



Bulletin d'information du CCECQA

n° 15
05/2005

CCECQA • Hôpital Xavier Arnozan • 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

COMPAQH

L'aboutissement du projet des indicateurs COMPAQH conduit par l'INSERM et le CCECQA et auquel participe le Centre Hospitalier de Dax avec d'autres établissements de la région est une étape importante pour l'avenir des établissements de santé.

Le suivi d'indicateurs de qualité et de performance doit avoir une utilisation de complémentarité dans l'application de la nouvelle procédure de tarification T2A, pour prendre en compte non seulement la quantification de l'activité mais également des éléments qualitatifs de cette activité.

Pour la nouvelle procédure d'accréditation, et en application des nouveaux référentiels, le suivi d'indicateurs est également une méthode incontestable dans la vérification du niveau de qualité et de sécurité développé par l'établissement.

Le Ministère de la Santé et la Haute Autorité de Santé sont à l'origine de ce projet et en attendent des résultats tangibles pour la mise en œuvre des évaluations demandées aux établissements de santé. Le Directeur de l'ARH d'Aquitaine, à plusieurs reprises, a fait état de ses attentes concernant les suites à donner à ce projet sur le plan régional.

Pour le pilotage de la gestion, les établissements ont un intérêt évident à pouvoir présenter des résultats sous forme synthétique d'indicateurs généraux de qualité et de performance, permettant une comparaison et un suivi régulier de cette évolution.

Il est nécessaire qu'un système d'indicateurs soit partagé par l'ensemble des établissements mais aussi par le Ministère de la Santé, ses services déconcentrés, l'Assurance Maladie ainsi que la Haute Autorité de Santé, afin que tout le monde s'accorde sur les mêmes indicateurs, comme cela est déjà le cas aux Etats Unis. On peut se rendre compte de l'intérêt porté à ce projet de recherche, et l'importance qui doit être donnée à sa réussite.

Le Centre Hospitalier de Dax s'est investi de manière forte dans ce projet avec la participation à ce jour de 14 professionnels médicaux et non médicaux. Les premiers résultats ont été présentés aux instances et ont été pris en compte par le Comité de Pilotage Qualité pour compléter la programmation annuelle d'actions d'amélioration du niveau de qualité et de sécurité de l'établissement. Les médecins adhèrent au travail demandé concernant les indicateurs car cela correspond à une méthodologie simple et concrète, qui concerne leurs pratiques quotidiennes, sur la base de données validées scientifiquement à partir de recommandations ou de consensus.

Ce projet s'inscrit naturellement dans la démarche qualité et facilite l'implication demandée aux professionnels médicaux pour la deuxième procédure d'accréditation. Il reste à souhaiter que le calendrier du projet soit tenu notamment dans sa programmation pour 2005, qu'un recueil de consensus soit obtenu auprès des sociétés savantes concernant l'ensemble des recommandations de pratiques cliniques du projet, ainsi qu'avec l'Institut de veille sanitaire, et que l'engagement des établissements publics et privés participant au projet permettent bien de valider les cahiers méthodologiques des différents indicateurs.

Dr Jean Claude ARNAL
Président de la CME
Centre Hospitalier de Dax

Jean Robert COUSSAU
Directeur de la Qualité et
Gestion des Risques
Centre Hospitalier de Dax

PROCHAINE JOURNÉE DU CCECQA

7 octobre à Bordeaux sur
le thème de la Gestion
des Risques

NOUVEAUX ADHÉRENTS DU CCECQA

Polyclinique d'Aguiléra (Biarritz),
Polyclinique Bordeaux Nord
Aquitaine (Bordeaux), Clinique
Saint Martin (Pessac), Polyclinique
Côte Basque Sud (Saint Jean de
Luz), Maison Saint Louis - Repos et
Convalescence (Saint Vincent de
Paul), CRC L'Aquitania (La Hume),
Institut Helio Marin (Labenne),
Clinique Tivoli (Bordeaux), Clinique
Delay (Bayonne), Clinique Saint
Augustin (Bordeaux), Clinique
Médicale et Pédagogique Jean
Sarrailh (Aire sur l'Adour).

www.ccecqa.asso.fr

Télécharger rapports
et outils d'évaluation

Développement d'indicateurs de qualité au sein des Etablissements de Santé : **LE PROJET COMPAQH**

Les initiatives de développement de mesures de la qualité des soins délivrées par les établissements de santé se multiplient. Leur justification, tant dans une perspective d'aide à la décision que de développement de la transparence du système hospitalier vis-à-vis du grand public, apparaît de plus en plus affirmée, en France [1-2], comme au niveau international. Aux Etats-Unis, pays pionnier dans ce domaine, différentes initiatives se sont développées depuis vingt ans, le mouvement ayant connu une nette accélération ces dernières années comme le démontre le rapport de l'Institute of Medicine [3] qui affirme ce double objectif d'aide à la décision et de diffusion publique ou "accountability". De la même façon, les expériences menées en Grande-Bretagne (Commission for Health Improvement and the National Institute of Clinical Excellence), en Allemagne (The Federal Consortium for Quality Assurance and the Cooperation for Transparency and Quality in Hospitals) et au Danemark (the National Council for Quality Development) illustrent ce mouvement en Europe. S'il est incontestable qu'une avancée se dessine ainsi dans une approche plus multidimensionnelle de la performance qui ne se limite pas aux aspects économiques et financiers [4], différentes questions subsistent concernant l'utilisation de ces indicateurs, leur développement en routine et la diffusion des résultats.

De manière théorique, les tableaux de bord de qualité des soins peuvent être utilisés pour quatre objectifs a priori différents [5] :

- l'amélioration de l'organisation interne et des pratiques professionnelles au sein des unités opérationnelles de l'établissement ;
- le pilotage de la performance de l'établissement ;
- la régulation des financements hospitaliers ;
- la diffusion publique vers les patients et les usagers du système hospitalier.

Chacun de ces objectifs conditionne la construction des indicateurs. On perçoit aisément qu'une mesure à des fins d'action à l'échelon opérationnel (recherche d'une action immédiate, en lien avec les représentations des équipes concernées, appréhendant au mieux la complexité de l'activité) peut être différente d'un indicateur à des fins de pilotage (plus synthétique, permettant l'envoi de signaux d'alerte sur des événements majeurs). De la même façon, la diffusion publique de l'information entraîne des contraintes qui peuvent paraître incompatibles avec un objectif d'amélioration en interne lorsque la mesure porte sur des éléments à connotation négative [6]. Parallèlement, l'évolution des initiatives nationales s'oriente vers un consensus en faveur de cette diffusion publique, répondant à des impératifs de transparence et constituant une incitation vis-à-vis des professionnels [7].

En France, peu d'initiatives structurées ont été mises en œuvre jusqu'à présent. Parmi elles, le projet COMPAQH (COordination pour la Mesure de la Performance et l'Amélioration de la Qualité Hospitalière), initié et coordonné par l'Institut National de la Santé et de Recherche Médicale (INSERM) en 2003 avec l'aide du CCECQA.

Le but du projet COMPAQH est d'élaborer un outil de pilotage de la performance à l'échelle d'un établissement. Les indicateurs sélectionnés l'ont été dans cette optique, notamment avec le souci d'identifier aisément des actions correctives après chaque mesure.

Le projet COMPAQH a quatre objectifs opérationnels :

- Sélectionner une batterie d'indicateurs de qualité hospitalière ;
- Tester la qualité métrologique de ces indicateurs ;

- Etablir une comparaison inter-hospitalière dans un cadre anonyme ;
- Définir les modalités d'utilisation des indicateurs comme aide à l'amélioration de la qualité au sein d'un établissement.

Les indicateurs sélectionnés, une fois testés, doivent au terme du projet permettre d'établir des recommandations sur les mesures utilisables en routine.

Les retombées attendues pour les établissements participant au projet COMPAQH sont multiples :

- la mise en œuvre en routine d'un recueil d'indicateurs de qualité sur des thèmes variés, couvrant l'ensemble des objectifs prioritaires définis au niveau national ;
- la préparation à la deuxième version de la procédure d'accréditation (mise en place d'indicateurs, évaluation des pratiques professionnelles) ;
- la possibilité de se comparer à d'autres établissements de santé (benchmarking) ;
- le développement des principes de gestion de la performance en matière de qualité (identification et mise en œuvre d'actions correctives après chaque mesure).

Méthodes

Cette expérience est conduite par l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM), en collaboration avec le Comité de Coordination de l'Evaluation Clinique et de la Qualité en Aquitaine (CCECQA). Deux partenaires institutionnels soutiennent cette démarche : la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS) et la Haute Autorité de Santé (HAS). Cette démarche est également soutenue par les différentes fédérations hospitalières publiques et privées : Fédération Hospitalière de France (FHF), Fédération Hospitalière Privée (FHP), Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Assistance Privés (FEHAP), Fédération Nationale des Centres de Lutte Contre le Cancer (FNCLCC), ainsi que par la Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF), et l'Assurance-Maladie par l'intermédiaire de ses Unions pour la Gestion des Etablissements de l'Assurance Maladie (UGECAM).

Le projet COMPAQH se déroule de Mars 2003

à Décembre 2005. Il réunit 36 établissements de tout statut (16 publics, 7 Privés Participant au service public hospitalier, 13 Privés) dont les secteurs d'activité sont différents (24 Médecine Chirurgie Obstétrique (MCO), 4 Centres de Lutte Contre le Cancer (CLCC), 3 Soins de Suite et de Réadaptation (SSR), 3 Psychiatrie (Psy), dont la liste est présentée en encadré 1.

En 2003, la sélection des indicateurs a été réalisée en 4 étapes :

(1) Définition d'objectifs prioritaires de l'amélioration de la qualité. Elle a été élaborée par les promoteurs du projet (Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins, Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé et Fédérations Hospitalières) et les établissements de santé participants à partir de cinq critères :

- importance du thème (notamment cohérence avec les priorités nationales de santé publique),
- variabilité inter-établissements,
- mesures existantes,
- marge d'amélioration,
- cohérence avec le manuel d'accréditation.

(2) Définition de 81 indicateurs de qualité illustrant ces objectifs prioritaires à partir d'une analyse de la littérature ; chaque indicateur de qualité est décrit par un « cahier des charges » (justification de l'intérêt, modalités de construction, modes de recueil de données).

(3) Evaluation des 81 indicateurs de qualité selon 4 critères :

- importance du phénomène étudié,
- qualités métrologiques,
- faisabilité,
- cohérence avec les démarches existantes.

(4) Sélection définitive des indicateurs de qualité à tester selon une méthode Delphi.

Fin 2003, huit objectifs prioritaires ont ainsi été définis :

- Lutter contre la douleur ;
- Assurer la continuité de la prise en charge ;
- Lutter contre les troubles nutritionnels ;
- Lutter contre le risque iatrogène (le projet COMPAQH a été sélectionné comme projet pilote afin de tester les indicateurs du tableau de bord « infections nosocomiales » développé par l'Institut de Veille Sanitaire (InVS) à l'initiative du ministère de la santé [8]) ;
- Améliorer la satisfaction du patient ;

- Respecter les bonnes pratiques cliniques ;
- Accroître la motivation, la responsabilisation et l'évaluation des compétences des professionnels ;
- Garantir l'accessibilité.

Pour ces huit objectifs prioritaires, 42 indicateurs de qualité ont été sélectionnés. Six indicateurs de qualité sont communs à tous les établissements de santé ; s'y ajoutent de 7 à 18 indicateurs de qualité spécifiques selon le secteur d'activité principal des établissements de santé participants (MCO, CLCC, Psychiatrie ou SSR). Les indicateurs sélectionnés par objectif pour chacun des secteurs d'activité sont présentés en encadré 2. Les indicateurs de qualité sélectionnés associent majoritairement des mesures de processus à des mesures de résultats. Le principal critère de sélection retenu par les établissements de santé a été la faisabilité du recueil des données. Pour chaque indicateur retenu, le cahier des charges est accompagné d'une grille de recueil et de consignes de remplissage.

Premiers résultats

Une mesure a été réalisée en 2004 pour 26 indicateurs. Certains indicateurs, notamment ceux sur le respect des bonnes pratiques cliniques, nécessitent un processus de validation complexe (HAS, sociétés savantes multiples) qui allonge la durée d'élaboration du cahier des charges. Toutefois, la mesure étant le plus souvent rétrospective sur dossiers, le recueil de l'indicateur pour 2004 reste possible.

Les résultats concernant les indicateurs sur la conformité des dossiers patients, le délai d'envoi des courriers de fin d'hospitalisation, la conformité des dossiers anesthésiques, la traçabilité de l'évaluation de la douleur, le dépistage des troubles nutritionnels chez l'adulte, la satisfaction du patient, le délai de rendez-vous pour une consultation externe, l'absentéisme de courte durée et le turnover des professionnels ont d'ores et déjà été envoyés aux établissements participants. Ceux portant sur les demandes d'examen d'imagerie, l'annulation d'actes ambulatoires sous anesthésie, le volume de produits hydroalcooliques et d'antibiotiques consommés, la surveillance des staphylocoques dorés méti-R, le score de prévention et de contrôle des IN, l'infarctus du myocarde, les accidents vasculaires cérébraux, la durée d'attente aux urgences le seront très prochainement.

Modalités de présentation des résultats aux établissements

Les initiatives de classement des établissements comme les palmarès de média et celles permettant à un établissement de se positionner par rapport aux autres utilisent des modalités de présentation nécessairement différentes. Concernant les secondes, ces modalités semblent d'ailleurs constituer l'un des principaux facteurs de succès des démarches (Ontario Hospital Report Card, Australian Council, Maryland Project). Elles sont inspirées des méthodes de contrôle de gestion et sont fondées sur des tableaux de bord où chacun peut se situer par rapport aux établissements comparables. Ces éléments de comparaison permettent de situer les champs d'amélioration prioritaires.

Dans COMPAQH, une comparaison de tous les établissements est effectuée dans un cadre expérimental et de manière totalement anonymisée (un établissement ne peut pas connaître les résultats des autres établissements).

Nous illustrons cette démarche par des résultats déjà adressés aux établissements et portant sur la conformité du dossier patient. L'analyse a porté dans chaque établissement sur 80 dossiers patient tirés au sort. La grille d'évaluation comprenait 19 items classés dans 4 axes pour

lesquels il était possible de répondre à chaque fois par "Oui", "Non", ou "NA" (Non Applicable). Les 4 axes concernaient les actes techniques majeurs, les documents d'observation et de synthèse, l'organisation de la gestion des dossiers et les documents d'information du patient. Les résultats présentés dans le graphique portent sur l'axe 1 (actes techniques majeurs) dont le score de conformité a été calculé à partir de l'évaluation de 6 items : la présence du compte-rendu opératoire, la présence du compte-rendu d'accouchement, la présence du dossier anesthésique, la présence du dossier transfusionnel, la présence de l'ordonnance de sortie du patient, et la présence du double du compte-rendu d'hospitalisation ou du courrier de sortie. Pour chaque dossier analysé, le score de conformité est calculé avec au numérateur la somme des items conformes et au dénominateur le nombre d'items de l'axe applicables pour le dossier analysé. Le score est ensuite rapporté à 100.

Perspectives

Au cours de l'année 2005, une nouvelle mesure des indicateurs doit être mise en œuvre. Les caractéristiques métrologiques de certains indicateurs seront étudiées, afin de s'assurer de la validité et de la fiabilité des mesures. A partir du retour d'expériences des établissements participant au projet, des recommandations sur la gestion interne des tableaux de bord d'indicateurs seront proposées.

Dans le deuxième trimestre 2005, un rapport sera émis par l'équipe de coordination COMPAQH sur la faisabilité de la mesure des indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales développé par l'InVS à l'initiative du ministère de la santé.

Par ailleurs, l'Agence Régionale de l'Hospitalisation en Aquitaine souhaite étendre la mesure de certains indicateurs du projet COMPAQH aux établissements de la région. Cette démarche se fera en concertation large et s'appuiera sur les différentes institutions concernées dans la région au sein d'un comité de pilotage.

Encadré 1 – Les établissements

COMPAQH (en italique, les établissements d'Aquitaine)

MCO

CH Blaye
 CH Blois
 CH Chartres
 CH Dax
 CH La Réole
 CH Mont de Marsan
 CH Privé Saint Martin
 CH Saint-Nazaire
 CH Vendôme
 CHIC Marmande-Tonneins
 CHU Angers
 CHU Bordeaux
 Clinique Beau Soleil
 Clinique de Fontaine
 Clinique des Cèdres
 Clinique Mutualiste "La Sagesse"
 Clinique Mutualiste Saint-Etienne
 Clinique Saint Sauveur
 CMC Parly II
 Fondation de la Maison du Diaconat
 HIA Robert Picqué
 Hôpital Lariboisière - AP-HP
 Nouvelles Cliniques Nantaises
 Polyclinique St François - St Antoine

CLCC

Centre Léon Bérard
 Centre Oscar Lambret
 Institut Bergonié
 Institut Gustave Roussy

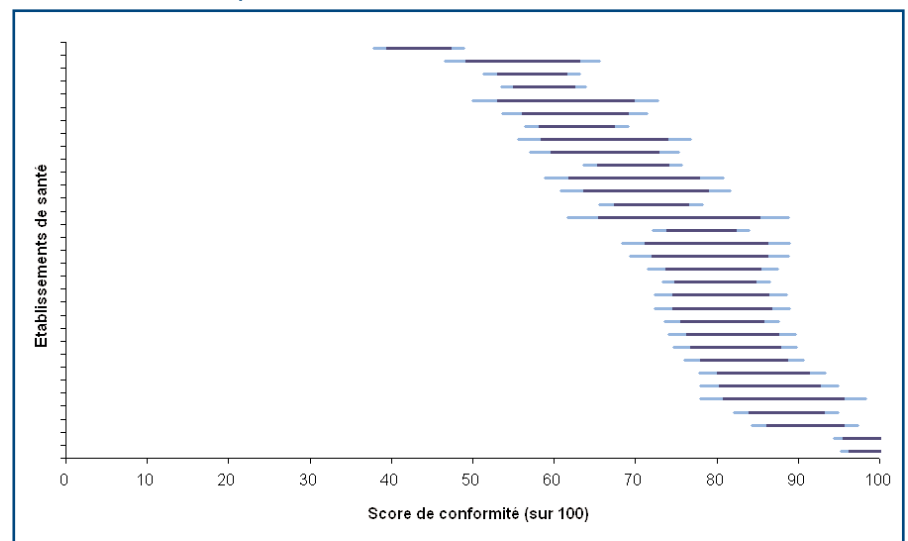
Psychiatrie

Centre Hospitalier des Pyrénées de Pau
 Clinique d'Aufrery
 Clinique du Mont Duplan
 Clinique Pen An Dalar

SSR

CSSR de Chateaufort
 Clinique du Château de Vernhes
 Clinique du Mas de Rochet
 CMPR de Coubert

Conformité du dossier patient



Les indicateurs sélectionnés par objectifs pour chacun des secteurs d'activité

Indicateurs par objectif prioritaire	MCO	CLCC	PSY	SSR
Lutter contre la douleur				
<i>Traçabilité de l'évaluation de la douleur</i>	X			X
<i>Traitement des patients douloureux</i>	X	X		X
Assurer la continuité de la prise en charge				
<i>Conformité des dossiers patients</i>	X	X	X	X
<i>Conformité des dossiers anesthésiques</i>	X	X		
<i>Délai d'envoi des courriers de fin d'hospitalisation</i>	X	X	X	X
<i>Demandes d'examen d'imagerie conformes</i>	X	X		
<i>Annulation d'actes ambulatoires sous anesthésie</i>	X	X		
<i>Prise en charge sociale</i>			X	X
<i>Prise en charge multidisciplinaire</i>		X		
Lutter contre les troubles nutritionnel				
<i>Dépistage des troubles nutritionnels chez l'adulte</i>	X	X	X	X
<i>Education thérapeutique</i>	X		X	X
<i>Lutter contre le risque iatrogène</i>				
<i>Infections du site opératoire</i>	X	X		
<i>Volume de produits hydroalcooliques consommés</i>	X	X		
<i>Volume d'antibiotiques consommés</i>	X	X		
<i>Surveillance des staphylocoques dorés métiR</i>	X	X		
<i>Score de prévention et de contrôle des IN</i>	X	X	X	X
<i>Mortalité hospitalière dans les GHM à faible taux de mortalité</i>	X	X		
<i>Actes de violence en psychiatrie</i>			?	
<i>Chutes des patients hospitalisés</i>				?
Améliorer la satisfaction du patient				
<i>Satisfaction globale et autres indicateurs</i>	X	X	X	X
Respecter les bonnes pratiques cliniques				
<i>Infarctus du myocarde</i>	X			
<i>Accidents vasculaires cérébraux</i>	X			
<i>Effets secondaires des traitements en cancérologie</i>		X		
<i>Cancer du côlon</i>		X		
<i>Césariennes</i>	X			
<i>Chirurgie des lésions mammaires</i>	X	X		
<i>Bilan d'extension du cancer de la prostate</i>	X	X		
<i>Sevrage du patient alcool-dépendant</i>			X	
<i>Traitement par électro-convulsivothérapie</i>			X	
<i>Surveillance du diabète de type II par dosage de HbA1c</i>				X
<i>Prise en charge des suicidants</i>			?	
<i>Utilisation des chambres d'isolement</i>			?	
Accroître la motivation, la responsabilisation et l'évaluation des compétences des professionnels				
<i>Absentéisme de courte durée</i>	X	X	X	X
<i>Turnover</i>	X	X	X	X
<i>Usure psychologique du personnel / Culture d'équipe</i>	X	X		
Garantir l'accessibilité				
<i>Accessibilité (signalétique et autres aspects ergonomiques)</i>	X	X	X	X
<i>Durée d'attente aux urgences</i>	X			
<i>Durée d'attente en consultation externe</i>		X		
<i>Délai de rendez-vous pour une consultation externe</i>		X		
<i>Délai de rendez-vous pour une consultation en CMP</i>			X	
<i>Attente avant admission dans l'établissement</i>			X	

Références

1. Minvielle E, Pouvourville G (de). La mesure de la qualité des soins : un enjeu et un défi de santé publique. Rev Epidemiol Sante Publique 2001; 49: 113-15.
2. DREES. Eléments pour évaluer la performance des établissements hospitaliers. Dossiers solidarité et santé 2001, N° 2.
3. Institute of Medicine Committee on the Quality in Health Care in America. Crossing the Quality Chasm: A new Health System for the 21st Century. Washington DC: National Academy Press, 2001.
4. Sicotte C, Champagne F, Contandriopoulos AP et al. A conceptual framework for analysis of health care organizations' performance. Health Serv Manage Res 1998, 11:24-48.
5. Minvielle E. De l'usage de concepts questionnaires dans le champ de la santé. Le cas de la qualité hospitalière. Revue Française de Gestion 2003, 29-146: 167-90.
6. Chassin MR, Hannan EL, De Buono A. Benefits and Hazards of Reporting Medical Outcomes Publicly, New England Journal Of Medicine, 1996, 334-6: 394-398.
7. Marshall MN, Romano PS, and Davies H. How do we maximize the impact of the public reporting of quality of care? Int J Qual Health Care, 2004 16: i57-i63.
8. Communiqué de Presse du Ministre de la Santé du 16 mars 2004.

Rédacteurs

V Daucourt (CCECQA),
C Billiard-Decre (CCECQA),
P Michel (CCECQA)

Remerciements

Nous remercions pour leur implication importante les correspondants du projet, notamment ceux des établissements de la région Aquitaine :

Dr Xavier Abballe (*Centre Hospitalier Intercommunal Marmande-Tonneins*), M. Christophe Barbe (*Centre Hospitalier des Pyrénées*), M. Jean-Robert Coussau (*Centre Hospitalier de Dax*), Mme Geneviève Dupouy (*Centre Hospitalier de Mont de Marsan*), Dr Blandine Filet (*Centre Hospitalier de Blaye*), Mme Josiane Finck (*Centre Hospitalier de La Réole*), M. Jean-Pascal Gonzalez (Hôpital d'Instruction des Armées Robert Picqué), Mme Joëlle Jouneau (*Institut Bergonié*), Dr Joëlle Oyon (*Centre de Soins de Suite et de Réadaptation de Chateaufort*), Mme Sophie Zamaron (*Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux*).

Nous remercions également les autres membres du groupe de coordination COMPAQH (Clément Corriol, Catherine Grenier-Sennelier et Etienne Minvielle) pour leur aide à l'élaboration de ce document.

Communications et publications 2005 du CCECQA

□ Saillour-Glénisson F, Daucourt V, Pourin C, Quenon JL, de Sarasqueta A-M, Chapoulart H, Duroux G, Pellet F, Prétel C, Banos M-A, Michel P. Expérimentation aquitaine de l'évaluation des pratiques professionnelles dans le cadre de l'accréditation (V2). Préparation de la démarche et sélection des établissements et des thématiques d'évaluation. Risque et Qualité en milieu hospitalier 2005 ;11 :11-21.

□ Daucourt V, Petitjean ME, Chateil JF, Michel P. Evaluation of the benefits for the patient arising from an inter-hospital teleradiology network in a French administrative area. Journal of Telemedicine and Telecare 2005 (in press).

□ Freyburger G, Reboul MP, Labrousse S, Saillour F, Grenier N. Diagnosis accuracy of a new challenger for thrombosis exclusion, the Stratus(R) CS DDMR. Clin Chim Acta. 2005 354 :181-9.

□ Patte R, Drouvot V, Quenon JL, Denic L, Briand V, Patris S. Prevalence of hospital-acquired infections in a home care setting. J Hosp Infect. 2005 ; 59 :148-51.

□ Quenon JL, Eveillard M, Vivien A, Bourderont D, Lepape A, Lathelize M, Jestin C. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé Working Group. Evaluation of current practices in surgical antimicrobial prophylaxis in primary total hip prosthesis—a multicentre survey in

private and public French hospitals. J Hosp Infect. 2004 ;56 :202-7.

□ Quenon J-L, Michel P, de Sarasqueta A-M. Tirer des leçons des expériences du passé. Risques et Qualité en milieu de soins 2005 ; 2(1) :50-52.

Communication

Michel P, Elbaum M. L'étude ENEIS. 5ème Forum AAQTE

"L'insécurité thérapeutique médicamenteuse : de l'analyse à la maîtrise des risques". Nancy; 19-20 janvier 2005.

Projets en cours

Gestion des risques

Méthode d'analyse des causes de survenue d'un événement indésirable grave lié aux soins

Suite aux travaux d'ERI, le CCECQA a mené une recherche sur les méthodes d'analyse des causes. Une méthode d'analyse et des outils de collecte des informations ont été élaborés, puis testés dans des unités de soins volontaires d'Aquitaine. Cette méthode a été utilisée sur plusieurs dizaines de cas, dans le cadre de l'étude nationale sur les événements indésirables graves liés aux soins (projet ENEIS).

Sécurisation du circuit du médicament (SECURIMED)

Ce projet a pour objectifs d'étudier les barrières (ou défenses) mises en place ou possibles pour éviter la survenue d'erreurs lors des différentes étapes de la distribution des médicaments, et d'aider les établissements de santé à définir des actions d'amélioration. Cinquante neuf visites de risques dans dix neuf établissements ont été réalisées. Une journée régionale de fin de projet est organisée le 22 avril 2005.

ENEIS

Cette étude nationale, qui a pour objectifs d'estimer la fréquence des événements indésirables graves évitables observés en milieu hospitalier et d'analyser finement les causes des principaux événements évitables est en cours d'analyse. Les résultats sont présentés lors d'une journée nationale le 10 mai au Ministère de la Santé.

Amélioration des pratiques professionnelles

EPP3F

12 établissements participent à ce projet financé dans le cadre de l'appel d'offre de recherche de l'anaes 2003 et dont les objectifs sont d'identifier les Freins et Facteurs Favorisant l'application de recommandations professionnelles, de comprendre le mécanisme d'action de deux méthodes de mise en oeuvre des recommandations professionnelles et

de déterminer les freins et facteurs favorisant les plus fortement associés à l'application des recommandations professionnelles. L'analyse des freins et facteurs favorisant a été effectuée par des sociologues et anthropologues par des entretiens semi-directifs et des observations de terrain auprès des professionnels des services de médecine de 5 établissements différents. Les résultats de leur enquête seront compilés en un questionnaire que devront compléter les médecins de tous les services participants.

EPP

Une démarche régionale d'évaluation des pratiques professionnelles, initiée par la HAS et coordonnée par le CCECQA et les correspondants régionaux HAS est en cours. Son objectif général est d'aider les ES à se préparer à la seconde version de l'accréditation par le développement de projets d'évaluation des pratiques professionnelles. 40 établissements publics et privés ont été sélectionnés et 28 thématiques d'évaluation retenues. La première phase du projet (septembre - décembre 2004) a consisté en la préparation du projet et la sélection des établissements et des thématiques ; la seconde phase (en cours) a pour objectif d'élaborer, pour chaque thématique sélectionnée, une méthode d'évaluation. Cette méthode permettra aux établissements, au cours d'une troisième phase, d'évaluer leur pratique. Le projet s'appuie pour chacune de ses phases sur des groupes de travail régionaux constitués, par discipline médico-chirurgicales, de praticiens leader et investis dans leur discipline.

Gestion de la relation patients et professionnels

Perception de la qualité des soins en unités de soins palliatifs

Une réflexion portant sur les patients pris en charge par les équipes de soins palliatifs vient d'être initiée à la demande de deux établissements adhérents. Les objectifs de l'étude sont d'élaborer et de valider un outil de mesure de la perception des soins des patients hospitalisés en unités de soins palliatifs. Cette enquête permettra de mesurer le ressenti des patients

sur leur accompagnement en soins palliatifs, d'identifier les points à améliorer dans la prise en charge des patients en soins palliatifs et de répondre aux exigences réglementaires d'amélioration de la qualité. Les étapes de revue de la littérature, d'identification et d'élaboration d'un questionnaire sont terminées. Une phase test du recueil des questionnaires dans le cadre de la conduite d'entretiens avec les patients est en cours. Elle permettra de conclure sur la faisabilité du recueil, sur l'acceptabilité et les modifications attendues de l'outil de mesure, au sein des équipes comme auprès des patients. Les perspectives du projet seront de proposer l'outil aux équipes de soins palliatifs (USP, domicile, lits identifiés).

Job satisfaction

Un questionnaire validé des conditions de travail en 51 items et sa version courte en 15 items est disponible. L'application Sphinx permettant de traiter les enquêtes commence à être utilisée par les établissements.

Coordination régionale des enquêtes de satisfaction

Il est proposé aux utilisateurs des questionnaires Saphora (MCO et PSY et JOB) de participer à la mise en place d'une base de données commune des résultats d'enquêtes de satisfaction. L'objectif est d'apporter aux établissements des éléments d'information complémentaires pour l'interprétation de leurs propres résultats. L'application Sphinx facilite la conduite de ces enquêtes. Le projet Compaqh a utilisé le questionnaire Saphora-Mco par interview téléphonique pour la mesure de l'un de ses indicateurs

Indicateurs

COMPAQH (Cf. dossier spécial)

Documents et outils disponibles

Gestion des risques

- Dans le cadre du projet ENEIS : Validation de l'outil d'analyse des causes, Résultats de l'expertise sur le médicament, Présentation de la méthode et de l'échantillon d'ENEIS, Questionnaires de détection et de confirmation- Etude sur le risque iatrogène. Comparaison de trois méthodes d'identification et d'analyse des événements iatrogènes graves dans des services de court séjour. Publication de la DRESS. Etudes et Résultats 2003;219 :1 -8. (accessible <http://www.sante.gouv.fr>).
- Etat des lieux des projets de gestion des risques en Aquitaine. Rapport final. Juin 2002, 21 pages.
- Outils informatiques pour la gestion des risques. Compte-rendu de l'atelier de janvier 2003 et fiches de présentation des logiciels. Mai 2003.
- Le système de signalement des événements indésirables, en pratique. Compte-rendu de l'atelier de mars 2003.
- Sécurisation du circuit du médicament (SECURIMED) : guide de la visite de risques, décembre 2003.
- Traçabilité des produits sanguins labiles : grille de recueil de données et rapport d'étude.

Préparation à l'accréditation

- Analyse des 100 premiers comptes-rendus d'accréditation rendus publics par l'ANAES (rapport).
- Guide AECA : Guide méthodologique d'auto-évaluation et de préparation à l'accréditation. Classeur de questionnaires (version 2001) et CD Rom disponibles (version 3.1).
- Guide QualiHop : Guide méthodologique des étapes préalables à l'engagement des établissements dans la procédure d'accréditation.
- Guide CMP : Guide méthodologique de conduite de l'auto-évaluation pour les Centres Médico-Psychologiques

Questionnaires de satisfaction

- Logiciel d'enquête de satisfaction Sphinx-Sapho.
- Guide méthodologique SAPHORA de mise en place d'enquêtes de satisfaction.
- Questionnaires d'enquête SAPHORA-MCO et SAPHORA-PSY
- Questionnaires de sortie mini-SAPHORA-MCO et mini-SAPHORA-PSY
- Manuel d'utilisation des questionnaires SAPHORA-MCO
- Manuel d'utilisation des questionnaires SAPHORA-PSY
- Manuel d'utilisation des questionnaires SAPHORA-Job
- Les enquêtes de satisfaction : objectifs et utilisations pertinentes. Compte-rendu de l'atelier. Mai 2003.

Ecoute patient

- Accès au dossier médical. Résultats de l'étude de faisabilité. Fiche de synthèse. 2004.
- Revues documentaires.
- Gestion de la relation patient. Résultats de l'enquête conduite par le CCECQA. 2002.
- L'information du patient : qualité et sécurité des soins. Compte-rendu de l'atelier. Décembre 2003.

Elaboration de recommandations

- Recommandations de prescription des enzymes myocardiques dans l'infarctus du myocarde.
- Recommandations de prescription du bilan thyroïdien chez l'adulte.
- Recommandations du bilan préopératoire (consensus régional).
- Recommandations régionales sur la tenue du dossier transfusionnel

Elaboration d'indicateurs

- Rapport de validation d'indicateurs douleur
- Rapport de validation du questionnaire saphora-Job
- Rapport de validation d'indicateur de la qualité de la traçabilité des Produits Sanguins Labiles.
- Fiche descriptive d'un indicateur de performance des soins.
- Grille de lecture critique d'un indicateur de performance des soins.
- Rapport de validation d'indicateurs douleur.
- COMPAQH : rapport de décembre 2003 ; cahiers des charges des indicateurs retenus, grille d'analyse des indicateurs, rapport d'évaluation de cette grille.

Evaluation des pratiques

- EPP- aquitaine : rapport de première phase du projet (sélection des thèmes d'EPP)- RIHRA : Evaluation de l'efficacité et de l'efficience. Rapport final de la deuxième phase d'évaluation.
- Fiches outils de mesure des coûts de non qualité des soins dans les établissements de santé : méta-fiches outils, fiches outils appliquées aux thèmes suivants : les infections à bactéries multirésistantes, l'antibioprophylaxie inadaptée, les escarres et les radiographies inappropriées.
- Evaluation de la correspondance médicale : élaboration de recommandations et d'un outil d'évaluation. Rapport final.
- Comment initier et animer une démarche d'audit interne dans son établissement. Compte-rendu de l'atelier de juin 2003.
- Analyse des facteurs associés à l'application de Recommandations de Pratiques Cliniques (RPC). Dossier documentaire.
- RIHRA : rapport final de la première phase d'évaluation et bilan d'activité 2002-2003.
- Douleur : guide méthodologique pour l'évaluation de la prise en charge de la douleur, questionnaires d'évaluation.
- La prise en charge de la douleur dans les établissements adhérents du CCECQA.
- Dossier patient : Critères d'évaluation de la tenue et du contenu des dossiers des patients (version actualisée).
- Grilles d'évaluation des dossiers patients, Rapport régional de l'audit 1997-2000.
- Application ECADO (calcul de taille d'échantillon par la technique LQAS).
- Prise en charge des schizophrènes : rapport d'étude.
- Prescriptions des enzymes myocardiques : rapport d'étude et plaquette de présentation des recommandations.
- Prescription du bilan thyroïdien : rapport d'étude, plaquette de présentation des recommandations et fiche de prescription conseil.