

Commission médicale d'établissement et  
direction de l'organisation médicale et des relations avec les universités de l'AP-HP

**Cellule d'appui CME pour les missions en matière de qualité et sécurité des  
soins (Qss) et de conditions d'accueil et prise en charge des usagers (CAPCU)**

**Réunion du 16 avril 2015, 17h30-19h30  
– Relevé de décisions –**

**Présents**

D <sup>r</sup> Anissa BELBACHIR	CLUD-SP
P <sup>r</sup> Loïc CAPRON	Président de la CME
P <sup>r</sup> Béatrice CRICKX	CME/RSMQ
D <sup>r</sup> Rémy COUDERC	CME
D <sup>r</sup> Nicolas DANTCHEV	CME – 3CU
D <sup>r</sup> Stéphane DAVID	DRH/DPC
D <sup>r</sup> Sandra FOURNIER	DOMU/EOH
M <sup>me</sup> Geneviève LADEGAILLERIE	DSAP
P <sup>r</sup> Philippe LECHAT	COMÉDIMS
P <sup>r</sup> André LIENHART	COVIRiS
M <sup>me</sup> Pauline MAISANI	DOMU/Q-GdR
P <sup>r</sup> Daniel SERENI	DRH/DPC
M <sup>me</sup> Catherine RAVIER	Cabinet CME
D <sup>r</sup> Elisabeth SCHOUMAN-CLAYES	DOMU
M. Fred SOPTA	CSIRMT
D <sup>r</sup> Jean-Fabien ZAZZO	CLAN

**Excusés**

M <sup>me</sup> Sophie BENTEGEAT	DPUA
D <sup>r</sup> Olivier HENRY	CME-3CU
Pr Jean-Claude MELCHIOR	CLAN
D <sup>r</sup> Isabelle NEGRE	CME
D <sup>r</sup> Marie-Laure PIBAROT	DOMU/Q-GdR
P <sup>r</sup> Gérard REACH	CME-Hospitalité
P <sup>r</sup> Christian RICHARD	CME/CLIN/CGRAS

**Invités**

P <sup>r</sup> Daniel VITTECOQ	COMAI
D <sup>r</sup> Cédric LEMOGNE	HUPO

- 1 Identification et prévention du risque suicidaire des patients (hors psychiatrie) :  
D<sup>rs</sup> Nicolas DANTCHEV et Cedric LEMOGNE, M<sup>me</sup> Marjorie OBADIA ;
- 2 Prescription en DCI, P<sup>rs</sup> Philippe LECHAT et Béatrice CRICKX ;
- 3 Campagne pour un bon usage des antibiotiques à l'AP-HP, Pr Daniel VITTECOQ.

**Le dernier CR est adopté.**

**1- Identification et prévention du risque suicidaire des patients (hors psychiatrie), D<sup>rs</sup> Nicolas DANTCHEV et Cedric LEMOGNE, M<sup>me</sup> Marjorie OBADIA**

Le D<sup>r</sup> DANTCHEV présente les travaux du groupe de travail « Identification et prévention du risque suicidaire des patients ».

L'incidence suicidaire est élevée, avec 12 000 décès environ par an en France. Plus de 5% des suicides surviennent en milieu hospitalier. Pour l'AP-HP, on recense environ 8 décès par an au cours des dernières années. Les données de la littérature indiquent qu'en hospitalisation on compte deux cas de décès par suicide pour 10 000 admissions.

Le risque suicidaire est accru en cancérologie, de même que pour les patients atteints de BPCO et de pathologies neurologiques.

L'analyse des dossiers indemnitaires (25 cas entre 1999 et 2014 sur 51 suicides recensés sur la période) soulève trois points d'attention : un défaut d'identification du risque suicidaire au début de la prise en charge, notamment aux urgences ; un déficit dans la surveillance ; une absence de précaution liée à l'état du patient et de son comportement (fenêtres non sécurisées).

La jurisprudence récente en la matière établit que la charge de la preuve incombe à l'établissement de santé, la responsabilité est donc par défaut engagée.

Il importe de former les personnels soignants sur l'interrogatoire du patient pour cerner avec tact le risque suicidaire, mais aussi sur la prise en charge qui doit suivre si ce risque est détecté. A cet égard le protocole de conduite à tenir de l'HEGP est intéressant. La présence d'un psychiatre de liaison sur le site est un atout important.

Les préconisations du groupe de travail sont les suivantes :

- 1- Faciliter l'identification et la prise en charge des situations à risque suicidaire ;
- 2- Sécuriser l'environnement, en particulier les ouvrants ;
- 3- Hospitaliser les patients à risque dans des organisations / structures adaptées ;
- 4- En cas de suicide, définir et préciser la conduite à tenir à tous les niveaux.

En termes de communication et de formation, le D<sup>r</sup> DANTCHEV présente l'affiche d'évaluation du risque suicidaire qui sera diffusée et précise qu'elle sera illustrée, sous réserve de financement, de courtes vidéos. Elle devra être intégrée, ainsi que les conduites à tenir, dans ORBIS. Le plan de sécurisation des ouvrants est à établir, en lien avec la DEFIP. Des normes de sécurité sont à intégrer dans le cahier des charges des travaux.

Le PCME demande que les outils de communication (affiches, vidéos, scénarii) soient finalisés et éventuellement intégrés dans un programme de DPC, avant présentation, pour validation, en CME et CSiRMT.

## 2 - Prescription en DCI, P<sup>rs</sup> Ph. LECHAT et B. CRICKX

A partir du 1<sup>er</sup> janvier 2015, toute prescription médicamenteuse doit mentionner la DCI.

Cette loi s'inscrit dans le contexte du Mediator. Elle poursuit deux objectifs : un objectif pédagogique rappelant au médecin la classe thérapeutique, avec les risques associés, et un objectif de promotion du générique.

Le passage à la DCI est plus complexe pour les médicaments non génériques, dont le nom de la molécule sera moins évocateur pour les médecins et le personnel infirmier. Les risques d'erreur et de confusion sont non négligeables si on passe sans transition du système actuel au système ne mentionnant que la DCI. La COMEDIMS et le P<sup>r</sup> B. CRICKX préconisent donc le double libellé en DCI et en nom de spécialité, au moins transitoirement,

A noter qu'au-delà de 2 molécules prescrites, le libellé de la DCI n'est pas requis.

Un travail a été conduit avec le CCS Patient, la DOMU et la COMEDIMS pour faire le point sur la capacité des versions informatiques actuelles à intégrer le libellé en DCI. Compte tenu des difficultés techniques et des délais pour faire évoluer les applications informatiques concernées, une saisie manuelle sera nécessaire au niveau de chaque PUI pour intégrer la DCI dans les prescriptions hospitalières et les ordonnances de sortie.

Deux principaux enjeux se dégagent : un enjeu d'apprentissage et un enjeu de solution informatique. Former les étudiants en médecine et les élèves infirmiers dans les IFSI est important pour progresser. Par ailleurs, il faut s'assurer que les éditeurs de logiciels réalisent les développements nécessaires à la prescription en DCI.

Le PCME demande que le sujet soit présenté en CSIRMT, afin de recueillir le point de vue des infirmiers.

Deux axes d'actions sont retenus :

- ⇒ information et formation obligatoires (P<sup>r</sup> Ph. LECHAT, M<sup>me</sup> Françoise ZANTMAN) ; voir si le lien avec le DPC est possible
- ⇒ suivre le volet informatique du dossier (P<sup>rs</sup> Ph. LECHAT et B. CRICKX)

Le PCME souhaite l'intégration d'un pharmacien dans la cellule QSS CAPCU.

## 3- Campagne pour un bon usage des antibiotiques à l'AP-HP, Pr Daniel VITTECOQ

Le P<sup>r</sup> VITTECOQ signale que le contexte est favorable pour refaire un plan sur le bon usage des antibiotiques à l'AP-HP (initiative de la ministre, du Président OBAMA...).

Un comité de pilotage a été mis en place. Une première réunion a eu lieu, la seconde se tiendra le 19 juin. Des groupes de travail ont été mis en place sur les thématiques suivantes :

- Rôle et missions des référents antibiotiques (respect des normes en vigueur en terme de mission et temps dédié, missions supplémentaires éventuelles, lien avec la COMAI...);
- Durées de traitement : enjeu important qu'il conviendra de valider avec les collégiales concernées ;
- Outils informatiques : intégration d'alertes à J3, J7 ;
- Analyse des consommations par site ;
- Implication des pôles dans le contrôle de la prescription, par ex. prescription ou validation obligatoire par un senior ;
- Plan de communication pour la réduction de la prescription d'antibiotiques.

L'enjeu de santé publique est majeur et mérite une communication forte, tant en interne qu'en externe à l'AP-HP. Le soutien de la CME et de la direction générale est important pour la mise en place d'une véritable politique antibiotique suivie ; il en est de même du temps médical dédié dans les GH et du développement de solutions informatiques facilitantes.

Le PCME estime que l'objectif formulé : « diminuer la consommation des antibiotiques » est négatif et peu porteur ; il demande que le choix des mots soit réfléchi pour s'assurer d'une communication porteuse. A une question du PCME, le Dr FOURNIER répond qu'il y a de nombreuses données dans la littérature pour étayer l'efficacité de la présence de référents antibiotiques tant en termes de différence de consommation que de résultats cliniques.

Un point d'étape de l'avancée de ces travaux est prévu en juin.