la suite de la prise en charge, de l'information donnée au patient et à son médecin traitant. Le médecin en charge du patient peut ne pas suivre les propositions de la RCP mais il doit en indiquer le motif dans le dossier du patient ; il devient alors le seul responsable de sa décision.
Tous les nouveaux cas de cancer pris en charge par les praticiens du CHL et de la Clinique Jeanne d'Arc sont présentés et enregistrés au cours des RCP avant tout primo traitement, sauf autre thérapeutique en urgence, ainsi que les dossiers de patients nécessitant une modification thérapeutique de la prise en charge cancérologique.
Sont utilisés préférentiellement les référentiels du réseau ONCOLOR et en cas de besoin d'autres référentiels de réseaux de cancérologie français ou européens ainsi que les avis de sociétés savantes, conférences de consensus et *standards options recommandations (SOR)*. Si la situation clinique correspond à une prise en charge standardisée dans un référentiel de pratiques validé et actualisé, il est présenté et discuté plus rapidement, sa fiche RCP reste renseignée, enregistrée et archivée.
Si le traitement nécessite la prescription de médicaments hors autorisation de mise sur le marché ou hors protocole thérapeutique temporaire, le médecin doit porter au dossier médical l'argumentaire qui conduit à cette prescription avec en appui les références bibliographiques issues de travaux de sociétés savantes, publications de revues internationales à comité de lecture. Il en va de même pour la prescription d'un dispositif médical implantable hors liste des produits et prestations ; elle devra être justifiée et argumentée dans le dossier médical.
En cas de tumeurs rares, sarcome, tumeur de l'enfant, ou si la RCP de Lunéville ne peut apporter de réponse, il est fait appel à la RCP d'un site hautement spécialisé du réseau ONCOLOR pour recours. Les cas d'hématologie sont présentés à la RCP d'hématologie spécialisée du CHU de Nancy.
La possibilité d'inclusion de patients dans un essai clinique est discutée.

Chaque fiche dite "fiche e-RCP" correspond à la prise en charge d'un patient cancéreux et à la décision collective prise au cours de la réunion. Il s'agit de la fiche développée par le réseau ONCOLOR. Elle est pré-enregistrée par le praticien avant la RCP. Elle est complétée et renseignée, enregistrée de façon informatique au moment-même de la RCP. Elle est archivée sous format informatique. Elle est communiquée instantanément au praticien responsable du patient.
La fiche est éditée pour être archivée. L'archivage papier existe par sécurité. Il concerne toutes les fiches regroupées par date dans un classeur dédié détenu dans le bureau du médecin coordonnateur. Une copie est insérée dans le dossier médical et une autre copie est transmise au service de pharmacie lorsqu'une cure de chimiothérapie est nécessaire et doit être préparée.

Chaque fiche e-RCP comporte :

- un numéro attribué automatiquement,
- la date,
- l'identité du secrétaire et du coordonnateur de la RCP,
- l'identité du médecin demandeur
- l'identité du patient, nom, prénom, nom de jeune fille, date de naissance, sexe,
- l'identité et les coordonnées du médecin traitant,
- le motif de présentation en RCP et l'information ou non du patient,
- la description du cas,
- la question posée,
- la liste de présence renseignée avec le nom et la qualité des participants,
- l'avis de la RCP avec le type de proposition, son application selon un référentiel et le nom du référentiel appliqué,
- la présentation du cas à une RCP de recours, la prise d'un 2^{éme} avis ou l'inclusion dans un protocole d'étude est précisée à ce niveau.

Les RCP de Lunéville bénéficient d'un bilan annuel d'activité transmis au réseau ONCOLOR par l'intermédiaire du centre de coordination de cancérologie (3C). Il y figure:

- la conformité de prise en charge en regard des propositions de RCP,
- le délai entre les dates de présentation et de mise en œuvre des décisions,
- l'adéquation des décisions de RCP avec les référentiels.

En février 2009, une visite organisée par 2 médecins du réseau ONCOLOR a été réalisée pour vérifier le bon fonctionnement de la RCP.
La RCP a également été évaluée en 2010 et 2011 à l'aide de l'indicateur de pratique clinique IPAQSS de la HAS.
Les résultats sont enregistrés sur la plateforme d'information QUALHAS de la HAS.
En juin 2011, l'ARS de Lorraine a reconnu la conformité de la RCP de Lunéville au référentiel de l'INCa dans le cadre de sa visite de conformité relative aux autorisations de chimiothérapies et de chirurgie du cancer.

II.2. L'activité de RCP au CHL

En 2006, 10 patients sur les 217 cancers diagnostiqués ont fait l'objet d'une prise en charge formalisée en RCP (4,6%). C'est le début de l'activité de RCP du CHL (cf annexe 15).

En 2007, une enquête rétrospective du 1er janvier au 30 avril 2007 étudie dans un questionnaire de 24 items, 59 fiches enregistrées en RCP. L'objectif est d'évaluer le respect de la conduite des RCP. Les résultats montrent que 7 RCP ont été organisées sur la période avec un rythme respecté de 2 RCP par mois depuis février 2007. Il y a en moyenne par RCP 7,6 participants (42% des 18 praticiens invités) et 8,4 dossiers étudiés. La pluridisciplinarité est respectée pour 100% des dossiers présentés, et il y a le quorum pour 56% des RCP car les radiologues ont été absents à 3 réunions. Quarante cinq patients sur les 71 cancers diagnostiqués ont fait l'objet d'une prise en charge formalisée en RCP (63,4%) (cf tableau 8).

Tableau 8 - Les résultats de l'enquête de pratique 2007 sur les RCP du CHL

	OUI	NON	NA
Initiales du patient	100%	0%	
Date de la RCP	100%	0%	
Coordonnateur de la RCP	62,7%	37,3%	
Secrétaire de la RCP	98,3%	1,3%	
Praticien demandeur	100%	0%	
Nom des participants	100%	0%	
Qualité des participants	0%	100%	
Identité du patient	100%	0%	
Sexe	0%	100%	
Nom de jeune fille	0%	100%	
Histologie	79,9%	16,9%	3,4%
Date du diagnostic	47,5%	52,5%	
Stade évolutif (TNM)	67,8%	32,2%	
Stade OMS	52,5%	47,5%	
Eléments complémentaires	33,9%	66,1%	
Proposition de prise en charge de RCP	100%	0%	
Demande de recours au CCP	3,4%	96,6%	

En 2009, l'ARS de Lorraine a communiqué au CHL la position de l'établissement en regard de la pratique régionale et nationale et en regard des établissements de même catégorie. La pratique des RCP au CHL est établie et pérenne avec, comparativement un niveau d'excellence satisfaisant (figure 4).

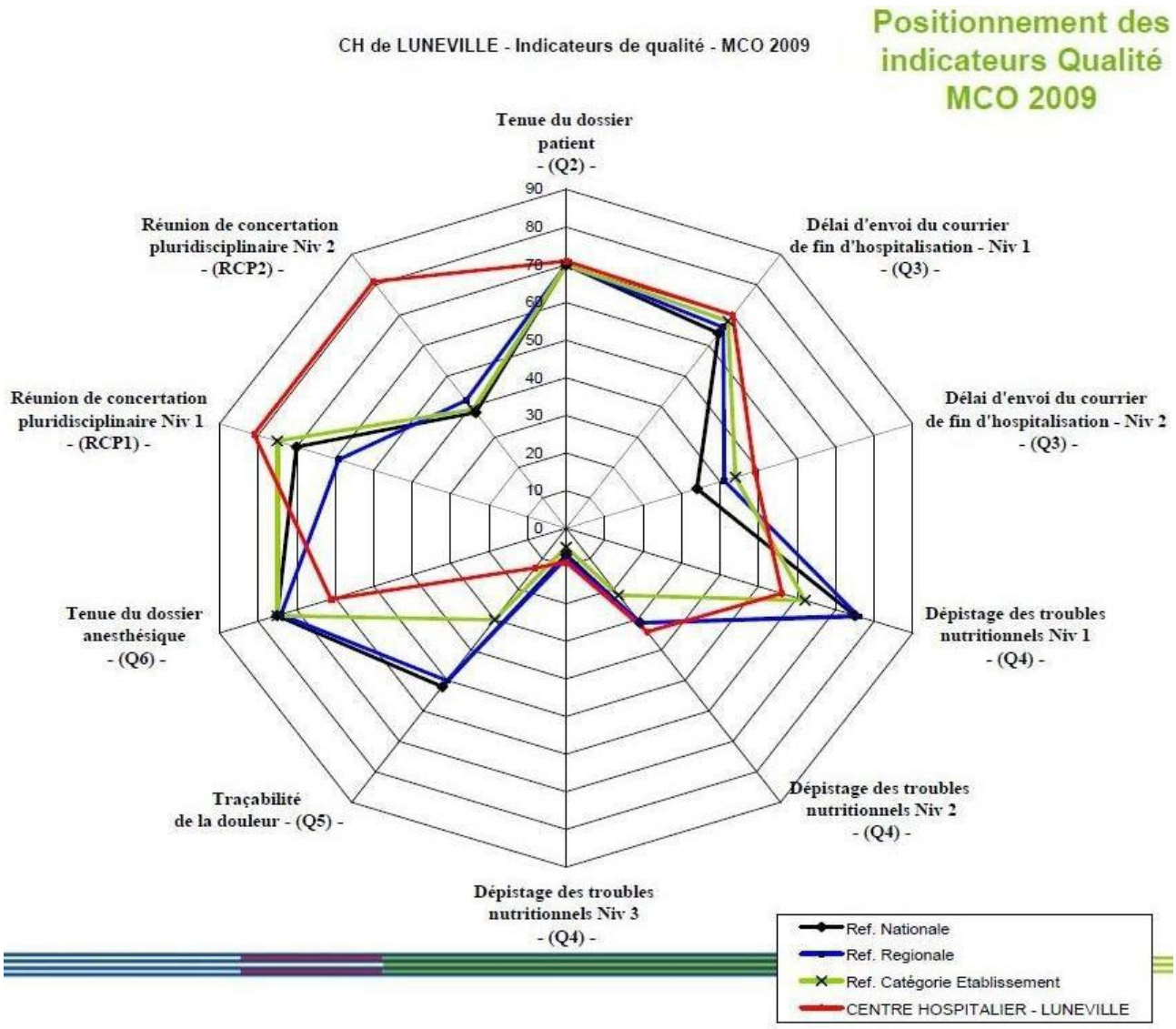


Figure 4 - La position du CHL en 2009 concernant la réalisation des RCP – ARS Lorraine

Pour les années 2009, 2010 et 2011, un bilan des activités est formalisé avec des évaluations complémentaires notamment sur :

- Le nombre de dossiers discutés dans l'année.
- La répartition du nombre de dossiers entre le CHL et la CJA.
- Le nombre de réunions réalisées dans l'année.
- Le nombre de praticiens présents en moyenne par réunion.
- Les spécialités représentées.
- L'organe atteint ou le domaine concerné.
- La moyenne de jours entre le diagnostic et la discussion du dossier en RCP.
- La proposition de la RCP.
- La conformité par rapport au référentiel.

- Le sexe des patients.
- Le stade OMS.
- L'âge du patient au moment du diagnostic.
- L'évaluation gériatrique.
- L'état nutritionnel.
- Les éléments psycho sociaux.
- La réflexion éthique.

Les 3 bilans 2009, 2010 et 2011 font l'objet d'une synthèse, elles figurent toutes les trois en annexe (cf annexes 16, 17 & 18). Ont été traités successivement 364 dossiers de patients, 439 et 323 avec une moyenne respective de 15,8 dossiers par réunion, 18,3 et 14,1. En 2009 et 2010 est étudié le délai de prise en charge entre le diagnostic et la RCP. Le délai moyen observé est de 27 jours en 2009 et de 28 jours en 2010 en ayant exclus les dossiers non renseignés et ceux d'une durée supérieure à 90 jours (difficultés de prise en charge du patient, refus, etc...). Le taux de participation élevé au départ a fortement diminué en 2011 du fait d'un transfert de l'activité de la clinique Jeanne d'Arc vers la clinique Pasteur : celui-ci est passé de 10 et 9 praticiens présents par réunion à 5,5 praticiens.
Le taux de conformité des décisions aux référentiels retenus est supérieur à 90% au cours de ces 3 années et est proche de 100% en 2011.

Parallèlement, l'ARS de Lorraine a conduit une évaluation de la conformité des prises en charge en 2009 – 2010 de 20 patients, en regard de la proposition issue des RCP (cf annexe 19). Cinq patients sont considérés comme ayant une prise en charge non conforme à la décision de la RCP : l'altération de l'état général du premier patient n'a pas permis l'application du protocole retenu, 2 patients ont bénéficié d'une radiothérapie sur décision du radiothérapeute, pour le 4ème patient le délai de mise en oeuvre est considéré comme trop long (7 mois) et la famille du 5ème patient a souhaité un traitement symptomatique.

II.3. Le lien avec la certification 2011 du CHL

Le critère aujourd'hui en lien avec les indicateurs généralisés du thème RCP en médecine chirurgie obstétrique est le critère 28a – Mise en oeuvre des démarches d'évaluation des patiques professionnelles avec pour élément d'appréciation "Des RCP sont organisées dans le cadre de la prise en charge des patients de cancérologie" (cf annexe 20).

Est pris en compte pour valider ce critère, l'indicateur IPAQSS "RCP Niveau 2", autrement dit "Le pourcentage de patients pour lesquels est retrouvée, lors de la prise en charge d'un primo-diagnostic de cancer, la trace d'une RCP datée et comportant la proposition de prise en charge formulée avec au moins 3 professionnels de spécialités différentes."

Si l'indicateur a une valeur supérieure à 80% avec une borne basse de l'intervalle de confiance à 95% qui est supérieure à la valeur seuil, la position de l'établissement est significativement supérieure à la valeur seuil et la réponse à l'élément d'appréciation est alors "OUI".
En 2010, l'IPAQSS "RCP Niveau 2 du CHL" a une valeur de 81% [67% - 95%] avec un effectif de 22 dossiers tirés au sort. Lors de la certification 2011 du CHL, il est répondu "OUI" par les experts, ce qui a contribué à ce que le critère 28a soit coté B avec une évaluation à 83%.
En 2011, l'IPAQSS RCP Niveau 2 du CHL a une valeur de 95% [bornes non calculées] avec un effectif de 30 dossiers tirés au sort. (cf annexe 21).

III. La revue de pertinence des prescriptions des médicaments anticancéreux

III.1. Le Contrat de bon usage des médicaments et prestations au CHL

Un premier décret n° 2005-1023 du 24 août 2005 met en place le contrat de bon usage (CBU) des médicaments et des produits et prestations mentionné à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale. Il est conforté par le décret n° 2008-1121 du 31 octobre 2008 [38, 39].
Le CBU est conclu, pour une durée de trois à cinq ans, entre le directeur général de l'agence régionale de santé, le médecin-conseil régional du régime général de l'assurance maladie et le représentant légal de l'établissement après avis conforme de la commission médicale d'établissement (cf annexe 11). Il a pour objet de déterminer les objectifs en vue :

- d'améliorer et de sécuriser, au sein de l'établissement, le circuit du médicament et des dispositifs médicaux stériles,
- de garantir le bon usage des médicaments et dispositifs médicaux stériles,
- de préciser les actions à mettre en œuvre pour atteindre ces objectifs,
- et d'organiser le cadre de l'évaluation des engagements souscrits.

Les objectifs et moyens sont détaillés dans 4 chapitres :

I. Amélioration et sécurisation du circuit du médicament et des produits et prestations
II. Développement des pratiques pluridisciplinaires ou en réseau
III. Engagements spécifiques aux spécialités pharmaceutiques et aux produits et prestations pris en charge en sus des prestations d'hospitalisation et respect des référentiels nationaux de bon usage des médicaments et des produits et prestations
IV. Procédure d'autoévaluation

La réalisation des engagements souscrits par le CHL dans le cadre du CBU fait l'objet d'une évaluation annuelle consignée dans le rapport d'étape du CBU (Annexe 11). Les résultats sont pris en compte chaque année pour fixer le taux de remboursement de la part prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie des spécialités pharmaceutiques et des produits et prestations. En cas de non-réalisation de ses objectifs par l'établissement de santé, le taux de remboursement de la part prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie de ces produits pour l'année suivante peut être réduit dans une fourchette comprise entre 70 % et 100 % (art D. 162-13 du code de la sécurité sociale). Au CHL, le CBU est signé en février 2006. Jusqu'à récemment -novembre 2012-, le CHL a bénéficié d'un remboursement à 100% de l'ensemble des produits de santé concernés par la règle.

L'analyse de la pertinence des prescriptions des traitements anticancéreux est un critère du CBU. Elle est menée en continu au CHL depuis 1995. La totalité des médicaments anticancéreux est prescrite sur ordonnance et les prescriptions sont toutes informatisées depuis 2005. Elles bénéficient d'une analyse par un pharmacien qu'il s'agisse d'une initiation de traitement ou d'un changement de prescription demandé par le médecin. C'est au cours de cette analyse que le pharmacien s'assure de la notification de l'indication du médicament sur l'ordonnance informatisée. Si ce n'est pas le cas, l'information est recherchée auprès du médecin pour être enregistrée dans le dossier du patient. Le même procédé est appliqué pour les ordonnances manuscrites qui sont exceptionnelles.

Chaque ordonnance sur laquelle figure un médicament facturé en sus du GHS est imprimée. Un préparateur en pharmacie hospitalière enregistre dans un tableur Excel® l'identité du patient, le médicament concerné et son indication. Les indications sont ensuites classées en fonction du référentiel en cours au regard de la fiche de Réunion de Concertation Pluridisciplinaire obligatoire pour chaque cas de cancer diagnostiqué.

Le classement s'effectue selon 4 catégories :

- la catégorie "Prescription selon l'AMM ou Autorisation de mise sur le marché"
- la catégorie "Prescription selon un PTT ou Protocole thérapeutique temporairement acceptable",
- la catégorie "Prescription selon une SNA ou Situation non acceptable",
- et la catégorie "Prescription avec ID ou Insuffisance de données". [40]

Jusqu'à récemment la définition du nombre et de la nature de ces 4 catégories a fluctué, fonction des décisions de l'INCa et de l'ARS de Lorraine. Les résultats présentés ci-après prennent en compte cette fluctuation.

III.2. L'activité de RPP en médecine A

Sont présentés ci-après les résultats de 5 revues de pertinence:

- Revue de pertinence des prescriptions – 2007
- Revue de pertinence des prescriptions – 2009
- Enquête des pratiques de prescription – 2009/2010
- Revue de pertinence des prescriptions – 2010
- Revue de pertinence des prescriptions – 2011

III.2.1. Revue de pertinence des prescriptions – 2007 (Cf annexe 22)

La première étude présentée a été menée dans le cadre des EPP de la certification 2007 du CHL. Elle a été conduite du 1er janvier au 31 mai 2007. Il s'agit d'une étude rétrospective avec inclusion de 19 patients. Cette étude à servi d'une part à analyser les modalités d'organisation et leur application concernant la mise en oeuvre de la RCP. D'autre part elle a permis de formaliser autant que faire se peut la revue de pertinence.

La détermination du niveau de conformité aux référentiels des traitements est effectuée par un binôme médecin/pharmacien. Les 19 patients inclus sont des patients qui bénéficient d'une 1ère cure de chimiothérapie. Les 8 principes actifs étudiés sont :

- Campto® (irinotecan)
- Gemzar® (gemcitabine)
- Paxène® (paclitaxel)
- Taxotère® (docetaxel)
- Eloxatine® (oxaliplatine)
- Hycamtin® (topotecan)
- Farmorubicine®
- Caelyx® (doxorubicine liposomale pegylée)

Sur les 19 patients inclus, 17 patients ont reçu une thérapeutique anticancéreuse classée dans la catégorie AMM, 2 dans la catégorie PTT qui s'appuient toutes les deux sur une décision d'un site hautement spécialisé. Il n'y a aucun patient dont la chimiothérapie est classée dans les catégories SNA et ID.

Au vu des résultats, il n'y a pas de réévaluation à programmer. Néanmoins, en action d'amélioration, il est décidé d'étendre la démarche d'analyse de la pertinence à l'ensemble des molécules anticancéreuses de la liste des médicaments remboursés en sus des GHS et donc à l'ensemble des patients qui en bénéficie.

III.2.2. Revue de pertinence des prescriptions – 2009 (Cf annexe 23)

Du 1er janvier 2009 au 31 octobre 2009, une étude prospective est mise en place dans le cadre de l'audit ONCOLOR qui , lui, a été réalisé en novembre 2009. L'étude concerne 63 prescriptions de protocoles administrés aux patients et 12 principes actifs anticancéreux de la liste des produits de santé hors T2A. L'évaluation consiste pour un binôme médecin-pharmacien à analyser la conformité des prescriptions en regard des référentiels de bon usage en vigueur. Celles-ci sont classées cette fois-ci en 5 catégories. Il a été décidé en interne de rajouter une cinquième catégorie (en italique) pour faire face à des situations particulières non envisagées par la classification précédente.

- la catégorie "Prescription selon l'AMM ou Autorisation de mise sur le marché"
- la catégorie "Prescription selon un PTT ou Protocole thérapeutique temporairement acceptable",
- l*a catégorie "Prescription selon une Indication validée scientifiquement (conférence de consensus, recommandations de sociétés savantes, publications internationales,...) & Indications sur justification spécifique". Il s'agit d'une catégorie pour laquelle les sociétés savantes ou les réseau de cancérologie se sont prononcées en faveur du protocole.*
- la catégorie "Prescription selon une SNA ou Situation non acceptable",
- et la catégorie "Prescription avec ID ou Insuffisance de données".

Les 12 médicaments concernés par l'étude sont :

• Campto® (Irinotecan)	• Farmorubicine®
• Caelyx® (Doxorubicine liposomale pegylée)	• Taxotère® (Docétaxel)
• Eloxatine® (Oxaliplatine)	• Avastin® (Bevacizumab)
• Gemzar® (Gemcitabine)	• Navelbine®
• Mabthera® (Rituximab)	• Tomudex®
• Paclitaxel®	• Herceptin® (Trastuzumab)

Pour chaque nouvelle cure comportant un de ces médicaments, l'indication est classée par le pharmacien selon les 5 catégories. Le suivi des informations est réalisé en continu avec, le cas échéant, discussion des cas déviants entre le pharmacien et le médecin en charge du patient. Un bilan trimestriel est effectué pour suivre le taux de pertinence.

Sur la période étudiée, concernant les 63 protocoles prescrits, 57 le sont dans le cadre des catégories AMM et PTT. Cinq sont classés dans la catégorie "Indication validée scientifiquement" :

- *OXALIPLATINE dans FOLFOX 4, 2ème ligne dans le cancer du pancréas – 1 patient*
- *MITOXANTRONE / VINORELBINE pour le cancer de la prostate – 1 patient*
- *VINORELBINE 2ème ligne pour le cancer de l'oesophage – 2 patients*
- *CAELYX 2ème ligne pour le cancer de l'endomètre – 1 patient*

Enfin une seule prescription est classée dans la catégorie ID; elle concerne l'introduction d'Avastin® (bevacizumab) *dans le protocole FOLFIRI - AVASTIN en 2ème ligne dans le cancer métastatique colique.*
Le taux de pertinence des prescriptions s'établit pour cette période à 98,4%. Il a contribué à l'obtention d'un taux de remboursement de 100% pour le CHL dans le cadre de son CBUs.

III.2.3. Enquête des pratiques de prescription – 2009/2010 (Cf annexe 19)

Une étude retrospective est conduite du 2 juin 2009 au 15 juin 2010. Elle s'inscrit dans le cadre du CBU. Plus qu'à une revue de pertinence, elle s'apparente à une enquête de pratique puisqu'il s'agit d'analyser la mise en oeuvre de la décision de traitement prise en RCP (a-t-on fait ce que l'on a décidé de faire?) et non d'évaluer la prescription en regard des référentiels de pratique admis (a-t-on bien fait ce qu'il fallait faire?). Les modalités de cette enquête de pratique ont été définies par l'ARS de Lorraine.

Parmi les 170 fiches RCP incluses au cours de la période, 25 fiches sont tirées au sort et 5 fiches sont écartées de l'étude pour défaut d'information dans le dossier du patient. L'analyse de ces 20 fiches RCP permet d'observer que :

- 15 prises en charge anticancéreuses sont conformes à la décision prise en RCP
- 5 prises en charge anticancéreuses ont bénéficié d'un changement de décision (souhait de la famille, délai trop long de prise en charge, alternative thérapeutique mise en oeuvre par un site hautement spécialisé (2), altération de l'état général du patient).

Sur les 20 fiches RCP analysées, 11 mentionnent un traitement médicamenteux en 1ère intention dont 8 font appel à un protocole anticancéreux [Amétycine, 5-Fluoro-uracile, Cisplatine, Caelyx® (doxorubicine liposomale pegylée), Xeloda® (capécitabine), Sutent® (suntinib), Cisplatine Vépéside, Herceptin® (trastuzumab)]. Sur ces 8 protocoles anticancéreux, 6 ont été mis en oeuvre conformément à la proposition de la RCP. Il n'y a pas de plan d'actions d'amélioration défini. Il n'y a eu aucune réaction de l'agence à ces résultats. Le remboursement des spécialités anticancéreuses utilisées au CHL a été de 100% cette année-là.

III.2.4. Revue de pertinence des prescriptions - 2010 (Cf annexes 24 & 25)

En 2010, dans le contexte de régulation des dépenses des produits de la liste des médicaments remboursés en sus des GHS et de maîtrise médicalisée basée sur l'amélioration des pratiques de prescription menées par les ARS, une étude rétrospective des prescriptions de l'établissement pour les molécules de la liste est mise en place par l'ARS de Lorraine. Compte tenu du contexte régional, les molécules ciblées par notre agence sont les suivantes :

- Mabthera® (rituximab)
- Herceptin® (trastuzumab)
- Taxotère® (docétaxel)
- Avastin® (bevacizumab)
- Tysabri® (natalizumab)
- Alimta® (pemetrexed)

Le CHL réalise l'étude sur le rituximab, le docétaxel et le bevacizumab qui sont les trois seules molécules de la liste prescrites dans l'établissement.

Le protocole de l'étude conduite par l'ARS de Lorraine comporte 5 étapes :

- 1° étape : Ciblage de dossiers patients (délai de réalisation = 15 jours) à réaliser par tous les établissements. Le CHL inclut toutes les prescriptions sur la période du 01/09/2010 au 30/11/2010 et en fait la synthèse dans un tableau Excel® remis par l'agence. Pour chaque patient recevant une administration des médicaments sélectionnés pendant la période d'observation, les données relevées sont les initiales du patient (3 premières lettres du nom, 2 premières lettres du prénom), la date de naissance du patient, l'indication la plus précise possible, la date de la prescription initiale dans cette indication et si besoin, la numérotation anonymisée pour permettre de faire le lien à tout moment entre les données relevées ci-dessus et l'identité du patient.
- 2° étape : Analyse des prescriptions en regard des référentiels de bon usage en vigueur (délai de réalisation = 1 mois) à réaliser par tous les établissements. A partir d'un nombre de dossiers que l'OMEDIT de Lorraine a sélectionné, il est demandé de faire une analyse de la prescription en regard des recommandations de bon usage en vigueur à la date de prescription (cf annexe 24 - feuillet 1).

  Le relevé des données doit permettre le classement des prescriptions en 4 catégories selon le respect des référentiels nationaux en vigueur : la catégorie AMM ou Autorisation de

mise sur le marché, la catégorie PTT ou Protocoles thérapeutiques temporairement acceptables, la catégorie SNA ou Situations non acceptables et la catégorie ID ou Insuffisance de données. Le fichier Excel® de l'OMEDIT de Lorraine est complété pour être communiqué à l'agence.

- 3° étape : Contrôle sur site et sur pièces effectué dans certains établissements par l'Assurance Maladie et l'agence. Cela n'a pas été le cas pour le centre hospitalier de Lunéville : néanmoins un contrôle sur dossier est réalisé par un médecin de l'assurance maladie qui analyse les réponses adressées par le CHL.
- 4° étape : Restitution des résultats de l'audit à la Communauté Médicale de l'Etablissement à réaliser par tous les établissements.
- 5° étape : Mise en place de mesures correctives en cas de non-conformité à réaliser par tous les établissements avec communication des mesures correctives mises en place à l'ARS.

Les résultats communiqués par le CHL à l'ARS de Lorraine concernent 9 patients (cf annexe 24) :

– 3 patients sous rituximab : 2 pour lymphome malin non hodgkinien avec conformité à l'AMM et 1 pour thrombopénie auto-immune relevant de la catégorie PTT avec enregistrement d'un succès clinique,

– 2 patients sous docétaxel pour cancer du poumon du lobe supérieur droit, tous deux conformes à l'AMM,

– 4 patients sous bevacizumab pour cancer colo-rectal, tous quatre conformes à l'AMM.

–

Le taux de pertinence de 100% n'engendre pas de plan d'actions d'amélioration de la procédure de prise en charge dans l'établissement.

Cependant ce taux de pertinence a été contesté par l'ARS de Lorraine. L'OMEDIT de Lorraine a effectué un contrôle sur dossiers (et non sur site) des résultats de l'étude au CHL. Ce contrôle montre une différence dans l'évaluation ; il fait état d'une prise en charge classée dans la catégorie ID par l'OMEDIT alors que le CHL l'a classée dans la catégorie AMM (cf annexe 25). Il s'agit d'une patiente qui a bénéficié d'un traitement par bevacizumab en 2ème ligne de traitement après échec d'un précédent traitement prescrit dans un autre établissement. Or le Bevacizumab dispose d'une AMM uniquement en 1ère ligne du cancer du sein.

Le taux de pertinence calculé par l'OMEDIT est de 89%. Mais en raison du motif, il n'engendre pas de plan d'actions d'amélioration de la procédure de prise en charge dans l'établissement.

Dans tous les autres cas, il y a concordance entre les résultats communiqués par le CHL et ceux de l'OMEDIT de Lorrraine.

Il est à noter qu'une nouvelle catégorie de prise en charge apparaît. Elle est intitulée "Situation hors référentiels" c'est à dire hors AMM, PTT, SNA et ID.

S'y retrouvent les situations qui ne peuvent être classées par manque d'information dans le fichier Excel® et probablement dans le dossier patient, ainsi que les situations pour lesquelles il y a absence de référentiel en raison d'une situation atypique. La décision provient de l'OMEDIT de Lorraine.
Pour autant, elle peut être considérée comme contestable.

Sur la région, l'OMEDIT de Lorraine enregistre un écart entre son évaluation de contrôle et celle réalisée par les établissements, ainsi qu'un manque de justification des prescriptions dans 20% des prescriptions dans le cadre de l'AMM et des PTT, et 80% des prescriptions dans les autres cas. En conséquence, ont été rajoutés dans le CBUs des critères incitant les établissements à des comportements plus vertueux.

III.2.5. Revue de pertinence des prescriptions en 2011 (Cf anexes 26 & 27)

En 2011, du 1er janvier au 31 décembre, l'indication de 11 spécialités médicamenteuses utilisées en cancérologie dans le service de médecine A est suivie en prospectif. Les médicaments concernés figurent sur la liste des médicaments facturés en sus du GHS. Certains ont été retirés de la liste sur décision ministérielle, mais ils restent suivis par le service de pharmacie pour l'année en cours.
Ces 11 spécialités sont prescrites chez 49 patients, près des 2/3 des patients (81) traités par chimiothérapie anticancéreuse au CHL. Elles sont utilisées au sein de 29 protocoles différents dans 25 indications différentes.

Au total, les spécialités sont classées 61 fois au regard des référentiels car un patient peut recevoir plusieurs protocoles dans l'année comportant, eux-mêmes, plusieurs molécules suivies. Ce chiffre représente plus précisément le nombre de fois où un médicament étudié figure dans le protocole décidé en RCP et qu'il est administré à un patient.

Sur la période étudiée, concernant les 61 classements, 49 (80,3%) le sont dans les catégories AMM et PTT. Douze (19,7%) sont dans la catégorie Indication validée scientifiquement et indications sur justification spécifique. Les médicaments concernés par ce classement sont :

- l'irinotecan (3 classements) qui ne possède pas l'AMM dans le cancer de l'estomac. Pour autant, cette indication est actuellement un standard dans la prise en charge de cette pathologie.
- le paclitaxel (6 classements) et la gemcitabine (3 classements) sont tous deux indiqués dans le cancer du poumon non à petites cellules mais en association avec le cisplatine. Nous utilisons ces spécialités en association avec le carboplatine plutôt qu'avec le cisplatine en raison de la meilleure tolérance de l'un par rapport à l'autre.

Aucune spécialité n'a été classée dans les catégories SNA et ID.

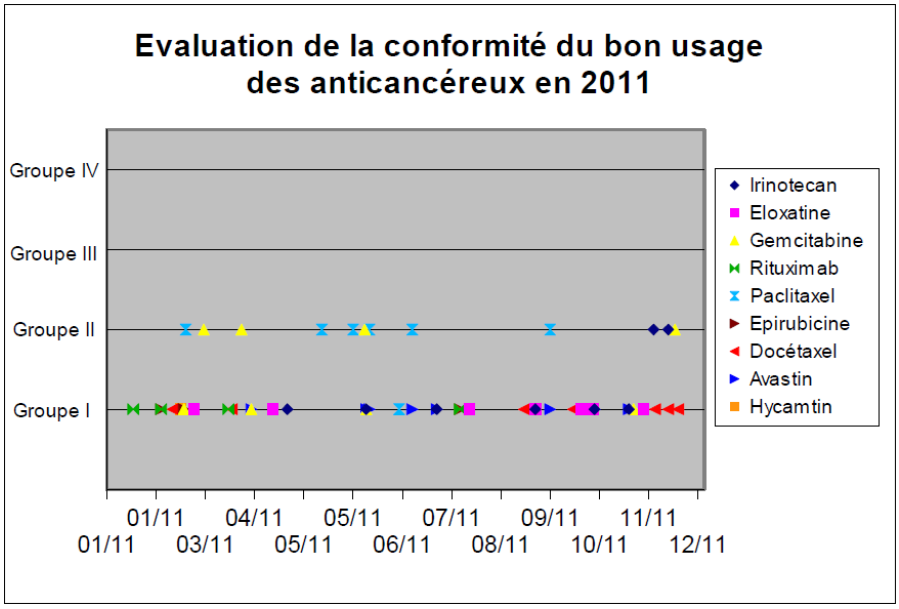


Figure 5 - La revue de pertinence des médicaments anticancéreux en 2011

Lors de la 3ème certification de l'établissement, et à l'occasion de la présentation des EPP réalisées par le CHL et adressées à la HAS, un point d'étape concernant le bon usage des médicaments anticancéreux a été réalisé en novembre 2011. Ce point d'étape décrit les résultats enregistrés sur la période du 1er janvier au 31 octobre 2011 (cf annexes 26 & 27). Il a été présenté aux experts visiteurs lors de la visite de certification de décembre 2011.

III.3. Le lien avec la certification 2011 du CHL

Le critère aujourd'hui en lien avec le thème de la pertinence des prescriptions est le critère 20a – Management de la prise en charge médicamenteuse du patient en court séjour-, avec pour élément d'appréciation "Un suivi d'indicateurs d'évaluation quantitatifs et qualitatifs, notamment en cohérence avec les engagements du contrat de bon usage des médicaments, produits et prestations, est réalisé". Le critère 20a est une Pratique Exigible Proritaire.

Lors de la certification 2011 du CHL, le critère a été coté A avec une évaluation à 100% et un "OUI" à l'élément d'appréciation dont le constat est le suivant :*Un suivi du contrat de bon usage du médicaments est organisé chaque année avec envoi à l'ARS de Lorraine du rapport d'étape de l'établissement. Ce rapport d'étape est présenté en COMEDIMS et en CME. Un suivi par un indicateur de la conformité d'utilisation des médicaments hors T2A par rapport aux référentiels de bon usage est réalisé en continu. Le service de pharmacie a organisé un relevé continu d'indicateurs de qualité et de production qui font l'objet d'un rapport d'activité adressé à la direction.*

Un autre critère en lien avec le thème de la pertinence des prescriptions est le critère 20a bis – Prise en charge médicamenteuse du patient en court séjour- avec pour élément d'appréciation "Un audit périodique du médicament est réalisé notamment sur la qualité de l'administration".
Le critère 20a bis est également une Pratique Exigible Prioritaire avec un indicateur IPAQSS sur la Tenue du.dossier patient.
Lors de la certification 2011 du CHL, le critère 20a bis a été coté A avec une évaluation à 93% et un "OUI" à l'élément d'appréciation dont le constat est le suivant :
Dans le cadre du rapport d'étape du contrat de bon usage, des audits sont réalisés à la demande de l'ARS de Lorraine :

- *prescription de médicaments anticancéreux ciblés*
- *audit par le réseau ONCOLOR du circuit des médicaments anticancéreux, de leur prescription à leur dispensation et à leur administration...*
- *l'établissement mène également des audits sur la prescrption médicamenteuse en lien avec l'EPP : évaluation de la conformité d'utilisation des médicament hors T2A par rapport aux référentiels de bon usage...*

Un dernier critère en lien avec le thème de la pertinence des prescriptions est le critère 28c – Démarche EPP liée aux indcateurs de pratique clinique avec deux éléments d'appréciation "L'établissement identifie des indicateurs de pratique clinique aux regards de ses activités" et "L'établissement recueille et analyse les indicateurs de pratique clinique choisis" (cf annexe 26).
Lors de la certification 2011 du CHL, le critère 28c a été coté A avec une évaluation à 95% et respectivement "EN GRANDE PARTIE" et "OUI" aux deux éléments d'appréciation.

IV. La revue de morbidité mortalité en cancérologie

IV.1. L'organisation au CHL

La formation à la méthodologie des revues de morbidité mortalité a été assurée en 2011 par EVALOR, structure régionale d'évaluation créée en Lorraine sous l'égide de Serge BRIANÇON et faisant partie de la Fédération des organisations régionales pour l'amélioration des pratiques.
La formation a eu lieu à 3 reprises et a été animée par Fabienne EMPEREUR les 23 février et 08 & 29 mars 2011au CHL. Quinze praticiens et six cadres de santé ont bénéficié de cette formation.
Les différentes RMM de l'établissement sont enregistrées dans le programme annuel des EPP en 2011 et en 2012.

IV.2. L'activité de RMM en médecine A

IV.2.1. La première réunion du 18 avril 2011 : Présentation de la méthode, définition des thèmes

La revue de morbidité et de mortalité en cancérologie est présentée à toute l'équipe de médecine A. La méthode et ses objectifs sont expliqués, un responsable et un secretaire sont désignés, la périodicité et la durée des réunions est fixée et les thèmes abordés dans l'année sont choisis avec un calendrier affiché dans le service. Le réglement intérieur est formalisé et communiqué au service de la GREQ de l'établissement (cf annexes 28, 29 & 30).

IV.2.2. La première RMM du 05 mai 2011 : problèmes liés à l'utilisation des cathéters à chambre implantable

Constats

Les problémes rencontrés concernent les sites non fonctionnels, les sites positionnels, les reprises de site, les reposes de cathéters à chambre implantable (CCI), les reports de cures, le changement de voie d'administration des chimiotérapies pour la voie périphérique.
L'étendue du problème est évaluée sur la période allant du 1/1/10 au 1/5/11, 11% des CCI sont reposés, 15% des reports de cure sont liés à des problèmes de CCI non fonctionnels, 94% des CCI sont posés par deux opérateurs du CHL. Les reposes de CCI hors CHL et les reprises de sites ne sont pas incluses dans le décompte. Trois dossiers sont plus particulièrement étudiés. Ils concernent des patients pris en charge dans le service pour chimiothérapie anticancéreuse intraveineuse après RCP et pose de cathéter à chambre implantable (CCI) en jugulaire externe droite.

Conséquences des dysfonctionnements observés

Au niveau institutionnel : il existe un surcoût lié à la consommation de médicaments finalemnent non administrés et des dispositifs médicaux stériles implantables multipliés pour un même patient. Il faut également considérer le temps médical et non médical passé à obtenir les rendez-vous nécessaires à la correction de l'évènement et le coût des transports en véhicules sanitaires légers ou en ambulance lorsque les patients doivent revenir pour des rendez-vous générés par le dysfonctionnement des CCI.

Au niveau organisationnel : il y a désorganisation des soins ambulatoires planifiés dans le service pour d'autres patients, désorganisation des activités médicales et infirmières et de surcroît la nécessité d'opacifier les CCI impacte la planification des rendez-vous programmés dans le service d'imagerie médicale.

Au niveau humain : le risque de perte de confiance de la part du patient et de son entourage est établi ainsi que celui d'une image délétère pour le service voire pour l'établissement, il y a un surcroît de stress et l'atmosphère est vécue comme non sereine par les professionnels et les patients.

La nécessité de les faire revenir lorsque le service d'imagerie médicale ou l'opérateur ne peuvent assurer les examens prescrits le jour de l'incident contribue à ce ressenti.

Le risque infectieux lié à des actes invasifs multipliés par les reposes de sites est potentiel.

Le risque d'extravasation du fait de l'administration de médicaments irritants voire necrosants est omniprésent.

En ce qui concerne la qualité des soins, l'allongement des délais entre deux cures est ressenti comme une perte de chance par les patients et peut conduire à une perte de confiance.

Le personnel médical et non médical est mis en difficulté par l'absence d'amélioration des pratiques de l'opérateur.

Analyse des causes

La traçabilité du respect des modalités de pose des CCI n'est pas retrouvée dans les dossiers des patients.

L'absence de cette information nous interpelle sur la réalisation effective de l'acte qui est de vérifier la perméabilité du dispositif par l'observation d'un retour veineux à la pose.

La notice d'information du dispositif médical indique que ces points doivent faire l'objet d'un contrôle tracé. Mais la fiche technique n'est pas toujours disponible et il n'y a pas de mode opératoire dans le système documentaire du service.

Les pratiques concernant la pose des CCI ne sont pas remises en question par les opérateurs chirurgicaux. Il semble qu'il n'y ait pas d'amélioration possible qui puisse être envisagée.

Le recours à un opérateur extérieur au CHL est une solution qui n'a pas été mise en oeuvre car elle est jugée non satisfaisante en terme d'activité et d'image pour l'établissement.

Le personnel soignant constate un défaut d'adaptation à des situations de plus en plus prévisibles.
La pratique de pose des CCI est considérée comme une pratique aisée dans sa réalisation et n'a pas exigé une définition suffisante et adéquate des compétences requises.
Cette définition n'a d'autant pas été un prérequis qu'il s'agit d'une pratique de soins qui ne relève pas du champ d'action du service.
Au final, la prestation sous traitée est considérée comme défaillante.

Les mesures d'amélioration

1- Identifier d'autres opérateurs, multiplier les formations des opérateurs potentiels au CHL que sont les anesthésistes.
2- Informer sur le respect des préconisations techniques:
- Obtenir la traçabilité de la perméabilité du retour veineux à la pose du CCI.
- Pratiquer de manière systématique un cliché avec injection de produit de contraste permettant de vérifier la perméabilité du dispositif durant la pose.
- L'acte sous radioguidage par voie sous clavière malgré les recommandations de bonnes pratiques préconisant l'abord jugulaire demandant une logistique trop lourde, il ne sera pratiqué qu'en cas d'abord veineux difficile.
3-Elaborer, à destination des professionnels médicaux et non médicaux, un arbre décisionnel relatif aux contrôles et actions à mettre en oeuvre lors de l'utilisation des CCI.

IV.2.3. La deuxième RMM du 23 juin 2011 : Les reports de cure

Constats

Deux dossiers en particulier ont été étudiés ; ils concernent des patients suivis en ambulatoire pour une chimiothérapie anticancéreuse.
Les problèmes rencontrés chez ces 2 patients, sont l'hospitalisation pour neutropénie fébrile, le report de cure pour neutropénie et le report de cure pour thrombopénie. Ils résument les constats observés.
Sur la période du 1/1/10 au 1/5/11, il y a 54 reports de cures d'enregistrés : 15% des reports de cure sont liés à des problèmes de CCI non fonctionnels, 85% à d'autres problèmes, dont 73% sont des neutropénies et 17% des thrombopénies.

Conséquences des dysfonctionnements observés

Au niveau organisationnel : il y a désorganisation des soins ambulatoires car les reports de cure s'ajoutent aux autres programmations, rendant inopérante la répartition de la charge de travail prévue au sein du service de Médecine A ainsi que du service de Pharmacie par répercussion. L'ensemble des personnels des 2 services concernés ne reçoit pas systématiquement l'information

à temps aggravant la désorganisation induite.
Les conséquences sont essentiellement l'augmentation de la charge de travail des infirmières du service qui assurent les prises en charge planifiées auxquelles s'ajoutent les cures déplacées, et, l'inutilité des activités préparatoires préalables à la fabrication des médicaments anticancéreux finalement reportée.
Les difficultés à joindre le patient pour l'informer de la décision de report sont fréquentes avec une arrivée du patient dans le service quand bien même le report est enregistré auprès des soignants.
Au niveau humain : le report de cure est source d'une immense inquiètude pour le patient et sa famille qui s'interroge sur le bénéfice des traitements de chimiothérapie. La nature du protocole de chimiothérapie est-elle en cause? Quelle est l'incidence du report sur la prise en charge de mon cancer? Il existe un risque de découragement de la part du patient. Le report de cures impacte sur sa vie sociale et familiale. Tel est le ressenti exprimé par le patient. De fait, la charge émotionnelle pour les soignants est fortement majorée par ce type d'incident.

Analyse des causes

Les reports de cure liés à l'évolution défavorable de la biologie du patient sont prévisibles car neutropénies et thrombopénies sont des effets indésirables connus des médicaments anticancéreux. Pour autant, ils sont non planifiables.
Néanmoins dans certains cas cliniques particuliers, la prescription de facteurs de croissance pourrait être anticipée ; les patients pour lesquels une première cure a déjà été déplacée pour neutropénie pourraient en être bénéficiaires. Or les patients accueillis en ambulatoire ne font pas toujours l'objet d'une visite du médecin durant leur bref séjour. En conséquence, la prescription n'est pas anticipée alors qu'elle aurait pu l'être.
Par contre, il n'existe pas d'action préventive des thrombopénies induites par les chimiothérapies. En conséquence, il est difficile de remédier à ce type de report de cure.
Concernant la transmission et la traçabilité des informations, à moins d'un problème spécifique, les patients en soins ambulatoires ne sont pas rencontés systématiquement par les médecins du service. Les dossiers médicaux concernant les prises en charge itératives par chimiothérapie sont archivés dans le bureau du responsable du service de soin. Or cette localisation ne favorise pas la rédaction du suivi de ces séjours et par conséquent de ces patients.

Les mesures d'amélioration

1- Identifier les protocoles fortement neutropéniants pour faciliter une prescription de traitements préventifs des neutropénies.
2- Adapter les pratiques :
- pour les traitements adjuvants fortement neutropéniants, prescrire systématiquement les facteurs de croissance

- pour les traitements palliatifs et les thrombopénies, adapter le protocole au vu des résultats de biologie
- pour les autres protocoles, attendre la première neutropénie pour enclencher l'administration de facteurs de croissance entre chaque cure.

3- Faciliter la continuité dans l'administration des facteurs de croissance, en créant une ordonnance pré-imprimée avec la mention " à renouveler trois fois ".

4- Favoriser la traçabilité et la transmission des informations relatives aux séjours en ambulatoire pour chimiothérapie :
- informer le patient qu'il doit être joignable la veille de la cure programmée pour permettre à l'équipe soignante de gérer avec lui tout contretemps et notamment celui de résultats biologiques incompatibles avec l'administration de leur chimiothérapie. Pour cela, insérer cette information dans le guide pratique du patient sous chimiothérapie anticancéreuse intraveineuse.
- insérer une feuille bleue d'observation médicale dans le dossier de soins sur laquelle le médecin note, à chaque séjour, le poids, l'évaluation de la douleur, l'état nutritionnel, les symptômes fonctionnels. Cette feuille est identique à celles contenues dans le dossier patient unique mais elle se distingue des autres séjours du service par sa couleur bleue. Celle-ci est définitivement archivée dans le dossier patient unique en fin de cure.

5- Ajouter systématiquement sur le plan de soins et sur la fiche navette jaune de la pharmacie la nécessité de prescrire les facteurs de croissance à domicile, 24h après la cure.

IV.2.4. La REMED du 27 juillet 2011 (Cf annexe 30)

La RMM du 27 juillet 2011 utilise la méthode de la REMED qui s'applique à une catégorie particulière d'événements indésirables que sont les erreurs médicamenteuses. L'exemple ici présenté, concerne la confusion entre 2 protocoles de chimiothérapie pour un nouveau patient hospitalisé dans le service de médecine A.

IV.2.5. La troisième RMM du 15 septembre 2011 : Les décès en première ligne de chimiothérapie

Constats

Sur la période étudiée du 1/1/10 au 1/7/11, 11,7% des décès survenus dans le service concernent des patients suivis en chimiothérapie et 4,8 % sont en première ligne soit 1,2 % du total des cures. Au total 9 décès sont enregistrés sur cette période :

- deux patients sont non suivis dans le service,
- un patient sous Carboplatine Taxol a présenté une réévolution locale,

- pour un patient sous Carboplatine Gemzar il y a eu apparition de métastases cérébrales,
- un patient sous Carboplatine Gemzar est décédé de façon brutale et inexpliquée,
- pour deux patients sous 5 FU Cisplatine les dossiers ont été étudiés
- et pour deux autres patients sous Gemzar seul les dossiers ont également été étudiés :

Quatre dossiers ont donc été étudiés concernant des décès survenus chez des patients en première ligne de chimiothérapie. Les problèmes rencontrés chez ces 4 patients sont :

– Un patient présente une surinfection pulmonaire avec décompensation cardio-respiratoire après une première cure administrée en hospitalisation.
– Un patient est éthylotabagique, isolé, dénutri, n'ayant pas renouvelé son dossier de couverture médicale universelle. Il n'a pas appelé l'IDE pour les pansements, n'est pas allé chercher ses prescriptions, n'a pas signalé ses symptômes. Il est hospitalisé 8 jours aprés sa première cure pour déshydratation sévère, cachexie, infection, vomissements, diarrhées, pancytopénie, escarres.
– Un patient présente un état général médiocre. Son protocole de chimiothérapie s'en trouve modifié dès le début de la première cure. Il est hospitalisé 8 jours après la fin de la 2ème cure pour déshydratation, embolie pulmonaire, infection et déséquilibre de son diabète.
– Un patient présente un épuisement, une mobilisation difficile, une anorexie et des oedèmes. Il est hospitalisé au cours de sa 1ère cure pour un diabète décompensé. La fin de de la cure est effectuée pendant l'hospitalisation, avec dans la suite hypoalbuminémie, anasarque et évolution des métastases.

Analyse des causes

Pourquoi avoir commencé une chimiothérapie?
Le score OMS est recherché en RCP, la chimiothérapie anti cancéreuse est indiquée pour les malades dont le score est de 2 maximum, les OMS 3 et 4 ne reçoivent pas ce traitement.
De quel niveau d'information disposent le patient, son entourage et l'équipe de soins? L'information est donnée en consultation médicale d'annonce, reprise lors de la consultation infirmière. Elle est complétée en tant que de besoin par le médecin.
Les supports traçant ces entretiens sont disponibles pour l'ensemble de l'équipe de soins dans le dossier médical, il s'avère que peu de professionnels ont connaissance de ces documents et ne les exploitent pas. L'archivage du dossier médical se fait dans le dossier patient unique qui lui même est classé dans le bureau du responsable de service situé à distance de l'espace soins.

Les mesures d'amélioration

Une veille médicale et infirmière accrue apparaît comme indispensable dans les situations suivantes:

- lors de l'administration de protocoles ECX et 5 FU-Cisplatine qui sont difficiles à supporter car aggressifs. Ils peuvent entraîner une déshydratation, une baisse de l'alimentation avec perte de poids et altération très rapide de l'état général.
- chez les patients fragiles, déjà en perte de poids avant l'administration de la chimiothérapie anticancéreuse, ou souffrant d'anorexie et/ou de déshydratation, ou très agés ou sans entourage, ou chez les patients porteurs de cancers très évolués, ou chez les patients alcoolo tabagiques, dits "électrons libres", à la capacité de compréhension limitée.

Les mesures d'amélioration sont les suivantes :

1- Planifier systématiquement une consultation intercure avec le médecin responsable du service pour les patients bénéficiant de protocoles ECX et 5 FU-Cisplatine afin de détecter de façon précoce les états de déshydratation et de les corriger.

2- Créer une fiche d'observation permettant un bilan de départ et utilisée en inter cure. Celle ci est destinée à évaluer les risques potentiels chez les patients identifiés comme fragiles (signes fonctionnels, état nutritionnel, état psychologique).

La conclusion de ce bilan orientera vers la poursuite ou non du traitement.

3- Mettre à disposition de l'équipe infirmière, sous format informatique accessible sur le bureau du PC de l'espace soins, les compte rendus des consultations d'annonce, l'archivage dans le dossier patient unique reste actif.

IV.2.6. La quatrième RMM du 20 octobre 2011: Gestion des foyers infectieux potentiels

Constats

Deux dossiers ont été étudiés concernant la gestion des foyers infectieux non liés aux localisations du cancer chez des patients suivis en chimiothérapie dans le service.

Dans le 1er dossier, les problèmes rencontrés sont la présence d'un foyer infectieux dentaire avec ostéite étendue et l'impossiblilité d'administrer la 2ème ligne de chimiothérapie. Dans le 2ème dossier, le patient diabétique présente une ostéite d'un orteil qui nécessite une amputation. Celle-ci retarde la poursuite de la chimiothérapie alors qu'il y a une progression tumorale.

Les deux patients sont décédés.

Analyse des causes

Il y a absence d'examen global du patient d'un point de vue clinique concernant la recherche des risques potentiels de foyers infectieux dentaires, pulmonaires, ou dans le cas de patients diabétiques. L'IDE responsable du diagnostic d'annonce procède à un examen rapide de l'état dentaire en cours de consultation. Elle conseille toujours de prendre rendez vous chez le dentiste. Si la plupart des patients se prête à l'examen, peu se rendent chez leur chirurgien-dentiste.
Il existe une réelle difficulté de prise en charge des patients qui de ce fait "échappent " à une prise en charge effective de leurs problèmes dentaires. Par ailleurs, les rendez vous sont quasiment impossibles à obtenir rapidement chez les dentistes de ville. Lors d'extractions multiples nécessaires, elles sont pratiquées soit à la Clinique Jeanne D'Arc, soit en ville. Elles retardent systématiquement le démarrage des cures de chimiothérapie.

Les mesures d'amélioration

1- Détecter les patients diabétiques au cours de la consultation médicale d'annonce du diagnostic et demander, le cas échéant, un avis auprès des médecins du service de consultation de diabétologie du CHL.
2- Faire pratiquer un OPT chez les patients identifiés comme patients à risque, par l'IDE responsable du diagnostic d'annonce et, en présence de foyers infectieux, contacter le chirurgien dentiste du patient et le lui adresser si le praticien est d'accord pour entreprendre les soins.
Si le soin s'avère impossible à réaliser dans les meilleurs délais, le patient est adressé au cabinet dentaire du Centre Alexis Vautrin.
3- Recontacter le Dr Bemer -chirurgien dentiste au Centre Alexis Vautrin-.
4- mettre en oeuvre une antibiothérapie adaptée en cas de détection d'un foyer infectieux pulmonaire sachant que les patients pour lesquels est diagnostiqué un cancer pulmonaire sont souvent infectés.
5- Ajouter le risque infectieux sur la fiche d'observation utilisée en consultation pour faciliter l'évaluation des risques potentiels chez les patients identifiés comme fragiles.

IV.2.7. L'audit et le bilan 2011 des RMM

Depuis la création de la RMM en cancérologie, il y a eu :

- 7 réunions, d'avril à décembre 2011.
- 17 dossiers ont été étudiés.
- 3 à 4 praticiens sont présents à chaque réunion.
- 4 à 5 personnels paramédicaux sont présents à chaque réunion.
- Les réunions sont systématiquement pluriprofessionnelles.
- 16 actions d'amélioration ont été décidées.

- 14 actions d'amélioration ont été réalisées.
- 2 actions sont en cours de réalisation : obtenir la traçablilité du retour veineux lors de la pose des CCI (courrier adressé aux opérateurs), et recontacter le cabinet dentaire du CAV (la prise en charge des patients par le cabinet dentaire du CAV est effective lorsqu'elle est nécessaire mais il n'y a pas de convention écrite).

La satisfaction, exprimée par les professionnels porte sur la pédagogie des outils et de la démarche, l'enrichissement des connaissances, la création d'une dynamique d'équipe, la prise en compte des propositions de chacun, la communication pluriprofessionnelle et l'amélioration effective des prises en charge du patient dans le service de soins.

IV.3. Le lien avec la certification 2011 du CHL

Le critère aujourd'hui en lien avec le thème de la RMM en cancérologie est le critère 28a – Mise en oeuvre des démarches d'évaluation des pratiques professionnelles avec pour élément d'appréciation "Des analyses de la mortalité morbidité sont organisées dans les secteurs de chirurgie, d'anesthésie réanimation et de cancérologie" (cf annexes 32 & 33).

Lors de la certification 2011 du CHL, le critère 28a a été coté B avec une évaluation à 83% et un "OUI" à l'élément d'appréciation.

Le critère également en lien avec le thème de la RMM en cancérologie est le critère 20a – Management de la prise en charge médicamenteuse du patient en court séjour avec pour éléments d'appréciation "Le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses sont assurés avec les professionnels concernés" et "Des actions d'améliorations sont mises en place suite aux différentes évaluations effectuées et à l'analyse des erreurs avec rétro information des professionnels". Le critère 20a est une Pratique Exigible Prioritaire.

Lors de la certification 2011 du CHL, le critère 20a a été coté A avec une évaluation à 100% et un "OUI" aux deux éléments d'appréciation avec les constats respectifs :
La déclaration des erreurs médicamenteuses se fait par l'intermédiaire de la fiche de recueil informatisé des événements indésirables, disponible sur le site intranet de l'établissement.
Une copie de cette déclaration est ensuite transmise par le service de la GREQ au coordonateur des vigilances.
Suite aux déclarations, des REMED (Revue des Erreurs liées aux Médicaments Et aux Dispositifs médicaux associés) sont régulièrement organisées (13 entre janvier 2009 et mars 2011) ..., et :

Les actions d'améliorations identifiées lors des REMED sont intégrées au programme de sécurité thérapeutique de l'établissement.
Le suivi d'amélioration est annuel dans le cadre du bilan d'activité de la COMEDIMS. Il est présenté en CME et rendu opposable. Une rétro information des professionnels est organisée après la REMED.

V. Discussion sur les EPP

La journée des médecins à l'hôpital....
Le matin, à leur arrivée, les médecins prennent connaissance auprès de l'IDE des difficultés rencontrées durant la nuit et des entrées de patients pendant la nuit. La visite s'effectue dans le service où 31 patients hospitalisés sur 2 niveaux sont à rencontrer. La visite se termine entre 12h30 et 14h00. Les lundis, mercredis et vendredis matin sont consacrés à l'activité d'endoscopie. Ces jours-là la visite est assurée par un seul médecin.
Après la visite sont préparées les sorties programmées des patients qui sont prévues la veille mais confirmées au moment de la visite. Seules les sorties vers les SSR ou les EHPAD prévues plus tôt sont anticipées. Un courrier de sortie provisoire à l'attention du médecin traitant est rédigé pour être remis au patient, en même temps que les ordonnances qui lui sont expliquées, à lui ou à sa famille. Les prescriptions d'examens complémentaires, de bilans biologiques, de kinésithérapie, les bons de transport éventuels ainsi que les rendez-vous à venir sont également formalisés à ce moment-là. Le courrier définitif est ensuite dicté pour etre envoyé au médecin traitant.
Les familles sont rencontrées les après-midi. Néanmois à leur demande ou à celle des médecins, ou si l'état du patient le nécessite, elles peuvent être rencontrées le matin.
Les entrées de nouveaux patients se font en général l'après midi lorsqu'il s'agit d'entrées venant du service des urgences ou d'entrées programmées, les transferts d'autres services ou de l'UHCD peuvent se faire le matin. Il y a en moyenne 5 entrées par jour en programmé et entre 1 à 2 entrées par jour après passage aux urgences.
Les consultations ont lieu toutes les après midis du lundi au vendredi. Régulièrement les médecins se rendent auprès de patients hospitalisés dans d'autres services de soins pour une consultation spécialisée demandée par des confrères.

Les RCP se déroulent de 18 à 20h deux mardi par mois, RCP qui nécessitent de préparer les fiches e-RCP indispensables à la présentation des cas en réunion.
Les RMM se déroulent en début d'après midi et durent en moyenne 1h30. La présentation des dossiers en RMM est préparée à l'avance ; les dossiers sont demandés aux archives, puis sont étudiés afin d'en extraire toutes les informations nécessaires et utiles à la discussion. Celles-ci

sont synthétisées sous forme d'un diaporama. Le dossier médical ne quittant pas l'établissement, les informations sont recueillies et analysées dans le service de soin. Par contre la synthèse finale et le diaporama sont préparés à domicile.

Au delà de l'activité clinique des médecins, existent les activités professionnelles et institutionnelles. Pour ce qui concerne l'activité professionnelle médicale, les médecins participent à différents comités tels le comité du médicament et des dispositifs médicaux, le comité de lutte contre les infections nosocomiales, le comité de coordination des vigilances, le comité de lien alimentation et nutrition, le comité de lutte contre la douleur, la commission qualité et sécurité des soins, le comité des évaluations des pratiques professionnelles et le comité de sécurité transfusionnelle et d'hémovigilance. Certaines commissions ont une fonction plus administrative telles la commission de l'activité libérale, la commission des admissions non programmées, la commission de l'organisation de la permanence des soins. Et d'autres ont une dimension totalement institutionnelle telles la commission médicale d'établissement, le conseil de surveillance mais aussi le comité d'hygiène de sécurité et du travail, la commision de soins infirmiers de rééducation et médico-techniques, la commission des relations des usagers de la qualité de la prise en charge, le comité de pilotage de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et le comité du système d'information hospitalier.

Comme le nombre de praticiens de la communauté médicale du CHL n'est pas important, les médecins font partie de plusieurs commissions et comités pour lesquels un travail est souvent à réaliser avec une charge qui est fonction du degré de responsabilité et d'implication du praticien.
Concomitamment à ces différentes activités, un médecin peut être responsable de service ou chef de pôle. Il lui incombe alors la gestion, le management et l'organisation du service ou du pôle sachant qu'il est secondé par un cadre de santé. Il assume alors une gestion des finances, du personnel et des projets dans un cadre contraint notamment précisé dans l'état prévisionnel des dépenses et des recettes, dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens et dans le projet d'établissement.

Pour coordonner ses multiples activités, les relations avec le patient et son entourage, ses confrères de ville et de l'établissement, ses proches collaborateurs - en particulier les infimières de son service-, et le personnel administratif, cela nécessite de la part des médecins de consacrer un certain temps aux échanges.

Pour réussir et rester à niveau, une autre partie de son temps doit être prévu et réservé à la formation. Il s'agit d'aquérir des connaissances et d'améliorer ses pratiques bientôt dans un autre cadre défini qui est celui du développement professionnel continu.

Les EPP intégrées à la pratique quotidienne

La gestion des risques et la culture de la qualité et de la sécurité des soins sont basées sur un dispositif légal et réglementaire, avec notamment l'introduction de la certification obligatoire des établissements de santé.

L'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est une priorité de la HAS, l'évaluation des pratiques professionnelles en fait partie.

Pour la HAS, les résultats de la certification doivent permettre d'appréhender la qualité des établissements de soins, elle souhaite au travers de cette certification intégrer les démarches d'EPP dans le quotidien des professionnels afin qu'ils acquièrent une culture pérenne de l'évaluation et de la qualité des soins.

Mais cette recherche de la qualité est également une priorité pour les établissements de soins, pour les équipes soignantes et pour les médecins travaillant dans les services hospitaliers.

La volonté d'améliorer la qualité de la prise en charge des patients est intégrée dans la pratique quotidienne des médecins et de l'équipe du service de médecine A du centre hospitalier de Lunéville.

Elle concerne tous les patients soignés dans le service au quotidien. Ici, c'est l'amélioration de la prise en charge des patients cancéreux qui a été prise pour exemple thèse à travers trois démarches: La réunion de concertation pluridisciplinaire ou RCP, en amont du traitement, qui permet d'assurer au patient le meilleur traitement en fonction de sa pathologie et des recommandations actuelles, la revue de pertinence des prescriptions ou RPP, pendant le traitement, qui permet d'assurer que les prescriptions sont cohérentes en regard des référentiels de bon usage des médicaments, et la RMM en aval qui analyse les complications survenues pendant la prise en charge du patient: décès, événements indésirables..., décide et met en œuvre des actions d'amélioration dont le but est d'éviter la survenue de ces événements et de limiter les risques.

La réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie est une mesure obligatoire pour la prise en charge de tous les patients atteints de cancers.

La RCP d'oncologie générale de Lunéville a été créée en novembre 2006, la première année, seuls 4,6 % des cancers diagnostiqués ont fait l'objet d'une prise en charge formalisée en RCP, en 2007, ce sont 63,4 %, et dès 2009 ce sont 100 % des dossiers qui sont étudiés systématiquement en RCP, la pratique des RCP à Lunéville est alors établie et pérenne avec un niveau d'excellence satisfaisant en regard de la pratique régionale et nationale et en regard des établissements de même catégorie. Le taux de conformité des décisions par rapport aux référentiels sur 2009, 2010 et 2011 est supérieur à 90 %, et il est proche de 100 % en 2011.

Récemment a été établie une convention avec le centre d'oncologie de Gentilly, qui participe aux RCP et les patient seront vus en 2ème consultation par l'oncologue de Gentilly avant de débuter leur traitement (consultation de primo prescription de chimiothérapie).

Les patients cancéreux pris en charge au centre hospitalier de Lunéville sont donc assurés que la meilleure thérapeutique les concernant sera mise en œuvre.

En ce qui concerne la chimiothérapie anticancéreuse, la revue de pertinence des prescriptions est continue et assure au patient que le traitement mis en œuvre correspond bien au référentiel.

Les RMM de cancérologie font partie des EPP à caractère obligatoire pour la certification 2011.
Les RMM de cancérologie au CHL ont donc débuté en avril 2011, elles ont permis la mise en place de 16 actions d'amélioration.
Une seule séance de formation par EVALOR a précédé la mise en place de ces réunions, la première consistant à présenter la méthode aux autres membres de l'équipe soignante qui allaient y participer. Pour la suite des RMM, les thèmes ont été définis lors de cette réunion de présentation de la méthode, avec un calendrier pour l'année.
Les outils et méthodes d'analyse systémique et approfondie n'ont été que survolés lors de ces deux réunions de formation.
La sélection des dossiers a ensuite été faite en fonction des thèmes choisis.
Pour chaque dossier, une chronologie des faits a été résumée et présentée à l'aide d'un diaporama.
La préparation des réunions a nécessité de réunir les dossiers des patients concernés par le thème abordé, en recoupant des informations obtenues auprès du DIM et de la pharmacie, ils ont ensuite été tous étudiés ou tirés au sort si le nombre de dossiers était important, la préparation de la réunion, avant même que de commencer à étudier les dossiers demande donc un certain temps.
L'étude des dossiers en question demande également une longue préparation puisque la présentation doit s'attacher aux événements qui ont un intérêt pour le thème abordé, il n'est pas toujours aisé de retrouver tous les éléments recherchés dans le dossier.
Lors de la présentation, le diaporama montré au groupe qui doit réfléchir sur les causes de dysfonctionnement et établir les action d'amélioration ne comporte rien d'autre que les faits tels qu'ils ont été retrouvés dans le dossier, avec, le cas échéant, des chiffres qui permettent de situer l'étendue du problème abordé.
Une réflexion est ensuite entreprise par le groupe, un premier tour de table ayant pour but une analyse poussée des dysfonctionnements, et le deuxième visant à discuter de l'organisation, à mettre en évidence les causes profondes et à établir les actions d'amélioration.

C'est à ce niveau de la RMM qu'il serait intéressant de maîtriser les méthodes et les outils d'analyse des causes de dysfonctionnements.
Aucune méthode poussée d'analyse des causes n'a cependant été utilisée par le groupe, les participants ne maîtrisant pas ces outils.
Malgré cela, les mesures d'amélioration proposées lors des RMM successives ont été pertinentes et leur mise en œuvre a été quasi immédiate pour la grande majorité, on ne pourrait donc qu'améliorer encore ce constat par l'utilisation de méthodes adaptées qui permettraient probablement de mettre en évidence d'autres causes profondes aux dysfonctionnements et d'explorer ainsi d'autres pistes d'amélioration.

Toutes les méthodes d'EPP doivent entrer dans la roue de la qualité = les actions d'amélioration doivent être évaluées à leur tour etc...
Ce n'est pas le cas actuellement en ce qui concerne la RMM de cancérologie puisque aucune des mesures d'amélioration mises en œuvre n'a encore été évaluée, de même que l'amélioration potentiellement attendue par ces mesures n'a pas encore été évaluée.
Les démarches d'EPP manquent souvent de continuité, les médecins ayant été largement sollicités lors de la certification, de nombreuses actions ont été mises en place mais non suivies ensuite.
C'est également le cas de la RMM en cancérologie, elle a été mise en place pour la dernière visite de certification en 2011, 7 réunions ont eu lieu en 2011, mais en 2012 seules deux réunions ont eu lieu...
L'objectif de ces RMM étant l'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients cancéreux traités par chimiothérapie au CHL, leur préparation doit découler d'une réflexion approfondie pour choisir les cas qui permettent d'avancer dans la pratique et doit donc cibler les cas graves arrivés ou presque arrivés. L'amélioration attendue des RMM pour le patient est d'éviter que ne se reproduisent des événements indésirables, des complications, des décès...
Il est donc important de bien choisir les thèmes abordés ou les dossiers étudiés, il appartient donc à l'équipe en charge de ces patients de veiller à signaler les événements indésirables, dysfonctionnements, accidents ou presque accidents afin que ceux-ci soient étudiés de façon approfondie pour que des mesures d'amélioration puissent être décidées.

Une plus forte implication des médecins est recherchée à travers des contraintes réglementaires par l'intermédiaire du pilotage de la gestion des risques par la CME.
Pour intégrer de façon pérenne les EPP dans la pratique clinique quotidienne, il ne faut pas négliger le temps dédié à la prise en charge en elle même du patient.
Chaque professionnel de santé essaye de faire au mieux dans l'intérêt de ses patients. L'évolution rapide de l'environnement scientifique impose une mise à jour permanente.

La pratique quotidienne du médecin s'appuie sur les recommandations, se questionne sur la prise en charge la mieux adaptée à un patient en particulier car les résultats dépendent non seulement des données scientifiques mais aussi du contexte clinique (on ne peut pas tout protocoliser) et des préférences des patients et de leur entourage.
Il repère et rectifie ou récupère les événements indésirables, en temps réel, des démarches préventives et des actions d'amélioration sont ainsi décidées au quotidien même si elles ne sont pas formalisées et ne concernent qu'un échantillon de patients, il s'agit d'une adaptation constante à la réalité, à l'évolution des patients et à ses désirs. Les complications ou les difficultés à la prise en charge du patient sont ainsi analysées durant l'hospitalisation ou à la sortie du patient, les pratiques sont donc déjà analysées par les professionnels mais ces démarches ne sont pas formalisées.

Le travail en équipe et le dialogue permanent entre soignants, médecins, patients et proches est également un gage d'amélioration de la qualité des soins apportés aux patients. Les professionnels ajustent la prise en charge des patients en discutant des difficultés rencontrées et ceci est une démarche d'évaluation et d'amélioration. Ce travail quotidien nécessite une disponibilité constante et toutes ces démarches de recherche d'amélioration de la qualité ne sont pas formalisées, pas tracées, pas évaluées, n'appliquent aucune des méthodes préconisées et ne sont donc pas prises en compte.
Les médecins doivent prouver qu'ils cherchent à améliorer la qualité et la sécurité des soins qu'ils apportent à leurs patients, et doivent donc participer aux EPP, lesquelles ont des méthodes validées et une traçabilité de par leurs compte rendus, elles permettent une réflexion sur les pratiques, mais ces méthodes sont contraignantes pour les équipes soignantes.
Évaluer ses pratiques de soins et rendre cette évaluation publique n'est acceptable que si l’on a le sentiment d'un gain dans sa propre pratique professionnelle, si l'on ressent une amélioration de ses compétences, si les résultats sont positifs. L'acceptabilité des méthodes par les cliniciens dépend du degré de sensibilisation, du temps et des compétences réelles disponibles.

Pour être bien acceptées par les cliniciens , les différentes évaluations doivent donc faire la preuve de leur efficacité, c'est à dire prouver qu'elles entraînent des actions d'amélioration concrètes, le choix des sujets doit être pertinent,le thème doit correspondre à une prise en charge réelle (fréquente, grave, coûteuse), elles doivent avoir un objectif de qualité, aborder des points susceptibles d'amélioration et proches de la pratique quotidienne, le résultat doit être positif, elles ne doivent pas trop empiéter sur le reste de la prise en charge du patient.
Le temps passé en réunions visant à analyser si la qualité et la sécurité des soins est assurée est d'autant moins de temps à dispenser ces soins, l'EPP doit donc être faisable et pas trop chronophage, (si s'interroger sur ses pratiques est nécessaire, à quel moment doit se placer cette

interrogation?), elles nécessitent d'être bien menées pour être réellement efficaces et donc devraient appliquer des méthodes ayant fait leurs preuves, celles-ci n'étant pas forcément connues ou maîtrisées par les cliniciens.

L'intégration des EPP dans la vie professionnelle quotidienne des praticiens est un changement important car cette démarche introduit à la fois la remise en question de ses pratiques de soins et l'évaluation de celles-ci.
Le questionnement de ses propres pratiques est difficile pour un soignant surtout au quotidien car l'exercice impose de fait d'être sûr de soi pour pouvoir prendre des décisions, trop de doutes et de questionnements risquant de retarder la prise de décision et de la rendre incertaine.
De plus les EPP doivent suivre le cycle de la qualité et pour cela ne souffrent aucune interruption, puisqu'il faut en continu évaluer les actions mises en place .
Les actions d'amélioration étant au cœur de l'EPP, elles doivent être élaborées en équipe, être faisables et efficientes, si une amélioration est obtenue, celle-ci peut alors être intégrée dans la pratique quotidienne de façon durable.

Le niveau le plus élevé du processus d'évaluation est en effet atteint lorsque l'amélioration est réellement inscrite dans la pratique quotidienne.

Le métier de gestion des risques nécessite des compétences propres, que les cliniciens devraient avoir la possibilité de s'approprier progressivement au quotidien.
Un groupe opérationnel d'aide à la mise en œuvre et au suivi paraît être une nécessité pour rendre les démarches d'EPP pérennes.
Une aide opérationnelle par la cellule qualité et sécurité de l'établissement permettrait d'accompagner l'analyse approfondie des risques, de tracer les résultats des actions correctives décidées.
La commission de la qualité et de la sécurité des soins (CQSS) et le comité de l'EPP qui a été mis en place en 2011 et a établi son règlement en 2012 devraient pouvoir assurer l'accompagnement méthodologique des équipes soignantes, l'évaluation et le suivi et la communication des résultats.
En effet l'évaluation seule ne suffit pas à assurer l'amélioration, celle ci repose sur un cycle de quatre étapes successives et répétées de manière itérative (le cycle PDCA ou Plan-Do-Check-Act), c'est à dire qu'après avoir planifié les objectifs de qualité recherchés et les moyens de les atteindre, il convient de réaliser ces actions puis de mesurer les résultats obtenus en fonction des objectifs fixés, pour corriger enfin les erreurs observées et redéfinir le cadre stratégique initial, le tout dans un cycle continu.
L'EPP est imposée par les pouvoirs publics, c'est aux praticiens d'en faire un véritable outil d'amélioration des pratiques.

CONCLUSION

Dans un souci de simplification, la Haute autorité de santé organise, dans le cadre de la prochaine démarche de certification des établissement de santé, la capitalisation dans un compte qualité des organisations dont le niveau de qualité est pérenne. Concomitamment, elle s'assure d'une plus juste évaluation sur site des prises en charge globales des patients, à l'aide du concept de patient traceur Le patient traceur est nouvelle méthode d'investigation.[41]. La méthodologie de la visite des experts visiteurs de la Haute autorité de santé autour du patient traceur a été définie et formalisée en 2011. Huit établissements de santé ont été sélectionnés pour tester la méthode. En septembre 2012, pendant cinq jours, le centre hospitalier de Lunéville s'est mobilisé pour accueillir les membres de la Haute autorité de santé. La prise en charge de patients hospitalisés dans l'établissement a été testée après une sélection de ces patients effectuée au pied levé. La prise en charge du patient cancéreux est une de celles plus particulièrement étudiées et le parcours d'un patient de notre service a été étudié à cette occasion.

A l'issue de la démarche test, quatre questions ont été posées aux professionnels de santé et aux médecins en particulier via un formulaire d'enquête. L'objectif est de connaître le ressenti des professionnels de terrain quant à cette nouvelle approche. Une synthèse des réponses, réalisée par le service de la GREQ, a été remise à la Haute autorité de santé et publiée dans la revue de la HAS *Certification & Actualités* [42].

"Ce nouveau mode de visite a été grandement apprécié par les équipes des différents secteurs visités...." et en particulier par les professionnels du service de médecine A. "Il y a une véritable évaluation de la réalité et non plus des seules procédures décrivant une qualité théorique ou idéale...". " Les organisations et la qualité des soins sont évalués en toute transparence, ce qui confère une sincérité aux échanges. Comprendre le quotidien et la "vraie vie" plutôt que l'excellence ponctuelle donne confiance dans la décision finale sur le niveau de certification. La méthode du patient traceur induit au cours de la visite des réajustements rapides sur les éventuels écarts observés par les visiteurs et motive les équipes pour les considérer comme la base de réflexion pour l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins.

Faut-il pour autant s'affranchir des autres approches notamment par indicateurs dans l'évaluation des pratiques professionnelles? Certainement non. Il y a complémentarité entre les méthodes. Sous réserve toutefois d'intégrer et de fondre l'évaluation dans les pratiques professionnelles et d'intégrer et de fondre leurs indicateurs dans le système d'information de ces pratiques.

Autrement dit, le diagnostic de la qualité des soins doit s'établir en continu pour donner du sens aux démarches d'évaluation et surtout aux démarches de prise en charge des patients. Cela suppose d'être simple à tous les niveaux de l'évaluation.

BIBLIOGRAPHIE

[1] Bertrand D. Les principes généraux de la qualité. ADSP, juin 2001, n°35, 18 -23

[2] La qualité des soins. Une affaire de points de vue, mémoire ENSP du module interprofessionnel de santé publique (MIP). Ecole Nationale de la Santé Publique, Rennes, 2002, 57 pages

[3] Hurlimann C. Approche conceptuelle de la qualité des soins. ADSP, juin 2001, n°35, 23 -28

[4] Sournia JC. Dictionnaire français de santé publique. Paris: Éditions de santé, 1991, 332 pages

[5] France - Code de la santé publique-art. L4133-1-1

[6] France - HAS. Culture de la sécurité des soins : du concept à la pratique .Lettre de la HAS n° 28. Septembre – octobre 2011

[7] France - HAS. Définir, ensemble, les nouveaux horizons de la qualité en santé. Pour un débat public. Décembre 2007, 22 pages

[8] Giraud A. Évaluation médicale des soins hospitaliers. Paris: Économica, 1992, 226 pages (collection santé publique)

[9] Matillon Y, Durieux P. L'évaluation médicale. Du concept à la pratique (2ème édition). Paris: Flammarion, 2000, 180 pages (collection médecine-sciences)

[10] France - ANDEM / ANAES. Fonds de l'évaluation médicale (1987-2000), cotation MAN HAS/2006/002/1-15, section archives.

[11] France - Ministère du travail, de l’emploi et de la santé. Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière

[12] France - Ministère du travail, de l’emploi et de la santé. Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l’hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (Loi HPST)

[13] France - Ministère du travail, de l'emploi et de la santé. Loi n° 84-5 du 3 janvier 1984 portant diverses mesures relatives à l'organisation du service public hospitalier

[14] France - Ministère de la santé et des solidarités. Loi n°2004-818 du 13 août relative à l'assurance maladie

[15] France – HAS. Projet 2009-2011, 32 pages

[16] De Lacaussade G. Les agences régionales de santé : missions et organisation. ADSP, mars 2011, n°74, 17-21

[17] France - ANAP. Ministère de la santé et des sports. La loi HPST à l'hôpital. Les clés pour comprendre. 2010, 162 pages

[18] Martinez F, Hurlimann C, Boudin D, Jourdin A. Accréditation et qualité des soins hospitaliers. Les principes généraux de la qualité. ADSP 2001, 35, 18-23

[19] France - Haute Autorité de Santé. Amélioration des pratiques et sécurité des soins. La sécurité des patients. Mettre en œuvre la gestion des risques associés aux soins en établissements de santé. Des concepts à la pratique. Mars 2012, 220 pages

[20] Vergnenègre A. Les outils de l'évaluation des soins. Rev Mal Respir 2006, 23, 3S47-3S60

[21] France - Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé: le coût de la qualité et de la non qualité à l'hôpital. Charvet-Protat S, Jarlier A , Preaubert N, service évaluation économique de l'ANAES, septembre 1998, 57 pages

[22] France - ANAES. Les coûts de la qualité et de la non qualité des soins dans les établissements de santé: État des lieux et propositions. Juillet 2004, 156 pages

[23] France - Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés. Fréquence et tarif des séances d'actes en secteur ambulatoire selon les libellés de la classification commune des actes médicaux. Décembre 2000, 32 pages

[24] France - HAS. Indications de la radiographie du crane et/ou du massif facial. Rapport d'évaluation technologique. Service évaluation des actes professionnels. Février 2008, 78 pages

[25] France - HAS. DPC et pratiques n° 63, mars 2012, 9 pages

[26] Briançon S, Girad F, Empereur F, Guillemin F. Évaluation des pratiques professionnelles. Rev Epidem et Santé Publ, 2000, 48, 541-550

[27] France - HAS. L'évaluation des pratiques professionnelles dans le cadre de l'accréditation des établissements de santé, juin 2005, 56 pages

[28] France - Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. Principes méthodologiques pour la gestion des risques en établissements de santé, janvier 2003, 110 pages

[29] Haute Autorité de Santé - Les méthodes d'EPP. Consulté le 08 février 2013.

[30] Shewart WA, statistical method from the viewpoint of quality control. The Graduate School, US. Department of agriculture, Washington, 1939, 155 pages

[31] François P. Revues de mortalité et de morbidité : une méthode d'amélioration des pratiques professionnelles. Risques et Qualité, 2005, n°3, 139 - 144

[32] France - Haute Autorité de Santé. Évaluation et amélioration des pratiques. Revue de mortalité et de morbidité (RMM). Guide méthodologique. Novembre 2009, 60 p

[33] Dufay E et al. Revue des erreurs liées aux médicaments et aux dispositifs associés. Une méthode d'amélioration de la qualité. SFPC édition 2009, 76 p

[34] Piney D, Lallemand JM. Une gouvernance hospitalière rénovée. Analyse d'un président de CME et d'un directeur. Revue hospitalière de France, 2012, 546, 58-63

[35] France - Haute Autorité de Santé. Manuel de certification des établissements de santé V2010, avril 2011, 112 pages

[36] France - Ministère du travail, de l'emploi et de la santé. Décrets du 21 mars 2007 relatifs aux conditions d'implantation et conditions techniques de fonctionnement de l'activité de traitement du cancer (articles R.6123-88 à R.6123-95 et D.6124-131 à D.6124-134 du code de la santé publique)

[37] France - Ministère du travail, de l'emploi et de la santé, arrêté du 29 mars 2007 fixant les seuils d'activité minimal pour certaines pratiques thérapeutiques

[38] France - Ministère du travail, de l'emploi et de la santé. Décret n°2005-1023 du 24 août 2005 relatif au contrat de bon usage des médicaments et des produits et prestations mentionné à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale

[39] France - Ministère du travail, de l'emploi et de la santé. Décret n° 2008-1121 du 31 octobre 2008.

[40] Institut National du Cancer - Référentiels de bon usage des médicaments de la liste hors GHS et protocoles temporaires de traitement - site consulté le 4 février 2013

[41] HAS. Certification & Actualités. La méthode du patient traceur. 2012, 5: 1-2

[42] HAS. Certification & Actualités. Interviews croisés d'établissements: comment ont-ils vécu le test ? 2013, 58 : 3-7

Annexe 1 : CPOM 2007 du CHL

CENTRE HOSPITALIER DE LUNEVILLE

CONTRAT PLURIANNUEL D'OBJECTIFS ET DE MOYENS

Le Contrat Pluriannuel d' Objectifs et de Moyens, conclu entre la Direction de l' Établissement et Monsieur le Directeur de l' Agence Régionale de l' Hospitalisation, a été signé en date du 31 mars 2007.

Ce document constitue, en quelque sorte, la feuille de route de l'établissement, pour la période 2007-2011 ; il est appelé à être complété par le Projet d' Établissement, qui devra être arrêté au plus tard pour juin 2008.

Le texte du CPOM est joint à la présente information.

Très cordialement.

Fait à Lunéville, le 25 avril 2007
Le Directeur,

CENTRE HOSPITALIER DE LUNEVILLE * DIRECTION *

JM. LALLEMAND

ARH Lorraine

CONTRAT PLURIANNUEL D'OBJECTIFS ET DE MOYENS

Vu le Code de la Santé Publique, notamment les articles L.6114-5, D.6114-1 à D.6114-9, R.6114-10 à R.6114-13

Vu le Code de la Sécurité Sociale,

Vu le décret du 31 janvier 2005 et l'arrêté du 8 juin 2005 relatifs aux objectifs quantifiés de l'offre de soins prévus à l'article L.6121-2 du code de la santé publique

Vu le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire 2006-2011 de la région Lorraine arrêté le 28 mars 2006,

Vu la délibération du Conseil d'Administration du Centre Hospitalier de Lunéville, en date du 23 mars 2007,

Vu la délibération de la Commission Exécutive de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation de Lorraine du 30 mars 2007

Il est convenu entre :

Le Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation

Et

Le représentant légal du Centre Hospitalier de Lunéville

ce qui suit :

Titre 1 : objet et champ du contrat

Article 1 – Les orientations stratégiques

1-1 Les orientations stratégiques de l'établissement sont décrites dans le cadre de l'annexe **A** du présent contrat.

Ces orientations sont retenues au titre du SROS, en faisant apparaître les objectifs prioritaires de l'établissement.

Pour les mesures non financées par la T2A, un chiffrage du coût du plan d'action figurera à titre informatif sans constituer un engagement de l'ARH, du fait des modalités annuelles de financement.

1-2 Missions qui correspondent aux thèmes figurant au SROS en vertu de l'Art L.6121-1. **(avenant en 2007)**

Des fiches reprenant les objectifs opérationnels et les indicateurs de suivi par thématiques du SROS seront produites en 2007 par l'ARH. Les établissements se positionneront sur chaque thématique développées par l'établissement en indiquant le calendrier de réalisation. Ces fiches seront intégrée au CPOM par avenant.

1-3 Les coopérations, les complémentarités et les participations à des réseaux.

Les engagements de l'établissement à mettre en œuvre les rapprochements et coopérations et à participer à des réseaux sont décrits dans le cadre **de l'annexe E.**

1-4 Les modalités de participation de l'établissement au programme régional de santé publique sont définies dans l'annexe ***(à produire après parution de l'avenant au SROS sur les addictions et les priorités de santé publique)***

Article 2 – Les objectifs quantifiés et activités spécifiques donnant lieu à une tarification particulière

Ils sont définis dans le cadre de l'annexe B du présent contrat

2-1 Les objectifs quantifiés

OBJECTIFS EN VOLUME :

Ces objectifs quantifiés ont été déterminés selon les nomenclatures de référence définies par l'arrêté du 08 juin 2005 visé ci dessus

Les objectifs quantifiés sont les suivants :

Médecine : 3 386 Séjours en hospitalisation complète
2 432 Séjours en hospitalisation à temps partiel, à l'exception de la chimiothérapie

Chirurgie : 1 094 Séjours en hospitalisation complète
167 Séjours pour la chirurgie ambulatoire

Long Séjour : 21 700 Journées

OBJECTIFS EN MATIERE DE PERMANENCE DES SOINS

Le Centre Hospitalier de Lunéville s'engage à participer à l'organisation, sur le territoire de santé, de la permanence des soins en matière de chirurgie, imagerie, médecine, IRC, prise en charge des cerébro-lésés et réseau des urgences...

2-2 : Reconnaissance d'activités spécifiques donnant lieu à une tarification :

- **Soins palliatifs**

Le Centre Hospitalier de Lunéville dispose d'une équipe mobile de soins palliatifs.

- **Soins intensifs et surveillance continue (PAR AVENANT 2007)**

Le Centre Hospitalier de Lunéville dispose de X implantations de X lits de soins intensifs et surveillance continue.

Article 3 Sécurité des soins et amélioration continue de la qualité

3-1 : Qualité et sécurité des soins

L'établissement s'engage à mettre en place une politique active de qualité et sécurité des soins en lien notamment avec les recommandations de la haute autorité de santé. Cette politique doit faire l'objet d'une évaluation régulière.
Les engagements de l'établissement relatifs à la mise en œuvre d'une démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins seront précédés d'un diagnostic de situation et seront définis dans le cadre de l'annexe F du présent contrat

3-2 : Pilotage et gestion internes

Les réformes récentes ainsi que l'obligation faite aux établissements de santé de s'interroger sur une meilleure utilisation des ressources budgétaires exigent un engagement clair sur la mise en place d'organisations plus performantes et sur le développement des outils de pilotage et de comparaison.
L'annexe G contiendra a minima les thématiques suivantes :

- Mise en œuvre des nouvelles modalités d'organisation et de fonctionnement (établissements publics – ordonnance du 2 mai 2005)
- Mise à niveau des systèmes d'information : L'établissement s'engage à développer et mettre en conformité ses systèmes d'information avec les normes réglementaires et recommandations liées notamment à la tarification à l'activité et à la veille sanitaire d'une part et les orientations régionales soutenues par le GCS d'autre part.
- Développement des outils de pilotage médico-économique et de prévision (tableaux de bord décisionnels, comptabilité analytique, connaissance et prévision du coût des principaux facteurs de production)
- Suivi de l'activité et des objectifs quantifiés
- Maîtrise de la situation budgétaire et financière : amélioration de la sincérité des comptes, suivi quadrimestriel de l'EPRD

3-3 : Information du patient, des organismes d'assurance maladie et de l'ARH

La liste réglementaire des engagements relatifs à l'information du patient et aux documents transmis ou mis à disposition de l'ARH et des Caisses d'Assurance Maladie est annexée au présent contrat.

Article 4 Dispositions à caractère financier

4-1 : Missions d'intérêt général et aides à la contractualisation

Conformément au décret n°2005-336 du 8 avril 2005, la liste des missions d'intérêt général assurées par l'établissement et les aides à la contractualisation, financées par la dotation régionale ou nationale des MIGAC est arrêtée et valorisée à l'annexe C.

Une évaluation de la réalisation de ces missions est prévue annuellement.

4-2 : Plan de retour à l'équilibre

Le plan de retour à l'équilibre signé le entre l'établissement et l'ARH fait l'objet de l'annexe n° du présent contrat.

4-3 : Subventions

Les éventuelles subventions allouées à l'établissement, en sus des recettes d'assurance maladie allouées en DAC ou en DAF et des arrêtés de versements trimestriels liés à l'activité feront l'objet d'un avenant au COM indiquant le montant et l'objet de la subvention, y compris s'il s'agit de subventions versées par la CDC au titre du FMESPP.

4-4 : Investissements immobiliers

Conformément à la nouvelle circulaire relative au contrôle des investissements et en remplacement de celle du 10 décembre 1993, et pour chaque projet identifiable ou spécifique, les annexes techniques devront être constituées. A l'issue des marchés de travaux, les opérations traitées alimenteront l'observatoire des coûts (initialement élaborée par la Mainh dans le cadre d'hôpital 2007). Tous les semestres, un bilan technique sera fourni par l'établissement afin de suivre l'évolution de l'opération. En phase réalisation, un rapport d'activité rappelant les marchés traités, le bilan financier, les avancements financiers et techniques, les prévisions, les perspectives et le planning général sera produit deux fois par an. Le contenu sera adapté à l'importance du projet. En fin d'opération, un Décompte Général Définitif (DGD) récapitulatif par grands domaines (travaux, honoraires et autres dépenses) sera fourni au plus tard un an après la réception des travaux. Les engagements contractuels de l'établissement dans le domaine immobilier font l'objet de l'annexe n° au présent contrat,

4-5 : Recherche de marge de manœuvre en matière d'achats hospitaliers

Dans le cadre des gains de productivité demandés à tous les établissements, l'établissement s'engage à mener une politique d'achats hospitaliers telle que préconisée par le DHOS et notamment à mettre en œuvre les mesures suivantes :

L'agence pourra adopter une politique d'accompagnement : (retour sur gains de productivité...)

Article 5 : Maîtrise des dépenses de l'assurance Maladie

5-1 : Contrat de bon usage des médicaments

Le contrat de bon usage des médicaments signé le 31 mars 2006 entre l'établissement et l'ARH fait l'objet de l'annexe CBU du présent contrat.

5-2 : Accord de maîtrise médicalisée

Le titulaire du contrat s'engage à instaurer une démarche générale de participation active en matière de maîtrise des dépenses d'assurance maladie en mettant en œuvre toute mesure de nature à améliorer l'efficacité du service rendu aux patients et l'efficience de son fonctionnement.

Pour ce faire :

1) L'établissement s'engage au respect strict des conditions de valorisation de l'activité soumise à la T2A telles que fixées par la réglementation et les instances compétentes.
2) L'établissement adhère au principe de développement d'une telle politique impliquant l'ensemble du corps médical dans un effort collectif visant à favoriser le bon usage des soins et le respect des règles de prise en charge collective.
3) Les prescriptions hospitalières exécutées en ville entrent également dans le champ de cette démarche susceptible d'être déclinée au titre d'accords.

Le contrat de maîtrise médicalisée signé le entre l'établissement et l'ARH fait l'objet de l'annexe n° du présent contrat.
L'établissement doit également respecter les contrats nationaux de maîtrise médicalisée en matière d'antibiotiques, statines et arrêts de travail.

Titre 2 : suivi, révision, et sanctions du contrat

Article 6 : Durée, suivi et révision du contrat

Le présent COM est valable pour une durée de 5 ans à compter de sa signature. Il pourra toutefois être révisé et complété au cours de ces 5 ans ainsi que, le cas échéant et si besoin, après révision totale ou partielle du SROS de 3ème génération.

L'établissement transmettra à l'agence un rapport annuel d'étape sur la réalisation des objectifs et engagements contractualisés. Un rapport final sera joint à sa demande de renouvellement de contrat.
Un comité de suivi du contrat, composé de représentants de l'agence et de l'établissement, se réunit, à l'initiative de l'établissement et/ou de l'agence, pour étudier de manière contradictoire la réalisation des engagements prévus au contrat.
L'établissement doit fournir au moins 15 jours avant la réunion de suivi annuel un bilan de réalisation et des difficultés rencontrées. L'ARH envoie une lettre d'observation à l'établissement après la réunion de suivi pour en rendre compte.

Article 7 : Suspension du contrat

Sauf dans le cas où la suspension du contrat résulte de la mise en œuvre de l'article L. 6122-13, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation qui constate un manquement grave de l'établissement de santé aux dispositions législatives et réglementaires ou à ses obligations contractuelles, adresse, préalablement à la suspension du contrat, une mise en demeure motivée de prendre les mesures correctrices nécessaires dans le délai d'un mois à l'établissement.
Si, au terme de ce délai, qui peut être renouvelé une fois pour la même durée, il n'a pas été mis fin au manquement constaté à l'issue d'un délai d'un mois à compter de la notification de la mise en demeure, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation peut suspendre le contrat à l'exception de ces stipulations relatives aux objectifs quantifiés et au dispositif de pénalités afférent .pour une durée déterminée, laquelle ne peut excéder six mois, pour tout ou partie de ses activités.

La suspension prend fin dès que l'établissement de santé a remédié au manquement qui lui est reproché. La Commission exécutive est tenue informée de l'ensemble de la procédure.
Si, à l'expiration du délai de six mois, l'établissement n'a pas mis fin au manquement qui lui est reproché, la Commission exécutive peut résilier le contrat.

Article 8 : Pénalités en cas de défaut de réalisation des objectifs quantifiés et ou de non respect des engagements du contrat

Les objectifs quantifiés inscrits au présent contrat font l'objet d'un suivi annuel de l'agence.

Le Directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation apprécie la réalisation ou la non réalisation des objectifs quantifiés inscrits au contrat au regard de l'activité réalisé et des objectifs quantifiés des territoires de santé prévus en annexe du SROS.

En cas de défaut de réalisation des objectifs quantifiés :
- Objectif quantifié relatif aux implantations ou à la permanence des soins non atteint
- **Volume de l'objectif en deçà ou au-delà de 5%**

Le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation adresse au titulaire de l'autorisation une mise en demeure motivée de présenter, dans un délai de un mois, ses observations écrites et orales.
Le titulaire du contrat est entendu à sa demande par le directeur de l'ARH.
Il en informe la commission exécutive. Si au terme de ce délai , le défaut de réalisation des objectifs quantifiés n'a pas été valablement justifié, le directeur de l'ARH inscrit le dossier à l'ordre du jour de la COMEX aux fins d'applications des pénalités contractuelles. Il en informe le titulaire de l'autorisation qui peut présenter des observations écrites à la COMEX dans un délai de un mois. Le montant de cette pénalité doit être proportionnel à la gravité du manquement constaté et son application ne peut en aucun cas, pour une année donnée, excéder 1% des recettes d'assurance maladie de l'établissement de santé. Cette pénalité est recouvrée et comptabilisée par la caisse mentionnée à l'article L.174-2, L.174-2-1 ou L.174-18 dans les conditions et sous les formes prévues au quatrième alinéa de l'article L. 162-1-14.

Date de signature : 31 mars 2007

Le Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation de Lorraine,

A. PERRIN

Le Directeur du Centre Hospitalier de Lunéville,

CENTRE HOSPITALIER DE LUNEVILLE ★ DIRECTION ★

M. LALLEMAND

ORIENTATION STRATEGIQUE N° 4 : CREER UNE STRUCTURE DE GESTION CENTRALISEE ET COORDONNEE RELATIVE A L'INFORMATION MEDICALE, AUX VIGILANCES, A LA GESTION DES RISQUES, A LA FMC, AUX EPP, AU DOSSIER PATIENT ET AU DOSSIER MEDICAL PERSONNEL

Déclinaison de l'orientation			Moyens de mise en oeuvre		Suivi et évaluation	Informations complémentaires
Objectifs opérationnels	Plan d'actions	Calendrier	Organisationnels et humains	Au titre de la coopération		
1. Créer une structure de gestion centralisé et coordonnée relatives à l'information médicale, aux vigilances, à la gestion des risques, à la FMC, au dossier patient et au Dossier Médical Personnel (DMP)						Structure effective lorsque le personnel dédié aux EPP et au DIM sera recruté
1.1. Mettre en œuvre la politique du dossier patient	- Intégrer dans les contrats de pôle le respect des règles d'organisation du dossier patient	2éme semestre 2007	Logiciel dossier patient intégrant le DMP	//	Nombre de contrats signés	
	- Mettre en place des évaluations sur la qualité du contenu et de la tenue du dossier patient	1er semestre 2008			Date de réalisation	
	- Réaliser des auto-évaluations ciblées par pôle	2éme semestre 2008			Nombre d'auto-évaluations	
	- Informatiser le dossier patient et le DMP	2008-2009			Nombre de séjour utilisant le dossier patient / nombre de séjours total	
1.2. Renforcer la qualité du recueil de l'information relative aux données PMSI	- Renforcer l'aide au codage des services cliniques	2éme semestre 2007	0.5 ETP médical	//	Nombre d'interventions entre services cliniques et DIM par an Evolution du nombre constaté d'erreurs de codage	
	- Optimiser le codage des secteurs médico-techniques	2éme semestre 2007			Nombre de contrôles réalisés par an Evolution du nombre constaté d'erreurs de codage	

Déclinaison de l'orientation			Moyens de mise en oeuvre		Suivi et évaluation	Informations complémentaires
Objectifs opérationnels	Plan d'actions	Calendrier	Organisationnels et humains	Au titre de la coopération		
1.3. Définir, mettre en œuvre et évaluer les contrats qualité des pôles	- Identifier les objectifs qualité	2ème semestre 2007	//	//	Taux de réalisation des objectifs par pôle	
	- Suivre les objectifs qualités négociés	2008-2012				
	- Evaluer l'atteinte des objectifs	2008-2012				
1.4. Définir, mettre en œuvre et évaluer une politique de gestion des risques sanitaires	- Cartographier les risques sanitaires	2007	0.5 ETP praticien 1 ETP IDE Equipements bureaux (pour objectifs 1.3 à 1.11) Logiciel de gestion des risques	//	Date d'obtention	
	- Intégrer les vigilances sanitaires et leur coordination dans la politique des gestion des risques	2007		//	//	
	- Définir, mettre en œuvre et évaluer les programmes d'amélioration de la qualité des organisations générant un risque	2008-2012		//	//	
	- Suivre l'impact de la politique des gestion des risques	2008-2012		//	Nombre de tableaux de bord liés à la gestion des risques Taux d'atteinte des objectifs par pôle	
1.5. Sécuriser la prise en charge thérapeutique du patient hospitalisé et résident par une mise en conformité réglementaire et l'informatisation du processus	- Réaliser les objectifs négociés dans le contrat de bon usage des médicaments et des DMS et pérenniser la démarche	2007-2012	//	//	Indicateurs présents dans le bon usage des médicaments et DMS	
	- Se mettre en conformité réglementaire : • Etendre la dispensation à délivrance nominative à l'ensemble de l'établissement • Structurer les avis pharmaceutiques optimisant les prescriptions médicales • Automatiser le conditionnement unitaire	2007-2012	//	//		

Déclinaison de l'orientation			Moyens de mise en oeuvre		Suivi et évaluation	Informations complémentaires
Objectifs opérationnels	Plan d'actions	Calendrier	Organisationnels et humains	Au titre de la coopération		
	- Informatiser le processus : • Etendre l'informatisation de la prescription à l'ensemble de l'établissement • Etendre l'enregistrement des administrations dans le dossier patient à tout l'établissement • Etendre l'informatisation à la prescription des anticancéreux	2007-2009	//	//		
1.6. Elaborer et mettre en œuvre un programme de lutte contre la iatrogénie liée au médicament	Structurer un retour d'expérience par la notification spontanée des erreurs médicamenteuses et la gestion des retours d'information	2007-2012	Outil informatique	//	Nombre d'erreurs médicamenteuses par an	
	Conduire des études par observation directe sur les erreurs médicamenteuses survenant lors de la prise en charge thérapeutique du patient hospitalisé	2007-2012		//	Nombre d'études par observation directe par an	
	Développer des études d'évaluation des pratiques médicales relatives au bon usage des médicaments et notamment des médicaments de la liste prévue à l'article L. 162-22-7	2007-2012		//	Nombre d'études EPP par an	
	Développer des outils de gestion relatifs à la maîtrise des dépenses : indicateurs et tableaux de bord sur les consommations	2007-2009		//	Nombre de tableaux de bord / nombre de pôle	

Déclinaison de l'orientation			Moyens de mise en oeuvre		Suivi et évaluation	Informations complémentaires
Objectifs opérationnels	Plan d'actions	Calendrier	Organisationnels et humains	Au titre de la coopération		
	Institutionnaliser la revue des événements indésirables dans le cadre du COMEDIMS	2007-2012		//	Nombre de revue organisée par an Nombre de sujets traités par an	
1.7. Pérenniser la mise en œuvre du programme de lutte contre les infections nosocomiales déterminé annuellement	Améliorer les scores ICALIN et ICSHA	2007-2012	//	//	Score ICALIN Score ICSHA	
	Améliorer l'exhaustivité des déclarations	2007	//	//	Score SURVISO Nombre de praticiens déclarants	
	Renforcer l'investissement des référents en hygiène	2007-2012	//	//	Taux de participation des référents aux actions du CLIN	
1.8. Formaliser une coordination des vigilances et organiser la formation des personnels	Organiser les alertes descendantes et ascendantes de toutes les vigilances	en cours	//	//		
	Rédiger et harmoniser une fiche de déclaration commune	1er semestre 2007	//	//	Date de diffusion	
	Former le personnel à toutes les vigilances	2007	//	//	Nombre de personnels formés par an	
	Favoriser l'exhaustivité du signalement et de l'enregistrement des événements indésirables	2007-2012	//	//	Nombre de signalements par an	
	Institutionnaliser la revue des événements indésirables	2éme semestre 2007	//	//	Nombre de revue par an	
	Informatiser le processus de déclaration	2008	Logiciel de gestion des risques	//		

Déclinaison de l'orientation			Moyens de mise en œuvre		Suivi et évaluation	Informations complémentaires
Objectifs opérationnels	Plan d'actions	Calendrier	Organisationnels et humains	Au titre de la coopération		
1.9. Sécuriser les modalités d'identification et la gestion de l'identité du patient par la création d'une cellule d'identitovigilance	Elaborer une charte de l'identification des patients (procédure)	2007	//	//	Bilan annuel d'activité de la cellule Nombre de signalements d'erreurs d'identité	
	Mettre en place une cellule d'identitovigilance	2008				
1.10. Formaliser et mettre en œuvre l'organisation de la FMC	Elaborer un guide de la FMC	2éme semestre 2007		//	Date de diffusion	
	Elaborer un carnet de bord de la FMC propre à chaque praticien				Date de diffusion	
	Définir et mettre en œuvre l'organisation des formations médicales continues				Nombre de plans de formation / nombre de praticiens	
1.11. Développer l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP)	Créer une cellule EPP	Dès que le recrutement des personnels dédiés aux EPP sera effectif		//	Nombre de personnes formées par an	
	Développer la formation aux méthodes EPP				Nombre d'EPP par an Nombre de praticiens participant aux EPP / nombre de praticiens Nombre de plans de formations / nombre de praticiens	
	Renforcer les démarches EPP					
	Evaluer l'impact des EPP					
	Formaliser les EPP en lien avec la FMC					

Composition des groupes de travail pour l'auto évaluation

Chers coordonnateurs, veuillez remplir ce tableau
- soit en y indiquant le nom d'une personne
- soit en y indiquant le nom du service, UF, département ou pôle d'activité.

Vous retrouverez ce tableau sur le serveur échange sur mercure – AA 3ème Certification – Coordonnateurs pour l'auto évaluation

Nous adresserons ce tableau complété à tous, cadres et responsables. Ceux-ci pourront alors proposer le nom d'une personne dans la catégorie professionnelle demandée.

La présentation du groupe 1 peut être un modèle dont vous pouvez vous inspirer

Codes couleur	Pôle
	Ressources / **HBV**
	Logistique / **MH**
	Médecine / **MA**
	Gériatrie / **MB**
	Mère-enfant / **IB**
	Chirurgie / **EG**
	Médico technique / **PZ**
	Logistique Médicale / **DJ**
	Autres

Centre Hospitalier Lunéville

	N° de critères	Médecin	Pharmacien	Cadre de santé	Responsable	IDE	Sage femme	AS	Préparateur En pharmacie	Membre	Effectif
Groupe 1 H Bossat-Vouriot	1a, 1b 2a, 2e	I Berquand (commentaires de IB : uniquement pour les références sur les indicateurs et/ou tablraux de bord)	D Piney	I Benabid	JM Lallemand G Houot L Hertz S Robinet	-	-	MC Roch	-	M Lanson	9
	1e, 1f, 1g	MF Raspiller L Rolland	D Piney	E Clément E. GRANDJEAN	H Dupre G Houot	-	-	DECORNY Evelyne	-	M MILBACH	8
		JF Pierre	-	-	AM Decker	V. Bourst	-	LECLAIRE Corinne	-	Représentant du personnel	9
	2b, 2c, 2d									Dr KUTA Réseaulu Dr COLLARD Maison du diabète I LLEDO Sourire au temps R GAUDU DDM E. GUTHERLE	
		H Pierson	-	M About	S Aubry	ATTENOT G	-	E. Richard	-	M Bastien	9
	1c, 1d	CRONEL Jean Christophe Medecin EMSSA		M Bristot						C Boulanger	
Groupe 2 G Houot		Maaroufi		A. Ancher	AM. Decker	IDE SUGG Sandrine		Sylvie abadie	K. Perisse	Mme maleriat	10
	3a, 3b, 3c, 3d			P. Zanon		MCO Médecine B P. WESLINGER					
		Perillon				IDE SUGG Sandrine		S. Abadie			
	9a, 9b	MF. Raspiller		E. Grandjean	H Bossat Vouriot	MCO Médecine B P. WESLINGER				M. Bastien	9

Annexe 2 : Certification 2011
Composition des groupes de travail, dont le groupe de travail sur les EPP

Annexe 2 : Certification 2011
Composition des groupes de travail, dont le groupe de travail sur les EPP

	N° de critères	Médecin	Pharmacien	Cadre de santé	Responsable	IDE	Sage femme	AS	Préparateur En pharmacie	Membre	Effectif
Groupe 3 M Halter	4a, 4b Gestion budgétaire et Amélioration de l'efficience	Président CME (Dr Piney) Dr Elsa Chirurgie	-	E. Grandjean E. Voinson	G Houot JM Lallemand	-	-	-	-	M Lanson C Boulanger	8
	6a:sécurité des biens et des personnes 6b:Gestion des infractures et des équipements 6c:Restauration 6d:Linge 6e:Transport patients 6f:Achats écoresponsable et approvisionnement			P. Zanon ZANON P6e,6f	L Hertz:6a,6b S Aubry:6a,6b G Neige:6c-d,e,f E Prudont:6c,d S Thomas:6e,f J Geoffroy:6e,f E Voinson:6e,f	E GRANDJEAN F Chevrier		EHPAD AS TIROLLE Nadine Pôle Medecine AS Médecine B G. VALERIO	- - Pôle logistique médicale Ts critères : Isabelle ZETTOR	JY Rondeau:6a,6b I. ANDRE M Tas:6a,6b D Blaise:6c,d J Philippelli:6c,d JP Stoebner:6e,f Utilisateur self:6c Amb privée:6e S Walckerl:6e,f	11
Groupe 4 S Robinet	5a, 5b, 5c	I Berquand MF. Raspiller (5c) JF Pierre	-	M About	S Aubry	Farid BENDERRADJI CHARLIER Sandrine	F Stauffer		-	C ETIENNE L JOST	10
Groupe 5 MP Viel & A Vidal	7a, 7b, 7c, 7d, 7e 8g, 8h	L. Rolland	D. Piney	E Voisson	L Hertz S Thomas	Christine BAUBY		AS Médecine A S. UHLRICH	Nadia ZAYOU	Mme ROMAC ASH	
Groupe 6 MO Berlenga & A Ribes	8a, 8b, 8c, 8d, 8e 8F, 8i, 8j, 8k	-	Dr Bonn Loué	C Cosson	H Dupre G Neige	-	-	Gaelle Dufour Emelyne PREVOST LS	-	Nicolas PEROT Qualiticien	9

AM Decker

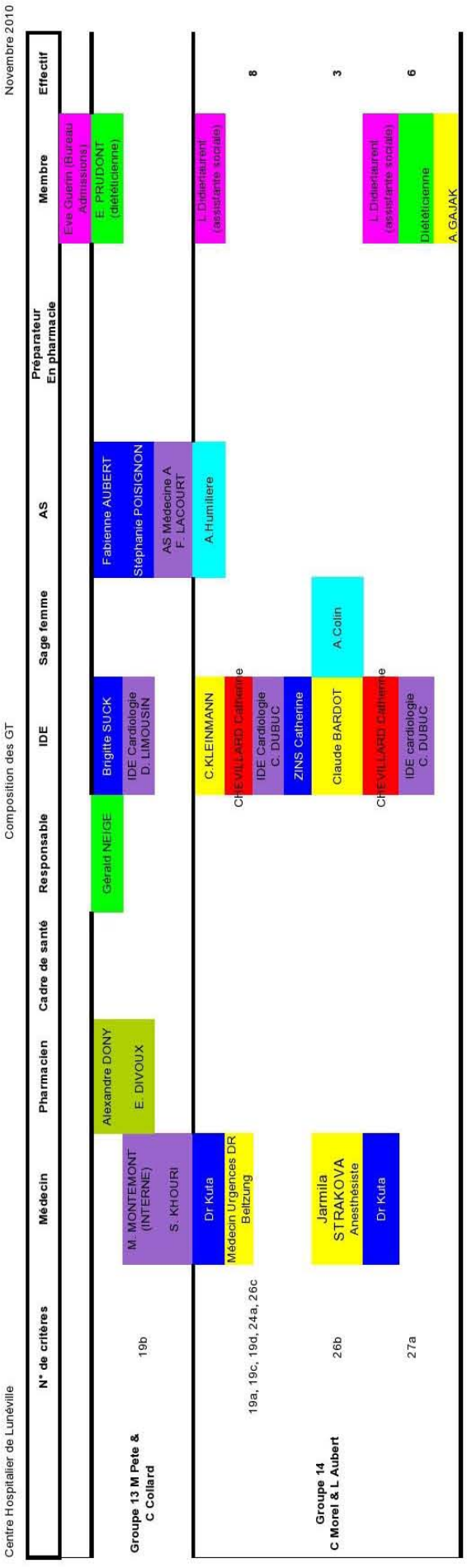
Annexe 2 : Certification 2011
Composition des groupes de travail, dont le groupe de travail sur les EPP

	N° de critères	Médecin	Pharmacien	Cadre de santé	Responsable	IDE	Sage femme	AS	Préparateur En pharmacie	Membre	Effectif
Groupe 7 M About & N Peter	10a, 10b, 10c, 10d 10e	H. Pierson A.Perillon A. Vidal		P. Zanon	AM Decker G. Houot JM. Lallemand	BERTRAND C IDE chirurgie D. PETIT		AP Pédiatrie K. KLEIN AS Médecine A L. DICHE		Assistante sociale L. DIDIER-LAURENT Secrétaire Médecine A. VOIRET	13
	11a, 11b, 11c	PO VAUTRIN Urgentiste G.Jurcina L. Aubert A. Perillon		E. Clément		IDE pédiatrie S. FROMENT IDE UCA N. VICAIRE IDE Médecine A A. BOURGER IDE éduc thérap B S.SEILER		AS Cs Cardio J. LAURENT AS Médecine B C. DECAILLOT TANEM C		Diététicienne C. LAPREE Représentant usagers LAURENT	14
	13a	H. Pierson C. CRONEL	E. DIVOUX			SEYBOLD C IDE D'annonce THURY-GUENIN IDE EMSSA P. MONIN		assistante sociale I. BETTENFELD AS Chirurgie THURIOT Chambre mortuaire E. ZIMMER		Représentant cultes N. DAGUINDEAU CRU LAURENT Psychologue EMSSA V. MOREL	12
Groupe 8 M Bristot & MA Welfringer	10a, 10b, 10c, 10d 10e			M. PETE		V. TARALLE		J. DRUG (AS nuit) C. PERRIN D. HEIP M.C. LESUEUR		B. SCHILSONG (secrétaire) V. MOREL Mme JACQUET	
	11a, 11b, 11c										
	13a										

Annexe 2 : Certification 2011
Composition des groupes de travail, dont le groupe de travail sur les EPP

	N° de critères	Médecin	Pharmacien	Cadre de santé	Responsable	IDE	Sage femme	AS	Préparateur En pharmacie	Membre	Effectif
Groupe 9 P Zanon & JF Pierre	16a, 17a, 18a, 18b	Anesthésiste		ABOUT M	AUBRY S	IDE Médecine B E. CHARLES		LAMBOLEZ AM		L Didierlaurent (assistante sociale)	15
		chirurgien				BREGEARD M		AS Médecine A N. PIERRON		Kinésithérapeute	
		FERRY O				G.Receveur		LHOMEL S			
		E Rasquin				POURRAT L		AS Médecine B M. BOURGATTE			
		D Piney									
	21a, 23a	E Rasquin	E DUFAY	MOREL C		IDE Médecine B S. MARIN	V.Betard			Labo St REMY	5
Groupe 10 V Georges & V Bolzer	16a, 17a, 18a, 18b	M.A. WELFRINGER		M. PETE		P. WEISHAR		M. GERGONE		Michaela DUMITRESCU Kiné	
				M. BRISTOT				J. KANITZER		Virginie TUNIS Animatrice	
								B. LLEDO			
	21a, 23a							M. BUSSIERE			
Groupe 11 E Seidl & E Divoux		Dr ANTOINE G	Alexandre DONY	Mme Berlenga		BELLOC A	CROISET O	LAMBERT S	-	HENRI A	16
		Dr MERVELAY				Mohcène EL HALOUI		CARUEMEL A			
	12 a	Dr SUSANKA J				KIJOWSKI V		OLRY J			
						IDE Médecine A A. BLUTEAU		STORHAYE N			
						Béatrice CADET	MALERIAT V				
Groupe 12 I Berquand & JF Pierre	14a, 14b	H. Pierson – F. HOUNDETE – O. FERRY	E DUFAY		S. AUBRY (pour le 14b uniquement)	IDE (pole médecine ou chir différent pole médecin) IDE Médecine B M. BINSINGER	C.AMARA			A. POISSONNIER (Sec Chir)	8
										Diététicienne	
		Anesthésiste				VERRELLE Nelly			Dominique Jelski	Kinésithérapeute Manip Radio	8
	15a									Cédric DUPONT Ou Stéphane ROBINET	
										Personnel brancardage Claude Castelli	
										Personnel Accueil Urgences	

Annexe 2 : Certification 2011
Composition des groupes de travail, dont le groupe de travail sur les EPP



Annexe 2 : Certification 2011
Composition des groupes de travail, dont le groupe de travail sur les EPP

	N° de critères	Médecin	Pharmacien	Cadre de santé	Responsable	IDE	Sage femme	AS	Préparateur En pharmacie	Membre	Effectif
Groupe 15 D Piney & V Guillaume	20a, 20b	Dr Pierre Rasquin		Mme Jelski		E. Laurent			Céline MIGNOT	Johanna HENRY	14
		Dr Avram		Mme Berlenga		Mme Villsseck				C. DUPONT	
						1 Médecine A C. HUMBERT					
						VAUTRIN J					
							D.Grandmontagne				
	20a, 20b SLD	Dr Welfringer		M. BRISTOT		Farid BENDERRADJI	Brigitte SUCK		Yamina BOUTRIK		
Groupe 16 E Clément & F Lefèvre	22a, 22b	Dr Houndete	Dr PINEY			BOYACI Ayse				1 manip radio	10
		ella BARDERI Dr PIERSON				IDE cardiologie I. GONEL				1 secrétaire de l'imagerie	
		Dr Rosa				LAUER C					
Groupe 17 D Rosa & V Vouaux	25a	PIERRE JF PERILLON A (CRUQ)		ZANON P		POURRAT L					
Groupe 18 C Cosson & I Benabid	26a	Dr Bichat	G BARBOZA			BOURGEOIS Claire	A.Guillaume	SENEY P			12
		Dr COURBEY	Georges JURCINA		Evelyne WAGENMANN	Catherine CORRETTE	HETZEL J / MENARD C				
Groupe 19 N Receveur & E DUFAY	28a, 28b, 28c	Dr Essa	**Dr Barboza** En attente de réponse	Mme Morel	**Mme Prudont**	**IDE** Médecine B N. DE ABREU	Mme Anne Gérardot		un préparateur	M. Abdouch Kiné	20
		Dr Avram		Mme Cosson				BANSEPT Stéphanie		S. NAVARRO	
		Dr Mervelay				M. Baake		S.CAHAN			
		Dr Khouri									
		Dr PETER									
		Dr Welfringer									
											256

Annexe 2 - Certification 2007. Liste des Évaluations des Pratiques Professionnelles du CHL

Cri. MCO	Cri. SLD	Libellé de la référence ou du critère	Thème retenu du CHL	Resp. du gp	Méthode	Critère de choix
44a		La pertinence des hospitalisations est évaluée	Analyse de la pertinence des admissions non programmées pour coliques néphrétiques	Dr SEIDL Dr PIERRE	Revue de dossiers	Pathologie fréquente aux urgences (150 cas en 2006)
44b		La pertinence des actes invasifs est évaluée	Pertinence de la pose de chambre implantable	Dr FAKHOURI Mme BURGIN	Revue de pertinence	Utilisation croissante (16 en 2004 et 52 en 2006)
44c		La pertinence des prescriptions médicamenteuses est évaluée	Evaluation du bon usage des anticancéreux en regard des référentiels de l'AMM	Dr PINEY Mme ABOUT	Maîtrise statistique des processus en santé : suivi par indicateurs	Activité d'oncologie au sein du CHL et contrat de bon usage
44d		La pertinence des examens de laboratoires et des examens d'imagerie ou d'exploration fonctionnelle est évaluée	Bon usage des examens de radiologie dans la prise en charge des lombalgies et lombo sciatalgies non traumatiques	Dr NICOLAS Dr ROSEMBERG	Enquête de pratique rétrospective	Ecarts entre la prescription radiologique pour la pathologie lombaire non traumatique et le référentiel non formalisé
45a	//	Les professionnels identifient les actes, les processus et les pratiques à risque et évaluent leurs conditions de sécurité Secteur MCO	Les professionnels identifient les risques liés à l'utilisation des anti-vitamines K (AVK)	Dr FERRY Mme FRESSON	Revue de morbidité mortalité	Fréquence des événements indésirables graves d'origine médicamenteuses
//	45a	Les professionnels identifient les actes, les processus et les pratiques à risque et évaluent leurs conditions de sécurité Secteur USLD	Evaluation de la qualité de l'organisation de la prise en charge thérapeutique des personnes âgées en ciblant l'enregistrement de l'administration des médicaments	Dr BONN LOUE M BOSSENAUER	Analyse de processus avec méthode de résolution de problème	Contrat de bon usage du médicament et projet d'établissement soumis à indicateurs
45b	//	L'analyse des événements indésirables et la mise en œuvre des actions de prévention et d'amélioration correspondantes sont assurées Secteur MCO	Améliorer la qualité de l'organisation de la consultation pré anesthésique en vue de diminuer les risques anesthésiques pour le patient.	Mme ZANON Dr MAAROUFI	Enquête de satisfaction et de connaissances, Analyse de processus, Audit organisationnel	Non respect de la CPA obligatoire avec une intervention programmée Non respect du délai légal entre la PCA et l'acte chirurgical
//	45b	L'analyse des événements indésirables et la mise en œuvre des actions de prévention et d'amélioration correspondantes sont assurées Secteur USLD	Identifier les mesures d'amélioration de la prise en charge des patients afin de prévenir la survenue des escarres. EVALOR P3 en 2006	Mme MILLOT Mme GUINDO	Enquête de prévalence, Enquête de connaissance, Audit de pratique	Gravité et fréquence Prévention en terme de santé publique

Service Qualité : SP et LJ Chef de projet : ED

Cri. MCO	Cri. SLD	Libellé de la référence ou du critère	Thème retenu du CHL	Resp. du gp	Méthode	Critère de choix
46a 46b 46c 46d 46e 46f	//	La prise en charge des pathologies et des problèmes de santé principaux fait l'objet d'une évaluation Secteur Médecine	Prise en charge médicale de l'AVC dans les unités de soins du pôle de médecine	Dr FERRY Dr COLLARD	Etude rétrospective de dossiers	Fréquence de la pathologie sur le Lunévillois avec réorganisation du processus de prise en charge nécessaire selon le protocole Lorrain
		La prise en charge des pathologies et des problèmes de santé principaux fait l'objet d'une évaluation Secteur Chirurgie	Prise en charge de la douleur abdominale Formations HAS/EVALOR	Dr COURBEY Dr BELTZUNG	//	Nécessité d'évaluer la qualité de la prise en charge
		La prise en charge des pathologies et des problèmes de santé principaux fait l'objet d'une évaluation Secteur Obstétrique	Prise en charge globale du couple mère enfant lors de son séjour post natal jusqu'à sa sortie	Dr AUBERT Mme HENNEQUIN	Chemin clinique	Processus complexe à évaluer dans son organisation et sa qualité
//	46a 46b 46c 46d 46e 46f	La prise en charge des pathologies et des problèmes de santé principaux fait l'objet d'une évaluation Secteur USLD	La pratique des soins de bouche dispensés aux patients d'USLD en phase de soins palliatifs. Même groupe EPP que Réf. 32, SLD	Dr WELFRINGER Mme BRISTOT	Audit clinique	Mise en place récente d'une équipe mobile de soins palliatifs avec nécessité d'évaluer son caractère opérationnel

Liste des critères relevant d'une Evaluation des Pratiques Professionnelles dans le cadre des soins apportés au patient, suite à l'auto-évaluation V2

Cri. MCO	Cri. SLD	Libellé de la référence ou du critère	Thème retenu du CHL	Resp. du gp	Méthode	Critère de choix
51a 51b 51c 51d		La satisfaction du patient hospitalisé	EVALOR P3 en 2006	Mme PANABIERE		

Cri. MCO	Cri. SLD	Libellé de la référence ou du critère	Thème retenu du CHL	Resp. du gp	Méthode	Critère de choix

30a		L'état nutritionnel du patient est évalué et ses besoins spécifiques sont pris en compte	Le thème est défini dans le libellé du critère	Dr MALGRAS Mme. MOREL	Etat des lieux	
30b	//	Les conduites addictives sont identifiées et font l'objet d'une prise en charge adaptée	Le thème est défini dans le libellé du critère	Dr WEBER Dr PIERSON	Etat des lieux	
30c	//	La maladie thrombo-embolique fait l'objet d'une prévention dans les situations à risque	Le thème est défini dans le libellé du critère	Dr. BURGIN Dr. RASQUIN	Etat des lieux + EPP Enquête de pratique	Améliorer la prise en charge de la prophylaxie de la maladie thromboembolique veineuse
30d		Les chutes des patients font l'objet d'une prévention	Le thème est défini dans le libellé du critère	Dr LAVIALE Mme. FLECHE	Etat des lieux + EPP	
30e		Le risque suicidaire est pris en compte	Le thème est défini dans le libellé du critère	Dr DEBRUILLE Dr ROSA	Etat des lieux	
30f		Les escarres font l'objet d'une prévention		Mme MILLOT	Etat des lieux + EPP 45b	
//	30g	Un projet de vie est individualisé pour chaque résident en prenant en compte ses souhaits		Mme BRISTOT	Etat des lieux	
32a 32b 32c 32d	//	La douleur est évaluée et prise en charge. Secteur MCO	La prise en charge de la douleur post-opératoire Formations HAS/EVALOR	Dr. MANACHE Mme. VALDENAIRE	Etat des lieux	
//	32a 32b 32c 32d	La douleur est évaluée et prise en charge. Secteur USLD	Prise en charge des soins palliatifs Même groupe EPP que Réf. 46, SLD	Dr WELFRINGER Mme BRISTOT	Etat des lieux + EPP 46USLD	Mise en place récente d'une équipe mobile de soins palliatifs avec nécessité d'évaluer son caractère opérationnel

ars Agence Régionale de Santé Lorraine

Contrat pluriannuels d'objectifs et de moyens

2012-2017

ENTRE

L'AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ DE LORRAINE
Immeuble « Les Thiers » - 4 rue Piroux –
BP 80071 - 54036 NANCY

Représentée par M. Jean-François BENEVISE – Directeur Général

Ci-après dénommée « l'ARS »

D'UNE PART

ET

Le CENTRE HOSPITALIER DE LUNEVILLE

Représenté par Monsieur Jean-Marc LALLEMAND

Adresse : 6 rue Girardet, BP 30206, 54301 LUNEVILLE CEDEX

N° FINESS Juridique : 54 000 080
N° FINESS Géographique : 54 000 015 5

Ci-après dénommée « L'établissement »

D'AUTRE PART

1

Agence Régionale de Santé Lorraine

ANNEXE 1 ACTIVITES AUTORISEES

Volet 8 A1 Activité de cancérologie

ETAT DE L'AUTORISATION ANNEE N CPOM					(Le cas échéant) OBJECTIFS ASSOCIES A L'OCTROI OU AU RENOUVELLEMENT DE L'AUTORISATION		
Modalités d'hospitalisation	Nombre implantations	Sites	DATE DERNIERE AUTORISATION / RENOUVELLEMENT	ECHEANCE	Objectif	Échéance	Indicateur de suivi
Chimiothérapie	1	1	15/07/2009	03/08/2014			
Chirurgie cancers digestifs							
Chirurgie cancers urologiques	1	1	15/07/2009	03/08/2014			
Chirurgie cancers thoraciques							
Chirurgie cancers mammaires							
Chirurgie cancers gynécologiques							
Chirurgie cancers ORL et maxillo-faciales (hors seuil exclusif)							
Radiothérapie							
Curiethérapie							
Utilisation thérapeutique radioéléments en source non scellés							

5.CONSTATS ET COTATION PAR CRITERES
CHAPITRE 2: PRISE EN CHARGE DU PATIENT
PARTIE 5. EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

Référence 28: l'évaluation des pratiques professionnelles		
Critère 28.a **Mise en oeuvre des démarches d'évaluation des pratiques professionnelles**		
Cotation	B	
E1 Prévoir	**Réponses aux EA**	**Constats**
Les différents secteurs d'activité clinique ou médico-technique organisent la mise en œuvre des démarches d'EPP.	En grande partie	
Des analyses de la mortalité-morbidité sont organisées dans les secteurs de chirurgie, d'anesthésie-réanimation et de cancérologie.	Oui	
Des réunions de concertation pluridisciplinaire sont organisées, dans le cadre de la prise en charge des patients en cancérologie.	Oui	Compte tenu de la classe de l'indicateur "Réunions de concertation pluridisciplinaire" et de sa valeur de 81 % avec un intervalle de confiance à 95 % = [67 % - 95 %] pour la campagne 2009.
E2 Mettre en oeuvre	**Réponses aux EA**	**Constats**
Les différents secteurs d'activité clinique et médico-technique mettent en œuvre des démarches d'EPP.	Oui	

L'engagement des professionnels est effectif.	Oui	
Des actions de communication, relatives aux démarches d'EPP et à leurs résultats, sont mises en œuvre.	En grande partie	
E3 Evaluer et améliorer	**Réponses aux EA**	**Constats**
Les différents secteurs d'activité clinique et médico-technique mesurent l'impact des démarches d'EPP sur l'évolution des pratiques.	En grande partie	
Les différents secteurs d'activité clinique et médico-technique évaluent l'organisation mise en place, afin de favoriser l'adhésion continue des professionnels aux démarches d'EPP.	Partiellement	

Référence 28: l'évaluation des pratiques professionnelles		
Critère 28.b **Pertinence des soins**		
Cotation	B	
E1 Prévoir	**Réponses aux EA**	**Constats**
Les enjeux liés à la pertinence des soins sont identifiés au sein de l'établissement.	Partiellement	
E2 Mettre en oeuvre	**Réponses aux EA**	**Constats**
Des analyses de la pertinence des soins sont réalisées, et permettent la mise en œuvre d'actions d'amélioration.	En grande partie	
Des guides de bon usage des soins sont mis à la disposition des professionnels.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	**Réponses aux EA**	**Constats**
Les différents secteurs d'activité clinique et médico-technique assurent le suivi des actions d'amélioration, et mesurent l'impact sur l'évolution des pratiques.	Partiellement	

Référence 28: l'évaluation des pratiques professionnelles		
Critère 28.c **Démarches EPP liées aux indicateurs de pratique clinique**		
Cotation	A	
E1 Prévoir	**Réponses aux EA**	**Constats**
L'établissement identifie les indicateurs de pratique clinique pertinents au regard de ses activités.	En grande partie	
E2 Mettre en oeuvre	**Réponses aux EA**	**Constats**
L'établissement recueille et analyse les indicateurs de pratique clinique choisis.	Oui	
Une démarche d'amélioration est mise en œuvre à partir du recueil des indicateurs, lorsque la valeur de l'indicateur le justifie.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	**Réponses aux EA**	**Constats**
L'établissement révise régulièrement la liste des indicateurs analysés.	Oui	

Annexe 6 : Compte de résultats analytique 2011 – Personnel de médecine A

ETP MOYEN REMUNERES - PÔLE MEDECINE HÔPITAL

Les chiffres sont representatifs des ETP entrant dans le périmetre d'analyse des CREA (après reclassements)

regroup	PM/PNM	lib grade	ETP payé 2010	ETP payé 2011	EVOLUTION	
MEDECINE A	PM	PH temps plein	0,74	0,72	-0,02	↘
		Attaché + 2 ans	0,30	0,30	0,00	↔
		Attaché - 2 ans	0,58		-0,58	↘
		Praticien contractuel	0,43	0,07	-0,36	↘
		FFI	1,00	1,00	0,00	↔
		Résident	1,00	1,00	0,00	↔
	Somme PM		***4,05***	***3,09***	***-0,96***	↘
	PNM	Cadre Sup de Santé	0,80	0,80	0,00	↔
		IDE	11,74	12,25	0,51	↗
		Aide Soignant	11,56	13,02	1,46	↗
		ASHQ	1,56		-1,56	↘
		Adjoint Administratif	2,14	2,25	0,11	↗
		Emploi aidé	1,69		-1,69	↘
	Somme PNM		***29,49***	***28,32***	***-1,17***	↘
Somme MEDECINE A			**33,54**	**31,41**	**-2,13**	↘
MEDECINE B	PM	PH temps plein	2,00	2,72	0,72	↗
		Attaché + 2 ans	1,10	1,10	0,00	↔
		Praticien contractuel	1,04	0,58	-0,46	↘
		Résident	1,00	1,16	0,16	↗
	Somme PM		***5,14***	***5,56***	***0,42***	↗
	PNM	Cadre Santé IDE	1,00	0,97	-0,03	↘
		IDE	11,84	12,08	0,24	↗
		Aide Soignant	11,66	12,28	0,62	↗
		ASHQ	1,85		-1,85	↘
		Secrétaire médicale	0,83	0,75	-0,08	↘
		Adjoint Administratif	1,32	1,22	-0,10	↘
	Somme PNM		***28,50***	***27,30***	***-1,20***	↘
Somme MEDECINE B			**33,64**	**32,86**	**-0,78**	↘
CARDIOLOGIE	PM	PH temps plein	0,30	1,13	0,83	↗
		PH temps partiel	0,50	0,54	0,04	↗
		Attaché + 2 ans	0,30	0,30	0,00	↔
		Attaché - 2 ans		0,13	0,13	↗
		Praticien contractuel	0,00	0,00	0,00	↔
		FFI	0,35	0,82	0,47	↗
		Résident	1,00	0,50	-0,50	↘
	Somme PM		***2,45***	***3,41***	***0,96***	↗
	PNM	Cadre Santé IDE	0,60	0,88	0,28	↗
		IDE	11,86	10,76	-1,10	↘
		Aide Soignant	12,59	14,02	1,43	↗
		ASHQ	1,59		-1,59	↘
		Secrétaire médicale	0,68	1,00	0,32	↗
		Adjoint Administratif	0,54	0,35	-0,19	↘
	Somme PNM		***27,86***	***27,01***	***-0,85***	↘
Somme CARDIOLOGIE			**30,31**	**30,42**	**0,11**	↗

Annexe 6 : Compte de résultats analytique 2011 – Personnel de médecine A

ETP MOYEN REMUNERES - PÔLE MEDECINE HÔPITAL

Les chiffres sont representatifs des ETP entrant dans le périmetre d'analyse des CREA (après reclassements)

regroup	PM/PNM	lib grade	ETP payé 2010	ETP payé 2011	EVOLUTION	
REED CARDIO	PM	Attaché - 2 ans		0,04	0,04	↗
		FFI	0,25	0,21	-0,04	↘
	Somme PM		***0,25***	***0,25***	***0,00***	↔
	PNM	IDE	1,42	1,15	-0,27	↘
		Aide Soignant	1,00	1,00	0,00	↔
		Kiné	0,53	0,57	0,04	↗
		Diététicien	0,45	0,45	0,00	↔
		Adjoint Administratif	0,15	0,15	0,00	↔
	Somme PNM		***3,55***	***3,32***	***-0,23***	↘
Somme REED CARDIO			**3,80**	**3,57**	**-0,23**	↘
HJG	PM	PH temps plein		0,21	0,21	↗
		Attaché - 2 ans		0,26	0,26	↗
		Praticien contractuel	1,32	0,60	-0,72	↘
	Somme PM		***1,32***	***1,06***	***-0,26***	↘
	PNM	IDE	0,60	0,60	0,00	↔
		Aide Soignant	0,60	0,60	0,00	↔
		Psychologue	0,50	0,50	0,00	↔
		Secrétaire médicale	0,95	0,94	-0,01	↘
		Adjoint Administratif		0,13	0,13	↗
	Somme PNM		***2,65***	***2,77***	***0,12***	↗
Somme HJG			**3,97**	**3,84**	**-0,14**	↘
EMSSA	PM	Attaché - 2 ans	0,25	0,25	0,00	↔
	Somme PM		***0,25***	***0,25***	***0,00***	↔
	PNM	Cadre Sup de Santé	0,20	0,20	0,00	↔
		IDE	1,00	1,00	0,00	↔
		Psychologue	0,50	0,50	0,00	↔
		Adjoint Administratif	0,50	0,50	0,00	↔
	Somme PNM		***2,20***	***2,20***	***0,00***	↔
Somme EMSSA			**2,45**	**2,45**	**0,00**	↔
EXP FONC CARDIO	PM	PH temps plein		0,23	0,23	↗
		PH temps partiel	0,12	0,06	-0,06	↘
		Praticien contractuel	0,04		-0,04	↘
		FFI	0,20	0,07	-0,13	↘
	Somme PM		***0,36***	***0,36***	***0,00***	↔
	PNM	Aide Soignant	0,10	0,10	0,00	↔
	Somme PNM		***0,10***	***0,10***	***0,00***	↔
Somme EXP FONC CARDIO			**0,46**	**0,46**	**0,00**	↔
TOTAL PÔLE MEDECINE			**108,17**	**105,01**	**-3,16**	↘

Centre Hospitalier
Lunéville

Politique qualité et sécurité

Novembre 2011

Jean Marc LALLEMAND
Directeur

Dr David PINEY
Président de la CME

LES 5 VALEURS DE L'ÉTABLISSEMENT

Énoncer les valeurs d'une institution est avant tout un acte fédérateur.
Cela doit permettre de connaître les principes fondamentaux
de fonctionnement de notre établissement.
Piloter par les valeurs veut dire créer une ligne de conduite
qui doit devenir commune à chacun d'entre nous.
Nos comportements, nos initiatives, et nos responsabilités
doivent s'incrire dans les valeurs du Centre Hospitalier de Lunéville.

L'esprit d'ouverture

Pour accepter les nouveaux concepts, les nouvelles idées et faciliter l'implantation de la culture de la Qualité dans nos activités

Le respect

Pour mieux comprendre les points de vue et les attentes des patients mais aussi des personnels de l'établissement. Il engendre la satisfaction des usagers et de leur famille. Il conforte le travail en équipe et la solidarité entre professionnels. Il contribue à l'épanouissement personnel de chacun d'entre nous

La cohésion

Elle est nécessaire pour donner envie et mobiliser l'ensemble des professionnels sur nos activités et nos projets. Elle repose sur l'équité et sur la transparence. Elle encourage l'émergence d'une intelligence collective

Le dynamisme

Pour participer aux changements du monde de la santé et aux évolutions scientifiques. Mais aussi pour innover et s'améliorer. Notre établissement doit être reconnu par les patients et leur famille mais aussi par les institutions comme un pôle de santé incontournable du Lunévillois

La performance

Pour donner du sens et de la justesse à nos actions et contribuer à l'excellence territoriale en santé

Annexe 7 : Politique Qualité & Sécurité du CHL 2011 – 2016

LES 4 AXES DE LA POLITIQUE QUALITÉ et SÉCURITÉ

La performance au service des patients

- Respecter les droits des patients et notamment le droit à l'information. Améliorer le cadre de vie et l'accueil dont celui des familles et renforcer le dialogue. Pérenniser la qualité de fonctionnement de la CRUQ
- Formaliser un plan d'actions relatif à la bientraitance et à la dignité des patients en ciblant notamment la réduction des délais de prise en charge
- Faire du Centre Hospitalier de Lunéville un hôpital sans douleur
- Améliorer la tenue du dossier médical du patient et son éventuelle mise à disposition
- Pérenniser les liens avec les médecins traitants en considérant le parcours du patient dans sa globalité
- Renforcer la pratique de l'évaluation des pratiques professionnelles chez les praticiens comme chez les soignants et l'intégrer au développement professionnel continu (DPC) et à l'accréditation des praticiens
- Consolider la culture de la mesure par le recueil d'indicateurs existants ou futurs et des enquêtes de satisfaction

La performance au service du personnel

- Améliorer la qualité de vie au travail en prenant en compte le cheminement professionnel, l'environnement de travail, l'ambiance et l'organisation du travail. Consolider le dialogue social
- Faire de la formation continue une priorité avec une meilleure prise en compte des besoins et/ou des aspirations pour instaurer un management par les compétences
- Structurer une Gestion Prévisionnelle des Métiers, Emplois et Compétences selon un mode participatif pour anticiper la réponse des besoins en personnel aux activités
- Veiller à la qualité des échanges professionnels en assurant l'évolution permanente du système d'information de l'établissement

La maîtrise des risques

- Consolider la gestion des évènements indésirables en structurant le retour d'expérience et le retour d'information vers les déclarants
- Pérenniser la qualité obtenue dans la gestion des vigilances sanitaires obligatoires dont celle relative aux infections nosocomiales
- Poursuivre la gestion des risques *a priori* qui comprend les risques professionnels mais aussi les plans d'urgence et la gestion de crises
- Renforcer la sécurité de la prise en charge du patient au bloc opératoire
- Améliorer la sécurité thérapeutique notamment liée à l'utilisation des produits de santé sur l'ensemble de l'établissement

Le développement d'une culture Qualité

- Mettre en œuvre et évaluer un management par la Qualité en ayant pour cible la satisfaction des patients, la satisfaction des personnels et la satisfaction des correspondants
- S'engager dans une démarche de développement durable
- Décliner les objectifs stratégiques de la politique qualité dans les contrats des sept pôles de l'établissement et veiller à leur mise en œuvre et leur évaluation périodique
- Mesurer la pénétration de la culture Qualité auprès des personnels de l'établissement tous les cinq ans

Annexe 7 : Politique Qualité & Sécurité du CHL 2011 – 2016

LE MANAGEMENT DE LA QUALITÉ et de la SÉCURITÉ

Le Comité de Pilotage de la Politique d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité - COPIL PAQS

Instance de l'établissement, ce comité définit tous les quatre ans la politique qualité et sécurité -PAQS- de l'établissement et la décline en objectifs stratégiques. Il intègre la politique qualité et sécurité des soins décidée par le Président de la CME et le Directeur. Il définit les modalités de communication de la PAQS. Il est chargé du suivi de cette politique. Il analyse les résultats des évaluations périodiques de la mise en œuvre des objectifs stratégiques. Il les rectifie en tant que de besoin au vu de ces résultats. Il veille à la mise en œuvre des engagements de l'établissement en matière d'amélioration de la qualité et de la sécurité. Il est force de proposition auprès du Directoire. La Présidence est assurée par le Directeur. Il est également composé du Président de la CME, du Président de la CSIRMT, des co-présidents de la CQSS, du responsable du service de la GREQ, des chefs des pôles Logistique et Logistique Médicale et du responsable du service DIM.

La Commission de la Qualité et de la Sécurité des Soins - CQSS

Elle propose à la CME, dont elle est une sous-commision, la politique qualité et sécurité des soins de l'établissement et elle la décline en objectifs opérationnels. Elle attribue de façon concertée les missions identifiées à six groupes de travail thématiques: le CLIN, la COMEDIMS, le CLUD, le CLAN, la CCORVI, le CEPP. Elle s'assure de la mise en œuvre des plans d'actions relevant de la PAQS dans le domaine du soin. Elle s'informe de leur évaluation sous forme de bilans formalisés par les groupes de travail thématiques. Elle s'appuie par ailleurs sur la veille réglementaire mise en place dans l'établissement. Le domaine d'investigation de la CQSS est le soin dans ses trois dimensions: la qualité du soin, les risques liés au soin et l'évaluation du soin. Elle présente annuellement son bilan d'activité à la CME.

La CQSS est gérée par deux présidents: un praticien et un cadre de santé. Elle est composée de membres de droit : le responsable du service de la GREQ et le gestionnaire de risques, de membres désignés par leurs pairs : trois praticiens et trois cadres de santé, d'un représentant de la Direction et d'un représentant des usagers. Le Président de la CME est invité permanent. Les représentants des groupes de travail thématiques sont invités en tant que de besoin.

Le service de la Gestion des Risques – Évaluation – Qualité - GREQ

Service appartenant au Pôle de Logistique Médicale, il est chargé de l'accompagnement et du soutien des professionnels qui ont en charge la mise en œuvre des plans d'actions issus de la PAQS en distinguant:

- les actions d'amélioration des activités de la vie hospitalière
- les actions d'amélioration des activités de soin

Dans certains cas, il assure directement la mise en œuvre des actions relevant de ses compétences, telle la Certification. Il contribue à la diffusion de l'information et à la communication qui relève de la PAQS.

Le service de la GREQ est composé d'un praticien responsable du service, d'un gestionnaire de risques et de deux qualiticiens. Sa structure évoluera en tant que de besoin.

Centre Hospitalier

Lunéville

RÈGLEMENT INTÉRIEUR

DU COMITÉ CHARGÉ

DE L'ÉVALUATION

DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

Annexe 8 : Réglement intérieur de la commission des EPP

SOMMAIRE **2**

I. MISSIONS **3**

II. COMPOSITION **3**

III. MANDAT **3**

IV. PRESIDENCE ET BUREAU **4**

V. FONCTIONNEMENT **4**

V-1. Secrétariat de la Commission 4
V-2. Fréquence des réunions. 4
V-3. Convocation et ordre du jour 4
V-4. Quorum de séance 5
V-5. Feuille de présence 5
V-6. Participation aux réunions de personnes non membres de la commission 5
V-7. Audition des personnes qualifiées 5
V-8. Modalités d'adoption des avis 5
V-9. Compte rendu de séance 5
V-10. Rapport annuel et programme d'action 6

VI. MODIFICATIONS **6**

Annexe 8 : Réglement intérieur de la commission des EPP

I. MISSIONS

Le Comité chargé de l'Évaluation des Pratiques Professionnelles -CEPP- constitue un groupe de travail thématique de la Commission chargée de la Qualité et de la Sécurité des Soins.

Il a pour missions :

- mettre en lien les actions d'évaluation des pratiques professionnelles et de développement professionnel continu
- valoriser et mutualiser les actions ou programmes réalisés au CHL
- porter les thèmes institutionnels d'évaluation des pratiques professionnelles dont ceux définis par les indicateurs tels IPAQSS, ILIN, IPC... et afficher le programme annuel des EPP dans les services
- colliger les certificats d'accomplissement pour tous les praticiens et les faire valider par la CME avant leur transmission au Conseil régional du développement professionnel continu
- travailler en coordination avec les commissions et comités spécialisés sur l'évaluation des pratiques professionnelles
- veiller à la cohésion des évaluations en regard de la politique qualité et sécurité du CHL
- arbitrer et planifier annuellement les actions d'évaluations en fonction de la politique qualité de l'établissement dont la démarche de certification
- auto-évaluer les critères et référence du manuel de certification relatifs aux EPP
- transmettre à la formation plénière de la CQSS son bilan annuel d'activité, ses avis et propositions d'actions.

II. COMPOSITION

La composition du CEPP du CHL comprend :

Membres permanents
- 3 praticiens désignés par leurs pairs
- 3 cadres de santé désignés par leurs pairs

Membres invités consultatifs
- Les responsables des groupes de travail thématiques
-

III. MANDAT

Les membres permanents sont désignés pour une durée de 4 ans renouvelable. Le

mandat des membres peut néanmoins prendre fin avant le terme des 4 années lorsque la fonction au titre de laquelle ils ont été désignés vient à cesser.
Lors d'un départ anticipé ou d'un désistement d'un des membres, il est remplacé par un nouveau membre de la même fonction.

IV. PRESIDENCE

Le président du CEPP est désigné par le président de la Commission Médicale d'Établissement après avis de la Commission Médicale d'Établissement sur proposition des présidents de la CQSS..
Il gère les travaux de son comité, en collaboration avec le président de le Commission Médicale d'Établissement et le Directoire.
Il fixe à son initiative les dates de réunion ainsi que l'ordre du jour de chaque séance.
Il dresse annuellement un rapport écrit de l'activité du CEPP et le porte à la connaissance de la Commission Médicale d'Établissement siégeant en formation plénière.
Chaque réunion du CEPP donne lieu à un relevé de conclusions écrit adressé aux membres du CEPP, au Président de la Commission Médicale d'Établissement et au Directeur.
Le président de CME, ou son représentant désigné, intervient en cas de carence.

V. FONCTIONNEMENT

V-1. Secrétariat de la commission

Le secrétariat de la Commission est assuré par la Direction.
Le secrétariat de la Commission est chargé d'apporter l'aide administrative nécessaire au bon fonctionnement du comité.

V-2. Fréquence des réunions

Le CEPP se réunit au moins trois fois par an et en tant que de besoin, à la demande de son président ou de la CQSS sur la base d'un ordre du jour établi avec le président.
Le CEPP peut être saisie par la Commission Médicale d'Établissement de toute question relative à ses prérogatives ou par le COPIL de la PAQS via le président de CME.

V-3. Convocation et ordre du jour

L'ordre du jour est établi par le président du CEPP.
Sauf urgence, quinze jours avant la séance, une convocation informant du lieu, de la date, des horaires et de l'ordre du jour est adressée à chaque membre du comité par courrier papier et/ou par courrier électronique.
Les documents à examiner en séance sont adressés à chaque membre au plus tard sept jours avant la séance.
Aux fins d'examen en urgence d'une question, le délai de sept jours peut être diminué, et les documents relatifs à la question traitée peuvent être remis en séance.

V-4. Quorum de séance

Le CEPP ne peut valablement délibérer qu'en présence d'au moins trois de ses membres

permanents.
Si ce quorum n'est pas atteint, l'ordre du jour est reporté à la séance suivante ou lors d'une réunion extraordinaire sur convocation dans un délai maximum de quinze jours portant sur le même ordre du jour et spécifiant qu'aucun quorum ne sera exigé.

V-5. Feuille de présence
Tous les participants aux séances du CEPP signent une feuille de présence mentionnant les noms et qualité des personnes présentes.

V-6. Participation aux réunions de personnes non membres de la commission
Toute autre personne ne pourra assister à une réunion qu'avec l'accord du présidents du CEPP.
Exceptionnellement, des personnes extérieures pourront assister en nombre restreint à une séance du CEPP avec l'accord préalable du président.

V-7. Audition des personnes qualifiées
Le CEPP a la faculté d'entendre toute personne qualifiée. Ces personnes sont désignées au cas par cas, en fonction des dossiers. L'audition de ces personnes, leur qualité ainsi que les raisons motivant une telle audition sont mentionnées dans le compte rendu de séance.

V-8. Modalités d'adoption des avis
Après clôture des débats au sein du CEPP, le président formule s'il y a lieu les propositions sur lesquelles il s'agit de délibérer. En toute matière, il ne peut être procédé à la mise en délibération avant que le président ait invité à prendre la parole ceux des membres qui souhaiteraient s'exprimer.
En cas de vote, celui-ci a lieu à main levée sauf si l'un des membres demande qu'il ait lieu à bulletin secret.
Le résultat des votes est acquis à la majorité des suffrages exprimés (déduction faite des abstentions).
Les décisions sont communiqués aux professionnels de santé concernés. Elles sont consignées dans le compte rendu de réunion.
Les avis sont réputés adoptés dès la fin de la séance.

V-9. Compte rendu de séance
• Rédaction
Un compte rendu est rédigé à l'issue de chaque séance par le secrétariat du CEPP.
Le compte rendu contient notamment les éléments suivants :
- la date de la réunion ;
- le nom des participants ;
- les questions traitées au cours de la séance ;
- les détails des votes et les explications des votes, y compris les opinions minoritaires le cas échéant.

• Approbation
Le compte rendu de séance du comité fait l'objet d'une approbation formelle en début de séance suivante, ou par écrit en cas de nécessité.
En cas de contestation ou de réserve émise par l'un des participants, concernant la rédaction du compte rendu, il en est fait mention dans le compte rendu définitif.

L'adoption du compte rendu de la séance précédente doit faire l'objet d'un paragraphe dans ce nouveau compte rendu avec précision des modifications à apporter.
La version finale du compte rendu adopté est adressée à tous les membres du comité au plus tard une semaine avant le comité suivant.

V-10. Rapport annuel et programme d'action

Le CEPP du CHL élabore un rapport annuel aux termes duquel elle définit un programme d'action, formule des recommandations et rend compte de son activité.
Le rapport annuel, les avis ou propositions d'actions élaborés par le CEPP sont soumis à la CQSS et à la CME.

VI. MODIFICATIONS

Le présent règlement est révisé lorsque l'intervention d'un texte législatif ou réglementaire le nécessite.
Il peut être également révisé sur proposition des présidents ou de la moitié au moins de ses membres.
La révision n'est adoptée que si la majorité absolue des suffrages exprimée est obtenue.

Annexe 9 : Mode opératoire sur l'organisation des EPP par pôle d'activité médicale

Centre Hospitalier Lunéville	FICHE D'INSTRUCTION	Réf. : FI - 2011 - 13 Indice : 00 Page 1/5
	Organisation des Évaluations des Pratiques Professionnelles par pôle d'activité médicale	

Mots clés : Évaluations – Pratiques – Professionnelles – EPP	
Version : ☒création ☐remplacement réf. :	Date de mise en application : Avril 2011 Durée de validité : 5 ans Date de fin de validité : Mars 2016

1. OBJET
L'organisation de la mise en œuvre des démarches d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) par secteur d'activité dans le pôle d'activité médicale.

2. DOMAINE D'APPLICATION
Pratiques cliniques réalisées pour les patients, par les soignants comportant les praticiens, les sages femme, les IDE, les manipulateurs de radiologie, les préparateurs en pharmacie, les orthoptistes et les kinésithérapeutes.

3. PERSONNES CONCERNEES
Personnel médical et paramédical

4. RESPONSABILITE
Chef de pôle

5. DOCUMENT DE RÉFÉRENCE
- HAS. Manuel de certification V2010. Juin 2009. p68-70.
- CHL. Règlement intérieur. Article relatif aux EPP.
- CHL. Mode opératoire QPR0011M-00_Organisation pratique d'une RMM. Mars 2011. 18 pages.

REDACTEUR	VERIFICATEUR	APPROBATEUR
	Date : Nom : Mme E. DUFAY	
Date :	Fonction : Chef de pôle Logistique médicale Signature :	Date :
Nom :M N. PEROT	Nom : Dr C. COLLARD Fonction : Chef de pôle Médecine	Nom : Mme E. DUFAY
Fonction : Qualiticien GREQ	Signature : Nom : Dr F. HOUNDETE Fonction : Chef de pôle Chirurgie	Fonction : Responsable de la GREQ
Signature :	Signature : Nom : Dr L. AUBERT Fonction : Chef de pôle Mère Enfant	Signature :
	Signature : Nom : Dr D. ROSA Fonction : Chef de pôle Médico - Technique Signature :	

Centre Hospitalier Lunéville	**FICHE D'INSTRUCTION**	**Réf. : Enr - 2011- 01** **Indice : 00** **Page 2/5**
	Organisation des Évaluations des Pratiques Professionnelles par pôle d'activité médicale	

6. DESCRIPTIF

PÔLE : _____ **COMMENTAIRES**

6.1. Secteurs d'activité du pôle d'activité médicale

- ➢
- ➢
- ➢
- ➢
- ➢
- ➢
- ➢
- ➢
- ➢
- ➢

Préciser les services du pôle

6.2. Le binome responsable des EPP du pôle d'activité médicale

- ➢ Praticien(s): _____
  _____

Désigner un ou plusieurs médecin(s) ou pharmacien(s) selon l'importance du programme annuel EPP

- ➢ Soignant(s) : _____
  _____

Idem pour le ou les soignant(s)

6.3. Conduite de réunions

- ➢ une réunion recommandée pour établir le programme de l'année N et le bilan en EPP de l'année N -1 du pôle
- ➢ une réunion recommandée pour présenter les résultats aux personnels du pôle et le suivi des mesures d'amélioration
- ➢ autres réunions en tant que de besoin

6.4. Liaison avec la sous commission des EPP

- ➢ Présentation des mesures d'amélioration et de leur suivi
- ➢ Transmission du bilan annuel en tant que de besoin et des thèmes traités pour l'année N +1

Centre Hospitalier Lunéville	**FICHE D'INSTRUCTION**	**Réf. : Enr - 2011- 01** **Indice : 00** **Page 3/5**
	Organisation des Évaluations des Pratiques Professionnelles par pôle d'activité médicale	

6.5. Les EPP obligatoires du pôle d'activité médicale

- ☐ RMM en chirurgie
- ☐ RMM en anesthésie
- ☐ RMM en cancérologie
- ☐ RCP en cancérologie
- ☐ ACC molécules hors T2A

Cocher les EPP obligatoires que vous devez réaliser

6.6. Les EPP complémentaires du pôle d'activité médicale

- ☐ Revue de pertinence des soins
- ☐ Indicateurs : IPAQSS – IPC – Autres
- ☐ Autres : _____
  _____
  _____
  _____

Énoncer les EPP que vous réalisez dans votre pôle

6.7. Calendrier de l'EPP

Annexe 1
Lister les thèmes d'EPP, la période de réalisation prévue et le référent

6.8. Compte rendu de l'EPP

Annexe 2
Utiliser la fiche HAS

6.9. Dispositif d'accréditation

Annexe 3
Réaliser un bilan annuel par médecin concerné, établi par la GREQ

Annexe 9 : Mode opératoire sur l'organisation des EPP par pôle d'activité médicale

Centre Hospitalier Lunéville	FICHE D'INSTRUCTION	Réf. : Enr - 2011- 02 Indice : 00 Page 4/5
	ANNEXE 1 Calendrier des EPP par pôle d'activité médicale	

Calendrier des EPP du pôle _____

Année 20_ _

Secteurs d'activité	Thème de l'EPP	Période de réalisation	Référents

Annexe 9 : Mode opératoire sur l'organisation des EPP par pôle d'activité médicale

Centre Hospitalier Lunéville	FICHE D'INSTRUCTION	Réf. : Enr - 2011- 03 Indice : 00 Page 5/5
	ANNEXE 2 Compte rendu de l'EPP – Fiche HAS	

Programme EPP
Nom du programme :
Domaine / thématique choisie
Date de début de la démarche, durée, étapes intermédiaires...
Mode de recueil et d'analyse des données
Référence(s) et/ou recommandations utilisée(s)
Résultats en termes d'amélioration des pratiques
Points forts observés, points à améliorer
Développements ultérieurs envisagés
Lien avec le programme pluriannuel d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins de l'établissement
Actions de communication
Professionnels engagés dans le programme

Annexe 10 : Point sur la certification du CHL sur les EPP – Septembre 2011

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

"Point sur la Certif…"

La Lettre de Septembre 2011

Centre Hospitalier Lunéville

Évaluation des Pratiques Professionnelles (EPP)

…VERS UNE AMÉLIORATION DE NOS PRATIQUES
& DE LA PRISE EN CHARGE DE NOS PATIENTS

Lors de la venue des experts visiteurs de la HAS. Ils iront dans les services et vous interrogeront sur les démarches d'EPP en cours dans notre établissement. Pour vous aidez, un tableau de bord des EPP 2011 est affiché dans tous les services de soins.

Cherchez bien et vous le trouverez….

A ce jour 36 EPP sont répertoriées sur le CHL, en vue de la Certification, pour 18 secteurs d'activités.
9 démarches sont obligatoires et imposées par la Haute Autorité de Santé.
10 démarches sont abouties ou pérennes

Nathalie RECEVEUR

IDE au service de la GREQ en charge de l'évaluation des pratiques professionnelles

Vous êtes déjà nombreux et nombreuses à y participer mais il faudra maintenir notre investissement pour que ces démarches deviennent le quotidien de tous les soignants … au delà de la Certification

Où en sont les EPP de notre hôpital?

Étapes : État des lieux en cours ou réalisé / Mise en place des actions d'amélioration / Mesure de l'efficacité des actions d'amélioration / EPP pérenne

Les EPP obligatoires	
Revue de morbidité mortalité en chirurgie - anesthésie – cancérologie Réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie	EPP pérenne
Les EPP concernant les pratiques de prescription	
Traitement médicamenteux dans l'infarctus du myocarde	État des lieux en cours
Pertinence de la prescription médicamenteuse chez le sujet âgé	EPP pérenne
Ré - évaluation de l'antibiothérapie à 48/72h	EPP pérenne
Bon usage des médicaments hors T2A	EPP pérenne
Prévention de la maladie thromboembolique	État des lieux en cours
Éthique médicale et prescription médicamenteuse	EPP aboutie
Pertinence de l'examen "abdomen sans préparation"	Mise en place des actions d'amélioration
Conformité des demandes d'examens d'imagerie	Mise en place des actions d'amélioration
Conciliation des traitements médicamenteux du patient hospitalisé à son admission	EPP pérenne
Analyse pharmaceutique en continu des prescriptions médicamenteuses	EPP pérenne
Les EPP concernant la prise en charge globale des patients	
Revue de morbidité mortalité urgences – infectiologie – gériatrie	EPP pérenne
Modalités de réalisation des glycémies capillaires	État des lieux réalisé
Pose et suivi du drainage pleural	État des lieux en cours
Optimiser la prise en charge des césariennes et délai d'extraction foetal	État des lieux en cours
Déclenchement artificiel du travail après 37 semaines	État des lieux en cours
Dépistage des troubles nutritionnels	Mise en place des actions d'amélioration
Amélioration de la traçabilité de l'évaluation de la douleur au CHL	État des lieux en cours
Améliorer la prise en charge de la douleur aux urgences	Mise en place des actions d'amélioration
Analyse des événements indésirables liés aux médicaments	EPP pérenne
Respect des bonnes pratiques transfusionnelles	Mise en place des actions d'amélioration
La pratique de l'oxygéno – thérapie	Mise en place des actions d'amélioration

La Certification ... **... Pour une nouvelle Hospitalité**

N°	LIBELLE DE LA DONNEE, DU CRITERE OU DE L'INDICATEUR	ETAT DES LIEUX	Objectif 2010	Réalisé 2010	Objectif 2011	Réalisé 2011	% de réalisation de l'objectif 2011
DG1	Nbre total de lits et places **installés**	422	/	Saisir si modif	/	418	/
DG2	*Nbre de lits et places MCO	170	/	174	/	166	/
DG3	dont nbre lits et places de réanimation, SI, SC	13	/	7	/	7	/
DG4	dont nbre de places HAD	0	/	Saisir si modif	/	Saisir si modif	/
DG5	dont nbre de places Dialyse	0	/	Saisir si modif	/	Saisir si modif	/
DG6	*Nbre lits et places SSR	0	/	Saisir si modif	/	Saisir si modif	/
DG7	*Nbre lits USLD	30	/	Saisir si modif	/	Saisir si modif	/
DG8	*Nbre lits maison de retraite	222	/	Saisir si modif	/	Saisir si modif	/
DG9	*Nbre lits et places Psychiatrie	0	/	Saisir si modif	/	Saisir si modif	/
DG10	*Autres (compléter) :		/	Saisir si modif	/	Saisir si modif	/
DG11	Adhérent au réseau ONCOLOR	OUI	/	OUI	/	OUI	/
DG12	Nombre de médicaments de la liste utilisés dans l'établissement (article L.162-22-7) (hors essais cliniques) (en nombre de spécialités)	15	/	18	/	16	/
DG13	Consommations en euros des médicaments de la liste pour patients hospitalisés (article L.162-22-7) (hors essais cliniques)	311 709	/	405735	/	317257	/
DG14	Consommations en euros de tous les médicaments (hors gaz médicaux) de l'établissement pour patients hospitalisés (hors essais cliniques)	1 040 818	/	992921	/	1104316	/
DG15	Nombre de Dispositifs Médicaux Stériles (DMS) de la liste utilisés dans l'établissement (article L.162-22-7) (hors essais cliniques) (en nombre de LPP)	16	/	42	/	31	/
DG16	Consommations en euros des DMS de la liste pour patients hospitalisés (article L.162-22-7) (hors essais cliniques)	44 359	/	273627	/	314 676	/
DG17	Consommations en euros de tous les DMS de l'établissement pour patients hospitalisés (hors essais cliniques)	792 307	/	1139835	/	1554389	/
	Développement de la prescription et de la dispensation à délivrance nominative Informatisation du circuit du médicament et des DMS						
	Déroulement du projet d'informatisation du circuit du médicament						
I1	**Pourcentage de lits et places MCO de l'établissement bénéficiant d'une prescription informatique de l'ensemble du traitement médicamenteux du patient (Indicateur de suivi national - I1)**	45,88%	86,47%	72,41%	86,47%	71,08%	82,21%
1 Num	Nombre de lits et places MCO de l'établissement bénéficiant d'une prescription informatique sur l'ensemble du traitement médicamenteux du patient	78	147	126	147	118	/
1 Den	Nombre total de lits et places MCO de l'établissement	170	170	174	170	166	/
I1 bis	**Pourcentage de lits & places de l'établissement bénéficiant d'une prescription informatique de l'ensemble du traitement médicamenteux du patient (Indicateur de suivi national I2 ne faisant pas l'objet d'"une évaluation)**	78,20%	/	88,73%	/	89,47%	/

N°	LIBELLE DE LA DONNEE, DU CRITERE OU DE L'INDICATEUR	ETAT DES LIEUX	Objectif 2010	Réalisé 2010	Objectif 2011	Réalisé 2011	% de réalisation de l'objectif 2011
1 bisNum	Nombre de lits et places total de l'établissement bénéficiant d'une prescription informatique sur l'ensemble du traitement médicamenteux du patient	330	/	378	/	374	/
1 bisDen	Nombre total de lits et places total de l'établissement	422	/	426	/	418	/
I2	**Pourcentage de lits et places MCO de l'établissement bénéficiant d'un enregistrement informatique de l'administration des médicaments**	45,88%	86,47%	72,41%	86,47%	71,08%	82,21%
2 Num	Nombre de lits et places MCO de l'établissement bénéficiant d'un enregistrement informatique de l'administration des médicaments	78	147	126	147	118	/
2 Den	Nombre total de lits et places MCO de l'établissement	170	170	174	170	166	/
	Prescription et dispensation nominative des médicaments						
I3	**Pourcentage de lits & places MCO de l'établissement bénéficiant d'une prescription de l'ensemble du traitement du patient transmise à la pharmacie**	59,41%	71,18%	72,41%	71,18%	71,08%	99,87%
3 Num	Nombre de lits et places MCO de l'établissement bénéficiant d'une prescription de l'ensemble du traitement du patient transmise à la pharmacie	101	121	126	121	118	/
3 Den	Nombre total de lits et places MCO de l'établissement	170	170	174	170	166	/
I4	**Pourcentage de lits et places MCO de l'établissement bénéficiant d'une analyse pharmaceutique de l'ensemble du traitement médicamenteux du patient (prescription manuelle ou informatisée)** **(Indicateur de suivi national I3)**	59,41%	71,18%	72,41%	71,18%	71,08%	99,87%
4 Num	Nombre de lits et places MCO de l'établissement bénéficiant d'une analyse pharmaceutique de l'ensemble du traitement médicamenteux du patient (prescription manuelle ou informatisée)	101	121	126	121	118	/
4 Den	Nombre total de lits et places MCO de l'établissement	170	170	174	170	166	/
I4bis	**Pourcentage de lits et places de l'établissement bénéficiant d'une analyse pharmaceutique de l'ensemble du traitement médicamenteux du patient (prescription manuelle ou informatisée)** **(Indicateur de suivi national I4 ne faisant pas l'objet d'une évaluation)**	83,65%	/	88,73%	/	88,52%	/
4bis Num	Nombre de lits et places de l'établissement bénéficiant d'une analyse pharmaceutique de l'ensemble du traitement médicamenteux du patient (prescription manuelle ou informatisée)	353	/	378	/	370	/
4bis Den	Nombre total de lits et places total de l'établissement	422	/	426	/	418	/
I5	**Pourcentage de lits et places MCO de l'établissement bénéficiant d'une délivrance nominative de l'ensemble du traitement médicamenteux du patient**	59,41%	71,18%	72,41%	71,18%	71,08%	99,87%
5 Num	Nombre de lits et places MCO de l'établissement bénéficiant d'une délivrance nominative de l'ensemble du traitement du patient	101	121	126	121	118	/
5 Den	Nombre total de lits et places MCO de l'établissement	170	170	174	170	166	/
	Traçabilité de la prescription à l'utilisation des DMI - Informatisation (selon arrêté du 26 janvier 2007 - cf glossaire)						
I6	**Pourcentage de références de DMI bénéficiant d'une traçabilité de la prescription**	59,52%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
6 Num	Nombre de références de DMI bénéficiant d'une traçabilité de la prescription	50		506		995	/
6 Den	Nombre de références de DMI gérés dans l'établissement	84		506		995	/

N°	LIBELLE DE LA DONNEE, DU CRITERE OU DE L'INDICATEUR	ETAT DES LIEUX	Objectif 2010	Réalisé 2010	Objectif 2011	Réalisé 2011	% de réalisation de l'objectif 2011
I7	**Pourcentage d'unités de DMI bénéficiant d'une traçabilité de l'implantation (Indicateur de suivi national I5)**	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	**100,00%**
7 Num	Nombre d'unités de DMI bénéficiant d'une traçabilité de l'implantation	420		895		1423	/
7 Den	Nombre d'unités de DMI posés	420		895		1423	/
I8	**Pourcentage d'informatisation de la traçabilité de l'implantation des DMI**	47,38%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	**100,00%**
8 Num	Nbre d'unités de DMI bénéficiant d'une traçabilité informatisée de l'implantation	199		895		1423	/
8 Den	Nombre d'unités de DMI posés	420		895		1423	/
	Centralisation et sécurisation de la préparation des médicaments anticancéreux						
I9	**Pourcentage d'unités inj. de médicaments anti-cancéreux préparées en pharmacotechnie sous responsabilité pharmaceutique (Indicateur de suivi national I6)**	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	**100,00%**
9 Num	Nbre d'unités inj. de médicaments anti-cancéreux préparées en pharmacotechnie sous responsabilité pharmaceutique	1234		1228		925	/
9 Den	Nbre d'unités inj. totales de médicaments anti-cancéreux préparées dans l'établissement (pharmacotechnie et services de soins)	1234		1228		925	/
I10	**Pourcentage d'unités injectables de médicaments anticancéreux ayant bénéficié d'une prescription informatisée**	0,00%	100,00%	94,36%	100,00%	97,73%	**97,73%**
10 Num	Nombre d'unités injectables de médicaments anticancéreux ayant bénéficié d'une prescription informatisée	0		1159		904	/
10 Den	Nombre d'unités injectables totales de médicaments anticancéreux préparées dans l'établissement	1234		1228		925	/
C11	**L'établissement réalise une autoévaluation de son UCPC en regard du cahier des charges du réseau de cancérologie ONCOLOR et met en place les mesures correctives**	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	/
C12	**Les protocoles de chimiothérapie anticancéreuse prescrits dans l'établissement sont conformes aux thésaurus existants dans les référentiels ONCOLOR ou dans les thésaurus nationaux**	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	/

N°	LIBELLE DE LA DONNEE, DU CRITERE OU DE L'INDICATEUR	ETAT DES LIEUX	Objectif 2010	Réalisé 2010	Objectif 2011	Réalisé 2011	% de réalisation de l'objectif 2011
	Développement d'un système d'Assurance Qualité						
C13	Les décisions prises en COMEDIMS sont rendues opposables par avis de la CME de l'établissement	NON	OUI	OUI	OUI	OUI	/
C14	La COMEDIMS élabore et met à jour des livrets thérapeutiques des médicaments et des dispositifs médicaux et les met à disposition des prescripteurs	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	/
C15	L'établissement met en œuvre une évaluation des protocoles thérapeutiques élaborés et/ou diffusés par la COMEDIMS	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	/
C16	L'établissement met en place une procédure d'encadrement des prescripteurs "juniors"	NON	OUI	OUI	OUI	OUI	/
C17	L'établissement met à disposition de la pharmacie la liste actualisée des prescripteurs habilités	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	/
C18	L'établissement met en œuvre un programme de gestion des risques liés aux médicaments et dispositifs médicaux	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	/
C19	L'établissement met en œuvre un système de recueil et d'analyse pluridisciplinaire des incidents ou risques d'incidents liés au circuit du médicament et des DMS avec traçabilité des mesures correctives	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	/
	Développement des pratiques pluridisciplinaires et en réseau						
C20	L'établissement transmet à l'OMEDIT toutes les informations demandées (Critère de suivi national C1)	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	/
C21	L'établissement répond au cahier des charges du réseau de cancérologie ONCOLOR dans la totalité des critères qui le concernent	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	/
	Dans le domaine du cancer						
C22	Les professionnels de santé de l'établissement organisent la stratégie de prise en charge du patient de manière pluridisciplinaire dans le cadre d'une RCP avec fiches d'enregistrement	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	/
C23	L'établissement évalue la conformité de la prise en charge du patient par rapport à l'avis donné par la RCP (en nombre de dossiers évalués : 1/2 dossiers "standards", 1/2 dossiers "hors standards")	OUI	10	10	10	10	/
	Dans le domaine des maladies rares						
C24	L'établissement prend en charge ses patients souffrant d'une maladie rare en lien avec un centre de référence ou de compétence et conformément aux protocoles établis par ce dernier	NC	NC	NC	NC	NC	/

N°	LIBELLE DE LA DONNEE, DU CRITERE OU DE L'INDICATEUR	ETAT DES LIEUX	Objectif 2010	Réalisé 2010	Objectif 2011	Réalisé 2011	% de réalisation de l'objectif 2011
	Engagements spécifiques aux spécialités pharmaceutiques et dispositifs médicaux mentionnés à l'article L162-22-7 du CSS (hors GHS)						
C25	L'établissement réalise une évaluation par audit interne et sur demande de l'OMEDIT de la conformité des prescriptions des spécialités médicamenteuses et des DMS hors GHS avec les Référentiels de Bon Usage nationaux de l'Afssaps, HAS, Inca (en nombre d'audit)	/	1	1	1	1	/
	Engagement optionnel						
C26	Expérimentation et évaluation de la prescription des spécialités médicamenteuses en DCI (prescriptions internes et prescriptions de sortie)	/	OUI	OUI	OUI	OUI	/
	AUTRES QUESTIONS (à renseigner obligatoirement - Indicateurs de suivi ne faisant pas l'objet d'une évaluation)						
C27	L'établissement assure le suivi et l'analyse des consommations des médicaments et des dispositifs médicaux facturables en sus des prestations d'hospitalisation par l'élaboration en début d'année d'une estimation de la consommation par spécialité pharmaceutique et par produit et prestation et dresse en fin d'année un état des consommations avec analyse des écarts et des tendances, assorties d'explications le cas échéant. (Critère de suivi national C2)			NON		NON	/
C28	L'établissement a mis en place un système d'enregistrement systématique des indications dans lesquelles les produits facturables en sus des prestations d'hospitalisation sont prescrits			OUI		OUI	/
C29	L'établissement s'assure que, lorsqu'un produit facturable en sus des prestations d'hospitalisation est prescrit en dehors des indications autorisées dans le cadre des référentiels nationaux publiés par l'Afssaps, l'Inca et l'HAS (AMM ou Protocoles Temporaires de Traitement pour les médicaments, recommandations HAS pour les dispositifs médicaux), la justification médicale est systématiquement explicitée dans le dossier du patient.			OUI		OUI	/

Annexe 12 : Mode opératoire sur le fonctionnement des Réunions de Concertation Pluridisciplinaires du CHL

Centre Hospitalier Lunéville	MODE OPERATOIRE	Réf. : OPC0100M Indice : 01 Page 1/6
	MODALITES DE FONCTIONNEMENT DES REUNIONS DE CONCERTATION PLURIDISCIPLINAIRE DE LUNEVILLE (CENTRE HOSPITALIER DE LUNEVILLE / CLINIQUE JEANNE D'ARC)	

Mots clés : RCP, cancérologie, organisation, fiche RCP, évaluation	
Version : ☐ création ☒ remplacement réf. OPC0100M-00	**Date de mise en application** : septembre 2010 **Durée de validité** : 1 an **Date de fin de validité** : août 2011

1. OBJET
Définir les modalités de fonctionnement des RCP de cancérologie au CHL.

2. PERSONNES CONCERNEES
Médecins et pharmaciens concernés par les RCP en cancérologie du CHL et de la CJA.

3. RESPONSABILITE
Bonne application de ce mode opératoire sous la responsabilité du coordonnateur des RCP.

4. DOCUMENTS DE REFERENCE
Référentiel HAS/INCa pour l'organisation des RCP.
Référentiel du réseau ONCOLOR pour l'organisation des RCP.

5. ABREVIATIONS ET DEFINITIONS
CHL : Centre Hospitalier de Lunéville
CJA : Clinique Jeanne d'Arc
HAS : Haute Autorité de Santé
INCa : Institut National du Cancer
ONCOLOR : Réseau de santé en cancérologie de la région Lorraine
RCP : Réunions de Concertation Pluridisciplinaire
SHS : Site Hautement Spécialisé
SOR: Standards Options Recommandations

6. DESCRIPTIF
Les pages suivantes présentent les modalités d'organisation des RCP, le logigramme qui s'y rapporte et l'évaluation de l'activité des RCP.

REDACTEUR	VERIFICATEUR	APPROBATEUR
Date : Nom : Mme M. ABOUT Fonction : Cadre supérieur de santé coordonnateur RCP Signature :	Date : Nom : Dr M.F. RASPILLER Fonction : Médecin GREQ Signature :	Date : Nom : Dr H.PIERSON Fonction : Médecin coordonnateur RCP Signature :

Annexe 12 : Mode opératoire sur le fonctionnement des Réunions de Concertation Pluridisciplinaires du CHL

6.1. PREAMBULE

L'objectif des RCP est d'améliorer les pratiques professionnelles et le service rendu aux patients (bénéfice-risque, qualité de vie...), de proposer des échanges pédagogiques entre les participants et d'enregistrer les dossiers de tous les patients atteints de cancer.

Le CHL est un site spécialisé en cancérologie conforme aux critères du réseau ONCOLOR. Les RCP s'inscrivent dans une démarche qualité préconisée par la HAS et l'INCa et permettent à chaque patient, pris en charge à Lunéville pour une pathologie cancéreuse, d'être recensé par le biais des RCP et de bénéficier d'une prise en charge médicale optimisée.

Les RCP représentent un lieu d'échange pour les différents médecins spécialistes concernés par la cancérologie. Elles permettent de discuter des différentes stratégies diagnostiques et thérapeutiques et d'éclairer le médecin dans sa prise de décision. Mais elles ne sont pas le lieu de la prise de décision qui se fait ensuite entre le médecin et son patient.

La RCP de Lunéville est « polyvalente », c'est à dire que son activité concerne plusieurs spécialités (appareil digestif, urologie, pneumologie, gynécologie...).

6.2. COMPOSITION DES MEMBRES DE LA RCP DE LUNEVILLE

- Les intervenants médicaux en cancérologie du CHL et de la CJA, tous conviés à chaque RCP.
- Pluridisciplinarité respectée par la présence d'au moins trois disciplines différentes parmi les suivantes : chirurgie, oncologie médicale, radiothérapie, radiologie, anatomopathologie, spécialités d'organe, pharmacie, soins de soutien et d'accompagnement.
- Le patient ne participe pas aux RCP mais est informé de la présentation de son dossier en RCP et de la proposition de la RCP au cours d'un entretien avec le praticien qui le prend en charge.

6.3. NOMINATION DU COORDONNATEUR ET DU SECRETAIRE

- Le coordonnateur est élu par les membres de la RCP en début de chaque année.
- Le secrétaire est nommé à chaque début de RCP par l'ensemble des intervenants présents, pour le temps de la réunion uniquement.

6.4. ORGANISATION DES RCP

- Chaque médecin organise son activité de façon à participer aux RCP pour y présenter les nouveaux cas de cancers de sa patientèle.
- En cas d'absence il peut déléguer la présentation à un confrère qui connaît le dossier. Il reste responsable de la qualité des informations fournies à la RCP, de l'application ou non de la proposition, de la suite de la prise en charge et notamment de l'information donnée au patient et au médecin traitant.
- Le médecin en charge du patient peut ne pas suivre les propositions de la RCP. Il doit en indiquer le motif dans le dossier du patient et est le seul responsable de sa décision.

- Un médecin participant régulièrement et activement (8 à 10 fois par an) aux RCP organisées selon les critères de la HAS remplit son obligation d'Evaluation des Pratiques Professionnelles (décret 2005-346 du 14 avril 2005).
- Les RCP sont prévues toutes les deux semaines, le mardi de 18 à 20 heures.
- Le coordonnateur assure la logistique d'organisation des RCP (réservation de salle, matériel informatique). Il adresse une convocation par mail à chaque participant au moins 8 jours avant la réunion. En cas de contre-temps les participants sont avertis par mail des modifications de calendrier, ou les dates sont discutées directement lors d'une RCP. Les membres excusés doivent prévenir le coordonnateur au moins 24 heures avant la réunion.
- La même convocation invite chacun à transmettre de façon informatique au coordonnateur les fiches pré-remplies de demande de présentation ou de discussion de dossiers médicaux en RCP.
- Chaque participant possède un modèle vierge de fiche RCP informatisée. Pour chaque patient, il complète les champs suivants : identité du patient, histoire de la maladie, antécédents contributifs, stade évolutif, stade OMS, question posée. Puis la demande est transmise par mail au coordonnateur des RCP. En cours de RCP, la fiche informatisée est complétée. Puis le coordonnateur transmet par voie informatique au médecin demandeur la fiche finale validée sous format .pdf.
- La RCP de Lunéville transmet annuellement son activité à ONCOLOR.

6.5. DISCUSSION DES DOSSIERS

- Tous les nouveaux cas de cancer pris en charge par les praticiens du CHL et de la CJA doivent être présentés et enregistrés au cours des RCP avant tout primo traitement (sauf autre thérapeutique nécessaire en urgence : chirurgie, endoscopie, radiologie ou chimiothérapie d'urgence) ainsi que les dossiers de patients nécessitant une modification thérapeutique (évolution néoplasique, toxicité).
- Sont utilisés préférentiellement les référentiels du réseau ONCOLOR accessibles sur son site Internet (www.oncolor.org). En cas de besoin, d'autres référentiels de réseaux de cancérologie français ou européens sont utilisés, ainsi que les avis de sociétés savantes, conférences de consensus, SOR.
- Si la situation clinique correspond à une prise en charge standardisée dans un référentiel de pratiques validé et actualisé, il est possible de ne pas discuter le dossier. Il est alors présenté rapidement et la fiche RCP renseignée, enregistrée et archivée.
- La possibilité d'inclusion de patients dans un essai clinique est discutée.
- En cas de tumeur rare, sarcome, tumeur de l'enfant, ou si la RCP de Lunéville ne peut apporter de réponse à la question posée, il sera fait appel à la RCP d'un site hautement spécialisé du réseau ONCOLOR, public ou privé. La liste est disponible sur la partie réservée aux professionnels du site ONCOLOR (www.oncolor.org) et le formulaire de demande y est téléchargeable. La demande est formulée par le médecin de la RCP de Lunéville en charge du patient, avec transmission des éléments du dossier et nécessité d'être joignable lors de la réunion de la RCP de recours. Le coordonnateur de la RCP de Lunéville reçoit l'avis de la RCP de recours par le médecin demandeur sous 48 heures.

6.6. ARCHIVAGE DES FICHES RCP

- Chaque fiche est renseignée et enregistrée de façon informatique au cours des RCP. L'archivage est géré par le coordonnateur sous format informatique et papier.
- L'archivage papier comporte la conservation de toutes les fiches RCP imprimées et regroupées par dates de RCP dans un classeur dédié et localisé dans le bureau du médecin coordonnateur.
- Une copie de la fiche de RCP est insérée par une secrétaire médicale dans le dossier médical du patient sous la responsabilité du médecin demandeur. Une autre est transmise au service pharmacie lorsqu'une cure de chimiothérapie est initiée.

6.7. COMPOSITION DE LA FICHE MEDICALE UTILISEE EN RCP

Chaque fiche utilisée en RCP comporte :

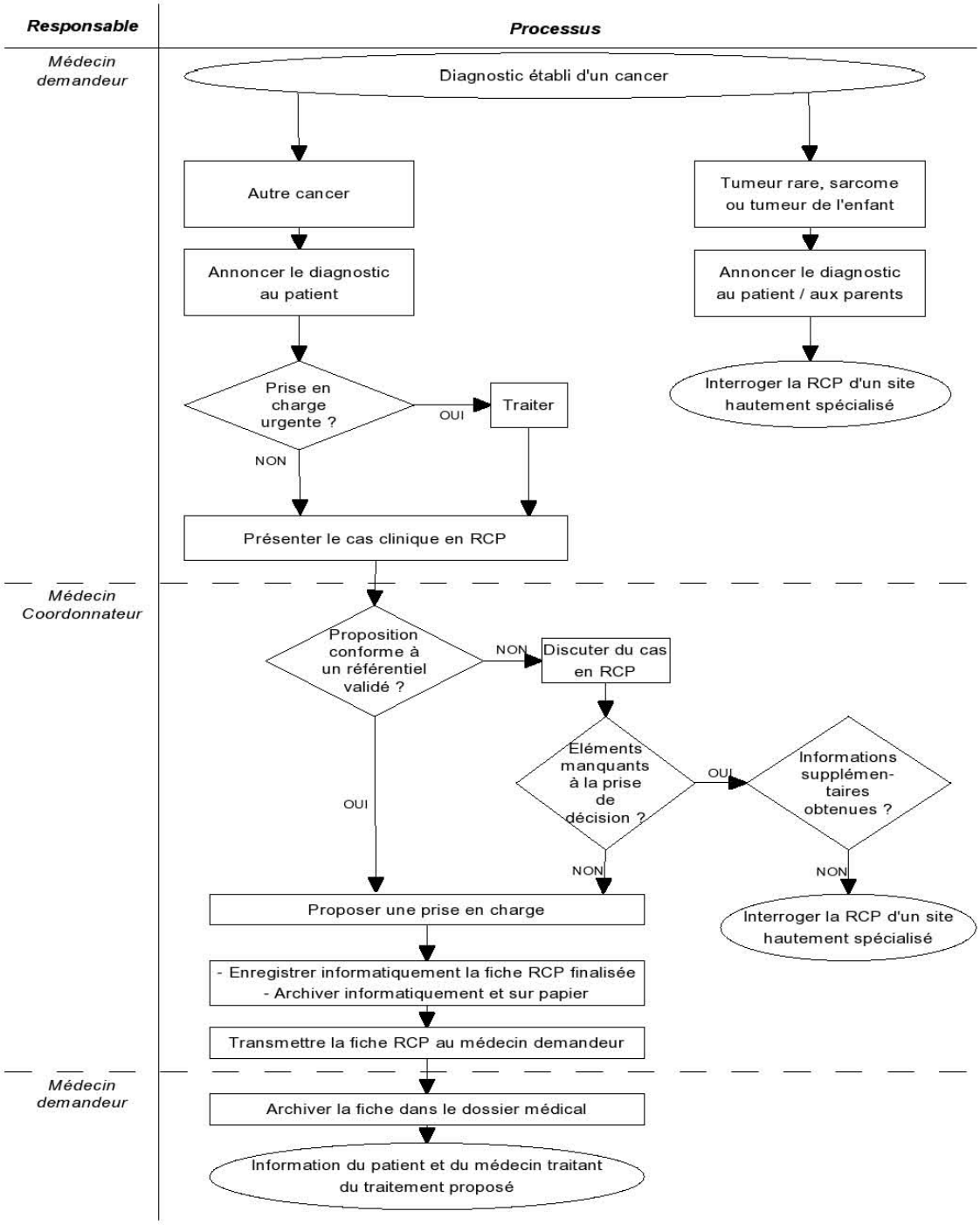
- La date de la RCP
- L'identité du secrétaire et du coordonnateur
- L'identité et les coordonnées du médecin demandeur
- Le nom et la qualité des participants
- L'identité du patient comprenant nom, nom de jeune fille, prénom, sexe et date de naissance
- L'histoire de la maladie et les antécédents contributifs
- L'anatomopathologie
- La date de diagnostic. La date de diagnostic est la date d'obtention du compte rendu d'anatomopathologie ou la date de récidive motivant le passage en RCP. Si l'histologie est impossible à obtenir, la date de diagnostic est assimilée à la date du diagnostic très probable, établi par imagerie ou endoscopie
- L'organe atteint et le stade évolutif
- Le stade OMS
- La (les) question(s) posée(s)
- Un rappel des critères devant être intégrés dans la réflexion (OMS, état nutritionnel, évaluation gériatrique standardisée, éléments psychosociaux, discussion éthique...)
- Les éléments pouvant manquer et nécessaires à la prise de décision
- Les propositions de la RCP
- La décision d'application ou non du référentiel existant et les arguments en cas de dérogation aux référentiels
- Les commentaires éventuels

6.8. EVALUATION DE L'ACTIVITE DES RCP

- Bilan annuel
- EPP annuelle :
  - Conformité de prise en charge en regard des propositions de RCP
  - Délai entre les dates de présentation en RCP et de mise en œuvre des propositions
  - Adéquation des propositions de RCP avec les référentiels et SOR.

Centre Hospitalier Lunéville	MODE OPERATOIRE	Réf. : OPC0100M Indice : 01 Page 5/6
	MODALITES DE FONCTIONNEMENT DES REUNIONS DE CONCERTATION PLURIDISCIPLINAIRE DE LUNEVILLE (CENTRE HOSPITALIER DE LUNEVILLE / CLINIQUE JEANNE D'ARC)	

7. LOGIGRAMME



Centre Hospitalier Lunéville	**MODE OPERATOIRE**	**Réf. : OPC0100M** **Indice : 01** **Page 6/6**
	MODALITES DE FONCTIONNEMENT DES REUNIONS DE CONCERTATION PLURIDISCIPLINAIRE DE LUNEVILLE (CENTRE HOSPITALIER DE LUNEVILLE / CLINIQUE JEANNE D'ARC)	

Réunion de Concertation Pluridisciplinaire
Lunéville
Centre Hospitalier de Lunéville – Clinique Jeanne d'Arc

Date : Coordonnateur RCP :
Secrétaire RCP:

Praticien demandeur :

Nom :

Praticiens présents :

☐ ARTOLA C. gastro-entérologue	☐ HOLLARD D. chir. urologique	☐ RADIOLOGUE Cl Pasteur
☐ BAUMANN P. radiothérapeute	☐ HOUNDETE F. chir. urologique	☐ ROSEMBERG M. radiologue
☐ BOCQUEL M médecin CJA	☐ LENTINI F. gastro-entérologue	☐ THIAUCOURT D. gastro-entérologue
☐ CHINY F. pneumologue	☐ MARQUIS I. radiothérapeute	☐ TRETOU S. chir. digestive
☐ COURBEY PJ. chir. digestive	☐ MERVELAY V. soins de soutien	☐ VALANTIN G. anat-path
☐ CURTIUS N. chir. urologique	☐ PINEY D. pharmacien	
☐ DIVOUX E. pharmacienne	☐ PIERSON H. gastro-entéro+oncologue	

Autres :

Patient :

Nom : **Prénom :** **Sexe :**
Nom de jeune fille : **Né(e) le :**

Histoire de la maladie et antécédents contributifs :

Anatomo-pathologie :
Date du diagnostic* : | **Organe atteint :**
Stade évolutif (TNM ou autre) : | Stade **OMS** :**
Question(s) posée(s) :

Cocher les éléments pris en compte : ☐ évaluation gériatrique ☐ état nutritionnel ☐ éléments psychosociaux ☐ réflexion éthique

Commentaires :

Eléments manquants nécessaires à la décision : ☐ OUI ☐ NON
Si OUI, détailler :

Propositions de la RCP :

Application du référentiel ? ☐ OUI ☐ NON
Si NON, détailler le motif :

Commentaires éventuels :

* date correspondant à l'obtention du compte-rendu d'anatomo-pathologie ou date du diagnostic probable (imagerie ou endoscopie …) ou de récidive motivant le passage en RCP
** OMS 0 (activité normale), 1 (symptômes présents, activité quasi normale), 2 (alité moins de 50% du temps diurne), 3 (alité plus de 50% du temps diurne), 4 (alité 100% du temps)

CHL - fiche version 06-05-2009

Annexe 13 : Fiche électronique de Réunion de Concertation Pluridisciplinaire du CHL Recto

AVIS RENDU - FICHE DE RCP N°79648

Patient : [redacted] **- 70 ans**

Nom de naissance : [redacted]
Prénoms : [redacted]
Sexe : Masculin
Adresse :
[redacted]

Nom marital : [redacted]
Date de naissance : [redacted]
Nom d'usage : [redacted]
Médecin traitant : [redacted]

RCP : Oncologie générale (CH Luneville)

Réunion du 11/10/2011 **de** 18H00 **à** 20H00
Etablissement : CH de LUNEVILLE
Lieu : Salle MULLER
Coordinateur : [redacted]
Fiche saisie par [redacted]

Le patient a été informé de son passage en RCP et de son enregistrement dans e-RCP : Oui
Motifs de présentation en RCP : [Avis thérapeutique] | **Dossier de cancérologie :** Oui

Description du cas

Age : 70 ans | **Taille :** 170 cm | **Poids:** 85 kg
Historique de la maladie et ATCD majeurs:

PSA A 7.47
TR BON ADENOME SANS INDURATION
6 BIOPSIES + SUR 16/GLEASON 6 DANS LE LOBE GAUCHE
SCANNER TUMEUR SUSPECTE DU PLOE INF REIN GAUCHE DIALETRE DE 3 CM

Statut de la maladie : Non traitée antérieurement | **Rechute :** Non
Phase de la tumeur au moment de la RCP : Phase initiale
Envahissement au moment de la RCP : Local, en place : Oui
Localisation, organes concernés : Rein
Capacité de vie OMS : Activité exterieure normal sans restriction
Catégorie de la pathologie concernée ou suspecte : Cancer

Anatomo-pathologie

Date du résultat : 24/08/2011
Descriptif histologique :

ADENOCARCINOME PROSTATIQUE
GLEASON 6

Grade histologique : Non applicable
Classification pTNM : pT2b pN0 pM0

Annexe 14 : Fiche électronique de Réunion de Concertation Pluridisciplinaire du CHL Verso

Prélèvements adressés à une tumorothèque : Non

Question

NEPHRECTOMIE POLAIRE INF GCHE PUIS PROSTATECTOMIE

Fiche de présence

[redacted] (Chirurgie urologique,...,...)
[redacted] (Oncologie radiothérapique)
[redacted] (Médecine interne,...)

Avis RCP

Proposition de la RCP :

Nephrectomie partielle G puis PR

Type de proposition : [Traitement]
Proposition selon référentiel : Oui
Référentiel appliqué : Oncolor
RCP de recours ou 2ème avis : Non

Visite de certification V2007

Mardi 16 octobre 2007

RÉFÉRENCE 44c

EVALUATION DU BON USAGE DES ANTICANCEREUX EN REGARD DES REFERENTIELS DE L'AMM

Dr Pierson – Dr Piney

INTRODUCTION

CONTEXTE

- Activité de cancérologie débutée en 1996
- En 2006 :
  - File active : 217 patients
  - 62 ont bénéficié d'au moins 1 cure de chimiothérapie
  - Dépense en médicaments anticancéreux onéreux : 108 800€
  - 100% des molécules prescrites dans le cadre de leur AMM
- Contrat de bon usage signé en 2005
- RCP mises en œuvre en novembre 2006

ENJEUX

- Suivre le bon usage des médicaments anticancéreux par la mise en place d'indicateurs
- Améliorer la coordination et la qualité de prise en charge des patients atteints de cancer par l'organisation de Réunions de Concertation Pluridisciplinaire (RCP)

PARTIE II : ORGANISATION DES RCP

1ère évaluation

CONDUITE DE L'ETUDE

Evaluation rétrospective des fiches de RCP enregistrées en 2006

RESULTATS

10 patients sur les 217 cancers diagnostiqués ont fait l'objet d'une prise en charge formalisée en RCP (4,6%)

MESURES D'AMELIORATION

Définir les modalités de fonctionnement et rédiger le mode opératoire des RCP

Formaliser la fiche d'enregistrement finale des RCP

RÉÉVALUATION

PARTIE II : ORGANISATION DES RCP

2ème évaluation

CONDUITE DE L'ETUDE

Enquête rétrospective du 1er janvier au 30 avril 2007

Questionnaire de 24 items

59 fiches enregistrées en RCP

RESULTATS - DISCUSSION

Evaluation du respect de la conduite des RCP

- 7 RCP organisées, rythme respecté (2/mois) depuis février 2007
- En moyenne par RCP - 7,6 participants (42% des 18 praticiens invités) & 8,4 dossiers étudiés
- Pluridisciplinarité respectée pour 100% des dossiers présentés, quorum pour 55,9% (absence de radiologues à 3 réunions)
- 45 patients sur les 71 cancers diagnostiqués ont fait l'objet d'une prise en charge formalisée en RCP (63,4%)

RESULTATS – DISCUSSION

Evaluation qualitative des informations recueillies sur la fiche d'enregistrement

	OUI	NON	NA
Initiales du patient	100%	0%	
Date de la RCP	100%	0%	
Coordonnateur de la RCP	62,7%	37,3%	
Secrétaire de la RCP	98,3%	1,3%	
Praticien demandeur	100%	0%	
Nom des participants	100%	0%	
Qualité des participants	0%	100%	
Identité du patient	100%	0%	
Sexe	0%	100%	
Nom de jeune fille	0%	100%	
Histologie	79,9%	16,9%	3,4%
Date du diagnostic	47,5%	52,5%	
Stade évolutif (TNM)	67,8%	32,2%	
Stade OMS	52,5%	47,5%	
Eléments complémentaires	33,9%	66,1%	
Proposition de prise en charge de RCP	100%	0%	
Demande de recours au CCP	3,4%	96,6%	

Evolution de la fiche d'enregistrement durant période d'étude

PARTIE II : ORGANISATION DES RCP

2ème évaluation

MESURES D'AMELIORATION

Créer une salle de visioconférence

Sensibiliser les praticiens demandeurs pour compléter la fiche d'enregistrement avant réunion

Utiliser le dossier du patient en cours de RCP pour compléter les éléments manquants

Poursuivre l'analyse causale des dysfonctionnements observés et tendre à l'exhaustivité des dossiers présentés

CONCLUSION

Nouvelles évaluations planifiées fin 2007

- Organisation des RCP
- Présence de la fiche d'enregistrement complétée dans les dossiers patients

En parallèle, travail sur la mise en œuvre

- du programme personnalisé de soins
- du dispositif d'annonce

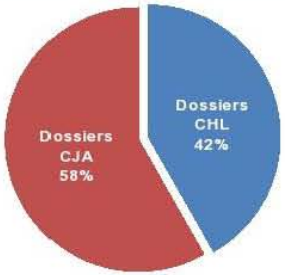
➡ **Démarche d'amélioration continue de la qualité de la prise en charge du patient cancéreux**

BILAN D'ACTIVITE 2009 des RCP CHL / CJA

23 réunions au CHL, avec praticiens CJA
les 1er et 3ème mardis du mois de 18h à 20h

364 dossiers
enregistrés
100% discutés

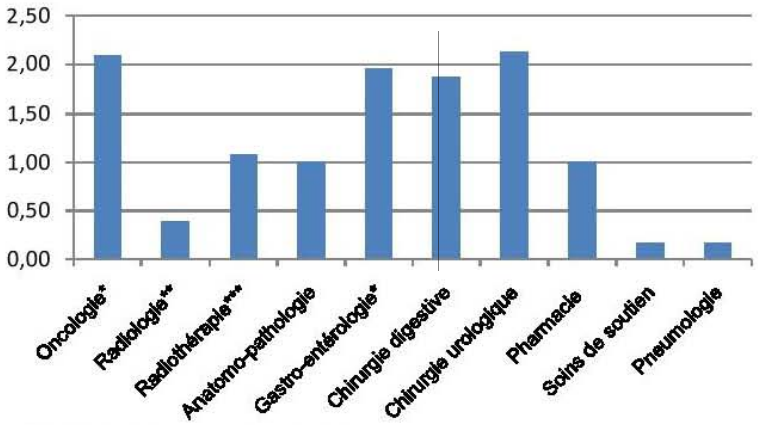
soit 15,8 / réunion



10 praticiens
présents
en moyenne

27 jours en moyenne, 22 jours en médiane
entre diagnostic et discussion en RCP
71 dossiers avec délai > 90 jours ou non renseignés exclus

Spécialités représentées
en moyenne par RCP

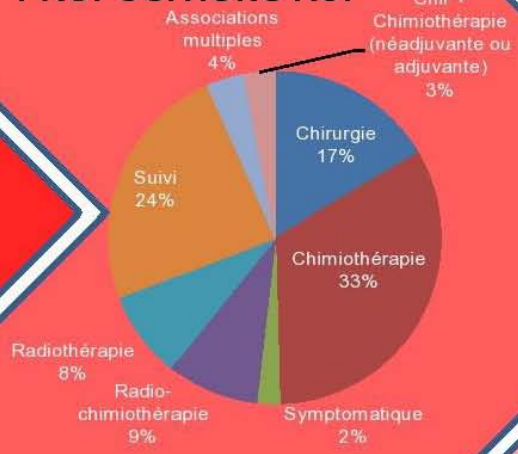


* 1 praticien oncologue / gastro-entérologue
** Radiologue en webconférence depuis la clinique Pasteur Nancy + système PACS *(si besoin)*
*** 2 Praticiens radiothérapeutes / oncologues en webconférence depuis la clinique de Gentilly Nancy

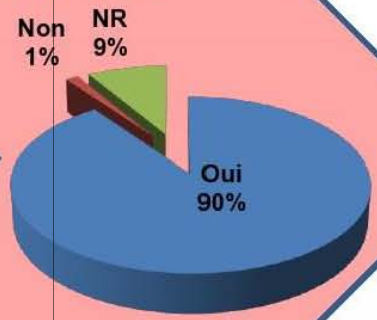
PATHOLOGIES DISCUTEES

Cancers urologiques	44,2%
Cancers digestifs	34,0%
Cancers gynécologiques	9,3%
Cancers pulmonaires	5,3%
Cancers multiples	3,0%
Cancers hématologiques	1,6%
Cancers dermatologiques	1,9%
Autres cancers	0,5%

PROPOSITIONS RCP



CONFORMITÉ RÉFÉRENTIEL



NR : Non Renseigné sur fiche RCP

RAPPORT D'ACTIVITE 2010 DES RCP CHL/CJA

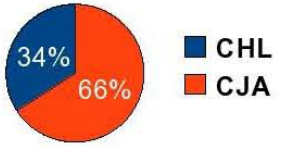
CHL : Centre hospitalier de Lunévillle
CJA : Clnique Jeanne d'Arc à Lunéville

24 réunions au CHL avec praticiens CHL et CJA
- radiothérapeute/oncologue et radiologue en webconférence -
le 1er et 3ème mardi du mois de 18 h à 20 h

439 dossiers enregistrés
pour 439 patients

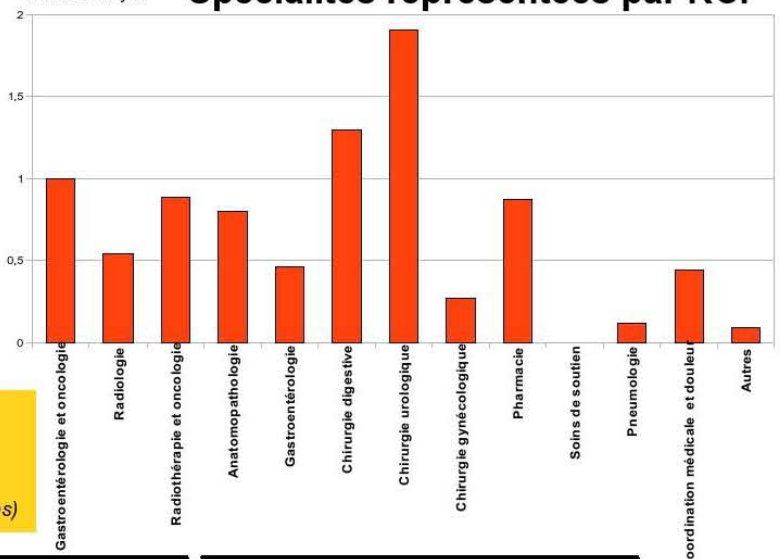
100 % discutés soit
18,3 / réunion

Répartition CHL/CJA



9 praticiens présents en moyenne

Spécialités représentées par RCP

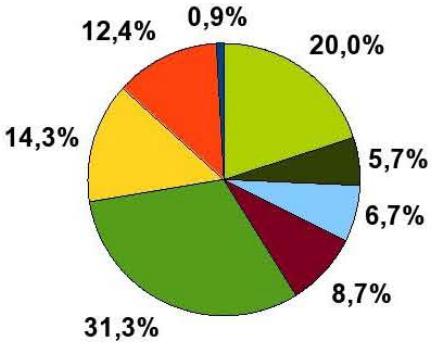


28 jours en moyenne, **22 jours** en médiane
20 jours en écart-type, 0 jour minimum, 86 jours maximum
entre diagnostic et discussion en RCP (67 dossiers exclus > 90 jours ou non renseignés)

Organe atteint ou domaine concerné

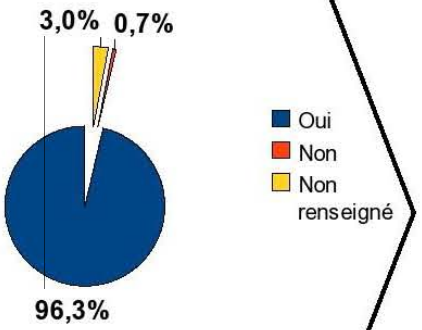
Urologie/Néphrologie dont une tumeur bénigne	**54,0 %**
Digestif	**26,2 %**
Gynécologie basse	5,9 %
Poumons	4,8 %
Sénologie	2,7 %
Multiple	2,5 %
Hématologie	1,8 %
Dermatologie	0,7 %
ORL	0,5 %
Parties molles	0,5 %
SNC	0,2 %
Non connu	0,2 %

Proposition RCP[1]



* en fonction d'éléments non encore connus de diagnostic et/ou de préférence du patient

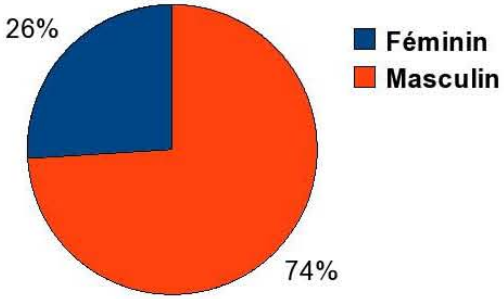
Conformité référentiel[1]



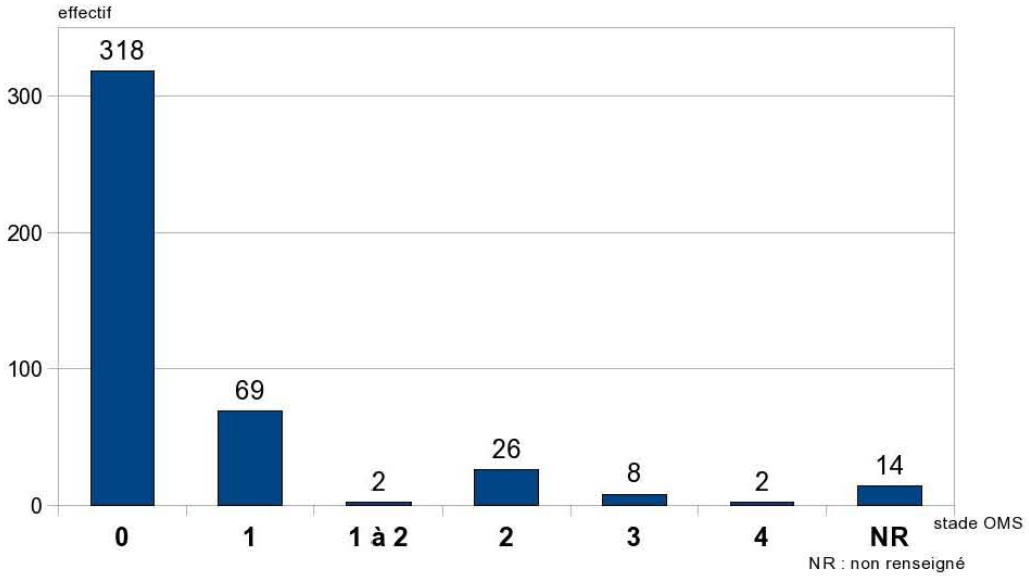
[1] 4 dossiers exclus : 3 décès et 1 tumeur bénigne

Coordonnateurs RCP : Dr Pierson
Mme About
Réalisation du rapport : Dr Raspiller

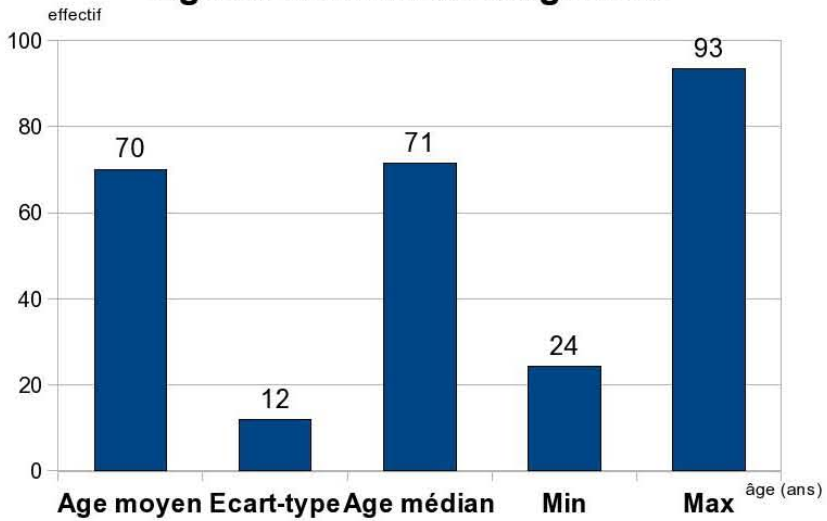
Sexe



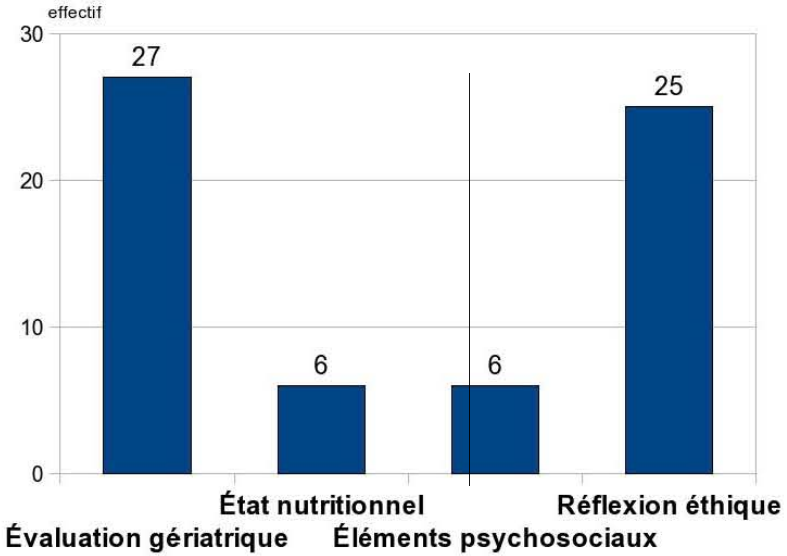
Stade OMS



Age au moment du diagnostic



Autres données



RAPPORT D'ACTIVITE 2011 DES RCP CHL/CJA

CHL : Centre hospitalier de Lunéville
CJA : Clinique Jeanne d'Arc à Lunéville

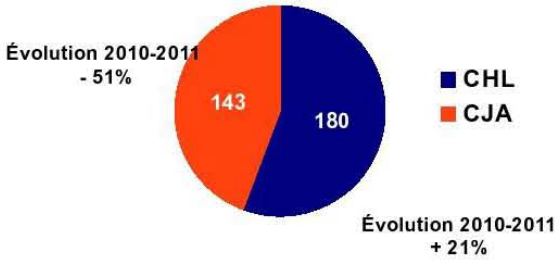
23 réunions au CHL avec praticiens CHL et CJA
- radiothérapeute et radiologue en webconférence -
le 1er et 3ème mardi du mois de 18h à 20h

323 dossiers
enregistrés
Évolution 2010/2011 : -26,5%

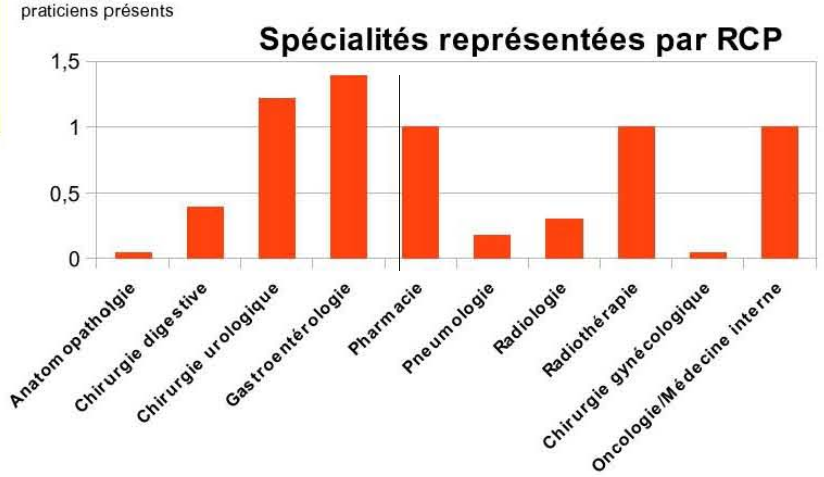
100% discutés soit
14,04 / réunion

5,5 praticiens
présents
en moyenne

Répartition des dossiers CHL/CJA



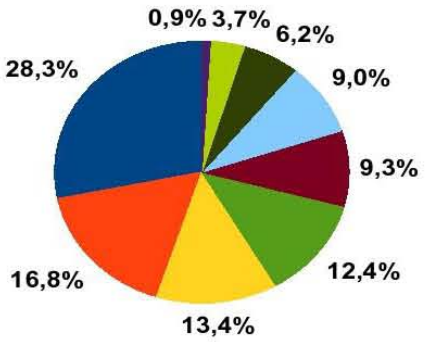
Spécialités représentées par RCP



Organe atteint ou domaine concerné

Urologie	50,78%
Appareil digestif	32,51%
Pneumologie	6,50%
Gynécologie basse	3,10%
Sénologie	2,17%
Hématologie	2,17%
Autres	3,10%

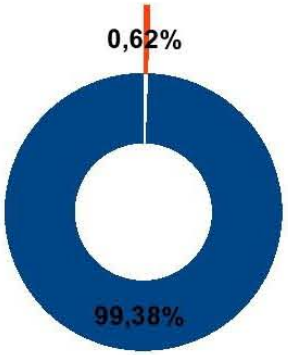
Proposition RCP

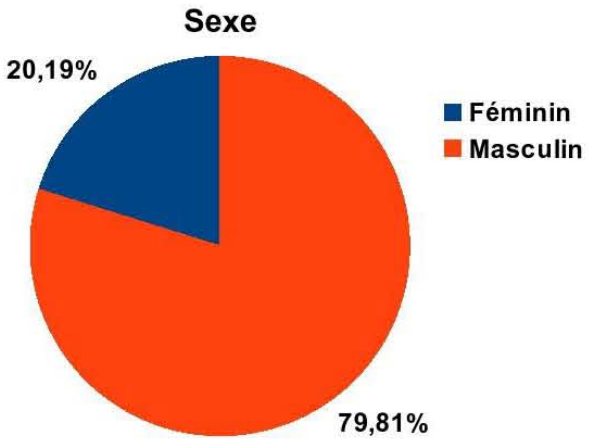


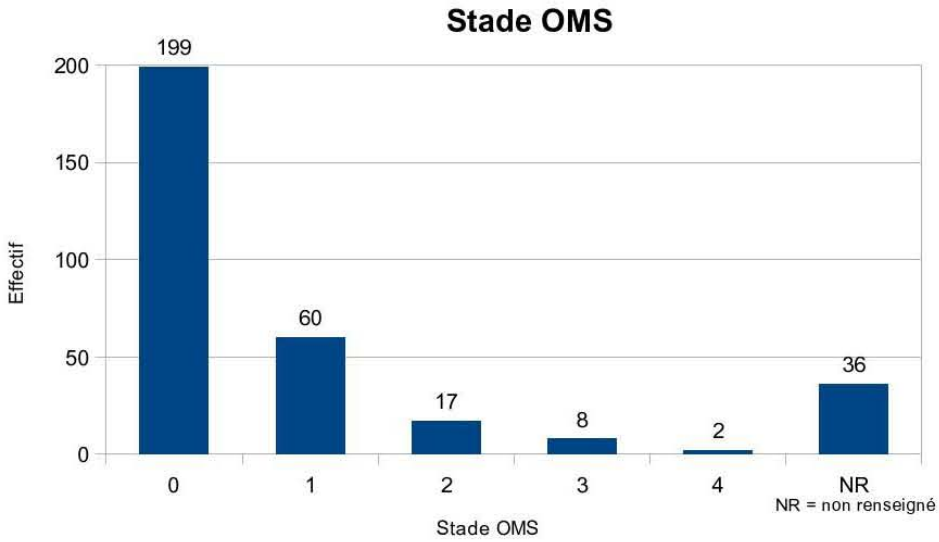
CHIMIOTHERAPIE
CHIRURGIE
SURVEILLANCE
DIFFÉRENTES MODALITES DE PRISE EN CHARGE*
HORMONOTHÉRAPIE / BIPHOSPHONATES
TRAITEMENTS COMBINÉS
RADIOTHERAPIE
TRAITEMENTS DE SUPPORT
RCP DE RECOURS

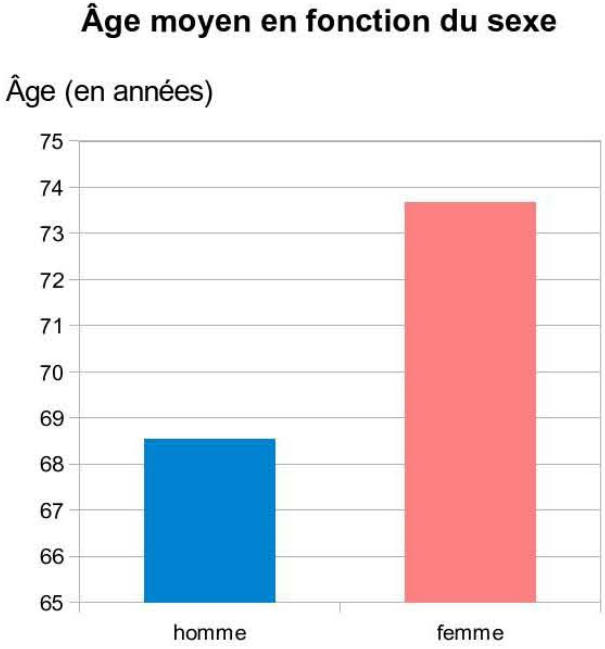
* en fonction d'éléments non encore connus de diagnostic et/ou de préférence du patient

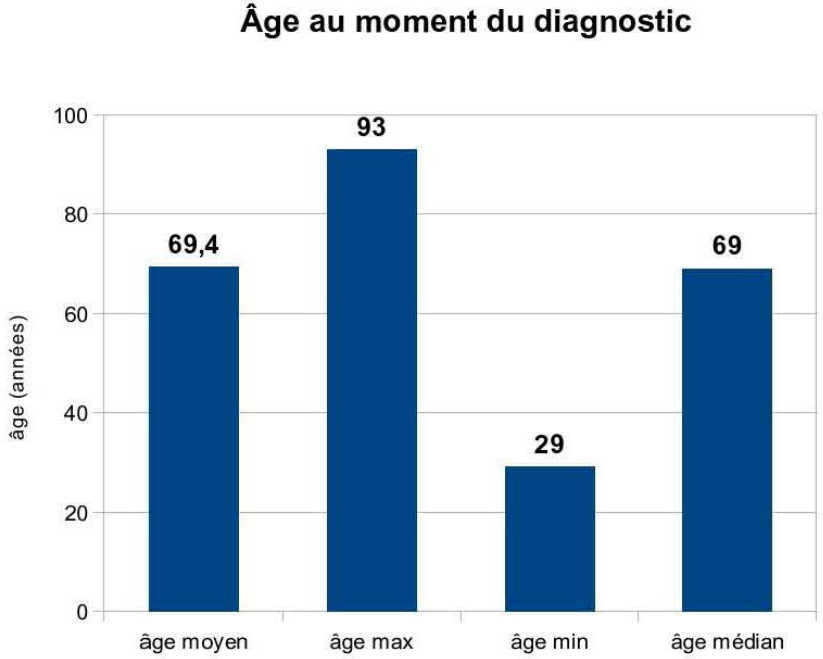
Conformité référentiel




Sexe
20,19%
79,81%
Féminin
Masculin


Stade OMS
199
60
17
8
2
36
200
150
100
50
0
Effectif
0
1
2
3
4
NR
NR = non renseigné
Stade OMS


Âge moyen en fonction du sexe
Âge (en années)
75
74
73
72
71
70
69
68
67
66
65
homme
femme


Âge au moment du diagnostic
100
80
60
40
20
0
âge (années)
69,4
93
29
69
âge moyen
âge max
âge min
âge médian

Conformité de prise en charge en 2009-2010 de 20 patients en regard de la proposition de RCP

1. Contexte

- Objectif du contrat de bon usage 2008-2011
- Evaluation de l'activité des RCP (*cf.* mode opératoire OPC0100M Modalités de fonctionnement des réunions de concertation pluridisciplinaire de Lunéville)

2. Patients et méthode

2.1. Patients

Patients avec proposition de prise en charge de RCP organisées du 02 juin 2009 au 15 juin 2010

2.2. Méthode

- Dénombrement des fiches RCP du centre hospitalier de Lunéville dans classeurs RCP - Effectif des fiches avec item « application du référentiel » non renseigné ou coché « non » qui correspondent à des fiches « hors standard » pour le contrat de bon usage - Effectif des fiches par praticien demandeur - Tirage au sort avec table de Kendall et Babington Smith (1939) : 20 fiches dont 5 fiches « hors standard »
- Autorisation des praticiens pour la consultation des dossiers correspondants - Demande des dossiers aux archives - Analyse des dossiers
- Validation de l'évaluation puis définition d'actions d'amélioration avec le praticien et le cadre supérieur coordonnateurs RCP

3. Résultats

3.1. Effectif des fiches

3.1.1. Effectif total

- Effectif total de fiches : 170 - Effectif des fiches « hors standard » : 14
- Répartition des fiches par praticien demandeur : 31 pour le Dr Courbey, 57 pour le Dr Houndete et 82 pour le Dr Pierson

3.1.2. Effectif des fiches tirées au sort

- Effectif des fiches tirées au sort : 25 car 5 écartées (4 pour décès du patient avant RCP et une pour éléments manquants)
- Répartition des 20 fiches par praticien demandeur : 6 pour le Dr Courbey, 4 pour le Dr Houndete et 10 pour le Dr Pierson

3.2. Analyse des dossiers

10 fiches sur 11 sans nom de jeune fille - 1 fiche avec erreur dans le mois de naissance - 1 fiche avec faute d'orthographe dans le nom de famille - 1 fiche avec date de RCP non mise à jour

Tableau 1 : Conformité de prise en charge en regard de la proposition RCP

Application référentiel	Patient	Date RCP	Fiche RCP	Proposition RCP	Prise en charge conforme à proposition RCP	Motif non conformité
O	1	02/06/2009	O	Amétycine	O	
NR	2	15/06/2009	N	Prothèse si subocclusion	O	
O	3	01/12/2009	O	Curage ganglionnaire - Si négatif : hormono- et radiothérapie	O	
O	4	06/04/2010	O	5FU + Cisplatine	O	
O	5	01/06/2010	O	Si bilan extension négatif : curage ganglionnaire (Si négatif : prostatectomie ou radio- + chimio- + hormonothérapie - Si positif : blocage androgénique complet sauf si micrométastases : radio- + hormonothérapie) Si bilan extension positif : blocage androgénique complet	O	
O	6	01/12/2009	O	Caelyx®	O	
O	7	02/06/2009	O	Prothèse antroduodénale + abstention	N	Souhait de la famille : pas de pose de prothèse et traitement symptomatique
O	8	20/10/2009	O	Hormonothérapie	N	Délai de 7 mois entre proposition RCP et mise en oeuvre
O	9	01/12/2009	O	Chirurgie première	O	
O	10	15/06/2009	N	Xeloda + radiothérapie L3	N	En cas d'échec du traitement médicamenteux antalgique : radiothérapie
O	11	20/10/2009	O	Chimiothérapie si stade OMS ≤ 2	O	
O	12	04/05/2010	O	Curiethérapie fond vaginal	N	Radiothérapie externe retenue par radiothérapeutes du CAV
O	13	18/05/2010	N	Traitement symptomatique	O	
O	14	01/12/2009	O	LV5FU2 + mutation K-RAS ?	O	
O	15	15/06/2010	O	Cisplatine / VP 16	O	
N	16	22/09/2009	O	Cortico-et radiothérapie cérébrale	O	
O	17	21/07/2009	O	Sutent® (OMS = 1)	N	Altération état général depuis RCP (OMS = 3) - Inapte à recevoir Sutent®
NR	18	06/04/2010	O	Surveillance	O	
NR	19	02/06/2009	O	Prothèse colique ou colostomie si échec puis chimiothérapie	O	
NR	20	22/09/2009	O	Chirurgie + chimio- + radio- + hormonothérapie ± Herceptin	O	

Annexe 20 : RCP – Certification 2011 – Fiche HAS sur RCP en cancérologie

Cette fiche rappelle les différentes étapes d'un programme EPP et doit être utilisée pour renseigner chacune de vos démarches.

Programme EPP

Nom du programme : **RÉUNION DE CONCERTATION PLURIDISCIPLINAIRE EN CANCÉROLOGIE**

Domaine / thématique choisie

Réunions de Concertation Pluridisciplinaire - RCP- en cancérologie (médecine interne,hépato-gastro-entérologie)
prise en charge du patient cancéreux: diagnostic, traitement, suivi
Référentiel: Plan Cancer 2003-2007

OBJECTIFS

- définir les stratégies de prise en charge diagnostique, thérapeutique
et de surveillance du patient cancéreux

- évaluer la conformité de ces procédures aux référentiels et, le cas échéant, les adapter

- assurer une information et une formation générale et individuelle de tous les acteurs de la prise en charge

Date de début de la démarche, durée, étapes intermédiaires...

- Début de la démarche en 2007: création d'une Réunion de Concertation Pluridisciplinaire en Oncologie au Centre Hospitalier de Lunéville – CHL-.
Un mode opératoire "Modalités de fonctionnement des réunions de concertation pluridisciplinaire de Lunéville" définit et encadre cette activité depuis septembre 2010
La RCP se réunit un mardi sur deux en soirée - de 18h à 20h - au Centre Hospitalier de Lunéville.

- En 2009, la web-conférence GCS Télésanté Lorraine a été mise en place et permet de réaliser la RCP avec des praticiens basés à Nancy: radiothérapeute de la Polyclinique de Gentilly, médecin radiologue.

- En février 2009, une visite organisée par 2 médecins du réseau ONCOLOR a été réalisée pour vérifier le bon fonctionnement de la RCP.

- En 2010, l'utilisation de la fiche standardisée RCP sur la plateforme e-RCP a été mise en place.
Ce modèle de fiche est utilisé par l'ensemble des RCP du réseau ONCOLOR.

Mode de recueil et d'analyse des données

- Après diagnostic du cancer et annonce au patient, le praticien demandeur remplit une fiche RCP pour présentation du cas en réunion.
- La fiche est envoyée au médecin coordonnateur via la plateforme e-RCP.
- Le cas est discuté en réunion avec l'ensemble des professionnels présents sur site et via la visio-conférence.
- La décision est complétée en ligne lors de la réunion et envoyée par messagerie sécurisée au médecin demandeur. Une copie est aussi adressée pour archivage au médecin coordonnateur de la RCP.
- Le référentiel utilisé ainsi que sa conformité ou non sont précisées sur chaque fiche.
- Un bilan d'activité de la RCP est présenté chaque année à la CME de l'établissement.

Référence(s) et/ou recommandations utilisée(s) http://discorde:3070/Documentation%20qualit%20CHL/DOCUMENTATION%2

Résultats en termes d'amélioration des pratiques

En ce qui concerne la démarche
- Utilisation depuis début 2011 de la fiche standardisée e-RCP commune aux autres RCP de la région
- Traçabilité et sécurisation de l'accès aux données via l'outil de gestion :e-RCP disponible sur le réseau ONCOLOR
-Visio conférence depuis 2009 facilite la pluridisciplinarité

En ce qui concerne la pratique
En terme d'amélioration des pratiques : passage de 90% à 96,3% de conformité par rapport au référentiel

Points forts observés, points à améliorer

Points forts en ce qui concerne la démarche
- Existence d'un mode opératoire encadrant l'activité sur l'établissement septembre 2010 et mis à jour en septembre 2011 (OPC0100M-03).
Démarche globalement conforme aux différentes recommandations.
Points forts en ce qui concerne la pratique
- Mise en place de la consultation d'annonce par une IDE en médecine A depuis février 2009, pour les patients pris en charge par chimiothérapie, en application du Plan Cancer 2003 - 2007 .
- Participation du pharmacien référent en oncologie: suivi du respect des référentiels / indications, analyse et bilan annuels de la conformité aux référentiels pour les médicaments hors GHS.
-Mise en ligne sur intranet, rubrique "Banque Documentaire", onglet "Cancérologie" des liens vers les référentiels nationaux de bon usage, les recommandations de bonne pratique HAS, les référentiels régionaux Oncolor et les sociétés savantes.

Développements ultérieurs envisagés

- Mise en place d'une consultation d'annonce par une IDE dans le service de chirurgie pour les patients relevant d'une prise en charge chirurgicale ou ayant un cancer des voies urinaires.

Lien avec le programme pluriannuel d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins de l'établissement

Comme inscrit dans la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité(PAQS), les actions issues des RCP intégreront le programme PAQS 2012.

Actions de communication

Bilan d'activité années 2009 et année 2010 présenté en CME, ARS janvier 2011 (Christel Pierrat),
RCP en début d'année
Lettre sur la Certification : information de l'existence de cette EPP

Professionnels engagés dans le programme

- Médecins: oncologue CHL, gastro-entérologues CHL et CJA, radiothérapeutes Polyclinique Gentilly, radiologues, anatomo-pathologiste
- Chirurgiens: chirurgie digestive, chirurgie urologique: CHL et CJA
- Pharmaciens: CHL
- IDE consultation d'annonce: CHL

Annexe 21 : Indicateurs IPAQSS 2011
relatifs à la Réunion de Concertation Pluridisciplinaire au CHL

MCO 2011 Réunion de concertation pluridisciplinaire

Indicateur : Réunion de concertation pluridisciplinaire

Etablissement : CENTRE HOSPITALIER - LUNEVILLE (*540000080*)
Type de résultat : Résultats du protocole HAS
Sources : Données 2011
Recueil obligatoire : Oui
Etat de validation :Verrouillé établissement

Résultats de l'établissement

Dossiers pris en compte pour l'indicateur	
Dossiers évalués :	22

L'indicateur RCP est composé de deux niveaux. Le premier évalue l'exhaustivité de la RCP (document de synthèse daté avec la proposition de prise en charge). Le deuxième évalue la pluridisciplinarité de la RCP (trois médecins de spécialités différentes).

Niveau 1 - pourcentage de patients pour lesquels est retrouvée, lors de la prise en charge initiale d'un primo-diagnostic de cancer, la trace d'une réunion de concertation pluridisciplinaire datée et comportant la proposition de prise en charge

Résultat de l'indicateur	
Valeur (2011) :	95% (n*=21)
Intervalle de confiance à 95% (2011) :	Effectif <= 30

(*) n = nombre de dossiers conformes

Evolution du résultat de l'établissement par rapport à l'année précédente	
Valeur (2010)	81 %
Intervalle de confiance à 95% (2010)	[67% - 95%]
Evolution (2010) / (2011)	Effectif <= 30

Niveau 2 - pourcentage de patients pour lesquels est retrouvée, lors de la prise en charge initiale d'un primo-diagnostic de cancer, la trace d'une réunion de concertation pluridisciplinaire datée et comportant la proposition de prise en charge formulée avec au moins trois professionnels de spécialités différentes

Résultat de l'indicateur	
Valeur (2011) :	95% (n*=21)
Intervalle de confiance à 95% (2011) :	Effectif <= 30

(*) n = nombre de dossiers conformes

Evolution du résultat de l'établissement par rapport à l'année précédente	
Valeur (2010)	81 %
Intervalle de confiance à 95% (2010)	[67% - 95%]
Evolution (2010) / (2011)	Effectif <= 30

Lien avec la certification - Critère 28.a - Mise en oeuvre des démarches d'évaluation des pratiques professionnelles (IND RCP Niveau 2)

E1 Prévoir	Réponse à l'EA
Des réunions de concertation pluridisciplinaires sont organisées dans le cadre de la prise en charge des patients en cancérologie	Oui

Annexe 21 : Indicateurs IPAQSS 2011
relatifs à la Réunion de Concertation Pluridisciplinaire au CHL

Détails de la non-conformité

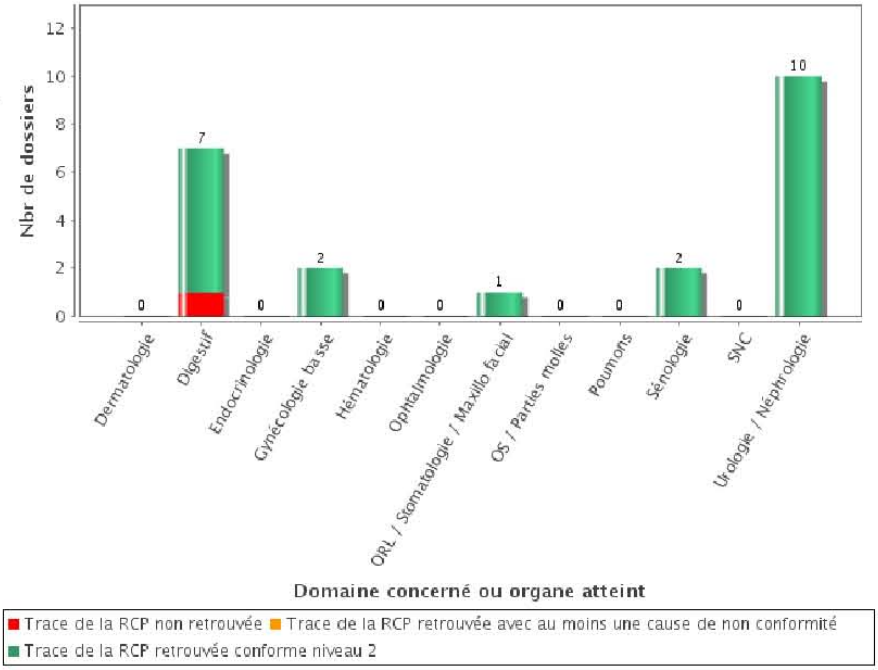
	Nb de dossiers	%
Total de la non conformité (la trace de la RCP n'est pas conforme dès lors qu'elle n'est pas retrouvée ou qu'il manque un des quatre éléments de traçabilité)	1	5%
dont la trace de la RCP n'est pas retrouvée	1	5%
dont la trace de la RCP est retrouvée mais avec au moins une cause de non-conformité	0	0%

Causes de non conformité (*) (dossiers évalués (**) = 21)	0	0%
elle n'est pas datée	0	0%
elle ne comporte pas la proposition de prise en charge	0	0%
elle ne comporte pas au moins trois noms de médecins différents	0	0%
elle ne comporte pas au moins trois médecins de spécialités différentes	0	0%

(*) La trace de la RCP peut avoir plusieurs causes de non conformité
(**) Le pourcentage est calculé sur le nombre de dossiers retrouvés

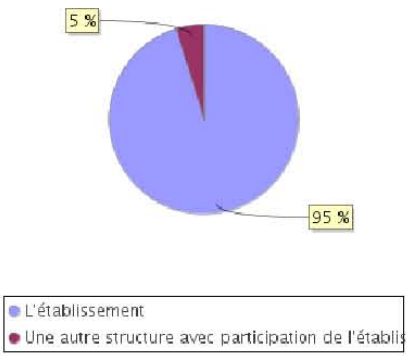
Répartition des RCP par organe ou domaine

Organe ou domaine	Trace de la RCP non retrouvée	Trace de la RCP retrouvée avec au moins une cause de non conformité	Trace de la RCP retrouvée conforme niveau 2	Total
Digestif	1	0	6	**7**
Gynécologie basse	0	0	2	**2**
ORL / Stomatologie / Maxillo facial	0	0	1	**1**
Sénologie	0	0	2	**2**
Urologie / Néphrologie	0	0	10	**10**
Total	**1**	**0**	**21**	**22**



Analyse des modalités d'organisation

La RCP a été organisée par	Nb de dossiers	%
L'établissement	20	95%
Une autre structure avec participation de l'établissement	1	5%
Une autre structure sans participation de l'établissement	0	0%
Ne sait pas	0	0%
Total	**21**	**100%**



Annexe 21 : Indicateurs IPAQSS 2011
relatifs à la Réunion de Concertation Pluridisciplinaire au CHL

Analyse de la temporalité

La RCP s'est déroulée	Nb de dossiers	%
Avant la réalisation du premier acte thérapeutique	14	67%
Après la réalisation du premier acte thérapeutique	4	19%
Ne sait pas	3	14%
Total	**21**	**100%**

Temporalité pour les RCP dont la trace est retrouvée et conforme niveau 2

La RCP s'est déroulée ...	Nb de dossiers	%
Avant la réalisation du premier acte thérapeutique	14	67%
Après la réalisation du premier acte thérapeutique	4	19%
Ne sait pas	3	14%
Total	**21**	**100%**

Premier acte thérapeutique pour le cancer réalisé dans l'établissement

	Nb de dossiers	%
Oui	21	95%
Non	1	5%
Total	**22**	**100%**

RCP tracée sous forme de fiche

	Nb de dossiers	%
Oui	21	100%
Non	0	0%
Total	**21**	**100%**

Informatisation de la fiche RCP

	Nb de dossiers	%
Oui	21	100%
Non	0	0%
Total	**21**	**100%**

Dossiers traités

		Nb de dossiers	%
Dossiers non évalués	Dossiers non retrouvés	0	0%
	Dossiers exclus car le patient ne présente pas une pathologie cancéreuse (incohérence PMSI)	0	0%
	Dossiers exclus car le patient ne souhaite pas que les données le concernant soient exploitées	0	0%
	Dossiers exclus car le patient n'est pas pris en charge pour un primo-diagnostic de cancer	8	26%
	Dossiers exclus car le patient n'est pas pris en charge au cours de la phase initiale de traitement	1	3%
	Dossiers Retrouvés et évalués	22	71%
	Total	**31**	**100%**

Age (en années) du patient

	Nb de dossiers	%
Moins de 18 ans	0	0%
De 18 à 25 ans	0	0%
De 26 à 49 ans	1	5%
De 50 à 64 ans	6	27%
65 ans ou plus	15	68%
Total	**22**	**100%**

Moyenne = 67,09 Ecart-type = 9,96 Médiane = 66,00 Min = 47 Max = 84

Sexe du patient

	Nb de dossiers	%
Masculin	16	73%
Féminin	6	27%
Total	**22**	**100%**

Mode de présentation des résultats Etablissement

Thème RCP MCO

Conditions de recueil

Le recueil de l'indicateur RCP consiste en une enquête rétrospective portant sur un échantillon aléatoire de séjours réalisés au cours du deuxième semestre. Au minimum, soixante séjours doivent être analysés dans chaque ES.

Compte tenu des conditions d'analyse, basées sur un échantillon aléatoire de séjours, les résultats sont rendus avec un intervalle de confiance (IC) à 95 %. C'est l'intervalle dans lequel il y a 95 chances sur 100 de trouver la vraie valeur de la moyenne, si celle-ci était calculée sur la population globale. Cette précision de l'estimation est liée au nombre de séjours applicables à partir desquels les calculs sont réalisés et à la dispersion de l'indicateur.

Cette méthode n'est pas utilisable lorsque le nombre de séjours inclus pour le calcul d'un indicateur est inférieur ou égal à 30. De ce fait, l'IC à 95 % n'est pas calculé. Les ES qui disposent alors d'un « effectif N ? 30 » ne font pas l'objet d'une analyse comparative.

Présentation des résultats de l'établissement

La plate-forme QUALHAS prévoit la restitution des résultats individuels agrégés sous le vocable « établissement » dès la fin du recueil par l'établissement (Etat « Verrouillé ES » - voir guide de navigation) et avant la validation définitive des résultats (Etat « Verrouillé HAS »).

Il s'agit de résultats descriptifs constitués par les éléments suivants :

- le nombre de dossiers pris en compte pour le calcul de l'indicateur, la valeur et l'IC à 95% ;
- l'évolution des résultats de l'ES par rapport à l'année précédente calculé pour tous les ES ayant participé à deux recueils successifs et lorsque le calcul de l'indicateur n'a pas été modifié entre ces deux années. ;
- le lien avec la certification ;
- le détail des non conformités.

?Précisions supplémentaire sur le mode de calcul des indicateurs :

Des fiches descriptives détaillant l'intérêt et les modalités de construction des indicateurs sont téléchargeables sur le lien suivant : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_827025/ipaqss-mco-outils-necessaires-au-recueil-des-indicateurs

? le lien avec la certification

Le critère aujourd'hui en lien avec les indicateurs généralisés du thème RCP MCO est le suivant :
.:

Critère 28.a	Mise en oeuvre des démarches d'évaluation des pratiques professionnelles (IND RCP Niveau 2).

1. **Valeur et réponse à l'élément d'appréciation :**

En fonction de leur positionnement par rapport à la valeur seuil fixée à 80 % (confer les modalités de restitution QUALHAS), les valeurs de l'indicateur se répartissent en 4 classes :

Les trois premières classes ont été définies en comparant l'intervalle de confiance (IC) à 95% du score de l'établissement à la valeur seuil 80% pour cet indicateur. Une quatrième classe a été créée pour les « Non répondant » :

Classe « + » : L'établissement dont la borne basse de l'IC à 95% est supérieure à la valeur seuil, on dit que la position de l'établissement est significativement supérieure à la valeur seuil ;

Classe « = » : L'établissement dont l'IC à 95% coupe la valeur seuil, on dit que la position de l'établissement est non significativement différente de la valeur seuil ;

Classe « - » : L'établissement dont la borne haute de l'IC à 95% est inférieure à la valeur seuil, on dit que la position de l'établissement est significativement inférieure à la valeur seuil ;

Classe « Non répondant » : L'établissement soumis au recueil et qui ne l'a pas réalisé.

Sur cette base, la Haute Autorité de Santé a déterminé un lien entre ces classes et la réponse aux éléments d'appréciation concernés par les indicateurs. Ainsi, la réponse « oui » correspond à la classe « + », la réponse « En grande partie » correspond à la classe « = », la réponse « Partiellement » correspond à la classe «-», et la réponse « Non » représente les « non répondants ».

Annexe 21 : Indicateurs IPAQSS 2011
relatifs à la Réunion de Concertation Pluridisciplinaire au CHL

Positionnement par rapport à la valeur	Réponse à l'élément d'appréciation
+	Oui
=	En grande partie
-	Partiellement
Les non répondants	Non

NB : Si la taille de l'échantillon de dossiers de séjours est trop petite, inférieure ou égale à 30, la méthode statistique de classement fondée sur le calcul de l'intervalle de confiance ne peut s'appliquer.
Dans ce cas, le modèle de prise en compte de la valeur ci-dessus ne peut pas s'appliquer. L'auto-évaluation et la visite prennent en compte la valeur de l'indicateur selon les bornes définies ci-dessous. Ce modèle est également appliqué pour le critère 20a.bis, dont un des EA est en lien avec un des items de l'indicateur « Tenue du dossier patient », pour lequel il n'y a pas de classe dans QUALHAS puisqu'il s'agit d'un item (critère) d'un indicateur et non de l'indicateur.

Positionnement par rapport à la valeur	Réponse à l'élément d'appréciation
[80 - 100%]	Oui
[60 79%]	En grande partie
[0 – 59%]	Partiellement
Les non répondants	Non

2. **Quand la visite de certification se déroule avant la clôture du recueil, les experts visiteurs doivent demander à l'ES les derniers résultats qui se trouvent dans un état « Verrouillé HAS » (voir guide de navigation).**

3. **Cas d'une démarche commune de certification avec un process de recueil séparé sur plusieurs (ES) (ex AP-HP, Hôpital privé Métropole…) :**

L'identification d'un ES se réalise par l'attribution d'un numéro FINESS juridique (EJ) (entité gestionnaire) et d'un ou plusieurs FINESS établissement (ET) correspondant à une implantation géographique.

Le recueil annuel des indicateurs de qualité généralisés (IPAQSS) s'appuie sur la plateforme e-PMSI et applique donc les règles du PMSI pour les identifiants des établissements de santé. C'est pourquoi, le recueil se fait sur le FINESS EJ pour le secteur public et sur le FINESS ET pour le secteur privé (sauf en cas de dérogation comme c'est le cas pour l'APHP, les HCL et les hôpitaux militaires pour lesquels le recueil se fait sous leur FINESS ET).

Par contre, la visite de certification d'un ES s'effectue tous les 4 ans et s'organise par FINESS EJ. Des dérogations peuvent être accordées comme pour l'APHP, les HCL, les Groupements de Coopération Sanitaire ou les structures en cours de regroupement certifiés par FINESS ET.

C'est pourquoi, l'utilisation des indicateurs de qualité IPAQSS dans le cadre de la visite de certification peut poser un problème de choix du résultat lorsque nous sommes en présence d'un ES ayant une démarche de certification commune avec un process de recueil sur plusieurs identifiants.

Pour ces ES, l'expert visiteur, au moment de la visite, regarde les dernières valeurs des résultats QUALHAS pour tous les sites (dernier recueil accessible en mode "verrouillé HAS"). Il calcul une moyenne des valeurs sans s'occuper de l'intervalle de confiance à 95%. Et il applique la même règle que pour l'élément d'appréciation du critère 20a.bis - Démarche qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient. Ce qui donne :

Positionnement par rapport à la valeur	Réponse à l'élément d'appréciation
[80 - 100%]	Oui
[60 - 79%]	En grande partie
[0 - 59%] ou au moins un des sites "non répondant"	Partiellement
tous les sites non répondants	Non

Pour en savoir plus sur les indicateurs dans la certification : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_869881/ipaqss-l-utilisation-des-indicateurs-dans-la-certification

Visite de certification V2007

Mardi 16 octobre 2007

RÉFÉRENCE 44c

EVALUATION DU BON USAGE DES ANTICANCEREUX EN REGARD DES REFERENTIELS DE L'AMM

Dr Pierson – Dr Piney

INTRODUCTION

CONTEXTE

Activité de cancérologie débutée en 1996

En 2006 :

- File active : 217 patients
- 62 ont bénéficié d'au moins 1 cure de chimiothérapie
- Dépense en médicaments anticancéreux onéreux : 108 800€
- 100% des molécules prescrites dans le cadre de leur AMM

Contrat de bon usage signé en 2005

RCP mises en œuvre en novembre 2006

ENJEUX

Suivre le bon usage des médicaments anticancéreux par la mise en place d'indicateurs

Améliorer la coordination et la qualité de prise en charge des patients atteints de cancer par l'organisation de Réunions de Concertation Pluridisciplinaire (RCP)

PARTIE I : REVUE DE PERTINENCE

1ère évaluation

CONDUITE DE L'ETUDE

Du 1er janvier au 31 mai 2007

Détermination par médecin et pharmacien du niveau de conformité aux référentiels des traitements (3 niveaux)

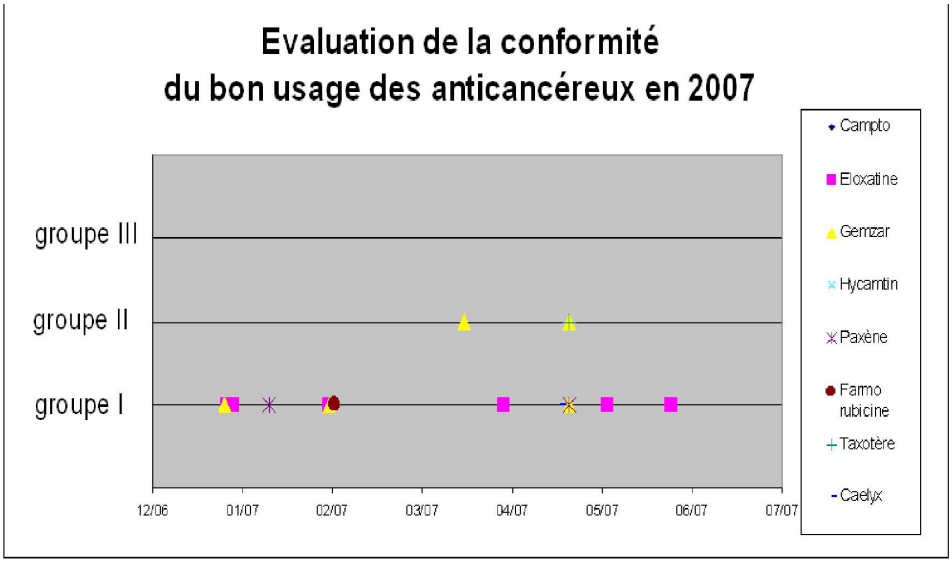
19 patients ayant bénéficié d'une 1ère cure de chimiothérapie

RESULTATS

17 patients ont reçu une thérapeutique anticancéreuse appartenant au groupe I (indication AMM)

2 au groupe II (indication temporairement acceptée), justifiées par une décision du CCP d'un site hautement spécialisé

0 au groupe III (indication non acceptable)



PAS DE RÉÉVALUATION

mais élargir la procédure à l'ensemble des molécules onéreuses de l'établissement

CONCLUSION

Démarche d'amélioration continue de la qualité de la prise en charge du patient cancéreux

- Nouvelles évaluations planifiées annuellement
- Rapport d'étape du CBU
- Extension des RPP à toutes les molécules T2A

En parallèle, travail sur la mise en œuvre

- du programme personnalisé de soins
- du dispositif d'annonce

Centre Hospitalier de Lunéville
Service de Pharmacie

SUIVI PROSPECTIF DU BON USAGE DES MEDICAMENTS ANTICANCEREUX HORS-T2A

Objectifs : Suivi des indications dans lesquelles sont prescrits les médicaments hors-T2A

Remboursement des médicaments dans le cadre CBUs

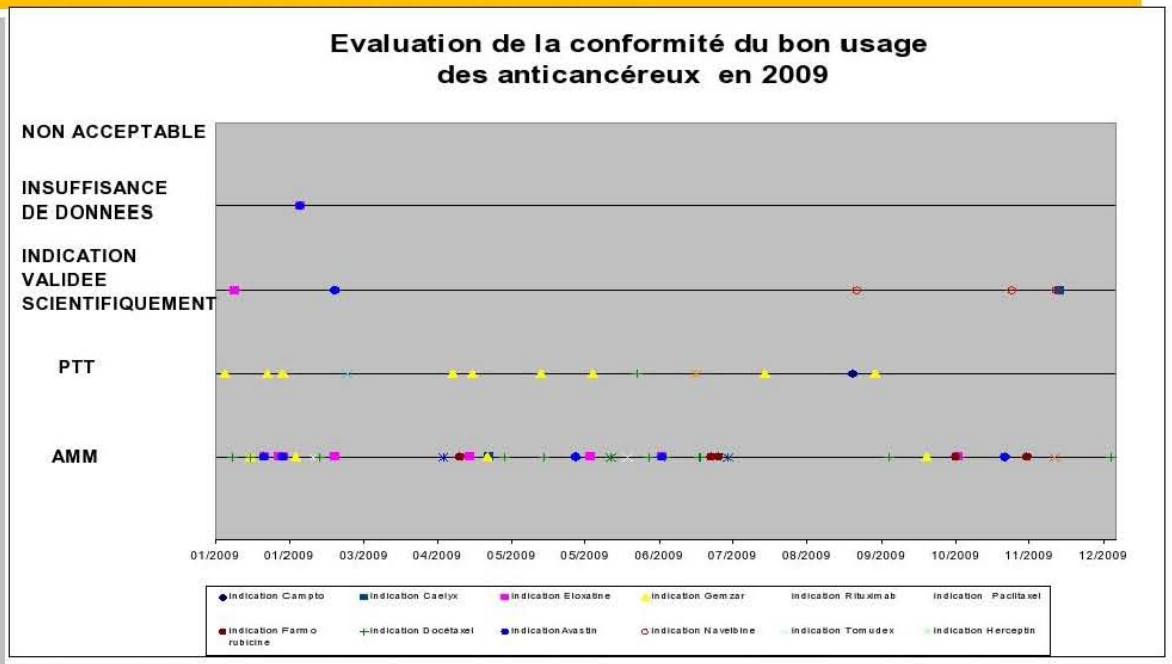
Méthode

• Pour chaque nouvelle cure comportant un médicament hors-T2A, classification de l'indication par le pharmacien

- ***AMM***
- ***PTT*** *INCa*
- ***Indication validée scientifiquement*** *(conférence de consensus, société savante, publications internationales..) et indications sur justification spécifique (impasse thérapeutique..) => argumenté*
- ***Insuffisance de données*** *pour se prononcer INCa => argumenté*
- ***Non Acceptable*** *INCa*

• Saisie open office pour suivi d'indicateur par un préparateur

• Consultation trimestrielle du tableau de suivi par un pharmacien et discussion avec oncologue si déviance identifiée



Résultats: 63 protocoles suivis du 01/01/2009 au 31/10/2009

- 5 classés validé scientifiquement
  - *OXALIPLATINE pour FOLFOX 4, 2ème ligne cancer pancréas – 1 patient*
  - MITOXANTRONE / VINORELBINE *pour cancer de prostate – 1 patient*
  - VINORELBINE *pour cancer de l'œsophage 2ème ligne – 2 patients*
  - *CAELYX pour cancer de l'endomètre 2ème ligne – 1 patient*
- 1 classé insuffisance de données
  - *réintroduction BEVACIZUMAB (FOLFIRI AVASTIN), 2ème ligne cancer métastatique colique*

Discussion

• Mise en place pour EPP, certification V2-2005. Utilisé pour tous les médicaments hors-T2A
• Complémentaire de l'expérimentation 2008 e-OMEDIT

Annexe 24 : RPP - CBUs 2010 - Enquête sur 3 médicaments anticancéreux

Feuillet 1

AUDIT DE CONFORMITE DES PRESCRIPTIONS AUX REFERENTIELS DE BON USAGE NATIONAUX

Dans le contexte de régulation des dépenses des produits de la liste en sus des GHS et de maitrise médicalisée basée sur l'amélioration des pratiques de prescription, une étude rétrospective des prescriptions de l'établissement pour les molécules de la liste en sus des GHS est mise en place.
Compte tenu du contexte régional, les molécules ciblées sont les suivantes :

- Mabthera® (rituximab)
- Herceptin® (trastuzumab)
- Taxotère® (docétaxel)
- Avastin® (bevacizumab)
- Tysabri® (natalizumab)
- Alimta® (pemetrexed)

1° étape : Ciblage de dossiers patients (délai de réalisation = 15 jours) : à réaliser par tous les établissements

L'établissement doit relever toutes les prescriptions sur la période du 01/09/2010 au 30/11/2010 et en faire la synthèse dans un tableau Excel (onglet 1°étape).

Pour chaque patient recevant une administration des médicaments sélectionnés pendant la période d'observation, relever :
- Initiales du patient (3 premières lettres du nom, 2 premières lettres du prénom)
- Date de naissance du patient
- Indication la plus précise possible
- Date de la prescription initiale dans cette indication
- Si besoin, numérotation anonymisée pour permettre de faire le lien à tout moment entre les données relevées ci-dessus et l'identité patient.

2° étape : Analyse des prescriptions en regard des Référentiels de Bon Usage (RBU) en vigueur (délai de réalisation = 1 mois) : à réaliser par tous les établissements

A partir d'un nombre de dossiers que l'OMEDIT aura sélectionné, il vous sera demandé de faire une analyse de la prescription en regard des RBU en vigueur à la date de prescription (cf fichier Excel 2° étape)

Le relevé des données devra permettre le classement des prescriptions en 4 catégories selon le respect des référentiels nationaux en vigueur :
- AMM : Autorisation de mise sur le marché ;
- PTT : Situations temporairement acceptables ;
- SNA : Situations non acceptables ;
- ID : Insuffisance de données.

Le fichier Excel (onglets 2° étape) complété devra être communiqué à l'ARS.

3° étape : Contrôle sur site et sur pièces : effectué dans certains établissements par l'Assurance Maladie et l'ARS

Un tirage au sort permettra de définir les établissements qui feront l'objet d'un contrôle sur site. Ce contrôle sera réalisé par un médecin sur un échantillon de dossiers déterminé.
Vous devrez veiller à la mise à disposition des dossiers patients à cette occasion.

4° étape : Restitution des résultats de cet audit à la Communauté Médicale de l'Etablissement : à réaliser par tous les établissements

5° étape : Mise en place de mesures correctives en cas de non-conformités : à réaliser par tous les établissements

Communication des mesures correctives mises en place à l'ARS.

Feuillet 2

Identification de l'établissement de soin CH Luneville

2e étape

Numéro de dossier	Initiales du patient	Sexe (H/F)	Date de naissance	Date de la 1ère prescription	Situation clinique à la 1ère prescription	Stade de la maladie	Chirurgie (oui / non)	Radiothérapie concomittante (oui / non)	Préciser s'il s'agit d'un traitement néo-adjuvant, adjuvant ou palliatif	Traitement de 1ère ligne s'il s'agit d'une seconde ligne	Numéro de ligne	Protocole de chimiothérapie	Molécules associées	Date de la RCP	Présence de la fiche RCP dans le dossier (oui / non)	Traitement par la molécule discuté lors de la RCP (oui / non)	Traitement par la molécule validé lors de la RCP (oui / non)	Classement de la prescription en regard des RBU (AMM / PTT / SNA / ID)	Présence d'un argumentaire en cas de non-respect du référentiel (oui / non)	Références bibliographiques retrouvées dans le dossier (à fournir en PJ)
4	DEN.DA	F	17-mars-49	11-mai-10	LMNH CD 20+ Asthénie, SMG+ ganglions rétropéritonéaux inguinaux gauches + infiltration cutanée de la fesse gauche	IV	non	non	Palliatif	Vincristine ; doxorubicine ; cyclophosphamide	2	R-CHOP	Vincristine ; doxorubicine ; cyclophosphamide	4-mai-10	OUI	OUI	OUI	AMM		Dossier du CNHIM 2008 ; 29 , 5-6 : 449-450
6	LED.SY	F	1-août-64	9-nov.-10	LMNH B, CD20+ de la zone marginale Ganglions mésentériques 3cm : Faible malignité Présentation indolente		non	non	non applicable	Première ligne	1	R-CHOP	Vincristine ; doxorubicine ; cyclophosphamide	12-oct.-10	OUI	OUI	OUI	AMM		Dossier du CNHIM 2008 ; 29 , 5-6 : 449-450
7	LEY.MA	F	17-avr.-22	18-nov.-10	Thrombopénie auto-immune avec plaquettes à 9000/mm³	non applicable	non	non	non applicable	non applicable	non applicable	Rituximab non cancéro	non applicable	non applicable	non applicable	non applicable	non applicable	PTT		- Braendstrup P, Bjerrum OW, Nielsen OJ, and all. Rituximab chimeric anti-CD20 monoclonal antibody treatment for adult refractory idiopathic thrombocytopenic purpura. Am J Hematol. 2005 Apr;78(4):275-80 - Assaps : Situation temporairement acceptable : Rituximab en cas de purpura thrombopenique idiopathique sévère

Feuillet 3

Identification de l'établissement de santé : CH Lunéville

2e étape

Numéro de dossier	Initiales du patient	Sexe (H/F)	Date de naissance	Date de la 1ère prescription	Situation clinique à la 1ère prescription	Stade de la maladie	Traitement des premières lignes s'il s'agit d'une xième ligne	Chirurgie (oui / non)	Radiothérapie concomitante (oui / non)	Préciser s'il s'agit d'un traitement néo-adjuvant, adjuvant ou palliatif	Numéro de ligne	Protocole de chimiothérapie	Molécules associées	Date de la RCP	Présence de la fiche RCP dans le dossier (oui / non)	Traitement par la molécule discuté lors de la RCP (oui / non)	Traitement par la molécule validé lors de la RCP (oui / non)	Classement de la prescription en regard des RBU (AMM / PTT / SNA / ID)	Présence d'un argumentaire en cas de non-respect du référentiel (oui / non)	Références bibliographiques retrouvées dans le dossier (à fournir en PJ)
1	BAR.NI	F	22-juil.-43	14-sept.-10	Cancer épidermoïde du LSD + métastases osseuses : 6 cures de Carboplatine-Gemcitabine + radiothérapie antalgique (RCP du 01/03/10) mais réévolution au scanner de fin de cure le 04/08/10. Tabac 30PA	IV	Carboplatine-Gemcitabine	non	non	palliatif	2	Taxotère		14-sept.-10	oui	oui	oui	AMM		Fiche de RCP du 01/03/10 Dossier du CNHIM 2008 ; 29 , 5-6 : 249 -52 Monographie Vidal Hôpital® 2009 consultée en ligne le 17/09/09
8	LUR.BE	H	30-août-51	27-oct.-10	Réévolution d'un cancer épidermoïde LSD avec métastases cérébrales précédemment traité par 6cures de Carboplatine-gemcitabine + radiothérapie cérébrale	IV	Carboplatine-Gemcitabine	non	non	palliatif	2	Taxotère		26-oct.-10	oui	oui	oui	AMM		Dossier du CNHIM 2008 ; 29 , 5-6 : 249 -52 Monographie Vidal Hôpital® 2009 consultée en ligne le 19/09/09

Feuillet 4

Identification de l'établissement de santé : CH Luneville

2° étape

Numéro de dossier	Initiales du patient	Sexe (H/F)	Date de naissance	Date de la 1ère prescription	Situation clinique à la 1ère prescription	Stade de la maladie	Traitement des premières lignes s'il s'agit d'une xième ligne	Chirurgie (oui / non)	Radiothérapie concomittante (oui / non)	Numéro de ligne	Protocole de chimiothérapie	Molécules associées	Date de la RCP	Présence de la fiche RCP dans le dossier (oui / non)	Traitement par la molécule discuté lors de la RCP (oui / non)	Traitement par la molécule validé lors de la RCP (oui / non)	Classement de la prescription en regard des RBU (AMM / PTT / SNA / ID)	Présence d'un argumentaire en cas de non-respect du référentiel (oui / non)	Références bibliographiques retrouvées dans le dossier (à fournir en PJ)
2	BIE.MA	F	11-mai-48	26-nov.-10	Carcinome péritonéal d'origine colique + une métastase hépatique	IV		non	non	1	FOLFIRI-AVASTIN	Irinotecan ; folinate de calcium ; 5-fluorouracile	28-sept.-10	oui	non	non	AMM		Dossier du CNHIM 2008 ; 29, 5-6 : 466
3	BRI.OD	F	25-mai-37	22-sept.-10	Carcinome canalaire infiltrant avec métastase ganglionnaire. Précédemment traité par mastectomie partielle + curage ganglionnaire + traitement médicamenteux par inhibiteur de l'aromatase	IV		oui	non	1	TAXOL AVASTIN	Paclitaxel	3-août-10	oui	non	non	AMM		- Dossier du CNHIM 2008 ; 29, 5-6 : 442 - Miller K and all. Paclitaxel plus bevacizumab versus paclitaxel alone for metastatic breast cancer. N Engl J Med. 2007 Dec 27;357(26):2666-76
5	FRA.AN	H	26-oct.-30	12-oct.-10	Adénocarcinome du bas du rectum + ganglion dans la cavité sacrée + métastases pulmonaires et hépatiques	IV		non	oui si besoin	1	FOLFIRI-AVASTIN	Irinotecan ; folinate de calcium ; 5-fluorouracile	28-sept.-10	oui	oui	oui	AMM		- Dossier du CNHIM 2008 ; 29, 5-6 : 466 - Référentiel ONCOLOR en ligne consulté le 01/10/10
9	SAU.JE	H	21-avr.-50	10-nov.-10	Adénocarcinome du colon, bien différencié avec extension au meso-sigmoïde + ganglions loco-régionaux + une métastase hépatique	IV		non	non	1	FOLFOX-AVASTIN	Oxaliplatine ; folinate de calcium ; 5-fluorouracile	18-mai-10	oui	oui	oui	AMM		- Dossier du CNHIM 2008 ; 29, 5-6 : 468

Restitution des audits des prescriptions des molécules remboursées en sus des GHS

Centre Hospitalier de Lunéville

Contexte national

- **Maîtrise médicalisée** des prescriptions de médicaments et des dispositifs médicaux financés en sus des GHS
- **Circulaire du 12/11/2010** relative à la mise en œuvre des dispositions relatives à la maitrise des produits des listes en sus.
- **Guide méthodologique** et **calendrier** définis par cette circulaire
- **Objectif des contrôles** :
  Vérifier que l'évolution des dépenses (taux maximal fixé par arrêté à 8% pour 2010) repose sur une utilisation des médicaments en conformité avec les Référentiels de Bon usage (RBU)
- **Finalité** : Mise en place d'un plan d'actions avec l'Ets
  - dès lors que le contrôle montre des pratiques de prescriptions non conformes aux RBU
  - afin d'améliorer les pratiques de prescription

Annexe 25 : Audit ARS - Restitution des audits des prescriptions des molécules remboursées en sus des GHS

Contexte national

- 10% des Ets de la région représentant 20% des dépenses doivent être contrôlés.
- Calendrier fixé au niveau national :
  - 31 mars **N+1** : notification à l'établissement de santé de la décision de l 'ARS de conclure un plan d'actions ;
  - 15 juin **N+1** : date limite pour la conclusion du plan d'actions
  - juillet **N+2** : évaluation de l'état d'avancement du plan d'actions;
  - octobre **N+2** : notification d'une sanction en cas de non-respect (diminution du taux de remboursement des dépenses de la liste en sus)

Méthodologie régionale

- Médicaments ciblés :
  - 5 anticancéreux : ALIMTA®, AVASTIN®, HERCEPTIN®, MABTHERA®, TAXOTERE®
  - TYSABRI®
- Période de prescription ciblée : 01/09/2010 au 30/11/2010.
- Les différentes étapes:
  - 1°étape (fin janv-début février)
    . Recueil de toutes les prescriptions de médicaments ciblés sur la période concernée (+ de 2000 dossiers)
    . Ciblage de certains dossiers par l'ARS pour réaliser à la fois une auto-évaluation par les Ets et un contrôle sur site

Méthodologie régionale

- Audits réalisés en 2 temps:
  - *Auto-évaluation par les établissements* (2°étape) : Concerne **tous les établissements** ayant des prescriptions de médicaments ciblés sur la période concernée (fin fév-mars)
  - *Contrôle sur site par des médecins de l 'ARS ou Assurance maladie* (3°étape): Concerne **les établissements ciblés** car leur taux d'évolution des dépenses entre 2009 et 2010 > 8% (début mars)

Classement des indications au regard des Référentiels de Bon Usage

Les Référentiels de Bon Usage :

- Les référentiels de bon usage ne constituent pas des recommandations de pratique d'une discipline mais un classement des situations réglementairement admises sur la base d'une analyse scientifique de la littérature permettant une évaluation du rapport bénéfice-risque afin de justifier la prise en charge financière par l'Assurance-Maladie.
- Les référentiels de bon usage reprennent les :
  - indications de l'**Autorisation de Mise sur le Marché (AMM)**
  - situations temporairement acceptables : **protocoles thérapeutiques temporaires (PTT)**
  - **situations hors AMM** définies comme **non acceptables (SNA)** en raison d'un **rapport bénéfices/risques défavorable.**

OUI !

NON ! Perte de chance pour le patient

Classement des indications au regard des Référentiels de Bon Usage

A défaut, et par exception en l'absence d'alternative pour le patient, lorsque **le prescripteur** ne se conforme pas à l'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) ou au Protocole Thérapeutique Temporaire (PTT), il **porte au dossier médical l'argumentation** qui l'a conduit à prescrire, en faisant référence aux travaux des sociétés savantes ou aux publications des revues internationales à comité de lecture.

Situations hors AMM / hors PTT :

- Insuffisance de données (ID) : situation étudiée au cours de l'élaboration du RBU mais pour laquelle les données actuelles ne permettent pas de se prononcer sur le caractère acceptable ou non pour le patient.
  ➥**Prescription devant être justifiée**
- Situation hors référentiel (HR) : situation non étudiée lors de l'élaboration du RBU pour laquelle le caractère acceptable ou non n'est pas défini ou situation pour laquelle les renseignements complémentaires demandé aux prescripteurs n'ont pas permis de classement.
  ➥ **Prescription devant être justifiée**

Bilan de l'auto-évaluation au CH de Lunéville (1/4) (2° étape)

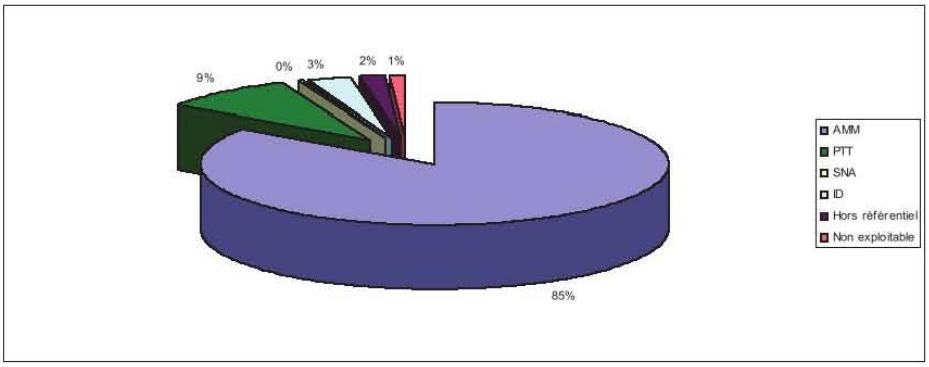
- Nombre de dossiers sélectionnés : 9
- Nombre de dossiers exploitables : 9

	Analyse réalisée par votre établissement	Analyse des mêmes dossiers par l'Omédit
Autorisation de mise sur le marché (AMM)	8	7
Protocole thérapeutique temporaire (PTT)	1	1
Situations non acceptables (SNA)	0	0
Insuffisance de données (ID)	0	1
Situations Hors référentiel (HR)	0	0

Classement des indications au regard des RBU en vigueur

Résultats de l 'auto-évaluation régionale (2/4) par les Etablissements (2° étape)

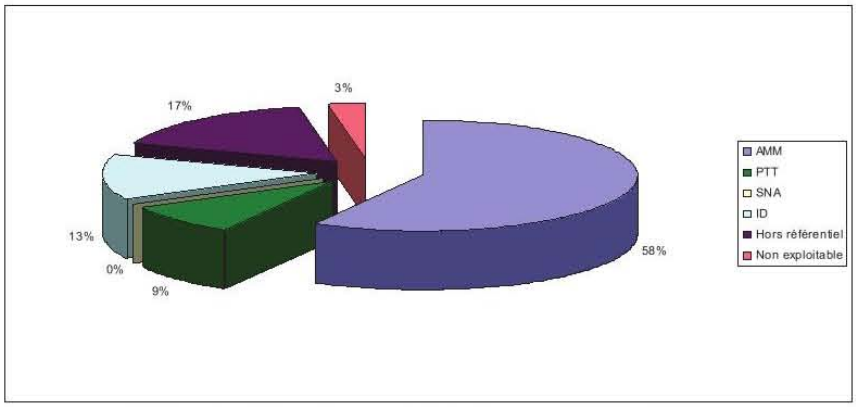
- Nombre d'établissements concernés = 23
- Nombre de dossiers analysés = 257
- Classement des indications au regard des RBU en vigueur / Ets



Bilan de l'analyse réalisée par les établissements

Résultats de l 'auto-évaluation régionale (3/4) Analyse de l 'OMéDIT (2° étape)

- Reprise des mêmes dossiers par l'OMéDIT



Bilan de l'analyse réalisée par l'OMéDIT

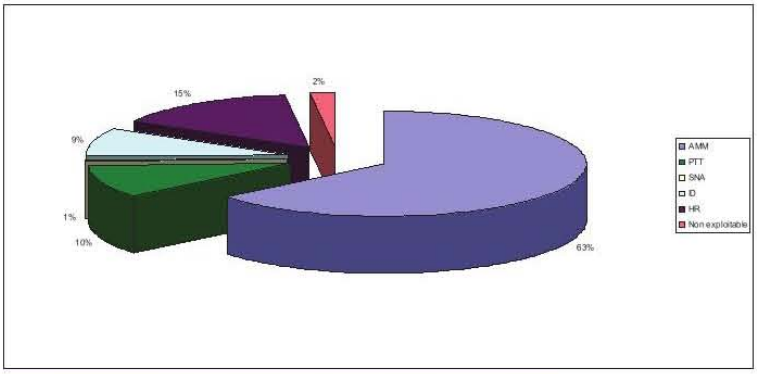
Comparaison des 2 analyses (4/4)

	Analyse réalisée par les établissements	Analyse des mêmes dossiers réalisée par l'OMéDIT
AMM	85%	58%
PTT	9%	9%
SNA	0%	0%
ID	3%	13%
Hors référentiel	2%	17%
Non exploitable	3%	3%

Parmi les dossiers hors AMM et hors PTT, seuls 20% comportent une justification.

Bilan régional des contrôles sur site réalisés par les médecins contrôleurs (3°étape)

- Nombre d'établissements concernés = 7 établissements (8 sites)
- Nombre de dossiers analysés = 151 (dossiers différents de ceux de l'auto-évaluation)
- Classement des indications au regard des RBU en vigueur / médecins contrôleurs ARS ou Assurance Maladie



Eléments d'explication concernant les résultats de ces audits

- Importante différence de classement des prescriptions au regard des Référentiels de Bon Usage entre les 2 analyses réalisées par les établissements ou par les médecins contrôleurs et l'Omédit
- Classements des prescriptions en AMM plus nombreux lors de l'analyse par les établissements
- ⚠ Libellés d 'AMM et PTT très précis comprenant des notions :
  - d'échec de certaines lignes
  - d'association avec d'autres médicaments
  - d'antécédents du patient, d'intolérance …
- Le classement d 'une prescription en AMM/PTT suppose la prise en compte de TOUTES ces notions.

Eléments d'explication concernant les résultats de ces audits

- Le classement en « Hors Référentiel » par l 'ARS a été motivé par :
  - manque d'informations communiquées dans les grilles de recueil concernant les lignes de traitement, le terrain patient…
  - absence de référentiels pour une Xième ligne de traitement ou encore pour certaines localisations
- Problème :
  Absence d'argumentation pour ces situations dans le dossier médical alors qu 'il s'agit d'un engagement dans le cadre du CBU (article 7, critère d'évaluation C29)

Conclusion (1/2)

Bilan régional des contrôles sur site :

- 1 Situation Non Acceptable retrouvée lors du contrôle sur site : cancer du pancréas traité par AVASTIN
  -> rapport bénéfice / risque **défavorable pour le patient**
- 25% de prescriptions hors AMM/PTT dont 80% pour lesquelles on ne retrouve pas de justification dans le dossier médical du patient
- Actions correctives régionales :
  - Proscrire toute SNA
  - Améliorer les justifications de prescription dans les dossiers médicaux pour prescription hors AMM/PTT

Conclusion (2/2)

- En Lorraine :
- Choix de ne pas réaliser de plan d'actions
- MAIS ajout de critères d'évaluation dans l'avenant du CBU:
  1. Communication mise en place pour faire connaitre les référentiels nationaux publiés par l'Afssaps, l'Inca et l'HAS au corps médical,
  2. Communication mise en place pour expliquer au corps médical les situations devant être justifiées dans le dossier du patient,
     « Chapitre III - Article 7 E-3. du Contrat de Bon Usage «A défaut et par exception en l'absence d'alternative pour le patient, lorsque le prescripteur ne se conforme pas à l'AMM ou au PTT, il porte au dossier médical largumentation qui la conduit à prescrire, en faisant référence aux travaux des sociétés savantes ou aux publications des revues internationales à comité de lecture.»
  3. Mesures mises en place pour garantir la présence systématique de cette argumentation dans le dossier du patient.

Taux d'évolution des dépenses 2010/2011 = 3%

Contrôles renouvelés début 2012 (même méthodologie)

Annexe 26 : RPP anticancéreux - Fiche HAS Certification 2011

Cette fiche rappelle les différentes étapes d'un programme EPP et doit être utilisée pour renseigner chacune de vos démarches.

Programme EPP

Nom du programme : **Bon usage des médicaments hors T2A**

Domaine / thématique choisie **PHARMACIE**

La tarification à l'activité (T2A) est un mode de financement des établissements de santé français issu de la réforme hospitalière du plan hôpital 2007,qui vise à médicaliser le financement tout en équilibrant l'allocation des ressources financières et en responsabilisant les acteurs de santé.

Les médicaments ne seront pas pris en charge dans le cadre d'un groupe homogène de soins (GHS) mais font l'objet d'accords passés entre les établissements hospitaliers et les Agences Régionales de Santé (ARS) dont ils relèvent. Ces accords seront des contrats de bon usage décrivant, pour chaque médicament quelles sont les pratiques dont l'application ne met pas en cause le principe du remboursement. Tout écart à ces contrats devra être dûment justifié, faute de quoi l'hôpital partenaire du contrat s'expose à voir la prise en charge des médicaments hors GHS diminuée ce qui en reporte la charge sur le budget de l'établissement. Ce dispositif vise donc à encadrer les pratiques et ce ne sont pas les patients qui sont exposés à des sanctions financières mais les hôpitaux au sein desquels les pratiques s'éloignent de l'acceptable.

Les anticancéreux sont les médicaments hors T2A les plus consommés

Les bénéfices attendus sont de plusieurs ordres :
·Une plus grande médicalisation du financement
·Une responsabilisation des acteurs et une incitation à s'adapter
·Une équité de traitement entre les secteurs
·Le développement des outils de pilotage microéconomiques (contrôle de gestion) au sein des hôpitaux publics et privés. Afin de donner à chacun le temps de s'adapter, la montée en charge de ce nouveau modèle de financement se fait de façon progressive avec une application complète en 2012

Date de début de la démarche, durée, étapes intermédiaires...
Démarche pérennisée depuis 2007

Mode de recueil et d'analyse des données
- Pour chaque initiation d'un protocole de chimiothérapie, le pharmacien compare le traitement aux données acquises de la science, au regard de l'indication et de l'avis de la RCP
- Cette analyse donne lieu à une intervention pharmaceutique
- Après correction éventuelle par le médecin, le pahrmacien classe le médicament hors-T2A en 4 groupes
- Ces informations sont saisies dans Open office® par un préparateur
- Le tableau de suivi généré est consulté trimestriellement par le pharmacien responsable des chimiothérapies pour discussion avec l'oncolgue si une divergene est identifiée

Référence(s) et/ou recommandations utilisée(s)
AMM, InCa, conférences de consensus, sociétés savantes, publications internationales

Résultats en termes d'amélioration des pratiques
Conformité à 100% des prescriptions de chimiothérapies aux regard des données acquises de la science et remboursement intégral des molécules hors-T2A

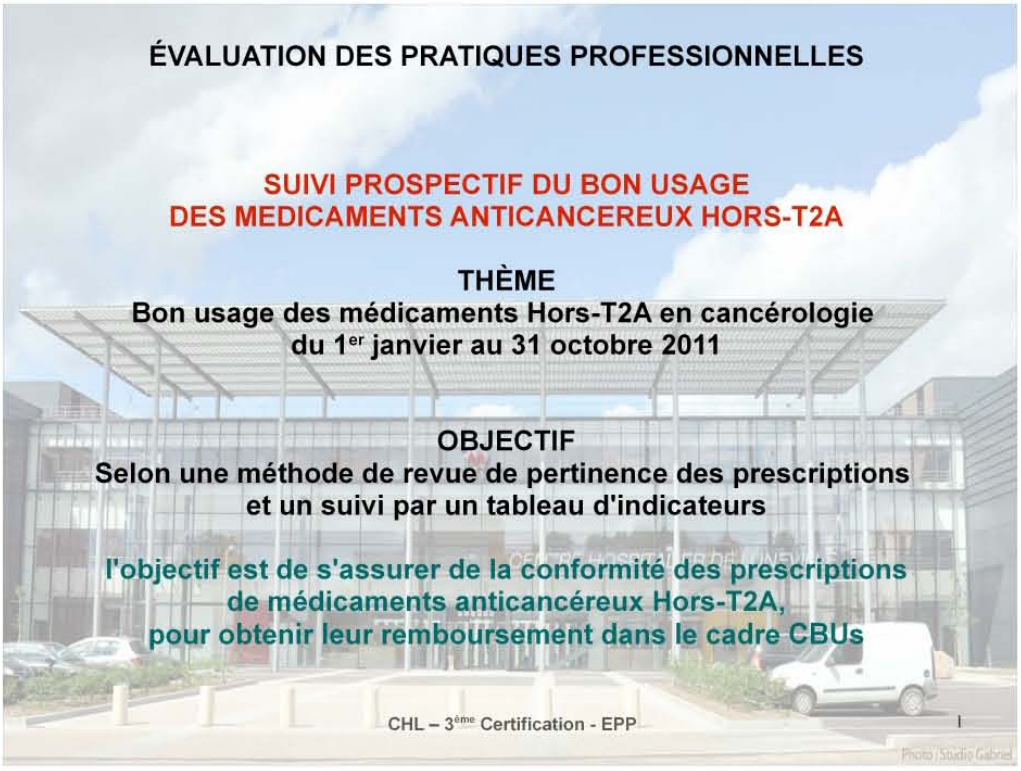
Points forts observés, points à améliorer
Pérennité de la démarche et absence de situations inacceptables

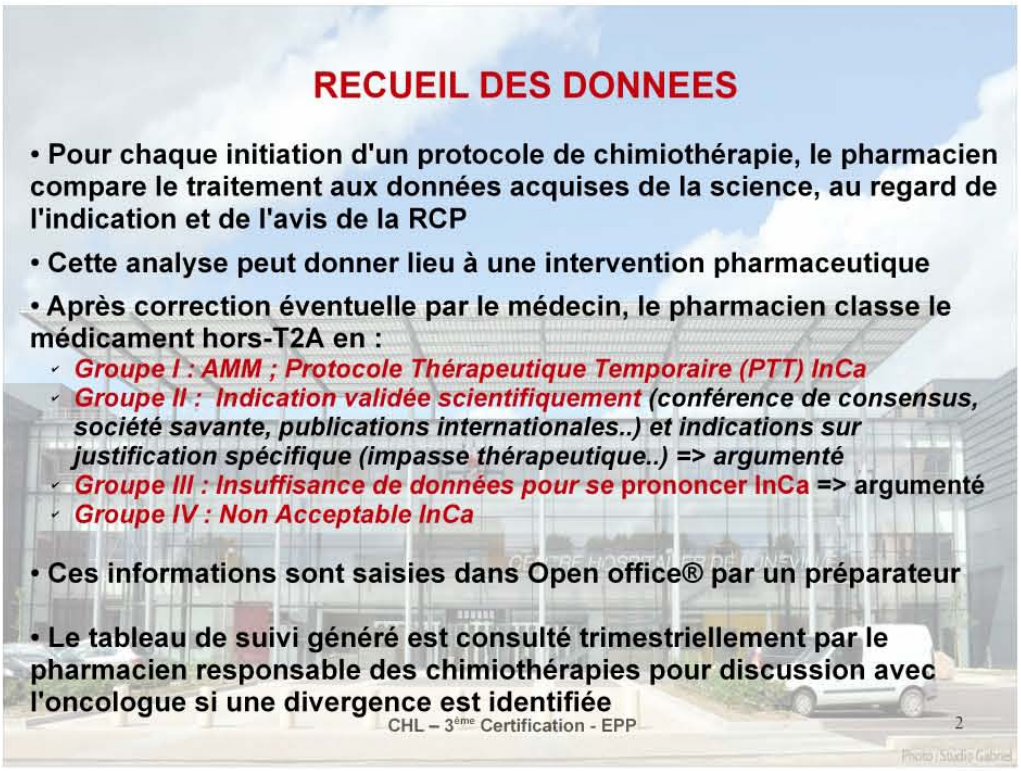
Développements ultérieurs envisagés
Intervention auprès de l'InCa pour maintenir le suivi des référentiels des molécules Hors-T2A pour celles qui réintègrent les GHS

Lien avec le programme pluriannuel d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins de l'établissement
EPP intégrée au programme de sécurité thérapeutique validé en CME de l'établissement

Actions de communication
Oncologue en cas de déviance
Présentation en RCP de leur bilan d'activité
Présentation en COMEDIMS
Présentation au réseau ONCOLOR lors des audits sur site

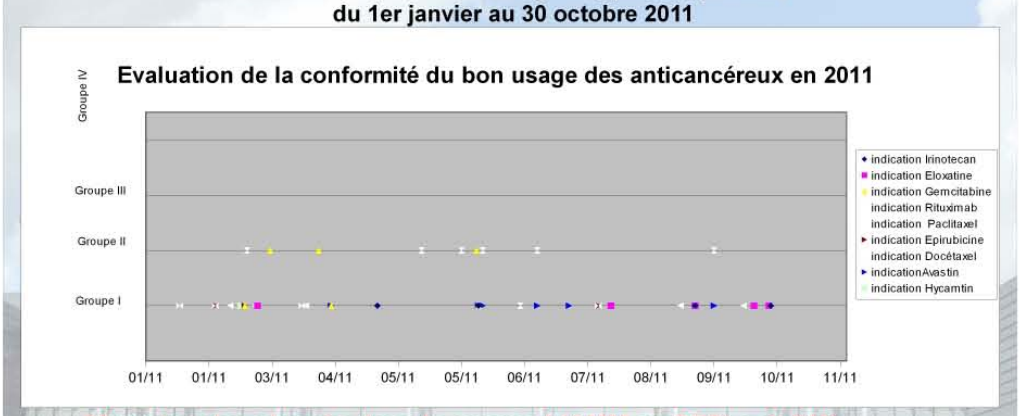
Professionnels engagés dans le programme
Médecins et pharmaciens participant à la prise en charge thérapeutique des patients cancéreux


ÉVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES
SUIVI PROSPECTIF DU BON USAGE
DES MEDICAMENTS ANTICANCEREUX HORS-T2A
THÈME
Bon usage des médicaments Hors-T2A en cancérologie
du 1er janvier au 31 octobre 2011
OBJECTIF
Selon une méthode de revue de pertinence des prescriptions
et un suivi par un tableau d'indicateurs
l'objectif est de s'assurer de la conformité des prescriptions
de médicaments anticancéreux Hors-T2A,
pour obtenir leur remboursement dans le cadre CBUs
CHL – 3ème Certification - EPP
1


RECUEIL DES DONNEES
• Pour chaque initiation d'un protocole de chimiothérapie, le pharmacien compare le traitement aux données acquises de la science, au regard de l'indication et de l'avis de la RCP
• Cette analyse peut donner lieu à une intervention pharmaceutique
• Après correction éventuelle par le médecin, le pharmacien classe le médicament hors-T2A en :
Groupe I : AMM ; Protocole Thérapeutique Temporaire (PTT) InCa
Groupe II : Indication validée scientifiquement (conférence de consensus, société savante, publications internationales..) et indications sur justification spécifique (impasse thérapeutique..) => argumenté
Groupe III : Insuffisance de données pour se prononcer InCa => argumenté
Groupe IV : Non Acceptable InCa
• Ces informations sont saisies dans Open office® par un préparateur
• Le tableau de suivi généré est consulté trimestriellement par le pharmacien responsable des chimiothérapies pour discussion avec l'oncologue si une divergence est identifiée
CHL – 3ème Certification - EPP
2

RESULTATS 2011

48 molécules hors-T2A analysées, pour 40 patients
du 1er janvier au 30 octobre 2011



- **39 protocoles classés dans le groupe I (AMM ou PTT) soit 81%**
- **9 protocoles classés dans le groupe II avec argumentation soit 19%**
  - 3 protocoles associant gemcitabine et carboplatine au lieu de Cisplatine pour diminuer la toxicité
  - 6 protocoles associant paclitaxel et carboplatine au lieu de Cisplatine pour diminuer la toxicité
- **Aucun protocole classé dans le groupe III ou dans le groupe IV**

100% de conformité

CONCLUSION

Démarche pérenne depuis 2007

Aucune situation non acceptable mise en évidence
grâce à l'action proactive du pharmacien sur les prescriptions

En complément, participation du CH de Lunéville
aux audits cliniques ciblés de l'OMEDIT de Lorraine
sur les prescriptions de molécules Hors-T2A ciblées

En 2011, cet audit conforte nos résultats mais met en évidence
la problématique du libellé réducteur de l'AMM des médicaments
qui complexifie l'évaluation de la pertinence
ex : médicament utilisé en 2ème ligne
alors que l'AMM ne l'autorise qu'en 1ère ligne

Maintien du suivi pour tous les médicaments Hors-T2A,
même si réintégrés dans le GHS, mais problème de l'absence
de mise à jour des référentiels par l'InCa pour ces derniers

CHL – 3ème Certification - EPP 4

Centre Hospitalier Lunéville

RÈGLEMENT INTÉRIEUR RMM DE CANCEROLOGIE

Mise en place d'une RMM dans le service de Médecine A du pôle de médecine gériatrie.

Objectif de cette RMM :

Analyse des dysfonctionnements survenus lors de la prise en charge de patients pris en charge dans le service de médecine A pour chimiothérapie intra veineuse, en vue de la mise en place d'actions d'amélioration, afin d'optimiser la qualité des soins dispensés.
La RMM est une méthode d'EPP pérenne permettant l'amélioration continue de la qualité des soins, et aussi la validation des professionnels dans le cadre du développement professionnel continu.
En aucun cas, la RMM ne figure dans le dossier patient. Les seules traces existantes sont le compte rendu anonyme, la synthèse des actions d'amélioration .
La RMM s'intègre dans le critère 28a de la V2010 de la certification des établissements de santé.

Description de la procédure de RMM :

Identification de la RMM

Libellé	Décision
Date de naissance de la RMM	18/04/11
Responsable de la RMM	Natacha PETER Durée du mandat 2 ans
Secrétaire de séance *(facultatif)*	Michèle ABOUT Durée du mandat 2 ans

Périodicité et durée des réunions

Libellé	Décision
La durée de chaque RMM	1H30
La périodicité	Toutes les 6 à 8 semaines, hors période estivale

Les participants

Libellé	Décision
Les participants à la RMM	Liste des professionnels permanents de la RMM - Dr H. PIERSON - Mme M. ABOUT - Dr A. DONY - N. PETER - Un représentant IDE - Un représentant AS
L'émargement	Une feuille d'émargement est prévue pour chaque RMM. Elle est jointe au bilan annuel de la RMM

Critère de sélection des cas

Critères de choix	Les critères de choix retenus pour la RMM sont les événements indésirables graves ou récurrents, décès ou infection, lors de la prise en charge de patients suivis dans le service pour chimiothérapie anti cancéreuse intra veineuse.
Mode de sélection	Le mode de sélection retenu par la RMM peut être le suivant : Déclaration spontanée de l'équipe, du personnel du service pharmacie, du DIM ou de la GREQ, et tirage au sort éventuel.
Période de sélection des dossiers	Le délai retenu dans la RMM est : minimum = 4 mois maximum = 18 mois

Modalités d'annonce des réunions

Libellé	Décision
Calendrier des RMM	Le calendrier de la RMM a été fixé lors de la première réunion et affiché dans le service.
Annonce des cas présentés	Élaboration d'un diaporama de présentation des cas traités
Ordre du jour	Les thématiques et le calendrier des RMM sont définis pour l'année et affichés au service

Annexe 28 : RMM REMED - Règlement intérieur & Bilan 2011

TDB des RMM du Pôle de médecine gériatrie

Service de médecine A

Année 2011

Ordre	Nombre de dossiers présentés	Date	RMM réalisée (oui/non)	Nombre de dossiers traités	Nombre de présents potentiels	Nombre de présents	Responsable
RMM 1	0	18/04/11	OUI	0	P __3___ S __3__ I _____	P __3___ S __8___ I _____	
RMM 2	3	05/05/11	OUI	3	P __3___ S __3___ I ___2__	P __3___ S __4___ I ___1__	
RMM 3	2	20/06/11	OUI	2	P __3___ S __3___ I _____	P __3___ S __3___ I _____	
RMM 4 REMED	1	27/07/11	OUI	1	P __5___ S __3___ I _____	P __5___ S __3___ I _____	
RMM 5	2	15/09/11	OUI	9	P __3___ S __3___ I _____	P __3___ S __4___ I _____	
RMM 6	2	20/10/11	OUI	2	P ___3__ S ___3__ I _____	P __3___ S __4___ I _____	

P = praticiens S = soignants I = invités

Calendrier prévisionnel des RMM du Pôle de médecine gériatrie

Service de médecine A

Année 2011

Ordre	Date	Horaire de début	Horaire de fin	Lieu	Responsable
RMM 1	18/04/11	13h30	15h00	Salle Muller CHL	N. PETER
RMM 2	05/05/11	13h30	15h00	Salle Muller CHL	N. PETER
RMM 3	23/06/11	13h30	15h00	Salle Keller et Guérin CHL	N. PETER
RMM 4	27/07/11	12h30	14h00	Salle des pavots CHL	N. PETER
RMM 5	15/09/11	13h30	15h00	Salle Keller et Guérin CHL	E. DUFAY
RMM 6	20/10/11	13h30	15h00	Salle Keller et Guérin CHL	N. PETER
RMM Bilan annuel	08/12/11	13h30	15h00	Salle Muller CHL	N. PETER

Synthèse des actions proposées par la RMM du Pôle de médecine gériatrie

Service de médecine A

Année 2011

Libellé de l'action d'amélioration	Responsable	Date de début prévue	État Démarré - En cours - Terminé			
			S1	S2	S3	S4
1- Obtenir la traçabilité du retour veineux à la pose du CCI	Dr Pierson	06/05/11		En cours		
2- Multiplier les formations des opérateurs potentiels à la pose de CCI	Dr Pierson	06/05/11	Terminé			
3- Élaborer un arbre décisionnel relatif aux contrôles et actions à mettre en œuvre lors de l'utilisation des CCI	Dr Dony M About	01/06/11	Terminé			
4- Identifier les protocoles fortement neutropéniants	Dr Dony	07/07/11	Terminé			
5 – Adapter les pratiques : facteurs de croissance systématique pour les protocoles fortement neutropéniants	DR PIERSON DR DONY	07/07/11	Terminé			
6- Faciliter la continuité dans l'administration des facteurs de croissance	N Peter	23/06/11	Terminé			
7- Noter systématiquement l'administration de facteurs de croissance sur le plan de soins et la fiche navette pharmacie	Dr Dony	07/07/11	Terminé			
8- Favoriser la traçabilité et la transmission des informations relatives aux séjours ambulatoires: Fiche d'observation de couleur bleue dans le dossier soins IDE qui réintègre la partie médicale en fin de séjour	C Humbert M About N Peter	29/06/11	Terminé			
9- Planifier systématiquement une consultation en inter cure pour les patients traités par ECX ou 5FU/Cisplatine	Dr Pierson N Peter	15/09/11	Terminée			
10 - Créer une fiche d'observation permettant un bilan de départ et inter cure afin d'évaluer les risques potentiels chez les patients identifiés comme fragiles	M About N Peter	30/10/11	Terminé			
11- Mettre à disposition de l'équipe sous format informatique les compte rendus des consultations d'annonce	C Thury- Guenin M About	15/10/11	Terminé			
12- Détecter les patients diabétiques et demander le cas échéant un avis de diabétologie	Dr Pierson	25/10/11	Terminé			

13- Faire pratiquer un OPT chez les patients détectés à risque et, en présence de foyers infectieux, contacter leur chirurgien dentiste pour soins, ou le CAV en cas d'impossibilité	Dr Pierson M About N Peter	25/10/11	Terminé
14 – antibiothérapie des foyers pulmonaires dans les cancers pulmonaires	DR PIERSON N PETER	25/10/11	Terminé
15- Recontacter le Dr BEMER Du CAV pour connaître les CAT en cas de foyer infectieux dentaire	M About	25/10/11	En cours
16- Ajouter les risques infectieux sur la fiche d'observation des patients fragiles	M About N PETER	25/10/11	Terminé

S = semestre

Annexe 29 : RMM - Mode opératoire sur l'oganisation des RMM

Centre Hospitalier Lunéville	MODE OPERATOIRE	Réf. : QPR0011M Version : 00 Page 1/18
	Organisation pratique d'une Revue de Morbidité Mortalité (RMM)	
Mots clés : Revue de Morbidité Mortalité - RMM – EPP – règlement intérieur		
Version : ☒création ☐remplacement réf. :	**Date de mise en application** : mars 2011 **Durée de validité** : 5 ans **Date de fin de validité** : février 2016	

1. OBJET

Décrire l'organisation pratique et le fonctionnement d'une Revue de Morbidité Mortalité (RMM) et disposer d'un règlement intérieur par secteur d'activité médicale donné. Chaque équipe, en rédigeant le chapitre 6 à sa convenance, formalise son propre règlement intérieur.

2. DOMAINE D'APPLICATION

Obligation pour les services de cancérologie, de chirurgie, et d'anésthésie-réanimation

Recommandation pour tous les services de soins du CHL

cf ***Annexe 1***: liste des secteurs d'activité

3. PERSONNES CONCERNÉES

Un praticien (médecin ou pharmacien)

Un secrétaire de séance (praticien ou paramédical)

Tous les praticiens du service concerné

Tous les cadres de santé du service concerné

Des représentants du personnel soignant

Des invités spécifiques pour expertise (ex: praticien extérieur au service)

4. RESPONSABILITÉS

Cadre de santé et praticien responsables de la RMM

5. DOCUMENTS DE RÉFÉRENCE

- F. Empereur. organisation pratique d'une RMM. EVALOR. Février 2011. 23 p.
- HAS.http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-06/modele_de_procedure_rmm.pdf. 2009. 4 pages

REDACTEUR	VERIFICATEUR	APPROBATEUR
Date : 08/03/11 Nom : Dr F. Empereur Fonction : Praticien Hospitalier / Evalor Signature :	Date : Nom : Mme N. Receveur Fonction : IDE GREQ Signature :	Date : Nom : Mme E. DUFAY Fonction : Responsable de la GREQ Signature :

Centre Hospitalier Lunéville	MODE OPERATOIRE	Réf. : QPR0011M Indice : 00 Page 2/18
	Organisation pratique d'une Revue de Morbidité Mortalité (RMM)	

6. DESCRIPTIF DU RÈGLEMENT INTÉRIEUR

6.1 Description du contexte

Mise en place d'une RMM dans le service
du pôle

Objectif de cette RMM : analyse de dysfonctionnements survenus lors de la prise en charge de patients pour mise en place d'actions d'amélioration.
La RMM est une méthode d'EPP pérenne permettant aussi la validation des professionnels dans le cadre du développement professionnel continu. En aucun cas, la RMM figure dans le dossier patient. La seule trace existante ne peut être que le compte rendu anonyme (cf. chapitre 6.2.8). La RMM s'intègre dans le critère 28a de la V2010 de la certification des établissements de santé.

6.2 Description de la procédure de RMM

6.2.1 Identification de la RMM

Libellé	Informations / conseils	Décision
Date de naissance de la RMM		/__ __/__ __/__ __ __ __/
Responsable de la RMM	Le responsable de la RMM est un praticien (médecin ou pharmacien) mais n'est pas forcément le chef de service ou le responsable de pôle. Il prépare et anime les RMM, il prépare et présente le bilan annuel de la RMM. Au minimum ce rôle est conservé pendant 1 an voire 2.	Dr _____ Durée du mandat _____
Secrétaire de séance *(facultatif)*	Il co-anime la RMM, prend les notes utiles pendant les débats et fait une synthèse écrite et orale à la fin de chaque réunion. Ce n'est pas forcément un praticien. Au minimum ce rôle est conservé pendant 1 an voire 2.	_____ Durée du mandat _____

Centre Hospitalier Lunéville	MODE OPERATOIRE	Réf. : QPR0011M Indice : 00 Page 3/18
	Organisation pratique d'une Revue de Morbidité Mortalité (RMM)	

6.2.2 Périodicité et durée des réunions

Libellé	Informations / conseils	Décision
La durée de chaque RMM	Pour être efficace une RMM ne doit pas excéder 2h00	__ __ h __ __
La périodicité	La RMM idéale se réunit tous les 2 ou 3 mois	Périodicité choisie : _____

6.2.3 Les participants

Libellé	Informations / conseils	Décision
Les participants à la RMM	Il s'agit en général • de tous les praticiens du service • des cadres de santé • des représentants du personnel soignant. • des invités spécifiques tels que des praticiens extérieurs au service mais ayant participé à la prise en charge des cas ou pouvant apporter une expertise particulière dans l'analyse des cas	Liste des professionnels permanents de la RMM - _____ - _____ - _____ - _____ - _____ - _____ - _____ - _____ - _____
L'émargement	Une feuille d'émargement est prévue pour chaque RMM et est jointe au bilan annuel de la RMM	***Annexe 2***

Centre Hospitalier Lunéville	MODE OPERATOIRE	Réf. : QPR0011M Indice : 00 Page 4/18
	Organisation pratique d'une Revue de Morbidité Mortalité (RMM)	

6.2.4 Critère de sélection des cas

Libellé	Informations / conseils	Décision
Critères de choix	La RMM doit s'attacher à analyser des cas graves et rares, fréquemment ils sont choisis parmi : • décès • complications morbides graves • évènements indésirables graves • « presque évènements » • infections nosocomiales graves • problème avec médicament ou DMS • plaintes de patient... On peut choisir d'analyser dans une même RMM plusieurs types d'évènements, ou au contraire d'affiner un cas	Les critères de choix retenus pour la RMM sont : - _____ - _____ - _____ - _____
Mode de sélection	Le responsable de la RMM sélectionne les cas correspondant aux critères ci-dessus grâce à diverses sources à spécifier : • PMSI • Déclaration spontanée des membres de l'équipe • Service d'hygiène • Service de pharmacie • Commission de conciliation • Registre • Déclaration à la GREQ • Autre système d'identification	Le mode de sélection retenu par la RMM peut être le suivant : _____ _____ _____ _____
Période de sélection des dossiers	Les dossiers analysés ne doivent pas être des dossiers trop récents ni trop anciens 1. 3 mois 2. <1 an	Le délai retenu dans la RMM est : minimum = maximum =

Annexe 29 : RMM - Mode opératoire sur l'oganisation des RMM

6.2.5 Modalités d'annonce des réunions

Libellé	Informations / conseils	Décision
Calendrier des RMM	Le calendrier des réunions doit être fixé à l'avance en fonction de la périodicité choisie et annoncé en début d'année. Il est affiché dans le service de soins.	Calendrier de la RMM : ***Annexe 3***
Annonce des cas présentés	Un courrier est adressé 15 jours avant la RMM aux praticiens en charge des cas pour leur demander de les présenter lors de la réunion. Joint à ce courrier : • Fiche de compte rendu à remplir • Consignes de présentation 4 à 5 diapo comportant de façon brève l'histoire de la maladie, les circonstances et conséquences de la survenue de l'évènement. Anonymat sur le diaporama (patients et professionnels)	Fiche de compte rendu ***Annexe 4***
Retour des informations	Le praticien adresse au responsable de la RMM, au moins 24h avant la réunion, la fiche de compte rendu partiellement remplie et si possible le diaporama	
Ordre du jour	L'ordre du jour est donné à chaque participant le jour même, sur table ou par mail sans mention des noms de patients mais en spécifiant le nom des praticiens qui présentent.	**Ordre du jour** : *« X cas seront présentés ce jour par Dr X, Dr Y et Dr Z. »*

Centre Hospitalier Lunéville	MODE OPERATOIRE	Réf. : QPR0011M Indice : 00 Page 6/18
	Organisation pratique d'une Revue de Morbidité Mortalité (RMM)	

6.2.6 Modalités de la présentation des cas

Libellé	Informations / conseils	Décision
Présentation des cas par le praticien désigné	Chaque praticien dispose de 5 mn d'exposé à l'aide d'un diaporama anonyme de 4 à 5 diapos	
Discussion animée par le responsable de la RMM	1er tour de table : tous les invités s'expriment à tour de rôle sous la conduite du responsable qui veille à l'animation des débats, afin de déterminer si l'assistance perçoit des dysfonctionnements dans la prise en charge ou non.	Le secrétaire de séance note sur la fiche de compte rendu les informations utiles soulevées pendant le débat, tels que les dysfonctionnements.
Propositions d'actions d'amélioration avec l'aide du responsable de la RMM	2ème tour de table : Les invités reprennent la parole sous l'animation du responsable afin de déterminer s'il y a lieu de faire des propositions d'actions d'amélioration de la pratique afin de corriger les dysfonctionnements perçus. Si des actions sont proposées, le responsable doit obtenir immédiatement le nom d'un responsable de cette action d'amélioration	Le secrétaire de séance note sur la fiche de compte rendu la ou les actions d'amélioration proposées, le nom des responsables et l'échéancier.

6.2.7 Déroulement de la réunion

Libellé	Informations / conseils	Décision
Synthèse de la RMM précédente	Synthèse des actions proposées lors de la dernière réunion et état d'avancement des actions	10 à 20mn
Ouverture du nouveau cas par le responsable RMM	Présentation de l'ordre du jour	5mn
Présentation des cas par le responsable désigné	Présentation des cas Discussion des cas	5mn 30 à 45mn
Synthèse par le responsable RMM	Synthèse des actions proposées pendant la RMM	5 mn

Annexe 29 : RMM - Mode opératoire sur l'oganisation des RMM

6.2.8 Issue de la réunion

Libellé	Informations / conseils	Décision
Compte rendu	Réalisé par le secrétaire de séance Validé par le responsable de la RMM • Compte rendu adressé sous 15 jours à tous les invités de la RMM • Le compte rendu fait état du nombre dossiers présentés et des actions choisies ainsi que des responsables nommés • Le compte rendu ne mentionne en aucun cas les noms des patients	Toutes ces données sont incrémentées au fur et à mesure dans les ***annexes 5 et 6***
Notes de séances	Les notes prises durant la réunion à propos des cas **ne font pas partie du dossier du patient.** Elles sont détruites après la réunion. Ainsi que le diaporama.	
Synthèse de la RMM	Le secrétaire de séance tient à jour un tableau de bord des RMM	TDB RMM ***annexe 5*** Exemples d'informations à suivre • Nb de RMM • Nb de dossiers présentés • Nb de participants total • Nb de participant moyen par RMM • Type des participants
Synthèse des actions	Le secrétaire de séance tient à jour un tableau de bord des Actions	TDB ACTIONS ***annexe 6*** Exemples d'informations à suivre • Nb d'actions proposées • État des actions (en cours, terminées..)

Annexe 29 : RMM - Mode opératoire sur l'oganisation des RMM

6.2.9 Bilan d'évaluation annuel

Libellé	Informations / conseils	Décision
Évaluation annuelle par la GREQ	Présentation par le responsable de la synthèse des RMM de l'année écoulée	Présentation des 2 TDB : Audit de bonne pratique de la RMM ***annexe 7***
Poursuite de la RMM	Choix consensuel de continuer la RMM sur les mêmes modalités ou bien proposer des modifications dans le règlement intérieur de la RMM du pôle	Chaque année il faut créer une nouvelle version de la présente procédure en attribuant un numéro d'ordre et une date de validation

Centre Hospitalier Lunéville	MODE OPERATOIRE	Réf. : QPR0011M Indice : 00 Page 9/18
	Liste des secteurs d'activité Annexe 1	

PÔLES	SECTEURS D'ACTIVITÉ	RMM par secteur
MÉDECINE GÉRIATRIE	MEDECINE INTERNE CANCÉROLOGIE HÉPATO-GASTRO-ENTÉROLOGIE	Revue de morbidité mortalité de cancérologie
	DIABÉTOLOGIE/NUTRITION	
	CARDIOLOGIE	Revue de morbidité mortalité en cardiologie
	GÉRIATRIE/USLD	Revue de morbidité mortalité en gériatrie
MEDICO TECHNIQUE	URGENCES	Revue de morbidité mortalité au service des urgences
	USC	Revue de morbidité mortalité en Unité de Soins Continus
	ANESTHÉSIE	Revue de morbidité mortalité en anesthesie
	IMAGERIE	
CHIRURGIE	UROLOGIE	Revue de morbidité mortalité en chirurgie
	DIGESTIVE	Revue de morbidité mortalité en chirurgie
	TRAUMATOLOGIE ORTHOPÉDIE	Revue de morbidité mortalité en chirurgie
	OPHTALMOLOGIE	
	BLOC OPÉRATOIRE	
MÈRE ENFANT	OBSTÉTRIQUE PÉDIATRIE	
	OBSTÉTRIQUE	
	GYNÉCOLOGIE PÉDIATRIE	Revue de morbidité mortalité en gynécologie et pédiatrie
	GYNÉCOLOGIE	
LOGISTIQUE MÉDICALE	HYGIÈNE / ACTIVITÉS DE LUTTE CONTRE LES INFECTIONS	Revue de morbidité mortalité en infectiologie
	PHARMACIE	

Annexe 29 : RMM - Mode opératoire sur l'oganisation des RMM

Centre Hospitalier Lunéville	MODE OPERATOIRE	Réf. : QPR0011M Indice : 00 Page 10/18
	Feuille d'émargement Annexe 2	

Feuille d'émargement de la RMM du Pôle de - Service de
Date : __/__/2011_

Nom	Prénom	Fonction médecin, chirurgien, pharmacien, IDE, IADE, IBODE, Kiné...	Si invité service de provenance	Signature

Centre Hospitalier Lunéville	MODE OPERATOIRE	Réf. : QPR0011M Indice : 00 Page 11/18
	Calendrier prévisionnel Annexe 3	

Calendrier des RMM du Pôle de - Service
Année 2011

Ordre	Date	Horaire de début	Horaire de fin	Lieu	Responsable
RMM 1					
RMM 2					
RMM 3					
RMM 4					
RMM 5					
RMM Bilan annuel					

Centre Hospitalier Lunéville	MODE OPERATOIRE	Réf. : QPR0011M Indice : 00 Page 12/18
	Compte - rendu de la RMM 1/2 Annexe 4	

Cas présenté en RMM Pôle de - Service de

	Dossier présenté par:	
	Date de l'évènement :	Date de la réunion de la RMM :
Zone remplie par le praticien avant la séance de RMM	**Résumé de l'histoire du patient jusqu'à l'évènement (QQOQCP)** Le résumé doit comporter au minimum les éléments suivants • Descriptif des faits succincte – 5 diapos • Critères d'inclusion dans la RMM	
Zone remplie par le secrétaire de séance pendant la RMM – durée de 30 à 45 minutes	**Discussion de la RMM avec un 1er tour de table (5M, 5P)** Des dysfonctionnements sont ils ressentis par les participants? Au niveau institutionnel, technique, humain, organisationnel	
	Analyse de l'évènement avec un 2ème tour de table Cf verso : enregistrer les mesures d'amélioration	

Centre Hospitalier Lunéville	MODE OPERATOIRE	Réf. : QPR0011M Indice : 00 Page 13/18
	Compte - rendu de la RMM 2/2 Annexe 4	

Action n°1 - Responsable de l'action – Échéancier avec date de début
Action n°2 - Responsable de l'action – Échéancier avec date de début
Action n°3 - Responsable de l'action – Échéancier avec date de début
Action n°4 - Responsable de l'action – Échéancier avec date de début
Action n°5 - Responsable de l'action – Échéancier avec date de début

Annexe 29 : RMM - Mode opératoire sur l'oganisation des RMM

Centre Hospitalier Lunéville	MODE OPERATOIRE	Réf. : QPR0011M Indice : 00 Page 14/18
	Tableau de bord des RMM Annexe 5	

TDB des RMM du Pôle de - Service de
Année 2011

Ordre	Nombre de dossiers présentés	Date	RMM réalisée (oui/non)	Nombre de dossiers traités	Nombre de présents potentiels	Nombre de présents	Responsable
RMM 1					P _____ S _____ I _____	P _____ S _____ I _____	
RMM 2					P _____ S _____ I _____	P _____ S _____ I _____	
RMM 3					P _____ S _____ I _____	P _____ S _____ I _____	
RMM 4					P _____ S _____ I _____	P _____ S _____ I _____	
RMM 5					P _____ S _____ I _____	P _____ S _____ I _____	

P = praticiens S = soignants I = invités

Centre Hospitalier Lunéville	MODE OPERATOIRE	Réf. : QPR0011M Indice : 00 Page 15/18
	Tableau de bord des actions d'amélioration issues de la RMM Annexe 6	

Synthèse des actions proposées par la RMM du Pôle de - Service de
Année 2011

Libellé de l'action d'amélioration	Responsable	Date de début prévue	État Démarré - En cours - Terminé			
			S1	S2	S3	S4

S = semestre

Centre Hospitalier Lunéville	MODE OPERATOIRE	Réf. : QPR0011M Indice : 00 Page 16/18
	Audit de RMM 1/3 Annexe 7	

Pôle de **Service de** **Année 2011**

	oui	non	NA
La RMM existe depuis plus d'un an	⑧	⑧	⑧
La périodicité de la RMM est définie	⑧	⑧	⑧
La RMM possède un règlement intérieur (RI)	⑧	⑧	⑧
Un bilan d'activité annuel des RMM est réalisé	⑧	⑧	⑧
Organisation de la RMM			
Les critères de sélection des cas sont définis dans le règlement	⑧	⑧	⑧
Les modalités de présentation des cas sont définies dans le RI	⑧	⑧	⑧
Le déroulement de la RMM est clairement défini dans le RI	⑧	⑧	⑧
Un responsable de la RMM est défini	⑧	⑧	⑧
Il existe un compte rendu pour chaque RMM	⑧	⑧	⑧
Il existe une feuille d'émargement pour chaque RMM	⑧	⑧	⑧
Bilan annuel de la RMM			
Le bilan annuel de la RMM fait état du nombre de réunions réalisées dans l'année	⑧	⑧	⑧
Le bilan annuel de la RMM fait état du nombre de dossiers présentés et traités dans l'année	⑧	⑧	⑧
Le bilan annuel de la RMM fait état de la liste d'actions d'amélioration décidées dans l'année	⑧	⑧	⑧
Le bilan annuel de la RMM mentionne pour chacune de ces actions :			
• Le nom du responsable	⑧	⑧	⑧
• Le suivi de l'action non démarrée, en cours, terminée	⑧	⑧	⑧

Centre Hospitalier Lunéville	MODE OPERATOIRE	Réf. : QPR0011M Indice : 00 Page 17/18
	Audit de RMM 2/3 Annexe 7	

Audit de RMM Pôle Service de Année 2011

Bilan :

Nom du service : /_____/

Nom du responsable de la RMM :/_____/

Date de naissance de la RMM /__/__/____/

Nombre de RMM par critères de sélection :

Décès	_____	Médicament / DMS	_____
Évènement indésirable grave	_____	Infection	_____
Évènement indésirable	_____	Autres	_____
Presque accident	_____	Plainte	_____

Centre Hospitalier Lunéville	MODE OPERATOIRE	Réf. : QPR0011M Indice : 00 Page 18/18
	Audit de RMM 3/3 Annexe 7	

Audit de RMM Pôle Service de Année 2011

Réunions

Nombre de réunions depuis la création : ___

Nombre de réunions moyen / an : ___

Nombre de réunions de l'année écoulée : ___

Nombre de dossiers présentés : ___

Participants

Nombre de praticiens prévus / réunion : ___

Nombre de praticiens présents / réunion : ___

Nombre de personnel paramédical prévus / réunion : ___

Nombre de personnel paramédical présents / réunion : ___

Nombre de participants au total : ___

Nombre de participants moyen par réunion : ___

Actions

Nombre d'actions depuis la création : ___

Nombre d'actions moyen / an : ___

Nombre d'actions moyen / réunion : ___

Nombre d'actions réalisées depuis la création : ___

Nombre d'actions en cours : ___

Nombre d'actions non réalisées : ___

Annexe 30 : RMM REMED
Protocole carboplatine paclitaxel avec cahier de la REMED - 2011

LOGO

Erreur sur le remède
REMED à l'erreur

Cas n°2 : Protocole CARBOPLATINE PACLITAXEL et erreur de protocole

Centre Hospitalier de Lunéville - Catégorie MCO

TYPOLOGIE DE L'ERREUR MÉDICAMENTEUSE [1]

Les 6 éléments signifiants qui caractérisent l'erreur médicamenteuse

Produits de santé
- CARBOPLATINE 10mg/ml solution injectable pour perfusion intraveineuse - ATC L01XA02
- PACLITAXEL 6mg/ml solution injectable pour perfusion intraveineuse - ATC L01CD01

Erreur de protocole thérapeutique avec

- sous-dose de deux médicaments : paclitaxel et carboplatine

- oubli d'un médicament : bevacizumab

Erreur médicamenteuse de niveau 2, interceptée avant atteinte du patient

Gravité constatée de l'erreur médicamenteuse : mineure, sans conséquence pour le patient

Erreur médicamenteuse porteuse de risque car elle peut induire une perte de chance pour le patient

Étape de prescription concernée, au moment du choix du protocole en fonction de l'indication

À RETENIR ...

Une même association de médicaments cytotoxiques peut être utilisée à des posologies différentes selon le type de cancer

*

Le protocole princeps doit être communiqué à toutes les personnes impliqués dans la prise en charge d'un nouveau patient

*

La communication au pharmacien du compte-rendu de la RCP est nécessaire lors de toute primo-prescription

*

Paclitaxel se prescrit à des posologies qui varient de 80 à 220 mg/m² selon l'indication et la fréquence d'administration

QUE S'EST- IL PASSÉ ?

Un patient âgé de 46 ans est nouvellement pris en charge dans le service de médecine pour administration d'une chimiothérapie carboplatine + paclitaxel.

Le pharmacien référent de la pharmacotechnie est absent, son homologue est alors sollicité pour vérifier et valider la première cure de chimiothérapie prescrite par le médecin.
Le dossier pharmaceutique ne contient pas le compte-rendu de la réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) dont l'envoi au pharmacien a été omis. L'indication de la chimiothérapie n'est pas mentionnée sur l'ordonnance contrairement à la pratique habituelle.

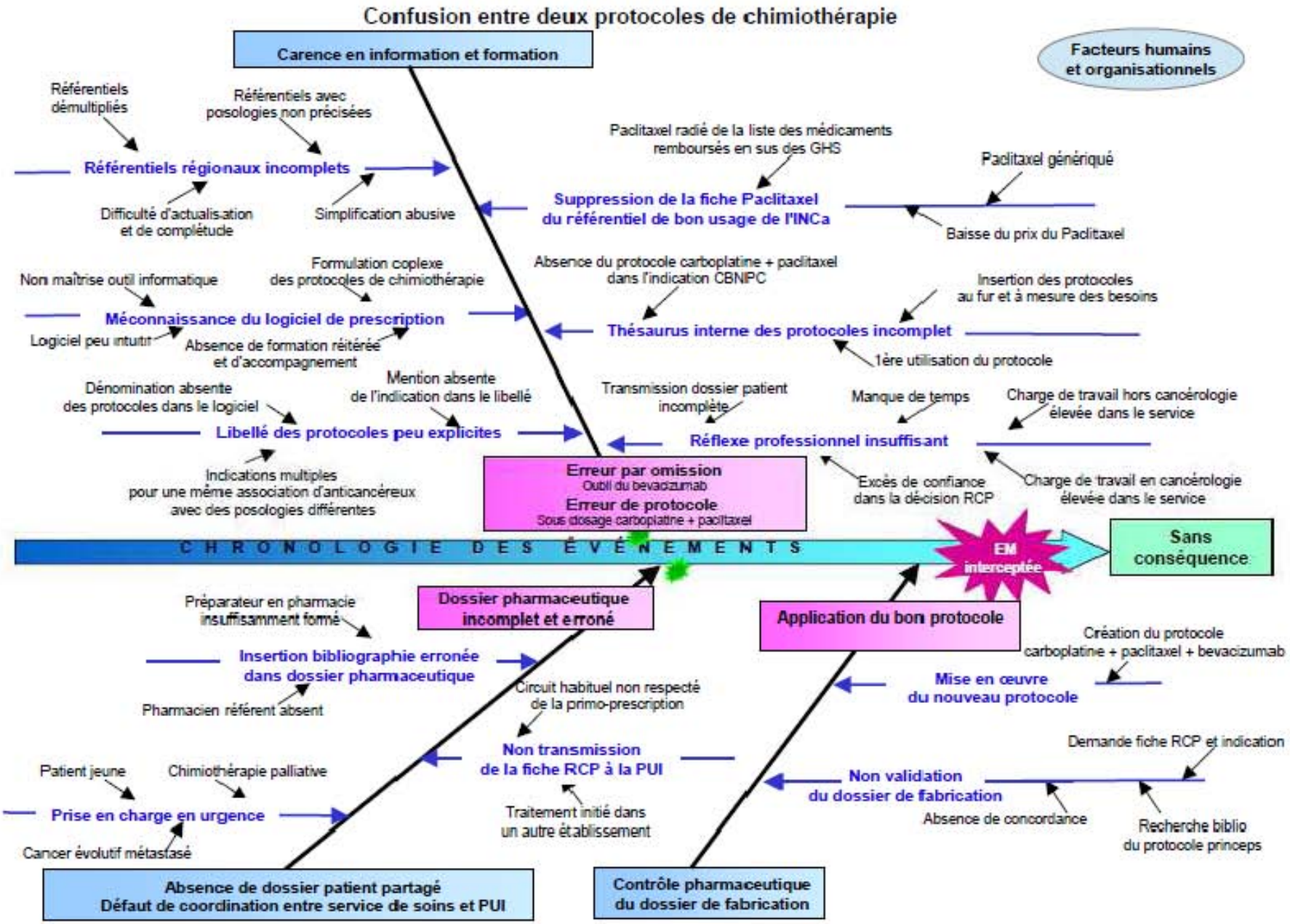
Le contact avec le prescripteur permet d'obtenir les renseignements nécessaires : le patient est traité pour un cancer bronchique non à petite cellules (CBNPC).

Le pharmacien constate lors de la validation de la chimiothérapie que les posologies prescrites ne correspondent pas à l'indication. Le thésaurus des référentiels de l'INCa ne comporte plus la fiche technique du paclitaxel car la molécule est radiée de la liste des médicaments facturés en sus des GHS depuis le 1er mars 2010. Une recherche bibliographique complémentaire est réalisée. Elle ne permet pas de retrouver une indication de CBNPC à cette posologie. L'erreur est détectée. Le médecin a utilisé le seul protocole carboplatine + paclitaxel disponible dans la base de données de l'établissement. Il est indiqué dans le cancer de l'ovaire à des posologies plus faibles de paclitaxel et de carboplatine. Le prescripteur est à nouveau contacté. Il demande par ailleurs l'ajout de bevacizumab au protocole.
A cette occasion, il précise qu'il ne s'agit pas d'une première cure de chimiothérapie mais d'une poursuite de traitement initiée dans un autre établissement. Le patient a déjà bénéficié de 3 cures carboplatine + paclitaxel + bevacizumab et son cas a été discuté au préalable en réunion de concertation pluridisciplinaire.

La chimiothérapie est rédigée conformément au bon référentiel et se déroule sur une journée. Le patient reçoit la chimiothérapie adéquate.

Le pharmacien actualise la base de données des protocoles de chimiothérapies anticancéreuses et l'incrémente du protocole princeps conformément à la procédure.

Annexe 30 : RMM REMED
Protocole carboplatine paclitaxel avec cahier de la REMED - 2011



Annexe 30 : RMM REMED
Protocole carboplatine paclitaxel avec cahier de la REMED - 2011

DIAGNOSTIC DES CAUSES

Les sources d'erreur – causes profondes, immédiates, facteurs contributifs - conduisant à la prescription du protocole inadéquat sont identifiées et classées

PRODUIT DE SANTÉ

- Défaut d'information ; absence du référentiel de bon usage INCa : paclitaxel radié de la liste en sus depuis 01/03/2010

- Référentiels régionaux CBNPC peu explicites : posologies des molécules par protocole non précisées

- Transmission de l'ordonnance du traitement incomplète : indication et n° de cure non précisés

- Non accès aux données du patient : non transmission au médecin et au pharmacien du compte-rendu de la réunion de concertation pluridisciplinaire provenant de l'hôpital où a débuté la chimiothérapie

PATIENT

- Etat de santé grave : patient jeune, cancer évolutif
- Demande de rapprochement familial : patient transféré dans notre établissement pour poursuite du traitement

CONDITIONS DE TRAVAIL

- Absence de dossier patient totalement partagé

- Complexité du logiciel informatique

- Base de données incomplète et peu explicite : absence de localisation dans le libellé du protocole – Mention cancer de l'ovaire absente

PROFESSIONNEL DE SANTÉ

- Défaut de connaissance théorique sur les produits de santé : méconnaissance de l'existence de plusieurs protocoles comportant les mêmes molécules mais à des posologies différentes

- Stress/ situation d'urgence : pharmacien prévenu de la programmation de ce nouveau patient seulement 2 jours avant sa venue

TÂCHES

- Protocole absent du thésaurus dans l'indication CBNPC
- Protocole existant non adapté : correspond à une autre indication -cancer de l'ovaire- et génère une confusion

- Insuffisance d'aides à la décision : référentiels régionaux pas assez explicites, référentiel INCa ne comporte plus le paclitaxel

INSTITUTION

ÉQUIPE

- Défaut de communication dans l'équipe : non transmission de la fiche RCP, partage d'information insuffisant. Transmission de données cliniques non opérationnelle

- Informations partielles sur le patient : pas d'indication de la chimiothérapie, pas de fiche RCP

- Manque d'informations cruciales : indication de la chimiothérapie

ORGANISATION ET MANAGEMENT

- Défaut de coordination entre services, partage d'informations insuffisant

- Défaillance de la gestion documentaire : mise à jour du thésaurus des protocoles non régulière

- Formation du personnel insuffisante

ENSEIGNEMENTS - ACTIONS

Prise en charge du cancer bronchique non à petites cellules métastatique par chimiothérapie

En première ligne du traitement d'un CBNPC métastatique, les recommandations régionales proposent une chimiothérapie par sel de platine & molécule dite ^{ème} génération dont le paclitaxel fait partie.Le carboplatine est préféré au cisplatine chez les patients de Performance status 2 en raison d'une meilleure tolérance clinique [2]. L'INCa propose le carboplatine en lieu et place du cisplatine en cas de contre indication documentée à ce dernier, en protocole thérapeutique temporaire [3].
Le bevacizumab est un anticorps monoclonal associé au doublet carboplatine + paclitaxel en cas de tumeur non épidermoïde [2-3]. Son adjonction dans un premier temps au protocole carboplatine + pacitaxel puis sa poursuite en monothérapie jusqu'à progression ou toxicité a montré un bénéfice en terme de survie [4]. **Un sous - dosage en carboplatine + paclitaxel associé à l'oubli de bevacizumab induit donc une perte de chance pour le patient en terme de survie.**

Actions d'amélioration mises en œuvre

Une REMED et organisée avec les médecins du service, la cadre de santé, un infirmier, trois pharmaciens et un préparateur en pharmacie. Elle conduit à proposer des mesures d'amélioration priorisées et mises en œuvre dans l'établissement selon un calendrier défini.

– Modification des libellés des protocoles de chimiothérapie avec ajout de la localisation du cancer

– Formalisation d'une check-list à valider avant lancement d'une fabrication et formation obligatoire de tout pharmacien intervenant sur l'activité de chimiothérapie

– Courrier à l'ANSM et à l'INCa pour maintenir les fiches de bon usage des médicaments anticancéreux dans les référentiels nationaux même lorsque les principes actifs ne sont plus facturés en sus du GHS. La diminution de leur coût liée à l'arrivée des génériques sur le marché ne doit pas être un critère de sélection pour ces agences.

– Actualisation trimestrielle du thésaurus des protocoles de chimiothérapie de l'hôpital en concertation avec le médecin oncologue et le pharmacien responsable du secteur pharmacotechnie

– Sollicitation du réseau franc-comtois de cancérologie ONCOLIE pour s'affilier à leur thésaurus de protocoles anticancéreux. Les établissements du réseau disposent du même logiciel de prescription, préparation et administration des chimiothérapies et d' un thésaurus de protocoles commun régulièrement actualisé.

Actions d'amélioration non retenues :

Aucune.

Liste des abréviations

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé

CBNPC : Cancer Bronchique Non à Petites Cellules

GHS : Groupe Homogène de Séjours

INCa : Institut National du Cancer

PTT : Protocole Thérapeutique Temporaire

RCP : Réunion de Concertation Pluridisciplinaire

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] DUFAY E et al. Revue des erreurs liées aux médicaments et aux dispositifs associés. Une méthode d'amélioration de la qualité Version 2008. SFPC ; 2010 : 1-76.
[2] Oncologik: Principes du traitement par chimiothérapie ou par thérapie ciblée. Cancer bronchique non à petites cellules. http://www.onkologik.fr consulté en ligne le 19/11/2012
[3] INCa: Cancers bronchiques et mésothéliomes pleuraux malins. Référentiels de bon usage hors GHS, version avril 2009.
[4] Sandler A, Gray R, Perry MC, Brahmer J, Schiller JH, Dowlati A, Lilenbaum R, Johnson DH. Paclitaxel-carboplatin alone or with bevacizumab for non-small-cell lung cancer. N Engl J Med. 2006 Dec 14;355(24):2542-50. Erratum in: N Engl J Med. 2007 Jan 18;356(3):318.

Annexe 31 : RMM REMED - Fiche HAS Certification 2011 - REMED

Cette fiche rappelle les différentes étapes d'un programme EPP et doit être utilisée pour renseigner chacune de vos démarches.

Programme EPP

Nom du programme : **Revue des erreurs médicamenteuses et des dispositifs associés -REMED**

Domaine / thématique choisie

Amélioration de la qualité des soins et prévention du risque iatrogène médicamenteux

Date de début de la démarche, durée, étapes intermédiaires…

2009 - 2011: participation de l'établissement à l'étude internationale MERVEIL, destinée à évaluer la méthode REMED. Cf PV CME 2009. Constitution d'un binôme référent: pharmacien + cadre de santé. Ils ont pour mission de préparer et conduire la REMED.
Pérennisation de la méthode par la poursuite des REMED au delà de l'étude et par son inscription dans une démarche continue d'amélioration de la qualité.

Mode de recueil et d'analyse des données

Déclaration de l'événement indésirable lié à une erreur médicamenteuse sur intranet, onglet " Evénement indésirable"
Réception de la déclaration par le service GREQ -Gestion des Risques et Evaluation Qualité-
Transmission au référent REMED, Dr E. DIVOUX.
Préparation de la REMED: constitution d'un groupe de travail pluridisciplinaire à l'initiative du référent, variable en fonction du thème abordé: médecin, pharmacien, sage-femme, cadre de santé, IDE, préparateur en pharmacie, ASH
Conduite de la REMED: utilisation du support "cahier de la REMED", identification des causes et des mesures d'amélioration, rédaction d'un compte rendu d'analyse approfondie et suivi des mesures d'amélioration. Cf mode opératoire QPR0013M-01.

Depuis 2009, 15 REMED ont été organisées
- 9 services de soins participants : Chirurgie, EHPAD, Médecine A et B, Pédiatrie, Pharmacie, Soins de longue durée, Urgences, USC
- 44 professionnels de santé participants : 13 médecins, 9 pharmaciens, 2 sage-femme, 9 cadres de santé, 5 IDE, 4 préparateurs en pharmacie, 2 ASH

Référence(s) et/ou recommandations utilisée(s)

SFPC 2009. REMED: une méthode d'amélioration de la qualité

Résultats en termes d'amélioration des pratiques
- 64 mesures d'amélioration ont été proposées et priorisées par les différents participants.
Le suivi de leur mise en œuvre est réalisé par le service de la GREQ, à l'aide de la fiche de réalisation des actions d'amélioration (annexe n°1 mode opératoire QPR0031M-01 et bilan des actions d'amélioration classeur EPP REMED).

Points forts observés, points à améliorer

Participation aux réunions de toutes les catégories de professionnels de santé
Réduction à terme du risque iatrogène lié aux médicaments et dispositifs médicaux
Amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins prodigués aux patients: optimisation des organisations

Développements ultérieurs envisagés
Systématisation des REMED en les intégrant dans les contrats qualité de chaque Pôle d'activité médicale du CHL.

Lien avec le programme pluriannuel d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins de l'établissement

Intégration des mesures d'amélioration dans la politique qualité et sécurité des soins de l'établissement

Actions de communication

Présentation annuelle du bilan des actions d'amélioration en Commission Sécurité Qualité des Soins

Professionnels engagés dans le programme

Référents REMED: pharmacien, cadre de santé
Participants: tout professionnel de santé de l'établissement

Annexe 32 : RMM - Fiche HAS Certification 2011 - RMM Cancérologie

Cette fiche rappelle les différentes étapes d'un programme EPP et doit être utilisée pour renseigner chacune de vos démarches.

Programme EPP

Nom du programme : REVUE DE MORBIDITE MORTALITE EN CANCEROLOGIE

Domaine / thématique choisie

La revue de mortalité et de morbidité (RMM), connue et utilisée par de nombreuses équipes a pour finalité l'amélioration continue de la qualité des soins et leur sécurisation.
Elle présente un intérêt pédagogique en favorisant l'accroissement des connaissances grâce au retour d'expérience réalisé et un intérêt éthique en se préoccupant du service rendu au patient grâce à la réflexion menée sur les conséquences des actes réalisés. Enfin, elle possède une action structurante sur les équipes en mettant en place une organisation réactive et apprenante entre les professionnels de santé qui se l'approprient.

Date de début de la démarche, durée, étapes intermédiaires…

18 avril 2011 : début, planification des thématiques et du calendrier
6 réunions de 2h hors RMM bilan

Mode de recueil et d'analyse des données

- Analyse des dossiers
- Présentation anonymisée des dossiers sous forme de diaporama
- Discussion des dysfonctionnements perçus ou avérés, analyse des évènements, propositions d'actions d'amélioration, identification d'un responsable par action et échéancier (date de début)

Référence(s) et/ou recommandations utilisée(s)

- recherche documentaire (AFSOS, fiche technique DMS, Vidal) pour chaque thématique traitée le cas échéant
Résultats en termes d'amélioration des pratiques

- Sécurisation de l'administration des chimiothérapie
- Clarification des conduites à tenir : CCI, prescriptions des facteurs de croissance, PEC des patients à risques
- Amélioration de la transmission et de la traçabilité des informations entre l'équipe de soins et le service de pharmacie
- Diminution des risques infectieux
- Diminution des risques de pertes financières due aux médicaments onéreux préparés et non administrés
- Optimisation des organisations de travail
- Amélioration des connaissances en regard des sujets traités
- Confiance et sérénité pour le patient et amélioration de sa qualité de vie : prévention des dysfonctionnements des CCI, des reports de cures, des infections
- Mise en adéquation du suivi médical avec l'activité ambulatoire du service
- Anticipation de la PEC des risques d'altération de l'état général des patients surtout les plus fragiles ou auxquels les protocoles les plus agressifs sont administrés
- Réduction des risques d'hospitalisation en inter cure (puisque anticipés) donc diminution potentielle des coûts|
- Optimisation du partage des informations issues des consultations d'annonce mises à disposition de l'équipe sur poste de travail informatique en salle de soins
- Communication accrue entre les différents professionnels impliqués dans la PEC des patients cancéreux
- Mise en œuvre de la procédure collégiale

Points forts observés, points à améliorer

POINTS FORTS
Véritable dynamique qualité-sécurité autour des RMM
Adhésion forte des praticiens et des paramédicaux
Culture d'équipe et outil de management et de communication
Approche pragmatique «Révélateur» de situations insatisfaisantes
Impact des RMM sur les pratiques
Articulation avec la certification des établissements

Développements ultérieurs envisagés

- Intégrer dans le programme 2012, la PEC des patients cancéreux en soins palliatifs, hospitalisés

Lien avec le programme pluriannuel d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins de l'établissement

Manuel de certification V2010-critère 28a "Mise en œuvre des démarches d'évaluation des pratiques professionnelles ", l'élément d'appréciation suivant : des analyses de la mortalité-morbidité sont organisées dans les secteurs de chirurgie, d'anesthésie-réanimation et de cancérologie.

- Mise en œuvre des RMM et respect des critères méthodologique HAS.
- Mise en place et suivi d'un plan d'action dans le cadre de l'amélioration des pratiques professionnelles (EPP)
- Évaluation de la RMM à un an après mise en place

Comme inscrit dans la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité(PAQS), les actions issues des RMM intégreront le programme PAQS 2012.

Actions de communication

Réunion de RMM (Compte rendu)
Information en CME pour le lancement
Communication du bilan annuel des RMM

Professionnels engagés dans le programme

Médecin N PETER
Pharmacien
Cadre Supérieur de santé M ABOUT
Infirmiers
Aides-soignants

RESUME DE LA THESE

L'évaluation des pratiques professionnelles est une démarche intégrée aux pratiques professionnelles des médecins du service de Médecine A du centre hospitalier de Lunéville. Les méthodes appliquées concernent plus particulièrement la réunion de concertation pluridisciplinaire, la revue de pertinence et la revue de morbidité mortalité. L'objectif de la thèse est de présenter l'application de ces trois méthodes dans la prise en charge du patient cancéreux. Sur une période allant de 2007 à 2012, l'activité médicale d'évaluation est analysée. Concernant les réunions de concertation pluridisciplinaire, elles ont été initiées en 2007 à l'occasion de la 2ème certification de l'établissement. A l'heure actuelle, elles s'effectuent en routine tous les 15 jours et la totalité des dossiers de patients bénéficie d'un passage en réunion avec un suivi des décisions supérieur à 90% après enquête.

Les revues de pertinence concernent les médicaments anticancéreux. Elles sont conduites annuellement dans le cadre du contrat de bon usage des produits de santé conclu avec l'agence régionale de santé de Lorraine. Le taux de conformité aux référentiels de pratiques cliniques issus de l'autorisation de mise sur le marché et des protocoles temporaires en pratique de l'institut national du cancer est supérieur à 95%. Concernant les revues de morbidité mortalité, la démarche est plus récente. Débutée en 2011, 7 revues ont été organisées dans l'année. Elles ont permis l'identification de 16 mesures d'amélioration dont 14 sont mises en œuvre et achevées à ce jour.

Ces 3 méthodes d'évaluation des pratiques professionnelles ont un caractère obligatoire auquel souscrit le centre hospitalier de Lunéville pour sa certification par la Haute autorité de santé.

TITRE EN ANGLAIS

Improvement of professional practices in oncology in a medical department –
The hospital of Lunéville experience.

THESE : MEDECINE GENERALE – ANNEE 2013

MOTS CLEFS

Amélioration des pratiques professionnelles, cancérologie, revue de morbidité mortalité, revue de pertinence, réunion de concertation pluridisciplinaire.

INTITULE ET ADRESSE

UNIVERSITE DE LORRAINE
Faculté de Médecine de Nancy
9, avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex