

Commission médicale d'établissement et
direction de l'organisation médicale et des relations avec les universités de l'AP-HP
**Cellule d'appui de la CME pour les missions en matière de qualité et sécurité des soins (Qss),
et de conditions d'accueil et prise en charge des usagers (CAPCU)**

**Réunion du 14 juin 2017, 17h30-19h
– Relevé de décisions –**

Présents :

- | | |
|---------------------------------------|----------------------|
| • M. Nour AMMAR-KHODJA | DSAP |
| • D ^r Anissa BELBACHIR | CLUD-SP |
| • P ^r Béatrice CRICKX | CME/RSMQ |
| • M ^{me} Dafné CRUCHON | CSIRMT |
| • P ^r Noël GARABEDIAN | Président de la CME |
| • P ^r Philippe LECHAT | COMÉDIMS |
| • M ^{me} Pauline MAISANI | DOMU/Q-GdR |
| • D ^r Christine MANGIN | DOMU/Q-GdR |
| • P ^r Jean-Claude MELCHIOR | CLAN |
| • M ^{me} Catherine RAVIER | Cabinet CME |
| • P ^r Christian RICHARD | CME/CLIN/CGRAS |
| • D ^r Nadia ROSENCHER | Hémovigilante / DOMU |
| • P ^r Daniel SERENI | DRH/DPC |
| • D ^r Catherine TESSIER | CLAN |

Excusés :

- | | |
|---|----------------------|
| • M ^{me} Sophie BENTEGEAT | DPUA |
| • M ^{me} Véronique BINET-DECAMPS | DOMU/Q-Certification |
| • Dr Marie BORNES | CME |
| • D ^r Rémy COUDERC | CME |
| • D ^r Nicolas DANTCHEV | CME/CVH |
| • D ^r Stéphane DAVID | DRH/DPC |
| • Dr Jean-Eudes FONTAN | CME |
| • D ^r Sandra FOURNIER | DOMU/EOH |
| • D ^r Anne GERVAIS | Vice-présidente CME |
| • D ^r Laurent TRÉLUYER | DSI |
| • M. LAURENT VAUTIER | CSIRMT |
| • D ^r Pascale VINANT | |
| • P ^r Daniel VITTECOQ | COMAI |
| • M ^{me} Françoise ZANTMAN | DSAP |

Invitées :

- M^{me} Anne-Claude LE-VOYER
- M^{me} Marie GUERRIER

Ordre du jour :

- Exposé de la mission « Organisation de la prise en charge des troubles des conduites alimentaires (TCA) à l'AP-HP » - P^r Jean-Claude MELCHIOR
- Identitovigilance (P^r Béatrice CRICKX, M^{me} Marie GUERRIER)
- Questions diverses :
 - Articulation entre les CLUD et les centres de traitements et de prise en charge de la douleur
 - Thématiques QSS & CAPCU à présenter en cellule QSS & CAPCU et à la CME

Le compte rendu de la séance précédente est validé.

1. Exposé de la mission sur l'organisation de la prise en charge des troubles des conduites alimentaires (TCA) à l'AP-HP - P^r Jean-Claude MELCHIOR

Mission importante dont l'objectif est de rendre lisibles et visibles les activités réalisées sur ce sujet à l'AP-HP.

Données cliniques

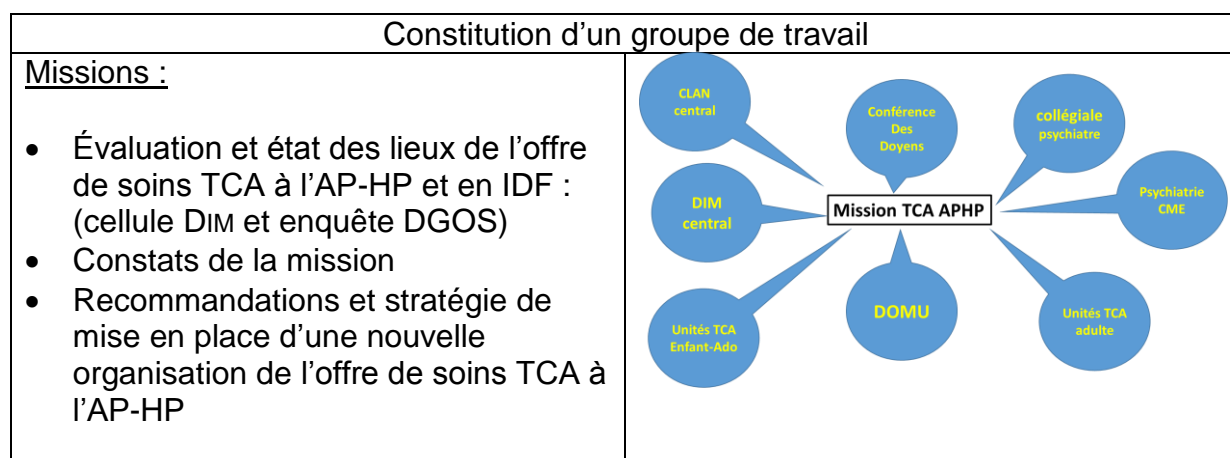
Les TCA constituent une entité pathologique psychiatrique. Il s'agit d'une pathologie chronique. Il existe un continu temporel entre l'anorexie mentale restrictive (AMR) et l'anorexie mentale boulimique vomisseuse (AMBV). La double atteinte somatique et psychiatrique explique la gravité de ces pathologies. Le début se situe le plus souvent à l'adolescence, avec 2 pics, 15 ans et 19 ans, mais existe aussi à tout âge. Il faut 2 à 4 ans de prise en charge pour obtenir une rémission durable. Il s'agit de la plus grave des pathologies psychiatriques, avec une mortalité 12 fois plus importante que dans la population du même âge. C'est une des premières causes de décès entre 15 et 25 ans chez les femmes. Lorsqu'un adolescent est hospitalisé, le pronostic est équivalent à la maladie de Hodgkin. La mortalité est de 5 à 10 % à 10 ans

Données épidémiologiques

Les TCA touchent 1 à 3 % de la population (9F/1H). Il existe une augmentation de l'incidence depuis 1930, dans laquelle le meilleur dépistage a une influence.

Constat en Île-de-France : Pour une population de 12 millions d'habitants, 180 000 cas sont recensés chez les femmes et 19 000 cas chez les hommes. Les formes sub syndromiques sont estimées à 600 000 cas. Les nouveaux cas sont de 7 pour 100 000 habitants/an pour l'anorexie mentale et de 14 pour 100 000 habitants/an pour la forme boulimique. Ce qui fait respectivement 850 nouveaux cas et 1 500 nouveaux cas.

Méthodologie du travail



Évaluation activité TCA à l'AP-HP (requête PMSI-DIM central et enquête DGOS/R4/2017/30) :

L'activité a été évaluée à partir des codages des séjours en hospitalisation complète et hospitalisation de jour entre 2013 et 2015. Les secteurs d'activité retenus sont les activités de MCO, pédiatrie et psychiatrie. L'activité est stable durant la période étudiée

En Île-de-France :

Anorexie		
File active : 2 114 patients		704 patients / an
Séjours (HC)	MCO	1 411 séjours / an
	Psy	982 séjours / an
Boulimie		
File active: 1886 pts		628 patients /an
Séjours (HC)	MCO	1 291 séjours / an
	Psy	591 séjours / an

11 à 14 % des séjours et des patients sont dans les deux champs. Peu de patients sont hospitalisés au regard des chiffres attendus.

En 2014, l'AP-HP représentait 52 % des séjours de l'Île-de-France. Les services hors AP-HP « significatifs » sont : l'Institut mutualiste Montsouris (pédopsychiatrie) et le CH Ste-Anne.

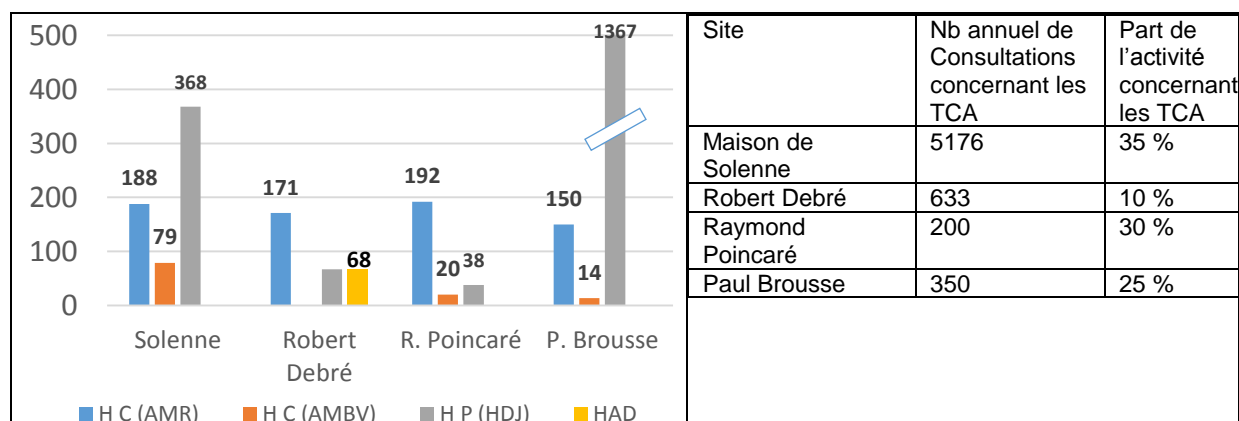
À l'AP-HP

	Adultes	Enfants	DMS (en jours)
AMR (file active)	462 (72 %)	181 (28 %)	De 17 à 29 jours
AMBV (file active)	486 (82 %)	107 (18 %)	De 9 à 11 jours
Total TCA	948 (77 %)	288 (23 %)	

Où est réalisée cette activité?

4 sites réalisent 82 % des séjours de l'AP-HP (cf. figure ci-dessous).

Les consultations n'étant pas codées, elles ne sont répertoriées de manière fiable. Aucun service n'a d'activité exclusive sur cette thématique.



D'autres sites représentent 7 % de l'activité AP-HP (Bicêtre, Ambroise-Paré, Jean-Verdier, Necker, Trousseau).

Les séjours en urgences et réanimation représentent 4,6 % de l'activité TCA de l'AP-HP et sont probablement sous-codés

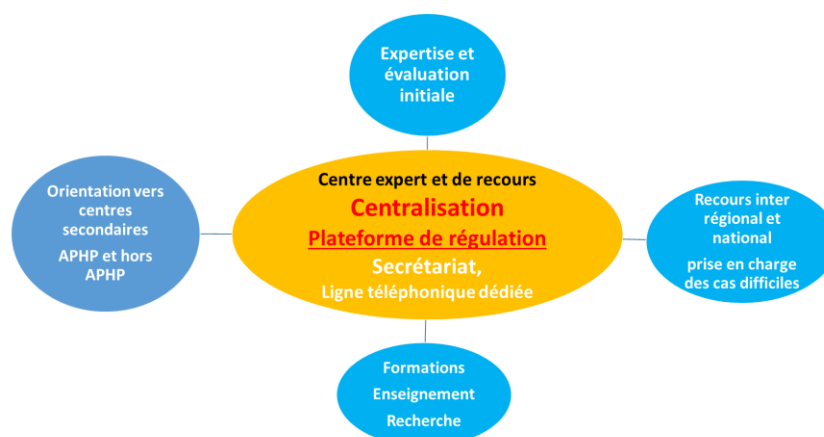
Les séjours en maternité (Cochin, 30 séjours en 2015) sont à prendre en compte dans l'organisation qui sera proposée afin de ne pas transporter les patientes 30 % des patients entrent dans les soins par les urgences, ce qui est un indicateur de dysfonctionnement de la filière de soins.

Constats du groupe de travail

- L'offre de soins est hautement qualifiée et spécialisée à l'AP-HP.
- L'AP-HP propose une expertise et un recours inter régional et national dans 3 axes :
 - les anorexies pré pubères et de la petite enfance ;
 - les complications somatiques graves et la dénutrition ;
 - les soins sous contrainte des patients en refus de soins.
- L'offre de soins est insuffisante (manque de personnel médical et de lits) avec un manque de lisibilité.
- Les délais de prise en charge sont trop longs (1^{er} RV 6 à 8 semaines) et les urgences sont un mode d'entrée dans la filière pour 30 % des malades.
- Les consultations en ambulatoire sont insuffisantes, non évaluées, non comptabilisées et insuffisamment valorisées.
- La prise en charge ambulatoire en HDJ est un des volets très important du soin. Il existe un besoin de développement avec une mutualisation nécessaire.
- Les équipes dédiées sont trop petites.
- Les activités de recherche clinique et d'enseignement existent, diluées dans les thématiques prioritaires des services « hébergeant ». Une fédération entre les structures est nécessaire.
- Il existe des liens et des partenariats entre les structures en Île-de-France.

Recommandations du rapport de mission

- 1- Proposition de la création d'un « centre d'expertise et de recours des troubles des conduites alimentaires à l'AP-HP » ainsi qu'une plateforme de régulation et de coordination des parcours de soins.



2 - Mieux valoriser cette activité :

- dans les unités de surveillance continue (codage) ;
- mutualisation des HDJ ;
- inclure « l'unité de recours » dans la base nationale d'évaluation des coûts ;
- discussion avec ARS pour obtenir MIGAC, activité de recours et reconnaissance centre expert ;
- reconnaissance « maladies rares » pour anorexie des petits enfants.

Le président de la CME remercie pour le travail réalisé et propose que le travail se poursuive pour aboutir à une proposition concrète et des conseils précis d'organisation qui fera l'objet d'une présentation en CME.

2. Identitovigilance (P^r Béatrice CRICKX, M^{me} Marie GUERRIER)

Contexte : un enjeu de sécurité pour le patient.

- Le module d'enregistrement des identités (B1) d'ORBIS en cours de déploiement sur tous les sites de l'AP-HP.
 - Le nombre de doublons est de 291 348 au 16 mai 2017 avec 7,8 millions d'identités soit 3,73 %. Le risque de l'existence de doublons est la perte de données médicales.
- Le déploiement de la GAM avec la généralisation de la pré-admission va dématérialiser l'enregistrement de l'identité et nécessiter une modification des organisations internes dans les GH.
- Il existe plusieurs événements indésirables liés à des problèmes de non-concordance entre le patient, la prescription et l'acte.

Principales actions menées dans le cadre de la CIV centrale (mises en place à l'automne 2015)

1 - Gestion des fusions

- Mise en place d'une cellule de fusion au siège (350 000 fusions depuis mi-février 2016)
- Organisation interne au GH : 96 000 fusions depuis mi-février 2016 (CIV GH)

2 – Formation

- Formations de formateurs (avec le CFTA) organisées en janvier et février 2017 :
 - 300 stagiaires accueillis : responsables des admissions, cadres de santé, médecins
- Réalisation d'un kit pédagogique à destination des formateurs relais :
 - diaporama, quizz, vidéos de sensibilisation sur confirmation de l'identité ; concordance patient/prescription/acte ; que faire en cas de doublons ?
- Recommandation d'une généralisation des REX sur des erreurs d'identification

3 - Information et communication

- Rédaction et diffusion d'un guide de procédures d'identitovigilance à l'accueil du patient et dépliant synthétique.
- Réalisation et diffusion d'un livret de recommandations en matière de concordance patient/prescription/acte.
- Affiches sur la présentation de la pièce d'identité et sur le port du bracelet.
- Dossier identitovigilance sur portail *AP-HP Management*.

Enjeux d'actualité

- Le déploiement des formations dans tous les sites
 - Public cible : personnels enregistrant les identités, soignants et médecins (concordance)
 - Mise en place de comités de pilotage dans les GH
- Le respect de la confidentialité
 - Expression des besoins en matière de confidentialité : une analyse technique de faisabilité est en cours
 - Restriction des habilitations à l'enregistrement des identités : mise en place d'une commission centrale des habilitations
 - Sensibilisation des personnels sur les obligations liées au secret médical et professionnel avec des sanctions en cas de non respect
- La communication ciblée sur :
 - la nécessité de confirmer les identités pour une sécuriser le dossier patient ;
 - l'association du patient pour lui faire vérifier la saisie de son identité et lui demander de signaler toute erreur ;
 - le projet de mise en place d'une carte AP-HP institutionnelle.

3 – Questions diverses

- Articulation entre les CLUD et les centres experts de traitement de la douleur (CETD : les rôles, missions et responsabilités mutuelles de ces 2 structures doivent s'articuler : prévoir une présentation en cellule QSS & CAPCU
- Thématiques QSS & CAPCU à débattre en cellule QSS & CAPCU et à la CME : le calendrier des présentations est mis à jour.