

# Symbiose

Avril 2015

Journal du Groupement des Hôpitaux de l'Institut Catholique de Lille

## Améliorer la qualité et la sécurité des soins



Une certification au service des démarches d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, telle est l'ambition de la Haute Autorité de Santé (HAS) qui, après une évaluation des précédentes itérations, a fortement fait évoluer le processus de certification.

Ce projet se concrétise autour de cinq évolutions majeures par rapport à la V 2010 :

- **Stabilisation du manuel de certification pour en faciliter l'appropriation et porter les efforts sur d'autres sujets** : si le référentiel V 2010 ne change pas, la préparation et le déroulement de la visite sont profondément modifiés.
- **Personnalisation de la procédure en fonction des enjeux et risques propres à chaque établissement de santé** : l'investigation en visite porte sur un tronc commun de thèmes et d'autres spécifiques à chaque établissement.
- **Mise en place d'un compte qualité pour rendre continue la certification et éviter l'effet "soufflé"** : remplaçant l'autoévaluation, le compte qualité rend par ailleurs compte de l'avancement de la démarche entre deux visites.
- **Évolution de la visite pour une évaluation de la réalité des prises en charge et de l'organisation** : le croisement des évaluations via le "patient traceur" et l'analyse de processus permettent d'appréhender, au plus près des professionnels et des pratiques, les organisations effectivement en place.
- **Le patient au cœur de la démarche** : avec l'évaluation en visite de la prise en charge du "patient traceur" tout au long de son parcours, la certification redonne au patient une place particulière dans l'évaluation de la qualité.

## Laurent Delaby Directeur général du GHICL

### Un niveau d'exigence plus élevé

#### Quel regard portez-vous sur la V 2014 ?

« Si le référentiel qui sert de base à l'évaluation reste le même, les nouvelles méthodes d'investigation et le compte qualité bouleversent eux l'approche de la certification et augmentent implicitement le niveau d'exigence en termes de management de la qualité.

La HAS exprime son intention de parvenir à une évaluation de la qualité au plus près de la qualité réelle, consciente que les précédentes modalités de visite conduisaient à une observation plus superficielle. L'absence désormais de certification avec réserves dénote cette volonté d'un impact plus significatif de la certification sur l'amélioration de la qualité. »

#### Qu'attendez-vous des équipes ?

« La HAS est un peu en retard dans la production des différents outils mobilisés dans cette nouvelle version. Le dispositif est à peine stabilisé à l'heure où démarrent les premières visites. Notre visite de certification est prévue dans un peu moins d'un an, ce qui nous donne finalement peu de temps pour nous préparer au regard impératifs de transmission du compte qualité. Il va nous falloir nous approprier très rapidement les nouvelles méthodes alors que nous sommes déjà mobilisés sur des chantiers d'importance. »

#### Et de ces nouvelles modalités de certification ?

« Je souhaite qu'elle nous permette véritablement d'atteindre un des objectifs de la HAS qui est de parvenir à une meilleure intégration de la certification dans la démarche qualité. L'analyse des précédentes itérations et les retours des établissements et des professionnels de santé démontrent que la certification sera d'autant plus efficace qu'elle est intégrée dans les pratiques quotidiennes et n'est pas perçue comme un surplus. La HAS nous invite à privilégier la sélectivité dans nos actions d'amélioration en lien avec les risques identifiés aux dépens de l'exhaustivité. On ne peut que souscrire à cette vision. »





## Le compte qualité : trop d'actions tue l'action

Avec la mise en place du compte qualité, la HAS invite les établissements à des plans d'actions limités en nombre à partir d'une analyse des risques. Transmis tous les 24 mois à la HAS, le compte qualité permet un suivi en continu de la démarche d'amélioration de la qualité.

### Les thématiques du compte qualité

#### Tronc commun obligatoire compte qualité - visite

- Management et gestion de la qualité et des risques
- Gestion du risque infectieux
- Gestion des équipements et produits au domicile du patient
- Droit des patients
- Parcours du patient
- Gestion du dossier du patient
- PEC médicamenteuse
- PEC du patient aux urgences et soins non programmés
- Management de la PEC du patient au bloc opératoire
- Management de la PEC dans les secteurs à risque : endoscopie, imagerie interventionnelle, salle de naissance

#### Tronc commun compte qualité - investigué en visite à la demande de la HAS

- Qualité de vie au travail
- Gestion du système d'information
- PEC de la douleur
- PEC des patients en fin de vie
- Identification du patient

#### Facultatif compte qualité - investigué en visite à la demande de la HAS

- Management stratégique, gouvernance
- Gestion des ressources humaines
- Gestion des ressources financières
- Fonctions logistiques (déclinées en sous-rubriques)
- Biologie médicale
- Imagerie
- Dons d'organe

## ANALYSE DES DONNÉES & RÉSULTATS D'ÉVALUATION

Pour chacune des thématiques identifiées, la procédure est la suivante :

- 1 Identification des principaux risques
- 2 Évaluation des niveaux de criticité et de maîtrise des risques identifiés
- 3 Hiérarchisation des risques identifiés
- 4 Définition des plans d'actions
- 5 Suivi des plans d'actions

### Un exemple

Thématique	Prise en charge médicamenteuse
Axes de travail	Prescription du médicament
Données mobilisées	Indicateur IPAQSS – Tenue du dossier patient
Constats	Les prescriptions ne comportent pas l'identification en toutes lettres des médicaments
Risque identifié	Erreur de prescription
Criticité	Fréquence = 2, Gravité = 5, Criticité = 10 – Risque moyen
Niveau de maîtrise	3/5
Plan d'action (avec responsable et échéance)	Mettre en place le livret thérapeutique dans tous les services Sensibiliser les praticiens de médecine A
Suivi	Recueil de l'indicateur / % de médecins sensibilisés



# Le patient traceur : une évaluation des prises en charge au plus près du terrain

Destiné à évaluer les processus de soins et organisations, et notamment les interfaces et la collaboration interdisciplinaire, le patient traceur est tout à la fois, une méthode d'analyse des pratiques et un outil d'investigation dans le cadre de la visite de certification.

### MÉTHODE D'ANALYSE DES PRATIQUES, ELLE REPOSE SUR :

- une analyse de la prise en charge en équipe à partir d'une grille élaborée par la HAS,
- le recueil du ressenti et de l'appréciation du patient,
- l'analyse du dossier médical (traçabilité).

Elle aboutit à la mise en évidence éventuelle d'écarts par rapport aux bonnes pratiques et à l'élaboration d'un plan d'actions.

### MÉTHODE D'INVESTIGATION LORS DE VISITE DE CERTIFICATION :

- elle est conduite par un expert visiteur,
- elle porte sur la prise en charge d'un patient présent, proche de la sortie, choisi le jour même à partir d'un profil établi avant la visite selon l'activité de l'établissement.

L'expert rencontre, dans le service, les équipes, le patient ou ses proches et consulte le dossier médical. Son observation se limite à la prise en charge du patient choisi.

Les observations réalisées lors du patient traceur seront recoupées avec celles faites pour les différents patients traceurs et lors des analyses de processus. L'analyse ne porte pas sur la pertinence des choix thérapeutiques.

Analyse du dossier avec les professionnels.



## L'audit de processus

L'audit de processus évalue le management, l'organisation et la mise en œuvre effective d'un processus figurant dans la liste des thématiques retenues (cf. page 2).

Conduit selon le schéma "PDCA\*", l'audit s'assure de l'existence d'une politique pour la thématique analysée, de sa mise en œuvre effective, de son évaluation et des actions d'améliorations entreprises. Il s'appuie sur la rencontre avec les pilotes de processus mais aussi sur l'observation de sa mise en œuvre sur le terrain. La documentation qualité n'est plus consultée en tant que telle mais lors des audits de processus, en situation.

Les données recueillies lors des patients traceurs viennent compléter les observations faites lors des audits de processus.

\* Prévoir, Développer, Contrôler, Améliorer

Compte tenu de l'activité du GHICL, 15 processus au moins seront investigués en visite (cf. p 2).

À la différence des précédentes itérations, l'analyse n'est pas conduite critère par critère, ni par prise en charge. C'est l'analyse des différents processus qui alimente le référentiel (par exemple le processus droit des patients renvoie aux critères 1, 10, 11 et 19 du référentiel).

S'agissant des différentes prises en charge (MCO, SSR, PSY, HAD), l'analyse se focalisera sur les différences éventuelles dans les organisations et non sur une analyse complète par prise en charge.



# PATIENT TRACEUR : DES TESTS POSITIFS

**Yveline Bertiaux,**

cadre sage-femme au bloc obstétrical  
à la Clinique Sainte Marie

« Nous avons participé à un test du patient traceur sur une maman suivie pour une césarienne en urgence. Au préalable, nous avons élaboré avec deux auditeurs une grille d'évaluation : questions à se poser avant l'entretien avec la patiente, audit de la patiente, restitution. C'est une excellente méthode de réflexion et de travail pour améliorer la qualité de la prise en charge des patients, de l'accueil à la sortie, de manière transversale, sans entrer dans la qualité de la prise en charge médicale. C'est également une démarche fédératrice, le personnel du service s'y est tout de suite impliqué.

Ce premier test nous a déjà permis d'identifier des pistes d'amélioration sur l'identification du patient, la prescription médicamenteuse ou encore l'identification du personnel.

C'est un bon système d'évaluation de la qualité de la prise en charge des patients, même si c'est une procédure lourde, qui demande du temps et mobilise beaucoup de personnes. J'espère que cela ira plus vite quand nous aurons plus l'habitude d'en réaliser. »

**Nathalie Cambier,**

praticien hospitalier hématologiste dans le service  
onco-hématologie de Saint Vincent de Paul

**Julie Dessaud,**

qualificatrice du centre de coordination en  
cancérologie Lille Flandres Lys Cambrésis

« Le service d'onco-hématologie est pilote dans le cadre de la mise en œuvre des évaluations patient traceur au GHICL. Nous avons retenu pour cette première évaluation un patient programmé pour une greffe de cellules souches périphériques (autogreffe). Nous avons longuement travaillé en amont sur la grille d'évaluation pour qu'elle soit bien adaptée au profil de ce patient, ce qui a facilité la procédure par la suite. Nous avons tout d'abord évalué le dossier du patient (médical, paramédical et administratif), vérifié les observations et prescriptions médicales, ainsi que le respect des procédures dans le service. Nous avons reçu un très bon accueil de la part du patient qui a tout de suite compris l'intérêt de la démarche en termes d'amélioration de la prise en charge. Nous avons également échangé sur le dossier avec l'équipe soignante.


Premiers enseignements : globalement, la prise en charge est très satisfaisante. Des pistes d'amélioration ressortent concernant la tenue du dossier médical (identification patient sur les feuilles d'observation, rangement...), la traçabilité



de l'information donnée au patient ou de certaines données que l'on ne retrouve pas dans le dossier et qui pourtant devraient y figurer (exemple : les directives anticipées).

Ce qui est intéressant, c'est d'avoir une vue globale sur tous les critères de la prise en charge : le dossier, le patient et les soignants. Nous évaluons notre propre qualité de travail. »



	Étape	Quoi	Qui
 <p><b>Sept. 2015</b></p> <p><b>Mars 2016</b></p> <p><b>Mai 2016</b></p> <p><b>Juin 2016</b></p> <p><b>Juillet 2016</b></p> <p><b>Mars 2018</b></p>	Compte qualité	Identification des risques par thématique, évaluation de la maîtrise du risque et formalisation de plans d'actions	Établissement : Les pilotes de thématiques
	Visite de certification	Évaluation de la qualité produite par l'établissement à partir de : • Patients traceurs • Audit de processus	HAS : Experts visiteurs établissement : • Patient, équipes soignantes, dossier médical • Pilotes de processus, professionnels, documentation qualité
	Pré rapport de certification	Énonce les décisions par thématique	HAS
	Observations	Précisions ou points de désaccord avec les constats faits par les experts visiteurs	Établissement
	Rapport de certification	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Certification avec ou sans recommandations</li> <li>• Sursis à certification (si réserve ou réserve majeure)</li> <li>• Non certification (si réserves majeures et nombreuses réserves)</li> </ul> <p><i>Remarque : Le rapport de certification fait l'objet d'une communication interne à l'établissement (instance de gouvernance, CME, représentants des usagers...) et externe (site de la HAS, Scope santé).</i></p>	HAS : collège de la certification
	Visite de suivi ou production d'un compte qualité	Visite de certification selon les mêmes modalités que la visite initiale mais uniquement pour les thématiques ayant fait l'objet d'une réserve ou réserve majeure.  <i>Remarque : Possibilité de limiter le suivi à la production d'un nouveau compte qualité</i>	Idem visite initiale
	Nouveau rapport de certification	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Certification avec ou sans recommandations</li> <li>• Non certification</li> </ul>	HAS : collège de la certification
	Compte qualité	Mise à jour du compte qualité Envoi à la HAS	Établissement



GROUPEMENT  
DES HÔPITAUX  
DE L'INSTITUT  
CATHOLIQUE  
DE LILLE

**Directeur de la publication :** Laurent Delaby

**Rédacteur en chef :** Pascale Breucq

**Comité de rédaction :**

Erick Mizzi, Isabelle Hervein, Véronique Calmes, Dorothée Lecocq, Julie Dessaud

**Réalisation :**  www.caillleassociates.fr

Tirage : 1 500 ex.

GHICL Hôpital Saint Philibert – Service communication  
BP 249 – 59462 Lomme cedex

