

AFQHO Info numéro 19 du 20 mars 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

Pensez à nous envoyer les mails des personnes qui peuvent être intéressées par cette newsletter.

Dossier : CoQuass

CoQuaSS : la Commission Qualité et Sécurité des Soins !

L'ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 et l'ordonnance n° 2005-1112 du 1^{er} septembre 2005 ont notablement modifié l'organisation et le fonctionnement du système de santé, sous la dénomination "nouvelle gouvernance".

Les décrets qui en découlent, modifiant le code de la santé publique, prévoient en particulier une nouvelle compétence du conseil d'administration : la qualité et la sécurité des soins. L'article L.6143-1 du CSP précise que le conseil d'administration délibère sur « la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers, notamment pour les urgences ». La CME, organe consultatif, se voit adjoindre par l'article L.6144-1 du CSP une ou des sous-commissions dont les compétences s'étendent à tout ce qui est relatif à la qualité et la sécurité des soins, notamment :

- 1° le dispositif de vigilance destiné à garantir la sécurité sanitaire des produits de santé;
- 2° la lutte contre les infections nosocomiales;
- 3° la définition de la politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles et l'organisation de la lutte contre les affections iatrogènes;
- 4° la prise en charge de la douleur.

Pour les adapter à ce nouveau régime de sous-commissions, des décrets spécifiques ont revu les modalités de désignation et de fonctionnement des Csth, COMEDIMS, CLIN, CLUD. Un [document de présentation de la réforme hospitalière publié par la DHOS \(MAJ décembre 2007\)](#) incite même à inclure le CLAN, la commission des antibiotiques et la commission locale de surveillance de la distribution des gaz médicaux dans ce dispositif.

Profitant de la possibilité de réduction du nombre des sous-commissions, tout en respectant les conditions des articles R6144-30-1 à R6144-30-9 du CSP, plusieurs établissements ont mis en place une sous-commission spécialisée de la CME unique, chargée de la qualité et de la sécurité des soins (la CoQuaSS). Cette commission unique se substitue donc aux anciennes commissions (CLIN, CLAN, CLUD...), quitte à laisser fonctionner des comités opérationnels.

Voir par exemple les présentations de l'[APHP](#), du [CHU de Nice](#), du [CH Montperrin à Aix](#).

On rappelle que les sous-commissions de la CME devaient être mises en place pour le 15 janvier 2007 au plus tard dans les établissements de santé publics. Après cette date, les délibérations adoptées par le conseil d'administration en matière de qualité et de sécurité des soins et les mesures d'application prises par le directeur sans consultation préalable de la ou des sous-commissions concernées sont entachées d'un vice de forme.

Marc MOULAIRE Ingénieur Risques et Qualité, Centre Hospitalier d'Ardèche Méridionale à Aubenas, avec l'aide de Gilbert MOUNIER-SHAHMORADI Responsable Qualité, Clinique des Diaconesses à Strasbourg

V2007

V2007 règles de cotation : instructions aux experts visiteurs (début 2008)

- quand vous répondez "oui" à tous les éléments d'appréciation, la cotation est A
- quand vous répondez "non" à tous les éléments d'appréciation, la cotation est D
- quand vous répondez "en partie" à un élément d'appréciation, la cotation est B

Dans tous les autres cas,
-plusieurs "en partie" pour des manques mineurs peuvent conduire à coter B
-un seul "non", mais pour un problème majeur conduira à une cotation C.

Indicateurs de Performance pour l'Amélioration de la Qualité Hospitalière (IPAQH)

Dans le cadre de l'évolution de la procédure de certification, la Haute Autorité en Santé va intégrer un suivi annuel sur des champs spécifiques par la généralisation d'indicateurs de processus.

Une enquête, réalisée dans le cadre d'une phase pilote s'est déroulée en 2007 auprès de 27 CHU et des CLCC et doit d'être généralisée en 2008 pour tous les établissements MCO.

La méthode est basée sur une étude rétrospective de dossiers patients sélectionnés par tirage au sort pour des séjours MCO (hors séjours de moins de 24 H et hors séances) durant le 2^{ème} semestre 2006. Les dossiers évalués ont été tirés au sort de façon aléatoire par les DIM.

L'enquête a porté sur 3 thèmes :

1 La conformité du dossier patient, déclinée en 4 éléments :

- La tenue du dossier du patient
- La traçabilité au sein du dossier de l'évaluation et du suivi de la douleur
- La traçabilité au sein du dossier du dépistage des troubles nutritionnels
- Le délai d'envoi des courriers de fin d'hospitalisation

2 La tenue du dossier anesthésique (13 critères)

3 Le respect des bonnes pratiques de prise en charge de l'infarctus après la phase aiguë.

Les principaux résultats :

1 Score de qualité de la tenue du dossier patient : 6,4/10

(% de dossiers retrouvés et évalués : 93%)

% de dossiers répondant aux critères de qualité :

Examen médical d'entrée noté : 76%

CR d'accouchement : 81%

CR opératoire : 87%

Dossier anesthésique : 80%

Dossier transfusionnel 49%

Prescription médicale de sortie : 33%

CR d'hospitalisation : 64%

Dossier organisé et classé : 85%

Traçabilité de l'évaluation de la douleur : 38%

Traçabilité du dépistage des troubles nutritionnels (poids + variation + IMC) : 5%

2 Score de qualité de la tenue du dossier anesthésique : 6,4/10

3 Respect des bonnes pratiques de prise en charge de l'infarctus après la phase aiguë

Aspirine après infarctus : 90%

Bêta bloquant après infarctus : 85%

IEC après infarctus : 92%

Sensibilisation aux règles hygiéno-diététique : 38%

Délivrance de conseils pour l'arrêt du tabac : 47%

Ces résultats sont donnés sous réserve de la publication officielle à venir.

A ce stade, il n'y a pas d'information sur le plan des actions d'amélioration à mettre en place. Le problème de la traçabilité est criant. Il ne fait aucun doute qu'au vu des résultats, les secrétariats médicaux vont enfin être pourvu en moyens humains et matériels adaptés.

A noter que l'indicateur « Bêta bloquant à la sortie après infarctus, » ne fait plus partie des indicateurs utilisés aux Etats-Unis, le niveau satisfaisant ayant été atteint et maintenu. Beaucoup de retard à rattraper !

Satisfaction des patients : 56 % des Français estiment que notre système de santé est inégalitaire

... "il ne permet pas à tous les habitants du pays de bénéficier de la même qualité des soins". Le Collectif Inter associatif sur la Santé (CISS) a publié les résultats d'un sondage concernant la perception des Français sur la mise en œuvre de leurs principaux droits en tant qu'usagers du système de santé.

<http://www.leciss.org/communiqués-de-presse/back/1/article/barometre-lh2-ciss-droits-des-malades-et-qualite-du-systeme-de-sante.html>

Les magistrats français ont toujours du mal avec la médecine fondée sur les preuves (EBM).

En France, les plaintes (Sclérose en plaque) contre le vaccin pour protéger de l'Hépatite B ont été jugées recevables, malgré toutes les données scientifiques. Au Maryland la plainte (autisme) déposée contre les vaccins contenant du thiomersal a été rejetée en l'absence de faits scientifiques. [Berger SR. Memorandum opinion. Blackwell v. Sigma Aldrich, Inc. et al., Circuit Court for Baltimore City, Case No. 24-C-04-004829, Dec 21, 2007] <http://www.casewatch.org/civil/blackwell/memo.pdf>

Rating ... encore et toujours la Grande Bretagne

Une opération nationale, régulièrement renouvelée, en toute transparence après consultation des intéressés, des critères simples suivis d'actions d'améliorations ... Oui, c'est possible ! Comparisons of the performance against known best practice and with other trusts will help drive improvement. The Commission is currently consulting on the development of the Annual Health Check in 2008/2009.

http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4086665

You can comment by sending your views to :

feedback@healthcarecommission.org.uk

Les indicateurs proposés sont disponibles

http://www.healthcarecommission.org.uk/db/documents/Appendix_A.pdf

You can read the full consultation document here :

http://www.healthcarecommission.org.uk/db/documents/Developing_the_ahc_in_2008_2009_Have_your_say_1.pdf

Là encore nos tutelles pourraient faire un peu de benchmarking.

La Commission de la transparence revoit à la baisse le niveau d'ASMR de Synagis.

Une baisse du niveau d'amélioration du service médical rendu du traitement préventif des infections respiratoires basses dues au virus respiratoire syncytial par le Synagis* (palivizumab, Abbott) chez des nourrissons à risque.

Une étude observationnelle/longitudinale a été réalisée par les laboratoires Abbott à la demande de la Direction générale de la santé qui voulait des données sur les modalités d'utilisation, de tolérance et d'efficacité de Synagis, en termes de risque de survenue d'une hospitalisation liée à une infection respiratoire basse à VRS.

La CT est assez critique sur le déroulement de l'étude et sur ses résultats.

L'étude "ne permet pas de confirmer la réduction du taux d'hospitalisation avec un niveau de preuve suffisant", comme cela a déjà été démontré versus placebo d'une part chez l'enfant prématuré et d'autre part chez l'enfant avec une cardiopathie congénitale.

Les études post AMM (en d'autres termes : dans la vie réelle) sont indispensables. Elles sont coûteuses et difficiles. Cette décision de la CT peut être considérée comme une avancée significative pour inciter l'industrie à les réaliser, comme cela est demandé depuis près de 10 ans.

La CSMF prépare un projet de dossier médical professionnel (DM Pro)

Simple, robuste et peu coûteux, sans subvention publique ...

Organismes agréés : EPP et accréditation (données mars 2008)

EPP : sur les 75 organismes agréés qui devaient rendre un rapport d'activité, seuls 41 l'ont fait. Selon l'analyse de ces rapports, 1 646 médecins auraient rempli les conditions pour valider l'obligation d'EPP.

Accréditation : 6 organismes agréés sont fonctionnels, 2 600 médecins sont engagés dans le dispositif.

Un projet de nouveau décret FMC/EPP, aurait été rejeté par le Conseil d'Etat

Les 288 membres des CRFMC, nommés il y a 6 mois, avaient l'enthousiasmante mission de vérifier tous les 5 ans que leurs confrères avaient bien satisfait à leurs obligations, et transmettre cette information aux fins conventionnelles et disciplinaires ... mais ils ont été déclarés morts nés.

La commission juridique du Conseil d'Etat aurait signalé que pour mettre hors jeu les CRFMC, il faudrait d'abord modifier la loi du 4 mars 2002 qui prévoyait leur mise en place.

Quand aux 3 Conseils Nationaux de FMC qui sont en place depuis 2004, ils ont agréé des organismes pour faire de la FMC « validante », mais sans autoriser la délégation, faute d'en avoir défini les règles. Pourtant, les très nombreuses petites associations, qui occupent depuis toujours le terrain et qui sont souvent les plus efficaces, ne peuvent être agréées. Elles ont souvent de 15 à 20 adhérents et ne peuvent pas compter en leur sein une gouvernance pédagogique et une gouvernance scientifique, entre autres obligations. L'UNAFORMEC a demandé que cette délégation soit précisée dans un décret, pour permettre aux associations locales de bénéficier de l'agrément FMC de structures fédératives, compte tenu de la lourdeur du dossier à remplir et des obligations à respecter. Sans réponse à ce jour.

La FMC est prévue depuis les ordonnances Juppé ... il y a une douzaine d'années.

Médecins experts extérieurs (MEE)

La liste que la HAS devait diffuser en 2007 devrait être prochainement disponible. Les MEE viennent de signer leur accord pour cette diffusion sur le site internet de la HAS.

Deux points pratiques semblent encore à résoudre :

-financement : rémunération et déplacement, en pourparler avec la DHOS.

-mise à disposition des MEE par leur établissement d'origine : temps hospitalier d'exercice.

Une décision de la HAS qui précise les conditions de recrutement des MEE vient d'être publiée au JO : Décision n° 2008.01.001/EPP du 16 janvier 2008 modifiant la décision n° 2007.10.035/EPP du 7 novembre 2007 relative aux modalités de mise en œuvre de l'évaluation des pratiques professionnelles. NOR: HASX0811249S

Merci aux contributeurs, et en particulier à Marc Moulaire, Gilbert Mounier-Shahmoradi, Béatrice Perron, Hélène Robillart, François Xavier Chaine.

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