

AFQHO Info numéro 23 du 17 juin 2008

Association Francophone pour la Qualité Hospitalière <http://www.afqho.com/>

Merci aux contributeurs, en particulier : Christophe Geisler, Christian Doucet, Alain Miquel, Gilbert Mounier, Christine Delobel et Hélène Robillart.

AFQHO Info ne peut vivre que grâce à vous. Communiquez informations ou articles à : [braillon.alain@chu-amiens.fr](mailto:braillon.alain@chu-amiens.fr) avec en objet : AFQHO Info

## Edito

**Il faut augmenter la diffusion de cette newsletter. Envoyez les mailings des personnes qui peuvent être intéressées.**

Bravo, vous êtes de plus en plus nombreux à contribuer à cette newsletter. Continuez, ne vous laissez pas décourager par cette épidémie de rapportite galopante. Soyez optimistes ! Les responsables de la situation actuelle ne sont-ils pas les mieux placés pour trouver les solutions pour l'avenir ?

## Gestion des risques

### **Gestion des risques**

Un gros travail bibliographique

[www.ena.fr/index.php?module=doc&action=getFile&id=649&actiarbo=-2-45-107](http://www.ena.fr/index.php?module=doc&action=getFile&id=649&actiarbo=-2-45-107)

### **Bénéfice risque**

L'Institut de recherche en santé d'Ottawa propose des outils en vue d'aider les patients et les professionnels de la santé à prendre des décisions « difficiles ».

Un peu lourd, un peu compliqué, pas assez EBM, mais le sujet est difficile. Cela a le mérite d'exister.

<http://decisionaid.ohri.ca/francais/index.html>

### **La Vue d'Hélicoptère, l'Alambic et le Quizz**

Des méthodes développées dans l'industrie par le MFQ Franche Comté et par la FAR contact [joellegall@noos.fr](mailto:joellegall@noos.fr)

### **Prévention de la lutte des infections nosocomiales.**

Un film pédagogique a été tourné à la Polyclinique Saint Côme en mettant en scène un patient pas très au fait des gestes de prévention en matière d'hygiène. Le film a obtenu le Prix du Public au Festival TéléVision Santé à Marseille en novembre 2007 et "Le Grand Prix de la Prévention Médicale" en mars 2008 sous le Patronage de la Haute Autorité de Santé.

[http://www.stcome.com/video\\_nosocomiale.asp](http://www.stcome.com/video_nosocomiale.asp)

### **Guide pratique: gestion des risques au bloc opératoire**

Ce document est 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 ainsi qu'un référentiel réglementaire. Les annexes comprennent les deux analyses par dangers et par phases des 156 scénarii ainsi que la réglementation applicable aux blocs opératoires et des éléments de jurisprudence.

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

### **L'Observatoire des risques médicaux**

Décret no 2008-526 du 3 juin 2008 relatif à l'Observatoire des risques médicaux

NOR : SJSS0806292D

« Art. D. 1142-63. – L'Observatoire des risques médicaux procède, dans l'intérêt de la santé publique, à l'analyse des données définies au premier alinéa de l'article L. 1142-29 à des fins de connaissance des risques médicaux, dans le cadre de son rapport annuel. Il met ainsi en évidence les grandes caractéristiques de la sinistralité et du coût de l'indemnisation qui en découle, y compris leur évolution dans le temps. Il fait ressortir les relations existant notamment entre le type de spécialité concernée, la

nature du sinistre, le montant de l'indemnisation due par sinistre et la durée moyenne de règlement. Il en dégage le coût pour l'ensemble des acteurs et détaille la répartition des charges d'indemnisation entre les différents organismes mentionnés à l'article L. 1142-29. « Son rapport est adressé aux ministres chargés de l'économie, du budget, de la santé et de la sécurité sociale. » Sur demande conjointe des ministres destinataires du rapport annuel, l'observatoire peut être chargé d'études sur des sujets particuliers en lien avec sa mission. Une synthèse de chaque étude est annexée au rapport annuel de l'observatoire correspondant à l'année de remise de l'étude.

En d'autres termes, il fait ce qu'on lui dit, pas d'auto-saisine, pas d'initiative  
[http://www.legifrance.gouv.fr/jopdf//jopdf/2008/0605/joe\\_20080605\\_0046.pdf](http://www.legifrance.gouv.fr/jopdf//jopdf/2008/0605/joe_20080605_0046.pdf)

### **Erreurs médicamenteuses évitables**

Dès 2002 l'Afssaps a mis en place des actions pour mieux prendre en charge la gestion des erreurs médicamenteuses mettant en cause le médicament (présentation – conditionnement étiquetage-, information, etc.). L'erreur médicamenteuse n'est actuellement pas définie dans les textes réglementaires. La seule définition « légitime » est celle de l'erreur thérapeutique définie par l'OMS comme « tout événement fortuit survenant à un niveau quelconque dans le circuit qui va de la fabrication, à la prescription et à l'administration des médicaments et incluant les erreurs causées par tout acte de soin, qu'il soit médicamenteux, chirurgical ou de diagnostic ». Le terme fortuit souligne le caractère inattendu de l'événement pouvant être interprété comme non intentionnel. En France, la définition jusqu'alors disponible était celle de l'Association d'Assurance Qualité en Thérapeutique et Evaluation (AAQTE) qui s'inspirait de la définition américaine établie par le NCCMERP (Institution coordinatrice du système de déclaration des erreurs médicamenteuses aux Etats-Unis), et définissait l'erreur médicamenteuse comme « tout événement iatrogène médicamenteux évitable, potentiel ou avéré, résultant d'un dysfonctionnement non intentionnel dans l'organisation de la prise en charge thérapeutique du patient. De tels événements peuvent s'avérer secondaires à la prescription ; la communication des ordonnances ; l'étiquetage des médicaments, leur emballage et leur dénomination ; leur préparation, leur délivrance et leur dispensation ; leur administration par un professionnel de santé ; l'information et l'éducation du patient ; le suivi thérapeutique ainsi que les modalités d'utilisation ».

En 2006, la Société Française de Pharmacie Clinique a proposé une nouvelle définition dans la première édition du Dictionnaire français de l'erreur médicamenteuse. Elle reprend l'ensemble des concepts énoncés et propose une définition complète : « L'erreur médicamenteuse est un écart par rapport à ce qui aurait dû être fait au cours de la prise en charge thérapeutique médicamenteuse du patient. L'erreur médicamenteuse est l'omission ou la réalisation non intentionnelle d'un acte relatif à un médicament, qui peut être à l'origine d'un risque ou d'un événement indésirable pour le patient. Par définition, l'erreur médicamenteuse est évitable car elle manifeste ce qui aurait dû être fait et qui ne l'a pas été au cours de la prise en charge thérapeutique médicamenteuse d'un patient. L'erreur médicamenteuse peut concerner une ou plusieurs étapes du circuit du médicament, telles que : sélection au livret du médicament, prescription, dispensation, analyse des ordonnances, préparation galénique, stockage, délivrance, administration, information, suivi thérapeutique ; mais aussi ses interfaces, telles que les transmissions ou les transcriptions ».

L'Afssaps dans le cadre du groupe plénier de réflexion sur les erreurs médicamenteuses évitables, propose une définition simplifiée : « Dans le domaine de la santé, l'erreur médicamenteuse est l'omission ou la réalisation non intentionnelle d'un acte survenu au cours du processus de soins impliquant un médicament, qui peut être à l'origine d'un risque ou d'un événement indésirable pour le patient. »

Ainsi, l'analyse a posteriori de l'erreur permettra de la caractériser et de la qualifier par sa nature, son type, la gravité de ses conséquences cliniques pour le patient, l'étape de réalisation dans la chaîne de soins. L'erreur peut trouver sa source dans une mauvaise conception du médicament et de l'information qui lui est relative (confusion de dénomination, conditionnement inadapté, problème d'étiquetage ou de notice d'information, etc.), ou dans l'organisation systémique du processus de prise en charge thérapeutique du patient (organisation du circuit du médicament, facteurs humains, facteurs environnementaux, pratiques professionnelles, etc.). ».

La définition du mésusage a été revue en ajoutant la notion d'intentionnalité : « Utilisation intentionnelle d'un médicament, non conforme aux mentions légales du RCP, aux référentiels institutionnels, aux recommandations des sociétés savantes, ou non étayée par des données scientifiques établies. Commentaires : Le mésusage est un acte volontaire sans intention de nuire mais pour lequel la probabilité d'un bénéfice pour le patient est incertaine. ». Il est à noter que l'erreur médicamenteuse peut être définie comme : - avérée lorsqu'elle résulte en l'administration au patient d'un médicament erroné, d'une dose incorrecte, par une mauvaise voie, ou selon un mauvais schéma

thérapeutique, etc ; - potentielle si elle est interceptée avant l'administration du produit au patient ; - ou latente (ou risque d'erreur) s'il s'agit d'une observation témoignant d'un danger potentiel pour le patient.

[afssaps.sante.fr/pdf/5/bilan-guichet-erreurs-medicament.htm](http://afssaps.sante.fr/pdf/5/bilan-guichet-erreurs-medicament.htm)

## Sur Internet

### **La qualité à la clinique d'Orgemont**

Un article de Christian Doucet à ne pas manquer.

[http://www.afqho.com/Images/Article\\_CliniqueOrgemont.pdf](http://www.afqho.com/Images/Article_CliniqueOrgemont.pdf)

### **Rapport du Comité national de suivi des soins palliatifs au ministre en charge de la Santé.**

La formation de tous les professionnels centrée sur l'éthique et l'accompagnement des patients, un accompagnement des proches et une formation du public, avec des mesures favorisant le maintien à domicile.

[http://www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_soins\\_palliatifs\\_091007.pdf](http://www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_soins_palliatifs_091007.pdf)

### **Malades en fin de vie**

En 2005, à la demande du ministre de la santé, Marie de Hennezel avait reçu la mission de faire l'état des lieux des malades en fin de vie en France. Réalisé à partir d'une enquête menée dans l'ensemble des régions entre juin 2005 et novembre 2007, le rapport pointe un développement insuffisant de l'offre des soins palliatifs et une répartition inégale sur le territoire.

[http://www.mariedehennezel.com/accueil/La % 20France % 20palliative. Pdf](http://www.mariedehennezel.com/accueil/La%20France%20palliative.Pdf)

### **"Methods of Assessing Response to Quality Improvement Strategies" (MARQuIS)**

Un projet de recherche de 3 ans financé dans le cadre du programme 6th framework de l'Union Européenne qui a débuté en janvier 2005 et s'est terminé en Janvier 2008. Le projet a été piloté par la Fondation Avedis Donabedian d'Espagne.

Les objectifs du projet MARQuIS étaient les suivants :

- Identifier et comparer les différentes politiques et stratégies d'amélioration de la qualité en santé, utilisées par les États membres de l'Union Européenne, et évaluer leur utilisation potentielle pour les patients qui reçoivent des soins transfrontaliers,
- Évaluer l'utilité de développer des procédures formelles en termes de qualité pour les services de santé au niveau de l'UE.

<http://www.marquis.be/Main>

## Certification (HAS)

### **Guide pratique pour la certification des établissements de santé**

Par Sophie Fedy, docteur en pharmacie, responsable assurance qualité depuis plus de quinze ans. Après une expérience dans l'industrie pharmaceutique, elle a conduit deux démarches de certification au centre hospitalier d'Argenteuil, établissement public de 900 lits.

ISBN 978-2-84874-090-4 38€

### **V2010**

«Un avis autorisé sur le projet de la V2010 »

les niveaux N1... N4 sont en fait la transcription de normes telles que CMMI qui n'ont jamais bien fonctionné dans l'industrie, car justement trop formels... C'est particulièrement idiot de croire que le minimum qualité est de formaliser. La formalisation arrive au contraire à la fin... »

### **V2007 la notion de dynamique : Extraits des nouvelles instructions aux Experts Visiteurs**

Lors de l'examen des dossiers, les membres de la Commission de revue des dossiers sont régulièrement amenés à ne pas retenir, au motif qu'il ne s'agit pas réellement de "dynamiques", les actions mises en oeuvre par les établissements, en vue d'atténuer le niveau de décisions suite à des cotations C ou D.

Il nous paraît donc important de refaire le point sur la notion de dynamique.

- Une dynamique d'amélioration doit être une action concrète engagée par un établissement ou au minimum un plan d'actions présenté avec échéancier et modalités d'évaluation ; ce ne peut être une intention.

Pour être retenue comme "dynamique", l'action d'amélioration engagée ou envisagée doit porter sur le point précis de dysfonctionnement dont vous avez fait état dans le constat ; il ne peut s'agir d'une dynamique globale sur un thème.

Enfin la notion de dynamique ne peut se confondre avec celle de réactivité : le fait qu'un établissement ait immédiatement revu ses pratiques en cours de visite pour tenir compte d'une de vos remarques, ne peut s'apparenter à une dynamique. Parce que le sujet n'a pas été travaillé par les différents acteurs et qu'ils n'ont pu s'approprier les nouvelles pratiques, rien ne peut en garantir la pérennité.

Pour illustrer le propos, je reprends l'exemple que j'avais coutume de développer en formation initiale : Au cours d'une visite, vous constatez que les pièces "redondantes" du dossier patient sont jetées dans les poubelles des différents secrétariats sans même être déchirées.

Vous ne pouvez pas retenir comme dynamique d'amélioration sur ce point le fait que l'établissement ait beaucoup travaillé à la structuration d'un dossier commun patient ; ne peuvent être retenues que les actions directement liées à l'amélioration du problème précis (procédure de destruction des pièces en cours d'élaboration, sensibilisation des personnels en cours, achat de broyeurs, etc.).

Vous ne pouvez retenir ces actions que si elles ont démarré ou sont programmées avec un échéancier précis.

Enfin si l'établissement réagit immédiatement en donnant la consigne aux professionnels de ne plus jeter ces pièces sans les déchirer, vous ne pourrez que constater son immédiate réactivité, sans pouvoir encore attester d'une dynamique d'amélioration.

En clair et en terme de formulation :

*Est considérée comme une "dynamique" :*

"l'établissement a repéré le problème au cours de l'auto-évaluation : un groupe de travail est en cours pour finaliser une procédure de destruction des pièces du dossier patient ; tous les personnels concernés ont été re-sensibilisés et l'achat de broyeurs est budgété".

*Ne sont pas considérées comme des "dynamiques" :*

"l'établissement a conscience du problème et a l'intention de réunir un groupe pour travailler sur une procédure de destruction des pièces du dossier" ;

"l'établissement est très dynamique sur la thématique du dossier patient et devrait parvenir à résoudre ce problème sans difficulté" ;

"un DIM va être recruté à plein temps ; sa mission sera d'organiser l'évaluation de la tenue du dossier patient" ;

"suite au signalement du problème par les experts-visiteurs, l'établissement a immédiatement donné la consigne de suspendre cette pratique".

## Certification de chez certificateur

### ISO 14001 dans le secteur de la santé

Après la clinique Champeau à Béziers certifiée ISO 14001, la clinique Delay-Bayonne est la seconde clinique française à obtenir cette certification.

### Internet, santé et certification

Le site Web d'AXA Santé, vient d'obtenir la certification Health On the Net (HON) qui lui confère le sérieux et la reconnaissance médicale des informations délivrées sur son site.

### Le Forum EFQM à Paris

C'est en France cette année que la 20ème édition du forum EFQM se tiendra du 27 au 29 octobre 2008.

## Congrès

### La 3ème journée régionale de la Qualité hospitalière du REQUAMIP

PREVENIR LES RISQUES PSYCHOSOCIAUX DANS LES ETABLISSEMENTS SANITAIRES ET MEDICO-SOCIAUX

Toulouse, 3 juillet 2008, 17h-19h,

Amphi de télé-médecine. Hôpital Purpan, Place Baylac, Toulouse

[requamip@yahoo.fr](mailto:requamip@yahoo.fr)

## Réseaux Régionaux Santé Qualité

### Association Réseau Bas-Normand Santé Qualité

1 Développer et promouvoir une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins dans les établissements de santé de Basse-Normandie.

2 Faire connaître et valoriser les savoir-faire et les expériences régionales en facilitant les échanges entre les professionnels.

3 Sensibiliser et former les professionnels des établissements de santé.

Bravo pour sa 8<sup>ème</sup> réunion régionale fin mai.

[alain.clouet@ugecam-normandie.fr](mailto:alain.clouet@ugecam-normandie.fr)

## L'hôpital

### L'hôpital public : enquêtes de satisfaction

Depuis cinq ans, un sondage dresse un état des lieux de la perception et du rapport des français à l'hôpital public et plus précisément de l'accès aux soins. Un échantillon de 1 000 personnes, représentatif de la population française âgée d'au moins 18 ans, a été interrogé les 23 et 24 avril. L'opinion générale est positive.

79 % sont satisfaits de l'hôpital public mais en baisse de 3 % par rapport à l'année dernière.

83% satisfaits de la qualité des soins, 77% de la modernité des équipements. Quand on connaît le sous équipement en PETscan ou en IRM, cela est bien révélateur de la validité des enquêtes de satisfaction.

79% estiment que le financement des hôpitaux est insuffisant (24 % très insuffisant)

[http://www.fhf.fr/file.php?tb=evenement&at=id\\_evenement&px=fic1&id=66](http://www.fhf.fr/file.php?tb=evenement&at=id_evenement&px=fic1&id=66)

### Le déficit des CHU est passé de 24 M€ en 2005 à 367 M€ en 2007.

Sur les 31 CHU, Limoges et Poitiers ne sont pas en déficit.

Pour l'ensemble des hôpitaux, le déficit est de 800 M€

La capacité d'autofinancement a baissé de 25% en un an, elle ne représente que 4% du budget global.

A Nice le maire, président du conseil d'administration, s'est opposé au plan d'économie de la direction qui prévoyait des suppressions d'emploi.

Pour l'Igas, le déficit des hôpitaux est essentiellement dû à une faible efficacité et non dans des causes extérieures (T2A, Missions d'Intérêt Général)

### Soins infirmiers individualisés à la personne soignée SIIPS

Activités afférentes aux soins 50 à 65% dont 25% du temps total à commandes et gestion PS

Une journée de 7h30 avec 15 malades => 8 minutes seulement passées auprès de chaque patient.

D'après Jean Michel Dericquebourg à Arras

### Motivation des personnels ?

24% des postes de Praticiens Hospitaliers vacants.

Dans certains types d'établissements, jusqu'à 50% médecins étrangers

D'après la Coordination Médicale Hospitalière

### Formation des directeurs d'hôpital

École des hautes études en santé publique

« Acteur de santé publique, garant du service public hospitalier, animateur d'équipe et de réseaux, le directeur d'hôpital exerce aujourd'hui de multiples activités organisées autour de deux principales catégories de fonctions :

- Stratégiques, afin de concevoir, initier et impulser l'inscription de l'établissement dans ses missions de santé publique au sein d'un environnement en changement.
- Opérationnelles, au travers du management de l'hôpital et de la conduite du changement dans une démarche d'optimisation des ressources humaines et des moyens financiers, logistiques et techniques.

Ainsi, la formation vise à développer des compétences professionnelles autour de trois dimensions, technique, culturelle et humaine. »

Sans commentaire.

Parmi les grands chapitres de la formation : « Management de la qualité et des risques ». Peut être préférer « management par la qualité », qui signifie que la qualité devient un objectif majeur du management.

<http://www.hcsp.fr/hcspi/docspdf/adsp/adsp-61/ad61110110.pdf>

## Des chiffres et des nombres

### **La Mutuelle Générale de l'Education Nationale (MGEN)**

La première mutuelle santé de France, a annoncé avoir dégagé en 2007 un excédent de 26 millions d'euros, contre 34 millions d'euros l'année précédente.

Rappelons que la MGEN, n'a pas de but lucratif !

## Développement Durable

### **AFAQ 1000NR TERRITOIRES DEVELOPPEMENT DURABLE**

AFAQ AFNOR Certification propose aux collectivités un outil d'évaluation original : AFAQ 1000NR Territoires, qui a été spécifiquement développé pour les collectivités locales. « Guide d'évaluation », construit selon le modèle d'excellence EFQM.

[christian.riquelme@departement.org](mailto:christian.riquelme@departement.org)

### **Référentiel Haute Qualité Environnementale (HQE) pour les établissements de santé**

Le ministère de la Santé et la Caisse des dépôts sont à l'origine de ce référentiel qui permettra aux hôpitaux et cliniques de faire certifier, de manière volontaire, leurs efforts pour produire des bâtiments réduisant les factures d'eau et d'énergie, leurs émissions de CO2. Il certifiera la poursuite de 14 cibles environnementales de la démarche HQE. Il s'inscrit dans le Grenelle de l'environnement et dans le cadre du plan Hôpital 2012.

[http://www.mainh.sante.gouv.fr/upload/basedoc/080307\\_referentiel\\_qeb\\_etablissements\\_de\\_sante.pdf](http://www.mainh.sante.gouv.fr/upload/basedoc/080307_referentiel_qeb_etablissements_de_sante.pdf)