



Qualité et sécurité des soins

La mortalité dans les ES autorisés en
psychiatrie : quelle approche pour améliorer
la qualité des soins?

05 juillet 2018

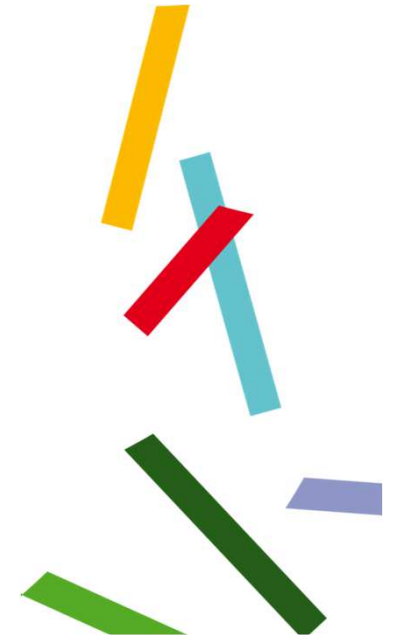
Dr Evelyne FALIP - Direction de l'organisation des soins

Avec la collaboration de la direction des politiques régionales de santé
(D. Lapalus et F. Brémond) / de la mission inspection contrôle (N. Exertier) /
de l'IRDES (M. Coldefy) / et des délégations départementales





LA MORTALITÉ EN PSYCHIATRIE UNE PRÉOCCUPATION CONSTANTE



La surmortalité chez les patients atteints de troubles psychiques

- Un phénomène connu
 - Un risque accru de mortalité prématurée
 - Du fait du suicide
 - Mais également de pathologie somatique (en particulier d'origine cardiovasculaire (Saravane et al., 2009))

- Un constat OMS de 2011

« Les schizophrènes et les grands dépressifs présentent un risque accru global de mortalité équivalant à 1,6 et 1,4 fois respectivement celui de la population générale du fait de problèmes de santé physiques (comme le cancer, le diabète et l'infection à VIH ainsi que les conséquences graves comme le suicide) associés aux troubles mentaux. »

La surmortalité chez les patients atteints de troubles psychiques

- Des analyses plus récentes
 - Sur les certificats de décès de 2000 à 2013 (SPF, Ha et al, 2017)
 - Les causes cardiovasculaires (27,3%), les cancers (18,1%) et le suicide (11,1%) occupent les trois premières places dans la mortalité avec mention de troubles mentaux
 - Une tendance à la baisse de la mortalité au cours de la période



NIVEAU NATIONAL

**L'APPROCHE DE LA QUALITÉ DES
SOINS PAR L'ÉTUDE DE LA MORTALITÉ
DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ**



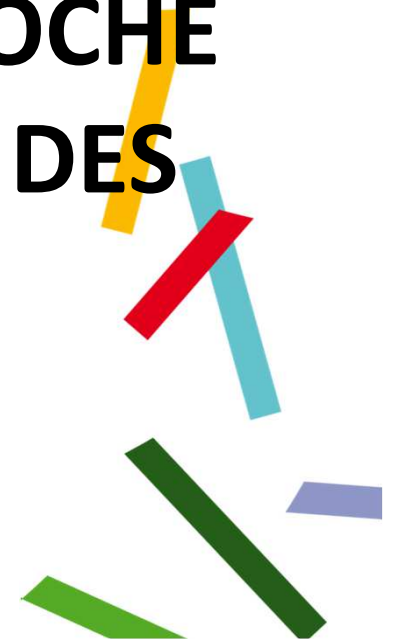
HAS – Octobre 2017

- Méthode pour mesurer la mortalité dans les hôpitaux et cliniques pour informer sur la qualité des soins
 - Question de la fiabilité et de la pertinence des indicateurs
 - Mesurer la mortalité par pathologie ou par acte réalisé
 - Communiquer les résultats aux établissements dans un 1^{er} temps (grand public ensuite)
 - Objectif pour les ES : s'autoévaluer, se comparer et améliorer leurs pratiques
- *« Toutefois, ce sujet n'est pas simple : un fort taux de mortalité ne signifie pas nécessairement une mauvaise qualité des soins, certains décès ne sont pas évitables, la gravité de l'état des patients pris en charge et la complexité des actes réalisés varient beaucoup d'un établissement à l'autre. En outre, les bases de données médico-administratives sont les seules sources disponibles à ce jour pour calculer des taux de mortalité mais elles ne sont pas totalement adaptées. »*
- Projet en 2018 sur l'IDM



NIVEAU REGIONAL

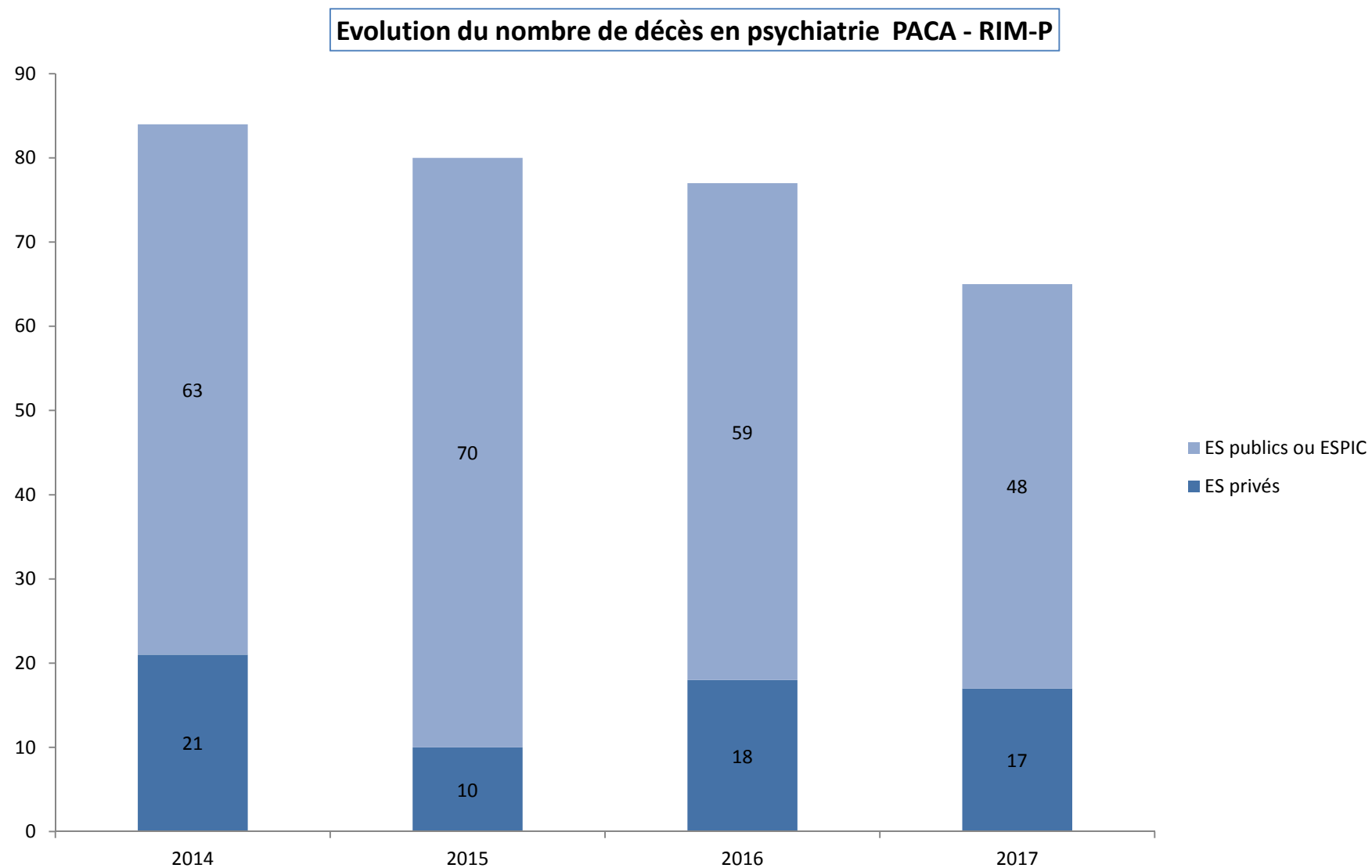
**LA MORTALITÉ DANS LES ES AUTORISÉS
EN PSYCHIATRIE : QUELLE APPROCHE
POUR AMÉLIORER LA QUALITÉ DES
SOINS?**



Une approche empirique

- Mise en place depuis 2015 dans le RIM-P du suivi des décès survenus en établissement de santé autorisés en psychiatrie
 - Difficulté à comparer un établissement à un autre : de petits effectifs, difficulté à trouver un bon dénominateur, politique de prise en charge en temps plein différente selon les établissements, politique différente d'orientation secondaire vers les établissements MCO
 - Mais intérêt pour le suivi longitudinal
 - Pour la région
 - Pour chacun des établissements
 - Intérêt pour approcher la qualité d'analyse et de gestion des risques de l'établissement au travers du traitement de ces décès
- Mise en place en 2016 d'un suivi des décès survenus après transfert dans un établissement MCO

Approche quantitative



Constats

- Le nombre de décès rapporté à la file active est plus important dans les établissements publics ou ESPIC que dans les établissements privés (2016)
 - 296 décès pour 100 000 patients en public
 - 138 décès pour 100 000 patients en privé
- Une approche ciblée par établissement montre
 - Une importante disparité selon les structures
 - Les établissements de santé spécialisés en psychiatrie avec la plus grande capacité et accueillant des patients à besoins de soins élevés sont ceux pour lesquels le nombre de décès est le plus élevé
 - Il n'existe pas de lien entre la capacité d'accueil de l'établissement et le nombre de décès.
- Un suivi longitudinal encourageant sur 4 ans
 - Le nombre total de décès est passé de 89 à 65
 - La diminution est de 24 %
 - La diminution régionale est en lien étroit avec la diminution du nombre de décès au sein d'un établissement public qui s'est engagé dans une politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité de sa prise en charge

Approche qualitative

- Entre 2015 et 2016, l'ARS PACA a effectué
 - 9 contrôles d'établissements de santé privés
 - 1 inspection d'établissement de santé public
 - L'ensemble des dossiers des patients décédés ont été examinés par un binôme de médecins de l'ARS pour examiner « dans la vraie vie » l'application de la politique qualité de l'établissement
- 35 dossiers analysés
 - Un âge moyen de décès à 60 ans (médiane identique). Le patient le plus jeune avait 27 ans et le plus âgé 96 ans. Les décès dans les établissements publics concernent des patients plus âgés avec une moyenne à 71 ans et une médiane à 64 ans.
 - Les personnes décédées étaient des hommes dans 63% des cas (22 cas) et des femmes dans 37% des cas (13 cas)
 - 71,5 % des personnes décédées présentaient un trouble psychique grave (troubles psychotiques ou bipolaires ou addictions sévères)
 - 63 % des personnes décédées présentaient une comorbidité somatique importante et 40 % une comorbidité addictologique

Approche qualitative

- Facteurs d'évitabilité
 - Dans 37 % des cas soit 13 dossiers, il y avait un ou plusieurs facteurs d'évitabilité qui ont conduit ou auraient pu conduire les établissements à prendre des mesures correctrices
- ① Les passages à l'acte suicidaire chez des patients aux antécédents connus, en particulier lors de permissions de sortie
- ② Les effets indésirables liés à l'utilisation de psychotropes : interactions médicamenteuses avec des médicaments à visée cardiologique, fausse route alimentaire, pneumopathie d'inhalation
- ③ Les prises en charge en psychiatrie inadéquates par rapport aux besoins de soins du patient (démences organiques, cancers, addictions au 1^{er} plan...)

Approche qualitative

- L'analyse de ces dossiers a été effectuée par l'ARS à l'aide d'une grille élaborée à partir des recommandations de la HAS en matière d'évaluation et d'amélioration des pratiques pour les revues de moralité et de morbidité (RMM)
 - Sur 35 dossiers, 6 avaient fait l'objet d'une analyse a posteriori par l'établissement soit 17 % des cas
 - Aucun cas de capitalisation de bonnes pratiques
 - L'analyse ne répond pas toujours au standard de bonnes pratiques. Quand des points faibles sont repérés, les mesures correctives ne sont pas toujours mises en œuvre et quand elles le sont, ne sont pas toujours tracées

Les décès dans un établissement MCO dans les 15 jours suivant une sortie de psychiatrie

- Année 2016
- Chainage RIM-P / PMSI
- DC dans les 15 jours suivant la sortie de psychiatrie
 - 86 patients décédés (2 patients en provenance d'un ES du Gard et de Corse n'ont pas été inclus)
 - Le nombre de décès après transfert est plus important que le nombre de décès survenant en psychiatrie : 86 versus 77

Les décès dans un établissement MCO dans les 15 jours suivant une sortie de psychiatrie

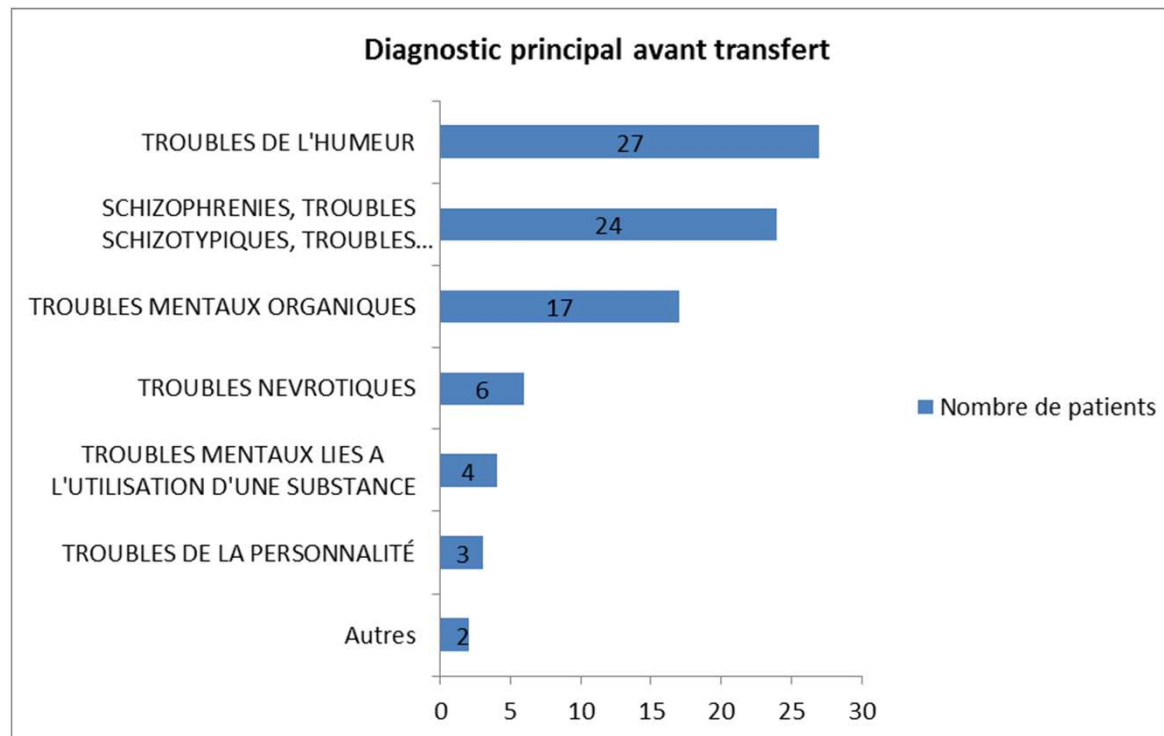
Caractéristiques des patients

- 71 % (61 patients) étaient hospitalisés dans un établissement public. 29 % (25 patients) étaient hospitalisés dans un établissement privé
- La moyenne d'âge est de 69 ans. La médiane est identique. Le patient le plus jeune avait 30 ans et le patient le plus âgé 95 ans. La moyenne est identique que le patient soit originaire d'un établissement public ou d'un établissement privé
- 53 % des personnes étaient des hommes et 47 % des femmes.

Les décès dans un établissement MCO dans les 15 jours suivant une sortie de psychiatrie

Caractéristiques des patients - Hospitalisation en psychiatrie

- La durée moyenne de séjour était de 97 jours. La médiane était de 21 jours avec des extrêmes allant de 1 jour à 1208 jours.
- Le diagnostic principal n'était pas renseigné pour 3 patients. Les diagnostics codés pour les 83 patients restant sont représentés dans le graphe ci-dessous.



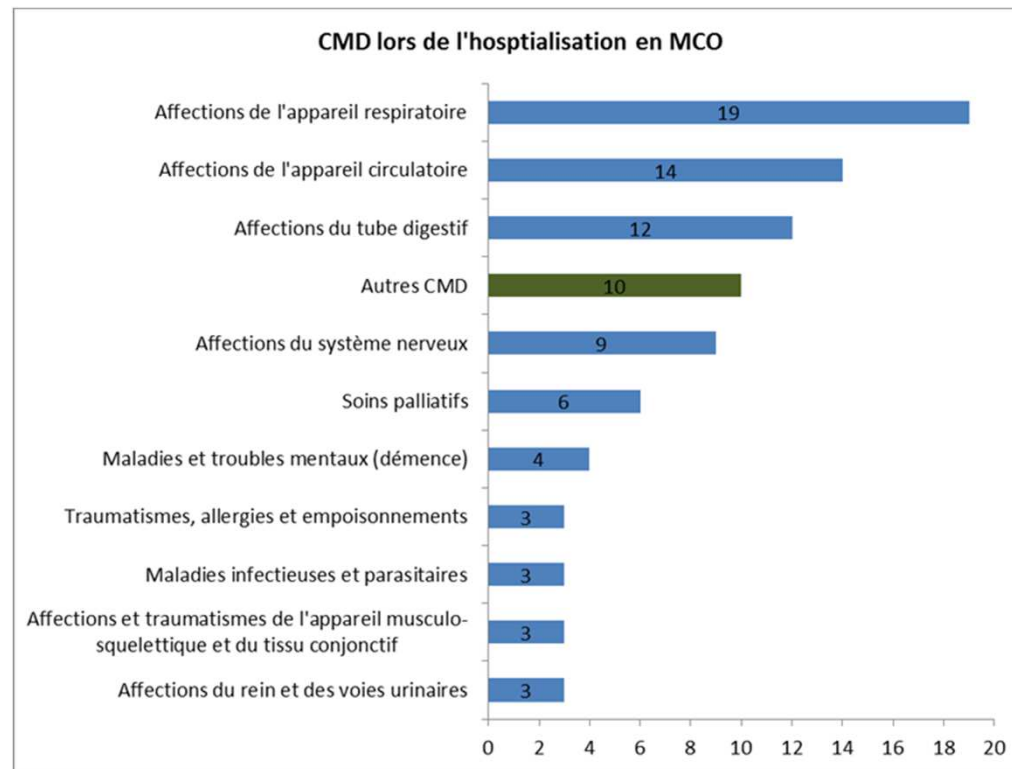
Les décès dans un établissement MCO dans les 15 jours suivant une sortie de psychiatrie

Caractéristiques des patients - Hospitalisation en MCO

- La durée moyenne de séjour en MCO avant décès est de 11 jours et la médiane est de 7 jours avec des extrêmes qui vont de 0 à 89 jours.
- L'analyse par catégorie majeure de diagnostic montre une prédominance des affections de l'appareil respiratoire, de l'appareil circulatoire et des affections du tube digestif qui représentent plus de 52 % des cas
- Parmi les affections de l'appareil respiratoire, 6 sur 19 soit 32 % de cette CMD (cause majeure de diagnostic) et 7% de la totalité des décès sont compatibles avec des pneumopathies dues à des aliments ou des vomissements.
- Parmi les affections de l'appareil circulatoire, 5 prises en charge concernent des arrêts cardio-respiratoires réanimés avec succès (événement indésirable grave survenu au sein de l'établissement psychiatrique) qui décèdent secondairement en MCO (1 IDM, 3 insuffisances cardiaques et 1 trouble du rythme)
- Parmi les affections du tube digestif, 5 sur 12 soit 42 % de cette CMD et 6 % de la totalité des décès concernent des occlusions intestinales.
- 6 des 86 patients sont décédés du fait d'une néoplasie

Les décès dans un établissement MCO dans les 15 jours suivant une sortie de psychiatrie

Caractéristiques des patients - Hospitalisation en MCO



S'intéresser aux DC, pourquoi ?

- **Enjeu majeur de santé publique pour améliorer l'espérance de vie des patients que vous prenez en charge**
 - Penser cancer c'est aussi s'intéresser aux facteurs de risque tel que le tabac et plus largement à la prise en charge des addictions pour vos patients...
 - Penser pathologie cardio-vasculaire c'est s'intéresser aux traitements médicamenteux mais également au surpoids et à l'obésité, à l'activité physique, à la surveillance clinique et biologique...
- **Enjeu majeur d'organisation des soins pour mieux prendre en charge les pathologies somatiques chez les patients porteurs de troubles psychiques graves**
 - La prise en charge somatique est l'affaire de tous
 - Le risque médicamenteux est au premier plan : penser CRPV
 - La qualité de la prise en charge nécessite parfois le recours aux spécialistes pour les patients (cardiologue, oncologue...)

S'intéresser aux DC, pourquoi ?

- **Enjeu majeur d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins pour développer une culture de la gestion des risques a posteriori**
 - Faire de tout DC un événement indésirable grave donnant lieu à une analyse a posteriori
 - Pour progresser en matière de gestion des risques
 - Pour identifier les facteurs d'évitabilité et éviter la reproduction des risques
 - Pour capitaliser sur les bonnes pratiques et retro-informer les équipes afin de les motiver
 - Pour réfléchir au-delà des facteurs d'évitabilité propres à l'établissement au parcours du patient (orientation inappropriée d'un patient par exemple)