

Conseil d'Administration

Vendredi 24 juin 2011

18h - 19h30

Cité des congrès - NANTES

Le conseil d'administration de VASCURISQ s'est réuni le vendredi 24 juin 2011 à 18 h à la Cité des Congrès de Nantes sous la présidence du Professeur Jean-Georges KRETZ.

Membres excusés :

Pr J-C. BASTE, Pr E. ROSSET, DR M. SIBE.

Membres présents :

Dr J-M. CARDON, Dr P. CUQ, Dr N. DIARD, Pr R. HASSEN-KHODJA, Pr J-G. KRETZ, Dr F. LE ROUX, Dr P. MOREAU, Dr P. NICOLINI.

Experts présents :

Dr H. BARISEEL, Dr S. CAZABAN, Dr J-Y. HUART, Dr F. MANTZ.

Ordre du jour

1. Approbation du Compte rendu du CA du 12 juin 2010
2. Approbation des comptes
3. Validation et mise à jour de la liste des experts
4. Décès du Professeur Lacombe
5. Vascurisq en chiffres au mois de juin 2011
6. Retour sur le programme Vascurisq (Mai 2011)
7. Compte rendu de la Commission Risques Interspécialités à la HAS du 7 juin (P. Moreau)
8. Compte rendu réunion ASN
9. Détermination du programme de la spécialité pour l'année à venir : création d'un Questionnaire d'Analyse approfondi sur les antiagrégants, anticoagulants (en articulation avec le programme interspécialité)
10. Actions futures pour Vascurisq : financement formations, EIG, relation avec assureurs
11. Questions diverses

1. Approbation du Compte rendu du CA du 12 juin 2010

Le compte rendu du CA du 12 juin 2010 est approuvé à l'unanimité sous la présidence du Pr J-G. KRETZ avec validation du Conseil d'administration.

2. Approbation des comptes

Les comptes sont approuvés.

BILAN FINANCIER VASCURISQ 2010

ENTREES		SORTIES	
Cotisations et inscriptions aux journées de formation	14 210 €	Webmaster	909.00 €
Primes CPAM	183 800 €	Matériel	1 488.27 €
		Secrétaire	26 744.66 €
		Charges sociales	22 109.83 €
		Formation continue	335.68 €
		Organisation de réunions d'experts et de formation (radioprotection)	14 285.18 €
		France Télécom	821.93 €
		PTT	799.11 €
		Experts	126 300.00 €
		Loyers et charges	5 375.32 €
		Expert comptable	746.90 €
		Cadeau	180.00 €
		Participation composantes SCV	15 453.59 €
TOTAL	198 010 €	TOTAL	226 534.29 €

BALANCE	- 28 344.29 €
----------------	---------------

3. Validation et mise à jour de la liste des experts

TITRE	PRENOM	NOM
Docteur	Paul	AGUILAR
Docteur	Hervé	BARISEEL
Docteur	Jean-Pierre	BERTOUX
Docteur	Serge	CALEN
Docteur	Sébastien	CAZABAN
Docteur	Philippe	CHATELARD
Docteur	Philippe	CUQ
Docteur	Serge	DECLEMY
Docteur	Jean-François	DEMERCIERE
Docteur	Nicolas	DIARD
Docteur	Patrick	FEUGIER
Docteur	Jean-Pierre	FOULON
Docteur	Pierre-Michel	GARCIA
Docteur	Claude	GIRAUD
Docteur	Yves	GLOCK
Docteur	Yves-Gabriel	HEYNEN
Docteur	Jean-Yves	HUART
Docteur	Michel	KITZIS
Professeur	Jean-Georges	KRETZ
Docteur	Jean-Bernard	LEVY
Docteur	Françoise	MANTZ
Docteur	Vincent	MAUVADY
Docteur	Patrick	MOREAU
Docteur	Philippe	NICOLINI
Docteur	Alain	PIERONNE
Docteur	Jacques	PINSOLLE
Docteur	Paul	PITTALUGA
Docteur	Xavier	QUANCARD
Docteur	Jean-Michel	RADOUX
Docteur	Philippe	REVEILLEAU
Docteur	Marc	RICHER DE FORGES
Docteur	Reza	SALARI
Docteur	Guilhem	SEBAN
Docteur	Maxime	SIBE

Il n'est pas prévu de former de nouveaux experts.

4 Décès du Professeur Lacombe

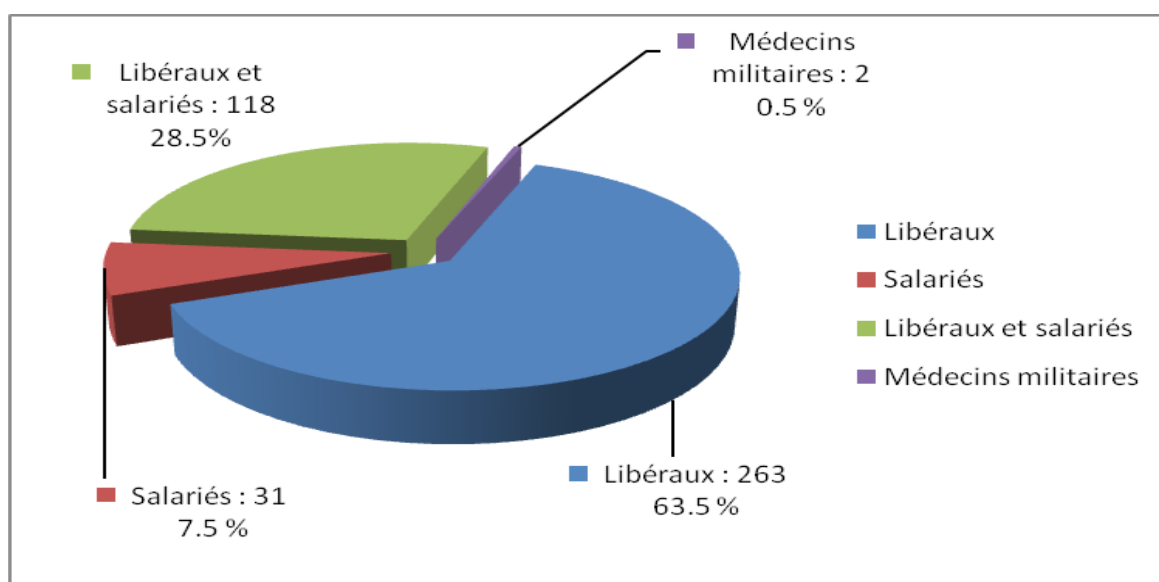
Hommage au Professeur LACOMBE qui a été notre maître reconnu en particulier dans tout ce qui concerne la pathologie rénale et qui après sa retraite a continué de participer activement à la vie de la société. Vascurisq a été pour lui l'occasion de se sentir utile comme il l'a manifesté à plusieurs reprises, malgré nos statuts, qui normalement auraient dû l'exclure après 3 ans d'arrêt d'activité.

Il a su s'investir dans cette tâche qu'il a toujours remplie avec beaucoup de sérieux et de justesse.

Je voulais simplement lui rendre hommage.

5 Vascurisq en chiffres au mois de juin 2011

Au 17 juin 2011, Vascurisq compte 414 inscrits.



Médecins accrédités au 06 juin 2011

Spécialité	Nb de médecins
Anesthésie réanimation (CFAR)	1451
Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie (FSCMF)	58
Chirurgie orthopédique et traumatologie (ORTHORISQ)	1617
Chirurgie plastique reconstructrice (PLASTIRISQ)	488
Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (SFCTCV)	188
Chirurgie infantile (CNCE)	22
Chirurgie urologique (AFU)	364
Chirurgie vasculaire (VASCURISQ)	414
Chirurgie viscérale et digestive (FCVD)	886
Echographie obstétricale (CFEF)	61
Gastro-entérologie interventionnelle (EA-HGE)	10
Gynécologie-obstétrique (GYNERISQ)	1354
Neurochirurgie (Collège de neurochirurgie)	59
ORL ; Chir. face et cou (EFAORL)	34
Radiologie interventionnelle (SFR)	0
Réanimation médicale (CBPR)	1
Total	7007

Déclarations d'EPR au 06 juin 2011

Spécialité	EPR déclarés	EPR enregistrés
Anesthésie réanimation (CFAR)	1861	1722
Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie (FSCMF)	265	248
Chirurgie orthopédique et traumatologie (ORTHORISQ)	9890	9126
Chirurgie plastique reconstructrice (PLASTIRISQ)	4121	4087
Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (SFCTCV)	1005	982
Chirurgie infantile (CNCE)	75	72
Chirurgie urologique (AFU)	2049	1990
Chirurgie vasculaire (VASCURISQ)	2072	2014
Chirurgie viscérale et digestive (FCVD)	6343	6152
Echographie obstétricale (CFEF)	203	192
Gastro-entérologie interventionnelle (EA-HGE)	29	20
Gynécologie-obstétrique (GYNERISQ)	7504	6781
Neurochirurgie (Collège de neurochirurgie)	186	143
ORL ; Chir. face et cou (EFAORL)	147	123
Radiologie interventionnelle (SFR)	12	3
Réanimation médicale (CBPR)	9	7
Total	35771	33662

- Entre juin 2010 et juin 2011, nous avons fait entrer 14 nouveaux médecins dans l'accréditation.
 - La HAS nous a demandé à l'automne dernier de rejeter les demandes d'accréditation des médecins n'ayant pas rempli les conditions du programme 2008 -2009.
 - Nous avons ainsi rejeté 37 dossiers :
 - 2 décès
 - 7 départs en retraite
 - 1 départ à l'étranger
 - 27 abandons
 - En 2010, 3 médecins n'ont pas été accrédités car n'ont pas fait la formation de radioprotection.
 - A ce propos, on fait le stage de radioprotection:
 - Libéraux : 252
 - Libéraux et salariés : 114
 - Salariés : 29
 - Médecins militaires : 2
- Certains médecins, faisant de la chirurgie veineuse exclusive, ne sont pas concernés.
- Au 17 juin 2011, nous avons déjà 189 bilans validés et 11 en attente de validation.

6 Retour sur le programme Vascurisq (Mai 2011)

Le programme 2010-2011 est à effectuer sur deux ans.

Il comporte :

- Participation au questionnaire d'activité 2010
- Certificat d'existence d'une RMM
- Participation à une réunion sur le suivi de l'accréditation (à valider sur 2 ans)
- Déclaration de deux EPR : un ciblé sur le défaut de matériel ou la défaillance dans la prise en charge d'un patient sous anticoagulant/antiagrégant plaquettaire + un EPR non ciblé

Les nouveaux inscrits en 2011 devront également participer à une journée annuelle de formation en gestion des risques.

7 Compte rendu de la Commission Risques Interspécialités à la HAS du 7 juin (P. Moreau)

Le thème n°1 est le déploiement de l'accréditation. Il existe 17 OA dont 16 en fonctionnement. Il y a actuellement 501 demandes d'engagement pour VASCURISQ et 414 médecins accrédités au 06 juin 2011.

2072 EPR ont été déclarés pour notre spécialité avec 2014 enregistrés. Treize refus d'accréditation ont été prononcés en chirurgie vasculaire et 21 chirurgiens ont renoncé à leur parcours d'accréditation. Il existe une modification du formulaire de déclaration des EPR avec l'évolution des onglets experts qui font apparaître des listes de causes immédiates et de barrières pour faciliter l'analyse des EPR ciblés. La grille ALARM permet de caractériser les causes latentes et il existe l'ajout d'un onglet du questionnaire d'analyse approfondie (QAA). Enfin il est possible de renseigner 3 mots clefs.

Concernant l'engagement des médecins, deux constats : d'une part la pénétration toujours marginale de la démarche dans l'exercice salarié exclusif (17,5% des médecins), d'autre part la déclaration des EPR via les établissements de santé, qui serait en forte hausse 15,7 % contre 5,6 % en décembre 2010. Ce chiffre est contesté par les participants car il est manifestement biaisé.

Thème N°2 : analyse de la base REX. 1979 EPR ont été acceptés par VASCURISQ ce qui présente 5,96 % des EPR déclarés par l'ensemble des OA. L'HAS propose la publication d'indicateurs généraux sur le processus d'accréditation, la publication de 2 EPR dits « exemplaires » en matière de récupération sélectionnés par chaque spécialité et des indicateurs sur la récupération : qui détecte, identifie, récupère ?

Thème N°3 : retour sur le comité de pilotage du 17/05/2011.

Thème N°4 : accréditation et gestion des risques dans les établissements de santé. Trois fondamentaux sont à considérer sur la sécurité des soins :

- le périmètre de sécurité,
- le périmètre des causes et des conséquences,
- le périmètre des stratégies de correction.

L'accent est mis sur la nécessité de ne pas se concentrer uniquement sur l'EPR pendant l'hospitalisation elle-même, mais invite à se pencher sur toutes les causes précédentes profondes et suivre à terme l'évolution et la récupération après le séjour du malade, par exemple en centre de soins : convalescence, rééducation etc... L'accent est mis comme d'habitude sur les causes profondes qui font le lit de l'EPR ou de l'EIG. Tout le suivi des causes et des conséquences aboutit à une notion de « chemin clinique » qui permet une vision globale de l'épisode. Ceci permet d'établir un ratio bénéfique /risque à distance de l'épisode.

Le problème de l'interaction CME/Accréditation est de nouveau soulevé d'autant qu'il est donné à la CME de nouveaux pouvoirs. De nombreux médecins expliquent que

les EPR ne sont pas à déclarer via les CME pour ne pas rentrer en conflit direct avec leur administration respective. Est évoqué ensuite le périmètre des stratégies de correction au niveau individuel du médecin engagé dans l'accréditation, des équipes de prise en charge et des organismes agréés.

Thème N°5 : l'accréditation en équipe. Rapport de l'expérimentation à l'hôpital de POISSY-SAINT GERMAIN par l'équipe GENERISQ et rapport du programme canadien AMPRO. Pour VASCURISQ, cette accréditation en équipe, qui est donc quelque chose de très transversal ne paraît pas correspondre à la situation la plus commune de notre exercice. Les médecins sont malgré tout impressionnés par l'impact d'une telle démarche (AMPRO), qui entraîne une réduction semble-t-il très notable des événements indésirables graves. Un développement est ensuite donné sur les questions et les modalités que devront appliquer les sites pilotes d'accréditation en équipe, en relation bien sûr avec la CME, l'OA et l'articulation avec l'ARS. Il y aurait notamment obligation de déclarer les EIG au directeur général de l'ARS. Cette information est reçue avec une certaine inquiétude par les participants, car on sort de la démarche initiale volontaire et anonyme.

Le thème N°6 est consacré à l'articulation et au partage de l'information entre OA et CME. Bien entendu, les CME tireraient beaucoup d'enseignements grâce à ce partage et les établissements de santé par voie de conséquence.

Thème N°8 : René AMALBERTI propose les termes GO/NOGO de la check-List : intervention annulée, anesthésie inutile.

Le thème N°9 est consacré au programme inter-spécialités. Un état des lieux est effectué. Pour VACURISQ, le déploiement a été effectué au mois de mai. Le questionnaire d'analyse approfondie pour la situation à risque : « défaillance dans la prise en charge d'un patient sous anti coagulant ou anti agrégant plaquettaire » est en route. Sont évoquées ensuite les modalités d'évaluation de la mise en œuvre de la check-list, du protocole d'antibiotique et des RMM. Nous est annoncé pour 2012 comme thématique un guide d'annonce d'un dommage associé aux soins (Céline Schnebelen).

Thème N°10 : il est décidé de lancer une enquête de culture de sécurité définie et proposée à partir de l'European society for quality in health care. Il existe 10 dimensions de la culture de sécurité pour la sécurité et soins. Il est décidé d'envoyer pour chaque médecin de chaque OAA un questionnaire à partir du 1^{er} juillet de façon à fournir en décembre une présentation des résultats à la prochaine CRIS.

8 Compte rendu de la réunion ASN

Compte rendu de la réunion ASN / SCV du 14 juin 2011

Etaient présents les représentants de l'ASN : Mme Carole MARCHAL, Mrs. Jean Luc GODET, Koffi MEGNIGBETO, et pour la SCV, Philippe NICOLINI, Pierre Edouard MAGNAN, Philippe PATRA.

Après un rappel de ce qu'est l'Autorité de Sureté Nucléaire et des caractéristiques de la radiologie interventionnelle, il a été indiqué le rôle des organismes ASN, ARS, AFSSAPS, HAS. Il a ensuite été présenté un bilan des 124 inspections réalisées dans 250 services à propos de la radioprotection des patients, des travailleurs et plus particulièrement la radioprotection au bloc opératoire. Il a ensuite été exposé des recommandations dont certaines ont été plus particulièrement développées :

- Renforcer la sensibilisation à la radioprotection des personnels des établissements de soins. Il a été proposé d'envisager des procédures standardisées pour l'optimisation du suivi dosimétrique*
- Renforcer la formation à la radioprotection : il a été constaté par l'ASN qu'un très grand nombre de chirurgiens vasculaires avaient reçu une formation certifiée (497) et qu'il en allait de même pour les internes au cours de leur cursus de formation. Il a été rappelé le souhait du Collège de voir figurer régulièrement dans les programmes d'enseignement la formation à la radioprotection et à l'utilisation des matériels de RI. Les représentants de l'ASN sont prêts à collaborer à cette formation au cours des réunions de la SCV et le collège*
- Encourager le développement des guides de bonnes pratiques : Difficilement réalisables pour « l'interventionnel », il serait cependant envisageable de faire des protocoles d'utilisation des appareils de scopie détaillant, par exemple, les paramètres d'acquisition des images. L'ASN a évoqué l'éventuelle substitution du recours aux RI par l'échographie. Il a été répondu que l'échographie ne pourrait pas se substituer au contrôle radiographique mais pourrait éventuellement diminuer l'utilisation des RI pour les ponctions.*
- Encourager le suivi des patients les plus exposés : 2 à 3 Gy seraient la dose à partir de laquelle il faudrait surveiller les patients et il est noté que peu de praticiens surveillent les patients de ce point de vue. Il n'y a pas d'information concernant les RI sur les documents destinés au patient ni sur la surveillance des zones irradiées*
- Encourager la déclaration des effets indésirables : il a été convenu d'organiser une discussion avec la SFR. Le critère de déclaration varie selon qu'il s'agit du public, du patient ou du travailleur, mais ce sont généralement des dépassements du ¼ de la limite de dose (5 mSv). Il n'y a pas de définition, ni de valeur précise pour les patients. Il faut dans un premier temps définir les PDS moyen et extrême puis définir la valeur seuil à partir desquels les événements seront déclarés.*
- Définir des niveaux de doses de référence : seule méthode pour comparer les radiations pour des interventions données ; Vascurisq définira les interventions « types » avant la fin de l'année. Il pourrait s'agir dans un premier temps du traitement des sténoses iliaques et des endoprothèses aortiques. En 2012, les membres de Vascurisq relèveront les PDS, le nombre d'images et la durée des radiations pour ces interventions. Il faudra ultérieurement définir le niveau d'alerte pour le suivi des patients (dose à la peau).*

- Définir le rôle des PSRPM (Personne Spécialisée en Radio-Physique Médicale) en radiologie interventionnelle. Il a été relevé qu'un constat de « non conformité » n'entraînait pas nécessairement le remplacement du matériel.
- Renforcer la radioprotection des opérateurs : les ingénieurs d'application qui entourent la livraison des matériels se révèlent être peu disponibles. Ils ne répondent pas nécessairement à l'attente des praticiens. Les ingénieurs biomédicaux des établissements pourraient servir d'intermédiaires et il serait utile de mieux préciser les attentes des praticiens au moment du passage des marchés (en prévoyant notamment des supports explicatifs concernant le fonctionnement des appareils)
- Rendre effective la dosimétrie des extrémités (mains). Il a été souligné l'importance de la dosimétrie au niveau des doigts qui est chiffré au moment des études de poste réalisées par les personnes compétentes en radioprotection (PCR) des établissements.
- Etudier la mise en place d'une dosimétrie pour le « cristallin » : la dosimétrie est à l'étude mais il faut insister sur l'importance de la prévention (lunettes)
- Formation spécifique des infirmiers utilisant les RI au bloc opératoire avec un rôle limité à la mise en oeuvre de protocoles radiologiques parfaitement définis et optimisés
Il a été constaté que dans un certain nombre de BO, ce n'étaient pas les manipulateurs-radios mais les infirmières qui utilisaient les radiations ionisantes, et sans formation spécifique. L'ASN a rencontré des représentants des infirmières qui émettent un avis favorable à une formation et sont prêts à établir un protocole de coopération. Cette coopération doit partir des équipes, puis remonter vers les instances par le biais des sociétés savantes.

Il a été souligné l'importante rotation des personnels infirmiers des blocs opératoires (la moitié du personnel médical serait renouvelé tous les 2 à 3 ans). Il faudrait donc intégrer cette formation dans la formation initiale des IDE et des IBOD.

L'ASN a proposé d'organiser une réunion avec les représentants des infirmières, de la SCV, de l'HAS, de la DGOS et de la Société de Radiologie (SFR). Il a été rappelé l'existence d'une Association des infirmières en chirurgie vasculaire qui pourrait être un interlocuteur.

Il a été proposé de faire un livret (guide) de l'utilisation des appareils de scopie pour les infirmières.

9 Détermination du programme de la spécialité pour l'année à venir

Comme tous les ans :

- Déclaration de l'activité 2011 sur le site de vascurisq.fr
- Dépôt de deux EPR en gardant les mêmes thèmes qu'en 2011
- Participation à la réunion sur le suivi de l'accréditation pour ceux qui n'ont pu venir à Nantes, une session de rattrapage est prévue le 19 janvier 2012 à Paris avant le début du Congrès Controverses.

Et spécifiquement à 2012 :

- Création d'un Questionnaire d'Analyse approfondi sur les antiagrégants, anticoagulants (en articulation avec le programme interspécialité) : le Pr P. FEUGIER se porte volontaire pour l'établir.
- Il sera demandé pour l'an prochain à chaque médecin engagé de transmettre au secrétariat de Vascurisq une fiche détaillée des relevés de dosimétrie pour 3 actes de réalisation courante par technique endovasculaire : Dilatation iliaque uni et bilatérale, Mise en place d'une endoprothèse pour AAA sous rénal, embolisation pelvienne pour les chirurgiens veineux exclusifs . Le DR Sébastien CAZABAN se porte volontaire pour créer ces fiches en collaboration avec Philippe Nicolini.
- Le DR Nicolas DIARD se porte volontaire pour analyser les EPR de la base REX sur l'insuffisance rénale afin de créer une nouvelle recommandation sur la question.
- Les DRS Vincent MAUVADY et Réza SALARI se chargent d'analyser les Questionnaires d'analyse approfondie sur le défaut de matériel.
- Organisation d'une réunion en collaboration avec les experts de chirurgie vasculaire et les assureurs. Gestion des EIG.

Ceci sera organisé sous l'égide de la FMC lors du Congrès de Paris.

10 Actions futures pour Vascurisq

Financement formations (en particulier Echodoppler).

Experts juridiques de la SCV.

11 Questions diverses

Il est décidé de refaire le site de Vascurisq. Un projet chiffré sera présenté en juin 2012 à la prochaine SCV.