

La qualité on l'affiche !

Lutte contre
les infections
nosocomiales

Certification

Indicateurs
de qualité

Nos priorités **qualité** :



FEHAP
FÉDÉRATION DES ÉTABLISSEMENTS
HOSPITALIERS & D'AIDE À LA PERSONNE
PRIVÉS NON LUCRATIFS
www.fehap.fr

Dossier de presse
Mercredi 16 décembre 2009

Coordonnées de la FEHAP :

Yves-Jean Dupuis, Directeur Général, FEHAP : 01 53 98 95 28

Ingrid Arnoux, journaliste : 01 53 98 95 06

Le mot du président de la FEHAP



La qualité est pour les établissements adhérents, comme pour la FEHAP, une priorité. Un décret d'application de la loi HPST va rendre obligatoire dès le 1^{er} janvier 2010 la mise à disposition des patients et de leur entourage des résultats qualité de chaque établissement de santé.

Nous souhaitons anticiper l'application de ce décret, et même aller au-delà en proposant un kit de communication à tous nos établissements adhérents. Ce kit va permettre d'organiser la communication sur la qualité à destination du grand public. Ainsi, les patients et les usagers pourront en un clin d'œil mesurer les dispositions mises en place par leur établissement.

Mais parce que la qualité dans le domaine de la santé repose sur des méthodes précises, partagées par tous les établissements, nous vous présentons également une analyse des résultats de certification des établissements Privés Non Lucratifs. Il est vrai que notre mode de gestion privé non lucratif permet d'allier la réactivité propre au privé avec les valeurs de désintéressement du service public. Nous souhaitons en apporter la démonstration aujourd'hui avec cette analyse et des exemples concrets, basés sur des expériences du terrain provenant des établissements adhérents à la FEHAP. Les résultats montrent l'engagement précurseur des établissements FEHAP dans le processus de certification. Les indicateurs qualité, rendus publics la semaine dernière, sont également révélateurs de la qualité des soins et des services des établissements FEHAP.

Toutefois, la FEHAP ne peut que regretter le manque de clarté et de lisibilité des données relatives aux infections nosocomiales rendues publiques par le Ministère, la semaine dernière. Certains établissements PNL sont inscrits dans la colonne des hôpitaux publics, tandis que d'autres sont classés avec les cliniques privées commerciales. Le ministère de la Santé, ses services et les différentes agences publiques doivent diffuser des informations qui respectent les trois catégories d'établissements de santé : publics, PNL et privés commerciaux. Encore une fois, les établissements PNL qui représentent 15% des établissements de santé ne sont pas clairement visibles dans les résultats des tableaux de bord des infections nosocomiales (alors qu'ils sont identifiés dans d'autres résultats de la HAS). Ceci est préjudiciable aux patients qui ne peuvent identifier la qualité des soins de ces établissements !

Sommaire

Page 4- Le secteur PNL, une composante essentielle et diversifiée de la protection sociale française

Page 5- La FEHAP, un acteur majeur du monde de la santé

Page 6- Des établissements réactifs et innovants

Page 7- La qualité, on l'affiche : une campagne

Page 12- Les résultats de certification

Page 29- Les résultats qualité du tableau de bord

Page 32- Sur le terrain : des exemples concrets

Page 36- Annexes

Le secteur Privé non lucratif, une composante essentielle et diversifiée de la protection sociale française

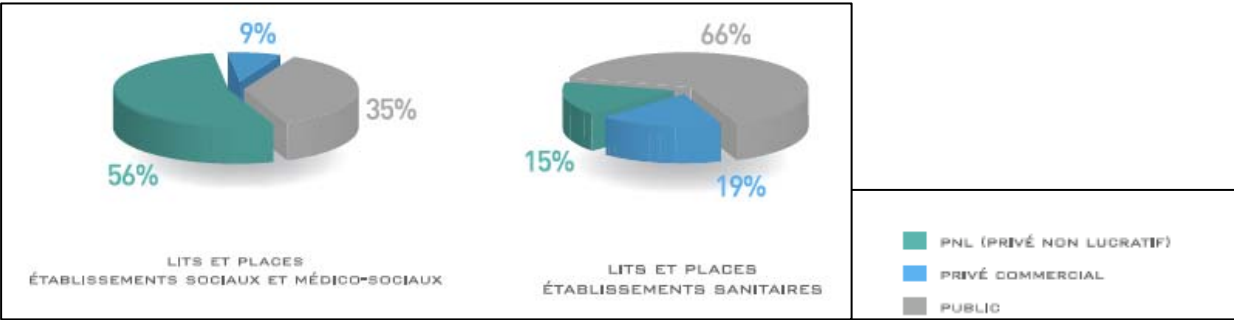
En France, le système de protection sociale est géré par 3 acteurs :

● le secteur Public (hôpitaux et autres établissements)

● **le secteur Privé Non Lucratif** - PNL - (diverses structures hôpitaux, cliniques et autres établissements sociaux et médico-sociaux)

● **le secteur Privé commercial** ou lucratif (cliniques et établissements)

Moins connu du grand public, le secteur Privé Non Lucratif est pourtant présent dans les trois champs de la santé et du social (sanitaire, social et médico-social), et dispose d'une capacité d'accueil importante.



Créée en 1936, la FEHAP fédère 1 590 associations, fondations, congrégations et mutuelles, gestionnaires de 3 422 établissements et services adhérant :

- **Dans le cadre du statut Privé Non Lucratif**, reposant sur une gestion désintéressée et un réinvestissement des bénéfices au service des usagers.

- **Autour d'une Convention Collective Nationale du 31 octobre 1951**, première convention collective entre employeurs et salariés dans le domaine de la santé.

- **Autour de sa charte de valeurs**, fruit de l'héritage de la FEHAP et socle commun à tous ses établissements :

- **Par ses valeurs humanistes**, elle place la primauté de la personne avant toute autre considération.
- **Par sa volonté de partage**, elle développe, entre ses membres, une culture de solidarité et de service du public.
- **Par son engagement social**, elle favorise la qualification, la professionnalisation et la promotion des personnels, la qualité des soins et des services.
- **Par son esprit d'ouverture**, elle favorise les complémentarités et transversalités des expériences.
- **Par l'affirmation de ses responsabilités**, elle tient pour essentielle la reconnaissance des usagers, des familles, des professionnels et bénévoles comme partenaires de l'élaboration, du choix et de l'évaluation des prestations

La FEHAP en chiffres (30/11/2009)

- 3 422 établissements et services sanitaires, sociaux et médico-sociaux
- 187 048 professionnels salariés (équivalent temps pleins)
- 205 153 lits et places
- 2,630 millions d'usagers/an.

Des établissements réactifs et innovants

Les établissements PNL sont caractérisés par une organisation interne très flexible reposant sur une gestion désintéressée et un réinvestissement des bénéfices éventuels au service des usagers. Ainsi, **les établissements adhérents à la FEHAP ont un modèle de gestion tourné vers l'avenir, qui allie une mission d'intérêt général à un mode de gestion privé.**

Les dirigeants jouissent d'une **grande liberté de gestion**, la seule obligation étant pour les établissements de santé, la mise en place de la Conférence Médicale d'Établissement (CME) et de la Commission de Relations avec les Usagers et de la Qualité des Prises en Charge (CRUQPC). Le **pouvoir de décision** appartient au Conseil d'Administration de l'organe délibérant de la personne morale de droit privé gérant l'établissement, qui peut en déléguer l'exercice au Directeur Général. Ces personnes morales sont des associations, des fondations, des mutuelles, des congrégations, des institutions de retraite complémentaire et de prévoyance.

● Une gestion des ressources humaines plus souple

Dans le Privé Non lucratif, les ressources humaines obéissent uniquement aux règles du droit privé :

→ Une plus grande souplesse pour les mesures d'embauche, de valorisation, de sanctions, ou de licenciements, sous le contrôle du juge judiciaire, garant du respect du droit du travail.

Le directeur de l'établissement a pleine autorité sur l'ensemble du personnel salarié, qu'il soit ou non médical.

→ Une flexibilité qui favorise la recherche d'efficience dans les dépenses de personnel ainsi qu'une plus grande réactivité aux mutations de l'environnement et aux défis de la mobilisation des équipes.

● Une gestion financière à la recherche de l'équilibre

Les circuits de réalisation des opérations de construction et d'équipement sont raccourcis, favorisant ainsi la constante adaptation du parc immobilier des établissements. Les établissements PNL sont tenus à une gestion équilibrée :

→ Présentation d'un bilan en équilibre

→ Réformes de structure pour remplir cette exigence.

Les établissements PNL sont classés en tête de l'offre d'**Hospitalisation A Domicile**, la **FEHAP regroupant 55 % de l'offre** au niveau national. Ils sont également majoritaires dans le domaine de la dialyse et des SSR.

● Une gestion des achats empreinte de flexibilité

L'acte d'achat des établissements PNL est encadré par des règles spécifiques d'origine communautaire moins formalistes que celles du Code des marchés publics mais tout aussi exigeantes quant au meilleur emploi de chaque euro investi, ce qui permet plus de réactivité dans les investissements.

La qualité, on l'affiche, un kit de communication

Un décret d'application de la loi HPST du 21 juillet 2009 va rendre obligatoire dès le 1^{er} janvier 2010 la mise à disposition des patients et de leur entourage des résultats de les indicateurs qualité de chaque établissement.

Nous souhaitons anticiper l'application de ce décret, et même aller au-delà en proposant un kit de communication à tous les établissements de santé adhérents à la FEHAP.

Ce kit, reçu le 15 décembre par nos établissements est composé de :



- Une affiche effaçable afin de présenter leurs résultats qualité.
Cette affiche, munie de scotch double face est prête à l'installation ; elle a été conçue pour présenter une information claire et parlante au grand public. Dans le hall de l'établissement, elle montrera en un clin d'œil les résultats et les priorités qualité de l'établissement ;
- Un marqueur ;
- Une lettre explicative pour remplir l'affiche ;
- Un document word « dossier qualité » parviendra par mail à ces mêmes établissements afin de tenir à la disposition des patients tous les indicateurs qualité, comme le prévoit le décret d'application. Ce document va permettre de présenter tous les résultats des indicateurs qualité le plus simplement possible pour la meilleure compréhension du public.

Des réunions publiques autour de cette même thématique sont organisées simultanément dans plusieurs régions. Ainsi, en Alsace, la Clinique Saint-Odile présente ses résultats et affiche le kit de communication dans son hall d'entrée. A Toulouse, l'Hôpital Joseph Ducuing est également le lieu d'une conférence de presse durant laquelle l'affiche sera présentée...

Logo de
l'établissement

La qualité, on l'affiche

Cher Patient,



Les établissements privés à but non lucratif, regroupés au sein de la FEHAP, ont fait de la qualité leur priorité depuis de nombreuses années.

Dans un souci de transparence, voici les résultats qualité de l'établissement qui vous prend en charge :

- le tableau de bord des Infections Nosocomiales
- le résultat de sa certification par la Haute Autorité de Santé
- les Indicateurs Pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins

Lutte contre les infections nosocomiales

Objectif : prévenir la survenue des infections associées aux soins, dites « nosocomiales ».

Définition des scores et sigles :

- **Score AGREGE** : affichage simplifié des 4 indicateurs ci-dessous, pondérés et adaptés selon l'activité de l'établissement.
- **ICALIN** : indicateur d'organisation de la lutte contre l'infection nosocomiale dans l'établissement.
- **ICSHA** : indicateur de consommation des solutions hydro-alcooliques pour le lavage des mains des professionnels de santé (médecins, infirmiers, aides-soignants... etc), ainsi que des patients
- **SURVISO** : indicateur de surveillance des infections de site opératoire (valable pour la chirurgie uniquement)
- **ICATB** : indicateur concernant le bon usage des antibiotiques dans l'établissement.

Les résultats de chaque indicateur sont donnés sous la forme d'une classe de A à E (A étant la meilleure classe), situant l'établissement par rapport aux autres établissements de sa catégorie. La classe F signifie que l'établissement n'a pas répondu aux enquêtes, ou que les données ne sont pas utilisables.

Voici nos résultats détaillés sur 3 ans :

// signifie que
l'établissement n'est
pas concerné

Année	2006	2007	2008
Score agrégé	C	C	A
ICALIN	B	B	A
ICSHA	D	C	B
Surviso	non	oui	oui
ICATB	//	D	B

Résultats de certification (V2007)

La certification concerne **tous** les établissements de santé français. Elle est **obligatoire**. Elle consiste en une évaluation externe de l'établissement, sous l'égide de la Haute Autorité de Santé (HAS). Menée par des experts-visiteurs qui sont également des professionnels de santé, elle vise à évaluer le niveau de qualité atteint, sur l'ensemble de l'organisation et des pratiques professionnelles.

Trois niveaux de certification peuvent être prononcés :

1. **certification simple**, avec ou sans recommandation, valable 4 ans, invitant l'établissement à porter ses efforts sur certains points d'amélioration de la qualité identifiés dans le rapport
2. **certification avec suivi** : valable 4 ans avec une exigence de suivi, à échéance déterminée, sur des points identifiés (rapport à remettre à la HAS ou nouvelle visite ciblée sur les points à améliorer) ;
3. **certification conditionnelle**, valable pour une durée inférieure à 4 ans : seul le constat d'une correction des dysfonctionnements lors d'une visite de suivi peut lever le caractère conditionnel ; si ces dysfonctionnements ne sont pas suffisamment corrigés lors de la visite de suivi, une **non certification** peut être prononcée (celle-ci ne peut donc advenir qu'en deuxième intention, après concertation entre le directeur de l'Agence Régionale de Santé, la HAS et le directeur de l'établissement).

Résultat de la certification de votre établissement :

Certification simple, prononcée en mars 2009.

Les experts visiteurs ont souligné la **politique institutionnelle forte dans le cadre des Evaluations des Pratiques Professionnelles (EPP)**, partie intégrante de la formation continue des médecins, s'étant traduit par un nombre d'EPP (16) supérieur à celui requis (9).

Cette démarche a conduit à des modifications de pratiques et un gain en termes de qualité de prise en charge et de coût/efficacité :

Exemples :

- Le repérage et le traitement des dénutritions chez les patients devant subir une intervention de chirurgie viscérale lourde,
- La mise en place en maternité d'un document de suivi de grossesse spécifique pour les femmes présentant un utérus cicatriciel.

Indicateurs de qualité

Chaque année depuis 2008, l'établissement mesure un certain nombre d'indicateurs, identiques pour tous les établissements de santé, et mis au point par la Haute Autorité de Santé.

Ces indicateurs ont été choisis pour leur fiabilité, leur reproductibilité, et leur représentativité de la qualité au sein de l'établissement.

Il a été démontré que la mesure régulière de ces indicateurs (tous les ans), et la prise en compte de leur résultat contribuent à l'amélioration de la qualité.

Voici les résultats de ces indicateurs pour notre établissement (la moyenne nationale est indiquée pour les établissements de la même catégorie que le nôtre)

Qualité du dossier du patient	Notre établissement	Moyenne nationale
tenue du dossier		
présence du courrier de fin d'hospitalisation courrier envoyé dans un délai de 8 jours	18%	20%
traçabilité de l'évaluation de la douleur	48%	40%
dépistage des troubles nutritionnels		

Qualité du dossier d'anesthésie	Notre établissement	Moyenne nationale
tenue du dossier d'anesthésie		



Nous réalisons 2 fois par an une enquête de satisfaction, par téléphone auprès d'un échantillon de 150 patients hospitalisés dans les différents services de notre établissement.

Cette enquête est conduite à partir d'un questionnaire développé par le CCECQA (Comité de Coordination de l'Évaluation Clinique et de la Qualité en Aquitaine) abordant l'arrivée dans l'établissement, les soins médicaux et paramédicaux, l'information, les prestations hôtelières et la préparation à la sortie.

L'une des enquêtes de **2008** a souligné des insuffisances concernant **l'information des patients sur leur traitement ou leur état de santé** (satisfaction sur l'information reçue : **74%**). Différentes actions ont donc été mises en place (présentation des résultats dans les instances de l'hôpital, sensibilisation des professionnels, création de nouveaux supports d'information) qui ont eu un impact positif si l'on en juge le nouveau taux de satisfaction des patients (**86%**) enregistré dans la dernière enquête de **2009**.

Néanmoins, si l'amélioration de l'information des patients sur leur traitement ou leur état de santé a été constatée, des efforts sont encore à réaliser concernant les conseils diététiques (satisfaction sur l'information reçue **39 % en 2009** contre **25% en 2008**).

Nos priorités qualité :

- Organiser le suivi des Evaluations des Pratiques Professionnelles (EPP) et en déployer sur d'autres secteurs et/ou domaines
- Développer une démarche qualité sur le circuit du médicament
- Poursuivre le travail engagé sur les règles de vigilance en matière d'identité du patient.

Pour plus d'informations, voici les sites que vous pouvez consulter :

<http://www.platines.sante.gouv.fr/>

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_5071/grand-public?cid=c_5071

Pour de plus amples explications,

n'hésitez pas à contacter :

Mme XXXX, au numéro suivant : 12 34 56 78 90

ou le Dr. YYYY : 98 76 54 32 10 |



Les résultats de la certification



Les démarches d'accréditation-certification des établissements de santé français ont dix ans : la troisième procédure va démarrer dès janvier 2010.

En 1999, l'instauration de la procédure d'accréditation V1 avait pour objectif d'insuffler une dynamique qualité dans les établissements.

Par la suite, la procédure de certification V2 en 2004, puis 3 ans plus tard, sa déclinaison dite V2007, se sont attachées à mesurer le niveau de qualité du fonctionnement des établissements, afin de réduire au minimum la part de subjectivité dans la procédure.

Le manuel de la « V2010 » a été élaboré avec une volonté de concentration de la démarche de certification sur les principaux leviers de la qualité et de la sécurité des soins, notamment par l'introduction des « Pratiques Exigibles Prioritaires » et une mesure annuelle d'indicateurs.

Ainsi, avec la V2010, la Haute Autorité de Santé vise l'atteinte d'un niveau de qualité sur des critères jugés essentiels.

Vous trouverez en annexe la synthèse du déroulement de la procédure de certification, ainsi que les différents niveaux de certification décernés, en V2-V2007, puis en V2010.

Contexte


10 ans d'accréditation-certification des établissements

Objectif de la présentation : résultats de la certification

- Forces et opportunités d'amélioration pour les établissements FEHAP
- Comparatif avec les autres secteurs hospitaliers (autres PNL, privé lucratif, public)

Données HAS disponibles sur les résultats de certification

- niveaux de certification et décisions par références (points à améliorer)
- NB : pas de données synthétiques concernant les actions remarquées par les experts visiteurs

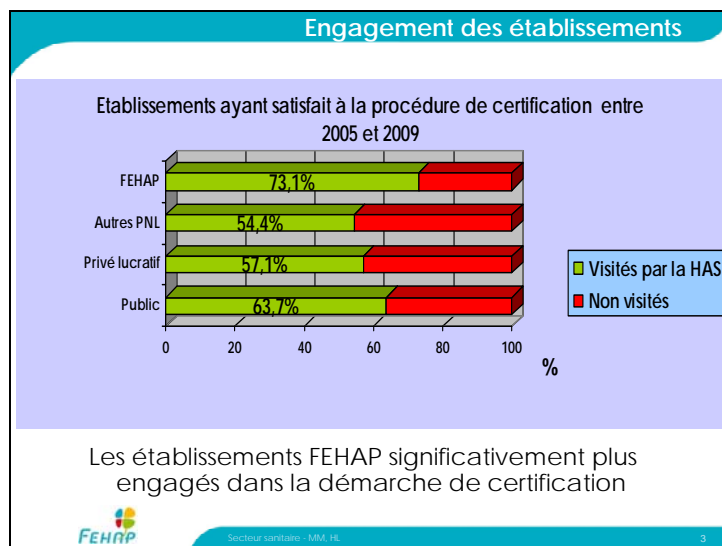
 Secteur sanitaire - MM, H 2

Ce dossier a pour objet de présenter les résultats de la certification V2 et V2007 des établissements de santé adhérents à la FEHAP, et de les situer par rapport à la totalité du secteur sanitaire français.

Notre fédération s'est interrogée sur le fait de savoir si l'on pouvait différencier nos établissements par la qualité, et si oui, quels étaient leurs éventuels points forts et vers quelles pistes d'amélioration faire porter les efforts afin d'envisager l'aide pouvant être apportée par le siège de la FEHAP à ses adhérents.

A notre demande, la HAS nous a fourni une base de données décrivant les résultats de la certification de 1686 établissements de santé, ayant satisfait à la procédure de certification durant la période du 2 novembre 2005 au 12 mai 2009 :

- 420 PNL établissements FEHAP : 15% de la base étudiée,
- 180 autres privés non lucratifs (Croix-Rouge, CLCC, UGECAM...) : 7%
- 1118 Privés lucratifs : 41%
- 1009 Publics : 37%.



Cette figure décrit le pourcentage d'établissements, par secteur d'hospitalisation, ayant satisfait à la procédure de certification (en procédure V2 ou en V2007), entre novembre 2005 et mai 2009 :

- 307 établissements FEHAP visités sur 420 (73,1% des FEHAP de la base de données)
- 98 autres PNL sur 180 (54,4%)
- 638 Privés lucratifs sur 118 (57,1%)
- 643 Publics sur 1009 (63,7%)

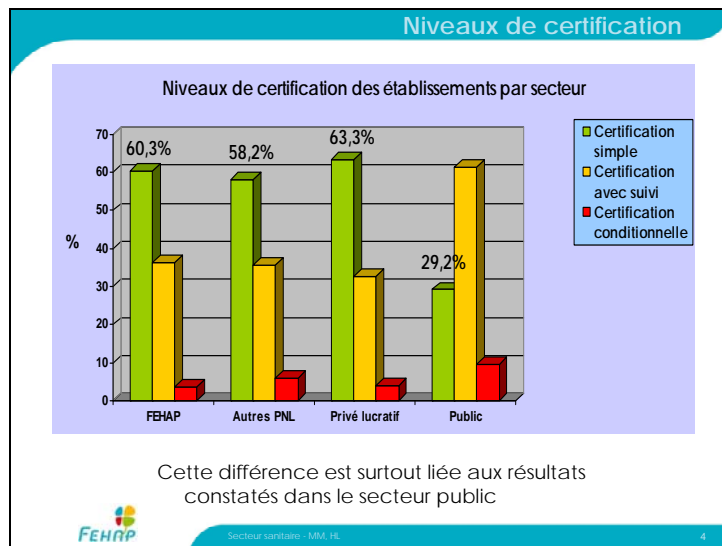
Les établissements FEHAP sont plus nombreux à avoir « bouclé » leur certification V2-V2007 (3/4 d'entre eux à mai 2009) : ils ont probablement été plus prompts à s'engager dans les premières procédures d'accréditation-certification, étant donné le caractère itératif de la procédure.

(NB : cette différence est statistiquement significative)

Les résultats ci-après présenteront les niveaux de certification atteints par les établissements, ainsi que les décisions des experts-visiteurs. Les décisions de l'HAS ayant pu faire l'objet de cette analyse systématique ne portent que sur les difficultés relevées et les points d'amélioration. Les « points forts » sont donc en réalité les domaines où les thématiques d'amélioration sont le moins souvent citées.

Exemple : Si les établissements FEHAP ont un score de 4,9 % sur la thématique « place primordiale accordée au patient et à son entourage », cela signifie que seuls 4,9 % d'entre eux ont des recommandations d'amélioration, et que les 95,1 % autres n'ont fait l'objet d'aucune observation sur ces sujets.

En annexe vous trouverez la méthodologie de notre analyse.



Cette figure présente les niveaux de certification obtenus par secteur.

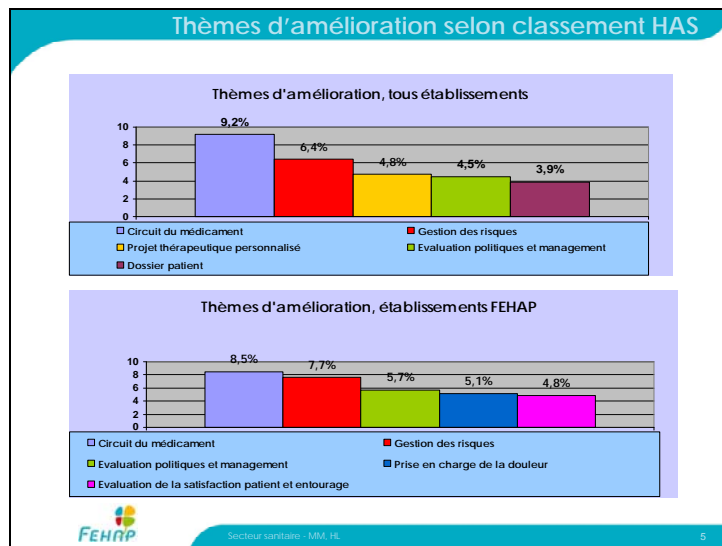
On rappelle brièvement les niveaux de certification (plus de détail en annexe) :

- Simple, avec d'éventuelles remarques mineures
- Avec suivi : à échéance fixée par la HAS, rapport à remettre, ou visite ciblée sur des points majeurs d'amélioration
- Conditionnelle : pas de certification tant que l'établissement ne répond pas aux attentes de la HAS.

Nous observons que l'ensemble du secteur privé, et les établissements FEHAP en particulier, ont obtenu davantage de certifications simples (il y a peu de différence entre les composantes du privé).

Détail pour la FEHAP :

- 60,3% de certifications simples (185 établissements),
- 36,2% de certifications avec suivi (111 établissements)
- 3,6% de certifications conditionnelles (11 établissements).



Cette diapositive reprend la présentation des résultats de la certification effectuée par la HAS dans son dernier rapport d'activité (rapport 2008) : il s'agit ici des 5 références de la procédure V2007 les plus souvent citées. Nous avons adapté le même point de vue, pour les certifications V2007 ayant eu lieu entre 2007 et mai 2009 dans la base de données étudiée, ces références les plus citées devant être considérées comme des priorités.

Celles qui sont communes à tous les secteurs :

- 1/ Circuit du médicament
- 2/ Gestion des risques
- 3/ Evaluation des politiques et du management
- 4/ Projet thérapeutique personnalisé
- 5/ Dossier du patient

Les établissements FEHAP sont concernés comme tous les autres par l'enjeu du circuit du médicament et celui de la gestion des risques, qui seront d'ailleurs 2 des priorités exigibles prioritaires de la prochaine procédure de certification (V2010).

Cependant il apparaît, lors de l'analyse de notre seul secteur, d'autres références en termes de fréquence de citation :

- Prise en charge de la douleur
- Evaluation satisfaction patient/entourage

Ici on ne différencie pas le niveau de certification : ces résultats traduisent l'ensemble des remarques formulées par les experts-visiteurs (appelées « décisions » dans les rapports), quel que soit le niveau de décision ; en d'autres termes les remarques mineures comme les priorités majeures ont été comptabilisées.

Pour information, les citations correspondantes aux niveaux de décisions les plus élevés (avec suivi ou conditionnelles deviennent pour le secteur FEHAP :

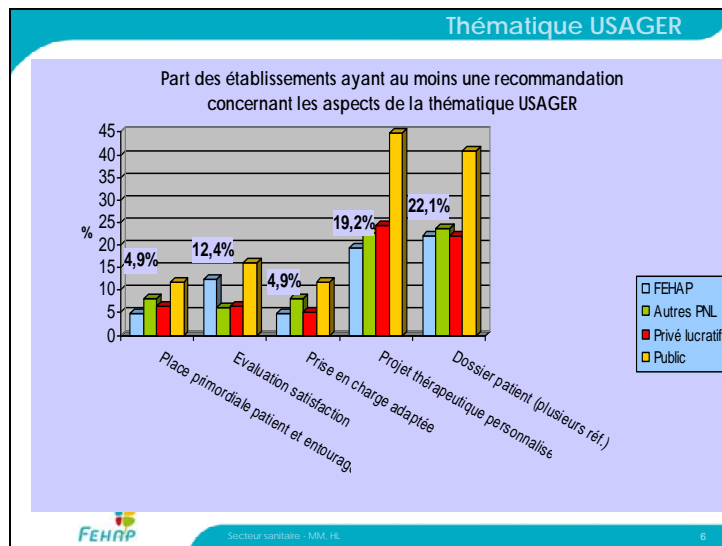
- les mêmes 2 premières (circuit du médicament et gestion des risques)
- ensuite : Continuité des soins / Organisation de la qualité des fonctions hôtelières et logistiques / Sécurité et maintenance des infrastructures et des équipements.

Ainsi il nous a paru indispensable d'aller plus loin : comment comparer les secteurs sur une thématique donnée ?

Autrement dit :

- par secteur, à quels thèmes les certifications avec suivi et conditionnelles étaient-elles associées ?
- pouvait-on mettre en évidence les forces et des opportunités d'amélioration pour nos établissements ?
- quelles seraient les priorités de notre secteur ?

Les résultats ci-après présenteront les niveaux de certification atteints par les établissements, ainsi que les décisions des experts-visiteurs.



Cette diapositive et les suivantes présentent les résultats par thématiques qualité pour chaque secteur (voir en annexe le regroupement des références en thématiques qualité, que nous avons effectué).

Nous avons également choisi, afin de ne pas alourdir la présentation, d'effectuer des « zooms » sur des aspects emblématiques de ces thématiques.

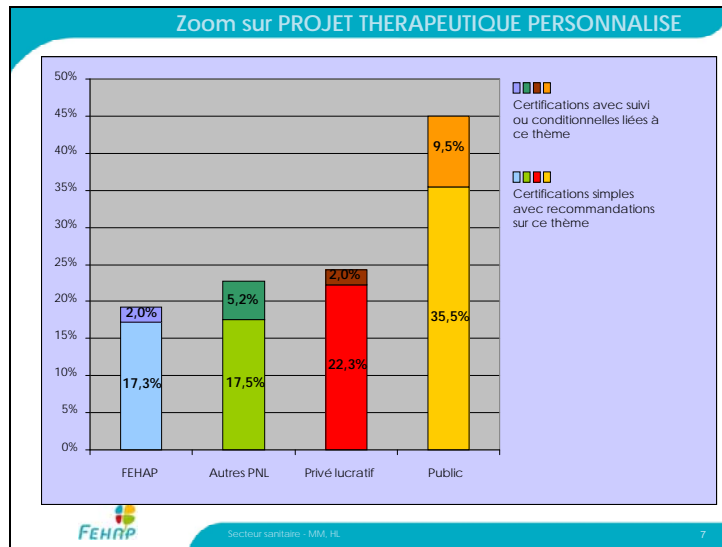
Par ailleurs, nous avons tenu compte du niveau de certification obtenu, c'est-à-dire de la gravité (certifications simples d'une part, certifications avec suivi et conditionnelles d'autre part).

La thématique USAGER comprend plusieurs dimensions ; nous avons choisi de ne détailler que le % d'établissements FEHAP concernés sur la figure ; ce qu'il faut retenir ici :

- Secteur par secteur : moins d'établissements FEHAP pour lesquels ces thématiques sont d'amélioration prioritaire
- C'est finalement sur le projet thérapeutique personnalisé et le dossier du patient que nos établissements sont les plus nombreux à devoir s'améliorer.

Les diapositives suivantes vont illustrer ce qui précède :

- Zoom sur certaines dimensions,
- Prise en compte de la gravité des décisions.



Ainsi, dans cette diapositive et les suivantes il faudra comprendre qu'un secteur hospitalier est considéré « moins mauvais » sur un thème selon :

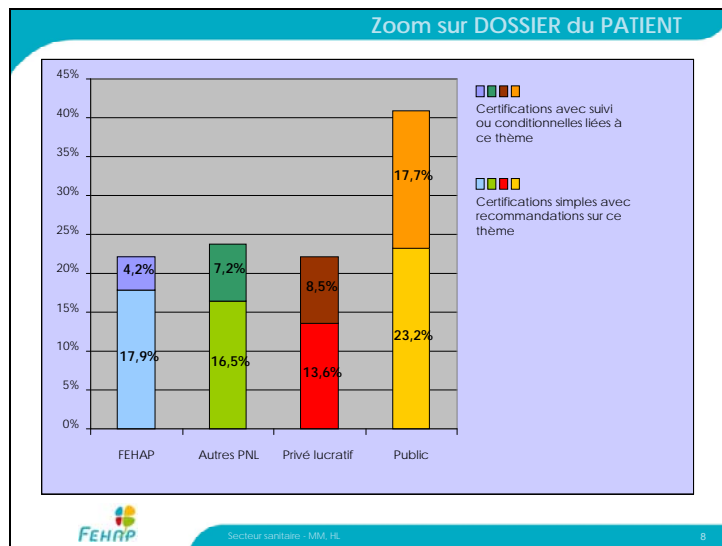
- la part d'établissements (en proportion de son secteur) pour lesquels ce thème est cité, et constitue donc un point à améliorer en priorité ;
- la part de certifications avec suivi ou conditionnelles associées à ce thème.

Chacune des colonnes du schéma correspond à un secteur hospitalier (code couleur toujours identique : PNL FEHAP en bleu, autre Privé Non Lucratif en vert, Privé lucratif en rouge, Public en jaune).

Chaque colonne présente deux niveaux qui correspondent à la prise en compte de la gravité des décisions :

- en couleur claire : remarque mineure (certifications simples)
- en couleur foncée : remarque majeure (certifications avec suivi ou conditionnelles)

Ainsi sur le projet thérapeutique personnalisé, 17% de nos établissements ont reçu des remarques mineures, 2,3% des remarques majeures.



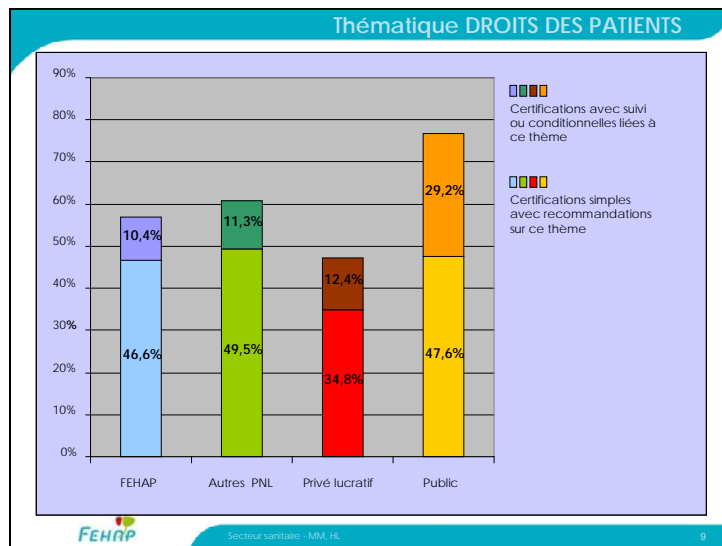
Concernant le dossier du patient, le secteur FEHAP est celui où les établissements sont les moins nombreux à avoir reçu une certification avec suivi ou conditionnelle sur ce thème (4,2%).

Ici il faudrait faire le lien avec les résultats IPAQSS ; ceux-ci ont été mesurés pour la première fois pour le secteur MCO en 2008 ; les résultats montrent dans IPAQSS que les résultats de l'indicateur « Tenue du dossier patient » se situent à un niveau meilleur que les CH publics et les privés lucratifs, moins bons que les CHU et CLCC (mais c'était la seconde itération du recueil pour ces deux derniers secteurs d'hospitalisation) : 40% d'établissements FEHAP au-dessus de la moyenne nationale, avec toutefois des établissements plus nombreux à ne pas avoir répondu (source IPAQSS HAS, conférence de presse de la ministre de la santé, 9 décembre 2009).

Notons ici que l'indicateur, qui sera repris dans la V2010, ne résume pas tous les éléments d'appréciation ni les critères de cette thématique.

Notons également que la mesure des indicateurs est un élément plutôt nouveau dans les démarches d'amélioration de la qualité ; gageons que l'affichage des résultats IPAQSS, ainsi que nous suggérons à nos établissements de le faire, représentera un levier pour ces nouvelles méthodes de management de la qualité, en sus d'être un engagement de transparence envers nos patients.

Finalement, sur la thématique USAGER, tant pour le projet thérapeutique personnalisé, qui comprend des éléments essentiels comme la réflexion bénéfices/risques, l'éthique et l'information sur la restriction de liberté de circulation, la place du patient comme acteur du soin, apparaissent comme des domaines où les établissements de notre secteur se voient peu souvent attribuer des remarques d'amélioration (rares remarques majeures notamment).

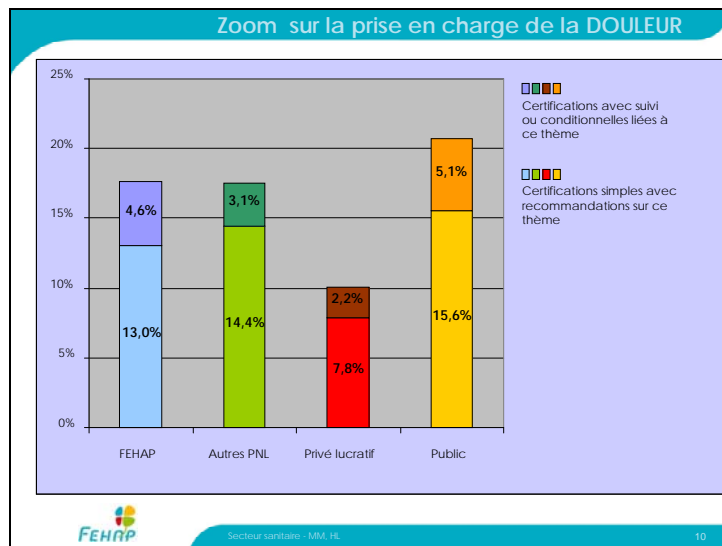


La thématique DROITS des PATIENTS recense tous les aspects de la prise en charge en lien avec les droits des patients, apportés notamment par la loi de 4 mars 2002. Elle regroupe ainsi un nombre important de références des procédures utilisées entre 2004 et 2007 (cf. annexe).

Cet aspect de la qualité apparaît comme une thématique d'amélioration particulièrement prioritaire. En effet, entre 40 et 80% des établissements selon les secteurs voient apparaître au moins un critère en lien avec ces aspects de la qualité dans leur rapport de certification (le pourcentage correspond à une citation, au moins une fois, d'une des références, cf. l'encadré méthodologique).

En outre, pour tous les secteurs, plus de 10% des certifications avec suivi ou des certifications conditionnelles sont associées à une décision sur ce thème, les établissements FEHAP étant les moins nombreux (10%), avec un volume de citation moindre par ailleurs ; les différences sont statistiquement significatives en faveur de notre secteur.

Les résultats de la certification traduisent la nécessité d'un effort à mener par l'ensemble des établissements concernant l'appropriation de la loi du 4 mars 2002.



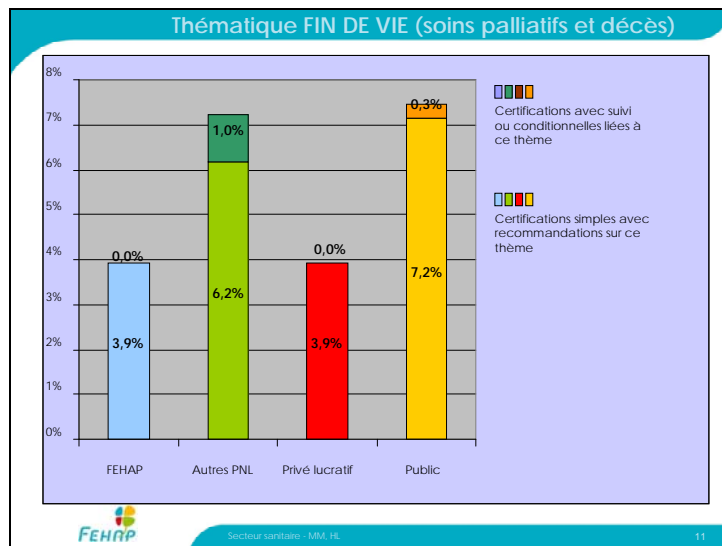
Le zoom, parmi les droits des patients, sur la prise en charge de la douleur, en revanche, apporte des résultats contrastés, avec le secteur privé lucratif qui, ici, apparaît comme le moins souvent mentionné par les experts-visiteurs sur ce thème, et avec des parts plus faibles de certification avec suivi et conditionnelle (gravité moindre des décisions).

Il s'agit ici d'un thème d'enjeu majeur, qui représente une attente légitime de la part des patients.

Nous devons progresser.

Nous pouvons toutefois suggérer une hypothèse explicative à ces résultats : l'activité des établissements privés non lucratifs dans leur ensemble (il faut se souvenir ici que les Centres de Lutte contre le Cancer (CLCC) sont classés parmi les autres PNL), se rapproche davantage de celle du secteur public, avec davantage d'activités de médecine, de prise en charge des maladies chroniques, par rapport aux privés lucratifs où la « chirurgie de petite et moyenne amplitude » et l'obstétrique représentent des parts de marché beaucoup plus importantes.

Par ailleurs, soulignons ici qu'il n'est pas si facile de relier les résultats d'IPAQSS avec les décisions de certification : en effet, pour IPAQSS, les CLCC se situent bien dans la traçabilité de l'évaluation de la douleur (« c'est marqué dans le dossier »), alors que nous sommes, pour la 1^{ère} itération il est vrai, plutôt plus nombreux à nous situer en-deçà de la moyenne nationale...



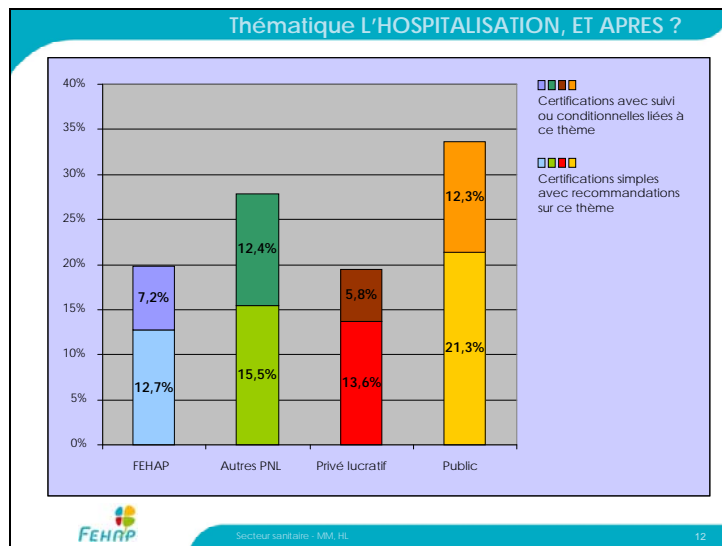
Concernant la prise en charge des soins palliatifs et du décès, notre secteur, de même que le secteur privé lucratif, se distinguent nettement.

A noter encore une fois les effets d'échelle : ici il s'agit de 4% des établissements avec certification simple (remarques mineures), sur ce thème.

Sur la thématique fin de vie, nous aurions souhaité nous distinguer encore davantage dans l'excellence, car nous avons parmi nos établissements les pionniers de ces prises en charge (notamment la Maison médicale Jeanne Garnier pour n'en citer qu'un). Ajoutons que nos établissements sont beaucoup plus nombreux que les privés lucratifs à proposer cette prise en charge ; nos résultats sont donc ici en phase avec les valeurs que nous défendons et avec les réflexions éthiques très présentes dans le monde associatif.

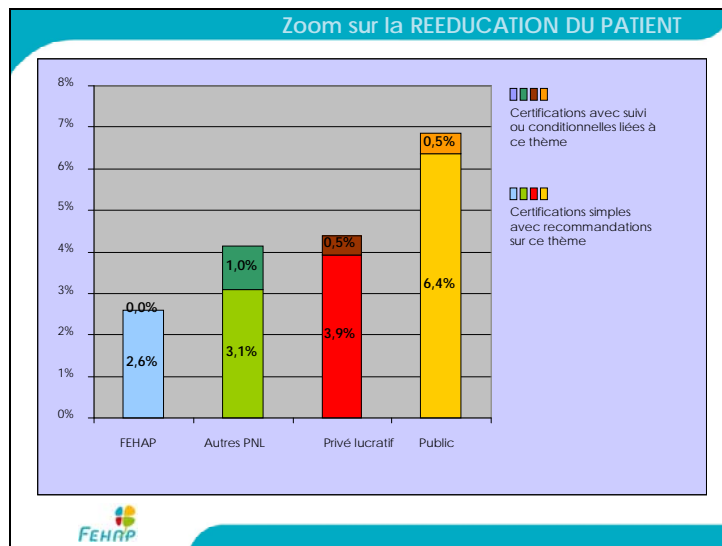
Ceci peut paraître contradictoire avec les résultats précédents : pourtant non, car les critères du référentiel distinguent bien la prise en charge de la douleur en général, et la spécificité des soins palliatifs.

Ces résultats traduisent néanmoins que, tous secteurs confondus, les établissements de santé sont finalement peu nombreux à recevoir des recommandations sur le thème des soins palliatifs et de la prise en charge du décès.



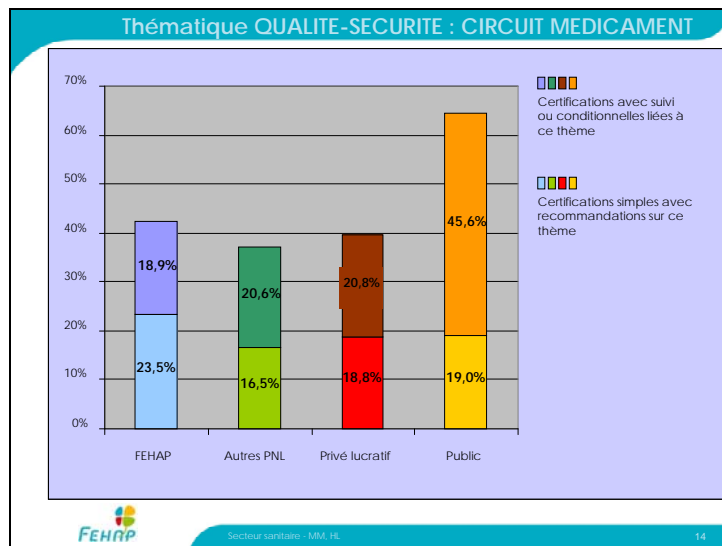
Cette thématique regroupe les aspects de la qualité cruciaux pour la réinsertion des patients au sein de la société : l'éducation du patient, la rééducation, la continuité des soins ainsi que les aspects de la qualité en lien avec la sortie du patient.

Les secteurs hospitaliers se distinguent peu sur la thématique générale, notamment au sein des privés dans leur ensemble : environ 20% de remarques au total pour les FEHAP et les privés lucratifs, un peu plus pour les autres PNL, environ 33% pour le public.



En revanche, le secteur FEHAP se distingue très nettement lorsqu'un zoom est effectué sur la thématique de la rééducation : moins de 3% des établissements ont reçu des remarques (ceci comprend l'implication des patients et de leur entourage pour la rééducation, la collaboration entre cliniciens et rééducateurs, l'évaluation et l'ajustement...).

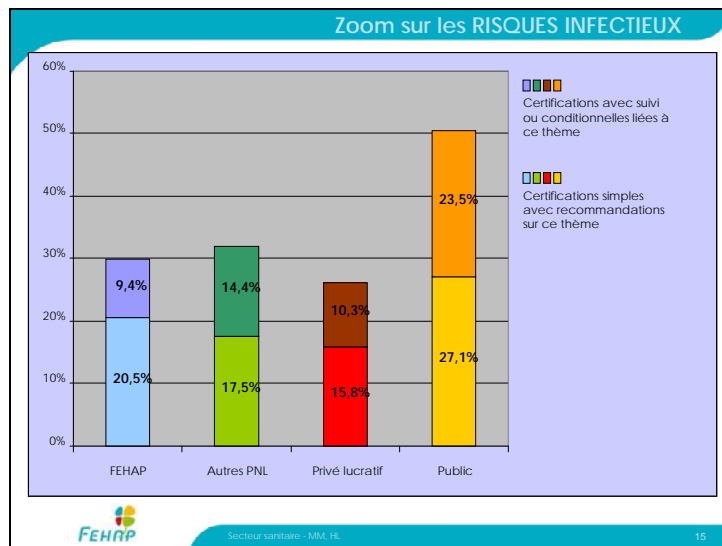
Notre secteur présente la caractéristique d'offrir l'ensemble du parcours de soins, d'être le mieux positionné en ce qui concerne les soins de suite et de réadaptation et notamment la médecine physique et de réadaptation. Nos établissements ont sans doute créé des réseaux plus anciens entre secteurs d'hospitalisation complémentaires de court et de moyen séjour, qui d'ailleurs sont souvent représentés au sein d'une même entité juridique, ce qui est rarement le cas pour le secteur privé lucratif. Pour sa part, le secteur public offre davantage de soins de suite médicalisés que de médecine physique et de réadaptation.



Concernant la sécurité des soins, nous avons choisi d'analyser plus particulièrement le circuit du médicament et la prévention des risques infectieux, tous deux pratiques exigibles prioritaires de la V2010.

Le circuit du médicament est un thème d'amélioration prioritaire pour tous les établissements (cf. le classement des références dans la diapositive 5), puisque qu'environ 40% des établissements privés, tous secteurs confondus, ont des efforts d'amélioration à faire sur ce thème (65% pour le secteur public).

De surcroît, ici, des décisions plus sévères ont plus souvent été données : pour les privés dans leur ensemble environ 20% d'établissements ont obtenu des certifications avec suivi voire conditionnelles sur ce thème.




La prévention du risque infectieux reste également un thème pour lequel les établissements sont nombreux à devoir s'améliorer : environ 30% d'entre eux pour les privés, sans distinction franche pour notre secteur.

Là encore ces résultats sont à rapprocher des indicateurs : les résultats 2008 du tableau de bord des infections nosocomiales étant, globalement, en nette progression, il est probable que des analyses ultérieures des résultats de la certification présenteront une part moindre d'établissements devant d'améliorer.

Néanmoins, il s'agit probablement d'un thème, à l'instar de la prise en charge de la douleur, pour lequel les experts-visiteurs attendent davantage des établissements de santé, à juste titre.

Conclusion

- C'est en s'évaluant que l'on s'améliore
- Complexité de l'analyse, et regret de ne pouvoir mettre en évidence les actions positives des établissements
- Nos points forts :
 - Fort engagement dans le processus de certification
 - La place du patient et de son entourage
 - Les soins palliatifs
 - La rééducation
- Accompagnement et formations prévues par la fédération
- Loi HPST du 21 juillet 2009 : opportunité pour les établissements de communiquer sur leurs résultats en matière de qualité, dont la certification



En conclusion, nous devons retenir que la marche reste encore haute, pour tous, concernant: la sécurité des soins, en particulier le circuit du médicament, les droits des patients, et ceci quel que soit le secteur considéré.

Si nos établissements se distinguent des autres secteurs, positivement concernant la place du patient et de son entourage, les soins palliatifs, la rééducation, en revanche l'enseignement principal de notre analyse est l'effort que nous devons encore accomplir pour améliorer la prise en charge de la douleur. Il faut toutefois rappeler que ces résultats sont relativement globaux et que l'analyse a recélé nombre de difficultés méthodologiques que nous avons surmontées grâce à un regroupement par thématiques ; notons à ce titre que la HAS n'a pas pour l'instant et à notre connaissance procédé à une analyse comparative complète des résultats de la certification.

Seuls les établissements ayant satisfait à la certification sont concernés par les résultats présentés : ainsi des résultats plus nombreux (davantage d'établissements engagés), fournissent potentiellement, par définition davantage de citations en nombre de décisions analysées notamment. Signalons également qu'un petit nombre d'établissements peut concentrer un grand nombre de références...

Enfin, nous souhaitons insister sur le fait que les actions positives, les actions remarquables relevées lors des visites, si elles figurent littéralement dans les rapports des experts-visiteurs, ne sont pas exploitables de manière systématique...

Et pour conclure, ajoutons qu'en conséquences de ces travaux, nous prévoyons de renforcer notre offre de formation, notamment sur la prise en charge de la douleur, la qualité et la gestion des risques, la préparation de la V2010.

Les résultats qualité du tableau de bord

Les résultats 2008 du tableau de bord des infections nosocomiales viennent d'être publiés par le ministère.

Hélas les établissements Privés Non Lucratifs ne sont pas visibles dans la présentation ministérielle, car notre secteur n'est pas pris en compte parmi les catégories de la DHOS (contrairement aux résultats IPAQSS/HAS) ; les établissements de la FEHAP sont regroupés selon leur mode de financement antérieur et leur taille, soit avec les établissements publics pour les ex-DG, soit avec les établissements privés lucratifs pour les ex-OQN.

Nous n'avons pas encore reçu à ce jour le fichier des données 2008 qui nous permettra d'effectuer l'analyse pour nos établissements. Ainsi ne pouvons-nous présenter ici que les résultats 2006 et 2007.

Les classes de performances sont réparties entre 5 catégories :

- Classe A : score le plus élevé, regroupant les établissements les plus avancés
- Classe E : score le moins élevé, regroupant les établissements les plus en retard selon l'indicateur
- Classes B, C, D : scores regroupant les établissements en situation intermédiaire
- Classe F : regroupant les établissements non répondants ou pour lesquels les données ne sont pas disponibles.

L'indice ICALIN est l'indice composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales : reflet de l'engagement de l'établissement

ICALIN 2006	A	B	C	D	E	F	Total
AP-HP	44,1%	41,2%	14,7%				100%
CH	64,3%	25,7%	8,9%	1,1%			100%
CHR	47,4%	52,6%					100%
CLCC	75,0%	25,0%					100%
FEHAP	70,1%	19,7%	8,8%	1,4%			100%
ex-OQN	67,6%	21,6%	7,8%	2,1%	0,9%	0,2%	100%
ex-OQN - FEHAP	63,6%	27,3%	9,1%				100%
Total	65,6%	24,3%	8,1%	1,5%	0,4%	0,1%	100%

ICALIN 2007	A	B	C	D	E	F	Total
AP-HP	79,4%	17,6%	2,9%				100%
CH	76,4%	16,2%	6,0%	0,9%	0,2%	0,2%	100%
CHR	84,2%	15,8%					100%
CLCC	95,0%	5,0%					100%
FEHAP	80,5%	10,7%	7,4%	1,3%			100%
ex-OQN	79,1%	12,8%	5,7%	1,4%	0,9%	0,2%	100%
ex-OQN - FEHAP	81,8%	18,2%					100%
Total	78,8%	13,9%	5,6%	1,1%	0,5%	0,2%	100%

En 2006, plus de 69% des établissements MCO FEHAP étaient en classe A (65% au niveau national). En 2007, plus de 80% des établissements MCO FEHAP sont en classe A (79% au niveau national).

L'indicateur **SURVISO** mentionne le nombre d'établissements MCO ayant une activité chirurgicale qui ont mis en place une surveillance des infections du site opératoire chez les patients opérés (il ne s'agit pas d'un taux d'infection du site opératoire).

Catégorie	SURVISO 2006			SURVISO 2007		
	Oui	Pas de surveillance ISO	Total	Oui	Pas de surveillance ISO	Total
AP-HP	100,0%		100%	100,0%		100%
CH	85,5%	14,5%	100%	90,3%	9,7%	100%
CHR	100,0%		100%	100,0%		100%
CLCC	90,0%	10,0%	100%	100,0%		100%
FEHAP	84,1%	15,9%	100%	87,3%	12,7%	100%
ex-OQN	58,3%	41,7%	100%	79,0%	21,0%	100%
ex-OQN - FEHAP	72,7%	27,3%	100%	81,8%	18,2%	100%
Total général	72,4%	27,6%	100%	85,1%	14,9%	100%

En 2006, plus de 82% des établissements FEHAP avaient mis en place cette surveillance (72% des établissements au niveau national). Ils sont plus de 86% en 2007 (85% toutes catégories d'établissements confondues).

Le **score agrégé**, introduit pour la première fois en 2006, permet de résumer les 4 indicateurs du tableau de bord avec la pondération suivante ; ICALIN 40%, ICSHA 30%, ICATB 20%, SURVISO 10%.

Score agrégé 2006	A	B	C	D	E	F	Total
APHP	32,4%	44,1%	20,6%	2,9%			100%
CH	1,6%	20,5%	71,4%	6,3%	0,2%		100%
CHR	7,9%	44,7%	47,4%				100%
CLCC	35,0%	35,0%	25,0%	5,0%			100%
FEHAP	6,8%	34,0%	57,1%	1,4%	0,7%		100%
ex-OQN	5,0%	22,9%	62,6%	8,1%	1,2%	0,2%	100%
ex-OQN - FEHAP		18,2%	81,8%				100%
Total général	5,2%	24,7%	63,1%	6,2%	0,7%	0,1%	100%

Score agrégé 2007	A	B	C	D	E	F	Total
APHP	58,8%	26,5%	14,7%				100%
CH	10,8%	46,2%	42,3%	0,5%		0,2%	100%
CHR	39,5%	28,9%	31,6%				100%
CLCC	60,0%	35,0%	5,0%				100%
FEHAP	19,9%	47,5%	32,6%				100%
ex-OQN	23,4%	43,8%	31,6%	0,6%	0,4%	0,2%	100%
ex-OQN - FEHAP	11,1%	55,6%	33,3%				100%
Total général	20,5%	44,0%	34,7%	0,4%	0,2%	0,2%	100%

Globalement, les indices des établissements FEHAP s'améliorent fortement, comme ceux de l'ensemble des établissements MCO.

Sur le terrain, des exemples concrets

Adaptation des prises en charge hospitalières

↳ *aux enfants :*

Le pôle parents-enfants Sainte Monique de l'hôpital Saint Joseph à Marseille a mis en place un livret d'accueil adapté aux enfants. « Doudounours », le petit ourson mascotte du livret explique comment se passe les choses à « l'hôpital » de façon simple, ludique et pédagogique (jeux sur la nutrition et coloriages, par exemple). Cette initiative permet de favoriser le bien-être des enfants lors d'une hospitalisation.

Karine Yessad, responsable de la communication
Mail : kyessad@hopital-saint-joseph.fr
Tel : 04.91.80.68.68

↳ *aux personnes en situation de handicap physique ou psychique :*

Personnes sourdes : depuis 2002, le Groupe Hospitalier de l'Institut Catholique de Lille a créé un pôle d'accueil pour les personnes sourdes avec accueil en langue des signes, consultation médicale avec un médecin signant et des personnels paramédicaux sourds et entendants. Traduire, transcrire, favoriser et faciliter la compréhension, tels sont les objectifs principaux permettant de pallier le manque d'information des patients sourds. En 2005, cette initiative a connu un élargissement en dehors du site Lillois afin de parvenir à une couverture géographique effectivement régionale. C'est ainsi qu'est né le premier réseau « Sourds et Santé » de France. Nouvelle extension fin 2009 avec le démarrage de travaux consacrés à la création d'un Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes dont une unité sera consacrée à l'accueil des personnes âgées sourdes.

Dr Drion
Mail : drion.benoit@ghicl.net
Tel : 03.20.22.38.03

Personnes malvoyantes : le pôle parents-enfants Sainte Monique de l'hôpital Saint Joseph à Marseille a mis en place un livret d'accueil en braille pour les parents malvoyants. En plus des informations générales contenues dans tous les livrets d'accueil, ont été ajoutées des précisions spécifiques pour les personnes malvoyantes sur les thermomètres et les peses personnes parlants par exemple. Ce livret donne « *toutes les informations nécessaires aux futurs parents, depuis la grossesse de la future maman jusqu'à la naissance du bébé et sa prise en charge par les pédiatres et le retour de la famille au domicile.* »

Karine Yessad, responsable de la communication
Mail : kyessad@hopital-saint-joseph.fr
Tel : 04.91.80.68.68

Personnes atteintes de troubles mentaux : le recueil de la satisfaction de personnes ayant des troubles psychiques comporte des difficultés particulières qui ont été surmontées par la Société Parisienne d'Aide à la Santé Mentale. Cette association a mis en place des enquêtes de satisfaction des patients adaptables en fonction de chaque unité de soins et dont les résultats sont présentés aux patients des unités. Grâce à leurs analyses, les unités en tirent des enseignements leur permettant sans cesse d'améliorer la qualité de l'accueil et de la prise en charge des personnes malades et de leurs proches dans leurs structures.

Marie-Françoise Valois, responsable qualité
Mail : qualite@spasm.fr
Tel : 01.43.87.60.51

Le recueil de la satisfaction de personnes qui sont parfois privées du langage ayant des troubles psychiques s'avère compliqué. Afin de surmonter cet obstacle, la Fondation John Bost a construit une enquête de satisfaction, relative à l'autonomie des résidents, adaptée aux capacités et aux besoins des patients / résidents.

L'originalité de l'enquête consiste à utiliser un système de pictogramme mis en place à partir du programme Makaton. Ce programme apporte une aide aux personnes ayant des difficultés à communiquer (polyhandicaps, troubles spécifiques du langage, atteintes neurologiques affectant la communication...) de s'exprimer. Il est un modèle institutionnel d'adaptation de la communication permettant de recueillir directement l'avis de chacun quel que soit son handicap.

Christian Rosolin, chef de service qualité
Mail : christian.rosolin@johnbost.fr
Tel : 05.53.58.01.03

Amélioration de la qualité de vie du patient

- ✦ **pour les adolescents hospitalisés, une prise en charge globale et singulière : le concept soins-étude. Clinique Médicale et Pédagogique Edouard Rist – Paris 16^e (MCO - SSR) (Fondation Santé des Etudiants de France)**

À la Clinique Edouard Rist, les services médicaux et pédagogiques participent à une « d'alliance thérapeutique » qui définit la place pédagogique comme partie intégrante du processus thérapeutique (afin d'améliorer notamment la compliance aux traitements, notamment lourds comme dans le cas de l'hémo-cancérologie). Le projet de soins et le projet d'études sont conçus conjointement à partir d'une analyse globale de la situation de chaque patient, qu'il soit collégien, lycéen ou étudiant. Les emplois du temps individualisés sont organisés avec une grande souplesse pour concilier les impératifs des traitements médicaux et les objectifs d'apprentissage. La situation de chaque jeune fait l'objet de réunions de synthèse régulières auxquelles participent tous les intervenants (équipe médico-soignante, pédagogique, éducative ou médico-technique). Ces évaluations permettent d'ajuster continuellement la nature et la forme de la prise en charge. Au terme de la période d'hospitalisation, la continuité médicale et pédagogique est mise en place.

Dr Luc FROSSARD, président de CME
Mail : luc.frossard@fsef.net
Tel. secrétariat : 01.40.50.59.93
Marie-Ange LECHAT, Directrice des études
Mail : marie-ange.lechat@ac-paris.fr
Tel. secrétariat : 01.40.50.53.67

- ✦ ***pour les patients en dialyse***

L'AVODD Association Varoise pour l'Organisation de la Dialyse à Domicile, a mis en place un programme d'auto dialyse nocturne depuis 1996. Ce concept de dialyse trois fois huit heures par semaine la nuit rend ainsi possible une vie sociale et surtout professionnelle sans danger pour les patients. L'amélioration de leur qualité de vie est indéniable. Et, devant le succès de ce programme de dialyse nocturne une unité d'auto dialyse vient également d'ouvrir depuis la mi-septembre 2009.

Andrée ETTORI, directrice
Mail : aettori@avodd.fr
Tel : 03.94.12.83.83

L'association CALYDIAL a depuis de nombreuses années axé sa politique sur le domicile du patient et à mis en place, en 2007, une application de transmission de données médicales, renseignées par les patients pris en charge en dialyse péritonéale, via un « cahier intelligent de suivi des patients dialysés », permettant une consultation de ces données, dans la journée, par l'ensemble des intervenants.

Cette transmission quotidienne apporte une véritable plus-value en termes d'amélioration de la qualité de la prise en charge pour le patient, plus serein et pour le médecin, plus réactif. Cette mise en place permet un important perfectionnement dans le suivi quotidien des patients.

**Jean Pierre Grangier, cadre infirmier
coordinateur de dialyse péritonéale**
Mail : jean-pierre.grangier@calydia.org
Tel : 04.74. 31.30.95

Prise en compte des droits des patients

↳ adaptation aux personnes atteintes de maladie mentale

En sus du livret d'accueil remis à l'arrivée du patient dans l'établissement, la Société Parisienne d'Aide à la Santé Mentale (la SPASM) a élaboré un document intitulé « respect des droits des patients à la SPASM » prenant en compte les spécificités de la prise en charge en psychiatrie. Cette information adaptée permet aux patients une meilleure compréhension de leurs droits. Dans la même perspective, et afin de faciliter les démarches administratives des patients, la CRUQPC a préparé un formulaire leur permettant d'exercer, de façon simple et rapide, leur droit d'accès aux informations médicales contenues dans leur dossier. L'ensemble de ces actions contribue largement à l'amélioration de la qualité de l'accueil des personnes malades et de leurs proches et de la prise en charge.

Marie-Françoise Valois, responsable qualité
Mail : qualite@spasm.fr
Tel : 01.43.87.60.51

La Fondation John Bost a élaboré des questionnaires de satisfaction des patients sur l'application des droits et l'information du patient et/ou de son représentant légal. Les thématiques communes au secteur sanitaire et médico-social sont déclinées différemment selon si la personne est prise en charge dans le secteur sanitaire ou dans le secteur médico-social. L'analyse des résultats de cette enquête a permis la mise en place d'actions correctives adaptées allant dans le sens d'une amélioration de la qualité de la prise en charge.

Christian Rosolin, chef de service qualité
Mail : christian.rosolin@johnbost.fr
Tel : 05.53.58.01.03

Evaluation et amélioration des pratiques

↳ Prévention des risques sur le parcours de soins en secteur chirurgical :

L'Hôpital Joseph Ducuing a mis en place une démarche Qualité /Gestion des risques basée sur l'approche processus dans l'ensemble des secteurs d'activité depuis 2004. L'accent est mis en particulier sur la prise en charge du patient dans le parcours chirurgical ; plusieurs abords sont retenus pour la prévention des risques dans ce secteur et au niveau de ses interfaces avec les services d'hospitalisation et les services support.

- 2004 : cartographie des processus de l'hôpital Joseph Ducuing dont celui de prise en charge au bloc opératoire.
- 2007 :
 - Approche à priori : conduite d'une analyse de risques AMDEC (Analyse des Modes de Défaillance, de leurs Effets et de leur Criticité) sur la prise en charge du patient au bloc opératoire
 - Approche réglementaire : veille réglementaire et vérification de la conformité
 - Approche à postériori avec l'analyse des événements indésirables sur le processus de prise en charge du patient au bloc opératoire et sur les interfaces (période analysée : 2004 à 2007).
- 2008 : MEAH « Chirurgie Ambulatoire » : création d'une Unité de Chirurgie Ambulatoire et d'un parcours patient dédié conforme aux recommandations de bonnes pratiques
- 2009 : MEAH « Bloc opératoire » : optimisation de l'organisation au niveau du bloc opératoire en interface avec les services support, visant à une prise en charge du patient efficiente et sécurisée.

Ces différentes démarches de Gestion Globale des Risques sur le parcours du patient chirurgical ont abouti à la mise en place d'actions de réduction des risques, avec un effet d'autant plus net qu'elles étaient menées en équipe pluridisciplinaire, avec notamment :

- La création d'une fiche de liaison Service/Bloc/Service permettant de maîtriser les interfaces et de garantir la continuité des soins entre ces différents secteurs
- L'intégration à cette fiche de liaison de la Check List « Sécurité au bloc opératoire » proposée par la HAS, exigible et applicable dès janvier 2010

Le Mouvement Français pour la Qualité a désigné l'hôpital Joseph Ducuing Lauréat du prix régional Qualité, secteur Santé, « Pratiques Performantes ».

Monique Fabre, directeur des soins :
mfabre@hjd.asso.fr , 05.61.77.50.95
Caroline de Rus, ingénieur Qualité :
cderus@hjd.asso.fr , 05.61.77.34.96

La FEHAP en amont des réformes :

↳ **Un système e-santé d'accès au dossier médical : un DMP avant l'heure**

A l'heure où la loi HPST prévoit, entre autres choses, le rapprochement avec la médecine de ville et que «*l'établissement de santé recueille auprès du patient hospitalisé les coordonnées des professionnels de santé auprès desquels il souhaite que soient recueillies les informations nécessaires à sa prise en charge durant son séjour et que soient transmises celles utiles à la continuité des soins après sa sortie.* » (Article L.1111-2 dernier alinéa). L'hôpital Saint-Joseph à Marseille a su faire preuve d'innovation en mettant en place un système d'e-santé permettant aux médecins correspondants, de ville, d'accéder de façon sécurisée (authentification par carte CPS) aux dossiers médicaux de leurs patients, hospitalisés à l'hôpital Saint Joseph, et ce dès leur sortie.

La mise en place d'un tel système permet d'améliorer de façon considérable l'organisation médicale autour du patient, notamment en termes de continuité des soins, de gain de temps, et de maîtrise des dépenses de santé.

Boris Royer, DSIO
Mail : broyer@hopital-saint-joseph.fr
Tel : 04.91.80.82.31

D'autres illustrations de démarches, d'actions ou d'organisations exemplaires sont présentées dans le numéro 206 de la revue Perspectives Sanitaires et Sociales (page 56 et suivantes).

Annexe 1 : déroulement de la certification

Qui est concerné par la certification ?

La certification concerne tous les établissements de santé, publics et privés. La procédure s'applique à l'établissement de santé au sens juridique du terme. Le périmètre porte alors sur tous les établissements de santé et les sites géographiques qui y sont rattachés⁽¹⁾.

Elle concerne également les groupements de coopération sanitaire entre établissements de santé, les syndicats inter hospitaliers détenteurs d'une autorisation d'activité de soins², ainsi que les réseaux de santé et les installations de chirurgie esthétique.

La certification ne s'applique pas aux activités médico-sociales, même lorsque celles-ci s'exercent au sein d'un établissement de santé, ni aux activités de recherche et d'enseignement.

⁽¹⁾ Toutefois, des dérogations peuvent être accordées par la HAS pour les entités juridiques de taille importante ou possédant des établissements géographiquement distants, comme l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris.

Les étapes de la procédure de certification

1. La procédure est itérative et a lieu obligatoirement tous les 4 ans⁽²⁾.
2. L'établissement adresse une demande d'engagement dans la procédure de certification à la HAS. Dès réception de la demande, la HAS lui notifie la période de la visite. L'établissement est alors dit « engagé dans la procédure de certification ».
3. L'établissement adresse à la HAS les documents nécessaires à l'identification du périmètre de la visite et à son dimensionnement (nombre de jours de visite et taille de l'équipe d'experts-visiteurs).
4. L'établissement effectue son auto-évaluation et envoie à la HAS le rapport d'autoévaluation au plus tard 3 mois avant la date prévue de la visite.
5. Dans les 2 mois suivant la visite, les experts visiteurs rédigent leur rapport, qui est transmis à l'établissement ; celui-ci dispose d'1 mois pour formuler d'éventuelles observations ; l'ensemble est ensuite examiné par la HAS (délibération en cas de contestation).

Le rapport de certification intégral et définitif est transmis à l'établissement et à l'ARH, et mis en ligne sur le site internet de la HAS.

Depuis début 2009, un rapport dit « court », plus particulièrement destiné au public et volontairement synthétique, est également disponible sur le site de la HAS.

Un établissement est dit ayant satisfait à la procédure de certification quand il a réalisé son auto-évaluation, été visité et que la HAS a rendu sa décision.

Annexe 2 : résultats de la certification

En V2 ou V2007, trois niveaux de certification peuvent être prononcés

1-certification simple, avec ou sans recommandation, valable 4 ans, invitant l'établissement à porter ses efforts sur certains points d'amélioration de la qualité identifiés dans le rapport ;

2-certification avec suivi : valable 4 ans avec une exigence de suivi, à échéance déterminée, sur des points identifiés (rapport à remettre à la HAS ou nouvelle visite ciblée sur les points à améliorer) ;

3-certification conditionnelle, valable pour une durée inférieure à 4 ans : seul le constat d'une correction des dysfonctionnements lors d'une visite de suivi peut lever le caractère conditionnel ; si ces dysfonctionnements ne sont pas suffisamment corrigés lors de la visite de suivi, une non certification peut être prononcée (celle-ci ne peut donc advenir qu'en deuxième intention, après concertation entre le directeur de l'Agence Régionale de Santé, la HAS et le directeur de l'établissement).
A noter qu'une non-certification ne signifie pas la fermeture de l'établissement.

A notre connaissance, aucune non-certification dans la procédure V2-V2007 n'a encore été prononcée.

En V2010, cinq niveaux de certification peuvent être prononcés

1. **certification simple** : sans recommandation, valable 4 ans ;
2. **certification avec recommandation(s)**, valable pour 4 ans, invitant l'établissement à porter ses efforts sur certains points d'amélioration de la qualité, avec production d'un rapport de suivi ou d'un plan d'actions à échéance déterminée ;
3. **certification avec réserve(s)**, valable pour 4 ans avec exigence d'un rapport de suivi à échéance déterminée ;
4. **certification avec réserve(s) majeure(s)** : lorsqu'au moins une réserve majeure a été identifiée dans l'établissement, la HAS décide de surseoir à la décision de certification. L'établissement ne sera certifié que s'il améliore significativement dans un délai fixé les points ayant donné lieu à des réserves majeures. Le suivi est assuré par une visite ciblée sur les points à améliorer
5. non-certification : deux cas sont possibles : soit non certification en première intention, selon des critères prédéfinis par la HAS (réserves portant sur de nombreuses thématiques et pratiques exigibles prioritaires, décisions de la précédente certification restées sans actions d'amélioration...) ; soit en seconde intention suite à une réserve majeure non suivie d'amélioration.

Ce que n'est pas la certification : un palmarès des hôpitaux ; une évaluation des professionnels de santé eux-mêmes ; une inspection ou un contrôle sanitaire.

Annexe 3 : méthodologie de notre analyse

Les complexités de l'analyse

Les bases de données reçues de la Haute Autorité de Santé (HAS) concernent les résultats de certification des établissements adhérents à la FEHAP et des autres secteurs hospitaliers, anonymisés.

Ces bases contiennent les niveaux de certification prononcés, ainsi que les décisions¹ relatives à chaque aspect de la qualité à améliorer.

A noter qu'aucun fichier présentant les actions ou expériences positives en termes de qualité remarquées par les experts visiteurs n'est disponible à ce jour. Ces remarques figurent dans les rapports littéraires disponibles en ligne sur le site de la HAS, mais ne sont donc guère exploitables de manière systématique.

Les décisions peuvent concerner un ou plusieurs critères du manuel de certification. Elles comportent une gradation de gravité en fonction de l'importance de l'effort d'amélioration à fournir ; cette gravité sera prise en compte pour la détermination du niveau de certification.

Les critères sont regroupés en références (exemple ci-dessous²), et relèvent dans nos données de deux référentiels différents, la procédure V2 ayant été simplifiée par la procédure dite V2007. Ainsi, le manuel de la procédure V2007 liste 44 références, tandis que le manuel V2 en contenait 53.

Ainsi, plusieurs critères d'une même référence, et bien entendu plusieurs références peuvent être citées dans le rapport d'un établissement.

En résumé, un établissement peut concentrer un nombre de décisions variable, et dont la gravité elle-même est variable (impact différent sur la prononciation du niveau de certification en fonction du thème) et enfin qui relèvent de deux manuels différents !

Les résultats de certification et leur **comparaison entre secteurs hospitaliers** seront en conséquence abordés avec prudence et selon plusieurs points de vue différents.

Résultats selon les priorités d'amélioration les plus fréquentes

Dans un premier temps, les priorités d'amélioration du secteur FEHAP seront mises en regard avec celles des autres secteurs, grâce au classement des thèmes d'amélioration (*source* rapport d'activités 2008 de la HAS : références V2007 les plus

¹ Les recommandations sont appelées décisions dans la base de données.

² Exemple de référence et des critères correspondants du manuel V2 : référence 32 « la douleur est évaluée et prise en charge », dont les critères sont :

- a. Une concertation est organisée entre les professionnels pour améliorer la prise en charge de la douleur selon les recommandations de bonne pratique.
- b. Le patient est impliqué et participe à la prise en charge de sa douleur, sa satisfaction est évaluée périodiquement.
- c. Les professionnels sont formés à la prévention, à l'évaluation et à la prise en charge de la douleur.

Chaque critère étant lui-même étayé par des éléments d'appréciation.

souvent citées dans les rapports de certification des établissements visités durant l'année 2008). Nous avons adapté le même point de vue, pour toutes les certifications V2007 de notre base de données.

Cependant, ce classement ne permet pas d'indiquer la part des établissements pour lesquels tel ou tel aspect de la qualité constitue une thématique d'amélioration suite à la certification. En effet, un petit nombre d'établissements peuvent concentrer un grand nombre de références.

D'où une analyse de ces résultats du point de vue des établissements, avec construction de thématiques QUALITE

Ces thématiques QUALITE ont été constituées pour rendre lisible l'analyse statistique : nous avons regroupé les références V2 et V2007 en ciblant des aspects clefs de la qualité (détaillés en annexe 4 et 4 bis).

Ainsi, la part des établissements ayant au moins une recommandation sur chacun des thèmes étudiés est présentée. En outre, le niveau de gravité de la décision, qui impacte le niveau de certification final, a été pris en compte : ainsi les parts de certifications simples et de certifications avec suivi ou conditionnelles associées à chacune des thématiques QUALITE sont présentées.

Annexe 4 : Thématiques d'amélioration et critères qualité

Usager	Place primordiale au patient et entourage	<p>Priorité aux droits et à l'information du patient</p> <p>Expression patient et entourage</p> <p>Réflexion éthique sur la prise en charge</p> <p>Politique hôtelière et attentes du patient</p> <p>Représentants d'usagers et évaluation</p>
	Projet thérapeutique personnalisé	<p>Patient et entourage acteurs du projet thérapeutique</p> <p>Accessibilité des données du patient</p> <p>Coordination professionnelle sur les besoins du patient</p> <p>Réflexion bénéfique / risques</p> <p>Éthique et information sur la restriction de liberté de circulation</p>
	Prise en charge adaptée	<p>Risque suicidaire</p> <p>Conduite addictive</p> <p>Maladie thromboembolique</p> <p>Prévention des escarres</p> <p>Prévention des chutes</p> <p>Etat nutritionnel</p>
	Dossier patient	<p>Règles de tenue : communication ; conservation</p> <p>Information actualisée</p> <p>Accessibilité aux professionnels</p> <p>Accessibilité au patient</p> <p>Traçabilité des actes médicaux</p> <p>Traçabilité de l'information</p>
	Evaluation satisfaction patient	<p>Actions suite aux plaintes</p> <p>Actions sur délais d'attente</p> <p>Satisfaction des correspondants externes prise en compte</p> <p>Echanges autour des résultats avec les représentants d'usagers</p>
Fin de vie	Décès	<p>Contact de l'entourage</p> <p>Respect des volontés du patient</p> <p>Prise en charge du décès du patient</p> <p>Accueil et accompagnement de l'entourage</p> <p>Accompagnement psychologique des professionnels</p>
	Soins palliatifs	<p>Volonté du patient</p> <p>Formation des professionnels</p> <p>Accompagnement psychologique des professionnels</p> <p>Besoins spécifiques du patient</p>
Droits des patients	Douleur	<p>Traitements disponibles</p> <p>Prise en charge de la douleur</p> <p>Implication et satisfaction du patient</p> <p>Concertation-formation des professionnels</p>
L'Hospitalisation : Et après ?	Continuité des soins	<p>Règles de responsabilité, présence et concertation mises en œuvre</p> <p>Coordination assurée</p> <p>Urgences vitales au sein de l'hôpital</p>
	Sortie du patient	<p>Participation des patients, entourage et médecin traitant</p> <p>Information des professionnels d'aval</p> <p>Pertinence des structures et professionnels d'aval</p> <p>Continuité lors du transfert</p>
	Rééducation du patient	<p>Patient et entourage partie prenante de la rééducation</p> <p>Collaboration des cliniciens et rééducateurs</p> <p>Evaluation et réajustement</p>
	Education du patient	<p>Evaluation de la compréhension du patient</p> <p>Etat de santé, traitement, enjeux de santé publique</p> <p>Association de l'entourage</p>
Qualité- sécurité	Circuit du médicament	<p>Stériorité des dispositifs médicaux</p> <p>Traçabilité et conformité de l'administration du médicament</p> <p>Maitrise des conditions de prescription, d'administration et de dispensation des médicaments</p> <p>Suivi des recommandations pharmacologiques de bonnes pratiques</p> <p>Information aux utilisateurs des conditions d'utilisation des médicaments et de la stérilité</p> <p>Demandes urgentes de médicaments satisfaites</p>
	Risques infectieux	<p>Surveillance et prévention du risque infectieux en place</p> <p>Gestion des risques liés aux dispositifs médicaux</p> <p>Gestion des risques liés à l'environnement</p>
	Qualité Gestion des risques	<p>Management de la qualité</p> <p>Gestion des risques</p> <p>Dispositif de veille sanitaire</p>
	Sécurité des infrastructures, des biens et des personnes	<p>Sécurité/ maintenance : infrastructures/équipements</p> <p>Sécurité des biens et des personnes</p>

