



Comité de Coordination de l'Évaluation Clinique et de la Qualité en Aquitaine

Bulletin d'information du

n°27
06/2011

CCECQA

CCECQA - Hôpital Xavier Arnoz - 33604 Pessac cedex
Tél. 05 57 65 61 35 - Fax. 05 57 65 61 36
E-mail : secretariat@ccecqa.asso.fr - <http://www.ccecqa.asso.fr>

Editorial

De la conjecture au « Theorem »

« Les recommandations de bonnes pratiques sont très inégalement, voire insuffisamment appliquées », cette assertion est souvent retenue lors des discussions sur les évaluations des pratiques professionnelles. Le postulat de départ est qu'elles sont méconnues, oubliées, non reconnues ou jugées *a priori* inapplicables car établies pour un patient standard qui n'existe pas. Pourtant, elles sont souvent élaborées avec les professionnels (sociétés savantes), adaptables en fonction de la situation particulière du patient et aussi largement diffusées et même accessibles sur Internet.

Face à ce constat, les dirigeants se sentent un peu démunis et en général multiplient les informations, les formations, les diffusions de supports pour rappeler le contenu des recommandations aux équipes. Ils posent l'hypothèse que la communication est l'élément déterminant dans l'appropriation des recommandations.

Les résultats de l'étude « Theorem » donnent un éclairage un peu différent et peuvent suggérer d'autres pistes d'actions. Ils permettent de mettre en évidence plusieurs facteurs favorisant l'appropriation des recommandations par les équipes médicales et paramédicales :

- des facteurs structurels liés à l'équipement informatique des services (existence de prescriptions informatisées, existence de résultats de prescriptions informatisées). Il favorise la mise à disposition et permet de mettre en place des alertes, des rappels sur le contenu des recommandations,
- des facteurs humains et individuels qui font ressortir l'importance de la spécialisation des médecins dans la discipline concernée par les recommandations et l'expérience clinique dans cette même discipline,
- des facteurs managériaux comme l'importance du soutien des responsables de service et de pôles, la richesse de la vie d'équipe (bonne relation entre médecins et paramédicaux, absence de concurrence entre les médecins, écoute des paramédicaux par les médecins, gestion collective des conflits).

Les dirigeants disposent donc de leviers grâce aux équipements, mais aussi en influençant les facteurs managériaux. Il s'agit là d'agir sur la culture organisationnelle, c'est-à-dire sur des valeurs, des attitudes, des perceptions, des compétences, et des modes de comportement individuels et du groupe qui vont aussi déterminer l'appropriation des recommandations. Cette modification du climat de travail est bien sûr une mission au long cours pour les responsables de proximité, mais elle est le gage d'une véritable appropriation des recommandations. Le questionnaire de culture organisationnelle mis au point dans le cadre de l'étude Theorem constitue un outil intéressant pour identifier les dimensions à développer : acceptation des normes, coordination au sein du service, diffusion de l'information, soutien du chef de service et du chef de pôle...

Comme pour la culture de sécurité, l'hypothèse de l'influence directe des responsables sur l'ambiance de service, sur les valeurs partagées et les comportements est à nouveau démontrée. Les managers sont les éléments clés du théorème sur la culture de service...

Alain Hériaud

Directeur Général CHU de Bordeaux

Les prochains ateliers 2011

- 28 juin : Management et qualité des soins : Retours d'expériences régionales (TheORem) et actualités nationales
- 11 octobre : Journée Réseau PERINAT-CCECQA «Événements indésirables et pratiques en périnatalité»

**Le 2 décembre 2011
à Morcenx**

se déroulera la prochaine
journée du CCECQA

« Le temps des patients »

Le ministère de la santé a promu l'année 2011, année des patients et de leurs droits. Le CCECQA a souhaité participer à cette opération au travers de sa journée régionale, organisée avec le CH de Dax et le CH de Mont-de-Marsan. Deux droits des patients sont ciblés : le droit à l'information des soins et le droit au respect du temps. Une large partie de la journée sera consacrée aux témoignages de patients et de professionnels de santé.

Pré-programme et appel à
communication :
www.ccecqa.asso.fr

Plateforme Régionale d'Appui à la Gestion des Événements Indésirables - Aquitaine

La PRAGE, avec l'ARS,
rencontre les établissements
de santé en juin et juillet,
pour décrire son activité et
recueillir les besoins des ES

Pour plus d'information
Dr Régine Léculee
05.57.62.31.16
regine.leculee@ccecqa.asso.fr

Nathalie Robinson
05.57.62.31.16
nathalie.robinson@ccecqa.asso.fr

Les prochaines formations-actions 2011

- Prise en charge de la douleur : 15 septembre
- Prise en charge et droits des patients en fin de vie : 22 septembre
- Maîtrise du risque infectieux : 29 septembre
- EPP1(J3) - Approche par échanges entre pairs (réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP), staff-EPP) : 17 novembre



Theorem

Les profils organisationnels et managériaux des services de médecine associés aux bonnes pratiques

Face à la politique actuelle d'élaboration de Recommandations Professionnelles (RP) et de généralisation de l'évaluation des pratiques, le problème de l'appropriation des RP par les professionnels concernés et donc du choix des modalités optimales pour les mettre en œuvre est crucial.

Des travaux ont clairement identifié que les éléments organisationnels et managériaux des établissements de santé, comme par exemple l'existence d'échanges entre professionnels, le style de management et de leadership du service, la charge de travail, influent sur la qualité des soins, mesurée par des indicateurs de performance, et plus particulièrement sur l'appropriation des RP (1). De nombreuses questions restent encore en suspens dans ce domaine :

- Le management et les caractéristiques organisationnelles des services et établissements de santé ont besoin d'être mieux définis et circonscrits, notamment dans le contexte hospitalier français. Aucun outil n'a encore été ni élaboré ni validé en France pour permettre de caractériser le contexte managérial et organisationnel des services.
- Le lien précis entre contexte managérial et organisationnel et appropriation des RP doit être précisé et approfondi.
- Il serait important de déterminer en quoi les facteurs individuels, qui ont un rôle connu dans l'appropriation des recommandations, interagissent sur le lien entre management et organisation et appropriation des RP.

Des équipes françaises ayant une expérience dans le domaine de l'appropriation des RP, de la validation d'outils et de la gestion des établissements de santé ont cherché à potentialiser leurs compétences et leur puissance d'investigation pour répondre à une question de recherche fondamentale dans le domaine de l'appropriation des RP et donc des performances cliniques des établissements de santé.

Les objectifs du projet étaient les suivants (figure 1) :

- Elaborer et valider un outil d'identification du contexte managérial et organisationnel dans les services de médecine ;
- Identifier les caractéristiques managériales et organisationnelles des services de médecine les plus fortement associées à l'appropriation de RP ;
- Identifier les caractéristiques individuelles des professionnels de santé interagissant sur le lien entre caractéristiques managériales et organisationnelles et appropriation des RP.

Méthode (Cf. encadré)

L'échantillon d'étude comprenait 890 professionnels (379 AS, 372 IDE et 139 médecins) issus de 36 services de médecine au sein de 33 établissements (7 CHU, 9 CH de grande taille, 14 CH de petite taille et 6 cliniques). Le taux de retour des questionnaires variait de 77 à 84% selon le type de questionnaire et la catégorie professionnelle.

Le tableau 1 présente les scores sur 10 obtenus en moyenne aux vignettes cliniques, par catégorie professionnelle.

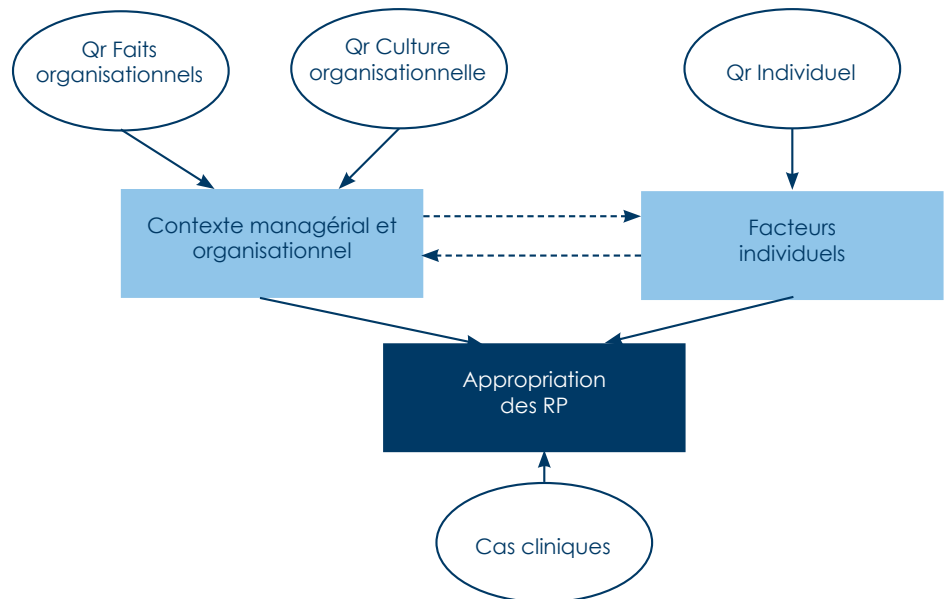


Figure 1. ThéORem - Représentation des objectifs et des outils associés.

	AS (N=370)			IDE (N=371)			Médecins (N=136)		
	n	Moy (/10)	IC _{95%}	n	Moy (/10)	IC _{95%}	n	Moy (/10)	IC _{95%}
Sur la prise en charge de l'IC									
N°1	196	8,1	[7,8 - 8,5]	190	7,0	[6,7 - 7,3]	69	3,2	[2,7 - 3,7]
N°2	174	5,8	[5,5 - 6,1]	181	3,7	[3,5 - 3,9]	67	2,3	[1,8 - 2,8]
Sur la prise en charge du diabète de type II									
N°1	183	6,0	[5,7 - 6,3]	175	6,7	[6,3 - 7,1]	65	6,7	[6,0 - 7,3]
N°2	187	6,4	[6,1 - 6,7]	196	4,8	[4,5 - 5,2]	71	7,2	[6,6 - 7,8]
Sur la prise en charge de la douleur									
N°1	185	4,8	[4,5 - 5,5]	185	5,1	[4,7 - 5,5]	67	3,0	[2,3 - 3,6]
N°2	185	5,2	[4,9 - 5,6]	186	7,1	[6,7 - 7,4]	69	3,7	[3,1 - 4,3]

Tableau 1 : Scores moyens sur 10 des vignettes cliniques - Répartition par thème et par catégories professionnelles

Méthode

Outils d'évaluation

Le contexte organisationnel et managérial a été identifié au travers de deux questionnaires : un questionnaire de culture organisationnelle et un questionnaire de faits organisationnels. Ces deux outils ont été construits par un groupe de travail composé d'experts en méthode, en gestion et en sociologie, à l'issue d'une recherche approfondie de la littérature des questionnaires de culture organisationnelle d'une part, des facteurs organisationnels associés à l'application des recommandations d'autre part (2), et en s'appuyant sur les éléments connus et validés de description organisationnelle des services.

Le degré d'appropriation des RP a été mesuré via des cas cliniques, élaborés par un groupe de praticiens médecins et infirmiers. Les cas portaient sur trois thèmes cliniques : la prise en charge de la douleur, la prise en charge de l'insuffisance cardiaque chez la personne âgée, la prise en charge du diabète. Deux cas ont été construits pour chaque thème clinique et chaque catégorie professionnelle soignante (médecin, infirmier diplômé d'état - IDE, aide-soignant - AS), constituant ainsi une banque de 18 cas. Chaque cas se présentait sous un

format identique : présentation de la situation clinique, suivie de trois questions dont les réponses étaient en lien direct avec le contenu des RP.

Le questionnaire individuel interrogeait les professionnels sur des facteurs individuels identifiés comme associés à l'appropriation des RP (2).

Recueil de données

Les données ont été recueillies au sein de 36 services de médecine polyvalente, tirés au sort, répartis au sein de cinq régions françaises (Aquitaine, Bretagne, Franche-Comté, Poitou-Charentes, Rhône-Alpes). L'échantillon d'étude était constitué de l'ensemble des professionnels médecins, IDE et AS des services participants. Chaque professionnel a répondu à trois cas cliniques (un par thème clinique), au questionnaire de culture organisationnelle et au questionnaire individuel. Le questionnaire de faits organisationnels a été complété par un collectif du service. Le recueil a été organisé de façon à garantir la confidentialité totale des données.

Analyse statistique

Les réponses obtenues à chaque cas clinique par chaque professionnel ont été quantifiées par un score standardisé sur dix.

La validation du questionnaire de culture organisationnelle a été réalisée en trois temps :

1) Une étape exploratoire reposant sur les méthodes traditionnelles de validation métrologique d'outil de mesure : analyse descriptive (taux de réponse, saturation), analyse de la structure (corrélations et analyse factorielle), analyse de l'homogénéité des composantes (alpha de Cronbach) ;

2) Une étape confirmatoire menée grâce à un modèle d'équations structurelles (MES) : confirmation de la structure (poils externes normalisés, indice de Goodness of Fit - GoF), confirmation de l'homogénéité (rho de Dillon et Goldstein), hiérarchisation des dimensions (coefficients structurels).

3) La reproductibilité du questionnaire a été étudiée par un test-retest en utilisant le coefficient intra-classe (CIC). Les facteurs associés à l'appropriation des RP ont été recherchés en utilisant une stratégie de modélisation reposant sur des modèles multivariés hiérarchiques de régression linéaire. Cette méthode permettait de prendre en compte le fait que le degré d'appropriation, variable à expliquer, était mesuré par trois scores pour chaque professionnel répondant. De plus, un effet aléatoire au niveau service permettait de prendre en compte la variabilité intra-service des réponses des professionnels.

Le questionnaire de culture organisationnelle validé comprend 83 questions à cinq modalités de réponse (échelle d'accord), réparties en 21 dimensions. Le questionnaire était caractérisé par d'excellentes performances métrologiques : excellent taux de remplissage (97% en moyenne), excellente qualité du modèle externe (indice GoF égal à 0,99), bonne homogénéité (rho de Dillon et Goldstein compris entre 0,76 et 0,93). Pour chaque dimension du questionnaire, un score a été attribué, moyenne des pourcentages de réponse « Tout à fait d'accord » et « D'accord » à chacune des questions de la dimension. Seules trois dimensions n'ont pas fait l'objet de calcul d'un score. Les résultats globaux du questionnaire de culture organisationnelle sont présentés dans la figure 2.

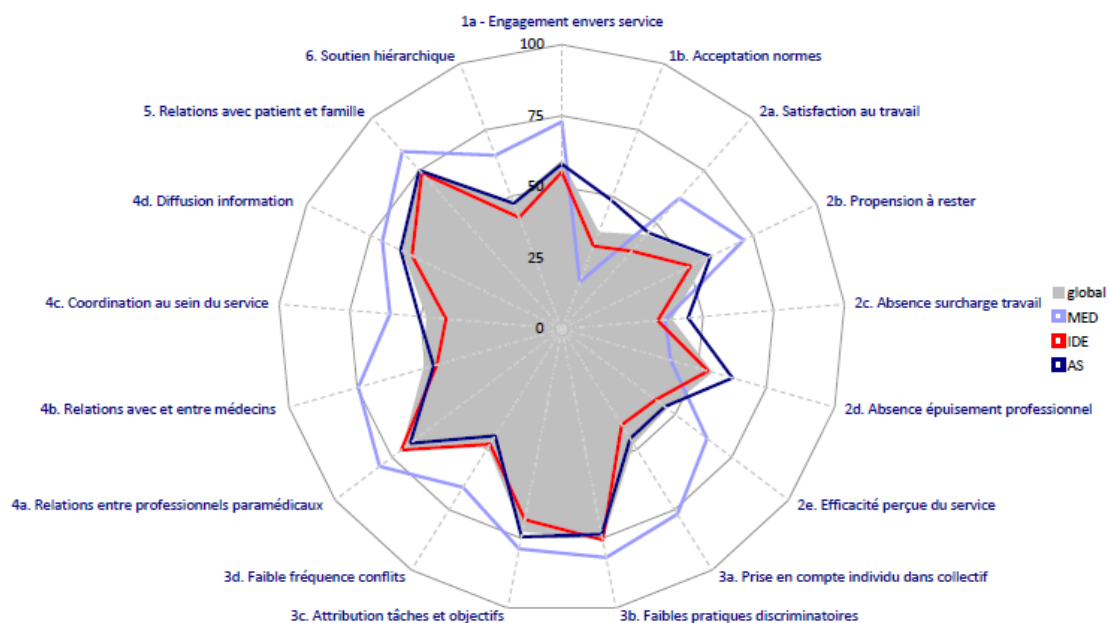


Figure 2. ThéOREm - Représentation en radar des scores moyens aux 17 dimensions scorées du questionnaire de culture organisationnelle - Répartition par catégories professionnelles.

Les dimensions les plus développées étaient les relations avec le patient et sa famille, les relations entre les professionnels paramédicaux, l'attribution des tâches et des objectifs, les faibles pratiques discriminatoires et l'engagement des professionnels dans le service. Les dimensions les moins développées étaient l'acceptation des normes, l'absence de surcharge de travail, l'efficacité perçue du service, la prise en compte de l'individu dans le collectif, la faible fréquence des conflits entre professionnels, les relations avec et entre les médecins et le soutien du chef de service.

Les facteurs associés de façon indépendante et positive à l'appropriation des RP ont été les suivants : 1) Facteurs individuels : âge des professionnels non élevé, expérience en diabétologie et activité en cardiologie ; 2) Facteurs de culture organisationnelle : pré-occupations liées au travail présentes mais non obsédantes, gestion collective de conflits sans recherche à tout prix de consensus, entente entre les médecins et les paramédicaux (absence de concurrence entre les médecins, écoute des paramédicaux par les médecins), présence du chef de service convaincant, ambitieux, établissant des relations amicales ; 3) Facteurs structurels : équipement informatique (existence de résultats d'examens informatisés, informatisation des prescriptions), présence médicale spécialisée (part élevée de médecins spécialistes, disponibilité d'un gériatre), mobilité des aides-soignantes, durée de séjour intermédiaire (7-10 jours en moyenne), grande capacité en lits.

Cette étude, menée sur un large échantillon de services et de professionnels, a permis d'élaborer et de valider le premier questionnaire de culture organisationnelle en France qui constitue un outil de diagnostic managérial et un outil de suivi des actions managériales dans les services.

Elle a permis d'identifier les facteurs les plus fortement associés à l'appropriation des RP, reflet de la performance clinique des services. Ressort ainsi comme performant un profil de service qui allie :

- un certain dynamisme au travers d'une durée de séjour pas trop importante, un équipement important notamment informatique, une mobilité des aides-soignantes
- une présence médicale spécialisée
- une vie d'équipe centrée sur la prise en compte de la dimension collective et l'entente.

Ces conclusions vont permettre de guider les actions managériales pour optimiser la performance clinique des services pour une meilleure prise en charge des patients et le bien-être au travail des professionnels.

Cette étude a aussi permis d'établir pour chaque service participant un diagnostic managérial et une évaluation des pratiques cliniques. Les services ont reçu leurs résultats en deux temps : un premier temps concernant les réponses aux cas cliniques, identifiant pour chaque thème de prise en charge (douleur, diabète, insuffisance cardiaque) les critères cliniques sur lesquels les équipes étaient performantes et ceux pour lesquels une amélioration était à porter ; un second temps concernant leurs caractéristiques organisationnelles et managériales. Ces derniers résultats caractérisent chaque service d'un point de vue managérial, apportant ainsi les informations leur permettant d'identifier des pistes pour une amélioration de leur gestion en interne. Le CCECQA souhaite proposer aux services ayant participé à Theorem des actions managériales adaptées à leur diagnostic et mesurer l'impact de ces actions. Ce prolongement du projet Theorem est proposé à l'occasion de la venue du CCECQA dans chaque service en Aquitaine pour la restitution globale des résultats.

Le projet Theorem apporte des informations précieuses autour du thème du management et de la qualité des soins. La journée du 28 juin permettra de restituer à la région l'ensemble des résultats de Theorem, de présenter d'autres travaux et outils développés sur ce thème, et de mettre en avant les dispositifs nationaux en place et les perspectives pour la région. Un grand témoin nous aidera à identifier les connaissances acquises, les apports des dispositifs nationaux ainsi que les pistes de recherche.

Composition des groupes de travail

Comité de pilotage

JP Dumont (Enseignant chercheur en sciences de gestion, ENSP, Rennes)
Dr P Durieux (Chef de service de l'Unité d'Epidémiologie clinique, Hôpital Georges Pompidou, Paris),
N Angelé-Halgand (Maître de conférences universitaire, Département de santé publique, Université de Nantes)
Pr P Lombrail (Professeur de Santé Publique, CHU Nantes),
Dr P Nachin (Directeur du Requa, Besançon),
Dr F Riou (MCU-PH département de santé Publique, Université de Rennes),
Dr F Saillour-Glénisson (Médecin de Santé publique CCECQA, responsable scientifique du projet),
M Sibé (Professeur de Gestion, ISPED, Université Victor Segalen Bordeaux 2, Bordeaux),

Groupe de travail conceptuel

C Dion (cadre de santé, CHU de Nantes)
JP Dumont (Enseignant chercheur en sciences de gestion, ENSP, Rennes)
Dr P Durieux (Chef de service de l'Unité d'Epidémiologie clinique, Hôpital Georges Pompidou, Paris)
N Angelé-Halgand (Maître de conférences universitaire, Département de santé publique, Université de Nantes)
Pr P Lombrail (Professeur de Santé Publique, CHU Nantes),
H Michel

Dr G Potel (Chef de service des urgences, CHU de Nantes)

Dr F Riou (MCU-PH département de Santé Publique, Université de Rennes)

J Schmidt (Directeur du CH Belfort Montbéliard)

Dr F Saillour-Glénisson (Médecin de santé publique, CCECQA)

M Sibé (Professeur de Gestion, ISPED, Université Victor Segalen Bordeaux 2, Bordeaux),

Groupe de travail clinique

Dr V Cahagne (Médecin, consultation douleur, CHU Rennes).

S Chappé (Infirmière, Service diabétologie, CH Dinan)

Dr C Karacatsanis (Médecin, Service diabétologie, CH Dinan)

H Lambert (Cadre de santé, coordonnatrice du réseau insuffisance cardiaque, CHU Nantes)

Dr P Pottier (Médecin, médecine interne, CHU Nantes)

N Robinson (Cadre IADE, unité soutien douleur, CHU Bordeaux)

Coordinateurs régionaux

Aquitaine - Dr F Saillour-Glénisson (CCECQA)

Bretagne - Dr F Riou, Dr D Veillard

Franche-Comté - Dr V Daucourt, Dr P Nachin (Requa)

Poitou-Charentes - Dr MS Noboa, Dr V Migeot (E3P)

Rhône-Alpes - B Toulouse (CEPPRAL)

Analyses statistiques

S Domecq (statisticienne, CCECQA)

M Kret (statisticienne, CCECQA)

Références

- 1) Schouten JA, Hulscher ME, Kullberg BJ, Cox A, Gyssens IC, van der Meer JW, Grol RP. Understanding variation in quality of antibiotic use for community-acquired pneumonia: effect of patient professional and hospital factors. *J Antimicrob Chemother* 2005 ; 56 : 575-82.
- 2) Saillour-Glénisson F, Michel P. Facteurs individuels et collectifs associés à l'appropriation des recommandations de pratique clinique par le corps médical : revue de la littérature. *Rev Epidemiol Santé Publique* 2003 ; 51 : 65-80.

Exemples de cas cliniques

Exemple de cas clinique en douleur pour les aides-soignantes

Mme XX, 90 ans, est hospitalisée dans le service de médecine polyvalente adulte, pour des chutes à domicile. Elle est suivie pour d'importants troubles cognitifs depuis plusieurs années et marche avec aide ; elle vit en maison de retraite médicalisée. Elle est actuellement dépendante pour la toilette qui est douloureuse. Après quelques jours, le médecin prescrit de l'installer au fauteuil. Il a prescrit pour la toilette un traitement analgésique.

- > **Q1. La toilette étant douloureuse, quelles stratégies allez-vous mettre en œuvre pour mobiliser la patiente ?**
- > **Q2. Pendant cette toilette, à quoi faites-vous particulièrement attention et comment ?**
- > **Q3. Après le soin de nursing, quelle est votre action afin de permettre la continuité des soins dans les meilleures conditions de prise en charge de la douleur ?**

Exemple de cas clinique en diabète pour les infirmières

Mr B, 50 ans, diabétique de type II depuis 10 ans, traité par sulfamide hypoglycémiant et biguanide, est hospitalisé pour le bilan annuel de son diabète. Au retour de son épreuve d'effort, à 10h30, il présente un malaise sans perte de connaissance, avec pâleur, sueurs et tremblements évoquant une hypoglycémie.

- > **Q1. Au regard de ces signes, que faites-vous ?**
- > **Q2. Comment effectuez-vous le resucrage oral du patient ?**
- > **Q3. Quelle surveillance rapprochée instaurez-vous ?**

Exemple de cas clinique en insuffisance cardiaque

Mme F, 91 ans, est hospitalisée depuis 10 jours pour une exacerbation de bronchite chronique résolutive sous oxygène, antibiothérapie et kinésithérapie respiratoire. Dans ses antécédents, sont rapportés un diabète traité par biguanide et une insuffisance cardiaque connue de longue date à fonction systolique préservée secondaire à un rétrécissement aortique non serré, traitée par ramipril (Triatec®) et furosémide (Lasilix®) 40 mg/j. Sa tension artérielle est à 10/5. L'ECG s'inscrit en rythme sinusal à 60 cycles/mn. L'ECG est normal hormis un espace PR mesuré à 0,24 ms. La fonction rénale est évaluée à 25 ml/mn par la formule de Cockcroft. Un traitement par carvedilol (Cardensiel®) vient d'être débuté.

- > **Q1. Le carvedilol a-t-il démontré son efficacité clinique dans ce cas précis ?**
- > **Q2. Parmi les contre-indications potentielles à la classe des bêtabloquants utilisée, laquelle vous paraît la plus préoccupante pour cette personne âgée ?**
- > **Q3. Quels apports hydro-sodés préconisez-vous par 24h chez cette patiente ?**

Les dernières publications

Publications 2010-2011

- **Bertrand-Barat J, Saillour-Glénisson F, Quiévy A, Rongère J, Cahoreau V.** La mise en œuvre de l'innovation technologique dans les établissements de santé : le cas particulier des dispositifs médicaux. Problèmes rencontrés et éléments de réponse. *Risque et Qualité* 2010;7(2).
- **Ettorchi-Tardy A, Levif M, Michel P.** Le benchmarking : une méthode d'amélioration continue de la qualité en santé. *Prat Organ Soins* 2011;42:35-46
- **Michel P, Minodier C, Moty-Monnereau C, Lathelize M, Domecq S, Chaleix M, Kret M, Roberts T, Nitaro L, Bru-Sonnef R, Quintard B, Quenon JL, Olier L.** Les événements indésirables graves dans les établissements de santé : fréquence, évitabilité et acceptabilité. *Etudes et Résultats*, n° 759, avril 2011.
- **Michel P, Minodier C, Moty-Monnereau C, Lathelize M, Domecq S et al.** Les événements indésirables graves dans les établissements

de santé : fréquence, évitabilité et acceptabilité. *Dossiers Solidarité et Santé DREES* n°759, avril 2011.

- **Mourlan C, Boireau P, Poubeau P, Delaperche F, Quenon J-L.** De l'injection à l'infection, une histoire d'os ! *Risques et Qualité*, 2011;8(1):45-50.
- **Nacu A, Benamouzig D, Michel P.** Analyse sociologique des politiques publiques de réduction des événements indésirables graves (EIG) à travers leur perception par les acteurs sanitaires. CCECQA, Bordeaux et CSO/CNRS, Sciences-Po Paris, 2010.
- **Ocellini P, Quenon J-L, Hubert B, Kosciolk T, Hoarau H, Pouchadon M-L, Amalberti R, Auroy Y, Salmi R, Sibé M, Parneix P, Michel P.** Development of the safety culture: Initial measurements at six hospitals in France. *J Healthc Risk Manag* 2011 ; 30 : 42-47.
- **Roger P, Herrera M-P, Quenon J-L.** Communiquer avec le patient et ses proches en cas d'événement indésirable grave associé aux soins. *Risque et Qualité* 2010;7(4).

Les projets en cours

MANAGEMENT, ORGANISATION ET CULTURE

CLARTE - Consortium Loire-atlantique Aquitaine Rhône-alpes pour la production d'indicateurs en santé

2011 Le Ministère du travail, de l'emploi et de la santé et la Haute Autorité de Santé (HAS) ont décidé de mettre en oeuvre et de généraliser un recueil d'indicateurs dans les établissements de santé afin de constituer un système d'information sur la qualité et la sécurité des soins délivrés au sein du secteur hospitalier français. Le consortium CLARTE est en charge du développement d'indicateurs de management des ressources humaines et d'indicateurs de sécurité des patients hospitalisés pour la période 2010/2012. Ces indicateurs, expérimentés auprès d'établissements de santé volontaires répartis sur le territoire, sont attendus pour le milieu de l'année 2013. Des outils d'accompagnement à l'utilisation des indicateurs et des actions d'amélioration des pratiques seront proposés aux établissements.

Au total 129 établissements MCO ou HAD participent à ce projet. Le recueil des données débutera en septembre 2011.

Le CCECQA est en charge de deux thématiques : la Satisfaction des professionnels des établissements de santé et la Culture de sécurité des professionnels de santé. Le Pôle IMER des HCL est en charge de développer des indicateurs de sécurité des soins 2ème génération (PSI.2). Le PIMESP du CHU de Nantes est en charge de deux indicateurs de ressources humaines : l'absentéisme et le turn-over. Information et documentation : www.clarte-sante.fr

BELIEVE - Benchmarking, LIEn et Visites entre Établissements de santé

2010 Le projet Believe est fondé sur la mise en oeuvre d'une démarche structurée de benchmarking concernant la prise en charge de la douleur en médecine et en chirurgie en établissements MCO ou SSR. Ce projet est financé par la HAS dans le cadre du programme de travail IMGenI, qui vise à étudier les modalités permettant une meilleure appropriation et utilisation des indicateurs de qualité et de sécurité par les établissements de santé.

31 établissements aquitains participent à cette démarche (soit 45 services de médecine ou de chirurgie et plus de 200 professionnels).

Au cours de l'année 2010, 8 sessions de formation à la démarche ont été organisées, un audit relatif au processus de prise en charge de la douleur a été réalisé par chacun des services impliqués. Le 30 septembre 2010 s'est tenue une réunion de partage d'expérience au cours de laquelle les équipes ont pu échanger sur leurs plans d'actions et se regrouper en vue des visites inter-établissements. Entre novembre 2010 et janvier 2011, une vingtaine de visites ont été organisées. La troisième étape d'évaluation de la démarche de benchmarking

sur l'appropriation des indicateurs et sur l'acceptabilité et la faisabilité du benchmarking a débuté en mars. Elle est fondée sur la réalisation de 15 entretiens collectifs et la ré-administration d'un questionnaire faisant actuellement l'objet d'une analyse.

La fin du projet est prévue le 29 septembre, journée au cours de laquelle seront restituées aux établissements les conclusions issues de la mise en oeuvre de cette démarche de benchmarking.

Document :

Ettorchi-Tardy A, Levif M, Michel P. Le benchmarking : une méthode d'amélioration continue de la qualité en santé. Prat Organ Soins 2011;42:35-46

ThÉORem - Théories Organisationnelles, Recommandations et Management

Cf. Dossier spécial

Documents disponibles : *Protocole, Questionnaires de culture organisationnelle (validé), Revue de la littérature sur la culture organisationnelle, Rapport intermédiaire du projet, Fiche synthétique*

EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

EPP-InCESA - Organisme agréé

Le CCECQA propose un accompagnement individualisé des établissements à l'évaluation des pratiques professionnelles très souvent valorisée dans le cadre de la certification. La définition des modalités de valorisation de cet accompagnement dans le cadre du DPC (Développement Professionnel Continu) sont en attente de la publication des décrets sur le DPC. Une trentaine d'établissements ont été accompagnés ou sont en cours d'accompagnement. L'accompagnement est le plus souvent complet, comprenant l'apport de la méthodologie et l'animation des groupes de travail pour la réalisation des évaluations, l'aide au choix du plan d'action et les réévaluations. Les méthodes d'EPP mises en oeuvre et proposées aux établissements sont diverses et comprennent des RMM, staff EPP, audits et revues de pertinence. Elles sont adaptées à l'objectif de chaque évaluation et à la situation locale. Le CCECQA peut aussi se déplacer pour des conseils méthodologiques ou de choix de thématiques. La liste des programmes EPP proposés par EPP-InCESA est disponible sur le site du CCECQA.

Documents disponibles :

Charte de validation des EPP individuelles, Catalogue des programmes d'évaluation

ETAPE - Education Thérapeutique : Amélioration des Pratiques & Evaluation

2010 ETAPE (Education Thérapeutique Amélioration des Pratiques & Evaluation) est une cellule régionale d'accompagnement à l'Education Thérapeutique des Patients (ETP), coordonnée par le CCECQA et mise en oeuvre par deux chargées de mission. Ses missions sont, d'une part, l'accompagnement d'équipes pour développer et/ou

améliorer leurs programmes structurés d'ETP, et, d'autre part, le partage d'expériences et d'expertises avec l'ARS et les autres acteurs impliqués en ETP.

L'accompagnement ETAPE peut se faire sous différentes formes, en fonction des besoins des équipes : ateliers thématiques, d'analyse de pratiques, de formation-action ; lectures critiques de programme et formulation de propositions ; recherche de documentation ; aide à la rédaction du programme ; élaboration de référentiels de compétences patient... ETAPE s'attache à renforcer les compétences en auto-évaluation des professionnels de santé (processus et outils d'évaluation). Notre approche s'inscrit dans une logique d'apprentissage, dans le but de favoriser l'intégration de l'évaluation aux pratiques professionnelles. Actuellement, ETAPE accompagne des équipes de néphrologie, hépatologie et cardiologie.

Le CCECQA est membre de PACE.

Documents disponibles : *Fiches pédagogiques, diagnostic éducatif, trame de séance éducatif ; Document pédagogique, rédaction d'un document de programme structuré ETP ; Grille d'auto-évaluation 2010 de la qualité d'un programme*

EPP-Réseaux

Le CCECQA développe des partenariats avec les réseaux professionnels constitués autour de l'évaluation des pratiques professionnelles :

- Réseau Périnat Aquitaine. La dynamique régionale d'EPP initiée en 2004 avec des obstétriciens est maintenant reprise en collaboration avec le Réseau Périnat Aquitaine. L'objectif est de promouvoir l'évaluation des pratiques dans les maternités d'Aquitaine par des méthodes plus qualitatives et participatives que ne le permettent les recueils de données utilisés dans des audits. C'est dans la continuité des réunions de staffs cliniques qui ont pu être mises en place par le réseau Périnat, que ce dernier projette de les structurer en analyses systémiques d'évènements indésirables. Un programme de formation aux RMM auprès des professionnels des maternités sera proposé par le CCECQA et Périnat en 2011. Cette formation a pour objectif d'aider les équipes des maternités à mettre en place cette méthode d'analyse approfondie des causes. Une journée commune Périnat CCECQA est organisée le 11 octobre prochain. Elle s'intitule : Organisations et pratiques en périnatalité.

- Réseau de cancérologie d'Aquitaine. Deux thèmes d'évaluation ont été développés en 2010 et sont actuellement proposés aux établissements : l'évaluation du dispositif d'annonce et l'évaluation des réunions de concertation pluridisciplinaire. Deux groupes de travail régionaux ont été constitués, composés de responsables qualité et de coordonnateur de 3C de la région. Le projet sur le dispositif d'annonce (EVADA) a été lancé en Janvier auprès des 48 établissements de santé concernés en Aquitaine. Une

excellente participation a été constatée. Le recueil de données est en cours dans ces établissements. La restitution des résultats est prévue à la fin de l'année 2011. L'évaluation des réunions de concertation pluridisciplinaire est proposée à quelques établissements pilotes seulement pour test de l'utilisation des bases de données PMSI dans cette évaluation. Le développement de ces deux thèmes entre en cohérence avec les exigences de la certification et les missions des 3C, en lien avec l'InCA.

• Réseau Aquitaine Douleur : Cf. projet Be-lieve.

DUQUE - Deepening our Understanding of Quality Improvement in Europe

2011 Il s'agit d'un projet de recherche financé par l'union européenne. Le CCECQA (pour la Forap) et la HAS coordonnent en France le recueil de données. L'objectif de Duque est de montrer l'impact et l'efficacité des stratégies d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins dans les établissements de santé en explorant les liens entre :

- les dispositifs d'évaluation et d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins mis en place dans les établissements de santé européens

- la culture organisationnelle, les formes d'implication des professionnels et de participation des usagers à différents niveaux (gouvernance de l'établissement, management des services)

- et la qualité des soins mesurée en termes d'efficacité clinique, de sécurité des soins et de satisfaction/expérience du patient.

Huit pays européens participent au recueil de données : la France, la République Tchèque, l'Angleterre, l'Allemagne, la Pologne, le Portugal, l'Espagne et la Turquie.

Dans chaque pays participant, 30 établissements de santé de plus de 130 lits ayant des activités de médecine, chirurgie, obstétrique sont sélectionnés de manière aléatoire. Dans chacun des 30 centres, un recueil de données sera réalisé sur la gouvernance, le système d'amélioration de la qualité, l'implication des usagers, la culture organisationnelle et l'implication des professionnels. Parmi ces 30 établissements, 12 établissements sont tirés au sort pour réaliser un recueil de données supplémentaire supposant l'administration de questionnaires à un échantillon plus important de professionnels, un recueil d'indicateurs cliniques sur 120 dossiers, la réalisation d'une enquête de satisfaction auprès de 120 patients et la réalisation d'une journée et demie d'audit par des experts extérieurs.

Le recrutement des établissements est terminé en France. Le recueil de données est en cours. Les établissements pourront obtenir leurs résultats au début de l'année 2012.

GESTION DES RISQUES

IMPULSIONS - Impact d'un outil d'aide à la structuration des plans d'actions pour la sécurité des soins

2010 Il est important de développer une démarche d'analyse approfondie des causes des événements indésirables (EI) afin de proposer des actions

d'amélioration visant à éviter la répétition de ces événements. Identifier les causes profondes d'un EI et structurer un plan d'action sont des missions difficiles pour les gestionnaires de risques. Afin d'aider les gestionnaires de risques dans ces missions, le projet IMPULSIONS a deux objectifs : un premier, pédagogique, en proposant aux gestionnaires de risques d'analyser les causes systémiques de deux scénarios d'EI ; un deuxième, scientifique, en évaluant l'efficacité d'un nouvel outil de structuration de plan d'actions fondé sur la pertinence des actions proposées par ces gestionnaires de risques à l'issue de l'analyse des deux scénarios.

Un appel à participation à ce projet a été fait auprès des gestionnaires de risques des établissements adhérents au CCECQA. Le projet s'est déroulé de mars à juillet 2010. Une réunion de fin de projet a été organisée en janvier 2011 afin de présenter les résultats et de discuter de la généralisation de l'utilisation de ce nouvel outil.

Document disponible : Fiche de présentation du projet

PERILS - Prévention des ERreurs d'Identité Liées aux Soins

Le CCECQA, avec l'aide d'un groupe de travail régional, a élaboré un projet sur les risques d'erreur d'identité et l'amélioration de leur maîtrise. Trente-huit établissements de santé participent à ce projet. Tous ont réalisé l'étape d'évaluation des risques. Actuellement, 28 établissements sont à l'étape de réduction des risques d'erreurs d'identité et 10 ont démarré l'étape de suivi des résultats des actions d'amélioration mises en place.

Au cours de ce projet, les établissements volontaires peuvent également organiser, avec l'aide du CCECQA, des exercices avec un patient fictif dans le but de tester la présence et l'efficacité de barrières contre les risques d'erreurs d'identification. Six établissements ont déjà utilisé cette méthode et elle est prévue dans 12 autres établissements au cours de l'année 2011.

Documents disponibles : Fiche de présentation du projet, Manuel PERILS, Articles sur le projet PERILS publiés dans la revue Risques et Qualité

ENEIS 2 - Etude Nationale sur les Événements Indésirables associés aux Soins - et Evol-ENEIS

2009 La réduction des événements indésirables graves (EIG) figure en effet parmi les objectifs du rapport annexé à la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. Il y a cinq ans, pour répondre aux besoins exprimés par la DGS et la DHOS, une enquête pionnière - dite ENEIS - avait été réalisée. En accord avec la DGS, la DHOS, l'InVS, l'Afssaps et la HAS, la DREES a souhaité rééditer l'étude ENEIS en 2009 selon les mêmes principes et avec la même méthode. Le CCECQA a été retenu comme maître d'œuvre. L'étude a pour objectifs d'estimer l'incidence des événements indésirables graves observés en milieu hospitalier et leur caractère évitable, décrire les causes immédiates de survenue de ces événements associés aux soins. Le recueil de données réalisé par des infirmiers et médecins expérimentés s'est déroulé au 2^{ème} trimestre 2009 dans les établissements de santé publics et privés

tirés au sort parmi les établissements MCO de la France métropolitaine.

Un projet complémentaire, Evol-ENEIS, a été mené avec l'objectif d'étudier les liens entre les changements des contextes institutionnel, juridique et organisationnel survenus au niveau national entre 2004 et 2008 et les évolutions attendues entre ENEIS 1 et ENEIS 2. Cette étude, financée par la DREES, a permis d'affiner l'interprétation des résultats de la comparaison entre les deux études.

Ces études ont été réalisées en partenariat avec la FORAP pour ENEIS et avec l'IRDES et Sciences-Po Paris pour Evol-ENEIS. Les résultats de ces études ont été présentés publiquement par le Ministère à l'occasion du Colloque « La sécurité du patient : Événements indésirables associés aux soins et politique de réduction des risques », le 24 novembre 2010.

Documents disponibles : Protocole, Dossiers Solidarité et Santé DREES 2010 n°10, Présentations du Colloque, Rapports ENEIS et Evol-ENEIS

PRAGE - Plateforme Régionale d'Appui à la Gestion des Événements indésirables - Aquitaine

2011 En raison des enjeux de santé publique concernant la sécurité des soins et de la forte implication des établissements volontaires lors de l'expérimentation nationale pilotée par la DGS en 2009-2010, l'Agence Régionale de Santé d'Aquitaine a souhaité créer une plateforme régionale d'appui à la gestion des événements indésirables graves (PRAGE). Cette plateforme régionale placée auprès du CCECQA a pour vocation de mener des missions d'expertise en toute indépendance, d'aider au développement des analyses approfondies des causes, et d'apporter des éléments d'aide à la décision dans le pilotage régional de la politique de la sécurité des soins. Elle est constituée d'un médecin et d'un cadre de santé et son périmètre est l'ensemble des établissements de santé de la région ainsi que la médecine ambulatoire. La PRAGE organise en juin et juillet des rencontres de proximité avec les établissements de santé afin d'identifier les besoins et attentes et de mieux faire connaître ses missions.

PRISME

La commission « sécurisation/gestion des risques » de l'OMEDIT développe un programme régional de prévention du risque médicamenteux évitable pour les établissements de santé. Le CCECQA participe en tant qu'expert en gestion des risques à un groupe de travail régional. Les outils validés par ce groupe sont diffusés sur le site internet de l'OMEDIT.

INTERFACE ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ & MÉDECINE DE VILLE

Plan pour la santé cardio-vasculaire

2010 En Aquitaine, comme en France, les maladies cardiovasculaires représentent la première cause de décès, le premier motif d'admission en ALD et le troisième motif d'hospitalisation. Sous le pilotage de l'ARS, le CCECQA a la maîtrise d'ouvrage déléguée d'un plan à décliner sur 5 ans en région Aquitaine.

Registre Aquitain de Cardiologie Interventionnelle (ACIRA)

Le pilotage du projet est assuré par l'ARS Aquitaine et la maîtrise d'œuvre par le CCECQA. Le registre ACIRA constitue un outil d'évaluation pérenne des pratiques professionnelles dans les centres de cardiologie interventionnelle. Il permettra d'évaluer l'impact du geste de revascularisation et de connaître l'état de santé des patients jusqu'à un an après l'événement aigu.

Le registre recueille les données médicales nominatives des patients dans les 11 centres de cardiologie interventionnelle d'Aquitaine. Les outils de recueil sont en cours d'installation et le recueil devrait commencer en juin 2011.

Observatoire Aquitain des Accidents vasculaires cérébraux (ObA2)

Le pilotage du projet est assuré par l'ARS Aquitaine et la maîtrise d'œuvre par le CCECQA. L'observatoire ObA2 constitue un outil d'évaluation pérenne des pratiques de prise en charge des accidents vasculaires cérébraux (AVC) dans les établissements de santé d'Aquitaine.

L'observatoire recueille les données médicales nominatives des patients dans 21 établissements de santé en Aquitaine. Un suivi des patients est prévu jusqu'à un an après l'événement aigu. Les outils de recueil sont en cours d'installation dans les établissements et le recueil devrait commencer en été 2011.

Registre Aquitain de prise en charge initiale des Syndromes coronariens aigus ST+ (REANIM)

Le pilotage du projet est assuré par l'ARS Aquitaine et la maîtrise d'œuvre par le CCECQA. Le registre REANIM constitue un outil d'évaluation pérenne des pratiques de prise en charge des ischémies myocardiques aiguës dans les SAMU, SMUR et services d'accueil des urgences des établissements de santé d'Aquitaine.

Le registre recueille les données médicales nominatives des patients dans 34 structures de santé en Aquitaine. Un suivi des patients est prévu jusqu'à un an après l'événement aigu. Les outils de recueil sont en cours de test et le recueil devrait commencer en septembre 2011.

Observatoire du haut risque cardiovasculaire

Cet observatoire est piloté par le collège Aquitain de Prévention Cardio-vasculaire. Y sont impliqués l'URMLA et le CCECQA qui assure la réalisation du recrutement des médecins généralistes et le recueil de données. Cet observatoire a pour objectif d'étudier l'évolution des facteurs de risque cardiovasculaire chez les patients suivis par les médecins traitants en Aquitaine. Ses retombées sont d'évaluer les actions du volet 2 du plan de lutte contre les maladies cardio-neuro-vasculaires. Une cohorte de patients suivis par leurs médecins traitant est recrutée en Aquitaine. Chaque médecin participant doit inclure trois patients à haut risque cardiovasculaire, recueillir un certain nombre d'informations et suivre le patient en cours de consultations. 90 ont accepté ce jour de participer. Le recrutement des patients est en cours.

Projet de réduction du risque lié au aux anti-tamines K chez les personnes âgées

Le CCECQA développe un projet régional en partenariat avec l'OMEDIT Aquitaine sur la réduction du risque lié aux anti-tamines K chez les personnes âgées. Ce projet est basé sur le principe de la mise en place d'actions de réduction du risque, avec une évaluation de leur impact. Le parcours du patient dans son ensemble est considéré : sanitaire, ville et médico-social. Les différents professionnels concernés par ce projet sont les médecins, infirmiers, pharmaciens et biologistes. Ce projet comporte trois portes d'entrées : la réflexion bénéfices-risques de l'anticoagulation selon les indications et la prescription thérapeutique, l'éducation du patient à son traitement et à son suivi (objectifs de sécurité), et la transmission des informations du patient aux différents professionnels.

Ce projet, en cours d'élaboration, s'intègre dans le volet 3 du Plan régional de prévention des maladies cardio-vasculaires.

SECTEUR MÉDICO-SOCIAL

Elaboration du projet personnalisé

2010 Dans le cadre de la mise en place de projets d'amélioration des pratiques professionnelles dans le médico-social, le CCECQA propose une première action régionale sur le thème du projet personnalisé.

Thème central de l'évaluation interne et externe, le projet personnalisé est un écrit contractuel et d'une technicité certaine qui demande un travail de réflexion, d'élaboration et de co-construction afin de minimiser les risques d'une approche trop standardisée. La réalisation d'une enquête flash régionale au mois de décembre 2010, première phase de ce projet, nous a permis de dresser un premier état des lieux des pratiques et des organisations. La mise en évidence de marges d'amélioration a renforcé la pertinence du choix de cette thématique et permet de définir d'ores et déjà des axes de travail prioritaires adaptés au contexte local de chaque structure.

Un appel à participation a été envoyé aux établissements médico-sociaux au mois de mai 2011. Le projet se déroulera en trois phases :

- 1^{ère} phase - Etat des lieux : appropriation et auto-évaluation des pratiques d'élaboration du projet personnalisé ;
- 2^{ème} phase - Benchmarking (facultatif) : rencontres inter-établissements permettant d'échanger sur les points d'amélioration mis en exergue lors de la première phase ;
- 3^{ème} phase - 2^{ème} mesure : évaluation de la plus-value des actions d'amélioration mises en œuvre.

Une première réunion de présentation de projet aura lieu le mercredi 29 juin.

Sécurisation du circuit du médicament en EHPAD

2011 Le CCECQA met en place au second semestre un projet régional de gestion des risques destiné au secteur des personnes âgées (EHPAD). En lien avec l'OMEDIT, le thème de la sécurisation du cir-

cuit du médicament a été priorisé.

Le CCECQA a mené en 2003 un projet régional sur ce thème auprès de 19 centres hospitaliers et en 2007 une action formation auprès d'une association médico-sociale. Il a permis aux établissements sanitaires de mieux appréhender le niveau de sécurité du circuit du médicament et de mettre en place des actions d'amélioration significatives.

Le circuit du médicament est un thème complexe dans lequel interviennent de nombreux acteurs.

Nous nous attacherons ici à évaluer les étapes successives du circuit du médicament (de sa prescription à son administration) dans un contexte de réintégration des médicaments dans le forfait soin.

Gestion des risques : cartographie des risques

2011 Les responsables d'établissements médico-sociaux sont exposés à des risques susceptibles de menacer leur organisation. Les connaître pour mieux s'en prémunir et favoriser leur maîtrise devient capital.

Pour répondre à cette préoccupation, le CCECQA a décidé de lancer un projet régional de gestion des risques ayant pour thématique la réalisation d'une cartographie des risques.

Ce projet consistera à effectuer un diagnostic objectif, complet et structuré de l'ensemble des risques existants dans les processus et activités des établissements médico-sociaux.

OUTILS INFORMATIQUES

EPP Online - Plateforme informatique EPP

2009 EPP Online, un partenaire pour la V2010. En effet, les orientations du nouveau manuel de certification HAS V2010 généralisant à présent les EPP à l'ensemble des services des soins, l'intégration de l'évaluation formative à sa pratique quotidienne est maintenant facilitée par notre plateforme EPP OnLine.

Un service en ligne pour les professionnels de santé.

EPP OnLine permet à l'ensemble des établissements adhérents de disposer en ligne, des outils de saisie, de traitement et d'analyse des données d'EPP. Ces opérations sont réalisables en ligne depuis une simple connexion internet après avoir obtenu du CCECQA un compte utilisateur. Chaque professionnel peut ainsi disposer en ligne d'un outil simple lui offrant une large autonomie dans la gestion et le traitement des données d'EPP. Seules la définition et le paramétrage des outils et la gestion des utilisateurs sont centralisées au CCECQA.

Cette plateforme réunit actuellement 31 outils.

Les correspondants des établissements et les membres des groupes de travail régionaux sont tenus informés, via le site internet du CCECQA, de l'avancée des mises à jour sur la plateforme et notamment de chaque dépose d'un nouvel outil d'évaluation. Les protocoles et grilles d'évaluation des outils en ligne y sont également disponibles.

Le CCECQA reste à votre écoute afin de répondre à vos questions et accompagner vos premiers pas sur cette plateforme.