

AFQHO Info numéro 7 du 4 juillet 2007

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

Editorial

Si vous appréciez cette newsletter :

-indiquez à robillart.helene@chu-amiens.fr les adresses e-mails de vos collègues à qui vous souhaitez faire connaître AFQHO Info.

-participez et envoyez vos contributions à braillon.alain@chu-amiens.fr avec en objet « AFQHO info »

Sur Internet

un site plein de ressources, à visiter et revisiter : <http://www.qualite-info.net/>

la Sofgrès a mis en ligne les présentation de son congrès du 29 juin

<http://www.sofgres.org/Pg29juin07.html#programme>

Ne manquez pas les présentations de MC Moll (CHU d'Angers), A. Jaborska (CH de Creil), ML Pibarot (Assistance Publique-Hôpitaux de Paris) ... Pour ceux qui sont trop speed, voici une dia de X Richomme (Générale de Santé).

« Monsieur B... est opéré pour une reprise de PTH. On utilise un récupérateur de sang. Le patient est transfusé de 2 CGR. Il décède 4 heures plus tard dans un contexte de choc septique... »

- Signalement EI interne
- Signalement CCLIN / InVS (IN?)
- Signalement AFSSaPS RNHV (ITCB?)
- Signalement AFSSaPS Pharmaco (TAPO)
- Signalement AFSSaPS Matério (TAPO)
- Signalement Mairie (registre décès)
- Signalement DDASS
- Signalement expérimental DHOS-Crise / EIG lié aux soins
- Signalement HAS / Accréditation des médecins
- Signalement Assurance

Au fait, a-t-on prévenu la famille ?

D'après X Richomme

Qui a dit que l'on ne signalait pas assez les EIG en France ?

La qualité des soins évaluée par les usagers

Jean-François Mazoyer, ancien président de la Fédération nationale des médecins radiologues, a lancé, en avril, un site interactif pour constituer, à l'aide d'une enquête permanente en ligne, une base de données comparative mise à la disposition du public ». Les patients ont la possibilité de répondre à des questionnaires : « entrée dans la maladie chronique », « médecine de ville », « hospitalisation en médecine, chirurgie et naissance » et « soins de suite et réadaptation ». <http://www.avisante.eu>

Pas de qualité sans mesure

Galilée disait « mesure ce qui est mesurable et rend mesurable ce qui n'est pas mesurable ».

Des outils pratiques : www.aso-organisation.ch/norme.pdf

Congrès

24-26 septembre 2007. World Alliance For Patient Safety (WHO). Porto (Portugal)

admin@patientsafetyresearch.org, <http://www.patientsafetyresearch.org>

30 septembre – 3 octobre 2007. International society for quality in health care (24ème édition). Boston (USA). www.isqua.org

18-19 octobre 2007. Association française des gestionnaires de risques sanitaire (Afgris 6^e Congrès). Saint-Denis (93) <http://www.afgris.asso.univ-paris7.fr>

Rappel : 10-11 décembre 2007. 9^e Journées Internationales de la Qualité Hospitalière (JIQH). www.mateda.com

Définition

Une infection est dite associée aux soins (IAS) si elle survient au cours ou au décours d'une prise en charge (diagnostique, thérapeutique, palliative, préventive ou éducative) d'un patient et si elle n'était ni présente, ni en incubation au début de la prise en charge".

La définition de l'infection nosocomiale (1999) se limitait aux soins hospitaliers. "Une infection est dite nosocomiale si elle apparaît au cours ou à la suite d'une hospitalisation et si elle était absente à l'admission à l'hôpital".

L'IAS peut toucher les patients, malades ou non, mais également les professionnels de santé et les visiteurs. Elle comprend non seulement l'infection nosocomiale (acquise dans un établissement de santé), mais aussi les soins délivrés en dehors.

L'IAS englobe tout événement infectieux en rapport avec un processus, une structure, une démarche de soins au sens large (acte de soins délivré par un professionnel de santé ou soins autodispensés et protocole ambulatoire). Il y a donc deux catégories non exclusives : infections associées à l'environnement des soins (IAES) et infections associées aux actes de soins (IAAS).

La notion de prise en charge inclut les fonctions de nursing et d'hébergement.

Le Comité technique des infections nosocomiales et des infections liées aux soins (CTINILS) révisé aussi les définitions par site anatomique (infection du site opératoire ISO, bactériuries, bactériémies-fongémies, infections liées aux cathéters, infections pulmonaires).

Il s'agit de se caler sur ce que font déjà les anglo-saxons et sur les recommandations de la Commission européenne.

www.sante.gouv.fr/html/dossiers/nosoco/definition/rapport_vcourte.pdf (11 pages)

www.sante.gouv.fr/html/dossiers/nosoco/definition/rapport_complet.pdf (43 pages)

Evidence Based Medicine

Le Conseil National du Sida ne prend pas les vessies pour des lanternes

Après l'annonce le 28 mars de l'Organisation mondiale de la santé et l'Onusida, « *la circoncision comme un moyen supplémentaire important de réduire le risque de transmission hétérosexuelle de l'infection à VIH chez l'homme* » dans les pays à forte endémie, le Conseil National du Sida (CNS) a rendu public, jeudi 21 juin, un avis dans lequel il estime que la circoncision constitue « *une modalité discutable de réduction des risques de transmission du VIH* ». En effet, des études plus anciennes dans des régions où la circoncision est une pratique traditionnellement répandue avaient montré des résultats discordants. Le CNS estime aussi « *plus discutable* » le modèle extrapolant, l'impact possible sur l'épidémie d'une politique d'encouragement à la circoncision car le modèle mathématique ne tient pas compte « *de données sociologiques, anthropologiques ou de la possibilité de reproduire dans la vie réelle des résultats obtenus dans des expériences encadrées* ». Ainsi, l'homme circoncis s'infecterait lui aussi, « *même si cela lui prend plus de temps* ». De plus, aucune étude n'a été réalisée chez des hommes ayant des rapports homosexuels et le danger de voir les hommes circoncis avoir une activité sexuelle plus risquée que ceux qui ne le sont pas n'a pas été évalué. Le CNS craint que la promotion de la circoncision brouille les messages de prévention existants et aboutisse à une augmentation des infections.

Un contre exemple récent, dans un domaine pourtant bien codifié : le médicament. Les Coxibs, qui coûtent 10 fois plus chers que les autres anti-inflammatoires, car les financeurs ont extrapolé à partir des résultats sur des critères de substitution, en l'absence d'étude en terme de mortalité ou de morbidité.

Pour la qualité, nous ne faisons guère mieux. Nous nous arrêtons trop souvent à l'évaluation des processus et ignorons l'évaluation des résultats.

Dans la presse : Mme Bachelot. Le Monde - 22 juin 2007

Extraits d'une interview courte et concrète. La qualité c'est simple.

La systémique

« Au-delà de la catastrophe d'Epinal, nous sommes face à une crise systémique ... ».

La qualité c'est aussi la maîtrise du coût

« On ne peut pas lier mécaniquement les dépenses et les performances du système de santé. Il y a des pays qui font mieux que nous en termes d'indicateurs de santé en dépensant 8 % de leur PIB – le Japon par exemple – et des pays qui font moins bien que nous – comme les Etats-Unis – en dépensant plus (15 % du PIB). »

La qualité c'est aussi l'accessibilité

« Lorsqu'on constate, dans le département du Nord, que l'espérance de vie est de trois ans inférieure pour les hommes et que la démographie médicale y est de 14 % inférieure à la moyenne nationale, il y a quand même un problème. »

Dossier : La systémique

Les bases

Un principe assez Rousseauiste : la plupart des erreurs ne sont pas dues à notre négligence/incompétence mais à des défauts dans l'organisation. Ces conditions permettent aux erreurs de survenir.

Un constat : il est difficile de changer les hommes, mais on peut modifier les conditions de travail.

Une conclusion : l'organisation doit prévenir la survenue de situations nous mettant en difficulté (après l'exemple de Richomme cité plus haut, on n'ose pas encore demander à l'organisation de nous faciliter le travail).

Deux références incontournables pour l'analyse systémique afin que l'expérience ne soit pas une lanterne sourde qui n'éclaire même pas que celui qui la porte :

James Reason et al : BMJ 2000;320:768–70 (excellent, sauf qu'il popularise le fromage suisse, deux mots qui ne vont pas ensemble).

Charles Vincent et al : BMJ 2000;320:777-81 (avec une traduction française de Michel Sfez pour les anglophobes : Ann Fr Anesth Réanim 2002;21:509-16).

C'est bien beau, mais attention, il est impératif que

1/ les erreurs soient signalées ;

2/ la recherche systématique d'un coupable et la stigmatisation s'effacent devant la recherche des causes profondes (=racines). Il y a toujours une cascade de défaillance, mais il est si facile d'accuser le plus proche de l'événement. Les questions à poser pour l'analyse systémique sont « comment », « pourquoi » mais pas « à cause qui » !

Cherchez l'(les) erreur(s) dans un cas concret

Pour le premier impératif, dans le cas d'Epinal, l'erreur de surdosage est repérée dès l'été 2005, les autorités nationales sont alertées en juillet 2006. L'affaire devient publique à l'automne 2006. Dans un procès-verbal de police, daté du 13 juillet 2006, la directrice de l'hôpital, explique : « En Août 2005, des médecins extérieurs à l'hôpital ont contacté le service de radiothérapie suite au constat de plusieurs cas de rectites radiques en relation avec le traitement de cancer de la prostate. Ils se sont demandés si nous avions changé de technique. Le service a fait des contrôles : l'erreur a été détectée, une erreur de manipulation, de codage, une erreur humaine. J'ai été informée de cette erreur début septembre 2005. »

Pour le second impératif, le dossier d'instruction a été transféré au pôle de santé publique du tribunal de Paris. Six procédures disciplinaires sont en cours à l'encontre des anciennes directrices de l'hôpital et de la direction départementale des affaires sanitaires et sociales (DDASS), de l'ancien directeur de l'Agence régionale d'hospitalisation (ARH), des deux radiothérapeutes - actuellement suspendus d'exercice - et du radiophysicien, licencié pour "faute grave" le 1^{er} avril. A ce propos relire : Albert Wu. The doctor who makes the mistake needs help too. BMJ 2000;320:726-727.

Et pourtant, selon l'Autorité de sûreté nucléaire : a) les plans de radio physique médicale, prévus depuis 2004 par la réglementation pour identifier les moyens nécessaires, n'ont été élaborés que dans 14 % des établissements examinés ; b) seuls 60 % des services disposent d'une personne spécialisée en radio physique médicale.

Rien n'est simple

Trop d'organisation tue l'organisation, comme l'a rappelé René Amalberti. Les règlements pour la protection contre l'incendie dans les hôpitaux en France ont été mis à jour 5 fois au cours des 8 dernières années. Il y a peu de données pour savoir si ces règlements ont amélioré la sûreté contre l'incendie, mais ce qui est certain, c'est que le système est plus difficile à manier.

René Amalberti et al. Five System Barriers to Achieving Ultrasafe Health Care. *Annals of Internal Medicine* 2005;142:756-764.

Lectures pour cet été

Gérer les risques. Pourquoi ? Comment ? Jean le RAY, AFNOR, 2006

ISBN : 2-12-475510-2

Par un enseignant, notamment au Conservatoire national des arts et métiers, qui exerce une activité de conseil au sein du cabinet AD'APTUS dont il est le co-fondateur. La mise en œuvre d'un management orienté maîtrise des risques. Une méthode structurée et des outils opérationnels, exemples concrets à l'appui.

Pour les autres livres, c'est simplement pour que vous pensiez à les relire. Quant aux auteurs, ce n'est pas la peine de vous les présenter.

Qualité et gestion des risques en établissement de santé. Gestion des risques et de qualité.

Michel SFEZ, Patrick TRIABOU, Claudine DECHAMPS, Edition LAMARRE, 2005

ISBN : 2-85030-947-8/Ean 13 : 9782850309472.

Prévention des risques dans l'unité des soins.

Chantal GABA-LEROY, Anne-Marie BONNERY, Danièle MARANDE, Patricia MICHOT, Masson, 2003

ISBN : 2-294-00259-8.

Maîtrise des risques et sécurité au quotidien dans un établissement de santé.

Jean PETIT, Jean-François QUARANTA, Pascal STACCINI, Rémy COURBIL, Weka, 2003

ISBN : 2733702203.

La qualité.

Christian DOUCET. Collection Que sais-je ? PUF, 2005.

Groupe de travail : Développement durable

Dans le cadre du partenariat entre l'Afqho et le C2DS, une réunion de lancement du groupe de travail n° 7 ci-dessous "Développement durable appliqué au management" s'est tenue ce mercredi 20 juin, à la Fehap. Plus de 20 personnes étaient présentes, couvrant le public et le privé, en présence du ministère (Chantal Maes), de l'Afnor et de Vigéo. Plusieurs membres de l'Afqho étaient présents.

Voici la liste des membres de ce groupe de travail est en PJ (Liste participants GT 2007 V2.xls).

D'autres établissements peuvent le rejoindre. Vous êtes les bienvenus. (See attached file:)

Le compte-rendu détaillé est en cours. Il sera mis sur les sites afqho et C2DS.

Le planning de travail est joint (Retro-planning_C2DS & AFQHO_2007_V3.xls)

Pour information, voici également la liste de l'ensemble des groupes de travail du C2DS : 1 - déchets / effluents 2 - éco-construction 3 - toxiques 4 - énergie / eau 5 - politique d'achat 6 - gaz à effet de serre 7 - développement durable appliqué au management 8 - formation 9 - nutrition 10 - éducation en santé / prévention 11 - RSE Merci donc à ceux qui le souhaitent (et qui ne l'ont pas encore fait) de bien vouloir s'inscrire (auprès de molieres@c2ds.org ou belhomme@c2ds.org) dans un ou des groupes de travail.

Enfin, voici le lien internet qui vous permet d'accéder aux powerpoints des intervenants de la journée C2DS sur le développement durable dans les établissements de soins français (c'était le 21 mars 2007). Vous y trouverez des expériences de développement durable très intéressantes et des informations utiles. il s'agit de: http://www.c2ds.org/21mars/index_presse.php

Christophe Geisler

**Merci aux contributeurs, et en particulier à François Xavier Chaine et
Christophe Geisler**

**AFQHO Info ne peut vivre que grâce à vous. Communiquez vos contributions
à : brailon.alain@chu-amiens.fr avec en objet : AFQHO Info**