

Edito

Ne restez pas un médecin à la noix, devez un véritable LEADER en suivant un programme de management comme à la Mayo Clinic !

« Depuis 1995, la *Mayo Clinic* encourage ses médecins à suivre différents programmes dont les objectifs sont d'acquérir toutes les nouvelles compétences et connaissances qui font qu'un bon médecin peut devenir un excellent manager et un véritable *leader*. ... D'abord une session d'une dizaine de sujets (traités en 2 à 4 heures chacun) ... Ensuite une session de deux jours réservés aux futurs *leaders* ... Enfin, un programme complémentaire, optionnel pour ceux qui, parmi les futurs *leaders* veulent approfondir tel ou tel aspect. » EPP infos n° 19 - La Mayo Clinic.

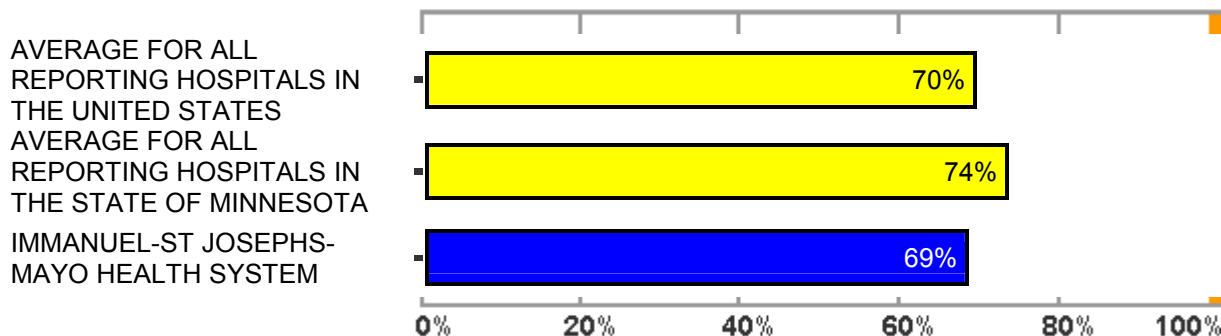
http://www.has-sante.fr/portail/display.jsp?id=c_601400

Pourquoi faire du management quand on est clinicien. On pourrait aussi faire des briques avec de la glaise pour aider à la reconstruction hospitalière.

Voici un des résultats d'un des indicateurs d'un des établissements du *Mayo Health System* (En fait la Mayo Clinic ne désigne pas 3 établissements comme indiqué dans l'article, mais un système de soins maintenant établi dans plusieurs états) : Pneumonie et vaccination.

Moins bien que la moyenne des Etats Unis, moins bien que la moyenne des établissements du Minnesota.

Percent of Pneumonia Patients Assessed and Given Influenza Vaccination



**Top Hospitals represents the top 10% of hospitals nationwide.
Top hospitals achieved a 100% rate or better.**

data reported for discharges January 2006 through February 2006.

<http://www.hospitalcompare.hhs.gov/>

Au vu du résultat de cet indicateur, il faut s'interroger si les médecins ne sont pas mieux auprès de leurs malades que dans un bureau.

Beaucoup de bruit pour rien

Le plan Alzheimer

Le rapport Ménard propose ...

- « La mise en place d'un dispositif d'annonce de la maladie d'Alzheimer ! » Par exemple : Madame j'ai deux nouvelles, une mauvaise et une bonne. La mauvaise, c'est que vous avez la maladie d'Alzheimer. La seconde, c'est que demain vous l'aurez oublié.

- Une « carte d'identité » devrait également être établie pour chaque patient. Comme ils vont la perdre, il aurait été plus logique de proposer de les tatouer ou de leur mettre une puce sous la peau.

- La création d'une « fondation de coopération scientifique où travailleraient ensemble partenaires institutionnels et privés dans le cadre d'un réseau national d'excellence ». Le début sonne bien, comme un discours lyrico-incantatoire du regretté guide-président Mao. Et pas de doute, le réseau national est la solution, il suffit de vérifier sur PubMed : parmi les 20 dernières publications référencées (consultation ce 9 octobre), la France fait aussi bien que la Croatie : une publication. Voir aussi les nombreuses critiques des professionnels de terrain : <http://www.quotimed.com/journal/index.cfm?fuseaction=viewarticle&DArtIdx=400209>

News

Une hausse des primes de responsabilité civile en vue !

La Société Hospitalière d'Assurances Mutuelles, principal assureur des hôpitaux publics a publié son panorama d'activité 2006. Le coût moyen de condamnation passe de 133 k€ en 2004 à 218 k€ en 2006 (+64%), le nombre de décisions de justice concluant à la responsabilité des établissements de 370 à 470 (+27%), le rapport favorable / défavorable au plaignant augmente de 9%.
<http://www.sham.fr/>

Les droits des résidents en maison de retraite

L'Institut national de la consommation (INC) a mis en ligne une fiche pratique faisant le point sur les droits des résidents en maison de retraite. Il existe dans chaque département des personnes qualifiées pour faire valoir ses droits. La liste de ces personnes, établie par arrêté du président du conseil général et du préfet, est accessible auprès des responsables de la maison de retraite ou auprès du centre communal d'action sociale.
http://www.conso.net/bases/5_vos_droits/1_conseils/conseil_816_maisons_retraite.pdf

Sur Internet

Imagerie et bonnes pratiques organisationnelles

Réduire l'exposition des personnels et des patients aux radiations ionisantes, réduire les délais de rendez-vous d'examen, réduire les délais de remise de compte-rendu ... Dès novembre 2007, 20 établissements volontaires bénéficieront du dispositif d'appui que propose et finance la MeaH. Si vous aussi, vous souhaitez bénéficier en 2008 de ce dispositif, adressez dès maintenant votre candidature
<http://www.meah.sante.gouv.fr/meah/index.php?id=1207>

La prise en charge précoce des accidents vasculaires cérébraux

Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé.
<http://www.assemblee-nationale.fr/13/rap-off/i0236.asp>

Les indicateurs (2004) de santé publique dans les régions de France

Démographie, contexte socio-économique, mortalité générale, mortalité prématurée, morbidité.
www.fnors.org/fnors/ors/travaux/syntheseindicateurs.pdf

Les résultats des établissements de soins français

L'Agence technique de l'Information sur l'Hospitalisation a été créée il y a sept ans avec, pour principale mission la prise en charge des travaux concourant à la mise en œuvre et à l'accessibilité aux tiers du système d'information commun Etat-Assurance maladie. L'accessibilité est un des piliers de la qualité. Allez sur le site du Nouvel Obs.
<http://hebdo.nouvelobs.com/hebdo/parution/p20071025/>

EPP

« Attendu depuis plusieurs mois le décret ...

... sur les modalités de la formation médicale continue (FMC) et de l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) devrait paraître au premier trimestre 2008 et lancer le début des deux obligations quinquennales. »

Quand aux 24 conseils régionaux de FMC (CRFMC), en attente également.

En fait, ce sont les ordonnances de 1996 dites Juppé, qui rendaient obligatoire la FMC ...

Cela fera donc 143 mois au 1^{er} janvier 2008

Selon la presse (le Point), à partir du rapport de la mission commune de l'Inspection générale des affaires sociales l'Inspection générale des finances (IGF) et du Conseil général des technologies de l'information (CGTI), le management du projet « dossier médical personnel » est un « *anti-modèle de gestion publique* ». Tout faux : c'est un modèle contagieux !

Gériatrie et Qualité : MOBIQUAL

La Direction générale de la Santé a confié à la Société Française de Gériatrie et Gérontologie la mise en oeuvre d'un programme de sensibilisation et de formation à l'amélioration des pratiques professionnelles sur les quatre thématiques suivantes : **soins palliatifs, douleur, bientraitance, dépression.**

contact@sfgg.fr

http://framework.agevillage.com/documents/pdfs/MobiQual_Dossier_Referent_sept07.pdf

Evaluation des pratiques professionnelles en cancérologie - Retours d'expériences

Le colloque HAS-Inca du 19 octobre, que vous avez du manquer à cause de la grève des régimes spéciaux, est « disponible » en ligne. Pas d'indication comment imprimer les diaporamas, mais comme c'est flou, ce n'est pas nécessaire. Il n'y a pas de discussions après les présentations.

Assez surprenant : Une EPP du dépistage organisée du cancer colo-rectal. C'est centré sur la qualité du dossier, avec parmi les items évalués : la traçabilité des antécédents familiaux ! Pourtant dans ce département la participation est de 54% (70% en Finlande). Avec 77% de tests réalisés, 77% de lus, 80% des positifs seulement qui vont jusqu'à la coloscopie ...faites le calcul de ce qui reste effectivement. Rappel : le première critère de qualité d'un dépistage c'est d'être organisé, ce qui compte c'est la participation, en d'autres termes le % de la patientèle qui participe au dépistage. Cela doit s'accompagner de campagnes nationales de communication. Fin 2007, seuls 63 départements français sont « engagés » (ce qui a priori ne veut pas dire qu'ils sont tous opérationnels) dans le dispositif. Plus troublant, pas d'action d'amélioration présentée, a fortiori pas de deuxième tour.

Curieux de voir promu une évaluation des pratiques où la pertinence n'est pas au rendez-vous et le PDCA absent. En V2007 c'est donne une notation « C » et une certification avec suivi (visite ciblée). A moins que le service de l'EEP à la HAS ne prépare une nouvelle définition de l'EPP ?

<http://colloque-cancerologie.elmana.fr/>

Médecins Experts Extérieurs

La liste d'aptitude devrait paraître courant décembre sur le site de l'HAS.

EBM

Traitement préventif des lésions gastro-duodénales induites par les AINS

« Un IPP ne doit pas être prescrit systématiquement avec un AINS » C'est le message de l'Assurance Maladie. Le souci n'est pas la qualité des soins mais de prescrire moins.

www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Lettre_aux_medecins_n_22_-_memo_IPP_decision_therapeutique.pdf

C'est vrai que de ne pas soigner est la meilleure source d'économie pour le budget de l'assurance maladie. Donc conseiller d'éviter la sur-prescription, c'est logique.

Pourtant, les études démontrent que les malades à risque ne sont pas assez traités (et encore plus sur le long terme). <http://www.jr2.ox.ac.uk/bandolier/band154/b154-3.html>

Quels messages auraient pu être utiles ?

1/ Du point de vue du pharmaco-vigilant : « prescrire un AINS connu pour avoir moins souvent des effets indésirables digestifs tel l'ibuprofène et priorité au traitement le plus court possible. »

2/ Pour le positiviste : « chez les patients à risque élevé de développer des ulcères gastriques, l'usage concomitant d'un IPP peut aider à réduire le taux de récurrence de ces ulcères, ce qui améliorera non seulement la qualité de vie du patient, mais diminuera aussi le nombre de ses visites chez le médecin ainsi que la fréquence de ses hospitalisations. » http://www.cma.ca/index.cfm?ci_id=30843&la_id=2

Pour terminer, un peu d'EBM avec les effets démontrés. Les IPP ont seulement fait preuve de leur efficacité sur la survenue de lésions endoscopiques alors que seul un analogue des prostaglandines a fait la preuve de son efficacité sur les complications. Cependant la tolérance de cet analogue des prostaglandines est médiocre et donc l'observance est faible. Mais dans tous les cas, souvenons nous des Coxibs.

Pendant ce temps là, l'Igas dans un rapport récent met en cause la politique d'information menée par les industriels du médicament «...l'emprise du marketing pharmaceutique sur le corps médical...». Au début de ce mois, sur RMC info, la ministre de la Santé a déclaré qu'elle réfléchissait sur le rôle des 3 institutions destinées à assurer l'information des médecins. Vous avez reconnu les deux autres : La HAS (dans le dernier numéro vous avez pu apprécier l'avis de la Transparence sur la maladie d'Alzheimer), l'Agence française de sécurité sanitaire (dans le même numéro, c'est celle qui fait retirer des lots de produits homéopathiques qui ont été inversé ... pour la sécurité des malades).

Des recommandations à jour est ce possible ?

Le sorafénib (Nexavar®) est le premier traitement médicamenteux dont l'efficacité est démontrée (début juin 2007) dans le traitement du carcinome hépatocellulaire. L'extension de l'autorisation de mise sur le marché a été annoncée fin octobre.

L'absence de communication institutionnelle sur cette nouvelle indication malgré l'attente majeure et légitime des patients et des médecins est assez incompréhensible.

Heureusement, une recommandation vient d'être publiée par le groupe PRODIGE (29 septembre 2007). Le groupe PRODIGE, est composé des experts de la Fédération Francophone de Cancérologie Digestive (FFCD), du groupe « digestif » de la Fédération Nationale des Centres de Lutte contre le Cancer (FNCLCC), et de l'Association Française pour l'Etude du Foie (AFEF).

www.canceronet.com/qercor/news/doc/Recosorafenib.pdf

A quand l'avis de la Commission de la Transparence et à quand une recommandation de la HAS ? L'absence de mise à jour et de respect des critères de qualité pour les recommandations officielles ont été soulignées (<http://qshc.bmj.com/cgi/content/extract/14/5/391>), mais cette fois ci, le hors jeu est total.

Formation Médicale Continue

Plusieurs associations de formation médicale continue s'insurgent contre la chute de l'enveloppe qui leur sera attribuée pour la formation conventionnelle en 2008. Ils dénoncent un appel d'offre tronqué et des décisions arbitraires du comité paritaire national.

D'aucuns soulignent que, depuis sa création, «*la FPC a toujours davantage servi les syndicats signataires de la convention*».

Le quotidien du Médecin 09/11/2007 N° 8253

Gestion des risques

Méthode ALARM

Analyse systémique de deux incidents d'anesthésie consécutifs selon la méthode ALARM

M. Raux, M. Dupont and J.-M. Devys

Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation 2007, Volume 26, Pages 805-809

Gestion des risques

Jean Louis Lemoigne : Théorie du système général. Théorie de la modélisation.

Sous forme de e-book en version intégrale.

A ne pas manquer.

<http://www.mcxapc.org/inserts/ouvrages/0609tsgtm.pdf>

Prévention des chutes

Les accidents de la vie courante (AcVC) chez les plus de 65 ans : 84 % sont des chutes (principalement à domicile 78 %). Les chutes entraînent les trois quarts des 20 000 décès annuels par AcVC (toutes causes et tranches d'âges confondues). Chute = hospitalisation dans 37 % des cas.

<http://www.invs.sante.fr/beh/2007/index.html>

Surveillance des accidents avec exposition au sang

dans les établissements de santé français en 2005 : résultats de l'Invs, Juillet 2007, 76 pages

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/074000441/0000.pdf>

Prévention des risques professionnels

Trois nouvelles bases de données sur le site de l'Institut national de recherche et de sécurité (INRS)

-CMR (Cancérogènes, Mutagènes et Reprotoxiques) www.inrs.fr/cmr2005
-Solvants www.inrs.fr/basesolvants
-Fibrex (exposition à des fibres inorganiques/organiques, naturelle/artificielle) : utilisez google (inrs fibrex)

Signalement : matériovigilance

L'Afssaps a diffusé le 1er juin 2007 une mise à jour de la procédure : la déclaration est à retourner par télécopie ou par e-mail ... La saisie en ligne n'est toujours pas disponible.

[Cerfa n° 11599*02](http://www.sante.gouv.fr/cerfa/index.htm) sur <http://www.sante.gouv.fr/cerfa/index.htm>

L'Alerte sanitaire du numéro précédent ...

Elle a été reprise par le Pr David Colquhou, directeur de DC's Improbable Science !

<http://dcscience.net/?p=196>

Complications liées aux soins

Le non remboursement des soins aux établissements par Medicare (cf Afqho info n°10)

Pour en savoir plus :

Meredith B. Rosenthal. Nonpayment for Performance? Medicare's New Reimbursement Rule. New England Journal of Medicine 2007, 357:1573-1575

<http://content.nejm.org/cgi/content/full/357/16/1573>

Au JO

Arrêté du 1er octobre 2007 relatif au comité technique des infections nosocomiales et des infections liées aux soins.

<http://www.legifrance.gouv.fr/WAspad/UnTexteDeJorf?numjo=SJSP0767333A>

Les réseaux régionaux

RACQESEL (Réseau pour l'Amélioration Continue de la Qualité des Etablissements de Santé de l'Estuaire de la Loire)

Créé en 2000 sous l'impulsion de l'ARH, est né de la coopération entre 9 établissements implantés près de chaque rive de l'estuaire de la Loire. Grâce aux ressources matérielles du centre hospitalier de Saint-Nazaire, ses actions se sont développées autour de trois axes majeurs : l'organisation de formations inter-établissements aux démarches qualité et risques ; la gestion d'un pool d'auditeurs internes et d'un programme annuel d'audits inter-établissements ; l'organisation d'un colloque annuel regroupant environ 150 professionnels du grand ouest.

Merci aux contributeurs, et en particulier à Gwenaële Régnier, Hélène Robillart et François Xavier Chaine.

AFQHO Info ne peut vivre que grâce à vous. Communiquez vos contributions à : braillon.alain@chu-amiens.fr avec en objet : AFQHO Info