

XII^{es} Journées internationales de la qualité hospitalière et en santé

29-30 novembre 2010, à La Villette, Paris

**C. Guéri¹, J. Oumahi², N. Perier³, D. Crépin⁴,
C. Geisler⁵, J. Hosotte⁶, F. Pernin⁷, J.-L. Plavis⁸**

- 1- Directrice qualité-usagers, GH Bécélère Bicêtre Brousse
- 2- Ingénieur qualité en chef, CH de Carcassonne
- 3- Coordination évaluation des pratiques professionnelles et certification, AP-HP
- 4- Consultant, PACA
- 5- Commissaire des JIQHS, vice-président de l'Association francophone pour la qualité hospitalière
- 6- Responsable qualité, Générale de Santé, Paris
- 7- Chirurgien, CH d'Ajaccio
- 8- Représentant des usagers, Hôpital Foch (Suresnes) et membre du collectif interassociatif sur la santé (CISS) Ile-de-France

Après un rappel des caractéristiques des JIQHS 2011, nous développons ci-dessous cinq axes des dernières Journées. Ce compte rendu reste très partiel au regard du large panorama présenté cette année, mais il montre la tendance et rapporte les observations, les idées et les sentiments saisis à chaud sur nos blocs notes.

La loi Hôpital patient santé territoire a dominé l'année 2010 et elle réorganise fortement l'activité du secteur de la santé. Elle restera fondamentalement comme un signe du temps marqué par les problématiques de qualité et de sécurité. À une époque où les changements s'accroissent, les XII^{es} JIQHS ont proposé un large panorama permettant de faire le point sur la façon avec laquelle les acteurs de terrain, soignants, paramédicaux, dirigeants et encadrement, experts de la qualité et des risques, y répondent et peuvent en parler entre pairs de façon scientifique et constructive.

1- Le risque change, changeons la gestion du risque

Pour les soignants comme pour les gestionnaires, pour les qualitateurs comme pour les gestionnaires de risques, une nouvelle ère s'annonce. Il va falloir s'adapter rapidement.

Événements indésirables graves : où en sommes-nous ?

L'Enquête nationale sur les événements indésirables associés aux soins (ENEIS), présentée par le Dr Céline Moty-Monnereau (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques) et le Dr Philippe Michel (Comité de coordination de l'évaluation clinique et de la qualité en Aquitaine - CCECA), avait fortement mobilisé les institutionnels et les gestionnaires de risques en établissement.

La constatation choc : 25 événements indésirables graves (EIG) et évitables chaque mois pour 300 lits. Si ce niveau atteste du peu de progrès en valeur absolue, au regard de la précédente enquête en 2004, il indique des progrès relatifs compte tenu de l'accroissement de la fragilité des patients hospitalisés. « *Mais ça veut dire que sur nos 300 lits, 8 sont toujours occupés à la suite d'EIG* » synthétise un directeur. En cause : le non-respect de procédures de soins, des dispositifs médicaux et médicaments, et des infections liées au soin. Les deux tiers par commission, un tiers par omission. Beaucoup de facteurs sont transverses aux hôpitaux (accès, infections, chutes, pratiques déviantes, organisation localement dégradée), d'autres sont liés aux soins de ville. Important, seul un petit pourcentage relève d'erreurs grossières. « *C'est rassurant pour les professionnels mais ça montre qu'il faut agir plus en transversal* » dit un gestionnaire de risque venu de Bretagne.

Le Pr G. Desuter, du conseil de la qualité des cliniques universitaires Saint-Luc, montre comment « *en quelques années, la Belgique a réussi à coordonner les gens, les outils et les stratégies* » grâce à des dispositifs de gestion qualité et risques cohérents sur le terrain au regard des « *contrats d'objectifs entre le ministère et les établissements* ».

L'enjeu du déploiement d'une culture du risque est donc essentiel. Le Dr Jacques Ragni, a présenté la démarche de déploiement des revues de mortalité et de morbidité (RMM) à l'Assistance publique - Hôpitaux de Marseille (AP-HM) : elle est basée sur la pédagogie, la méthodologie, l'organisation pratique et débouche sur une labellisation interne. L'expérience montre que le couple

méthodologie/organisation est le point faible et qu'un bon outil informatique constitue un facteur décisif pour alléger l'enregistrement d'événements, accompagner les déclarants, faciliter le traitement. Un médecin note l'aspect pratique et non coercitif « *J'ai bien apprécié l'idée d'une labellisation positive, pour l'émulation collective. Leur échelle peut être reprise chez nous. De démarrage à efficace/efficient, on sait où on en est. Qu'on le veuille ou non, il y a des fondamentaux à assurer!* »

La Société hospitalière d'assurance mutuelle propose et met en place des « visites de risque » sur le terrain, au service des établissements. Chacune analyse la sinistralité de l'établissement et de chaque spécialité, explique le Dr Frédéric Fuz, et propose des recommandations. « *Je ne savais pas qu'il existait des actions conjointes établissement-assureur. C'est peut-être commercial, mais ça améliore la prise en charge du patient. En tout cas, je retiens que ça permet de réduire le montant de la prime d'assurance* » intervient dans la salle un gestionnaire de risques de centre médecine-chirurgie-obstétrique (MCO). Un participant lui répond, pour information : « *Chez moi, cette réduction a porté sur 50 000 €: ça couvre une bonne partie du coût de la gestion des risques!* »

Sigles

AVC : accident cardio-vasculaire
 CCECQA : Comité de coordination de l'évaluation clinique et de la qualité en Aquitaine
 CH(U) : centre hospitalier (universitaire)
 CME : commission médicale d'établissement
 CRUQPC : commissions des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge
 EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
 EI(G) : événement indésirable (grave)
 EPP : évaluation des pratiques professionnelles
 FEI : fiche d'événement indésirable
 FER : fiche d'événement remarquable
 GH : groupement hospitalier
 HAD : hospitalisation à domicile
 HAS : Haute Autorité de santé
 HCL : Hospices civils de Lyon
 MCO : médecine, chirurgie, obstétrique
 MEAH : Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers
 PEP : pratique exigible prioritaire
 PIII : plan d'intervention individualisé interdisciplinaire
 PPC : parcours patient coordonné
 QGR : qualité et gestion des risques
 RCP : réunion de concertation pluridisciplinaire
 RMM : revue de mortalité et de morbidité
 RU : représentant des usagers
 SSR : soins de suite et de réadaptation
 V2010 : référentiel de certification des établissements de soins par la HAS applicable depuis 2010

Reste au bilan des 150 visites de risques et des 1 200 recommandations : il y a un axe majeur de réduction du risque, pour tout établissement, c'est la tenue du dossier du patient.

Ce qu'il fallait savoir des derniers décrets et du plan stratégique de prévention des infections associées aux soins

Paule Kujas, Michèle Perrin et Cécilia Mateus, de la Direction générale de l'offre de soins, ont pu exposer le contenu des derniers décrets publiés. Dans le jeu de questions-réponses avec la salle, elles ont pu ainsi « faire le point ». Que montrent les enquêtes ? D'abord que la qualité des soins constitue la première attente des usagers... mais aussi celle qui leur apporte la plus grande satisfaction. On l'oublie trop. Ensuite que les décrets de 2010 font évoluer le cadre de la gestion des risques et de la qualité. Désormais, la gestion des risques est une mission de tous les établissements de santé, et la politique qualité/gestion des risques de l'établissement résulte d'une décision conjointe de la direction et des présidents de commission médicale d'établissement (CME). Nous ne retiendrons ici que quelques éléments essentiels. La réglementation s'oriente vers des exigences à atteindre et non plus vers des modes opératoires à suivre, avec un objectif collectif national de réduction des événements indésirables associés aux soins, et tout particulièrement les événements indésirables graves évitables. Elle renforce de nombreux éléments d'un dispositif global : la responsabilité de la direction et des présidents de CME, les moyens de la gestion des risques associés aux soins, le développement de la culture sécurité et de l'expertise méthodologique, les modes d'interventions opérationnels reconnus (RMM, cellule de retour d'expérience, événements indésirables, *check-lists*, équipe opérationnelle d'hygiène, commissions des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge [CRUQPC]...), les indicateurs fondamentaux devant faire l'objet d'une diffusion publique transparente.

Le Dr Anne Savey et le Pr Jacques Fabry (Lyon) ont éclairé les spécificités concernant le plan stratégique de prévention des infections associées aux soins, et sa formulation au niveau des établissements : politique globale, activités des acteurs de terrain, suivi des sujets sensibles (bactérie multirésistante et antibiotiques, notamment), articulation sanitaire/médico-social/soins de ville, indicateurs et diffusion d'informations.

Leçon d'un dilemme à partir de deux cas exemplaires d'EIG

Vaut-il mieux approfondir quelques événements indésirables et en déployer avec discipline les conclusions ou faut-il conduire un grand nombre de chantiers qualité impliquant tout le monde et recouvrant largement toutes les dimensions de l'établissement ? La démarche de certification et la priorisation des ressources exacerbent le dilemme. Oui, il est nécessaire d'approfondir certains

ELG, démontre le Dr Jean-Michel Guérin (hôpital Lariboisière) et il est aussi nécessaire d'apprendre à le faire. Car certaines causes sont profondes et transversales. Seules des analyses bien conduites nous les révèlent. Mieux vaut mettre nos efforts sur les plans d'actions pour corriger ces dysfonctions et la diffusion des recommandations, plutôt que de multiplier les enquêtes qui montreraient toujours les mêmes défauts.

Face au risque grave, bien se former, plutôt que tout protocoliser

Les organisations hautement fiables deviennent un enjeu clé et ce n'est pas l'inflation des protocoles qui nous fera progresser et nous motivera. Certains établissements l'ont compris. Ils innovent par la pédagogie et stimulent les situations graves et complexes pour apprendre à réagir en équipe. Venues du centre hospitalier universitaire (CHU) de Toulouse Ghyslaine Lopez et Christine Millaud ont ainsi présenté quatre séances différentes, chacune avec une situation d'anesthésie type, filmée puis débriefée. Tout le service y passe. « *C'est efficace parce qu'elles sont dans le vécu et que l'apprentissage est d'emblée collectif* » s'enthousiasme un chef de service qui ne veut pas de qualité de qualicien. « *Au moins, on travaille sur nous, pas pour des bureaucrates* ». Puis, à suivre une intervention retenue à la suite d'un article remarqué dans *Gestion hospitalière* de février 2010: *Capitaliser l'expérience et le savoir-faire dans le cadre d'une activité à hauts risques* relative à l'activité d'une unité de préparation centralisée des produits anticancéreux sous responsabilité de la pharmacie. Même dans le quotidien, nos croyances, valeurs et représentations, tout ce que l'on s'impose à soi et aux autres, sont des stressors potentiels, explique la consultante, Maria-Pia Stenne de Longueval. En direct dans l'atelier un grand nombre de ces représentations ont été revisitées et corrigées « *J'ai découvert l'omniprésence du subjectif et de l'affectif, même dans une activité technique.* » dit un cadre de santé, qui ajoute « *le management doit davantage les prendre en compte par l'écoute et la formation, sinon en voulant réduire certains risques, il en augmente d'autres.* »

Attention: révolution du risque en cours

Un symposium réunissait trois approches stratégiques du risque, celles de René Amalberti (Haute Autorité de santé [HAS]), du Pr Jean-François Bergman (hôpital Lariboisière - AP-HP), de Vincent Renault (directeur du groupe ALPHA SANTÉ). Complémentaires, elles débouchent sur une vision globale renouvelée. Avec de la hauteur, on observe bien que l'innovation s'accélère (médicaments, dispositifs médicaux, soins, génétique, éducation du patient, télésanté, assistance à la prescription, offre ambulatoire, hospitalisation à domicile [HAD], etc.). « *C'est un changement sans précédent depuis les années 1980* » conclut un ingénieur qualité venu d'Alsace. Les prochaines années vont transformer l'offre de soins et la compétition public/privé expose les intervenants. Le

défi des nouveaux risques suppose une coopération plus étroite et plus proactive des soignants avec les autres acteurs et en particulier avec le soutien des acteurs qualité gestion des risques (QGR). « *C'est décapant, dit un directeur. Au fond, si on continue comme avant, on va passer à côté de l'essentiel sur des sujets majeurs face aux nouveaux risques.* » Pour fixer les priorités stratégiques sur le terrain, il est nécessaire :

- d'avoir une vision réaliste de ces évolutions locales et de la traduire dans une politique d'établissement claire et affichée ;
- d'utiliser des méthodologies de travail collaboratif efficaces permettant de se focaliser sur l'essentiel, car en santé, les sources de légitimité sont multiples ;
- de repérer les marges de manœuvres internes (« *Quantitativement, il s'agit de travailler moins pour travailler mieux* » résume un directeur qualité et relations usagers). « *Je retiens que l'approche qualité/risques, c'est aussi de se battre contre les actes inutiles ou redondants. Ça bouscule nos habitudes.* » « *Chez nous, c'est pire, rebondit un participant. Il faudrait déjà que nous prenions davantage de bonnes habitudes et que nous appliquions les recommandations. Pour certains, il y a encore débat* » ;
- de s'organiser de façon efficiente, avec l'aide d'acteurs transversaux (qualité, gestion des risques, hygiène hospitalière, organisation), avec des structures réactives et responsables, proches du terrain où il y a une non-qualité organisationnelle à corriger ;
- d'agir rapidement. Après il sera trop tard.

Illustration de l'analyse précédente, la sécurité médicamenteuse aux urgences: que faire ?

Tel patient arrive aux urgences, on lui donne un traitement. Or l'analyse du centre hospitalier (CH) de Lunéville montre que pour près d'un patient âgé sur trois, ce traitement présente un risque médicamenteux, faute d'une connaissance fiable de ses traitements en cours. Ce risque est sous-estimé dans maints services d'urgence. Nous avons donc mis en place un dispositif de conciliation, explique Edith Dufay, pharmacien de l'établissement. Dans le cadre du programme de l'Organisation mondiale de la santé *High Five*, nous reconstituons le bilan médical le plus complet possible de tous les patients âgés de plus de 65 ans, en étroite liaison avec tous les professionnels de santé, y compris de l'ambulatoire et du médico-social. Nous revoyons aussitôt le médecin prescripteur afin qu'il confirme ou modifie les prescriptions. Les prescriptions conciliées sont fiables, le risque est maîtrisé. Le premier bénéficiaire est le patient. Qu'en pense le médecin ? C'est à la fois pour lui un gain de temps et une réduction nette des erreurs médicamenteuses. Les Pays-Bas ont compris l'enjeu, il est immense: ils déploient un programme de conciliation à 100 % ! Et nous, qu'attendons-nous ? Pour nos patients, il y a urgence d'agir !

2- De normatifs, les principes QGR deviennent plus systémiques

La qualité et la sécurité exigent des analyses transversales dans tous les secteurs. Une posture technique de qualicien ou gestionnaire de risque ne suffit plus. Il faut des dirigeants fortement impliqués, et il faut accompagner le management dans l'exercice de cette profonde évolution.

Une certification elle-même globale

Dans la V2010, la visite des experts de la HAS est centrée sur les pratiques exigibles prioritaires (PEP), les indicateurs locaux et nationaux, le suivi de la précédente certification, les notes basses de l'auto-évaluation et quelques audits aléatoires. Comment s'y préparer ? Christèle Bourson, directrice QGR du CH de Compiègne a restitué l'expérience d'un établissement pilote de façon très pédagogique. On retiendra ici que l'organisation des groupes d'auto-évaluation pluridisciplinaires constitue un premier choix déterminant. Son CH a ainsi constitué sept groupes comme suit, coordonnés par la cellule QGR : trois groupes « management de l'établissement » (management stratégique, management des ressources, management de la qualité et de la sécurité des soins), trois groupes « management des soins » (MCO, groupe soins de suite et de réadaptation (SSR) + soins longue durée + gériatrie, HAD), un groupe « support » (urgences, bloc opératoire, laboratoire, imagerie médicale). La certification peut devenir ainsi un *chek-up* impliquant tout l'encadrement à condition que ces réunions soient efficaces et qu'un esprit d'amélioration continue anime leurs participants.

Sabine Cohen (HAS), a complété le témoignage par le bilan des certifications, notamment sur les PEP, et les 22 critères représentant 80 % des décisions. « *L'approche globale doit même nous aider à nous renforcer sur nos fondamentaux* » précise un directeur d'hôpital privé. Concernant la certification, quels sont les projets à court terme de la HAS ? Un manuel révisé disponible en avril 2011 (adaptation aux établissements de soins en santé mentale et aux structures d'HAD, prise en compte de la réforme de la biologie médicale et de l'accréditation obligatoire des laboratoires, évolutions fonction du retour d'expérience et de l'actualité) et le démarrage en 2011 d'un travail sur des adaptations en soins de suite et réadaptation en dialyse.

Soutenir les initiatives d'amélioration

L'hôpital de la Tour, à Genève, par la voix de M. Farhat Ben Saad, directeur-adjoint à la direction des soins infirmiers, chargé de la qualité : « *On part du principe que chaque collaborateur possède un potentiel de création important qu'il peut mettre au profit de l'institution et des patients, que chaque personne puisse s'exprimer et se réaliser dans son travail. Nous avons fortement misé sur la qualité par projets* ». « *Yes, I can* » est le slo-

gan de l'hôpital de la Tour depuis 2002, avant Obama ! « *C'est un exemple qui fait réfléchir. Les équipes de soins disposent d'une année pour préparer leur projet puis d'une autre pour le réaliser. Cela libère le dynamisme des équipes de soins qui voient ensuite la concrétisation de leurs idées sur le terrain* » note une directrice des soins d'un établissement SSR du midi. Vu le succès de cette méthode, les autres départements ont demandé à participer, ce qui a été accordé par le directeur général. Un conseil : investissez dans des applications informatiques d'aide au pilotage, à la décision, au suivi des actions transversales. Cela nous a été bien utile, ajoute M. Ben Saad. Outre les améliorations du service médical rendu, deux indicateurs marquent les participants : le *turn-over* qui a nettement baissé, le traitement des EI qui est en très forte amélioration.

S'engager positivement pour renforcer les valeurs et le sens

Les conditions de travail, l'efficacité et la qualité des prestations doivent être pensées et suivies ensemble, de façon pluridisciplinaire. « *Nous nous sommes engagés dans une triple certification en 2010 : ISO 9001, NF, HAS, que nous avons passée sans réserve ni recommandation. Chacune nous fait faire des progrès complémentaires. Surtout, nous utilisons chacune d'elle pour renforcer notre identité et nos valeurs, à savoir RESP : respect, équité, solidarité, professionnalisme* ». C'est une conviction profonde que transmet ici le directeur, M. Halos et la présidente de la CME, Dr Lajugie : une approche basée sur l'humain, sur le positif (cf. Aaron Beck) et le collectif, soutenus par un fort engagement de la direction et de la CME, porte des fruits. Ce sont les agents qui donnent du sens aux multiples actions, notamment la communauté médicale. « *Ce qui fait que nous sommes sévères avec nous-mêmes et que nous recherchons une efficacité pérenne. En fait, nous travaillons tous la qualité de notre management.* » « *Pour dépasser la dimension normative des démarches qualité, ils travaillent la philosophie qui les anime, ça donne du sens aux actions sur le terrain, ça motive. C'est peut-être ce qu'il y a de plus profond à aller chercher. En tout cas, je ne m'attendais pas à un tel engagement d'un établissement de santé mentale !* » découvre un médecin responsable de la commission évaluation des pratiques professionnelles (EPP) d'un CHU.

Plus concrète, plus proche du terrain : la méthode suédoise

M. Edvinsson nous invite à avoir un regard neuf sur les micro-systèmes, sur les petites équipes de terrain, là où se fait la valeur ajoutée soignante et humaine. Il expose le vécu du *Quality Management* dans les trois hôpitaux du comté de Jonköping, dans le sud de la Suède, qui représentent une des plus belles et plus constantes politiques de management par la qualité en Europe sur ces quinze dernières années. Peu à peu, nous avons acquis une culture de l'amélioration de la valeur ajoutée soi-

gnante, de l'activité organisée comme un processus, de la formation au management des médecins, du tableau de bord équilibré et priorisé. Il nous a fallu nous changer nous-mêmes pour mettre en place cette *bottom up experience* (littéralement, une approche du bas vers le haut, du terrain vers la direction). À la sortie de l'atelier, les échanges se poursuivent entre participants : « *Ils sont très pratiques, avec leurs nombreux programmes work smarter (travaillons plus malin).* » dit un soignant. « *On devrait franchir le pas : prendre effectivement la place du patient, suivre un collègue et restituer nos observations, développer l'ergonomie pratique des lieux, des salles, des équipements. Tout ce qu'ils entreprennent est concret.* » ajoute un responsable qualité. « *Si c'est aussi efficace, c'est peut-être parce qu'ils ne font pas de grandes théories ! On sent qu'ils ont décidé d'améliorer l'établissement en améliorant réellement et fortement chaque unité sur le terrain* » conclut la directrice qualité d'un groupe privé.

Trop réactif, pas assez proactif : le virage culturel face au risque

La culture de sécurité des soins est en pleine émergence, comme le montre le Dr Jean-Luc Quenon, du CCECQA. En général, nous acceptons le risque de 10^{-3} accident médical par journée d'hospitalisation, alors que l'aviation civile fait 100 fois mieux, soit 10^{-5} catastrophes par exposition. On peut expliquer cet écart par notre retard culturel. Qu'est-ce que la culture sécurité ? C'est un ensemble cohérent et intégré de comportements individuels et organisationnels,

- fondé sur des croyances et des valeurs partagées (on peut en identifier un bon nombre de façon très simple : par exemple la croyance « *nous pouvons réduire les risques pour les patients à notre niveau* »);
- qui cherche continuellement à réduire les dommages aux patients, lesquels peuvent être liés aux soins (chaque semaine on pourrait répondre à la question « *qu'avons-nous fait cette semaine pour réduire les risques ?* »).

On peut évaluer le degré d'investissement collectif dans la sécurité sur une échelle en cinq niveaux, du pire au meilleur : pathologique, réactif, bureaucratique, proactif, génératif. C'est une culture du service collectif rendu : elle implique donc tous les professionnels et, au premier rang, toutes les instances. Les impacts sont nets : beaucoup moins de problèmes pour les patients, moins de coût global pour l'établissement et la collectivité.

Coincidence, dans un atelier voisin, le Dr Françoise Lalande, inspectrice générale des Affaires sociales, restituait un vaste retour d'expérience suite à diverses catastrophes et séries d'accidents mortels. Constat, les accidents sériels ont tous un point commun, il n'y a pas de cause unique, mais un faisceau inacceptable de circonstances tolérées. En conséquence, face à chaque cause (organisation, fonctionnement, formation, procédures, traçabilité, facteur humain...) des marges de manœuvre

peuvent changer le résultat final. C'est bien une culture qualité/sécurité déficiente qu'il faut appeler par son nom. Un jeune qualicien fait le bilan, avec ses yeux neufs : « *Vous évoquez deux signes qui montreraient que nous serions encore dans la réactivité, à savoir en cas de détection d'incident, la volonté de rassurer ; et en cas de problème, la volonté des entourages de minimiser les risques. Eh bien, dans mon établissement, nous les vivons chaque semaine !* ». « *C'est pour cela que nous en parlons, répond un participant plus chevronné : ils font encore partie de nos habitudes et se révèlent au final contreproductifs.* »

3- L'écoute du patient doit nous mener à des changements organisationnels

Une vision globale ne suffit pas : les détails comptent, surtout dans les activités opérationnelles. Descendons sur le terrain, allons dans les souterrains de la qualité.

Brancardage : les oubliés du système !

Véritable symbole du bon fonctionnement interne, le transport de patients entre services, est insuffisamment abordé comme il faudrait. Les priorités sont ailleurs. Au centre hospitalier régional de Metz-Thionville, on compte environ 140 000 transports internes par an, en lit, brancard ou chaise. Sauf que là, on s'est véritablement attaqué au sujet, en mai 2009, avec la Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers (MEAH), dit Pascal Gouilly, cadre supérieur de santé : réorganisation des équipes, informatisation, collecte des données en temps réel, y compris des multiples problèmes ce qui permet d'évaluer leur incidence et de les traiter. Au final, l'impact est considérable en termes d'efficacité, de satisfaction des professionnels et des patients. « *Ce que je découvre, dit un qualicien, c'est que le transport interne peut être piloté et amélioré en continu, comme des aiguilleurs du ciel. Heure par heure, ils ont des indicateurs fiables : nombre de transports, durée moyenne, ponctualité, taux et types de dysfonctionnements, et même l'impact des dysfonctionnements sur la performance du service, etc. Ce pourrait être un bon sujet de progrès. J'espère qu'on ne va pas attendre une série d'incidents graves.* »

Délais insupportables !

C'est une volonté autant qu'une méthode, qu'est venue présenter Clarisse Paget, responsable qualité CAPIO. La réduction des attentes subies par les patients est une amélioration du service rendu. Dès lors qu'on s'y attaque, les progrès sont au rendez-vous : certes les causes sont variées, comme les arrivées de patients à la même heure, des documents ou résultats absents, des plannings opératoires non respectés, un mésusage du score de Chung en sortie, ou des défauts d'accompagnement pour conve-

nance personnelle. Ou encore l'attente du praticien momentanément indisponible ! Mais ces causes sont en grande partie remédiables en interne, y compris en réorganisant les locaux pour simplifier et fluidifier le parcours patient, le rendre plus convivial. *« La qualité organisationnelle est rarement la préoccupation des médecins, qui en pâtissent autant que les autres, dit un médecin qui se déclare plutôt intéressé par les problèmes d'organisation. Un sujet non médical comme celui-ci, a pourtant des conséquences d'amélioration du service médical rendu sans compter une gestion plus fluide et moins stressante pour tous les professionnels, une réduction des coûts pour l'établissement, et une appréciable réduction de la durée d'hospitalisation pour le patient. Par contre il faut être aidé, car ça ne va pas de soi ! »*

Pas content!

Nul établissement n'est parfait, on le sait. Nous avons trop longtemps dédaigné prendre en charge correctement les réclamations des patients. La HAS en a fait une des PEP de la certification. L'hôpital Antoine-Béclère en a profité pour améliorer et uniformiser son système de gestion des réclamations. Un critère nous aiguillonne, dit Vivianne Belot : apporter une réponse rapide et adaptée aux plaignants. Ça dédramatise et alimente l'établissement en idées utiles tout en évitant un affrontement. *« Le point positif est qu'ils utilisent les réclamations comme levier de l'amélioration de la qualité de la prise en charge »* signale un représentant des usagers qui poursuit, *« c'est avant tout ce que nous souhaitons : notre but, ce n'est pas le judiciaire, c'est d'éviter que ça recommence »*.

L'interaction avec les usagers via le web

François Blanchardon, représentant des usagers, vice-président du conseil d'administration aux Hospices civils de Lyon (HCL), a présenté la maison des usagers en ligne : un espace fait pour et avec les usagers. Intégré au site des HCL, sa vocation première est informative. Mais l'interaction constructive se met en place, notamment avec une astucieuse boîte à suggestions en ligne. En outre, plusieurs moyens sont offerts à l'utilisateur pour qu'il puisse donner son avis : questionnaires de satisfaction, diverses enquêtes de satisfaction, relais des représentants des usagers.

Constructifs, les nouveaux représentants des usagers

Nous tâchons de passer d'un sentiment d'opposition à un sentiment de responsabilité partagé, explique Jean-Luc Plavis, représentant des usagers (RU) à l'hôpital Foch de Suresnes. Nous devons tous passer de la culture de la faute à celle de l'erreur instructive. Nous, les RU, devons participer activement aux CRUQPC, voire optimiser leur fonctionnement. Outre écouter et conseiller des patients qui nous contactent, notre rôle est celui d'une partie prenante constructive. Ça recouvre de nombreuses activités

qui participent à l'amélioration du service et à la réduction des risques : questionnaire de satisfaction, réflexion sur la mise en place d'une nouvelle signalétique, relecture des fiches d'information, refonte du livret d'accueil et du site internet de l'hôpital, révision de la procédure de gestion des plaintes, réflexion sur la maltraitance/bientraitance, implication dans les groupes de travail de la certification V2010, accès au directeur de l'établissement.

Filières de soins : organiser les interfaces entre les partenaires de santé

Le parcours du patient entre la ville et l'hôpital nécessite une coordination difficile dans les prises en charge multidisciplinaires. En effet, comment fluidifier au maximum ces différentes étapes pour constituer un *continuum* de prise en charge quand les acteurs sont autonomes ? Prendre le généraliste comme « pivot » ? Oui, à condition de lui proposer un ensemble lisible de ressources et de packages. C'est ce travail qu'a présenté Antoine Bacholle, directeur et Graziella Aboudou, qualicienne, de l'hôpital privé Beauregard/clinique Provence Bourbonne, à Marseille. La formalisation est écrite sur un document unique. Il met l'accent sur la coordination, l'information et la maîtrise des risques. Ceci nous a permis de créer une fonction de coordination hôpital/ville. *« C'est un bon principe et c'est un bon support. J'ai compris qu'il n'y a pas d'approche standard, résume un cadre venu de la Nièvre. Au moins, sur cette base pratique, on pourrait déjà renforcer des partenariats entre établissements (en l'occurrence entre MCO et SSR). »*

Pilotage des projets et des transformations stratégiques : du nouveau méthodologique

L'un des ateliers proposait un entraînement pédagogique à partir d'une étude de cas hospitalière, animé par deux consultants spécialisés dans la conduite du changement. Dans un premier temps, les participants ont été réunis en équipes et ont décrit ce que représente pour eux la conduite du changement dans le cadre de l'étude de cas, avec ses risques et opportunités. Puis, les équipes ont dû indiquer quelles valeurs devaient être renforcées et quelles autres devaient évoluer dans le cas étudié. *« La méthode était originale, dit un directeur qualité présent, puisqu'il nous était demandé de formuler ces valeurs à partir... d'un photomontage que nous devions réaliser à partir de photos découpées dans des piles de magazines mis à notre disposition. En fait, cela permet à des gens de métiers différents de s'accorder sur l'essentiel en s'exprimant de manière créative plutôt qu'analytique. »* Chaque équipe a ensuite présenté son photomontage au *paperboard* devant les autres *« ce qui a ouvert un débat contradictoire enrichissant, puisqu'on avait en main le même cas. On a vu que la dimension ludique n'empêchait pas d'être pertinent, au contraire, et même qu'elle évitait de la dramatisation inutile. »*

Après une série d'apports sur les points-clés de la conduite du changement, dont l'un des atouts est de

s'appuyer sur les phases du deuil analysées par le Dr Élisabeth Kübler-Ross et bien connues des unités de soins palliatifs, les consultants ont présenté un outil : la charte de projet. Puis les équipes ont déployé cette charte dans leur étude de cas. « *C'est bien de fixer noir sur blanc les contours d'un projet* » dit un directeur d'un établissement de santé mentale « *surtout avec un tel document qui fédère les parties impliquées et qui peut évoluer au cours du projet* ». Que l'on soit soignant ou gestionnaire, professionnel ou patient, le changement est toujours plus facile quand on dispose ensemble du même atout : la confiance.

4- Un progrès : « les méthodes QGR » au plus prêt du patient

Dès lors qu'on se fixe comme objectif d'améliorer la satisfaction des patients, le progrès est sensible. Moins gestionnaires, plus proches des professionnels, plus utiles pour le patient, les démarches qualité et risques doivent rester en contact permanent avec les équipes de terrain et au service du patient.

L'amélioration continue, c'est stratégique pour le patient. On a pu suivre l'exemple de la région du Veneto (50 hôpitaux, dont deux CHU à Vérone et Padoue) représentée par le Pr Ugo Baccaglini, qui est par ailleurs, président de l'*International Association for Ambulatory Surgery*. Notre région est maintenant passée à de gros volumes en chirurgie ambulatoire, indique-t-il, avec environ les deux tiers des actes. Ce qui a été essentiel, c'est l'apprentissage par boucles correctives à partir des détecteurs assez classiques : annulations, réadmissions, erreurs de sélection, sorties retardées, complications postopératoires évitables, etc. Et nous avons aussi exploité nos très nombreuses enquêtes de terrain détaillées, intitulées simplement « *comment pouvons-nous améliorer notre service ?* ». Nous avons régulièrement et rapidement pris en compte les observations remontant des enquêtes de satisfaction du patient. Nous sommes arrivés ainsi à un haut degré de fiabilité. C'est dans cet esprit que la clinique Jules-Vernes de Nantes, a mis en place une importante unité de chirurgie ambulatoire depuis cinq ans, avec plus de dix spécialités chirurgicales en activité. Anne Guyomarch, cadre du service ambulatoire, et Soizic Gouy, qualicienne/gestionnaire de risques sont venues illustrer comment leur unité accompagnait les équipes en amélioration continue : un management très communicant, des groupes d'amélioration permanents, notamment suite aux questionnaires des patients et aux fiches d'événement indésirable (FEI). Et on pourrait mieux faire, ajoutent-elles. « *Les outils de management et de qualité aident à percevoir plus vite les défaillances de l'organisation. Au final, leurs équipes sont très polyvalentes et très réactives. C'est essentiel en ambulatoire* » dit un adjoint de direction qui s'entend

répondre par sa voisine « *Oui, mais, contrairement à ce qui se dit, ce n'est pas l'activité ambulatoire qui produit ce résultat, c'est la façon de fonctionner.* »

Ne dites pas à ma mère que je m'occupe de la qualité d'une filière, elle me croit professeur au CHU

Pour décroiser, il n'y a pas que les fusions, les communautés hospitalières de territoire, les groupements de coopération sanitaire. Un sujet majeur à l'avenir sera la mise en place de filières de soins. Le CHU de Nancy est un établissement pilote en la matière, sur la filière ostéoporose. L'ostéoporose appartient aux grands problèmes de santé publique liés au vieillissement, au même titre que les maladies cardiovasculaires, les démences et les cancers, annonce le Pr Weryha. Sa prise en charge répond à trois objectifs, en amont et en continuité avec la filière gériatrique : soigner la maladie, prévenir la fragilisation et retarder la dépendance. En France, elle est responsable de 130 000 fractures par an et représente un coût direct d'un milliard d'euros. Or dans 95 % des cas, la première fracture ostéoporotique ne déclenche aucune démarche de prévention secondaire. Or il y a là un progrès considérable pour le patient. Nous avons articulé nos actions autour du service d'accueil des urgences et du service d'endocrinologie, sous la responsabilité opérationnelle d'une attachée de recherche clinique. Les médecins généralistes font habituellement bon accueil à cette filière. Nous avons échangé avec les rhumatologues libéraux et les chirurgiens orthopédiques. Mais les premiers considèrent la filière comme une concurrence déloyale et les seconds ne prennent pas conscience que l'absence de continuité des soins représente une perte de chance qui pourrait leur être reprochée. Pourtant, cette filière gériatrique ou pré-gériatrique s'inscrit comme une « *voie commune* » où la gestion de l'individu prime sur la gestion de la pathologie. « *Aucune norme, aucun texte ne régleme cette non-qualité. Or c'est bien un problème essentiel... de qualité !* souffle un gestionnaire de risque, qui précise : *alors on fait quoi ?* ».

Nous faisons tous partie de la filière de soins, mais chacun de son côté

Savez-vous que plus de 15 % des journées d'hospitalisation ne sont ni pertinentes ni justifiées ! C'est ce que montre un travail du Réseau bas-normand santé qualité, auprès de dix établissements MCO, coordonné par le Dr Marie-José d'Alche-Gautier. La revue de pertinence des hospitalisations, pour laquelle la HAS avait publié une méthode, se révèle complexe (24 critères) et peu déployée. Le projet multicentrique l'a réactivée et s'en est servi comme donnée d'analyse objective de la réalité. Les causes sont internes et externes : majoritairement, en raison des problèmes d'accueil du patient à la sortie. L'étude va plus loin et fournit des axes d'améliorations dans les établissements sanitaires (volet social, anticipation coordonnée de la sortie, staffs médicaux hebdoma-

daires, dossier du patient) et dans les structures d'aval (séjours de répit en SSR, lits d'hébergements temporaires en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes [EHPAD], infirmière coordinatrice de centre local d'information et de coordination et centre communal d'action social. « Ce volume d'hospitalisation excessive ne m'étonne pas. Nous devons avoir le même chez nous, dans le sud-ouest ! » reconnaissent un chef de service et un qualicien à la sortie de l'atelier *Qualité de la filière de soins*. « Mais allons-nous nous atteler à ce sujet ? En fait ce mistigri se refile entre le sanitaire et le médico-social ! »

Face au risque de la douleur : de l'urgence de quelques méthodes qualité

L'atelier 2 traite des apports des démarches qualité pour relever l'immense défi de la prise en charge de la douleur et son animation par les comités de lutte contre la douleur. Quatre enjeux principaux se dégagent. La douleur doit être considérée comme la « cinquième constante vitale ». Il nous faut la dépister, l'évaluer et tracer les données recueillies. Il s'agit d'un des objectifs des indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. « La douleur aiguë doit faire l'objet de procédures de soins pour soulager le plus grand nombre de patients. On est très en retard et les patients dégustent », précise, coopératif, un représentant d'usagers bien informé. Or, ces procédures connaissent un développement très inégal à corriger. La douleur chronique ne peut bénéficier que d'une approche individuelle. La satisfaction des patients reste l'élément principal à surveiller pour évaluer l'efficacité du processus de prise en charge de la douleur. Les recommandations professionnelles et les EPP sont encore insuffisamment activées. Le Dr Florentin Clère, du CH de Châteauroux, avait présidé le groupe de travail entre la Société française d'étude et de traitement de la douleur et la HAS. Il a présenté les neuf critères pertinents pour l'évaluation du syndrome douloureux chronique et nous a guidés d'une part pour élaborer les projets thérapeutiques en tenant compte des demandes du patient et d'autre part pour conduire une « EPP douleur chronique ».

Le Dr Jean-Paul Fontaine a restitué l'EPP douleur du service des urgences de l'hôpital Saint-Louis. Le fait déclencheur fut de reconnaître que la prise en charge de la douleur était centrale et que son amélioration aurait un impact non seulement sur les patients (trois sur quatre) mais sur leur entourage et sur le service des urgences. Le Dr Christine Pailler, oncologue et présidente de la CME de Santé service (HAD, Ile-de-France, représentant plus de 20 000 séjours de 20 jours en moyenne) a expliqué pourquoi la douleur est un critère qualité essentiel. Or il nous faut prendre conscience de la sous-estimation fréquente de la douleur par les soignants. Notre action contre la douleur nous a donné un langage commun, une approche et des outils d'analyse. Nous avons appris à davantage faire confiance aux patients et nous avons varié nos traitements : patients âgés, enfants, personnes communicantes/non communicantes.

Valorisation scientifique de la dimension humaine de la prise en charge des patients en situations précaires

Sébastien Doutréigne, anime le projet national MobiQual, il en a rappelé les objectifs et les moyens. Engagé avec la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie et la Société française de gériatrie et de gérontologie, MobiQual mobilise les acteurs du sanitaire, du médico-social et du domicile pour améliorer la prise en charge de la douleur, de la nutrition, du risque infectieux, de la dépression et des soins palliatifs. L'année 2010 est l'année de la revalorisation du retour à domicile. Les formations actions sont au service des professionnels : « C'est un programme de santé public qui est collaboratif et porteur de valeurs humanistes entre professionnels et patients » résume une directrice des soins.

Dans le contexte d'une médecine hospitalière de plus en plus technique et spécialisée, il est nécessaire de proposer localement des stratégies plus justes, qui ne reposent pas uniquement sur la maladie et l'organe, mais qui respectent l'intérêt du patient dans toutes ses dimensions. C'est ce que défend le Dr Claire Georges-Tarragano, qui a présenté la prise en charge des patients en situation de précarité à la permanence de l'accès aux soins et du service de médecine interne de l'hôpital Saint-Louis. C'est là l'origine de la mise en place des réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) médico-sociales et éthiques, qui sont ainsi le premier maillon pluridisciplinaire de la chaîne qualité. Initiées par une réflexion éthique, ces réunions permettent aujourd'hui de réaliser un décloisonnement opérationnel et de trouver la décision la plus juste dans l'intérêt du patient. Ce modèle d'organisation et la grille de décision multidimensionnelle que nous avons développée remettent l'humain au centre de la pratique. Outre qu'elle allie intérêts individuels et collectifs, cette approche aide à la prise en charge des cas complexes. « Il y a un résultat supplémentaire : ça évite des prescriptions inutiles et coûteuses et, ultérieurement, des prises en charges dramatiques. » C'est un véritable apport des démarches qualité aux missions de service public vers des populations vulnérables.

Mallette Confort de vie après un accident vasculaire cérébral (AVC)

L'équipe de soins de l'unité neuro-vasculaire du CHU de Nantes, en étroite collaboration avec l'association France AVC 44, avait mis en place un astucieux carnet de liaison entre la famille et les soignants et par voie de conséquence avait rompu l'isolement des proches en privilégiant les échanges durant l'hospitalisation et la phase d'évolution du patient. La question suivante s'est posée : comment mieux impliquer la famille dans le soin hospitalier et mieux l'accompagner après l'hospitalisation ? En avril 2008, dans le cadre d'un appel à projet, un nouvel outil d'aide aux aidants et aux patients, complément indispensable du livret, est élaboré et remporte la bourse de recherche paramédicale, sur le thème des Préoccu-

pations des patients et de leur entourage après l'accident vasculaire cérébral, proposée par la Société française neurovasculaire et France AVC, avec le concours des laboratoires SANOFI-AVENTIS et BRISTOL-MEYERS SQUIBB. « Avec ce kit de retour à la vie, on valorise la créativité d'une équipe de terrain. Ça me donne une idée pour mon établissement. J'espère que je serai suivie ! » dit une cadre de santé d'un hôpital local breton.

Maltraitance ordinaire, initiatives peu communes

La HAS a inscrit la prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance dans la liste des critères de qualité du nouveau référentiel de certification (V2010) des établissements de santé. On sait que le plus gros de la maltraitance ordinaire est consécutif à l'abolition de l'attachement familial et de la sollicitude des professionnels. Le principal moyen de prévenir le passage à l'acte maltraitant est la conscientisation de ces processus à l'œuvre et la prévention de leur survenue. Patricia Minary-Dohen, cadre de santé, « chargée de mission bientraitance » du Réseau qualité des établissements de santé de Franche-Comté nous a présenté une « EPP bientraitance » fortement mobilisatrice. L'expérience régionale de Franche-Comté a consisté en une évaluation initiale, une charte d'engagement, des actions pratiques, une mesure des progrès : une boucle vertueuse pratiquée dans un, deux, puis trois établissements de soins de longue durée. « Je trouve très originale, la démarche qui s'appuie sur un questionnaire institutionnel mais aussi sur un questionnaire individuel rempli par tous les professionnels » indique un directeur des soins de la région parisienne. Son avis est partagé car cette opération a suscité un intérêt très marqué de l'Agence nationale de l'évaluation du secteur social et médico-social : la bientraitance est un pont qui relie les trois secteurs social, médico-social et sanitaire.

Car du point de vue du patient, expliquent le Dr Caillon et Mmes Marland et Vansteenbergh, beaucoup de gestes maltraitants restent incompréhensibles : « On n'a pas frappé à la porte avant d'entrer, on ne m'a pas dit bonjour, le temps d'attente à la réponse à la sonnette a été trop long... ». Dans les FEI, trop de faits sont évoqués mais classés sans suite, considérés comme mineurs : la non-prescription d'antalgiques alors que tel souffre, le non-remplacement de couches pour tel autre incontinent. À la suite d'une remarque des experts visiteurs sur l'absence de réflexion coordonnée et formalisée face au risque de maltraitance, nous avons l'impression que nos collègues n'avaient pas conscience de leur propre déni. Devant nous, s'élevait une montagne à gravir. Nous avons communiqué, nous sommes allées voir à l'extérieur. Nous en sommes revenues mieux armées, nous avons libéré la parole dans les instances, nous sommes intervenues dans les services. Beaucoup reste à faire ! Mais les progrès sont nets et reconnus. « Nous vivons la même situation, expliquent deux représentantes d'un

établissement de l'autre bout de la France. Leur histoire est celle d'un petit groupe de professionnelles, seules à y croire. Elles donnent envie de continuer. Ça fait chaud au cœur ! »

Le chemin clinique, sous l'angle d'une démarche de conduite de changement participative autour du patient

Le chemin clinique commence à être connu et appliqué. Bien trop peu, malgré toutes les recommandations nationales et internationales sur le sujet. Le vrai débat sur le chemin clinique, c'est ce que l'on cherche à obtenir ensemble quand on se réunit autour de la table. Un bon exemple vient du parcours patient coordonné (PPC) en oncologie, présenté par l'hôpital privé d'Antony (Hélène Burlot, responsable qualité, Dr Gwenaël L'Helgouac'h, oncologue, Christella Aumont, cadre infirmière diplômée d'État en oncologie, Jean-Claude Bureau, directeur adjoint coordinateur cancérologie). Ce travail collectif a permis l'amélioration des réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) (préparation, déroulement, compte-rendu, pourcentage de bénéficiaires), l'amélioration du document traçant les points clés du PPC, l'amélioration des formulaires de liaison entre les professionnels, sans compter l'amélioration du fonctionnement collectif au service du patient.

En fin de vie, la qualité change la vie

Le groupe de travail Santé service de Dax, représenté par le Dr Rodière, a réussi à réduire les hospitalisations non pertinentes des patients accompagnés en soins palliatifs à domicile. Nadia Péoc'h, cadre supérieur de santé à la direction des soins, hôpitaux de Toulouse, a présenté un bilan approfondi de la loi Léonetti. Les progrès sont indéniables, mais les professionnels connaissent encore trop rarement le nom de la personne de confiance. L'Association Sainte-Marie, est un établissement SSR de 100 lits en oncologie et gériatrie, dont 20 lits en palliatifs. « Nous nous sommes transformés, témoigne son directeur, Cédric Tcheng. La qualité c'est surtout une vision de notre mission, de notre fonctionnement comme un tout, au service des patients. Cela suppose des convictions, de l'attention, de l'énergie, de multiples idées pratiques pour transformer un lieu de "fin" en un lieu d'envie donc... de "vie". En donnant un peu de soin et beaucoup de soi ». « Ils ont modifié la couleur, la lumière, ils ont fait appel à des chanteurs, des conteurs, des magiciens, des peintres. Pour moi, c'était impensable et pourtant ils l'ont fait » reconnaît un représentant des usagers. L'avenir : intégrer une troupe de danseurs en partenariat avec le théâtre Louis Aragon.



5- La science de la qualité/risques en évolution continue

La science de la qualité et des risques évolue grâce aux apports venant autant des travaux académiques que des innovations de terrain. Rester ignorant des premiers comme des secondes, c'est condamner son établissement à fonctionner comme autrefois, pire, à finir par rendre la qualité et la sécurité bureaucratiques. En un mot: indésirables. S'approprier les évolutions, en faire bénéficier les acteurs de terrain, c'est participer à la transformation du secteur sanitaire et médico-social. « *Nous sommes venus ici prendre soin de l'établissement qui soigne* » disaient deux participants. Le métier de transformateur industriel s'apprend, celui de transformateur hospitalier s'improviserait-il ?

La qualité des échelles de mesure infirmières... en un clic « *La partie la plus importante de notre art consiste à être en mesure d'observer correctement* » enseignait Laennec en 1822. Depuis, tant d'échelles de mesures cliniques ont été produites que les soignants s'y perdent ou n'ont souvent aucune idée de la validité et de la fiabilité des échelles qu'ils utilisent, déclare Cécile Piron, assistante de recherche. L'équipe de Micheline Gobert de l'université de Louvain a identifié plus de 140 échelles valides et les met à notre disposition, en ligne (téléchargement sur www.best.ugent.be) avec explications et conseils d'utilisation, grâce au programme BeST: *Belgian Screening Tools*. Ces échelles sont classées selon les contextes (domicile, maison de repos, hôpital, phase aiguë, chronique...), selon les populations (personne communicante, non communicante...), selon les champs d'application (douleur, dépression, agitation, délire...) et les ressources (matériel nécessaire, gratuité de l'instrument de mesure...). « *Il n'y a aucun doute que fonder son jugement clinique sur des données probantes contribue à l'amélioration de la qualité des soins* » indiquait Monique Rothan-Tondeur, directrice du département des sciences infirmières et paramédicales de l'École des hautes études en santé publique.

Monter un réseau pluridisciplinaire, un défi méthodologique

De plus en plus de projets sont transdisciplinaires. Comment associer des acteurs à la conception de produits et/ou de services innovants, mais qui, pour des raisons historiques et professionnelles, se connaissent peu ou pas encore ? Les raisonnements, les représentations, les objectifs mais aussi les désirs, les craintes et les interdits ne sont pas toujours compris et acceptés par les autres. Bien des projets transdisciplinaires pâtissent des chocs résultant de ces confrontations. Sans méthode, la dynamique est lente, chronophage et aléatoire. C'est pourquoi, le réseau du pôle Allongement de la vie, de l'hôpital

Charles-Foix à Ivry-sur-Seine, a recouru à la méthode PAT Miroir (peurs, attraits, tentations), proposée et déployée par Julie Le Cardinal et Benjamin Zimmer, respectivement enseignant-chercheur et doctorant au génie industriel et management en santé, de l'École centrale de Paris. Résolument innovante, la méthode a grandement et rapidement facilité la coopération des acteurs du réseau. Cet appui des sciences de l'ingénieur aux sciences médicales a produit des résultats formels (gouvernance, vocables et plans d'action communs) et d'autres plus informels (coopération, confiance, éthique, connaissance des autres, règles de management collaboratif).

L'innovation technique accroît les risques et les opportunités

Aux relatives faiblesses des évaluations cliniques des nouveaux dispositifs médicaux s'ajoutent celles des dispositifs qualité intra-hospitaliers. Même un dispositif médical banal, central, évident, quotidien peut ainsi passer inaperçu. Il y aurait plus urgent, voire plus important à travailler ! Quelle erreur ! À partir de l'article paru dans cette même revue, *Le lit, un dispositif médical méconnu*, une séance découverte a approfondi l'analyse et ses multiples extensions sur les dispositifs médicaux innovants. Eric Bertrand, gestionnaire de risques du groupement hospitalier Paré-Poincaré-Berck-Sainte-Périne (Paris), nous a aidés à reposer les questions : qu'est-ce qu'une innovation (il y en a de très simples) ? Comment distinguer les deux faces de l'innovation, à savoir risque et opportunité, et comment s'accorder sur des niveaux de risques acceptables ? L'hôpital importe des innovations, notamment techniques, et l'hôpital produit lui-même de plus en plus d'innovations multiples. Tel établissement devient innovant, tel autre suiveur. Nous devons maintenant voir l'innovation comme faisant partie de notre métier et nous devons gérer notre propre « processus d'innovation » : définir des cibles d'innovation, maîtriser les conditions de leur expérimentation (mise en œuvre, assimilation, usages réels et impacts), équilibrer le portefeuille de projets innovants.

Notre spécificité tient dans l'importance des variables non quantifiables et dans le respect de valeurs non négociables : la vie, le respect, l'éthique. « *Faute de traiter le flux d'innovation en face, en tant que tel, nous sommes débordés de toute part. Jusqu'à maintenant, je traitais les questions une par une. La file d'attente s'allonge ! Ça me conforte dans l'idée que c'est un sujet à aborder en tant que tel dans nos instances et comité de direction* » déclare un gestionnaire de risque. Prenant l'angle spécifique de la matériovigilance, Josseline Bertrand-Barat, du CHU de Bordeaux, a rappelé l'articulation entre le dispositif national (à l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé) et les correspondants locaux (dans les établissements), et entre les établissements et les fournisseurs. Le respect des bonnes pratiques initiales, sur les matériels innovants, ne garantit pas l'absence de risques. La dynamique active de signalement et de trai-

tement est essentielle pour faire évoluer le matériel, la notice, les usages, etc., et pour nous placer tous dans une démarche collaborative de sécurisation continue.

Des spécificités dans tous les domaines

En radiothérapie

Les accidents d'Épinal et de Toulouse ont marqué tous les professionnels. L'arrêté de janvier 2009 oblige les établissements à mettre en œuvre une démarche qualité. Le centre de radiothérapie de Dunkerque (GÉNÉRALE DE SANTÉ) a présenté comment son engagement *via* l'ISO 9001 lui a permis de progresser régulièrement depuis plus de deux ans, dynamique accélérée avec un chantier MEAH. La directrice, Véronique Louhichi, s'est formée à la qualité et gestion des risques. Elle a pu ainsi mettre elle-même en place une organisation par processus, des méthodes qualité (manuel qualité, indicateurs, FEI, audits internes, vocabulaire QGR, PDCA [*plan, do, check, act*]) et un management structuré (objectifs, revues, pilotage). Les référentiels *international standard organisation* (ISO), Agence de sûreté nucléaire et HAS sont cohérents entre eux : les audits ont notamment été un véritable levier de progression et de capitalisation des expériences, donc de maîtrise toujours plus fiable du risque.

En imagerie

Du label Labelix de l'imagerie libérale à la certification des prestations en imagerie médicale (portée par toute la profession d'imagerie médicale, avec le soutien du Collège professionnel de la radiologie française et de la HAS), la démarche qualité aborde désormais en connaissance de cause le dilemme « management *versus* médecine » : pour le radiologue chef d'entreprise ou de service, c'est désormais les deux ensemble, explique le Dr Lecllet, du cabinet OPTA-S, lui-même radiologue. La démarche intègre désormais les exigences métiers autant que la construction d'un système de management de la qualité et répond aux attentes des tutelles, HAS, contrats pluri-annuels d'objectifs et de moyens et agences régionales de santé.

En information médicale

Le Dr Frenkiel a présenté PRIMAQ (Production de l'information médicale en assurance qualité), une approche spécifique de l'assurance qualité en information médicale, inscrite dans le projet médical stratégique du groupement hospitalier (GH) Cochin-Broca-Hôtel Dieu. La fiabilité va de pair avec l'efficacité du service. Elle repose sur une relation de service clarifiée avec les clients internes, plus de 60 à Cochin, et institue des audits service par service, des protocoles de codage, une détection des non-conformités, des actions correctrices, l'élaboration d'un système documentaire et la professionnalisation des techniciens.

Aux laboratoires

Le Dr Anne Gruson du CH d'Arras et le Dr Odette Agulles du CHU de Nancy, ont présenté le cadre de la nouvelle

accréditation obligatoire du laboratoire de biologie médicale (normes NF EN ISO 15189 et 22870) et son impact sur la certification des établissements de santé. Ces cadres normatifs reconnaissent le biologiste comme un acteur médical à part entière qui assume la responsabilité de la qualité des examens où qu'ils soient réalisés et donnent les principes pratiques pour assumer cette responsabilité dans la durée. En matière de contrôle externe, la HAS et le Comité français d'accréditation se partagent le travail : à la première, les prescriptions et activités de prélèvement, au second, les procédures de prélèvement. Dès novembre 2013, le recours à un laboratoire de biologie médicale engagé dans la démarche d'accréditation sera obligatoire après novembre 2016. C'est maintenant tout le circuit des examens de biologie médicale qui bénéficie des apports des démarches qualité et gestion des risques. Enfin, le Dr Yannick Costa a illustré la réponse à la problématique de la gestion documentaire du laboratoire de biologie médicale du GH de Marne la Vallée (Lagny, Meaux, Coulommiers).

Ne pas perdre la motivation du patient addictif, vous l'espérez ?

La prise en charge des patients addictifs dans un centre spécialisé pour sevrage et soins complexes demande à ces derniers d'assumer une position active dans leur processus de changement. La faiblesse de la motivation constitue un obstacle à la prise en charge. Notre hypothèse, explique le Dr Nicole Hugon, était que l'instauration d'un espace de parole qui réunirait soignants et patients, favoriserait leur implication dans les soins, tout en réduisant leur souffrance. Depuis janvier 2008, nous utilisons une technique inspirée de la thérapie communautaire, développée au Brésil depuis une vingtaine d'années, et retenue en 2010 comme priorité nationale au Brésil par la Conférence nationale de santé mentale. « *Leurs résultats sont très encourageants notamment la réduction significative des abandons de cure* » dit notamment un médecin de Vendée.

Rendre le patient acteur de son projet, vous y pensez ?

Le plan d'intervention individualisé interdisciplinaire (PIII) est une méthodologie formulée par AUSTER, association pour l'information scientifique et technique en réadaptation : la bientraitance au cœur de la démarche qualité, présenté par P. Boulanger, responsable QGR de l'hôpital SSR de Sancellemoz. Qui ne s'est jamais posé la question : comment le patient peut-il devenir acteur de son projet ? Le PIII est articulé à partir d'une réunion pluri-professionnelle destinée à permettre au patient et à la famille d'être co-auteurs des objectifs et d'être placés au centre de la réadaptation. Le déroulement des PIII en fait une quasi EPP : on compare le service espéré avec le service promis, et le service pratiqué avec le service perçu. Chaque réunion est préparée par tous ses participants, puis conduite sous l'égide d'un facilitateur. Ses

actions sont suivies méthodiquement. Ce n'est pas une théorie mais une réalité : les patients bénéficient de trois réunions de PIII au cours de leur séjour (début, milieu, et un peu avant la fin).

Rendre la qualité désirable, vous n'y pensiez pas!

Qui ne s'est jamais posé la question : que faire dans un contexte de résistance au changement ? Audrey Bayard, responsable qualité-risques à l'hôpital de Villeneuve-de-Berg a témoigné d'une innovation peu commune : la mise en place des fiches d'événements... remarquables (FER). Exemple récent : une résidente, arrivée en EHPAD suite à une hospitalisation, se montrait agressive, renfermée. Les agents ont organisé pour elle une sortie à domicile. Ses voisins, prévenus, étaient présents. Depuis,

cette personne a complètement changé de comportement. C'est un bénéfice partagé pour les agents et la résidente. Cette expérience, qui peut sembler banale, est ainsi valorisée et va être reproduite.

Est-il besoin de détailler les motivations originelles du directeur de la responsable assurance qualité et de la psychologue ? « C'est une reconnaissance des actions qui apportent une vraie valeur ajoutée du travail au quotidien » affirme un directeur qualité d'un gros établissement qui regrette aussitôt « de ne pas y avoir pensé plus tôt ». En moyenne trois FER par mois sont traitées (signalement, diffusion, analyse pluridisciplinaire, généralisation). Ces FER génèrent des émotions positives, du dynamisme, et ouvrent un nouveau canal de communication. Finalement, rendre la qualité désirable, y pensez-vous ?

Prix JIQHS 2010 des posters (communications scientifiques affichées)

Catégorie

Qualité gestion des risques

PRIX DU JURY

Risque nutritionnel du patient âgé

CH de Valenciennes

► Florence Bernachon

(bernachon-f@ch-valenciennes.fr)

PRIX DU PUBLIC

Itinéraire d'un patient choyé : Luc Vincent

GH Saint-Vincent (Alsace)

► Marie-Claude Padellec (mc.padellec@ghsv.org)

Autres posters nominés

Sécurisation du circuit du médicament –

Audit et cartographie des risques

Réseau CRIQUE de Vendée

► Philippe Le Roux (philippe.leroux@chd-vendee.fr)

Bénéfice de visites de services

« Diagnostic qualité »

CHU de Nîmes

► Julien Delonca (dqgr@chu-nimes.fr)

Catégorie

Évaluation des pratiques professionnelles

PRIX DU JURY

Amélioration du bon usage des médicaments dans les services soins

CHU de Limoges

► Michèle Megne Wabo

(megnemichele@yahoo.fr)

PRIX DU PUBLIC

Optimisation de la prise en charge du patient stomisé : une démarche d'éducation thérapeutique intégrée dans un parcours patient coordonné

Hôpital Beauregard (Marseille)

► Graziella Aboudou

(mgudefin@hp-beauregard.fr)

Autre poster nominé

Évaluation de la qualité de la prescription chez la personne âgée

CH du Val de Saône

► Sophie Monasson (smonasson@ch-gray.fr)

Bilan : un CHU, un grand CH, un CH local, un groupe d'établissements de santé privés d'intérêt collectif, une clinique privée, un réseau régional : un beau palmarès qui illustre la diversité des innovations du terrain en matière de qualité et de sécurité ! Les résumés des 30 posters sont publiés sur le site www.jiqhs.fr