



n°3
septembre 2006

Dimension Médicale

... SROS ... MANAGEMENT ... T2A ... RÉFORMES ... GOUVERNANCE ... PÔLES ...

FMC, EPP, Qualité, pourquoi et comment ?

DR FRANCIS FELLINGER

La mise en place de systèmes plus ou moins complexes et contraignants de mesure de la qualité des soins et de vérification des connaissances des professionnels se met en place dans les pays développés, sous la double contrainte de l'amélioration de la qualité, liée à des influences sociétales (usagers, payeurs, assureurs) et de la demi-vie d'obsolescence des connaissances académiques et techniques. La France n'échappe pas à ce mouvement ; formation médicale continue (FMC) et évaluation des pratiques professionnelles (EPP) sont désormais obligatoires, au moins pour les médecins (pharmaciens, autres soignants et peut-être managers suivront), selon des modalités définies par des textes réglementaires ; l'évaluation des structures hospitalières est en place et le deuxième cycle de certification (« V2 ») a démarré.

Face à la complexité et aux enchevêtrements des concepts, à la jungle des sigles et des mots, qui changent parfois de sens de façon inattendue (accréditation/certification), nous avons souhaité clarifier et préciser ce qui attend les praticiens.

Globalement, pour l'hospitalier, il s'agit essentiellement de formaliser ce que la plupart d'entre nous faisait de longue date, tant du point de vue de la formation continue que de l'évaluation, par exemple lors des staffs, des concertations pluridisciplinaires. Il faut rester simple et pragmatique sous peine d'être inefficace. Le but est

de répondre le mieux possible à notre mission hospitalière et non de cumuler des bons points ; formation continue et évaluation des pratiques individuelles et collectives sont tournées vers ce but, elles ne peuvent s'envisager dans leurs modalités pratiques qu'intégrées dans le quotidien et sans surcroît excessif de réunions. Le caractère très complexe et chronophage de l'accréditation V2 dite certification atteint les limites du faisable pour de nombreux acteurs de terrain.

La place de la CME est importante dans le dispositif, puisqu'il lui revient de vérifier l'organisation proposée par les équipes et de valider les actions effectuées, tout au moins pour les médecins pour le moment. Les modalités mises en œuvres peuvent être diverses et sont présentées dans ce dossier. Il faut préciser que ce n'est pas à la CME d'organiser concrètement chaque action, mais à chaque équipe ou discipline, de préférence avec l'un des organismes agréés par le collège national de la FMC des hospitaliers ou la Haute Autorité de Santé, de le faire.

Deux remarques d'ordre général par rapport au dispositif :

- L'importance affichée par les institutionnels (ministère, Assurance maladie) à la question des soins et aux actions que cela implique est contredite par le montant extrêmement faible des moyens alloués à la FMC.
- La place restreinte de l'Université dans le dispositif, peut-être parce qu'elle a trop longtemps refusé de s'évaluer elle-même et qu'elle n'a pas su valoriser les enseignants qui enseignaient. Bonne lecture.

Recevez
**Dimension
médicale**
en newsletter !
inscrivez-vous sur
www.fhf.fr

Dossier

2 Les éléments-clés de la procédure de validation de l'obligation de la FMC

Pr Dominique Bertrand

3 Évaluation des pratiques

Pr Jean-Michel Chabot

4 L'EPP au CHU de Nice, une organisation au service des praticiens et des patients

Dr Sylvia Benzaken, Dr Philippe Cabarrot

6 La certification des établissements, « V2 » de l'accréditation

Dr Marie-Ange Desailly-Chanson

7 L'accréditation des médecins

Pr Frédéric Pothier

Point de vue

9 Permanence des soins et urgences : deux concepts à réunir dans une vision globale du service à rendre au malade

Dr Marc Giroud

Communication

11 « Jeunes directeurs recherchent internes pour Nouvelle Gouvernance » Parrainage élève directeur/interne : une première en 2007

Émilie Barde

12 En bref

Les éléments-clés de la procédure de validation de l'obligation de la FMC

Le domaine de la formation médicale continue (FMC)

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits du malade et à la qualité du système de santé a formalisé l'obligation de formation médicale continue en ces termes : « *La formation médicale continue a pour objectif le perfectionnement des connaissances et l'amélioration de la qualité des soins et du mieux-être des patients, notamment dans le domaine de la prévention, ainsi que l'amélioration de la prise en compte des priorités de santé publique. La formation médicale continue constitue une obligation pour les médecins (...) ainsi que pour les personnels mentionnés à l'article L. 6155-1* ».

La loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie a complété ce texte par une obligation nouvelle et complémentaire, l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP). Le décret du 14 avril 2005 a parfaitement intégré et résumé dans son article premier l'articulation des deux dispositifs : « *l'évaluation des pratiques professionnelles, avec le perfectionnement des connaissances, fait partie intégrante de la formation médicale continue* ». Le conseil national de la formation médicale continue des hospitaliers avait demandé cette rédaction. De fait, l'ancienne dénomination FMC s'élargit pour inclure l'EPP. Pour résumer, l'ancienne utilisation du mot FMC est restreinte à l'amélioration et au perfectionnement des connaissances.

FMC actuelle	=	Perfectionnement des connaissances (ancienne FMC)	+	EPP
--------------	---	---	---	-----

La réponse à cette obligation

Les actions de perfectionnement des connaissances retenues sont variées :

- soit présentielle, c'est-à-dire participations à des séminaires, des congrès, des enseignements post-universitaires, etc.
- soit individuelles ou à distance, c'est-à-dire les abonnements à des revues, l'acquisition de connaissances sur des supports électroniques, etc.

PR DOMINIQUE BERTRAND

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

PRATICIEN HOSPITALIER

PRÉSIDENT DU COLLÈGE NATIONAL

DE LA FMC DES HOSPITALIERS

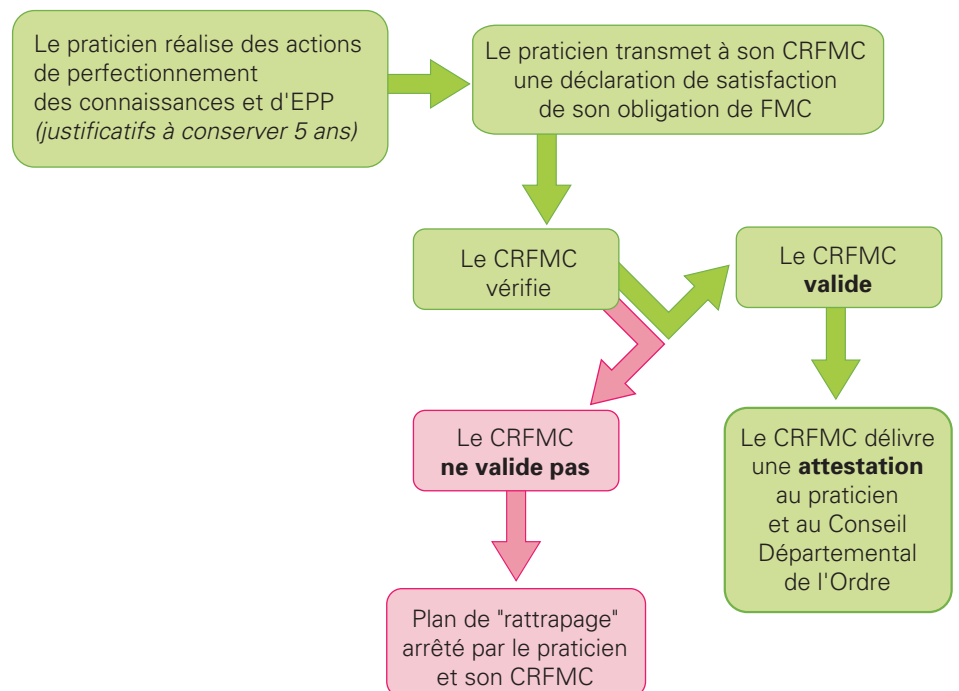
VANESSA LAI FAT

CHARGÉE DE MISSION DU CNFMCH

- soit d'autres situations professionnelles formatrices comme les staffs hospitaliers, l'accomplissement de missions d'intérêt général au service de la qualité, la rédaction d'articles médicaux ou de communications scientifiques, etc.

L'EPP peut être réalisée sous plusieurs modalités, définies par la Haute Autorité de Santé. Pour les hospitaliers, la reconnaissance de la réalisation d'une action d'EPP sera faite par la CME.

La procédure EPP



Un barème affecte des crédits à chacune de ces actions. 250 crédits devront être obtenus sur 5 ans : 150 en perfectionnement des connaissances, par l'addition de chaque action ; et 100 pour l'EPP mais cette validation est de type binaire, EPP satisfaite (100 crédits) ou non réalisée (0 crédit).

Le praticien est en charge de construire son dossier.

La procédure de validation de la FMC

La déclaration des actions de formation et d'EPP se fera sur un portail internet, en phase d'élaboration. Le conseil régional de la formation médicale continue, regroupant les médecins hospitaliers, libéraux et salariés, validera ce qui a été réalisé et délivrera une attestation de validation au praticien et au conseil de l'ordre, pour la période de 5 ans concernée.

Évaluation des pratiques

Dès lors qu'elles ne se trouvent pas refoulées par des réactions d'irritation, d'incrédulité, ou de rejet immédiat, toutes les questions qui concernent la qualité des soins – et son précurseur inévitable l'évaluation – peuvent aisément être traitées autour des principaux points d'accord suivants :

D'abord le constat que les mêmes politiques sont mises en œuvre, quasi simultanément, dans tous les pays dont le système de soins a été développé au cours des 60 dernières années, c'est-à-dire notamment les pays de l'OCDE.

Dans tous ces pays, que le système de santé soit à dominante publique ou bien privée, que le financement soit issu de l'impôt, de cotisations ou de « *fees for service* » et que la gestion soit centralisée ou au contraire largement déléguée, dans tous ces pays la priorité est à la maîtrise des dépenses ou mieux à la recherche de la plus grande efficacité possible du système de soins. Et pour les médecins, cette priorité se traduit en particulier par des contraintes (portées par des obligations légales) soit de formation continue, soit d'évaluation des pratiques ou des compétences, soit de (re)certification, soit encore d'autres formes d'encadrement de l'exercice. Les « soit » n'étant pas exclusifs les uns des autres.

S'agissant des médecins, singulièrement en France, il s'agit de contraintes qui ne sont pas faciles à accepter. En effet, rien dans notre formation initiale en faculté ou à l'hôpital ne nous a préparé à cette évolution de l'organisation de l'exercice professionnel. D'où l'ardente nécessité d'en parler aux étudiants d'aujourd'hui de la manière la plus positive possible.

Ensuite le débat, en cours et tout est fait perceptible, sur les fondements de l'exercice médical.

Pour beaucoup, les principes énoncés dans la « Charte médicale » de 1927 restent d'actualité et l'exercice clinique continue de se dérouler dans le cadre d'un colloque singulier.

PR JEAN-MICHEL CHABOT

CHEF DU SERVICE ÉVALUATION DES PRATIQUES HAS

Pour d'autres, l'exercice médical devrait de plus en plus s'appuyer sur la mise en œuvre de « recommandations de bonne pratique ».

Plusieurs arguments plaident en faveur de cette standardisation de la pratique médicale : d'abord la profusion des données produites par la recherche clinique et la nécessité d'y faire un tri et d'isoler « le bon grain de l'ivraie », ensuite l'impossibilité pour chaque professionnel d'embrasser l'ensemble des compétences nécessaires et en conséquence, la nécessité d'élaborer des protocoles pour assurer coopération et coordination des soins.

D'autres arguments sont également avancés (notamment à la demande pressante des patients et des associations qui les représentent) : le développement de l'évaluation médicale et la promotion de la qualité des soins qui à l'évidence, nécessitent d'asseoir la pratique clinique sur des référentiels ; le risque de judiciarisation de l'exercice qui peut également conduire à « garantir » la pratique en la déterminant par rapport à des systèmes de recommandations.

Finalement, c'est une véritable redéfinition du « contrat social » liant les médecins, les gestionnaires et les politiques (représentant la population) qui est attendue.

Finalement, il est de plus en plus généralement admis que la qualité des soins admet deux composantes principales.

D'abord, bien sûr une composante liée à la compétence individuelle de chaque médecin et plus largement de chaque professionnel de santé. De là découlent toutes les politiques (d'évaluation et formation continues).

Ensuite, une composante correspondant à l'organisation du système de soins et des diverses structures et administrations qui contribuent à son fonctionnement. Cette seconde

composante a été longtemps méconnue par les médecins. Elle était cependant portée par les gestionnaires et financeurs du système de santé, eux-mêmes, en miroir, insuffisamment attentifs aux points de vue des médecins.

L'enjeu d'aujourd'hui est donc que ces deux composantes, compétence individuelle et organisation efficace voient leurs effets se cumuler au bénéfice de la qualité du service rendu aux patients. C'est dans ce sens que les Britanniques, depuis quelques années, ont promu le concept de « *Clinical governance* » pour accroître l'efficacité de leur *National Health Service (NHS)*.

C'est également dans ce sens que les Hollandais, synthétisant des travaux menés des deux côtés de l'atlantique, nous invitent à poursuivre en proposant l'intégration des deux approches portées, pour la première par les cliniciens et pour la seconde par les managers.

En réalité, cette invitation est plutôt impérative, en aval du constat qu'ils font du gouffre (d'un abîme, *chasm* en langue anglaise) existant entre les deux approches :

« *De nombreuses initiatives distinctes contribuent à améliorer les différentes composantes de la qualité. Au moyen des recommandations de pratique et des audits, les cliniciens développent la dimension « evidence-based » de leur activité. De leur côté les managers et les qualitateurs organisent les procédures d'accréditation ou de certification, tandis que d'autres gestionnaires/managers s'impliquent dans les systèmes d'information médicalisée ou de rationalisation des ressources. La plupart du temps, cependant, toutes ces initiatives sont conduites séparément et les équipes travaillent chacune pour elle-même, dans l'ignorance des autres.* »

Pour conclure à ce stade, il faut surtout rappeler que cette recherche permanente d'amélioration de la qualité n'est pas nouvelle pour les médecins ; elle était de tout temps présente à leur esprit. Il se trouve cependant que ce qui était le plus souvent implicite va devenir de plus en plus explicite.

ÉVALUATION DES PRATIQUES

Les activités diagnostiques et thérapeutiques des médecins sont donc appelées à s'inscrire dans des processus d'évaluation et d'amélioration continues.

Cette explicitation est cependant susceptible de provoquer des difficultés essentiellement de deux ordres.

D'abord d'un point de vue « technique ». Les évaluations des pratiques vont sans doute faire intervenir des procédures et des méthodes. Il est essentiel que les médecins se retrouvent dans ces procédures et qu'ils n'aient pas le sentiment d'être submergés par une bureaucratie triomphante.

Au-delà des premières expérimentations, il faut souhaiter que l'évaluation se généralisant, il ne sera plus nécessaire de plaquer sur l'exercice médical des méthodes ou des procédures, mais que l'évaluation se trouvera intégrée dans des formes renouvelées de l'exercice clinique. C'est le cas dès aujourd'hui dans les réseaux de soins qui fonctionnent et au sein des services cliniques qui mettent en œuvre des revues de morbi-mortalité ou des séances de révision de dossiers.

De ce point de vue, il ne faut pas hésiter à rappeler aussi souvent que nécessaire que l'évaluation (quelle que soit l'approche utilisée) n'est que la résultante d'une analyse compara-

tive entre des pratiques et un « référentiel », et qu'il faut avant tout se soucier de l'acceptabilité (++) et de la validité de la procédure d'évaluation.

Ensuite d'un point de vue culturel. Aujourd'hui encore les évaluations peuvent être considérées comme des contrôles conduisant systématiquement à des sanctions. Au contraire, l'évaluation ayant pour finalité première une amélioration du service rendu est encore méconnue. C'est ce modèle dénommé « évaluation formative », – relativement étranger à la culture latine – qu'il convient de développer de manière privilégiée.

L'EPP au CHU de Nice

Une organisation au service des praticiens et des patients

La qualité et l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) ont ces dernières années largement orienté nos actions tant dans la restructuration de l'hôpital, que dans la réorganisation de nos activités, que surtout dans la prise en charge des patients.

Après avoir été « expérimentateurs » de la certification version 2, notre CHU l'a sollicitée parmi les premiers, en partie, car le chapitre, nouveau et objet de toute l'attention de la HAS, « Évaluation et dynamique d'amélioration », appréciait le service médical rendu via l'« EPP ». La certification de l'établissement et l'EPP des praticiens sont donc étroitement liés et la CME, soutenue par la direction générale a donc légitimement fait de l'EPP le cœur de sa politique qualité, à côté de la prévention-gestion des risques médicaux et des vigilances sanitaires. Une organisation volontariste et pragmatique a donc été mise en place au CHU de Nice.

DR SYLVIA BENZAKEN

VICE-PRÉSIDENTE CME CHU NICE,
LABORATOIRE D'IMMUNOLOGIE
HÔPITAL DE L'ARCHET
BP 3079, 06202, NICE CEDEX 3
benzaken.s@chu-nice.fr

DR PHILIPPE CABARROT

MÉDECIN ADJOINT
SERVICE ÉVALUATION DES PRATIQUES
HAS, 2 AV DU STADE DE FRANCE
93218, SAINT-DENIS LA PLAINE
p.cabarrot@has-sante.fr

Une organisation de l'EPP, pour et par les praticiens

Une Coordination des protocoles et évaluation des pratiques professionnelles (CPEPP)

c'est la véritable cellule opérationnelle de soutien logistique et de construction méthodologique des actions « Qualité » engagées par les praticiens au sein du CHU ou des réseaux auxquels ils appartiennent. Elle a à ce titre largement aidé à la formalisation des actions EPP

au cours de la certification version 2. Cette structure est étroitement liée à la Coordination des vigilances et de la gestion des risques médico-soignants, et représente aussi une interface essentielle entre les praticiens et la direction générale dans la déclaration et les enquêtes autour des événements indésirables graves ou non. Moins de deux praticiens et trois cadres soignants et ingénieurs composent ces structures.

Des « staffs Qualité »

Tous les services... et demain les pôles d'activité intègrent et déclinent l'EPP sous forme de « staffs qualité » organisés par les chefs de service au moins une fois par trimestre, avec le personnel médical, soignant et d'encadrement et qui se compose au minimum de : une revue Qualité dossier patient sous forme « d'un audit » de 15 items essentiels depuis l'identification du patient jusqu'à la trace de son information, une revue mortalité - morbidité, une revue des dysfonctionnements, événements indésirables graves, événements sentinelles s'étant produits durant le trimestre, une évaluation d'un processus (EPP) prévalent dans le service selon une méthode validée, audit clinique, audit clinique ciblé..., une revue de l'évaluation de la

satisfaction patient à partir des questionnaires de sortie ou courriers reçus.

En pratique « un rapporteur » est chargé de préparer les documents nécessaires au déroulement du staff et d'en remplir la fiche de synthèse qui est adressée à la commission de prévention des risques médico-soignants, CoPRIMES.

Deux sous-commissions CME spécialisées autour de l'EPP

La commission EPP/FMC

Elle est composée de 7 médecins de différentes disciplines et structures: un représentant de la CPEPP, des représentants de la CME (le vice-président de la CME, le responsable effectifs médicaux et FMC), un représentant de la FMC de l'UER, un responsable du syndicat des médecins hospitaliers et surtout, cette commission associe à son fonctionnement le « praticien expert extérieur » que le décret impose pour la validation de l'EPP des praticiens hospitaliers par la CME. Ce dernier participe avec cette sous-commission de la CME à l'analyse des programmes réalisés, à l'aide des « fiches EPP » éditées par la HAS et renseignées par les équipes et les individus. Fiches qui décrivent le programme et l'implication de chacun (Annexe 1: Fiche n° 3 validation individuelle). Il assiste ainsi aux présentations des différents praticiens sollicitant leur évaluation, peut les interroger et proposer avec les autres membres des recommandations à la fois individuelles ou plus collectives. Enfin il donne son avis qui est transmis à la CME pour validation finale de l'établissement.

La Commission de prévention des risques médico-soignants (CoPRIMES)

est une déclinaison locale et opérationnelle de la Commission d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins figurant dans l'ordonnance du 2 mai 2005, elle est dirigée par le président de la CME assistée du directeur général adjoint et de la coordinatrice générale des soins.

Elle associe les responsables des « vigilances » (pharmaco, matério, hémo...) et des praticiens cooptés dans différentes disciplines « à risque », dont la rigueur, la déontologie et l'autorité sont reconnues auprès de leurs collègues. Les plus jeunes (internes et chefs de clinique) sont invités afin que cette quête permanente de la qualité au travers de la transparence des pratiques et de la déclaration des événements indésirables soit apprise le plus tôt possible et totalement intégrée à leur formation et à leur exercice futur.

Elle analyse les résultats colligés par la « coordination » médicale des vigilances et la coordination générale des soins infirmiers, ainsi que les « cahiers de garde » des directeurs. Elle reçoit aussi les documents de synthèse des « staffs qualité ». De plus, elle voit les déclarations d'événements indésirables graves instruits le plus souvent selon la méthode enquêtrice « ALARM ».

Elle a pour mission d'élaborer des recommandations organisationnelles ou individuelles ou matérielles, qui sont adressées au conseil exécutif et/ou au directeur général à fin de mise en œuvre. Elle informe la CME de ses actions « anonymisées » ainsi que les chefs de service et les professionnels concernés. Et enfin, elle transmet à la commission EPP/FMC les programmes EPP à prioriser dans telle ou telle dis-

Annexe 1 - Fiche n° 3 - Validation individuelle

ACTION PROGRAMME D'EPP											
③ ENGAGEMENT INDIVIDUEL											
Cette fiche doit être renseignée par chaque médecin engagé											
Nom, prénom et discipline :											
Adresse professionnelle :											
Téléphone : Fax : E mail :											
Comment vous êtes vous impliqué dans cette action / ce programme d'EPP ?											
A cocher	Commentaires :										
- Initiation de la démarche	<input type="checkbox"/>										
- Conception du projet	<input type="checkbox"/>										
- Recueil des données	<input type="checkbox"/>										
- Analyse des données	<input type="checkbox"/>										
- Mise en place actions d'améliorations	<input type="checkbox"/>										
- Application des actions d'améliorations	<input type="checkbox"/>										
- Suivi des actions d'améliorations	<input type="checkbox"/>										
Qu'est-ce que le programme vous a apporté :	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; text-align: center;">1</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">2</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">3</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">4</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">5</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; font-size: 8px;">Nulle</td> <td style="text-align: center; font-size: 8px;">Faible</td> <td style="text-align: center; font-size: 8px;">Moyenne</td> <td style="text-align: center; font-size: 8px;">Bonne</td> <td style="text-align: center; font-size: 8px;">Très bonne</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	Nulle	Faible	Moyenne	Bonne	Très bonne
1	2	3	4	5							
Nulle	Faible	Moyenne	Bonne	Très bonne							
- en terme d'amélioration des pratiques professionnelles ?											
.....											
.....											
.....											
- en terme d'amélioration de l'organisation des soins ?	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; text-align: center;">1</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">2</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">3</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">4</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">5</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; font-size: 8px;">Nulle</td> <td style="text-align: center; font-size: 8px;">Faible</td> <td style="text-align: center; font-size: 8px;">Moyenne</td> <td style="text-align: center; font-size: 8px;">Bonne</td> <td style="text-align: center; font-size: 8px;">Très bonne</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	Nulle	Faible	Moyenne	Bonne	Très bonne
1	2	3	4	5							
Nulle	Faible	Moyenne	Bonne	Très bonne							
.....											
.....											
.....											
- en terme d'utilité pour le patient ?	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; text-align: center;">1</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">2</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">3</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">4</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">5</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; font-size: 8px;">Nulle</td> <td style="text-align: center; font-size: 8px;">Faible</td> <td style="text-align: center; font-size: 8px;">Moyenne</td> <td style="text-align: center; font-size: 8px;">Bonne</td> <td style="text-align: center; font-size: 8px;">Très bonne</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	Nulle	Faible	Moyenne	Bonne	Très bonne
1	2	3	4	5							
Nulle	Faible	Moyenne	Bonne	Très bonne							
.....											
.....											
.....											
Principaux points de satisfaction ?											
.....											
Principales difficultés rencontrées ?											
.....											
Avez-vous repéré des améliorations possibles de la méthode utilisée ?											
Lesquelles ? Comment ?											
.....											

L'EPP AU CHU DE NICE

cipline, et peut aussi orienter les objectifs de la formation médicale continue.

L'EPP, et après...

Après l'entraînement « obligé » mais essentiel de la certification, l'EPP, grâce à cette organisation « institutionnelle », a largement diffusé dans notre établissement et implique chaque jour un nombre croissant de praticiens conscients de l'effet structurant, fédérateur et positif de la démarche dans leurs pratiques. Si fin 2005, seulement 10 % des services organisaient des « staffs qualité », ils sont aujourd'hui plus des deux tiers. La validation individuelle par la commission EPP et la CME des praticiens

qui s'y soumettent, environ une trentaine par séance, valorise leurs efforts et crée une réelle émulation. Cette qualité « mesurée » et affichable des pratiques médicales et médico-soignantes rejaillit sur l'ensemble de l'établissement et démontre au patient la volonté d'amélioration permanente de sa prise en charge. Un réseau régional « Qualité des soins » est d'ailleurs en train de naître à partir des expériences et des structures du CHU autour de l'EPP et de la gestion/prévention des risques, afin d'harmoniser et d'inciter à cette politique qualité incontournable.

L'évaluation des pratiques professionnelles a bénéficié en moins de deux ans d'une loi, d'un

décret, de recommandations et de modifications de la certification des établissements au niveau de la HAS, mais c'est dans nos hôpitaux que cette EPP doit vivre. L'expérimentation réalisée ces derniers mois dans notre CHU et dans d'autres institutions permet de proposer un schéma organisationnel adaptable à tous les types de structures et de disciplines. Aujourd'hui à l'heure des pôles et des grands regroupements inter-établissements, c'est aux praticiens de s'approprier cette culture de l'évaluation malgré la lourdeur de la formalisation obligatoire de la démarche, la valorisation des individus en dépend... et les patients, premiers bénéficiaires, la réclameront bientôt !

La certification des établissements, V2 de l'accréditation

Le bilan de la première démarche était positif. Elle avait permis le décloisonnement des établissements de santé, l'appropriation institutionnelle des démarches qualité et des progrès sensibles dans certains domaines. Cependant, certaines limites apparaissaient, des effets inégaux et pas toujours durables ; surtout la pratique médicale avait été laissée de côté. L'explication probable du fait que peu de médecins se soient investis dans cette première procédure.

La V2 a mis en place un dispositif plus fiable et basé sur un référentiel plus pertinent au regard des finalités des établissements de santé.

Elle a également intégré les demandes des usagers qui souhaitent disposer d'informations précises, factuelles et accessibles et participer à la procédure.

La V2 est donc basée sur deux grands principes :

- Mesurer les résultats sur les éléments de la V1 (management, ressources transversales et prise en charge).
- Mesurer la dynamique pour l'évaluation des pratiques professionnelles.

Le nouveau manuel s'articule autour de 4 chapitres, déclinés en 53 références et 215 critères. La cotation se fait par critère.

La loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie remplace le mot « accréditation » des établissements de santé par celui de « certification ».

Si cette modification, due à un amendement parlementaire, a pu brouiller la lisibilité du message auprès des professionnels, il est important de préciser que les principes, les outils et les méthodes de l'actuelle certification française, dite « V2 », restent ceux de l'accréditation antérieure et des démarches étrangères similaires.

DR MARIE-ANGE DESAILLY-CHANSON

ANCIENNE PRÉSIDENTE DE LA CME
DU CHD DE LA ROCHE SUR YON
CONSEILLÈRE GÉNÉRALE DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

La périodicité entre deux procédures est réduite à quatre ans.

Le nouveau barème de cotation comporte quatre niveaux : accréditation, accréditation avec suivi, accréditation conditionnelle et non-accréditation. Les usagers et les correspondants extérieurs participent à l'autoévaluation et à la visite.

L'évolution majeure est la prise en compte de la qualité du service médical rendu. L'analyse de la politique d'évaluation médicale et l'évaluation des activités cliniques sont renforcées. Elle concerne des domaines clés : urgences, secteurs interventionnels, circuit du médicament, suicide, escarres, maladie thromboembolique...

Le chapitre 1, « Politique et qualité du management », présente de nouvelles exigences concernant les orientations stratégiques et la politique de l'établissement : prise en compte du patient, ressources humaines, système d'information, dossier patient, communication, finances, amélioration de la qualité et de la prévention des risques.

Le chapitre 2, « Ressources transversales », recentre les objectifs de la procédure sur les ressources humaines, les fonctions hôtelières et logistiques, le système d'information, la qualité et la prévention des risques, l'environnement et les infrastructures.

LA CERTIFICATION DES ÉTABLISSEMENTS, V2 DE L'ACCREDITATION

Le chapitre 3 concerne la prise en charge du patient. Il est dupliqué autant de fois qu'il existe de types de prise en charge dans l'établissement : soins de courte durée (MCO et dialyse), psychiatrie et santé mentale, soins de longue durée, soins de suite et de réadaptation et hospitalisation à domicile. Il est organisé selon le parcours du patient que les experts visiteurs vérifieront en le suivant lors de leur venue.

Le dernier chapitre est entièrement consacré aux évaluations et aux dynamiques d'amélioration.

Les références 47 à 53 reprennent les points déjà présents dans la V1. Elles permettent de s'assurer de la mise en place de leur évaluation et du suivi des résultats le plus souvent sur la base d'indicateurs. Sont concernés : les ressources humaines, les prestations logistiques, le système d'information, la qualité et la prévention des risques, la satisfaction du patient, les relations avec les correspondants et les orientations stratégiques.

Enfin, les références 44, 45 et 46 sont consacrées à l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP). L'EPP est une exigence nouvelle et importante de la certification. Elle permet de

mieux rendre compte de la qualité des soins servis aux patients et de mieux impliquer les médecins dans la dynamique d'amélioration de la qualité.

La référence 44 a trait à l'efficacité et conduit les établissements et les équipes à évaluer la pertinence des actes et soins réalisés.

La référence 45 traite de l'évaluation des risques dans les secteurs d'activité cliniques et médico-techniques. L'approche est double, elle est a priori en identifiant les risques et a posteriori par une analyse des événements indésirables.

La référence 46 a trait à l'évaluation de la qualité de la prise en charge par pathologie ou problème de santé.

L'établissement doit présenter un nombre d'actions d'EPP fonction du nombre de lits dans chaque discipline. Il doit argumenter le choix des thèmes retenus.

L'EPP, certes, implique en premier lieu les médecins mais pas uniquement. D'une part, une politique EPP doit être mise en place et validée par les instances. D'autre part, en établissement la prise en charge est pluri-professionnelle et pluridisciplinaire. L'ensemble des

acteurs qui concourent au soin est concerné et impliqué.

Par ailleurs, les médecins ont l'obligation de valider un programme ponctuel et un programme continu d'EPP dans le cadre de la FMC. Il est primordial que les deux dispositifs (FMC et certification) soient en cohérence.

La CME a un rôle clef et doit proposer une politique d'établissement pour l'EPP.

Telle est la nouvelle procédure de certification. Certains vont probablement dire que c'est bien compliqué et que cela va prendre beaucoup de temps. Peut-être, mais sommes-nous tous en mesure de garantir que nous répondons à la définition de l'OMS sur la qualité en établissement de santé : « Une démarche qui doit permettre de garantir à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui leur assurera le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène, et pour sa grande satisfaction, en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins » ?

L'accréditation des médecins

PR FRÉDÉRIQUE POTHIER

CHEF DU SERVICE ACCRÉDITATION DES MÉDECINS
À LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Le dispositif d'accréditation des médecins prend sa source dans le projet RESIRISQ développé à l'initiative des médecins libéraux concernés en vue de trouver une réponse à la hausse de leurs primes d'assurance en RCP. En donnant à ce projet un support légal, l'article 16 de la loi du 13/08/04 relative à l'assurance maladie, puis le décret du 21/07/06, en ont étendu le bénéfice à toutes les spécialités dites « à risque » en établissement de santé, quel que soit le mode d'exercice. Sont concernés les chirurgiens, gynéco-obstétriciens, anesthésistes et réanimateurs ; les spécialistes interventionnels ; les médecins ayant une activité d'échographie obstétricale.

La mise en œuvre de l'accréditation est confiée à la Haute Autorité de santé (HAS).

L'architecture du dispositif a été discutée et validée au sein de groupes de travail réunissant au total près de 80 professionnels, représentants de tous les acteurs concernés.

Le dispositif a ensuite été expérimenté par sept spécialités volontaires.

Semblable en cela aux systèmes de gestion des risques d'autres secteurs d'activité comme l'aéronautique civile, ou dans d'autres pays dans le domaine de la santé, la démarche de gestion des risques médicaux de l'accréditation est fondée sur la déclaration, par les médecins volontaires, des « événements porteurs de risques médicaux » (EPR), c'est-à-dire des

L'ACCREDITATION DES MEDECINS

événements indésirables non graves¹ concernant leur activité en établissement de santé. Ces déclarations anonymisées constituent la « matière première » de la base de données de retour d'expérience de la HAS. L'analyse de ces événements conduit à formuler des recommandations individuelles et des recommandations générales et référentiels que les médecins devront mettre en œuvre.

Les bénéfices de l'accréditation sont de plusieurs ordres. L'accréditation « vaut EPP » et une aide financière de la CNAMTS pour la souscription de l'assurance est prévue. On espère, à terme, une maîtrise de l'évolution des primes d'assurance. Les résultats de la procédure d'accréditation sont publics. Dans les établissements, l'accréditation des méde-

cins permet de répondre à la référence 45 du manuel de certification et permettra de développer une culture de gestion des risques. Les médecins seront encouragés à s'engager collectivement dans la démarche pour mutualiser efforts et résultats.

Au plan plus général des spécialités médicales, l'accréditation offre la possibilité aux médecins de répondre eux-mêmes à l'exigence de sécurité et de réduction des risques des patients et des pouvoirs publics en définissant leurs exigences professionnelles sans dépendre de normes imposées.

Les véritables enjeux de l'accréditation se situent dans la réduction du nombre ou de la sévérité des événements indésirables grâce au recueil et à l'analyse des EPR qui échappent

aujourd'hui à toute déclaration et à toute exploitation.

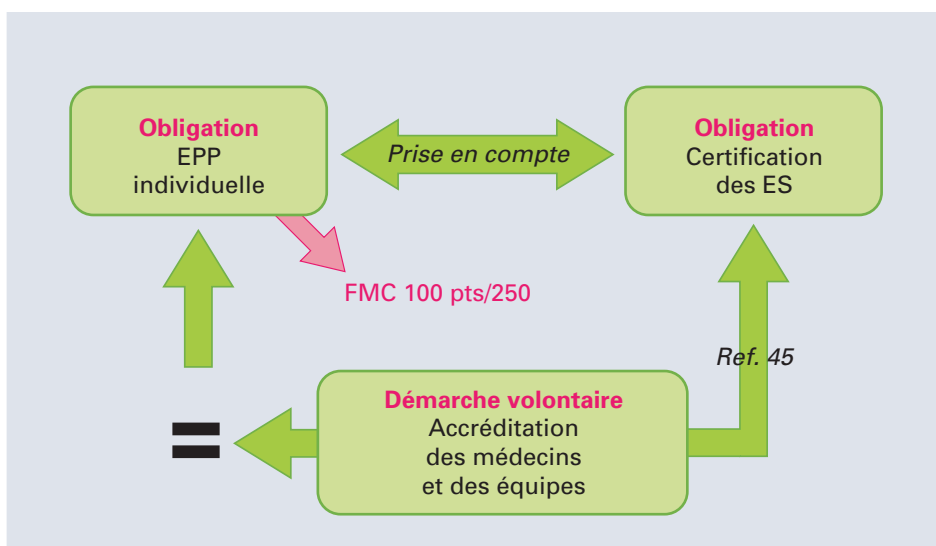
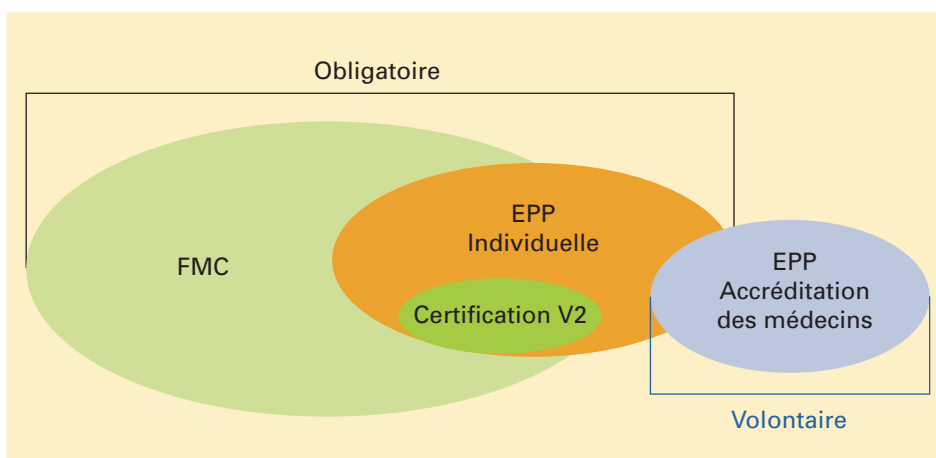
La montée en charge du dispositif sera progressive. Le dispositif, tel qu'il a été conçu avec la participation active des médecins concernés, vise à un retour d'expérience rapide. La publication récente du décret d'application rend à présent ce déploiement possible, à commencer, en tout premier lieu, par le dépôt à la HAS des dossiers de candidature des organismes, futurs OA-Accréditation.

1- La déclaration des événements indésirables graves liés aux soins, obligatoire, se fait auprès de l'InVS.

Les ponts entre les dispositifs

GILLES CHAUVIN, GENEVIÈVE DUPUY

CH DE MONT-DE-MARSAN



Recevez



Dimension Médicale

en version
électronique
en vous
inscrivant sur

fhf.fr

Permanence des soins et urgences :

deux concepts à réunir dans une vision globale du service à rendre au malade

Le diagnostic de la situation

À quelques exceptions remarquables près qu'il convient, certes, d'encourager mais qui, naturellement, ne compensent pas les insuffisances constatées ailleurs, le système traditionnel des gardes libérales se meurt, du moins dans la tranche 0 h - 8 h. En une décennie, le généraliste de garde est devenu, en quelque sorte, une espèce en voie de disparition, objet de toutes les sollicitudes. SOS Médecins, à lui seul et dans son principe d'action actuel, ne le remplace que d'une façon très incomplète. La carte de France de la permanence des soins en médecine ambulatoire (PDSma) se constelle, ainsi, de zones blanches ou grises : tout sauf un dispositif universel et fiable. Parallèlement, les urgences de l'hôpital deviennent - sans avoir vraiment cherché à l'être - le recours habituel des patients pour des situations qui auraient, autrefois, relevé du généraliste, voire même pas ! Ce n'est pas l'invention des maisons médicales de garde qui y change grand-chose. Au contraire, le développement de ces structures s'est presque constamment accompagné de la cessation des gardes des généralistes sur le secteur concerné, avec comme résultat net la fin des visites de nuit à domicile.

En termes de qualité et de sécurité, il n'est pas douteux que le service rendu par l'hôpital est excellent. Mais, en dépit de l'assurance d'un recours toujours possible à l'hôpital, il est pénalisant pour les patients de ne plus pouvoir disposer, en tout lieu et, en particulier (mais pas seulement), dans la seconde partie de la nuit, de la visite à domicile d'un généraliste de garde. Une telle carence est surtout préjudiciable aux mamans seules avec plusieurs enfants dont un malade, ou aux patients les plus fragiles que l'on cherche à maintenir à domicile et pour lesquels un transport à l'hôpital est une solution humainement inacceptable, s'il s'agit simplement d'assurer l'ajustement d'un traitement devant l'apparition d'un signe nouveau. Cette carence des visites à domicile déborde d'ailleurs les horaires officiels de la PDSma (nuits de 20 h à 8 h, journée du dimanche, jours fériés légaux). Il

Sous la contrainte du désengagement irréversible des généralistes libéraux de leurs obligations de gardes, a-t-on, aujourd'hui, une autre solution que de remettre complètement à plat une organisation et des principes d'un autre âge ?

DR MARC GIROUD

PRÉSIDENT DE SAMU DE FRANCE

est, en effet, de plus en plus difficile d'organiser une visite urgente à domicile en semaine, alors même qu'il est de plus en plus fréquent d'avoir à gérer au Samu des demandes du type PDSma en pleine journée ouvrée. Ceci en temps ordinaire et, bien entendu, aussi et surtout pendant les congés scolaires ou les ponts. Les généralistes, sans chercher à s'organiser entre eux pour assurer la continuité des soins pendant la journée, disent tout simplement à leurs patients d'appeler le 15 le jour de la fermeture de leur cabinet ou bien devant l'apparition de tel ou tel signe, jouant ainsi la sécurité et préférant peut-être aussi éviter que le patient ne recoure à un confrère...

En termes de coût, l'addition payée pour la PDSma est lourde. L'Igas (rapport 2006029 de mars 2006) a récemment souligné l'importance des surcoûts liés au nouveau dispositif qui, pour autant, « *n'est pas abouti et demeure fragile* ».

La situation est donc plus que préoccupante.

Les absurdités du pilotage des urgences médicales à domicile

Qui décide de quoi ? Le pilotage de l'urgence présente d'évidentes aberrations. Le ministère de la Santé définit, naturellement, la politique générale en la matière. Mais, de son côté, l'Assurance maladie, véritable interlocuteur des libéraux, promeut, par ses choix financiers, des organisations n'entrant pas dans la

politique du Ministère. Les incohérences sont multiples et l'exemple du centre de régulation libérale de Toulouse caricatural (ce centre est financé par l'Assurance maladie tandis que la Dhos, rejointe par l'Igas, en dénonce l'existence car n'ayant aucun lien avec le Samu-Centre 15). De même, le Ministère de l'Intérieur s'accroche à l'autonomie des pompiers et à la gratuité de leurs interventions, ce qui a pour effet de multiplier les transports vers l'hôpital, quand la politique de santé publique vise, tout au contraire, à réserver l'hôpital aux patients qui en ont vraiment besoin.

Le décret du 7 avril 2005 sur la PDSma contribue à la confusion. Il édicte (art. R732) un principe, aujourd'hui considéré par tous comme essentiel, « *L'accès au médecin de permanence fait l'objet d'une régulation préalable qui est organisée par le SAMU* », pour aussitôt y déroger : « *Toutefois, l'accès au médecin de permanence peut également être assuré par des centres d'appel des associations de permanence des soins...* ». Cette dérogation aboutit à faire considérer comme relevant de la PDSma l'ensemble des appels reçus par SOS Médecins, sans aucune régulation médicale (sauf quelques très rares exceptions). Il en résulte deux conséquences : d'une part, dans le cadre de la PDSma lorsqu'elle est censée être assurée par cette association, les demandes d'intervention adressées à SOS Médecins par le Samu sont noyées dans la masse des appels reçus directement par l'association et ne bénéficient pas de la priorité qui devrait leur être affectée ; d'autre part, l'Assurance maladie porte le poids de la majoration PDSma pour des interventions de SOS d'une tout autre nature (et n'ayant pas été filtrées par le service public de régulation médicale du Samu-Centre 15).

La fausse bonne idée d'une séparation des flux d'appels

D'aucuns ont toujours à l'idée qu'il serait judicieux de séparer les appels pour les « vraies urgences » des demandes relevant de la PDSma et de gérer ces appels dans deux orga-

PERMANENCE DES SOINS ET URGENCES

nisations, certes interconnectées, mais bien distinctes, avec, notamment, deux centres d'appels totalement séparés ayant chacun leur numéro. Cette formule, qui peut séduire a priori, ne résiste pas à la réflexion. Tout porte, en effet, à penser qu'il est plus efficace et plus sûr de traiter conjointement les cas graves et les cas plus légers. On ne saurait, d'ailleurs, demander à l'appelant de faire la distinction entre ce qui relève de l'aide médicale urgente et ce qui relève de la permanence des soins. La difficulté (et l'intérêt) de la régulation médicale étant, précisément, de redresser les éventuelles erreurs d'appréciation des patients... et c'est son principe même que de recevoir des appels non filtrés.

Plutôt, donc, que de créer des centres distincts, la solution généralement retenue est la participation des généralistes à la régulation médicale au sein des Samu-Centres 15, cette coopération étant unanimement saluée comme le succès de la dernière décennie dans ce domaine.

Quel rôle pour les généralistes ?

Réglons d'abord une querelle : c'est vrai que le désengagement des libéraux est péniblement vécu par les urgentistes, mais il faut aussi comprendre que chacun a, aujourd'hui, le droit de trouver un équilibre de vie et il ne s'agit donc pas de dénier aux collègues de ville ce que les urgentistes ont obtenu à l'hôpital (repos de sécurité notamment qui est un premier pas significatif mais encore insuffisant dans la prise en compte de la pénibilité du travail de nuit).

Soulignons ensuite que le système traditionnel des gardes libérales, que nous pleurons tous, devait, en toute hypothèse, évoluer, car tout bouge, la demande des patients, les techniques, les exigences de la formation...

Rappelons enfin que les hospitaliers ne réclament pas – bien au contraire – pour l'hôpital la responsabilité nouvelle qui leur échoit de devoir assurer, par défaut, l'organisation de la PDSma après minuit. Ce n'est que dans l'impossibilité de faire autrement (et avec les ressources correspondantes) que cette charge nouvelle pourrait être envisagée.

Ceci étant précisé, qu'attendrait-on des généralistes dans une nouvelle organisation ?

Il est essentiel que les généralistes soient des partenaires de premier rang de cette organisation, qui sinon serait très vite débordée. Comment ? En assurant pleinement, en tant que médecins traitants, le nouveau rôle de chef d'orchestre qui leur est dévolu. Notamment, en anticipant toutes les situations qui ne deviennent des urgences que parce que le patient n'y a pas été préparé ou qui ne sont des urgences compliquées que parce que les urgentistes sont laissés seuls face au patient, sans aucune indication préalablement écrite par le généraliste. Deux exemples pour illustrer ceci : les patients en fin de vie à domicile et les personnes âgées en institution comme à domicile. Dans ces deux cas, un bon dossier (à terme le DMP) où l'urgentiste (en commençant par le médecin régulateur du Samu-centre 15) trouverait aisément des indications claires sur la situation du patient et son projet de soins (notamment en fin de vie) serait une aide infiniment précieuse.

Au-delà, certains généralistes, volontaires et spécialement formés, ont toujours eu et devraient, plu encore, avoir un rôle spécifique à jouer au sein des structures hospitalières d'urgences, à la régulation médicale et également dans les services des urgences (comme attachés ou, mieux, avec le futur statut évoqué ci-dessous et qui pourrait tout aussi bien s'appliquer aux généralistes participant à l'activité des urgences qu'aux régulateurs généralistes).

C'est donc vers de nouveaux horizons qu'il nous faut maintenant nous tourner pour reconstruire l'indispensable partenariat généralistes-hôpital, à la ville et à la campagne.

Sept propositions pour repartir d'un bon pied

L'analyse de la situation et des échecs de toutes les tentatives de réorganisation qui se sont succédés, ces dernières années, conduit à penser qu'il faut avoir un schéma clair et ne pas craindre de tout remettre à plat. Voici les préconisations que nous proposons à nos autorités.

1. Clarifier le pilotage de l'ensemble. C'est au Ministre de la Santé, et à lui seul, de coordonner directement la politique de Santé. Cette politique doit, en l'espèce, être celle de la « demande

non programmée en médecine ambulatoire », dans un concept global incluant PDSma, aide médicale urgente et transport sanitaire.

2. Mettre en place des financements en cohérence avec la politique définie : fin de la gratuité pour le public des interventions des pompiers dans le domaine de la Santé ; majoration des actes accomplis dans le cadre de la PDSma, si et seulement si ces actes ont préalablement été médicalement régulés par le service public chargé de la régulation médicale, à savoir le Samu-Centre 15 ; cette majoration devant, en outre, être graduée en fonction de l'urgence à effectuer la visite.

3. Rétablir, partout où ceci a été supprimé, la possibilité de faire effectuer une visite, de nuit comme de jour, par un généraliste. En priorité, cette mission revient aux généralistes libéraux. À défaut, des alternatives devront être définies et mises en œuvre (voir point 5).

4. Imaginer des solutions spécifiques pour le milieu rural et promouvoir celles qui ont déjà fait leurs preuves dans des sites pilotes, notamment les « médecins correspondants Samu ».

5. Dans la mesure où le secteur libéral démontrerait (pour des raisons démographiques, notamment) son incapacité à assurer ce service, mettre en place, au sein de certains centres hospitaliers, les moyens nécessaires pour effectuer, après régulation médicale par le Samu-Centre 15, les visites généralistes à domicile qui s'imposent, selon un schéma territorial à établir (avec naturellement le transfert des crédits correspondants aux établissements concernés).

6. Renforcer la régulation médicale du Samu-Centre 15 : créer les postes de médecins et d'auxiliaires nécessaires ; conforter et généraliser la participation des généralistes à la régulation médicale au sein des Samu-Centres 15 en rendant leur présence permanente (H24, avec un effectif adapté à l'activité) et en dotant ces médecins d'un statut spécifique ; développer les techniques de télémédecine ; systématiser l'accès du médecin régulateur au DMP ; légaliser et protocoliser la prescription médicamenteuse téléphonique.

7. Éduquer le public au bon usage du dispositif ainsi mis en place.

Recevez *Dimension Médicale*

Des élèves directeurs à la rencontre des internes des hôpitaux « Jeunes directeurs recherchent internes pour Nouvelle Gouvernance »

Parrainage élève directeur/interne : une première en 2007

ÉMILIE BARDE

De retour à l'École nationale de la santé publique (ENSP), suite au premier stage hospitalier, les élèves directeurs d'hôpital (EDH) de la promotion 2005-2007 ont longuement échangé sur leurs expériences. Cette immersion de trois mois dans les services de soins et les services techniques pour suivre le quotidien des infirmières, des manipulateurs radio, des brancardiers, des agents des services hospitaliers, des médecins... dans les établissements nous a laissé de fortes impressions. Une déception cependant : à l'heure de la mise en œuvre de la nouvelle gouvernance, des incitatifs pour une gestion commune et concertée des établissements, les contacts avec le corps médical nous ont semblé difficiles et plutôt rares. L'alliance médico-administrative est loin d'être acquise !

Le constat est partagé par beaucoup et donne naissance à une volonté collective de rapprocher deux catégories professionnelles distantes qui, sans s'en rendre toujours compte, œuvrent pourtant dans le même sens en conciliant quotidiennement des intérêts contradictoires et des contraintes fortes. Nous profitons alors de l'opportunité offerte par notre école pour monter un pro-

jet collectif : « Jeunes directeurs recherchent internes pour Nouvelle Gouvernance ». Notre bâton de pèlerin en mains, nous investissons les internats pour des « apéritifs-débats ». Nous présentons, à nos futurs interlocuteurs, la formation de directeur d'hôpital, notre futur métier et ses contraintes, l'organisation et la planification sanitaire, le financement des hôpitaux, la fameuse T2A dont tout le monde parle mais que personne ne connaît... L'accueil est plutôt chaleureux et les échanges très intéressants. À notre tour d'apprendre et comprendre la vie des internes, leurs motivations, leurs déceptions, leurs difficultés à envisager des carrières hospitalières ou, au contraire, leur inconditionnel attachement à l'institution publique.

Les échos positifs reçus lors de ces rencontres nous incitent à pérenniser et institutionnaliser la démarche pour l'ensemble des futurs directeurs d'hôpital. Avec le soutien de l'école et, plus particulièrement la filière directeur d'hôpital, le relais de l'ISNIH (Intersyndicat National des Internes des Hôpitaux - qui dispose de représentants dans la majorité des établissements hospitaliers), nous avançons dans ce sens.

À compter de la rentrée 2007, tous les futurs directeurs devront, lors de leur premier stage hospitalier, aller à la rencontre des internes en poste dans leurs établissements de stage. Une première rencontre des internes, facilitée par le directeur maître de stage et le président de la CME, permettra à l'EDH de faire une courte présentation de l'école, du métier de directeur d'hôpital, des contraintes et problématiques qu'un directeur doit aborder, des

réformes actuelles... Un binôme EDH/interne sera ensuite formalisé pour permettre au futur directeur de dialoguer et comprendre, à son tour, le parcours d'un futur médecin, ses contraintes, ses motivations (démotivations ?) eu égard à la carrière hospitalière...

Ce projet, élaboré conjointement par notre groupe et l'ISNIH n'a d'autre ambition que d'échanger sur nos connaissances, réflexions et incompréhensions du monde médical et administratif et de dialoguer sur nos univers professionnels dans un temps riche de réformes.

Aux directeurs d'hôpital, présidents de CME, internes, à ceux qui croient et aspirent à un travail de collaboration serein et constructif entre nos logiques respectives, nous comptons sur votre soutien et votre accompagnement dès février 2007.

Pour toute demande d'information concernant le parrainage :

CONTACT EDH :

MARIE DEUGNIER

deugniermarie@yahoo.fr

ÉMILIE BARDE

bardeemilie@hotmail.com

CONTACT ENSP :

MARY DAUNIZEAU

mdaunizeau@ensp.fr

CONTACT ISNIH :

OLIVIER MIR

o.mir@isnih.com

*en version électronique
en vous inscrivant sur*

fhf.fr

Nouveaux textes

- Parution le 4 août 2006 de l'arrêté fixant l'activité minimale annuelle des unités de réanimation pédiatrique et de réanimation pédiatrique spécialisée (NOR: SANH0623422A)
- Parution de l'arrêté du 12 juillet 2006 fixant le seuil d'activité de médecine d'urgence mentionné à l'article R. 6123-9 du code de la santé publique

Le dispositif d'accompagnement des réformes va connaître un renforcement de son déploiement dès la rentrée

- Un premier forum régional sur la gouvernance se tient à Brest le 29 septembre. Organisé conjointement par la FHF région Bretagne et l'ARH de Bretagne, ce sera l'occasion pour les responsables d'échanger leurs expériences respectives. La participation de collègues originaires d'autres régions enrichira ces débats. Le succès de cette manifestation confirme l'intention d'organiser le même type de forum dans les autres régions.
- Les formations sont lancées pour les trios de pôles. Les 7 sessions décentralisées n'ont pu répondre aux demandes et qu'un nouveau calendrier est prévu à compter de novembre. Le déploiement d'un autre plan de grande ampleur vient d'être engagé. Ces formations s'adressent à tous les responsables hospitaliers (médecins, directeurs, cadres) et aux agents des ARH, des services de l'État et de l'Assurance maladie. Décentralisées, elles sont assurées par des professionnels formés et portent sur quatre modules couvrant le champ des réformes (Planification, T2A-EPRD, Gouvernance, Qualité et gestion des risques). Deux particularités: ces formations sont tournées vers l'action et complétées par de l'enseignement à distance.
- Les missions d'appui et de conseils vont se renforcer, à la fois dans leur dimension professionnelle et leur suivi avec la prise de fonction actuelle des 17 Conseillers Généraux des Établissements de Santé.

► Pour plus de détails: <http://www.reformes-hospitalieres.com>

Journées du GERHNU

Les 66^e Journées du GERHNU (Groupe d'Études et de Réflexion des Hôpitaux Non Universitaires) se sont déroulées les 9 et 10 juin à Haguenau, accueillies au centre hospitalier en partenariat avec les conférences des présidents de CME de centres hospitaliers et de CHS et de directeurs de centres hospitaliers.

Le thème en était: « L'hôpital malade de la violence? Diagnostic et traitement. », et recouvrait tant violence entre professionnels que violence de la part des usagers, tout en gardant la maltraitance en filigrane des réflexions.

Associer la violence entre professionnels et l'hôpital est source d'étonnement car on considère en général que la fraternité irrigue par essence le service public hospitalier. L'écoute des conférenciers (maire, sociologues, médecins médiateurs et de travail, police nationale, mission climat social de la DHOS) et des congressistes, a malheureusement confirmé le diagnostic. Violence physique encore rare, violence verbale si fréquente que parfois on ne l'entend plus et harcèlement insidieux destructeur de la victime (« on le casse pour qu'il se casse »), dans le silence assourdissant des autres, en sont les manifestations. Les conséquences en sont la victimisation des personnes et la détérioration de climat social. Ces conséquences retentissent sur la performance des soins et notamment des prises en charge pluriprofessionnelles et le travail des équipes.

Parmi les causes, on ne retrouve pas uniquement les évolutions sociétales mais aussi des spécificités hospitalières: la charge émotionnelle des maladies et des traitements, l'entrechoc entre missions et contraintes, entre plusieurs hiérarchies et légitimités, la perte du sens et l'affaiblissement de la reconnaissance extérieure. En matière de traitement, si l'on reprend les éléments du titre de la session, le fondement est la reconnaissance de ce risque professionnel orphelin avec une démarche institutionnelle; ceci doit s'inscrire dans le cadre

de la gestion des risques de l'établissement, en s'appuyant sur une formation initiale aux prises de fonctions hospitalières, notamment pour les PH, une veille attentive, l'utilisation des lieux d'expression que sont les instances et de coulisses pour l'expression du non-dit, la mise en place d'une structure de médiation à l'image de ce qui existe pour les usagers, le recentrage des relations autour de valeurs partagées médicales et du service hospitalier; le soutien psychologique, supervision, groupes de parole, viennent en complément de la gestion du dossier en profondeur.

Concilier les logiques sécuritaire et de liberté des personnes est la base de la gestion des situations de violence générées par des usagers. La peur et l'ignorance de la conduite à tenir entraînent des réactions inappropriées et aggrave parfois l'engrenage des violences. Il est proposé de professionnaliser la réponse avec des mises en situation sur le modèle de la sécurité incendie, des formations à la mise à l'abri, de lutte contre la peur. Les ressources et les responsabilités de chacun doivent être clairement établies dans une organisation interne graduée, notamment entre soignants et équipes de sécurité. En complément, un partenariat personnalisé avec la police nationale établira les règles d'intervention, dans le respect des missions de chacun et basé sur la confiance mutuelle. La démarche de plainte doit être largement utilisée, avec un accompagnement de la victime par l'institution hospitalière.

Par ailleurs, il serait opportun de consacrer à la violence un volet du projet d'établissement. Ces journées ont contribué à lever le tabou de la violence entre professionnels et à identifier des mesures favorisant l'exercice des métiers hospitaliers en toute sérénité et au mieux des patients.

Dr Françoise Jungfrer
Présidente du GERHNU

À noter sur vos agendas

Le premier salon dédié à l'impact des technologies de l'information et de la communication sur l'organisation des soins aura lieu à Paris, porte de Versailles, les 22,23 et 24 mai 2007, dans le même temps que Geront Expo. Un conseil scientifique associant les professionnels de l'hôpital, les industriels, les usagers et les sociétés préparent le programme de conférences et d'ateliers qui vous sera adressée avec la prochaine lettre.

Labellisation de 36 centres de référence pour des maladies rares

L'arrêté du 12 juillet 2006 porte sur la labellisation pour cinq ans de trente-six centres de référence pour une maladie rare ou un groupe de maladies rares, (JO du 3 août, texte 123). Onze sont situés dans des établissements de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) à Paris, dont quatre à Necker-Enfants malades, deux à l'hôpital européen Georges-Pompidou, un à Saint-Antoine, un à la Pitié-Salpêtrière, un à Saint-Louis et un à Armand-Trousseau ainsi qu'un autre à l'hôpital Henri-Mondor à Créteil (Val-de-Marne). Vingt-deux centres sont rattachés à des CHU: quatre à Lyon, trois à Strasbourg, deux à Marseille, Lille et Nantes, un à Angers, à Dijon, Grenoble, Nantes, Nice, Montpellier, Poitiers, Saint-Étienne et Toulouse. Un centre est sur deux CHU (Limoges et Clermont-Ferrand). Deux centres ont été labellisés dans des CHU d'Outre-mer, à Pointe-à-Pitre (Guadeloupe) et Fort-de-France (Martinique). Le nombre total de centres labellisés est actuellement de cent trois, dépassant l'objectif, fixé dans le cadre du plan quinquennal pour les maladies rares lancé en 2004, d'en labelliser une centaine d'ici 2008.

Grippe aviaire: INPES Informations pour les professionnels de santé

L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) a mis en ligne sur son site des informations complètes sur la grippe aviaire actualisées à la date du 21 juillet, à l'attention des professionnels de santé, des professionnels de l'éducation et également du grand public. Il est possible de télécharger à partir du site de l'INPES: les documents suivants: signalétique port du masque (zone verte zone rouge), repères pour votre pratique (conduite à tenir en cas de pandémie grippale à H5N1, préparation au risque de pandémie grippale n° 2); informations aux professionnels et réponses aux questions les plus fréquemment posées, etc.

► <http://www.inpes.sante.fr>

Oniam, CRCI et Commission nationale des accidents médicaux

La loi du 4 mars 2002 sur les droits des malades et la qualité du système de santé a créé trois nouvelles instances: les commissions régionales de conciliation et d'indemnisation (CRCI), l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (Oniam) et la Commission nationale des accidents médicaux. Ce nouveau dispositif vise à faciliter l'accès des victimes d'accidents médicaux à une réparation, à accélérer le versement des indemnisations et à faciliter le règlement amiable des litiges relatifs aux accidents médicaux survenus au décours

d'un acte de prévention, de diagnostic ou de soins. Par ailleurs, la loi reconnaît aux victimes d'un accident médical non fautif le droit à une réparation au titre de la solidarité nationale. Si la loi impose à tout professionnel de santé de souscrire une assurance en responsabilité civile professionnelle, elle spécifie que les médecins ne sont responsables des conséquences dommageables de leurs actes qu'en cas de faute avec deux exceptions produits défectueux et infections nosocomiales. Le fonctionnement de ces instances est décrit dans une note disponible sur le site de la FHF.

► Retrouvez l'article complet sur le site Internet, rubrique Réglementations organisation sanitaire à la date du 22 août 2006.

Renforcement du rôle de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps) en matière de biovigilance et d'hémovigilance

Une consultation publique est lancée par le ministère de la Santé sur un projet de décret qui réorganise les systèmes de biovigilance et d'hémovigilance. Ce projet de décret actualise les dispositions réglementaires en application de la loi relative à la bioéthique du 6 août 2004 et de la directive européenne 2004/23/CE dite « tissus-cellules » qui établit des normes de qualité et de sécurité pour le don, l'obtention, le contrôle, la transformation, la conservation, le stockage et la distribution des tissus et cellules humains. Il précise et enrichit le rôle de l'Afssaps qui devrait être chargée d'élaborer le rapport annuel de la biovigilance, qui sera transmis à la Commission européenne, à partir notamment des rapports des correspondants locaux de

biovigilance. Pour établir ce rapport, l'agence devra également recevoir « les déclarations d'incident et d'effet indésirable », toute « information recueillie lors des activités » de préparation et utilisation d'éléments et produits du corps humain utilisés à des fins thérapeutiques et « susceptible de compromettre la qualité et la sécurité de ces produits ». Le projet de décret établit la définition précise des termes « effet indésirable », « incident », « effet indésirable grave » et « incident grave ».

► Retrouvez l'article complet sur le site Internet, rubrique Sécurité sanitaire-Hygiène-Infections nosocomiales-événements indésirables à la date du 10 août 2006.

Guide-annuaire des groupements de coopération sanitaire de la FHF : la version 1 disponible !

La FHF a mené une étude des GCS publiés ou dont les projets sont bien avancés. Sur la base de soixante-dix réalisations identifiées, une synthèse est proposée pour apporter aux hospitaliers les éléments d'information qui leur sont nécessaires pour avancer dans leurs projets

coopératifs. «L'annuaire» identifie également, par thèmes les sites et les collègues susceptibles de faire bénéficier de leur expérience ceux qui se lancent sur leurs traces. Cette version 1, appelée à être complétée et actualisée, est téléchargeable.

► Retrouvez l'article complet sur le site Internet, rubrique Planification sanitaire, coopération et réseaux à la date du 22 juin 2006.

La V4 de la CCAM

Courrier cosigné par la FHF et le Collège national de l'information médicale (CNIM) adressé à Xavier Bertrand

La publication récente d'une version dite « V4 » de la classification commune des actes médicaux pose une nouvelle fois de manière aiguë le problème du pilotage de l'évolution et/ou de l'actualisation de cette nomenclature. En effet, celle-ci dite « classification commune » avait des objectifs à la fois descriptifs et tarifaires, descriptifs dans le cadre du PMSI pour décrire les actes et tarifaires pour le paiement des honoraires médicaux en pratique libérale. Dans l'actualisation, l'avis de tous devait être requis, à commencer par celui des sociétés savantes. Malheureusement, nous ne pouvons que constater la confiscation unilatérale de la CCAM et de son actualisation par l'assurance maladie et les syndicats de médecine libérale. La sortie de la

V4 de la classification commune des actes médicaux, qui est censée s'imposer à tous, en est une démonstration caricaturale, les médecins hospitaliers, les fédérations d'établissements et même l'Atih, tous chargés de sa mise en œuvre, l'ayant découverte lors de sa publication. Ceci rendant bien évidemment sa mise en œuvre extrêmement délicate dans les établissements de santé dont les systèmes d'information sont soumis actuellement à de profonds bouleversements. Un tel comportement, une telle conduite de projet relèvent de l'inconséquence et compromettent gravement l'objectif initial. Il ne s'agit effectivement plus d'une classification commune, mais de la transformation de celle-ci en nomenclature purement tarifaire. Aussi, nous souhaitons, Monsieur le ministre, votre intervention, afin de réintroduire de la logique et de la concertation dans la gestion de ce dossier.

Retrouvez l'article complet sur le site Internet de la FHF, rubrique CCAM à la date du 15 juin 2006.

Actes «frontière»

Concertation sur le périmètre des actes et prestations pouvant donner lieu au financement d'un GHS.

Retrouvez l'article complet sur le site Internet, rubrique Réforme du mode de financement de l'hospitalisation, tarification à l'activité à la date du 12 juillet 2006.

Programme d'échange Hope 2007

Chaque année, le Comité permanent des hôpitaux de l'Union européenne (Hope) organise un programme d'échange destiné aux cadres hospitaliers (médecins, soignants, administratifs, techniques...) désireux de découvrir le système de santé d'un autre pays européen. Le prochain programme d'échange se déroulera du 21 mai au 23 juin 2007, sur le thème: « Déterminants sociaux et inégalités en matière de santé ». La réunion d'évaluation finale aura lieu à Madrid, en Espagne, du 20 au 23 juin 2007, et sera suivie d'un séminaire sur le même thème. Les professionnels hospitaliers souhaitant participer à ce programme d'échange et les hôpitaux candidats à l'accueil de stagiaires en France doivent adresser leur dossier avant le 31 octobre 2006 à Amaëlle Penon, coordinateur national.

Retrouvez l'article complet sur le site Internet, rubrique HOPE - Programme d'échange à la date du 30 août 2006.

Sécurité du patient Enquête Enéis

L'enquête Enéis (enquête sur les événements indésirables graves liés aux soins) menée par le ministère de la Santé montre que le nombre d'événements est compris entre 70 000 et 110 000 par an, soit dans le cadre du séjour hospitalier, soit dans le cadre de soins ambulatoires, devenant ainsi une cause d'hospitalisation. La France enregistre des résultats identiques à ceux de pays comparables. L'enquête Enéis estime qu'entre 3 % et 5 % des admissions ont pour origine un événement indésirable survenu en dehors de l'hôpital, dont 45 % sont considérés comme évitables. Concernant les événements intervenant au cours du séjour, l'enquête révèle 6,6 événements pour 1000 journées d'hospitalisation. Enfin, 49 % interviennent durant les interventions chirurgicales, 20 % à l'occasion d'accidents médicamenteux, 22 % correspondent à des infections liées aux soins.

Retrouvez l'étude sur le site du CCECQUA, www.ccecqua.asso.fr

Convention nationale de la FHF le 15 décembre à l'UNESCO

La « régionalisation » de la FHF est en route. Les assemblées générales constitutives se réunissent en ce moment pour arrêter les statuts et désigner les membres de leur conseil d'administration. Chaque région sera ainsi représentée à la convention nationale et au conseil d'administration de la Fédération Hospitalière de France. Les modalités de désignation des représentants permettront une représentation des divers établissements de l'offre de soin publique, au travers des trois composantes des conseils d'administration : élus, directeurs et médecins.

Lors de cette convention nationale seront débattues et rendues publiques les propositions de la FHF pour l'avenir du système hospitalier public au service des parcours de soins des usagers.

Les principaux axes de ces propositions vont préalablement faire l'objet d'un débat avec les hospitaliers et les usagers via un blog dont l'adresse vous sera communiquée très prochainement

Dimension Médicale

Directeur de la publication : Claude Evin
Rédacteur en chef : Francis Fellingner
Comité de rédaction : Gérard Vincent, Pierre Lesteven, Nicolas Péju, François Moreau
Comité scientifique : Jean Marty, Michel Pichan, Guy Frija, Bernard Garrigues, Yann Bubien, Pascal Triboulet, Jacques Kopferschmitt, Pierre Loulergue
Contact : Rebecca Mercier – dimension@fhf.fr
 33 avenue d'Italie – 75013 Paris
Tél. : 01 44 06 84 44 – **Fax :** 01 44 06 84 45
Site internet : www.fhf.fr