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

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

Réunion du 19 avril 2017, 17h30-19h
– Relevé de décisions –

Présents :

- M. Nour AMMAR-KHODJA — DSAP
- Dr Anissa BELBACHIR — CLUD-SP
- Dr Rémy COUDERC — CME
- Pr Béatrice CRICKX — CME/RSMQ
- Mme Dafne CRUCHON — CCSIRMT
- M. Jean-Eudes FONTAN — CME
- Pr Noël GARABÉDIAN — Président de la CME
- Dr Anne GERVAIS — Vice-présidente CME
- Pr Philippe LECHAT — COMÉDIMS
- Mme Pauline MAISANI — DOMU/Q-GdR
- Pr Jean-Claude MELCHIOR — CLAN
- Dr Marie-Laure PIBAROT — DOMU/Q-GdR
- Mme Catherine RAVIER — Cabinet CME
- Pr Christian RICHARD — CME/CLIN/CGRAS
- Pr Daniel VITTECOQ — COMAI
- Dr Jean-Fabien ZAZZO — CLAN

Excusés :

- Mme Sophie BENTEGEAT — DPUA
- Mme Véronique BINET-DECAMPS — DOMU/Q-Certification
- Dr Marie BORNES — CME
- Dr Nicolas DANTCHEV — CME/CVH
- Dr Stéphane DAVID — DRH/DPC
- Dr Sandra FOURNIER — DOMU/EOH
- Dr Nadia ROSENCHER — Hémovigilante /DOMU
- Pr Daniel SERENI — DRH/DPC
- Dr Laurent TRELUYER — DSI
- M. LAURENT VAUTIER — CSIRMT
- Dr Pascale VINANT
- Mme Françoise ZANTMAN — DSAP

Invités :

- M. Richard AGNETTI
- Pr Denis DEVICTOR
- Dr Christine MANGIN

1. La médiation à l'AP-HP – Enjeux et perspectives 2017, Pr Denis DEVICTOR, coordonnateur des médiateurs médicaux de l'AP-HP
2. Les priorités du CLAN : état d'avancement ; Dr Jean-Fabien ZAZZO et Pr Jean-Claude MELCHIOR
3. Questions diverses
   - Projet d'association des retraités bénévoles de l'AP-HP, Mme Sophie BENTEGEAT

Le compte rendu de la séance précédente est validé.

En introduction, le président de la CME remercie le Dr Marie-Laure PIBAROT pour tout le travail réalisé au sein de la cellule QSS & CAPCU.

1. La médiation à l'AP-HP – Enjeux et perspectives 2017, Pr Denis DEVICTOR, coordonnateur des médiateurs médicaux de l'AP-HP

Qu'est-ce que la médiation ?

La médiation a pour objectifs de renouer la confiance perdue avec le patient ou son entourage et d'apaiser les conflits à l'amiable. D'après un article du *JAMA* de 2014, le nombre de contentieux a diminué aux États-Unis depuis l'introduction de la médiation.
Le médiateur est un interlocuteur « neutre, indépendant et impartial ». Il prend le temps de l'écoute et se doit d'énoncer les droits du patient ou de son entourage. Il doit donc doit être formé à la médiation.

Le médiateur doit répondre dans les 6 jours après sa saisine. Une médiation peut être réalisée même si un contentieux est en cours. La médiation devrait être proposée très tôt devant un risque de rupture de communication avec un patient ou son entourage, elle représente aussi un soutien pour les professionnels concernés.

Le décret du 1er juin 2016 fixe la composition de la commission des usagers (CDU). Les médiateurs et leurs suppléants en font partie, à côté du représentant légal de l'établissement et de deux représentants des usagers et de leurs suppléants désignés par l'ARS. Le président est élu pour 3 ans renouvelables 2 fois. Les missions de cette commission sont la surveillance des ÉIG, les projets qualité et sécurité des soins, la mesure de la satisfaction des usagers. Elle est consultée pour le projet avec les usagers et le projet d'établissement. Elle travaille avec les bénévoles et les associations. Cette commission est une opportunité pour le développement du rôle des médiateurs.

Évaluation de la médiation en 2016 à l'AP-HP

Le nombre des réclamations augmente tous les ans. En 2015, 6 136 réclamations ont été reçues à l'AP-HP. 174 médiations ont eu lieu : 3 % des réclamations ont donné lieu à une médiation. Le chiffre moyen en Île-de-France est de 5 %. Les principaux motifs sont la contestation du diagnostic, les problèmes relationnels avec les professionnels, l'information du patient et de sa famille, les accidents thérapeutiques.

Les aspects positifs de la médiation en 2016 à l'AP-HP : les médecins et les cadres des unités de soins, les CRUA sont les premiers médiateurs et jouent un rôle essentiel de prévention des conflits. Les médiateurs désignés ont tous été formés à leurs missions.

Des aspects négatifs peuvent être identifiés : la médiation est mal connue de l'ensemble des professionnels mais également des patients et de leur entourage. Son bénéfice est mal évalué et il persiste une suspicion sur son efficacité.

Objectif 2017 : la promotion de la médiation

Les pistes d'améliorations pour 2017 sont les suivantes : faire connaître la médiation des professionnels (présentation en CME, CMEL, conseil de pôle…) et des usagers (groupe de travail des usagers sur ce sujet, internet, dépliants), mieux collaborer avec les représentants des usagers (formation à la médiation), aller « chercher » les médiations (CDU restreintes, communications auprès des collègues, rencontre avec les CRUA), diversifier les missions (démarche de prévention des conflits).

Un travail est déjà en cours avec les représentants des usagers pour élaborer des outils de communication et pour proposer un *kit* à l'usage des médiateurs pour une présentation en CMEL et aux pôles. Proposer une saisine plus facile des médiateurs est également une piste de réflexion : en effet, actuellement, cette saisine est réalisée par les représentants des usagers.

Des pistes d'actions sont évoquées durant le débat : afficher les coordonnées des médiateurs à côté de celles des représentants des usagers dans les services de soins mais également sur le site internet de l'AP-HP ; rendre disponible l'information sur la médiation sur le site internet de l'AP-HP dès la réponse à une réclamation, sur les applications AP-HP en cours de déploiement lors de la préadmission en ligne. La formation des représentants des usagers à la médiation permettrait d'envisager des « binômes » médiateur-représentants des usagers.

2. Les priorités du CLAN : état d'avancement - Dr Jean-Fabien ZAZZO et Pr Jean-Claude MELCHIOR

Après avoir confirmé la prévention des troubles nutritionnels dans les 10 axes du programme d'amélioration de la QSS & CAPCU 2017-2020, le bilan des actions prioritaires est réalisé.

Améliorer le dépistage des troubles nutritionnels à l'admission : l'objectif est d'atteindre une augmentation de 50 % en 4 ans pour le niveau 3 de l'indicateur de dépistage des troubles nutritionnels (poids noté à l'admission + IMC + variation de poids avant admission). Les résultats des indicateurs nationaux de la campagne 2016 montrent une augmentation de 12,5 % pour l'ensemble de l'AP-HP (18 % en MCO, 31 % en SSR et 59 % en psychiatrie). Le triptyque d'aide au diagnostic, à l'orientation et au codage des troubles nutritionnels chez l'adulte a été diffusé une deuxième fois et un triptyque pour la pédiatrie est en cours de diffusion.

Adapter le dossier-patient *ORBIS* : les données biométriques de l'adulte sont disponibles dans le dossier-patient *ORBIS* depuis décembre 2016, et les données biométriques pour l'enfant ainsi que les courbes de croissance seront disponibles pour l'été 2017.

Le plan personnalisé de soins en cancérologie et chirurgie majeure est programmé : dépister et prendre en charge la dénutrition. Les sites pilotes volontaires ont commencé le déploiement de la consultation de nutrition-diététique en chirurgie digestive. Une fiche d'autodiagnostic sur la nutrition existe, traduite en 21 langues, avec un verso pour le consultant et un recto pour le médecin qui permet la « stratification du risque nutritionnel ». Les premiers résultats montrent un taux de 97,5 % de remplissage par les patients, avec une perte de poids signalé par 99 % d'entre eux, aucune prise de poids au moment de la consultation et une sous-évaluation de près de 30 % de la dénutrition. En parallèle, 52 CRH

ont été étudiés : dans près de 20 % des cas, il existe une dénutrition non codée mais présente. Cette sous-estimation de la dénutrition lors du codage est une perte financière importante pour l'AP-HP.

Le déploiement dans les consultations de cancérologie pilotes est en cours.

Les projets du CLAN à soutenir et à intégrer dans les projets d'établissement sont : la réduction du jeûne nocturne, supérieur à 13 heures actuellement, l'auto-questionnaire nutritionnel dans le dossier de préadmission en ligne, la création d'une unité transversale de nutrition par GH et la promotion des coopérations des professionnels entre eux dans les GH.

Deux dossiers sont à suivre : la prise en charge des troubles du comportement alimentaire avec une mission en cours et la nutrition parentérale « à la carte » à l'AP-HP avec mutualisation en Île-de-France.

3. Questions diverses

- **Projet d'association des retraités bénévoles de l'AP-HP, Mme Sophie BENTEGEAT**

  Ce projet est issu d'un double constat : il existe des besoins d'activité de bénévolat non couverts et une demande de professionnels de l'AP-HP en retraite pour poursuivre une activité utile. Il s'agit de créer une association de bénévoles avec des missions d'information, d'animation, d'accompagnement. Une restriction sera posée : ne pas exercer de bénévolat sur le dernier site d'activité professionnelle.

- **Thématiques QSS & CAPCU à débattre en cellule QSS & CAPCU et à la CME :** le calendrier des présentations est mis à jour.