

**VASCURISQ**

Président Jean-Georges KRETZ

Conseil d'Administration

Vendredi 22 juin 2012

17H - 18H

Maison de la Chimie - PARIS

## **Ordre du jour**

1. Approbation du Compte rendu du CA du 24 juin 2011
2. Approbation des comptes
3. Validation et mise à jour de la liste des experts
4. Vascurisq en chiffres au mois de juin 2012
5. Retour sur le programme Vascurisq (juin 2011)
6. Compte rendu de la Commission Risques Interspécialités à la HAS du 29 mai (P. Moreau)
7. Détermination du programme de la spécialité pour l'année à venir (amélioration de l'utilisation du matériel)
8. Le DPC et son implication avec Vascurisq
9. La question du paiement des EPR rejetés
10. Présentation du nouveau site internet
11. Questions diverses

## 1. Approbation du Compte rendu du CA du 24 juin 2011

## 2. Approbation des comptes

### BILAN FINANCIER VASCURISQ 2011

ENTREES		SORTIES	
Cotisations et inscriptions aux journées de formation	25 780 €	Webmaster	0 €
Primes CPAM	160 500 €	Matériel	858.40 €
		Secrétaire	25 555 €
		Charges sociales	21 469 €
		Formation continue	0 €
		Organisation de réunions d'experts et de formation	1 213 €
		France Télécom	673.49 €
		PTT	1 186.26 €
		Experts	145 450 €
		Loyers et charges	7 200 €
		Expert comptable	958 €
		Participation composantes SCV	23 350 €
<b>TOTAL</b>	<b>186 280 €</b>	<b>TOTAL</b>	<b>227 913.15 €</b>

<b>BALANCE</b>	- 41 633.15 €
----------------	------------------

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

<b>TITRE</b>	<b>PRENOM</b>	<b>NOM</b>
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	Arnaud	DEMON
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

35 EXPERTS. Un nouveau formé en 2012 : Dr Arnaud DEMON

## 4 Vascurisq en chiffres au mois de juin 2012

Au 15 juin 2012, Vascurisq compte 407 inscrits.

7 nouveaux inscrits depuis juin 2011.

### 15 dossiers d'accréditation rejetés :

- 4 départs à la retraite
- 2 décès
- 4 abandons explicites
- 1 départ à l'étranger
- 4 pour non réalisation des obligations du programme

Ci-dessous le suivi du nombre d'EPR acceptés depuis début 2012 :

### 2012

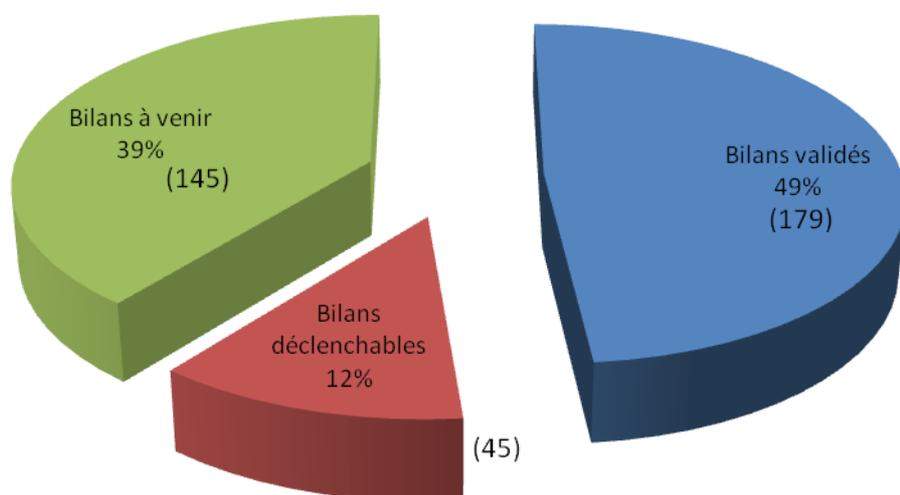
Mois	Nombre d'EPR
Janvier	49
Février	20
Mars	91
Avril	107
Mai	167
Juin	21
Somme :	455

Et le cumul d'EPR acceptés depuis la création de Vascurisq :

Année	Nombre d'EPR	Somme cumulative
2008	17	17
2009	796	813
2010	768	1 581
2011	783	2 364
2012	455	2819

Au 15 juin, 179 bilans 2012 ont été validés et 45 sont déclençables pour un cumul de 369 bilans dont les dates anniversaires sont entre janvier et fin juin.

## Traitement des bilans 2012



### 5 Retour sur le programme Vascurisq de 2012

Le programme 2011-2012 est à effectuer sur deux ans.

Il comporte :

- Participation au questionnaire d'activité 2011
- 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 doivent également participer à une journée annuelle de formation en gestion des risques.

## **6 Compte rendu de la Commission Risques Interspécialités à la HAS du 29 mai 2012 (Dr P. Moreau)**

*Concernant les experts formés à ce jour nous sommes officiellement 42 dans la spécialité Vascurisq, dans les faits : 35.*

*On observe une stagnation des demandes d'engagement et une recrudescence des médecins non accrédités : 42 pour VASCURISQ ce qui représente 9,11 %. Pour l'ensemble des OA, les motifs de non accréditation sont pour moitié des refus, pour 45 % des renoncements et pour 5 % des retraits d'accréditation : ce fait est nouveau. Il y aura une session prévue pour la formation des experts les 28 – 29 et 30 novembre prochains.*

*Le JAM n° 23 porte sur le document portable. Les adhérents peuvent désormais déclencher le bilan 3 mois avant. On peut trouver de l'information dans l'exploration des questionnaires d'analyse approfondie sur l'info centre : c'est le rapport infocentre n°21.*

*Il existe une modification de la date d'accréditation du médecin qui correspond maintenant à la celle de la validation par le collège de l'HAS. Il est prévu la possibilité de faire soi même une impression du certificat d'accréditation. Cette possibilité sera effective cet été. Cela permettra d'éviter aux médecins de faire intervenir l'HAS auprès des caisses en cas de réclamation itérative de certificats. L'infocentre (rapport n° 22) permet de suivre les échéances des bilans des médecins des spécialités.*

*Quelques constats : la pénétration toujours marginale de la démarche d'accréditation en exercice salarié exclusif (8% contre 20 % en exercice mixte et 62 % pour les libéraux exclusifs). Cette caractéristique fragilise bien entendu cette position de l'accréditation qui est loin d'être universelle.*

*Depuis cette année, il y a eu la création d'un bureau de la CRIS constitué de membres issus de la CRIS, qui sont chargés de la représenter pour préparer les réunions ou donner des grandes idées. On y retrouve toujours les mêmes grandes figures des OA.*

*Nous avons eu ensuite un exposé relativement long de la part de Madame Valérie Salamon qui est un personnage semble-t-il important de la DGOS et qui a été notamment à l'origine de la déclaration des infections nosocomiales. Son exposé : Programme National Sécurité Patients, a été mal perçu à la fois par les médecins et les membres de l'HAS pour les motifs suivants : sur le plan médical, il semble que nous soyons à la croisée des chemins et que nous changions de registre. Autant l'accréditation repose sur une déclaration volontaire des évènements porteurs de risque (ce que nous demandait l'HAS), autant la DGOS voudrait une déclaration obligatoire des évènements indésirables notamment auprès des ARS. En clair, ils veulent savoir exactement ce qui se passe dans les établissements de santé.*

*Nous passons donc d'un système où nous sommes les propres acteurs et responsables de notre évaluation à un système semble-t-il beaucoup plus autoritaire.*

*Concernant l'HAS, il y avait notre président en personne (Jean Luc Harousseau), qui n'a pas semblé apprécier la chose et qui a clairement dit que c'était un deuxième système de*

déclaration qui constituait une véritable usine à gaz. Il est peu certain, dans ces conditions, que les médecins se prêtent à déclarer quoi que ce soit sauf « sous la contrainte ».

Il paraît assez évident que la branche d'accréditation de l'HAS craint pour son avenir comme on le verra plus loin au chapitre du DPC du fait que l'état ne paiera pas 2 fois les médecins.

Concernant l'EPR ciblé inter-spécialités (défaillance dans la prise en charge d'un patient sous anti coagulants ou anti agrégants plaquettaires) on eu comme d'habitude les belles démonstrations par MAXILLORISQ, ORTHORISQ, PLASTIRISQ et l'OA de chirurgie thoracique et cardio-vasculaire.

Il en ressort que des règles c'est-à-dire des recommandations bien claires sont difficiles à établir. Celles existantes sont souvent obsolètes. Chacun a tendance à faire sa petite recette dans son coin, ce qui est normal car les choses bougent beaucoup à l'heure actuelle dans le domaine de l'anticoagulation.

A noter un changement radical parmi les OA : alors que nous restons campés sur des EPR qui sont peu productifs (il faut admettre que 50 % des EPR déclarés sont franchement débiles), pratiquement toutes les autres OA notamment en chirurgie digestive, orthopédique travaillent maintenant avec de l'évènement indésirable auquel ils enlèvent d'ailleurs pudiquement le mot « grave ». L'HAS ne sourcille même pas. Cela a l'avantage de ratisser beaucoup plus large dans les vrais problèmes. Il est difficile de parler des EPR en matière d'antiagrégants et anti coagulants : ce sont souvent des évènements indésirables plus ou moins graves et si l'on veut les transformer en EPR, on tombe dans le mensonge permanent.

VII : Réflexion sur un EPR ciblé dans le cadre de la chirurgie ambulatoire : à savoir de J-1 à J+1. Nous avons eu un exposé brillant de la part du docteur Patrice ROUSSEL de l'HAS /SEVAM. Malgré tout, les schémas sont de plus en plus complexes et cela tourne comme d'habitude à l'usine à gaz. Plusieurs organismes se sont portés volontaires pour réfléchir sur un EPR centré sur la chirurgie ambulatoire en inter disciplinaire.

VIII : DPC et accréditation : Il est bien confirmé que l'accréditation vaut DPC ; il est même très clair aux yeux de l'HAS que le DPC s'appliquant à l'ensemble des médecins et issu de plusieurs organismes potentiellement différents aura une valeur moindre en termes de démarche de soins. De plus le DPC est considéré comme une formalité à accomplir, qui sera contrôlé par le conseil de l'ordre ! Il persiste toujours les mêmes zones d'ombre puisque le DPC sera financé directement par l'état alors que l'accréditation permet une rémunération indirecte des médecins par la CPAM. Beaucoup de personnes commencent à penser dans les rangs qu'il n'y aura pas une rémunération double et un gros doute plane sur la pérennité de la rémunération liée à l'accréditation, même si les dirigeants de l'HAS nous disent le contraire. C'est dans cette ligne de pensée que les dirigeants de l'HAS nous poussent à produire des travaux. Il faut reconnaître à ce propos que Vascurisq n'en fournit pas beaucoup. En particulier, pour le point IX de la réunion, qui concernait la « solution pour la sécurité du patient » nous aurions dû en principe fournir un travail sur ce sujet. Les bons élèves ont fourni pour leur part des études brillantes (chirurgie viscérale, Orthorisq et Plastirisq). Quand est arrivé mon tour, pour expliquer ce que faisant Vascurisq, j'ai expliqué que nous étions profondément intéressés par les problèmes de dosimétrie mais Rémy

*BATAILLON m'a demandé de préciser comment nous allons traiter la partie « récupération ». J'avoue que je n'avais pas de grande idée ! Il est certain que dans ce domaine, il nous faut travailler. Nous sommes également très en retard concernant le document de portage qui doit être une vitrine de notre organisme agréé et qui a fait l'objet du dernier numéro du JAM. A titre personnel, je pense que si nous voulons rester crédible auprès de l'HAS, il nous faut plus d'implication de la part des membres experts qui, eux mêmes répercuteront probablement une partie de l'effort sur les adhérents.*

*René ALMALBERTI nous a parlé du « Médical Team Training » qui consiste en une intervention dynamique de la part de membres de l'HAS d'une durée de 4 à 6 heures auprès d'une équipe de soins et qui semble une excellente méthode de l'évaluation « collective ». Cette notion d'évaluation collective est de plus en plus prégnante pour l'HAS.*

*Pour finir, la prochaine CRIS inter-spécialités est fixée au mardi 27 novembre de 10 à 17 Heures.*

## **7 Détermination du programme de la spécialité pour l'année à venir**

- Participation au questionnaire d'activité 2012
- Dépôt de 2 EPR (ciblé sur les antiagrégants ou le défaut de prise en charge d'un malade en ambulatoire)
- Participation (non obligatoire) à une activité relative à l'explantation de prothèses
- Réunion dans le cadre des réunions de DPC

Rappel : en 2013, pour les 1ers engagés en 2008, il s'agira du bilan d'accréditation dont découlera le 2<sup>ème</sup> certificat d'accréditation valable 4 ans. La date anniversaire de ce bilan ne sera pas flexible et devra être respectée.

## **8 Le DPC et son implication avec Vascurisq**

Plusieurs interrogations :

- L'accréditation vaut-elle DPC ?
- Financement du DPC et de Vascurisq ?
- Programme du DPC et programme de Vascurisq ?

Intervention du Pr Olivier GOEAU-BRISSONNIERE.

## 9 La question de la rémunération des EPR rejetés

Question posée par certains experts.

## 10 Présentation du nouveau site internet

Accueil Association Accréditation Documentation Programmes Questionnaire d'activité

Contact | A A A

**Vascurisq**

Retrouvez toutes les informations liées à l'adhésion, la cotisation et les conditions d'accréditations Vascurisq...

En savoir plus >

Devenez membre pour bénéficier des informations liées à l'adhésion, la cotisation Vascurisq...

En savoir plus >

**Actualités**

- Anévrisme cérébral  
Coactique aliquotiens nostri pedites ad eos perse-  
quendos scandere clivos sublimes etiam si lapsanti-  
bus plantis fructiceta prensando vel dumos ad verti-  
ces venerint summos...
- Permis de formation  
Coactique aliquotiens nostri pedites ad eos perse-  
quendos scandere clivos sublimes etiam si lapsanti-  
bus plantis fructiceta prensando vel dumos ad verti-  
ces venerint summos...

En savoir plus >

**Développement professionnel continu**

Omitto iuris dictionem in libera civitate contra leges senatusque consulta; caedes relinquo; libidines praetereo, quarum acerbissimum extat indicium et ad insignem memoriam turpitudinis et paene ad iustum odium imperi.

En savoir plus >

Mentions légales © Vascurisq 2012 - Réalisation : ASCOMEDIA

Le budget de construction du site sans option est de 16 500EUR HT.

L'hébergement, la gestion du nom de domaine, la gestion de boîtes mails (5), 3 mises à jour textes, photos par an, l'accès aux statistiques du site pour un forfait mensuel de 60EUR HT dans le cadre d'un contrat de 12 mois.

Une maintenance évolutive avec une mensualité de 230EUR HT dans le cadre d'un contrat de 12 mois. (cf ANNEXE 2).

## **11 Questions diverses**

- Présentation par le Pr Nabil CHAKFE d'une action (non obligatoire) sur l'explantation de prothèses (GEPROVAS)
- Implication des médecins publics purs dans Vascurisq
- Travail du Dr Nicolas DIARD sur l'analyse des EPR relatifs à l'insuffisance rénale (exposé en ANNEXE 1)
- Projet d'Atlas de chirurgie vasculaire par le Dr Ludovic BERGER

# ANNEXE 1

## **Retour d'expérience sur l'analyse des EPR ciblés sur le thème de l'insuffisance rénale (Dr Nicolas DIARD).**

L'essor des techniques de revascularisation endovasculaire, nous conduit bien plus que par le passé à exposer des patients au potentiel néphrotoxique des produits de contraste iodés (PCI). C'est donc une nécessité que d'en connaître les meilleurs moyens de prévention.

C'est pourquoi Vascurisq, l'organisme accréditeur en chirurgie vasculaire, a choisi l'intitulé : « Utilisation inadaptée de PCI » pour le programme de la spécialité en 2009 et 2010. Cela a conduit les chirurgiens vasculaires rentrant dans la démarche d'accréditation à déclarer des évènements porteurs de risque (EPR) sur ce sujet.

Le but de ce travail a été de récupérer et d'analyser ces EPR.

### Matériel et Méthodes

La base REX disponible dans l'espace spécialité du site de l'accréditation de la HAS, recueille tous les EPR qui une fois validés ont été anonymisés.

Une recherche dans cette base se fait par l'intitulé de l'EPR donné par l'expert avant de le valider. L'intitulé « Utilisation inadaptée de PCI » a permis de récupérer 60 EPR. Cependant les intitulés sont inhomogènes pour un même thème. En croisant différentes formulations et orthographes, on arrive à 238 EPR enregistrés entre février 2009 et janvier 2012.

Ils ont tous été analysés en recueillant notamment les paramètres suivants dans un tableau Excel: âge , sexe, score ASA, poids, créatinine sérique ou clairance de la créatinine avant et après l'évènement, existence d'un diabète, d'une hypovolémie efficace, prise d'un traitement néphrotoxique, code CCAM de l'acte, but diagnostic ou thérapeutique, siège des lésions à explorer ou à revasculariser, nombre d'injections lors de l'hospitalisation, volume de produit de contraste utilisé, éventuel défaut de protocole de préparation des patients à risque avant injection de PCI, ou son défaut d'application, éventuel défaut d'évaluation de la fonction rénale, ou fonction rénale faussement évaluée comme normale, éventuel défaut de préparation, éventuel défaut de transmission, éventuel défaut de contrôle de la fonction rénale après l'injection, et le degré d'urgence immédiate ou différée.

### Résultats

Parmi les 238 EPR analysés (Tableau Excel 1), 46 sont à éliminer.

Les EPR 136308 et 150121 ne correspondent à aucun résultat.

On retrouve trois doublons : 146566- 146571, 161154 (2 lignes identiques), 91112-92372.

Certains EPR ne sont pas en rapport avec une injection de PCI : problème de coté (136391), hyperkaliémie chez dialysé (147170), extravasation sur voie veineuse inadaptée (148249).

Il faut également éliminer les EPR concernant les PCI mais hors du sujet de la prévention de l'insuffisance rénale : injection de PCI chez le dialysé (147448) et gestion d'une éventuelle allergie à l'iode : méconnaissance 9 EPR (145376-146356-148178-148283-148597-148675-148721-86752-88212), défaut de préparation 4 EPR (149851-150581-168840-89062), et intolérance à l'injection pour contrôle carotide avec convulsion (147532).

Enfin on peut retirer de l'analyse un certain nombre de situations qui ont été à priori bien gérées et qui ne sont finalement pas des EPR.

Augmentation du taux de créatinine malgré un protocole de prévention existant et bien appliqué : 5 EPR (110732-133705-144583-147855-151710).

Contre indication ou report d'un examen ou d'une procédure 4 EPR (112202-118012-126312-146105)

Injection PCI sans connaissance fonction rénale mais nécessaire: état de choc et suspicion embolie pulmonaire (114492), contrôle angiographique per-opératoire pour ischémie aigüe sur thrombose de pontage fémoro-poplité (144908), opacification veineuse avec faible volume de PCI lors de la mise en place d'une chambre implantable avec suspicion d'occlusion de la veine sous-clavière (149850).

Injection de PCI chez patient à risque en connaissance de la fonction rénale et sans application du protocole compte tenu d'une urgence immédiate : AAA douloureux (144614-154876), ischémie aigüe du membre inférieur (144904-146044).

Modification de la procédure compte tenu d'une insuffisance rénale (IR) : programmation dialyse post-procédure (117992), dilatation sous échographie (144513).

Prise de risque étudiée chez un malade préparé : 4 EPR (118022-126292-135232-147945).

Modification de protocole de surveillance d'une endoprothèse compte tenu d'une IR (145181).

Les 192 EPR restants sont retranscrits dans le tableau Excel n°2.

L'âge moyen de cette population est de 75 ans. Elle est composée à 61.5% d'hommes. Le score ASA moyen est de 2.9. La créatinine à l'entrée est de 150.1µmol/l, montant en moyenne à 254 µmol/l après l'évènement. Les patients sont diabétiques dans 61.5% des cas. Un contexte d'hypovolémie efficace (insuffisance cardiaque, déshydratation) est noté dans 15.6% des cas. Le traitement médical déclaré dans ces EPR comprenait dans 16.1% de la Metformine et dans 11.5% un ou des médicaments néphrotoxiques (IEC, AINS, antibiotique néphrotoxique).

L'injection de PCI avait un but thérapeutique dans 48.7%, diagnostic dans 30.4%, diagnostic et thérapeutique dans 20.9%. Le siège concernait les artères des membres inférieurs dans 75.5%, l'aorte dans 8.9%, les TSA dans 2.6%, artères rénales dans 1.6%, abords de dialyse dans 1.6%, coronaires dans 0.5% et sièges multiples dans 4.2%.

Parmi les EPR avec injection de PCI (143/191), on dénombre au cours de la même hospitalisation une procédure dans 75.5% (108) des cas, deux dans 19.6% (28) et trois dans 4.9% (7).

Hospitalisation en urgence dans 49% des cas avec 4.2% d'urgence immédiate.

### **Typologie des causes**

#### *1) Défaut de protocole de prévention de l'IR induite par les PCI chez les patients à risque.*

Ce protocole n'existe pas dans un tiers des cas (64/192), alors que la population traitée est âgée, fragile et souvent diabétique. C'est la cause retrouvée la plus fréquente et elle justifie à elle seule la procédure d'accréditation par la mise en place de ce protocole dans le programme individuel des chirurgiens vasculaires qui y participent.

A noter que cette absence de protocole est parfois aggravée par la déshydratation induite par un passage tardif au bloc opératoire chez des patients infectés et laissés à jeun (5/192).

La non application d'un protocole en place est beaucoup plus rare 4.2% (8/192) et s'explique par des causes diverses : défauts de transmission entre médecins, patient hébergé dans un autre service, infirmière intérimaire.

On constate dans 4 cas, l'absence de préparation car le médecin n'anticipe pas la possibilité d'une injection de PCI chez un patient à risque au cours d'une intervention qui le nécessitera finalement (contrôle angiographique sur table après chirurgie de revascularisation, dilatation sous échographie).

La réhydratation doit cependant être contrôlée notamment chez l'insuffisant cardiaque : 3 cas d'œdème aiguë du poumon. Différer une procédure non urgente en cas d'insuffisance cardiaque décompensée (un cas d'artériographie des membres inférieurs non urgente chez un patient en décompensation d'insuffisance cardiaque ne pouvant être réhydraté correctement).

#### *2) Défaut d'évaluation ou de contrôle par la mesure de la créatinine sérique :*

Cela découle de l'absence de protocole car un dosage avant et après la procédure est prévu dans celui-ci.

Le défaut de dosage de la créatinine avant une injection de PCI est plutôt rare (11/192).

Il est bien plus souvent fait mais non consulté (24/192), ou interprété faussement comme normal sans calcul de la clairance (36/192). A noter à deux reprises, un bilan consulté mais des renseignements erronés, en relation avec un dossier mal rangé.

Enfin dans 15 cas, l'annulation d'un examen diagnostique par le radiologue que ce soit par absence de dosage de la créatinine ou par défaut de contrôle de celui-ci, témoigne de la faillite du prescripteur dans la gestion du risque rénal de cette procédure.

Le défaut de contrôle par dosage de la créatinine après l'injection ou entre deux injections n'est pas rare (17 cas), et peut mener à la méconnaissance ou au diagnostic trop tardif d'une dégradation de la fonction rénale en rapport avec une injection de PCI. Une hospitalisation en ambulatoire pour des patients à risque peut être responsable d'un défaut de contrôle (3 cas).

### 3) *Défaut de transmission :*

Ils sont relativement fréquents (18/192), mais très hétérogènes : entre médecins et patients, entre chirurgiens, entre chirurgiens et anesthésistes, entre chirurgiens et radiologues, entre IDE et chirurgiens, entre deux sites... Il est donc difficile d'en tirer des enseignements.

### 4) *Défaut de gestion des biguanides et des médicaments néphrotoxiques :*

On note 17 EPR avec un défaut dans la gestion des biguanides et huit dans celle des médicaments néphrotoxiques.

Parmi eux 14 sont un défaut d'arrêt de la Metformine qui ne serait plus un EPR car les recommandations ont changé ne nécessitant plus un arrêt 48h avant l'injection de PCI.

On note une cause récurrente : la méconnaissance de son traitement par le patient, et la difficulté parfois de l'obtenir en consultation.

Plus rarement, reprise du traitement par le patient lui-même au lendemain du geste (2 cas), liste non actualisée des médicaments à arrêter (Sarkan) (1 cas).

### 5) *Défaut d'indication :*

On note dans 25 cas (13%) un recours à une artériographie conventionnelle ou à un angioscanner des membres inférieurs ou des TSA chez un patient à risque, alors qu'il ne présente pas de contre-indication à l'angio-IRM. Ont été exclues de ce compte les artériographies sur table qui nécessitent un volume beaucoup plus réduit de PCI, ainsi que les explorations de l'aorte pour lesquelles le scanner est supérieur à l'IRM.

Dans 26 cas (13.55%), on observe un délai trop court entre une première injection souvent à but diagnostique et une seconde à but thérapeutique, sans que l'état clinique ne le justifie.

Enfin, il existe de façon plus rare des examens inutiles : artériographie prescrite par urgentiste pour ischémie aiguë (2 cas), et fistulographie chez greffé rénal (1 cas).

### 6) *Gestion per-opératoire des PCI :*

La perte de contrôle du volume de PCI injecté est le premier risque, soit par non comptabilisation du volume (5 cas) soit par injection de volumes très importants liée à des difficultés techniques (5 cas).

La confusion des seringues ou des cupules contenant le PCI est relativement fréquente (10 cas), mais conduit à un surcroît somme toute modéré de PCI injecté. L'absence de différenciation ou des protocoles de différenciation différents au sein de la même équipe peuvent conduire à cette confusion.

Enfin un mauvais choix de type de PCI (hyperosmolaire) par panseuse ou manipulateur radio par défaut de rangement ou défaut d'information de l'IR du patient (2 cas).

### *7) Procédures thérapeutiques sous anesthésie locale :*

L'absence de consultation préopératoire et de gestion péri-opératoire par l'anesthésiste lié à ce mode d'anesthésie, a participé dans 6 cas à un défaut de prise en charge de ces patients à risque.

## **Solutions pratiques**

### *1) La connaissance et la mise en œuvre du protocole de prévention de l'IR induite par les PCI.*

L'exemplaire mis dans le programme de la spécialité est édité par la société française de radiologie. A lui seul il aurait permis d'éviter plus de la moitié des EPR de cette série.

Il doit être diffusé dans les services prenant en charge ces patients et mis en œuvre par les différents intervenants : IDE, chirurgiens, anesthésistes, biologistes, radiologues.

Il commence par le dépistage des patients à risque qui peut être exhaustif grâce à un interrogatoire complet, et un dosage de la créatininémie avec calcul de la clairance.

Arrêt des biguanides, des diurétiques et des médicaments nephro-toxiques.

Une Clairance à moins de 60 ml/mn doit conduire à une réhydratation avant et après l'injection de PCI (voir protocole).

En cas d'insuffisance cardiaque sévère, l'hydratation doit être adaptée, et les diurétiques éventuellement poursuivis. On préférera cependant traiter cette décompensation et reporter le geste avec injection de PCI, si il n'est pas urgent.

La recherche de patients à risque et le protocole doivent également être appliqués si l'injection de PCI est peu probable ou minime : cas des revascularisations purement chirurgicales, qui peuvent toujours nécessiter un contrôle angiographique per-opératoire, ou une procédure endo-vasculaire imprévue.

Enfin, certaines situations à risque doivent faire redoubler de vigilance quand à la bonne application de ce protocole : patient hébergé dans un autre service, transfert entre établissements différents pour la procédure, personnel infirmier intérimaire, procédure sous anesthésie locale et/ou en ambulatoire, problème relationnel dans l'équipe, contexte de l'urgence.

## *2) Un bon contrôle des indications :*

Chez les patients à risque, préférer une angio IRM à une artériographie conventionnelle ou à un angioscanner pour explorer les membres inférieurs et les TSA ; si la structure de soins et le degré d'urgence le permettent.

Respecter si possible un délai de 3 à 8 jours entre deux injections de PCI. Eviter la séquence : examen diagnostique avec injection de PCI puis revascularisation avec injection au cours de la même hospitalisation.

Préférer le report de la procédure thérapeutique, ou une séquence associant une artériographie diagnostic sur table ciblée par un écho-doppler permettant l'utilisation de volumes faibles de PCI, suivi d'une revascularisation dans le même temps.

Dans le cadre de l'urgence, l'indication d'un examen diagnostique avec injection de PCI, doit être posée par le chirurgien vasculaire qui prendra en charge le patient et non par l'urgentiste.

## *3) Un bon contrôle du volume de PCI utilisé :*

Toujours quantifier le volume de PCI injecté.

Protocole de différenciation des seringues et des cupules contenant le PCI, qui doit être le même pour tous les chirurgiens de l'équipe.

Optimiser l'utilisation du PCI.

Tout d'abord en le diluant si possible. Une dilution à 50% en sous inguinal permet dans la majorité des cas une image de très bonne qualité. En aorto-iliaque, la dilution est à adapter selon le débit, l'épaisseur du patient...

Utiliser des introducteurs longs pour injecter à proximité des lésions et diminuer ainsi le volume nécessaire.

Utiliser les possibilités de l'amplificateur (soustraction) pour optimiser l'image.

Nous devons aboutir ainsi à la même « culture d'économie du PCI » que ce que nous faisons pour les rayons.

## **Procédures de récupération**

Ce sujet ne permet pas de conclure en établissant une procédure de récupération car il s'agit de mesures préventives qui doivent être mises en œuvre avant l'injection de PCI.

Cependant la constatation d'un terrain à risque après ou pendant la procédure avec injection de PCI doit conduire aux mêmes mesures à mettre en place à posteriori :

-Limitation à un minimum de volume de PCI pendant la procédure.

- Arrêt de la Metformine et des médicaments néphro-toxiques.
- Réhydratation 2l/24h, avec sérum salé isotonique.
- Surveillance 48h en hospitalisation.
- Contrôle de la créatininémie et de la clairance.
- Avis néphrologique si augmentation de plus de 30% de la créatininémie.
- Ne pas renouveler une injection de PCI dans les jours qui suivent.

## ANNEXE 2

### Cahier des charges ASCOMEDIA

#### 1- LE PROJET

Vascurisq est l'organisme professionnel regroupant les chirurgiens vasculaires et est la seule organisation habilitée à leur délivrer une accréditation auprès de la Haute Autorité de Santé (HAS).

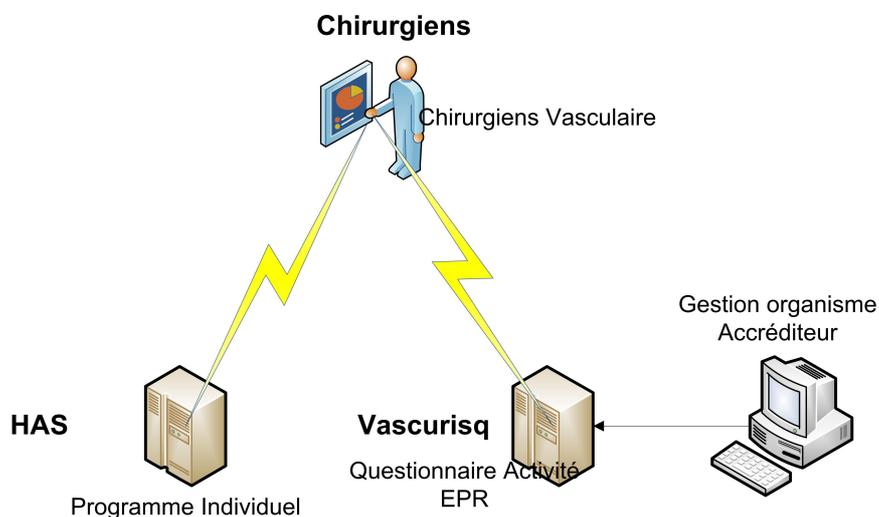
L'objectif principal de l'extranet Vascurisq est de proposer un espace privé à ses adhérents (Chirurgiens Vasculaires du privé et du public) pour leur permettre de saisir leur activité annuelle dans le but d'être accrédité par la Haute Autorité de Santé.

Vascurisq regroupe actuellement 412 chirurgiens sur les 650 spécialistes vasculaires recensés en France.

L'accréditation qui leur est obtenue, permet notamment aux chirurgiens qui respectent ce processus, de bénéficier d'une remise très importante sur leur prime de responsabilité civile professionnelle, ce qui constitue un enjeu majeur dans la relation avec Vascurisq.

Ce processus qui est effectué en deux temps par les chirurgiens tout au long de l'année est opéré de la manière suivante :

1. saisie du questionnaire annuel d'activité sur le site sécurisé de Vascurisq, les EPR sont saisis sur le site de la HAS et comptabilisés comme déposés et acceptés sur le site de Vascurisq, par la suite ils sont validés par des experts médecins formés à la HAS et membres de Vascurisq.
2. saisie du programme individuel sur le site de HAS par validation notamment de la bonne tenue du premier point et par complément, de divers points de contrôles comme par exemple, la liste des journées de formations reçues par les chirurgiens dans l'année écoulée.



Le chirurgien vasculaire ne bénéficiera de son accréditation que si et seulement si, il a effectué ces deux actions.

Les deux systèmes HAS et Vascurisq étant techniquement indépendants, le but de ce document est de décrire les fonctionnalités de l'extranet Vascurisq.

L'objectif de cette refonte est double :

- satisfaire aux exigences du processus d'accréditation,
- construire une relation d'information entre Vascurisq et les adhérents, qui permettrait de développer dans la durée, un échange profitable aux deux parties.

En plus de ces fonctionnalités, il est nécessaire de pouvoir enregistrer un certain nombre de pages permettant d'animer à la fois la partie publique mais aussi la partie privée du site avec une ergonomie aisée permettant notamment de naviguer d'avant en arrière sur chacune des pages.

## **2- SOLUTIONS PROPOSEES**

Il faudra au préalable développer l'application comportant les fonctionnalités suivantes :

- création d'une base de données incluant les données relatives aux adhérents chirurgiens,
- suivi des adhésions, cotisations payées ou non,
- attribution du rôle d'expert,
- saisie du questionnaire d'activité,
- extraction sous Excel des informations d'une année,
- envoi emails pour convocation ou diffusion d'informations, alerte nouvelle inscription, nouveau questionnaire rempli,
- éventuellement si cela est possible, établir un lien avec le site HAS (avec conservation possible des identifiants, à vérifier avec HAS).

Pour réaliser votre application, nous élaborons sur la base d'un CMS et des spécifications détaillées en collaboration avec vous, un module complet intégrant les fonctionnalités suivantes :

- Un système d'accès sécurisé s'appuyant sur une base de données de chirurgiens,
- Une interface graphique, charte et feuille de style conforme à la charte graphique de votre association,
- Une base de données chirurgiens vasculaire avec annotation des experts pour une durée fixe,
- La liste des chirurgiens dépendants d'un expert donné,
- Une gestion d'attribution des identifiants et des mots de passe simplifié et si possible en relation aisée avec les identifiants du site HAS,
- Eventuellement La visualisation et téléchargement des EPR par un lien avec le site de la HAS,
- Une synthèse annuelle de l'activité du chirurgien qui lui permettra de faciliter la saisie de son programme individuel sur HAS.

Le CMS vous permettra d'avoir la main sur votre site pour effectuer les mises à jour souhaitées.

Les utilisateurs seront formés à cet outil.

En option, nous réalisons une API avec l'annuaire CPS qui permet d'accéder à l'application avec la carte du prescripteur, cela suppose que celui-ci dispose sur son lieu de connexion, du matériel requis pour se connecter à l'aide de sa carte CPS, ce qui ne sera pas nécessairement vrai dans le cadre de l'hôpital.



La réalisation de cette API permet d'interroger l'annuaire CPS (utile en cas de radiation d'un praticien par exemple) et de transmettre à Vascurisq les informations qui permettront d'identifier le prescripteur de manière unique.

Le prescripteur doit non seulement être identifié dans l'annuaire CPS mais doit également être référencé dans la base Vascurisq comme adhérent recensé. Nous pourrions imaginer vous restituer une alerte dans le cas où un adhérent identifié chez vous, ne serait plus « professionnel de santé » pour mise à jour de vos bases.

Ainsi, nous apporterons des réponses à tous les sujets mentionnés dans le cahier des charges que vous nous avez transmis.

Pour répondre à votre demande formulée dans votre mail du 2 mai 2012, nous intégrerons dans le site les rubriques suivantes :

- historique de la création à maintenant de Vascurisq
- Les évolutions en particulier avec la FSM et le DPC
- Les compte rendu du CA
- Un lien avec le JAM ( ou carrément les Jam en ligne )
- La composition du CA
- Le nom des experts

### **3- CHARTE GRAPHIQUE, PHOTOS**

Vous nous brieferez sur l'ambiance et le ton général qui doit se dégager et notamment les codes couleurs, le graphisme souhaité et les valeurs à respecter.

Si vous le souhaitez, nous vous soumettrons des projets de logos.

Nous élaborerons les éléments graphiques.

Nous reprendrons les rubriques principales mentionnées dans le cahier des charges en incitant à la prise de contact et en facilitant l'adhésion.

Le graphisme sera valorisant et attractif pour la cible.

Sur ces bases, nous vous soumettrons plusieurs chartes graphiques qui conditionneront la présentation des pages du site.

Cette première page est importante car il s'agit de la première impression que vous donnez de votre organisme.

Vous nous indiquerez le type de visuels souhaités et si nécessaire nous réaliserons des prises de vue.

#### **4- CONTENU, CERTIFICATION HON**

Le texte est déterminant, il doit apporter une réponse adaptée aux attentes de la cible.

Vous nous fournirez le texte du site.

Nous vous recommandons d'obtenir la certification de la HON (Health on The Net )

Nous gérons pour votre compte la certification.

L'obtention de la certification permettra d'intégrer l'icône HON sur les pages du site, signe de professionnalisme et de respect de la déontologie.

#### **5- PRESTATIONS ASSOCIEES A LA CREATION DU SITE**

Nous proposons un hébergement sécurisé, la gestion du nom de domaine [www.vascurisq.fr](http://www.vascurisq.fr), la gestion des boîtes mails, un accès à notre hotline support technique et aux statistiques du site.

Nous nous engageons sur une garantie de 3 mois pendant laquelle nous étudierons ensemble les éventuels dysfonctionnements de l'application en y apportant les actions correctives.

Au-delà, en option, nous vous recommandons notre service maintenance qui permettra de faire évoluer nos solutions.

Ces prestations font l'objet d'un contrat annuel avec un règlement sous forme de mensualités.

Nous nous chargerons du référencement naturel, étape primordiale pour assurer la bonne visibilité de votre site auprès de votre cible.

Le référencement d'un nouveau site s'inscrit dans la durée, il faut près de 3 mois pour qu'il soit pleinement opérationnel.

Nous inscrirons votre site sur les principaux moteurs de recherche et vous nous soumettrez une liste de mots-clefs que nous validerons ensemble.

Le site sera construit avec une optimisation des pages et des mots clefs.

Le contenu de votre site, des liens avec d'autres sites jouent un rôle déterminant pour le référencement.

## **6- CONDUITE DU PROJET**

Notre équipe est composée d'un chef de projet, Monsieur Stanislas Brochier qui pilotera avec vous la réalisation de votre application Web sur la totalité de la durée du projet. Il est accompagné d'un web-designer.

Le projet donne lieu à des réunions régulières avec vous, permettant ainsi de mesurer avec précision l'avancement du projet.

Nous réalisons les tests unitaires de l'application puis, sur la base des spécifications détaillées que nous aurons validées ensemble, vous établissez des jeux d'essais vous permettant de réceptionner l'application au fil de l'eau. Ces jeux d'essais permettent notamment de recenser les éventuelles anomalies qui sont corrigées avant de prononcer la recette définitive.

## **7- DEVIS DU 11 AVRIL 2012**

La réalisation de votre site internet, tel que détaillé dans ce devis, vous est proposée pour un montant de **16 500 € HT**.

### Options proposées :

- Création de logo : 1 200€ HT
- Prise de vues, vidéo : sur devis
- API identification via annuaire CPS : 1 800€ HT
- Maintenance évolutive : 230 € HT/mois dans le cadre d'un contrat annuel

Le délai de réalisation du site sera de 3 mois, ce délai est aussi conditionné à votre envoi du contenu.

Ce devis est valable un mois à compter de sa date d'établissement.

Conditions de règlement : 30% à la signature du contrat, 30% à la validation de la charte graphique et 40% à la mise en ligne du site.