

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 20 septembre 2017, 17h30-19h

– Relevé de décisions –

Présents :

- D^r Anissa BELBACHIR CLUD-SP
- P^r Béatrice CRICKX CME/RSMQ
- M^{me} Dafne CRUCHON CSIRMT
- M. Jean-Eudes FONTAN CME
- P^r Noël GARABÉDIAN Président de la CME
- D^r Anne GERVAIS Vice-présidente 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. Loïc MORVAN DSAP
- D^r Édith PEYAUD-DEBAYLE HémoVigilance/DOMU
- M^{me} Catherine RAVIER Cabinet CME
- P^r Christian RICHARD CME/CLIN/CGRAS
- D^r Catherine TESSIER CLAN
- D^r Pascale VINANT
- P^r Daniel VITTECOQ COMAI

Excusés :

- M. Nour AMMAR-KHODJA DSAP
- M^{me} Sophie BENTEGEAT DPUA
- M^{me} Véronique BINET-DECAMPS DOMU/Q-Certification
- D^r Marie BORNES CME
- D^r Rémy COUDERC CME
- D^r Stéphane DAVID DRH/DPC
- D^r Sandra FOURNIER DOMU/EOH
- D^r Laurent TRÉLUYER DSI
- M. LAURENT VAUTIER CSIRMT
- M^{me} Françoise ZANTMAN DSAP

Invitées :

- M^{me} Anne-Claude LE-VOYER
- M^{me} Marie GUERRIER
- M. Marc DUPONT
- M^{me} Magali RICHARD-PIAUGET
- P^r Serge PERROT
- D^r Isabelle NÈGRE
- D^r Sylvia PONTONE

Tous les travaux de la cellule Qss & CAPCU sont disponibles sur le site de la CME

<http://cme.aphp.fr/taxonomie-qualite-securite/qualite-securite>

Ordre du jour

- Point d'actualité sur la fin de vie – P^r Sadek BELOUCIF, M. Marc DUPONT (direction des affaires juridiques)
- Centres d'évaluation et de traitement de la douleur (CETD) et articulation avec les CLUD-SP - P^r Serge PERROT
- Responsabilité médicale – Bilan de l'année 2016 – M^{me} Marie GROSSET – M^{me} Magali RICHARD PIAUGER (direction des affaires juridiques)
- Questions diverses :
 - Thématiques QSS & CAPCU à présenter en cellule QSS & CAPCU et à la CME

*

Le compte rendu de la séance précédente est validé.

1. Point d'actualité sur la fin de vie – P^r Sadek BELOUCIF, M. Marc DUPONT

Le 2 juin 2017, le Conseil constitutionnel a rendu une décision portant sur la constitutionnalité de certaines dispositions de la loi du 2 février 2016 sur la fin de vie ».

« S'agissant d'une décision d'arrêt ou de limitation de traitements de maintien en vie conduisant au décès d'une personne hors d'état d'exprimer sa volonté, le droit à un recours juridictionnel effectif impose que cette décision soit notifiée aux personnes auprès desquelles le médecin s'est enquis de la volonté du patient ».

Cette notification à la personne de confiance, la famille et les proches, doit être réalisée *« dans des conditions leur permettant d'exercer un recours en temps utile ».*

Concrètement, les personnes « auprès desquelles le médecin s'est enquis de la volonté du patient » doivent à la fois :

- être informées de la décision prise, oralement (= notification) ;
- être mises en mesure d'exercer un recours en temps utile s'il existe une contestation de cette décision.

En attente d'éventuelles indications ministérielles ou de la HAS sur ce sujet, la proposition est la suivante.

- Toute décision de limitation ou arrêt de traitement d'une personne n'étant pas en état de manifester sa volonté doit être tracée dans son dossier médical, en formalisant les motifs de la décision.
- La notification de cette décision doit être effectuée dans le cadre d'un entretien entre le médecin et les personnes auprès desquelles il s'est enquis de la volonté du patient : selon le cas, personne de confiance, famille ou proches.
- Cette notification orale doit être impérativement tracée dans le dossier médical. Elle est l'occasion d'informer ces personnes des différentes voies permettant de parvenir à un consensus (selon le cas, nouvelles discussions, recours au médiateur médical, à un aumônier, etc.) et en cas de désaccord persistant, de l'ultime possibilité consistant à saisir le juge.

Discussion

- Rappel des attendus de la démarche : recherche et respect des directives anticipées, de l'avis de la personne de confiance et du caractère collégial de la décision. Cette procédure collégiale doit être tracée également.
- Il n'existe pas dans Orbis une alerte « ne pas réanimer ».
- Dans les pratiques des services, la collégialité inclut l'avis des proches. La « nouveauté » est une information formelle de la décision finale, sans oublier de prendre en compte les conflits familiaux.
- Il est nécessaire dans les recommandations à venir d'inclure un volet spécifique pour la pédiatrie.

Il est décidé de faire une information sur ce sujet à la prochaine CME.

2. Centres d'évaluation et de traitement de la douleur (CETD) et articulations avec les CLUD-SP – P^r Serge PERROT

Deux contextes douloureux existent : la douleur aiguë, signe d'alarme et la douleur chronique qui est une maladie selon le modèle bio-psycho-social. Les approches thérapeutiques sont également différentes, avec une approche multidimensionnelle pour la douleur chronique : approche fonctionnelle, sociale et psychique.

Dans les traitements de la douleur, trois structures coexistent, selon la douleur et les objectifs : les départements d'anesthésie-réanimation, les comités de lutte contre la douleur (CLUD) et les CETD (avec les consultations). Les CETD ne prennent en charge que les douleurs chroniques.

La loi du 4 février 1995 (loi NEUWIRTH) initie la prise en charge obligatoire de la douleur dans les établissements de santé. De la loi du 4 mars 2002 (loi KOUCHNER) découlent la création des consultations, unités et centres de la douleur ainsi que la mise en place des CLUD. Il existe des sociétés savantes (IASP – 8 000 membres- et française SFETD – 1 200 membres). En 2012, l'ARS met en place une labellisation des structures douleur en 2 niveaux : consultation et centre. Il existe 254 structures labellisées en France et en Île-de-France, 15 centres et 17 consultations. La labellisation impose l'obtention de la capacité douleur pour les médecins y exerçant.

Les comités de lutte contre la douleur (CLUD)

Le CLUD travaille en collaboration effective et permanente avec la direction de l'établissement et la CME ainsi qu'avec les services cliniques, la pharmacie et les services administratifs et techniques. Il n'a pas *stricto sensu* pour mission d'assurer directement la prise en charge de la douleur qui relève des services cliniques et des structures spécialisées de traitement de la douleur. Ses responsabilités sont :

- de proposer les orientations les mieux adaptées à la situation locale et qui doivent figurer dans le projet d'établissement ;
- de coordonner au niveau de l'ensemble des services de l'établissement toute action visant à mieux organiser la prise en charge de la douleur ;
- d'aider au développement de la formation continue des personnels médicaux et paramédicaux de l'établissement ;
- de susciter le développement de plans d'amélioration de la qualité pour l'évaluation et le traitement de la douleur.

À l'AP-HP, il existe un CLUD dans chaque GH et un CLUD central pour coordonner les actions, en lien avec les soins palliatifs : le CLUD –SP.

Les structures douleur

Les structures douleur (CETD) sont de 2 niveaux (ARS 2017) : les consultations et les centres. La prise en charge est pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire. Des lits d'hospitalisation sont accessibles.

Il y a à l'AP-HP, 18 structures douleur financées par des MIG.

- 6 CETD : Cochin-HTD, Lariboisière, Saint-Antoine, Ambroise-Paré, Bicêtre, Trousseau ;
- 8 consultations : Pitié-Salpêtrière, Bichat, HEGP, Avicenne, Saint-Louis, Necker, Tenon, Henri-Mondor ;
- 4 consultations avancées : Rothschild, Beaujon, Garches, Corentin-Celton

Il est recommandé d'adresser le patient vers un centre spécialisé en cas d'évolution insatisfaisante malgré une évaluation et un traitement adapté, ou en cas de doute diagnostique. Les recommandations de la HAS (2008) décrivent les étapes de la démarche permettant d'éviter les recours injustifiés, de préparer la demande de consultation spécialisée, de standardiser l'évaluation de la douleur, de transmettre les éléments essentiels au médecin demandeur. À l'issue de l'évaluation trois options sont possibles :

- réorienter le patient vers le médecin demandeur en l'informant des raisons de ce choix ;
- assurer la prise en charge au sein de la structure spécialisée, en accord avec le patient et en coordination avec le médecin traitant ;
- orienter le patient vers une autre structure spécialisée.

Discussion

La prise en charge de la douleur est de la compétence de la CME et est de ce fait un sujet qui relève de la QSS & CAPCU. Elle doit être associée à la définition de nouvelles organisations. La sous-commission *Structures et stratégie*, la cellule QSS & CAPCU et le CLUD central doivent travailler ensemble.

Les CLUD et structures de la douleur sont en lien étroit, et des mêmes personnes y travaillent. Par ailleurs, il existe dans les services de soins des référents douleur qui sont appelés en cas de besoin, qui font partie du CLUD et des équipes mobiles douleur.

Il ne peut y avoir de concurrence entre les CLUD et les CETD et il n'existe pas de CETD dans chaque hôpital. Ne pourrions-nous pas penser un système global de prise en charge de la douleur où chacun a une responsabilité définie ?

Il est décidé de clarifier les rôles, missions et articulations des différentes structures et organisation de la prise en charge de la douleur d'ici le mois de décembre afin d'en faire une présentation en CME.

3. Responsabilité médicale – Bilan de l'année 2016 – M^{me} Marie GROSSET, M^{me} Magali RICHARD-PIAUGER (direction des affaires juridiques)

L'année 2016 a été marquée par une augmentation des réclamations indemnitaires de 21 % par rapport à 2015 : 676 nouveaux dossiers en 2016 contre 558 en 2015. Il n'y a pas de judiciarisation à outrance en regard du nombre d'actes et d'hospitalisations ;

Comme pour les années précédentes, les procédures amiables (53 % internes à l'AP-HP et 29 % devant la CCI) priment sur les procédures contentieuses. Les motifs attachés aux réclamations sont aussi constants :

- les patients sont toujours en quête d'une demande d'explications sur les conditions de leur prise en charge ;
- l'un des critères favorisant les recours indemnitaires reste celui des problèmes diagnostics ;
- les dossiers, médicalement de plus en plus complexes, confirment les attentes des patients en matière d'information médicale tout au long de la prise en charge.

L'année 2016 reste dans la même ligne que les années précédentes. La chirurgie orthopédique et traumatologique est la spécialité la plus exposée puisqu'elle comptabilise 135 dossiers, ce qui représente 20 % des réclamations indemnitaires de 2016. Les infections nosocomiales expliquent cette exposition.

Les spécialités les plus concernées pour 2016 sont les urgences, la chirurgie digestive (avec une augmentation de la chirurgie bariatrique), l'anesthésie réanimation, la gynécologie et la chirurgie thoracique, cardiaque et vasculaire.

En raison de la nature plus technique des dossiers et des débats souvent axés sur les indications opératoires et les techniques utilisées, la cellule des médecins conseils a été étoffée, dans les domaines suivants :

- chirurgie générale, digestive, viscérale, endocrinienne, hépato-bilio-pancréatique et transplantation hépatique, chirurgie d'urgence ;
- chirurgie thoracique et cardio-vasculaire ;
- chirurgie orthopédique pédiatrique ;
- urologie ;
- stomatologie et chirurgie maxillo-faciale ;
- anesthésie réanimation ;
- chirurgie gynécologique ;
- radiologie – imagerie adultes et enfants, car il existe un nombre important de dossiers dans lesquels des questions d'interprétation d'imagerie se posent.

En 2016, 73 réclamations ont fait suite à des décès de patients, soit 11 % des réclamations. Les autres dommages retenus par les médecins-conseils suite à leur expertise (sachant qu'un patient peut avoir subi plusieurs dommages) se répartissent de la façon suivante en 2016 : séquelles de l'appareil locomoteur, séquelles douloureuses, séquelles esthétiques, séquelles neurologiques. Cette répartition est semblable à celle de 2015 : la chirurgie orthopédique reste la spécialité la plus accidentogène.

En 2016, l'AP-HP a versé 15,4 M€ au titre de l'indemnisation des accidents médicaux. Si les montants versés par l'institution sont relativement constants d'une année sur l'autre malgré une légère augmentation au global, c'est dans le cadre des procédures contentieuses que les montants restent les plus importants.

En 2016, 13 dossiers ont donné lieu à une indemnisation versée au patient ou à ses ayants-droit de plus de 200 000 €.

La somme de 5,7 M€ a été versée pour ces 13 dossiers et répartie de la façon suivante :

- 6 dossiers compris entre 200 000 et 300 000 € ;
- 6 dossiers compris entre 300 000 et 500 000 € ;
- 1 dossier > 1 M€.

Les postes de préjudices les plus coûteux sont les frais d'assistance de tierce personne (spécialisée ou non) ainsi que les préjudices économiques liés à une perte d'emploi ou à une incidence professionnelle majeure du fait des séquelles subies.

À ces montants s'ajoutent évidemment les créances des tiers-payeurs et autres organismes sociaux.

L'objectif principal sur les réclamations indemnitaires est d'offrir une indemnisation juste pour éviter des contentieux inutiles et protéger nos professionnels. Les objectifs plus généraux au long cours sont :

- éviter que les dossiers d'accidents médicaux ne s'enveniment (travail avec la DOMU sur la gestion des ÉIG) ;
- améliorer le retour d'expérience et réfléchir à des méthodes de baisse de sinistralité (en lien avec la DOMU également) ;
- rester à l'écoute des professionnels pour un suivi de leur dossier individualisé (contentieux pénal, ordinal, administratif).

Discussion

Le besoin en médecins-conseils demeure. Il n'existe pas d'appel à candidatures pour recruter des médecins-conseils auprès de la DAJ. La cellule QSS & CAPCU peut être un relais pour trouver des candidats.

L'articulation entre la DAJ et les médecins médiateurs existe et la proposition de rencontre conjointe avec le patient et/ou ses proches a déjà été réalisée.

Il est décidé de faire une présentation en CME de ce bilan d'activité.
