

AFQHO Info numéro 32 du 1er Mars 2009

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

Merci aux contributeurs, en particulier : Gérard Parmentier, Gwenaele Régnier, Christophe Geisler, et Hélène Robillart.

Communiquez vos articles et les informations à publier à :

brailon.alain@gmail.com

AFQHO Info ne peut vivre que grâce à vous.

Même adresse si vous souhaitez figurer sur la liste de diffusion ou en être rayé.

SOMMAIRE :

Avec les liens hypertextes en faisant « CTRL+Clic », uniquement dans la pièce jointe

Edito

[Comment faire en cas de moyens insuffisants](#)

Management et personnels

[Un bon manager va droit au cœur](#)

[Le stress professionnel](#)

Gestion des risques

[Les plaintes des malades et la Healthcare Commission](#)

[Événement Porteurs de Risques !](#)

[EIG et Debriefing](#)

[Cartons rouges du conditionnement : ils sont 4 en 2008 !](#)

[Attention, l'utilisation des sigles est dangereuse](#)

[Volume d'activité et qualité : Et si on parlait des risques aussi ?](#)

Infections associées aux soins

[Programme national de prévention des infections nosocomiales associées aux soins 2009-2012](#)

EBM

[Prévention des infections en réanimation](#)

[Une recommandation comme on les aime : mais c'est en ... Suisse](#)

[Maltraitance : recommandation Anesm](#)

Amélioration des pratiques

[L'Assurance maladie et l'amélioration de la pratique individuelle](#)

[CAPI \(suite\) : les idées ne prennent pas l'Eurostar](#)

[Aux Pays Bas on utilise les NTIC. Avec Thalys Paris Rotterdam, c'est 3 heures](#)

[Prise en charge de la douleur postopératoire : évaluation et amélioration de la qualité](#)

[Évaluation des pratiques d'hygiène en anesthésie](#)

[Candidoses invasives en réanimation : analyse des traitements antifongiques au cours de l'enquête française AmarCand](#)
[L'évaluation gériatrique standardisée et cancer](#)

Système de soins

[Des sénateurs se mettent au blog](#)
[Transfert de compétences entre médecins et infirmières](#)
[Le nombre d'IRM en Champagne-Ardenne est insuffisant pour respecter les bonnes pratiques](#)
[10 ans de recompositions hospitalières en France 1995 et 2005](#)
[Rapport Couty sur la psychiatrie](#)
[Répertoire partagé des professionnels de santé](#)

Emploi

[2 gestionnaires de risques Ile-de-France](#)
[Médecin contractuel à Poitiers](#)

JO

[L'exercice des professionnels de santé](#)
[Enquête probatoire pour instruction des projets de normes](#)

V2010

[V2010 L'auto-évaluation simplifiée](#)
[V2010 La cotation](#)
[V2010 Score calculé et niveau de décision](#)
[V2010 Deux nouveaux niveaux de certification = 5 niveaux](#)
[V2010 Non certification](#)
[V2010 Le suivi : nouveautés](#)

[Retour au Sommaire](#)

Edito

[Retour au Sommaire](#)

Comment faire en cas de moyens insuffisants.

Public Health Emergency? Using Ethical Principles to Improve Allocation Decisions.
Annals of Internal Medicine 2009;150,132-8
<http://www.annals.org/cgi/content/abstract/150/2/132>

[Retour au Sommaire](#)

Management et personnels

[Retour au Sommaire](#)

Un bon manager va droit au cœur

Une étude prospective montre une relation inverse et significative entre un degré de clarté, d'initiative et de confort personnel pour accomplir sa tâche, avec le risque de survenue d'une cardiopathie ischémique.

3 122 hommes de la cohorte « WOLF » (Work, Lipids, and Fibrinogen), inclus entre 1992 et 1995, puis suivis pendant en moyenne 9,7 ans.

Un ajustement pour des variables connues pour influencer sur le risque de cardiopathie ischémique : niveau d'éducation, de revenus, statut hiérarchique, charge physique au travail, tabagisme, pratique d'une activité physique, indice de masse corporelle, TA, lipides, fibrinogène et diabète.

Un risque relatif ajusté de 0,47 pour quatre ans.

Les comportements managériaux les plus fortement protecteurs de cardiopathie ischémique sont : délivrer une information suffisante, laisser une prise active sur la tâche, expliquer les buts à atteindre et offrir les conditions pour réaliser des changements.

Nyberg A et coll. Occup Environ Med. 2008

[Retour au Sommaire](#)

Le stress professionnel

Le stress a des conséquences négatives importantes sur le bien-être et la santé des travailleurs mais aussi sur les performances, l'économie et la productivité des entreprises. Les actions contre le stress s'organisent selon plusieurs axes : un axe évaluatif (mesurer les niveaux de stress et suivre leur évolution), un axe organisationnel (implanter une politique d'entreprise « antistress », réorganiser le travail et redéfinir les tâches), un axe managérial (développer une politique managériale orientée vers les résultats mais aussi le bien-être au travail) et un axe individuel (former les individus à développer des compétences à gérer le stress et les aider à augmenter leur résistance au stress).

Information Psychiatrique 2008 ; 84 : 809-20.

<http://www.jle.com/fr/revues/medecine/ipe/e-docs/00/04/43/D7/article.phtml>

[Retour au Sommaire](#)

Gestion des risques

[Retour au Sommaire](#)

Les plaintes des malades et la Healthcare Commission

La HC trouve que dans la moitié des cas les plaintes n'ont pas été instruites de façon satisfaisante au niveau local. Le NHS reçoit 135 000 plaintes par an. A partir d'avril les plaintes non résolues seront traitées par le parlement et le médiateur.

<http://fadelibrary.wordpress.com/2009/02/17/uk-health-news-02172009/>

[Retour au Sommaire](#)

Evénement Porteurs de Risques !

Le professeur Fourrier, président de la Société de réanimation de langue française, lors du 36ème congrès en janvier 2008 déclarait « *environ la moitié des services français ne sont pas en situation réglementaire* » (Deux infirmières pour cinq patients, deux aides-soignantes pour huit patients et une permanence médicale 24h/24 par des praticiens spécialistes formés).

Un an plus tard, le nouveau président, le professeur Bertrand Guidet observe que le défaut de mise aux normes concerne encore la moitié des services.

Le Professeur Guidet a aussi dévoilé les résultats d'une étude dans 15 hôpitaux franciliens : ICE-CUB (Intensive Care Elderly-CUB-Réa). Une enquête sur 50 000 octogénaires admis aux urgences pendant un an et les admissions en réanimation. Il y a aussi d'autres situations de plus en plus difficiles : patients d'onco-hématologie ou bronchopneumopathies chroniques obstructives.

Rappel : la disparité territoriale 15 lits pour 100 000 adultes en Alsace et en Lorraine et 7 lits pour 100 000 en Bourgogne et Pays de la Loire.

Le professeur Fourrier et le professeur Bertrand Guidet déclarent une situation particulièrement dangereuse mais ne sont pas écoutés. Quand ils seront écoutés il faudra encore qu'ils soient entendus, puis compris et enfin que des actions soient mises en place.

[Retour au Sommaire](#)

EIG et Debriefing

<http://www.psqh.com/novdec08/debriefing.html>

[Retour au Sommaire](#)

Cartons rouges du conditionnement : ils sont 4 en 2008 !

Le Palmarès Prescrire du conditionnement vise d'abord à appeler l'attention des soignants et des patients sur les dangers que constituent certains conditionnements de médicaments.

<http://www.prescrire.org/docus/palmares2008Cond.pdf>

<http://www.prescrire.org/aLaUne/dossierPalmares2008.php>

[Retour au Sommaire](#)

Attention, l'utilisation des sigles est dangereuse

MediSigles : La plus grosse base de données spécialisée (médicale) disponible au monde . 23 000 sigles et leurs significations. Une base de données UNHPC (Union Nationale Hospitalière Privée de Cancérologie) sous la direction de Gérard Parmentier.

Téléchargeable sur iTunes, rubrique "Médecine" (7,99 €)

En 2004 la Joint Commission américaine a publié une liste d'abréviations à ne pas utiliser (the "Do Not Use list"). Cette liste est régulièrement mise à jour. Elle a été intégrée au plan d'action pour la sécurité des patients, le "National Patient Safety Goal".

Le programme de l'United States Pharmacopeia sous le nom de MEDMARX® évalue 5 % des erreurs médicales déclarées ayant pour origine l'emploi d'abréviations.

[Retour au Sommaire](#)

Volume d'activité et qualité : Et si on parlait des risques aussi ?

Increased volume is related to increased harm to patients. As the number of areas in the hospital experiencing high volume increased, the likelihood of patients sustaining serious harm because of health care error also increased. This is attributed to reaching system capacity causing support services (ie, lab, pharmacy, radiology, housekeeping and engineering) to be overwhelmed and unable to keep up with requests from caregivers

The Tipping Point: The Relationship Between Volume and Patient Harm

American Journal of Medical Quality, Vol. 23, No. 5, 336-341 (2008)

<http://ajm.sagepub.com/cgi/content/abstract/23/5/336>

[Retour au Sommaire](#)

Infections associées aux soins

[Retour au Sommaire](#)

Programme national de prévention des infections nosocomiales associées aux soins 2009-2012

21 janvier 2009. Les établissements médico-sociaux de plus de 25 lits doivent réaliser une autoévaluation à partir de référentiels de recommandations de bonnes pratiques (grille Angelique

http://www.sante.gouv.fr/html/dossiers/nosoco/programme_national_prevention/programme_2009_2012.htm

[Retour au Sommaire](#)

EBM

[Retour au Sommaire](#)

Prévention des infections en réanimation

www.sfar.org/t/IMG/pdf/ccons_inrea_sfarsrlf09.pdf

www.srlf.org/Data/ModuleGestionDeContenu/PagesGenerees/Biblioth%C3%A8q...

[Retour au Sommaire](#)

Une recommandation comme on les aime : mais c'est en ... Suisse

Actualisée, indépendante avec une information claire pour le public

http://www.liguecancer.ch/fr/prevention/prevention_de_diverses_maladies_cancereuses/depistage_du_cancer_de_la_prostate/index.cfm

[Retour au Sommaire](#)

Maltraitance : recommandation Anesm

Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance.

Pour « *l'ensemble des professionnels en situation de responsabilité et d'encadrement, qu'ils soient cadres ou non cadres, qui exercent au sein des établissements du secteur social et médico-social* ».

http://www.anesm.sante.gouv.fr/spip3097.html?page=article&id_article=130

[Retour au Sommaire](#)

Amélioration des pratiques

[Retour au Sommaire](#)

L'Assurance maladie et l'amélioration de la pratique individuelle

Un nouveau projet de contrat d'amélioration de la pratique individuelle (CAPI : contrats individuels d'intéressement), annexé à un projet d'avenant à la convention médicale (3 février). Une extension possible à l'ensemble des libéraux de santé non médecins.

Ce contrat d'amélioration de la pratique individuelle, issu de la LFSS 2008, propose aux médecins libéraux une rémunération « à la performance » (jusqu'à 7 euros par patient et par an si tous les objectifs fixés sont atteints) sur des objectifs de prévention, de suivi des pathologies chroniques et d'efficacité des prescriptions. Un médecin traitant de 800 patients qui atteint les taux fixés touchera une prime annuelle maximum de 5 600 euros (environ un treizième mois).

Le Conseil National de l'Ordre des Médecins a rendu un avis déontologique défavorable : le contrat n'est pas acceptable « *en ce qu'il aliénerait son indépendance professionnelle* » ... « *Les patients pourraient se demander si le médecin a agi en fonction de son intéressement financier ou bien pour leur seul bien* ».

Les syndicats sont dubitatifs.

Pas de position de la HAS à ce jour, en particulier sur le lien avec l'EPP dont le dispositif est toujours en léthargie.

[Retour au Sommaire](#)

CAPI (suite) : les idées ne prennent pas l'Eurostar

CAPI s'inspire de l'exemple anglais débuté à la fin du millénaire précédent (Campbell SM et al. Improvements in quality of clinical care in English general practice 1998-2003: longitudinal observational study. BMJ 2005;331:1121), donc dans un système d'organisation organisé !

[Retour au Sommaire](#)

Aux Pays Bas on utilise les NTIC. Avec Thalys Paris Rotterdam, c'est 3 heures

Une aide électronique automatique améliore la performance médicale tant pour le dépistage par le calcul du risque cardiovasculaire que pour le traitement des dyslipidémies.

van Wyk JT et al. Electronic alerts versus on-demand decision support to improve dyslipidemia treatment: a cluster randomized controlled trial. Circulation 2008;117:371-8.

[Retour au Sommaire](#)

Prise en charge de la douleur postopératoire : évaluation et amélioration de la qualité

La recommandation formalisée

N° de janvier des Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation 2009 ; 28.

[Retour au Sommaire](#)

Évaluation des pratiques d'hygiène en anesthésie

1998 et 2007 en Lorraine

Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation 2009 ; 28 :28-34

[Retour au Sommaire](#)

Candidoses invasives en réanimation : analyse des traitements antifongiques au cours de l'enquête française AmarCand

Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation 2008 ; 27, 999-1007

[Retour au Sommaire](#)

L'évaluation gériatrique standardisée et cancer

http://www.oncolor.org/referentiels/digestif/eval_geriatrie_defin.htm

[Retour au Sommaire](#)

Systeme de soins

[Retour au Sommaire](#)

Des sénateurs se mettent au blog

Ce blog a pour but de recueillir des témoignages de professionnels de la santé, d'usagers du service public hospitalier, de militants associatifs ou syndicaux, sur la crise que traverse aujourd'hui le système hospitalier en France.

<http://enquete-hopital.blogspot.com/>

[Retour au Sommaire](#)

Transfert de compétences entre médecins et infirmières

Le Moniteur belge vient de publier un « *arrêté ministériel fixant les critères d'agrément autorisant les praticiens de l'art infirmier à porter le titre professionnel particulier d'infirmier spécialisé en oncologie* ». « *une formation post bachelier de 900 heures en oncologie (moitié théorie, moitié clinique), travailler au minimum ¼ temps dans un service spécialisé dans ce domaine et suivre une formation permanente de deux jours par an* ».

Les missions de ces infirmières consisteront à « *accompagner le patient cancéreux, sa famille et ses proches tout au long de sa maladie* », à les « *informer au sujet des services compétents* » et à contribuer à une « *prise en charge globale du patient* ».

En France, on a de grandes déclarations, et la dernière mesure concrète a été de supprimer le diplôme d'infirmier de secteur psychiatrique.

[Retour au Sommaire](#)

Le nombre d'IRM en Champagne-Ardenne est insuffisant pour respecter les bonnes pratiques

Une enquête menée par l'assurance maladie en 2006 sur les registres d'activité des 10 appareils d'IRM pour 1,34 million d'habitants. Les examens en urgence étaient exceptionnels. Le nombre limité d'appareils et la rareté des astreintes d'IRM incitent les utilisateurs à recourir au scanner, bien que l'examen soit irradiant et moins pertinent. Aussi une faible utilisation en pédiatrie. De même pour les cancers, le nombre d'examens d'IRM pratiqués paraît faible par rapport aux besoins traduisant un recours insuffisant.

En 2006, la région comptait 7,5 appareils par million d'habitants contre 5,6 au niveau national.

Un délai moyen de rendez-vous de 43 jours en 2008 contre 29 jours.

Pratiques et organisation des soins, vol.39, n°4, pp.311-321.

[Retour au Sommaire](#)

10 ans de recompositions hospitalières en France 1995 et 2005

Une grande hétérogénéité d'une région à l'autre. En d'autres termes : une faible vision d'ensemble au niveau national sans pilotage.

<http://www.dexia->

[clf.fr/matiss/jsp/docs/document.jsp?doc=16790&rubrique=30&nbderniersdoc=5&nbdocparpage=10](http://www.dexia-clf.fr/matiss/jsp/docs/document.jsp?doc=16790&rubrique=30&nbderniersdoc=5&nbdocparpage=10)

[Retour au Sommaire](#)

Rapport Couty sur la psychiatrie

12 février 2009. Le modèle des groupements locaux de coopération (GLC) en santé mentale regroupant les soignants, publics et privés, les élus, les travailleurs sociaux, les responsables des secteurs du logement et de l'emploi pour gérer la prévention, le diagnostic précoce, les soins psychiatriques et somatiques ambulatoires, la réinsertion et la réhabilitation psychosociale. Pour les associations de malades et les fédérations des professionnels, le GLC « *confusionne au sein d'une même structure dotée de la personnalité juridique, une nébuleuse d'opérateurs (12 dans le texte sans compter les points de suspension) dont le flou quant au pilotage, aux répartitions de responsabilités et aux obligations de chaque acteur laisse pour le moins perplexe quant à sa déclinaison opérationnelle sur le terrain* ». Elles soulignent le clivage entre l'extrahospitalier relevant du GLC et l'intrahospitalier dépendant d'une autre institution « *tant cette interface est particulièrement sensible dans le parcours de soins des usagers en santé mentale* », notamment dans les situations d'urgence.
<http://www.psy-desir.com/leg/spip.php?article2105>

[Retour au Sommaire](#)

Répertoire partagé des professionnels de santé

Arrêté du 6 février 2009 portant création d'un traitement de données à caractère personnel dénommé « Répertoire partagé des professionnels de santé » (RPPS)
JO du 10 février 2009. NOR: SJSG0824493A
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=?cidTexte=JORFTEXT000020234297&dateTexte=&oldAction=rechJO&categorieLien=id>

[Retour au Sommaire](#)

Emploi

[Retour au Sommaire](#)

2 gestionnaires de risques Ile-de-France

Médecin, pharmacien, gestionnaire de risques, cadre de santé pour une mission à durée déterminée de 18 mois pour la mise en place de l'expérimentation portant sur la déclaration des événements indésirables graves liés aux soins en Ile-de-France. Début prévu 1^{er} semestre 2009
marie-francoise.dumay@arhif.fr tel 01 40 05 23 97

[Retour au Sommaire](#)

Médecin contractuel à Poitiers

Structure régionale d'accompagnement des établissements sur l'epp en création.
Contact : Virginie Migeot
v.migeot@chu-poitiers.fr 05.49.44.48.80

[Retour au Sommaire](#)

JO

[Retour au Sommaire](#)

L'exercice des professionnels de santé

Décret n° 2009-134 du 6 février 2009 relatif aux procédures liées à l'exercice des professionnels de santé
JO 10 février 2009. NOR: SJSG0823534D
www.legifrance.gouv.fr/telecharger_rtf.do?idTexte=JORFTEXT000020234171&dateTexte=29990101

[Retour au Sommaire](#)

Enquête probatoire pour instruction des projets de normes

Matériel de perfusion, implants chirurgicaux, matériel d'anesthésie et de réanimation, stérilisation ...
JO 6 février 2009. **Avis relatif à l'instruction de projets de normes** NOR : ECEF0910007V

V2010

V2010 L'auto-évaluation simplifiée

Abandon des prescriptions méthodologiques : S'il est rappelé aux établissements l'importance de la pluri-professionnalité et de l'association des usagers à la procédure, liberté leur est laissée d'organiser comme ils le souhaitent. Il n'y a plus de non satisfaction à la procédure pour raison méthodologique. Allègement de la contrainte formelle. La rédaction de l'auto-évaluation est allégée avec une auto-évaluation par critère selon la gradation OUI/en grande partie/partiellement/NON, identification des points de fonctionnement positifs et production d'un plan d'action avec échéancier sur les points de dysfonctionnements.

Seules les PEPs feront l'objet d'une auto-évaluation par élément d'appréciation.

V2010 La cotation

Un nombre de points défini est attribué à chaque EA en fonction de son degré de satisfaction : oui = 20, en grande partie = 14, partiellement = 7, non = 0.

Le nombre de points pour chaque EA est pondéré en fonction de l'étape (E1, E2, E3) à laquelle il appartient selon le système de pondération 1-2-1 : ce sont donc les éléments d'appréciation de l'étape 2 (qui correspondent à la maîtrise du processus) qui sont davantage valorisés (ils comptent double).

La somme du nombre de points obtenus pour chacune des étapes d'un critère donne un score, dont la comparaison au score maximal possible, permet de déterminer la cotation :

- Cotation A : >= à 90% du score max
- Cotation B : de 60 à 89% du score max
- Cotation C : de 30 à 59% du score max
- Cotation D : de 0 à 29% du score max

Pour les PEP : le dispositif de calcul est identique mais les bornes de la cotation décalées de façon à ce qu'il soit nécessaire d'avoir un score plus élevé pour obtenir une cotation B ou A :

- Cotation A : >= à 90% du score max
- Cotation B : de 80 à 89% du score max
- Cotation C : de 45 à 79% du score max
- Cotation D : de 0 à 44% du score max

V2010 Score calculé et niveau de décision :

- 0 à 20 % du score maximum : réserves majeures
- 20 à 40 % du score maximum: réserves
- 40 à 60 % du score maximum: recommandations
- Pour les PEP : dispositif identique mais les bornes sont décalées avec des niveaux de décision plus forts à niveau de dysfonctionnement équivalent :
- 0 à 40 % du score maximum: réserves majeures
- 40 à 60 % du score maximum: réserves
- 60 à 80 % du score maximum: recommandations

V2010 Deux nouveaux niveaux de certification = 5 niveaux

- certification (aucune décision)
- certification avec recommandation(s)
- certification avec réserve(s)
- décision de surseoir à la certification. L'établissement ne sera certifié que s'il s'améliore significativement dans un délai fixé
- non certification (il est possible de ne pas certifier un établissement en première intention sans passer par l'étape préalable de la certification conditionnelle).

[Retour au Sommaire](#)

V2010 Non certification :

Les critères pris en compte

- au moins une réserve majeure et/ou :
- au moins la moitié des thématiques du manuel est impactée par une ou plusieurs réserves
- au moins 1/3 des PEP est impactée par des réserves
- au moins 1/3 des décisions V2 n'est pas suivi d'effet

Les conditions d'utilisation de ces critères :

- au moins une réserve majeure et tous les autres critères réunis : non-certification.
- au moins une réserve majeure mais aucun des autres critères : certification conditionnelle
- au moins une réserve majeure et 1 ou plusieurs autres critères réunis : non-certification possible.

[Retour au Sommaire](#)

V2010 Le suivi : nouveautés

- un établissement certifié avec recommandations choisira de les lever ou pas avant la prochaine itération et d'en lever tout ou partie. Lorsque l'établissement choisira d'en lever tout ou partie, il produira un rapport de suivi ; dans le cas contraire et/ou pour les recommandations qu'il choisira de ne pas lever, il devra adresser un plan d'actions avec échéancier qui l'engagera pour l'itération suivante ;
- un établissement certifié avec réserves ou avec réserves majeures choisira d'inclure tout ou partie de ses éventuelles recommandations dans son rapport ou sa visite de suivi ; dans le cas contraire et/ou pour les recommandations qu'il choisira de ne pas lever, il devra également adresser un plan d'actions avec échéancier qui l'engagera pour l'itération suivante.
- la visite ciblée, qui pourra être décidée par la HAS dans le cas d'une réserve non levée après mesure de suivi et qui laisserait perdurer une situation mettant potentiellement en jeu la sécurité du patient ou dans le cas d'un constat de carence pour non production du rapport de suivi demandé dans un délai imparti.

[Retour au Sommaire](#)