

AFQHO Info numéro 16 du 18 janvier 2008

Association Francophone pour la Qualité Hospitalière
50, rue Alphonse Melun 94230 CACHAN Tél. 01 45 46 19 00
<http://www.afqho.com/> afqho@atefo.fr

Edito

La HAS vient à nouveau modifier les procédures EPP et fait disparaître les Conseils Régionaux de FMC.

Sur le site officiel des trois Conseils Nationaux de FMC, on est toujours dans le gaz : « Les Conseils Régionaux de FMC seront installés courant 2007. » <http://www.cnfmc.fr/> (consulté le 15 janvier).

La FMC obligatoire devait débiter le 1er janvier ... 1997. C'étaient les Ordonnances "Juppé" d'avril 1996.

Combien de rapports issus de commissions, de groupes de travail, de conseillers, de chargés de mission ... en plus de 10 ans ? Cela ne sert à rien de compter, ce n'est pas fini.

La SNCF n'est pas à citer en exemple pour son efficacité mais quand les trains déraillent, au moins ils s'arrêtent.

Sur Internet

Hôpitaux : une gestion à repenser

par Fabien de Geuser et Olivier Saulpic

A ne pas manquer.

<http://www.lemonde.fr/web/article/0,1-0,36-993539,0.html>

Outil d'aide à la maîtrise des risques au bloc opératoire

Une analyse prédictive de risques réalisée pendant l'année 2006 par des professionnels de Midi-Pyrénées.

Une méthode d'analyse de risques, des exemples de solutions pour les réduire, un référentiel réglementaire. Les annexes comprennent les deux analyses par dangers et par phases des 156 scénarii ainsi que la réglementation applicable aux blocs opératoire et des éléments de jurisprudence.

<http://midipy.sante.gouv.fr/santehom/vsv/vigilanc/dossiers/risques/blocop.htm>

Erreurs médicales :

*la dimension humaine.

<http://content.nejm.org/cgi/content/full/357/17/1682>

*information des patients.

<http://content.nejm.org/cgi/content/extract/356/26/2713>

**"I'm Sorry" Laws and Medical Liability

I'm sorry laws, enacted in the majority of states, encourage physicians to apologize for unexpected outcomes and errors by making such apologies inadmissible in civil court to prove liability.

C'est la loi sur le droit des maladies, qui fixe l'information des patients en cas d'événement indésirable Virtual Mentor. April 2007, Volume 9, Number 4: 300-304.

<http://virtualmentor.ama-assn.org/2007/04/hlaw1-0704.html>

*L'Agence américaine pour la qualité en santé diffuse une série d'outils pour améliorer les pratiques et la sécurité des soins. Une vraie mine d'or

<http://www.ahrq.gov/qual/pips/>

*Les erreurs diagnostiques et médecine générale : les causes racines

http://www.prevention-medicale.org/actions/colloque2007/CL_NG/index.html

Congrès

Les Vèmes Rencontres de France Qualité Publique à Paris le 1er février

Cour des Comptes, 13 rue Cambon, 75001 Paris

Gagner sur les coûts de non-qualité : une priorité pour la performance publique

Qu'est ce que la Qualité publique ? la non - qualité ?

Comment l'évaluer en quantité et en coût? Comment la réduire ?
Quelles implications des acteurs ?
Quel apport pour la révision générale des politiques publiques et la LOLF ?

....

Des intervenants de tous les horizons et pour le notre Gérard Vincent, délégué général, Fédération hospitalière de France : identifier les non-qualités onéreuses à l'hôpital, une pratique en développement ?

<http://www.qualite-publique.org>

« Sécurité des soins & information du patient » Paris, le 5 février

Ce colloque sera l'occasion, à partir d'un accident médical ayant abouti au décès du patient, d'aborder les différentes dimensions de la gestion d'un tel événement : le signalement, l'analyse approfondie des causes pour construire la prévention, le respect des droits du patient par son information....

Mardi 5 février 2008, de 13h45 à 18h, HEGP

<http://formation.aphp.fr/ssip.php>

Analyse commentée : les indicateurs

En 2008, six nouveaux indicateurs de performance définis conjointement par la Haute autorité de santé (HAS), la Dhos et la Drees en collaboration avec l'Inserm seront publiés à titre expérimental dans le cadre du projet Compaqh : la tenue du dossier patient et du dossier anesthésie, le délai d'envoi des comptes rendus d'hospitalisation, la traçabilité de la douleur, la surveillance des troubles nutritionnels, la prise en charge de l'infarctus, la satisfaction du patient, en sus des indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales.

Ces indicateurs ne sont pas utilisés dans d'autres pays. La qualité reste une notion hétérogène dans sa pratique (la qualité c'est pour les autres). Le consensus est tel que la Fédération de l'hospitalisation privée expérimente son indicateur de résultats sur les infections nosocomiales.

Aucun de ces indicateurs Compaqh ne concerne un résultat clinique (morbidité, mortalité) et pourtant :

Peter J. Pronovost. The GAAP in Quality Measurement and Reporting. *JAMA*. 2007;298:1800

"Even better-established measures, such as those targeting acute myocardial infarction management, have demonstrated marginal relationships to ultimate outcomes."

Les mesures même les mieux établies, comme celle ciblant la prise en charge de l'infarctus du myocarde à la phase aiguë, n'ont démontré que des rapports marginaux avec résultats cliniques.

Voici des exemples récents :

Sandra L. Wong. Hospital Lymph Node Examination Rates and Survival After Resection for Colon Cancer. *JAMA*. 2007;298(18):2149-2154

"No statistically significant relationship between hospital lymph node examination rates and survival after surgery ... The number of lymph nodes hospitals examine following colectomy for colon cancer is not associated with staging, use of adjuvant chemotherapy, or patient survival. Efforts by payers and professional organizations to increase node examination rates may have limited value as a public health intervention."

Correlations among measures of quality in HIV care in the United States: cross sectional study.

<http://bmj.com/cgi/content/full/bmj.39364.520278.55v1#BIBL>

9000 malades, 8 indicateurs, une conclusion : "The quality suggested by one measured indicator cannot necessarily be generalised to unmeasured indicators."

Pour alimenter votre réflexion sur les indicateurs : Une série d'articles récents dans le BMJ à partir de novembre 2007

Careful what you measure. *BMJ* 2007;335 (24 November)

Improving the quality of care with performance indicators. *BMJ* 2007;335;916-918

Making performance indicators work: experiences of US Veterans Health Administration.

2007;335;971-973

Measuring performance and missing the point? 2007;335;1075-1076

...

En bonus : a worksheet to Evaluate a Patient Safety Scorecard

Is the Measure Important?

1. Does the measure address a strategic priority for the organization?
Does improved performance on the measure correlate with improved outcomes?
2. Is the measure required by an external group or agency?

Is the Measure Valid?

1. Is the measure supported by empirical evidence or a consensus of experts?
2. Does the measure have face validity—ie, do clinicians believe that improvement in performance on the measure will be associated with improved patient outcomes or, for performance measures, is the outcome preventable?
3. Is the risk for selection bias minimized?
Are explicit inclusion and exclusion criteria provided for the patient population being measured?
Is a similar patient population included in the measure during each period to allow comparability over time?
4. Is the risk for measurement bias minimized?
Is an explicit definition provided for the event (numerator)?
Is an explicit definition provided for those at risk for the event (denominator)?
Is a surveillance system in place to identify both the event (numerator) and those at risk for the event (denominator)?
Is a standardized data collection form(s) used with data collectors trained in appropriate use of the form(s)?
Is there an explicit plan for review of data quality during data collection?
Is there a plan to minimize, and report on, missing data for events (numerator) and those at risk for events (denominator)?
5. Is the risk for analytic bias minimized?
Are appropriate statistical methods used to estimate changes in performance over time?
Are differences in the patient population over time accounted for?
Are historical trends in performance accounted for?
Is clustering of events within a group(s) accounted for?
Are estimates of performance or changes in performance presented in a format that is meaningful for those who will use the data?
Are estimates of performance or changes in performance presented with an estimate of precision (eg, confidence interval)?
Have all potential biases in the measure been reported in a transparent manner?

Can This Measure Be Used to Improve Safety in the Organization?

1. Where does the measure fit within the organizational priorities?
2. Is valid and reliable data collection feasible within the organization?
Is there adequate infrastructure to collect the data completely, accurately, and reliably?
What does it cost (including people, time, and technology costs) to collect the data required for this measure?
Are there other measures that should be foregone to allocate resources for this measure?
3. Do the benefits of knowing the information provided by this performance measure outweigh the costs of data collection?
4. Will performance on this measure help focus quality improvement efforts?

Peter J. Pronovost : A Framework for Health Care Organizations to Develop and Evaluate a Safety Scorecard. JAMA. 2007;298(17):2063-2065.

Dossier : sinistralité en France

Le Sou Médical

Dans son rapport d'activités 2006, le Sou Médical, premier assureur des professionnels de santé, souligne que montant des indemnités, à la suite d'une décision de justice impliquant ses assurés, a ainsi bondi de 62% sur un an pour atteindre plus de 81 millions d'euros en 2007. L'indemnisation moyenne par sinistre a augmenté de 43% en 3 ans et de 112% en 5 ans, pour un nombre de litiges stables mais une progression importante des condamnations des praticiens.

La sinistralité continue de croître en chirurgie (+ 109 % en dix ans), elle est stable en médecine générale, et elle diminue en psychiatrie (– 115 % en dix ans). Les trois spécialités les plus ciblées par les plaintes ordinaires et pénales sont la psychiatrie, la pédiatrie et la médecine générale.

Plus que la fréquence des accidents, qui demeure globalement stable, ce sont les montants des indemnités versées aux victimes qui augmentent significativement. Un dossier atteint 9 millions

d'euros pour indemniser le handicap d'un enfant dû à une souffrance foetale non détectée par l'obstétricien durant l'accouchement.

En 2006, sur 100 médecins couverts par le Sou, 2,62 d'entre eux ont déclaré un accident

<http://www.quotimed.com/journal/index.cfm?fuseaction=viewarticle&DartIdx=400761>

L'observatoire des risques médicaux dresse son premier bilan pour 2006

L'ORM regroupe des assureurs et des médecins, des usagers, l'assurance-maladie et des représentants d'établissements de santé. Sa vocation est de collecter les données sur la fréquence et le coût des sinistres médicaux.

Seuls ont été pris en compte les sinistres clos durant cet exercice, et qui ont coûté plus de 15 000 euros aux assureurs. Sur les 735 dossiers recensés, plus de la moitié ont été réglés à l'amiable. 56% provenaient des assureurs, 38% de l'Oniam et 6% de l'AP-HP. Les actes de soin sont la première cause d'accident (80 % des causes d'accident), loin devant les actes de prévention (0,1 %) et les actes de diagnostic (11 %). Les actes techniques fautifs représentaient 31% des sinistres, devant les actes non fautifs (19%), les infections nosocomiales (19%) ou les problèmes organisationnels (7%).

Un dossier sur cinq concerne une infection nosocomiale et un tiers des dossiers concerne un acte technique fautif. Dans 15% des situations, la victime est décédée des suites de l'accident médical.

Les spécialités chirurgicales sont *de très loin les premières concernées* (50 % des dossiers), tandis que l'obstétrique ne représente qu'une très faible fraction du nombre des sinistres (3 %). Dans 15 % des cas la victime est morte des suites de l'accident médical.

La grande majorité (59 %) ont coûté entre 15 000 euros et 50 000 euros à l'assureur. Les dossiers dont le montant est compris entre 15.000 euros et 50.000 euros représentent près de 60% des effectifs, mais seulement 17% des montants, alors que ceux dont le montant est supérieur à un million d'euros représente 1% des effectifs et 23% des montants. Le coût moyen d'un dossier est de 95.600 euros quel que soit le payeur.

Répartition des sinistres par spécialités (2006)

Spécialités	Nombre de dossiers	Part du total des sinistres
Non renseignée	24	3 %
Anesthésie, réanimation, urgence, régulation	56	8 %
Disciplines biologiques	5	1 %
Anatomocytopathologiste	3	0,5 %
Disciplines chirurgicales (ors obstétrique et esthétique)	365	49 %
Chirurgie plastique et esthétique	7	1 %
Obstétrique	27	3 %
Disciplines médicales	101	14 %
Autres professions médicales	15	2 %
Sage-femme	4	0,5 %
Chirurgien-dentiste	28	4 %
Autres	6	1 %
Pharmaciens	0	0 %
Professions paramédicales	0	0 %
Infirmiers diplômés d'Etat	7	1 %
Kinésithérapeute	4	0,5 %
Autres	83	11 %
Total	735	100 %

*Les spécialités chirurgicales sortent de très loin les premières concernées (50% des dossiers).
L'obstétrique ne représente qu'une très faible fraction du nombre des sinistres (3%).*

http://www.quotimed.com/DocumentRoot/qdm/lss14295/Pag110823/F_Img296716.jpg

http://www.prevention-medicale.org/risque/ORM-2005-2006_VF.pdf

Emploi

L'Etablissement Public de Santé Paul Guiraud, spécialisé en santé mentale et situé à Villejuif (Val de marne) à 5 minutes à pied du métro (ligne7- Villejuif Aragon) recherche son gestionnaire des Risques. Il sera :

- responsable du système de signalement des événements indésirables
- responsable de la mise à jour du document unique pour les risques professionnels
- responsable du suivi du programme de gestion des risques
- attention particulière à porter sur le risque « violence »

Diplôme d'ingénieur exigé.

Recrutement statutaire ou par voie contractuelle.

Transmettre lettre de motivation et curriculum vitae à la directrice des Ressources Humaines
Françoise DUPÊCHER 54, avenue de la République 94800 VILLEJUIF

Lectures

Le Document Unique

5 ans après le décret sur l'enregistrement de l'évaluation des risques professionnels. Bilan analytique et méthodologies. **Jean-Claude Delgenes, Gérard Brégier et Thierry Giraud**

152 pages, 150 x 210, 22 € TTC.

Une démarche globale

Une sensibilisation du personnel en fonction des objectifs que se fixe la direction

- la gestion des risques professionnels
- la précision du Document Unique

Une sensibilisation du personnel en fonction de sa participation à la réalisation du Document Unique

- L'information du personnel
- La formation à une participation "active"

Méthodes, commentaires et outils

La méthodologie

Commentaires

- Un bilan de la CRAM Aquitaine
- Le point de vue de CHSCT

Outils

- Présentation des logiciels disponibles

<http://www.ehst-ergonomie.com/docunique.html>

Diagnostic des risques

Identifier, analyser et cartographier les vulnérabilités

J. Louisot, S. Gaultier-Gaillard

- La représentation et la perception des risques chez le décideur
- L'analyse des risques dans le processus de gestion des risques
- Les outils d'identification des risques
- La méthode des centres de risques et le processus intégré de cartographie
- Application aux grandes fonctions ou processus dans l'entreprise
- Annexes

AFNOR 08/11/2007 1ère édition 204 pages 34,00 EUR ISBN10 : 2-12-475575-7

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