

Actualités

Certification version 2 et évaluation des pratiques professionnelles au menu de Qualibio 2006

Sylvie Warnet, journaliste, Issy-les-Moulineaux (92)

À l'occasion des 11^e assises nationales Qualibio 2006, organisées à Paris en septembre dernier, les professionnels de santé ont fait le point sur les premiers résultats de la Certification V2 et sur l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP). Différentes restitutions d'expériences, européennes et françaises, complétaient le programme de ces deux journées de formation.

L'actualité de l'ensemble des démarches qualité entreprises dans les établissements de santé, était le fil conducteur des différentes conférences et tables rondes proposées aux quelque 200 professionnels de santé rassemblés au palais du Luxembourg (Sénat). Dans le prolongement des interventions des représentants du ministère de la Santé et de la Haute autorité de santé (HAS),

divers praticiens, cadres de santé et directeurs d'établissements ont présenté des expériences, notamment en lien avec l'évaluation des pratiques professionnelles, menées sur le terrain dans une douzaine de spécialités médicales différentes.

« Les mentalités professionnelles évoluent, souligne le Dr Patrick Toubon, président de Qualibio, dès son allocution d'ouverture. Valorisons ces nouveaux acquis, sans décevoir par un système qualité trop complexe ou trop peu lisible. La performance durable reste l'objectif principal de nos établissements et de chacun, dans sa spécialité, au service des patients. »



© Qualibio

Évaluation des pratiques professionnelles

Depuis le 1^{er} juillet 2005 (loi du 13 août 2004, décret du 14 avril 2005), tout médecin dispose d'une période de cinq ans pour se soumettre, à titre individuel, à l'EPP. Chargée d'en organiser la mise en œuvre, la HAS travaille en concertation avec les différentes instances médicales et veille au suivi des actions d'amélioration envisagées. L'EPP est également effective (décret du 21 juillet 2006), dans une logique d'équipe médicale, au sein de la procédure de certification V2 des établissements de santé (références 44 à 46 du manuel V2). Parallèlement, les médecins qui le souhaitent peuvent s'engager dans une démarche volontaire d'accréditation (loi du 13 août 2004, article 16).

Où en est la V2 ?

« Les premières visites ont commencé en avril dernier, a indiqué Philippe Burnel, directeur de l'accréditation à la HAS. Elles nous ont permis de constater combien les équipes étaient mobilisées pour développer des actions concrètes visant à évaluer et à améliorer les pratiques médicales et paramédicales. »

- La V2 du manuel comporte 215 critères (groupés en 4 chapitres, au lieu de 10 pour la V1). Elle met l'accent sur des thématiques tels le management, la gestion des risques et l'EPP, qui constitue la nouveauté la plus importante. Un guide d'aide à la cotation permet également de renforcer la qualité des constats et la rigueur de leur rédaction. La diffusion publique des rapports est effective sur le site de la HAS.

- Les premiers résultats, communiqués en septembre, faisaient état de 49 %

d'établissements ayant reçu une certification simple, 9 % une certification conditionnelle et 42 % une certification avec suivi. Parmi les critères les plus fréquemment concernés par des recommandations, voire des réserves majeures, on peut citer le circuit du médicament, ainsi que le dossier médical.

- Divers ajustements sont déjà envisagés sur la V2, dont une version simplifiée du manuel pour 2007. La phase d'observation sera réintroduite afin que les établissements puissent relire le rapport des experts avant la délibération de la commission de certification. Par ailleurs, les équipes de la HAS travaillent déjà sur une V3, plus simple et plus légère, opérationnelle à l'horizon 2009. Une initiative qui devrait faciliter la tâche des hospitaliers, notamment au sein des établissements de petite et moyenne taille.

Restitutions d'expériences

En complément des interventions et des diverses tables rondes prévues au programme, plusieurs équipes ont présenté d'intéressantes restitutions d'expériences de mutualisation et de méthodes (région, réseaux de soins) ainsi que d'EPP médicales, soignantes ou paramédicales. Deux de

••• ces exposés concernaient les modes de prise en charge au bloc opératoire.

- L'école d'Ibode de Colmar a ainsi présenté une analyse critique de trois années

d'évaluation des pratiques professionnelles des infirmiers de bloc opératoire.

- Un travail de réflexion sur la réorganisation et l'harmonisation des plateaux techniques des blocs opératoires,

avec une approche par processus, a par ailleurs été exposé par une équipe de l'hôpital de Cimiez du CHU de Nice.

Pour en savoir plus : www.assises-qualibio.com

Sécurité du patient, le défi du XXI^e siècle

Un symposium à l'Hôpital américain de Paris

Noémie Legendre, Clamart (92)

Des événements indésirables sont retrouvés dans près de 10 % des hospitalisations. Ce sont non seulement les infections nosocomiales, mais aussi des incidents liés à des équipements médicaux ou à des réactions à des produits médicamenteux. Dans le cadre de son centenaire, l'Hôpital américain de Paris a organisé, le 28 septembre dernier, un symposium international sur la problématique de la qualité et de la sécurité dans les hôpitaux.

Outre la prise en charge personnalisée du patient, la prévention est une priorité de l'Hôpital américain de Paris (AHP) à travers le diagnostic précoce et le dépistage rapide mis en pratique lors des bilans de santé, aussi bien au niveau du *Check-up Center* que de certains plateaux médico-techniques.

La recherche de la qualité est une condition essentielle pour la sécurité des soins aux patients, comme en témoigne, lors du symposium organisé par l'AHP le 28 septembre dernier, John Ryan, chef de l'unité responsable de l'information de santé, à la Direction générale santé et protection des consommateurs de la Commission européenne : « Avec l'OCDE, l'Union européenne développe notamment les renseignements sur les services de santé, et met au point actuellement des indicateurs sur la qualité de la sécurité des soins. » L'Union européenne est consciente de l'intérêt d'inciter les établissements hospitaliers à améliorer la sécurité des soins, tant en termes d'infrastructures de santé, que de prise en charge des patients.

Assujetti aux normes américaines de la *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO) depuis 1954, l'Hôpital américain de Paris a intégré la qualité dans ses objectifs. « Nous avons besoin d'un changement radical de grande ampleur dans l'organisation et la culture des professions de santé pour faire de la sécurité du patient non une des priorités, mais "la" priorité. Les directeurs administratifs des établissements et les cliniciens en position de responsabilité doivent

prendre la tête de ce changement et investir suffisamment dans les ressources humaines et financières pour rendre ces améliorations possibles », a souligné Dennis S. O'Leary, président de la JCAHO.

À l'AHP, de multiples comités de contrôle et d'évaluation sont en place depuis très longtemps pour assurer la qualité. D'ailleurs, l'AHP est l'un des premiers en France à avoir développé un Clin (Comité de lutte contre les infections nosocomiales). « À l'AHP, par exemple, le personnel soignant doit s'assurer qu'il s'agit bien du bon patient, de la bonne intervention, et du bon côté », a précisé Josiane Vankerckhoven directrice de la qualité à l'AHP.

De son côté, Eliot J. Lazar, vice-président et directeur médical de *New-York Presbyterian Healthcare System*, professeur associé, département de médecine, *Columbia University* (USA), a déclaré : « Au *New-York Presbyterian Healthcare System*, qui regroupe une quarantaine d'hôpitaux aux États-Unis, la plate-forme qualité repose sur l'enregistrement des événements indésirables dans une base de données spécifique pour en permettre l'évaluation, la communication et la standardisation de l'information, et l'amélioration des performances grâce à la formation. »

Repenser les formations

« Les professionnels de santé ne sont pas entraînés aux concepts de base de la sécurité du patient, a regretté Dennis S. O'Leary. Dans les écoles professionnelles, les formations doivent être repensées en intégrant les

facteurs humains, le travail d'équipe et la communication patient/soignant. »

Selon le Pr Yves Matillon, ancien directeur général de l'Agence nationale d'évaluation et d'accréditation en santé (Anaes), et chargé de mission sur l'évaluation des compétences pour le ministère de la santé, « la compétence médicale repose, d'une part, sur des acquisitions théoriques et pratiques qu'il convient de définir a priori pour garantir un exercice médical en sécurité et en qualité et, d'autre part, sur des aptitudes et attitudes individuelles à prendre en compte pour assurer un exercice médical compatible avec les attentes relationnelles des patients et la qualité du travail en équipe. »

Cependant, la qualité des soins ne saurait être appliquée complètement sans une responsabilisation du patient. « À l'AHP, nous avons décidé récemment d'éditionner une brochure qui est remise au patient lors de son entrée à l'hôpital. Elle a pour but de lui expliquer qu'il est en droit de s'informer », indique Josiane Vankerckhoven.

Une instance spécifique a été créée, le *Patient Care Committee* qui « suit notamment le programme de Qualité des soins, les résultats et le plan d'actions mis en place dans le cadre des accréditations de l'hôpital [JCAHO et HAS] », a souligné André Guinet directeur de l'AHP. « Le patient doit être un partenaire impliqué dans l'amélioration de la sécurité des soins, ajoute Dennis S. O'Leary, qui conclut : « Quand tous ces changements auront été accomplis, nous serons au commencement, mais ce sera le début d'un engagement à remplir, qui est : "d'abord, ne pas faire de tort !" »