

AFQHO Info numéro 18 du 28 février 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

Un questionnaire, car vous êtes de moins en moins nombreux à participer à cette newsletter. Pourquoi n'envoyez vous pas de brèves pour publication ou ne communiquez vous pas des mailing pour améliorer la diffusion ?

- 1) Vous avez le nez dans le guidon, vous manquez de temps et n'arrivez pas à vous organiser ?
- 2) Vous pensez que cette newsletter n'a pas d'intérêt mais n'osez le dire ouvertement ?
- 3) L'information c'est du pouvoir, et vous préférez la garder pour vous ?
- 4) Autre (préciser)

Sur Internet

Plaintes, réclamations des malades ... CRUPEC : et ailleurs, c'est comment ?

Une étude à ne pas manquer

Étude exploratoire de la médiation hospitalière Allemagne, Canada (Québec), Finlande, France, Norvège, Pays-Bas, Royaume-Uni. par le Prof. Agnès Jacquerye.

[kbs-](http://kbs-frb.be/.../05)

[frb.be/.../05](http://kbs-frb.be/.../05) Pictures, documents and external sites/09) Publications/mediation hospitaliere DEF.pdf

Bonnes Pratiques de Préparation (Afssaps).

Préparations réalisées dans les pharmacies hospitalières et de ville, destinées à un ou plusieurs malades lorsqu'il n'existe pas de médicament adapté ou que le médicament est indisponible.

La décision d'application vient d'être publiée au Journal Officiel (JO du 21/11/2007).

<http://afssaps.sante.fr/pdf/5/bonne-pratique-preparation.pdf>

Partage d'expériences : améliorer le service aux usagers dans les établissements de santé.

La Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) vient de mettre en ligne un espace à la disposition des établissements de santé publics et privés et des associations pour le partage d'expériences autour de l'accueil, de l'information et de la prise en charge des usagers.

Le site valorise ce qui marche : Ateliers cuisine à la clinique Saint-Yves de Rennes, chaîne de télévision interne gérée par des enfants au CHU de Toulouse, création de postes d'agents d'accueil capables de répondre aux questions pratiques et administratives des patients par le centre médical de la MGEN des Trois Epis, ... 23 démarches jugées originales et efficaces ont déjà été retenues par la DHOS, mais d'autres établissements peuvent postuler en ligne.

C'est simple et utile, en plus cela marche bien.

http://www.sante.gouv.fr/experiences_usagers/accueil.htm

Un site à revisiter.

Le logiciel (FORMIX) qui permet de se former à la qualité, des fiches pratiques.

<http://www.doucetconseil.fr/Logiciels/Formix.htm>

<http://www.doucetconseil.fr/Fichespratiques/fichespratiques.htm>

T2A et Qualité sont dans un bateau ... qui tombe à l'eau ?

CCNE - avis 101: Santé, éthique et argent : les enjeux éthiques de la contrainte budgétaire sur les dépenses de santé

Confronté à des dépenses de santé croissantes et à des difficultés financières, Rose-Marie Van Lerberghe, à l'époque directrice générale de l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris, avait demandé au Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé (CCNE) de se prononcer sur les problèmes éthiques posés par la contrainte budgétaire en milieu hospitalier. La question était de savoir sur quels critères fonder une décision équitable face à des impératifs souvent contradictoires : « préserver la santé d'un individu et gérer au mieux celle d'une communauté de personnes ».

Le CCNE encourage à « réintégrer la dimension éthique et humaine dans les dépenses de santé, afin de permettre à l'hôpital de remplir de manière équilibrée l'ensemble de ses missions, et pas uniquement les plus techniques ou les plus spectaculaires». Il invite aussi à se réinterroger sur la « mission primaire essentielle de l'hôpital». L'hôpital a « dérivé de sa mission originelle d'accueil de la précarité et de la maladie, puis de sa mission de recherche et d'enseignement», jusqu'à devenir, de plus en plus, un « service public, industriel et commercial» où la rentabilité économique prime sur la dimension sociale, mais le maintien du lien social est indispensable, pour empêcher que des patients sombrent dans l'exclusion, une fois leur diagnostic établi et leur traitement entrepris. Ainsi, le recours à la T2A (tarification à l'activité: article 42 du PLFSS 2008) dans les hôpitaux n'est pas systématiquement approprié et devrait être réservé aux « actes techniques spécialisés pour le diagnostic et les soins». Les actes dispensés en psychiatrie, en gériatrie, en pédiatrie, où encore l'écoute et l'examen clinique approfondis, méritant selon le Comité, d'être cotés différemment. Le CCNE considère qu'il est nécessaire que « les responsables politiques et la société toute entière fassent des choix clairs, courageux, explicites aux yeux du citoyen, et susceptibles d'être sans cesse remis en question en fonction des besoins démographiques, des modifications épidémiologiques et des progrès technologiques en gardant comme objectif central le service rendu aux plus vulnérables».

<http://www.ccne-ethique.fr/docs/avis101.pdf>

Promotion des métiers hospitaliers.

Un site Internet a été mis en place par le ministère de la Santé.

On y redécouvre ainsi qu'une infirmière diplômée d'état (IDE) en début de carrière touche une rémunération nette de 1 420 euros et en fin de carrière de 2 176 euros.

Vive la transparence ! ... mais vous avez dit promotion ?

<http://www.lhopitalabesoindevous.fr/>

Google développe une solution en ligne pour les données de santé.

Google développe un système de dossier médical informatisé permettant au patient d'intervenir directement sur son propre dossier. Ce, en pouvant accéder à ses données et contacter directement les membres du corps médical comme les praticiens et les pharmaciens. Le dispositif, qui vise à être déployé dans les hôpitaux et autres institutions spécialisées, sera testé dans un premier temps au sein de la Cleveland Clinic (Ohio), qui propose déjà un système d'enregistrement électronique des données de santé, baptisé eCleveland Clinic MyChart®. Le moteur stockera les données de plusieurs milliers de patients (entre 1 500 et 10 000). Les informations, qui concerneront les ordonnances, la présence d'allergies ou encore les résultats d'analyse, seront actualisées en permanence. Elles ne seront accessibles qu'aux personnes intéressées, via un mot de passe.

<http://www.atelier.fr/sante/10/21022008/google-autonomise-le-patient-numerique-36085-.html>

Référentiel métier et compétences en chirurgie - Gynécologie-obstétrique.

Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français.

Méthode, situations de soins types, ressources en connaissances et compétences.

http://www.cngof.asso.fr/D_TELE/referentiel_metier_compétences_2007.pdf

Le JACIE

Joint Accreditation Committee of International society of cellular therapy and European bone marrow transplantation, c'est l'office européen d'accréditation des centres de greffes de cellules souches hématopoïétiques. La démarche a été initiée en 1998 dans les domaines du prélèvement, de la conservation et de la transplantation.

En octobre 2007, en France, 12 centres sur 38 pratiquant des allogreffes sont accrédités (3e rang européen) et l'objectif à 3 ans est d'obtenir l'accréditation JACIE pour 100 % des centres d'allogreffes et plus de 50 % des centres d'autogreffes. Pour plus d'informations, consulter : www.jacie.org

Qualité de l'information médicale à l'Inca.

Une confusion entre «dépistage» et «diagnostic précoce». On met tout ensemble.

«Colorectal (cancer) : questions sur le dépistage

Le dépistage du cancer de l'intestin est le meilleur moyen de lutter contre ce cancer. Il permet souvent de dépister des polypes avant même qu'ils ne deviennent cancéreux. Il est important de consulter son médecin généraliste en cas de signes digestifs inhabituels ou si du sang est présent dans les selles.»

http://www.e-cancer.fr/Cancer/Index-general/op_1-ta_1-it_263-id_1592-la_1-ve_1.html

Réunion

Journée de travail AFQHO : 28 mars 2008, de 9 heures 30 à 17 heures

HIA Val de Grâce - 74 bd Port royal - 75005 Paris

Présentations

- Dr Marie-Christine Moll, Angers : le tableau de bord des pôles.

- Dr Sophie de Chambine, APHP : les tableaux de bord.

c) Dr Henri Bonfait, Hôpital Notre Dame : expérimentation IPAQH ; dossier patient et d'anesthésie.

Ateliers

- Indicateurs qualité clinique

- Autres indicateurs de performance pour les médicaux et paramédicaux

- Indicateurs de développement des compétences (approche Bacanced Scorecard)

<http://www.afqho.com/>

Gestion des risques

En pièce jointe

Le référentiel «**sécurité sanitaire dans les établissements de santé : réglementation applicable, version n° 5 juillet 2005**»

Connaissez vous une version plus récente ?

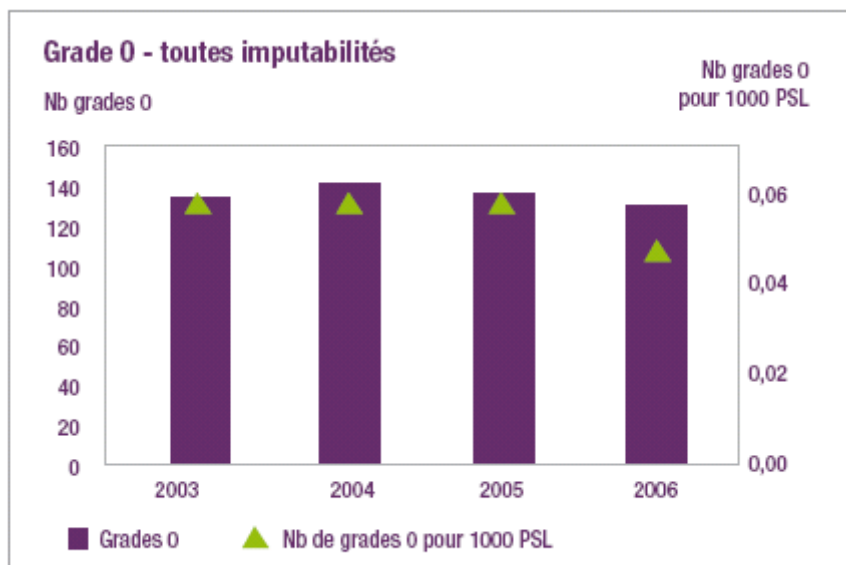
Transfusion.

L'Afssaps a introduit en octobre 2002 un nouvel échelon de gravité dans la classification des effets indésirables receveur : le grade zéro. L'objectif était de pouvoir désormais signaler tout dysfonctionnement ayant entraîné la transfusion de produits sanguins labiles inappropriés au patient, bien qu'il n'y ait aucun effet biologique ou clinique mesurable au moment de l'observation.

La déclaration des «effets indésirables survenus chez les receveurs (EIR) de grade 0» a ainsi préfiguré celle des Incidents graves (IG) de la chaîne transfusionnelle, mise en place en 2007. Le terme « d'incident» s'applique désormais.

5 ans après la mise en place, le nombre de déclarations incidents de grade 0 est stable (162 déclarations pour 2007). Un certain nombre de dysfonctionnements, connus et prévisibles, demeurent récurrents : erreurs d'identification du receveur de produits sanguins labiles (PSL), non-respect des protocoles transfusionnels, absence de contrôle des documents, erreurs d'attribution nominative à l'ETS ou au dépôt, identification du PSL, lecture des prescriptions de PSL.

Depuis la publication de la Décision du Directeur général de l'Afssaps du 07 mai 2007, ces incidents sont désormais classés parmi les incidents de la chaîne transfusionnelle.



Il convient quand même de s'interroger sur la pertinence de ce type de déclaration. Quel résultat concret ? Quelle valeur ajoutée ? N'y a-t-il pas plus utile à faire pour les malades ?

En effet, le signalement doit être effectué par toute personne ayant observé l'incident, dans un délai de 8 heures, au correspondant d'hémovigilance de l'établissement de santé ou de l'établissement de transfusion sanguine dans lequel a été observé l'incident. La déclaration doit être faite simultanément au coordonnateur régional d'hémovigilance et à l'Afssaps, ainsi qu'à l'EFS siège et au CTSA le cas

échéant, dans les 15 jours. Elle ne peut se faire actuellement que sur un support papier, réglementairement défini.

Dans cet ordre d'idée ne manquez pas l'article récent de Pronovost.

Wu et al. Effectiveness and Efficiency of Root Cause Analysis in Medicine. JAMA, February 13 2008 ; 299, 685-7

News

Sophia, un service d'accompagnement par la CNAMTS pour les malades atteints de diabète.

Ce dispositif sera déployé dans dix départements pilotes (Alpes-Maritimes, Ariège, Haute-Garonne, Gers, Loiret, Puy-de-Dôme, Hautes-Pyrénées, Sarthe, Seine-Saint-Denis et Tarn) sur le principe du volontariat. Ce service vise à aider les patients souffrant d'un diabète à mieux suivre les recommandations de leur médecin, à prévenir les complications, à les inciter à être « acteurs de leur santé » et enfin à améliorer leur qualité de vie. En septembre 2008, un accompagnement téléphonique personnalisé, un service Internet et un magazine trimestriel spécialisé « Sophia et vous » seront proposés aux adhérents. L'accompagnement téléphonique s'appuiera sur « quelques dizaines » d'infirmières regroupées au sein d'une plate-forme technique.

Le coût du dispositif est évalué à 10 millions d'euros annuel (10 euros par patient et par mois, 2C à l'entrée d'un patient dans le dispositif pour le médecin traitant, puis 1C par an).

Cette action nouvelle représente moins de 0,1% du budget consacré au diabète (11 milliards de dépense en 2006).

Ca bouge à la CNAMTS mais il faut un microscope électronique pour s'en apercevoir.

Tout ceci n'a rien de très original, sauf en France. Pour voir ce qui se fait ailleurs : Guide sur la pratique des soins infirmiers au téléphone et Lignes directrices pour le traitement des symptômes.

www.cancercare.on.ca/documents/TelephoneNursingGuidelines-French.pdf

Prise en charge de la douleur.

Défaut de prise en charge de la douleur à l'hôpital. Condamnation de l'hôpital Gabriel St Martin de la Réunion.

Cour administrative d'appel de Bordeaux, 13 juin 2006 n°03BX01900

Plan Alzheimer (suite)

Pour la Fédération Nationale des Infirmiers le plan national concernant la maladie d'Alzheimer fait l'impasse sur le rôle des infirmiers, grands absents de ce rapport. Au point que la FNI suspecte la commission de « pas avoir repéré la présence et le professionnalisme des infirmiers auprès de ces patients pour ce qui concerne leur prise en charge et leur suivi, que ce soit au sein des services hospitaliers aigus, soins de suite, USLD, EHPAD ou au domicile... Si, selon les propos du Professeur Ménard dans sa lettre introductive, la France attend toujours St Louis, les infirmières, en ce qui les concerne, rêvent de la sage influence de Blanche de Castille pour apporter une prospective opérationnelle en matière de soin et de recherche dans un domaine où l'infirmière tient et doit tenir une place reconnue.»

En effet, dans sa lettre au Président de la République (Rapport au président remis le 8 novembre

2007) le Pr Ménard écrit : « La France s'est séparée de ses Rois, mais attend toujours Saint Louis ! »

Quand on connaît les échecs successifs de St Louis avec les croisades _il est mort de la tourista devant Tunis, après avoir été fait prisonnier devant le Caire_ difficile de comprendre cet appel à St Louis, élevé dans les jupes de sa mère et par un vieillard. Peut être son prétendu pouvoir de guérison des écrouelles, mais cela n'a jamais été publié dans une revue internationale avec un comité de lecture...

Par ailleurs, sur les 8 groupes de travail, on ne trouve qu'une infirmière et elle est dans le groupe « éthique et communication ».

La permanence des soins. Une gestion défaillante.

Un médecin a été victime d'un accident grave sur la voie publique fin juillet 2007 en revenant d'une visite pour un patient à la demande du centre 15 dans le cadre de la permanence des soins organisée au niveau départemental. Il s'agit donc d'une mission de service public (article 104 de la loi de financement de la Sécurité sociale). Le médecin a reçu des soins dans un hôpital avec une interruption de son activité pendant une quinzaine de jours. Les services de l'Etat, sous l'autorité duquel la permanence des soins est placée sur le plan départemental, doivent indemniser le médecin pour le préjudice subi. La demande est sans réponse en janvier 2008.

Beaucoup de bruit pour rien

Le coupable : encore et toujours le médecin.

L'union fédérale de consommateurs UFC-Que choisir a pris fin 2007 pour cible la prescription du Plavix, un des antiagrégants plaquettaires, par les généralistes et les cardiologues.

UFC-Que choisir estime que le Plavix fait l'objet d'une surprescription en France, qui engendre « *un gâchis important* ». Ainsi, « *sur la période 2002-2006, c'est 350 millions d'euros de dépenses qui ne peuvent pas être justifiées. Soit 70 millions d'euros par an* ».

Les faits :

Certes l'aspirine Protect est 27 fois moins chère que le Plavix qui est le deuxième médicament le plus vendu dans le monde.

L'efficacité est démontrée mais reste limitée.

L'essai Caprie (Clopidogrel versus Aspirin in Patients at Risk of Ischemic Events) a comparé Asprine vs Plavix chez les malades à risque d'accident ischémique (19 000 malades suivis pendant 1 à 3 ans). Plavix est plus efficace : la réduction relative du risque avec Plavix vs aspirine est de 8,7%, mais la limite inférieure de l'intervalle de confiance est à 0,3%.

L'essai Commit (Lancet 2005 366 1607 1621) montre qu'au cours des syndromes coronariens aigus avec sus décalage sans angioplastie l'adjonction de Plavix à l'aspirine permet de réduire la mortalité à 15 jours (mais on ne sait pas si cet effet se maintient ne serait ce qu'à trois mois). Mais pour éviter un mort à la deuxième semaine il faut traiter 200 malades.

Aussi la bonne question est : Qui fixe les prix et sur quels critères ?

A priori, la commission de la Transparence de la HAS et le Comité économique des produits de santé. Pas le médecin prescripteur.

EPP

Editorial de la Société Française d'endoscopie digestive (janvier 2008).

«L'exposé de Bernard CROGUENEC, Vice-Président de l'EA-HGE (association pour l'Evaluation et Accréditation des Hépto-Gastro-Entérologues), nous a conforté dans l'idée que le dispositif initial, lourd et trop complexe, avait du mal à se mettre en place, faute de moyens, d'objectifs bien définis et surtout de financement propre. Le message est actuellement clair : il faut simplifier la démarche, proposer des programmes collant à la pratique, des outils d'évaluation peu contraignants et fédérer la spécialité pour être l'interlocuteur naturel de l'HAS. Donc sachons nous presser, mais lentement !»

Médecins Experts Extérieurs.

Qui sait où trouver la liste des Médecins Experts Extérieurs ? C'était prévu pour l'automne puis la fin de l'année dernière.

Dans le même ordre d'idée, qui a des informations sur le dispositif EPP des médecins du troisième type (salariés non hospitaliers) ?

Recommandations pour la pratique clinique

La HAS fait la promotion du dépistage de l'artériopathie chronique oblitérante des membres inférieurs (Avril 2006)

Dépistage pour tous les sujets à risque cardiovasculaire y compris asymptomatiques, par la mesure de l'indice des pressions systoliques mesurées par une sonde doppler à la cheville et au bras, à partir de données épidémiologiques et non des résultats d'essais d'intervention. Le guide recommande un traitement, par exemple par antiagrégant plaquettaire « par extrapolation » sur la base de ce qui est recommandé « chez les patients claudicants ».

Le guide de la HAS ne précise pas assez les incertitudes concernant la balance bénéfices risques de ce dépistage. En 2005, la très sérieuse et indépendante US Preventive services task force se prononçait contre ce dépistage, après une synthèse méthodique. Un guide pratique écossais de 2006 propose de limiter cette mesure aux patients suspects d'artériopathie des membres inférieurs du fait d'une claudication intermittente. Seul le collège américain de cardiologie s'est prononcé en faveur du dépistage de l'artériopathie des membres inférieurs.

"Screening for arterial disease : recommendation statement". www.preventiveservices.AHRQ;GOV. Hirsch AT et coll. "ACC/AHA Guidelines for the management of patients with peripheral arterial adominal aortic" Circulation 2006 ; 113 : 463-654

La proposition de la HAS de dépistage de l'artériopathie asymptomatique des membres inférieurs n'est pas fondée sur des preuves solides.

Pour apprendre à ne plus tout gober, en particulier pour avoir des évaluations argumentées des recommandations professionnelles, lisez la revue Prescrire. <http://prescrire.org/>

La qualité, c'est des outils simples et pratiques

INRPlus : optimisation du traitement des patients sous AVK grâce aux industriels du médicament

En France, 650 000 patients sont traités chaque année par AVK : leur efficacité est largement prouvée. Cependant, les accidents hémorragiques (5000 décès par saignement et par an en France) et les récurrences thromboemboliques secondaires à un traitement non optimal sont encore trop nombreux. L'incidence des saignements et récurrences thromboemboliques étant étroitement corrélée au temps passé dans la zone thérapeutique « peut-on augmenter le temps passé dans cette zone ? » est donc une question essentielle qui peut influencer sur le devenir de milliers de patients.

Or, la réponse existe... et elle est positive. Ainsi, dans les études prospectives randomisées des AVK, tout comme chez les patients suivis dans les cliniques des anticoagulants aux Pays Bas, l'incidence des accidents hémorragiques est très inférieure à celle observée en France.

Pourquoi ? Parce qu'un logiciel d'aide à la prescription des AVK a été utilisé dans les deux cas. Et il a été démontré qu'un médecin traitant armé d'un logiciel d'aide à la prescription fait aussi bien que la clinique des anticoagulants — c'est ce que montre une étude menée par une équipe de médecins généralistes : plus de 70% du temps passé dans la zone thérapeutique !

Procter & Gamble Pharmaceuticals a mis gratuitement à la disposition du corps médical INRPlus : un assistant personnel d'aide à la prescription de la taille d'une calculatrice. INRPlus est équipé d'un puissant moteur de calcul de 900 algorithmes-experts.

Si chaque médecin utilisait INRPlus, on estime que l'on pourrait éviter 1422 hémorragies et 302 décès chaque année chez les patients traités pour une FA ou une TVP et 39 millions d'euros seraient économisés en année pleine.

Pétition : pression lobbyiste des buralistes

Du Pr Roger SALAMON au titre de Président du Haut Conseil de Santé Publique (HCSP) :
«J'ai quelques raisons de craindre que le gouvernement puisse, en période pré-électorale des municipales, ne pas résister à une pression lobbyiste des buralistes et pourrait «aménager» l'interdiction de fumer dans les lieux publics.»

Pour signer cette pétition, veuillez suivre le lien ci-dessous :

<http://www.lapetition.com/sign1.cfm?numero=1558>

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

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