

# Indicateurs qualité Certification qualité

## Vers l'utilisateur expert

*La contribution des usagers  
à l'amélioration des prises en charge*

*Rencontre avec les associations partenaires  
Jeudi 26 mai 2011*

*Direction de la qualité et des usagers  
Agnès Walter*



# Amélioration de la qualité

La mesure du niveau de qualité est une préoccupation constante au cours de toute démarche d'amélioration. Il est important de se fonder sur **des faits** et non sur des opinions. Le recours à des données factuelles est un moyen privilégié d'ancrer la démarche dans la réalité.

## Outils :

Indicateurs

Certification

Plaintes et  
réclamations

Écoute des usagers

Gestion des événements  
indésirables

## Qu'est ce qu'un indicateur ?

Un **indicateur** est un outil d'évaluation et d'aide à la décision (pilotage, ajustements, correction) grâce auquel on va pouvoir mesurer une situation ou une tendance, de façon objective, à un instant donné, ou dans le temps et/ou l'espace.

Indicateurs de résultat  
Indicateur de moyens  
Indicateur de performance  
Indicateur de procédure  
Indicateurs de projet  
Indicateur composite... ..

# Un indicateur interne au CHU

## DSPH : mesure de la satisfaction patient

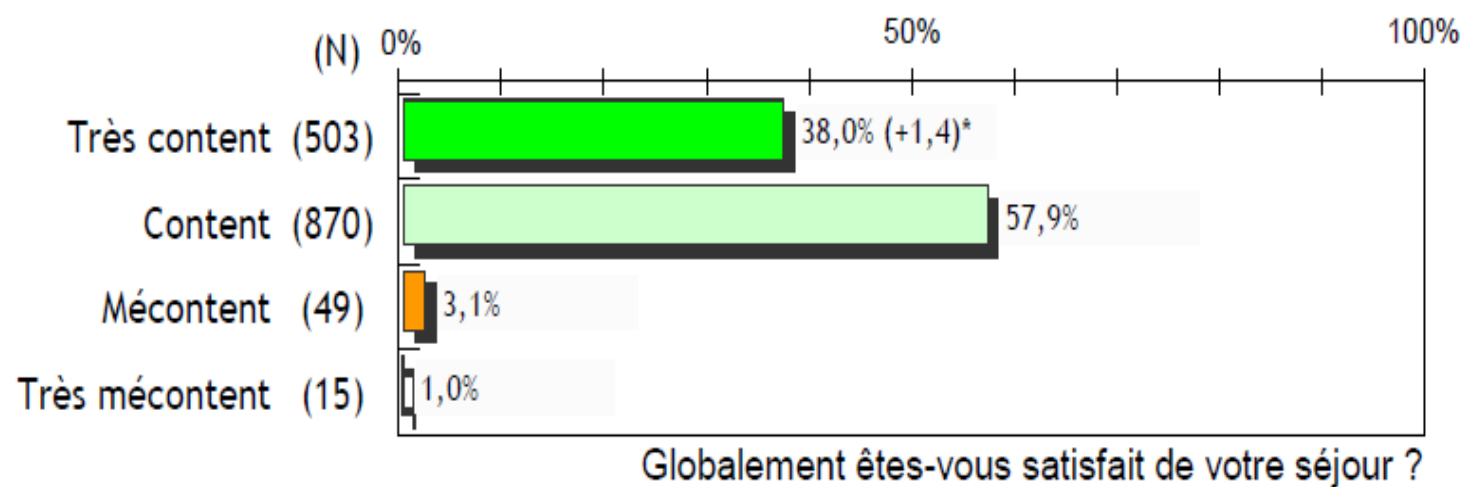
*Existe depuis 1999*

Quoi :	Mesure à Distance de la Satisfaction des Patients Hospitalisés
Fréquence :	Tout au long de l'année
Combien :	Jusqu'à 3 patients/service sont tirés au sort par semaine
Qui :	Service d'Épidémiologie et Évaluation Cliniques
Comment :	Envoi d'un questionnaire courrier
Quand :	Établissement : Annuel Pôles / services : bi annuel
Sur quoi :	<b>50 questions</b>
Depuis quand :	1999

# La satisfaction patient

## Résultat global

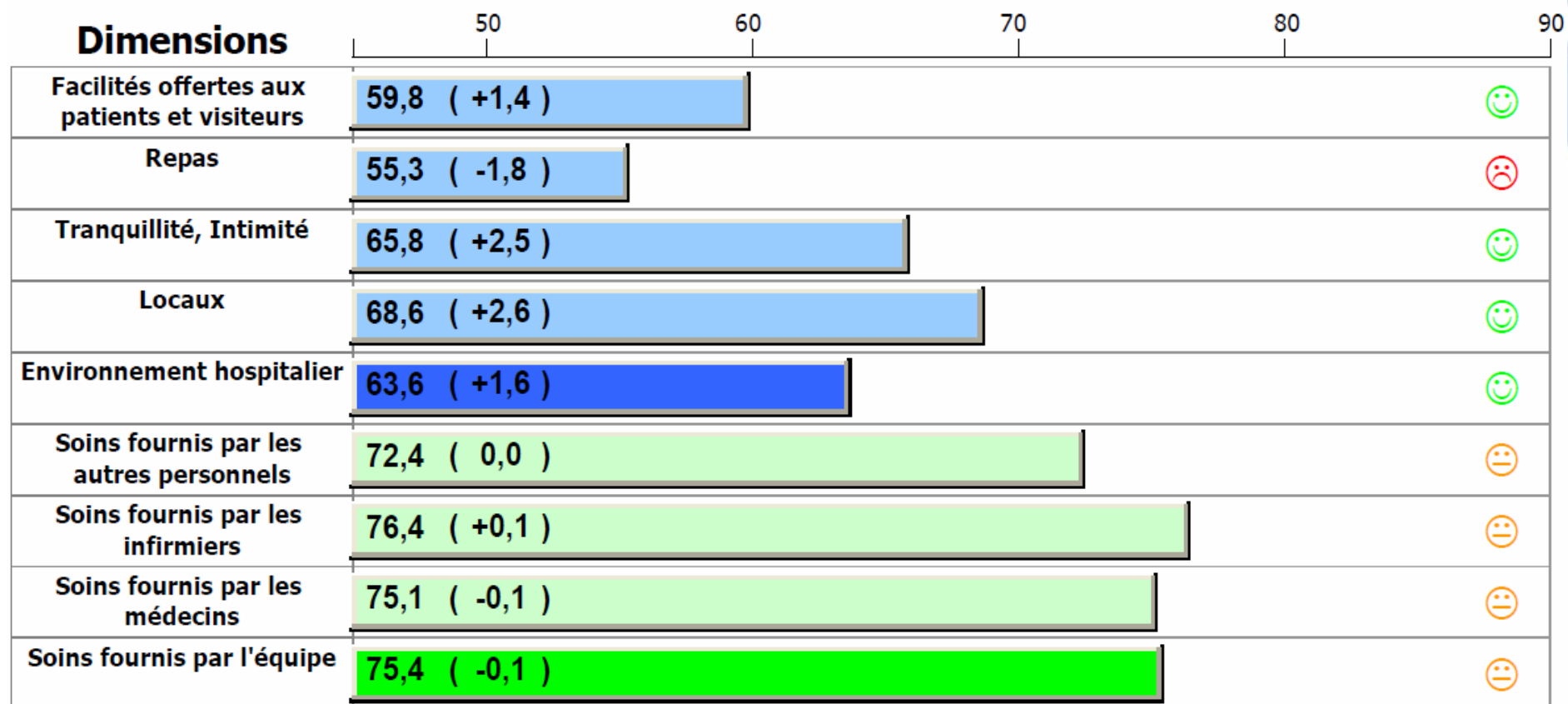
### Globalement



# La satisfaction patient

## Résultat par critères

Scores moyens (évolution par rapport à la période précédente)



## La tendance

- A l'instauration d'indicateurs nationaux
- Intégrés dans la certification
- Publics
- Pour
  - Des outils et méthodes homogènes de pilotage de la qualité
  - Améliorer la pertinence de la procédure de certification des établissements de santé ;
  - Répondre à l'exigence de transparence et au besoin d'information de la part des usagers du système de santé et de leurs représentants sur la qualité des soins délivrés ;
  - Fournir aux pouvoirs publics des éléments d'aide à la décision en matière de politique d'organisation du secteur hospitalier, prenant en compte la qualité des soins dispensés

# Saphora : une nouvelle démarche nationale

## 2011 : Expérimentation

<b>Quoi :</b>	<b>Mesure de la satisfaction des patients hospitalisés</b>
<b>Fréquence :</b>	<b>Annuel</b>
<b>Combien :</b>	<b>120 séjours (avril - mai)</b>
<b>Qui :</b>	<b>Institut de sondage – Quali Test</b>
<b>Comment :</b>	<b><u>Entretien téléphonique</u> (13 minutes/appel)</b>
<b>Quand :</b>	<b>mai - juin</b>
<b>Sur quoi :</b>	<b>36 questions + optionnelles (urgences; brancardage; compétences)</b>

## 2012 : Déclinaison par pôle

# Autres démarches nationales

## IPAQSS (2007)

Indicateurs de **P**erformance pour l'**A**mélioration de la **Q**ualité et de la **S**écurité des **S**oins

**Tenue globale du dossier patient et anesthésique**

**Traçabilité évaluation et suivi de la douleur**

**Dépistage troubles nutritionnels**

**Délai envoi courrier fin d'hospitalisation**

**Prévention du risque d'escarres**

**Réunion de concertation pluridisciplinaire**

## ICALIN (2005)

Indicateur **C**omposite des **A**ctivités de **L**utte contre les **I**nfections **N**osocomiales

**Indice Composite des Activités de Lutte contre les Infections Nosocomiales**

**Indicateur de Consommation de Produits Hydro Alcooliques**

**Enquête d'incidence des infections du site opératoire**

**Indice Composite de bon usage des Antibiotiques**

**Indice SARM (calculé sur 3 ans) 1000 journées d'hospitalisation**

# Publication des indicateurs IPAQSS - ICALIN

Site [www.platines.sante.gouv](http://www.platines.sante.gouv) : gouvernement  
Internet CHU Nancy  
Accueils administratifs du CHU de Nancy  
Intranet CHU Nancy

**PLATINES : PLATeforme d'INformations sur les Etablissements de Santé**

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS  
DREES-DGOS

Recherche d'établissements

Nom de l'établissement:

Nom de la commune:

Région:

Département:

Statut de l'établissement:

Recherche avancée : 0 critère(s)

**CHU DE NANCY**  
FINISS : 540002078  
Centre hospitalier régional (CHR)

Exporter la fiche au format PDF Exporter les indicateurs qualité au format PDF

Etablissement public NANCY (54)

<b>Tous les indicateurs</b>	Lits et Places	Equipements	Activité générale
Maternités	Urgences et réanimation	Autres activités autorisées	Autres prestations
Pathologies courantes	Chirurgie ambulatoire	Indicateurs Qualité	Environnement démographique

**Lits et places** (MAJ.: 8 février 2011)

Année 2009	Hospitalisation complète Nombre de lits	Hospitalisation de jour Nombre de places
Médecine (M)	920	117
Chirurgie (C)	532	22
Obstétrique (O)	0	2
<b>Total MCO</b>	<b>1452</b>	<b>141</b>
Psychiatrie	45	0

**CHU de NANCY**

Actualités  
- Actus récentes

Présentation  
- Différents sites  
- Plan d'accès  
- Chiffres clés 2009  
- Organigrammes du CHU de Nancy  
- Instances du CHU  
- Historique

Patients

ANNUAIRES DES CONSULTATIONS  
- N° d'urgences  
- Infos pratiques  
- Droits du patient  
- Personnes en difficulté  
- Accès aux soins à l'hôpital des personnes handicapées  
- Associations partenaires

Professionnels de santé

**Indicateurs qualité et sécurité des soins du CHU de Nancy**

Pour accompagner les établissements de santé dans leur démarche d'amélioration de la Qualité et de la sécurité des soins, la Haute Autorité de Santé (HAS) recueille depuis 2008 différents indicateurs. Au CHU de Nancy, la direction de la Qualité et des Usagers coordonne le recueil de ces informations et accompagne les équipes de l'établissement dans leurs actions d'amélioration.

Ce sont ces indicateurs que le CHU de Nancy porte via son site Internet à la connaissance de ses usagers dans un souci de plus grande transparence.

DE QUOI PARLE-T-ON ?

**Pour les indicateurs sur les infections nosocomiales :**

Score agrégé : il est élaboré à partir des résultats de chacun des indicateurs ci-dessous

**ICALIN (Indice Composite des Activités de Lutte contre les Infections Nosocomiales) :** il s'agit de la mesure des moyens mobilisés par l'établissement pour la lutte contre les infections nosocomiales. C'est une note sur 100.

**ICSHA (Indicateur de Consommation de Solution Hydro-Alcoolique) :** exprimé en %, il indique la consommation du CHU en produits hydro-alcooliques par rapport à l'objectif personnalisé assigné par le Ministère.

**SURVISO (indicateur de réalisation d'une SURveillance des Infections du Site Opératoire) :** il identifie le nombre de spécialités de chirurgie qui font une mesure des infections du site opératoire après intervention.



# Publication ICALIN (Platines)

Année 2008	Résultat de l'établissement	Positionnement de l'établissement (Classe de performance)	Évolution par rapport à l'année précédente	Atteinte de l'objectif national (oui/non)
<b>Le score agrégé</b> (score sur 100)	99	A	→	sans objet
<b>ICALIN (Indice composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales)</b> (score sur 100)	100	A	→	oui
<b>ICSHA (Indicateur de consommation de produits hydro Alcooliques)</b> (score sur 100)	155.6 %	A	→	oui
<b>SURVISO (Surveillance des infections du site opératoire)</b> (réalisation d'une enquête d'incidence)	oui	9/11	→	oui
<b>ICATB : Indice Composite de bon usage des AnTiBiotiques</b> (score sur 20)	19	A	→	oui

# Publication IPAQSS (Platines)

Année 2009	Résultat de l'établissement (valeur + fourchette)	Positionnement de l'établissement par rapport à la moyenne nationale	Évolution par rapport à l'année précédente	Atteinte de l'objectif national
<b>Tenue du dossier patient (TDP)</b> (score sur 100)	67 ±3	☹️	➡️	NON
<b>Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation (DEC)</b> (pourcentage de dossiers conformes)	39% ±11%	☹️	➡️	NON
<b>Traçabilité de l'évaluation de la douleur (TRD)</b> (pourcentage de dossiers conformes)	39% ±11%	☹️	➡️	NON
<b>Dépistage des troubles nutritionnels (DTN)</b> (pourcentage de dossiers conformes)	71% ±10%	☹️	➡️	OUI
<b>Tenue du dossier anesthésique (DAN)</b> (score sur 100)	75 ±4	☹️	➡️	

## Indicateurs et classements publiés dans les media

En parallèle aux publications officielles des indicateurs, plusieurs grands media nationaux s'appuient entièrement ou partiellement sur ces indicateurs pour élaborer leur propre classement des établissements de santé, appartenant aussi bien au secteur public que privé.



Rejoignez L'EXPRESS.fr

Je m'inscris | Je m'identifie

Se connecter



Flavien Hamon (L'Express) recommande Entrez dans la Dav

# La méthodologie de L'Express

Par L'Express, publié le 08/12/2009 à 16:44

Recommander

Envoyer

10 personnes recommandent ça. Soyez le premier parmi vos amis.



Imprimer



Envoyer par e-mail



Partager



Voter (23)



Commentaires (6)

**Notre classement est établi à partir d'un score général obtenu par les établissements de soins dans leur lutte contre les infections nosocomiales.**

Ce score est décerné par le ministère de la Santé, qui le nomme "score agrégé" dans sa terminologie. Il est calculé sur 100 et résulte de l'addition de quatre indicateurs:

**L'indice Icalin** (40% du score général). Destiné à mesurer l'activité de lutte contre les infections nosocomiales, il est composé de 31 items, répartis en trois fonctions: moyens, activité et organisation.

**La consommation de solutés hydro-alcooliques par le personnel** (30%). Ces "savons médicaux" représentent en effet le meilleur moyen de s'assurer une bonne hygiène des mains.

**La consommation d'antibiotiques** (20%). Plus celle-ci est forte, plus l'hôpital risque d'être confronté à des germes résistant aux antibiotiques, à l'origine de maladies nosocomiales redoutables.

**La surveillance des infections du site opératoire** (10%). Les établissements chirurgicaux sont fortement incités à suivre les



prévention L'usage des "savons médicaux" est déterminant dans la lutte contre les infections nosocomiales.

## A lire aussi

**Article** - Un questionnaire pour éviter les erreurs médicales

**Article** - Le classement 2010 des hôpitaux les plus sûrs



## Comprendre les indices de notation

### METHODOLOGIE DU PALMARES DU FIGARO

Pour établir le classement des meilleurs établissements de santé ainsi que les pôles d'excellence pour 30 types de prise en charge, nous nous sommes appuyés sur les dernières données disponibles émanant soit du Ministère de la santé soit d'autres organismes institutionnels.

Notre partenaire, Le Guide Santé (<http://www.le-guide-sante.org>) a assuré l'assistance méthodologique et le retraitement des données.

Un Comité Consultatif dans le cadre du palmarès des hôpitaux 2011 du Figaro s'est tenu en Novembre 2010. Il était composé de représentants de la profession (tous secteurs confondus, public, centre de lutte contre le cancer, privé non lucratif et privé commercial), de médecins responsables de l'information médicale et d'experts en cancérologie.

Il a été exposé que la méthodologie utilisée pour le Palmarès du Figaro Magazine serait basée sur les indicateurs publics et opposables suivants :

- » score agrégé de lutte contre les Infections Nosocomiales
- » certification Haute Autorité de Santé (HAS)
- » et indicateurs de qualité HAS avec utilisation d'un indicateur composite HAS construit à partir des indicateurs HAS\* (moyenne des notes/100, la note de chaque indicateur étant rapportée sur 100).

Il est à noter que c'est l'entité juridique des CHU au lieu de l'entité géographique (sauf pour APHP, HCL et APHM) qui a participé au palmarès.

# Vers un usage renforcé des indicateurs

**L'utilisation des indicateurs dans le cadre de la certification doit permettre :**

- 1° d'alimenter le document d'auto-évaluation des établissements et servir de base de dialogue avec les experts visiteurs lors de la visite,
- 2° d'évaluer la capacité des établissements de santé à intégrer les indicateurs de qualité comme outils de management de la qualité,
- 3° de se substituer à certains critères ou éléments d'appréciation du référentiel.

*Un ensemble d'indicateurs développés spécifiquement pour la certification viendra compléter les indicateurs disponibles → contribution importante à la mesure de la qualité des établissements.*

**11 références dans la V2010 recourent à des indicateurs :**

**Critère 2.e** Indicateurs, tableaux de bord et pilotage de l'établissement. **Critère 8.g** Maîtrise du risque infectieux. **Critère 8.h** Bon usage des antibiotiques. **Critère 12.a** Prise en charge de la douleur **Critère 14.a** Gestion du dossier du patient **Critère 19.b** Troubles de l'état nutritionnel **Critère 20.a** Démarche qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient. **Critère 24.a** Sortie du patient **Critère 26.a** Organisation du bloc opératoire **Critère 28.a** Mise en oeuvre des démarches d'évaluation des pratiques professionnelles **Critère 28.c** Démarches EPP liées aux indicateurs de pratique clinique.

# La certification : aussi un outil d'information

Ses objectifs :

- « délivrer une information accessible et claire à destination des usagers ;
- créer des conditions d'un intérêt à agir pour les professionnels de santé ;
- être un outil de management interne aux établissements
- assurer son rôle dans la régulation des établissements de santé par la qualité ».

- Procédure d'évaluation externe
- Itérative (tous les 4 ans)
- Effectuée par des experts choisis et formés par la HAS (professionnels de santé)
- En constante évolution (« V2010 modifiée »)
  - Texte fondateur : ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 dite « Juppé ».
- Dont les résultats sont publiés ([www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr))



# La V2010 modifiée

**Un manuel, 2 chapitres, 82 références**

## Management de l'établissement

- 1- Management stratégique (12)
- 2- Management des ressources (20)
- 3- Management de la qualité et de la sécurité des soins (13)

## Prise en charge du patient

- 1- Droits et place des patients (10)
- 2- Gestion des données patients (3)
- 3- Parcours du patient (16)
- 4- Prises en charge spécifiques (5)
- 5- Evaluation des pratiques professionnelles (3)

**Dont Notion de Pratiques exigibles prioritaires (13 réf)**

**Dont Notion d'Indicateur (11 réf)**

Quatre niveaux de décision :

- Certification
- Certification avec recommandations
- Certification avec réserves
- Sursis à certification

Déroulement temporel de la procédure

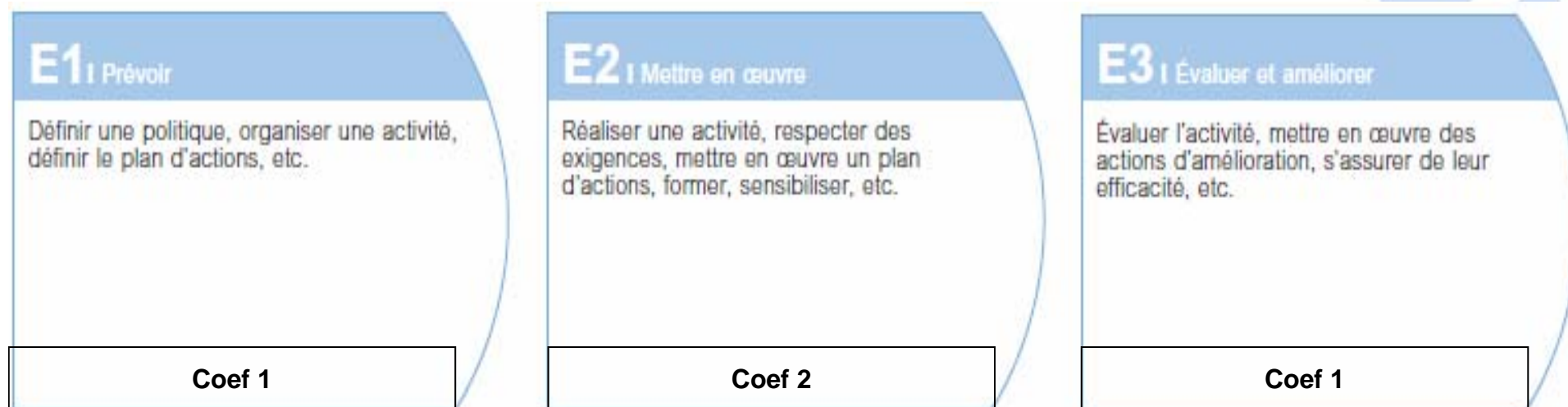
- Entrée dans la procédure de certification (-22 mois)
- Auto-évaluation de l'établissement de santé (envoi – 5 mois)
- Visite de certification (0)
- Conclusion de la procédure de certification et rapport de certification – Décision
- Observations de l'établissement : 1 mois
- Phase contradictoire : 3 sem. + 1 mois
- Publication des résultats

Pour le CHU, la visite de certification est prévue en  
Octobre 2012

# La certification V2010

## Le manuel de certification V2010

- Chaque critère est présenté sous la forme d'une démarche d'amélioration de la qualité



Chaque élément nécessite une réponse : oui , en grande partie, partiel, non ou non applicable

Score : Oui = **20**, en grande partie = **14**, partiellement = **7**, non = **0**.

Le score global aboutit à une cotation A, B, C ou D

A et B : aucune décision – C et D, entre recommandation, réserve et réserve majeure

# La place des usagers

## ***Marquée dans les documents et la conception des procédures de certification***

Dans la conception du manuel : 10 attentes jugées prioritaires par les associations, et faisant l'objet d'un rendu spécifique)

Par une large place de la CRU dans les références (11 réf)

Grâce à l'accès aux résultats

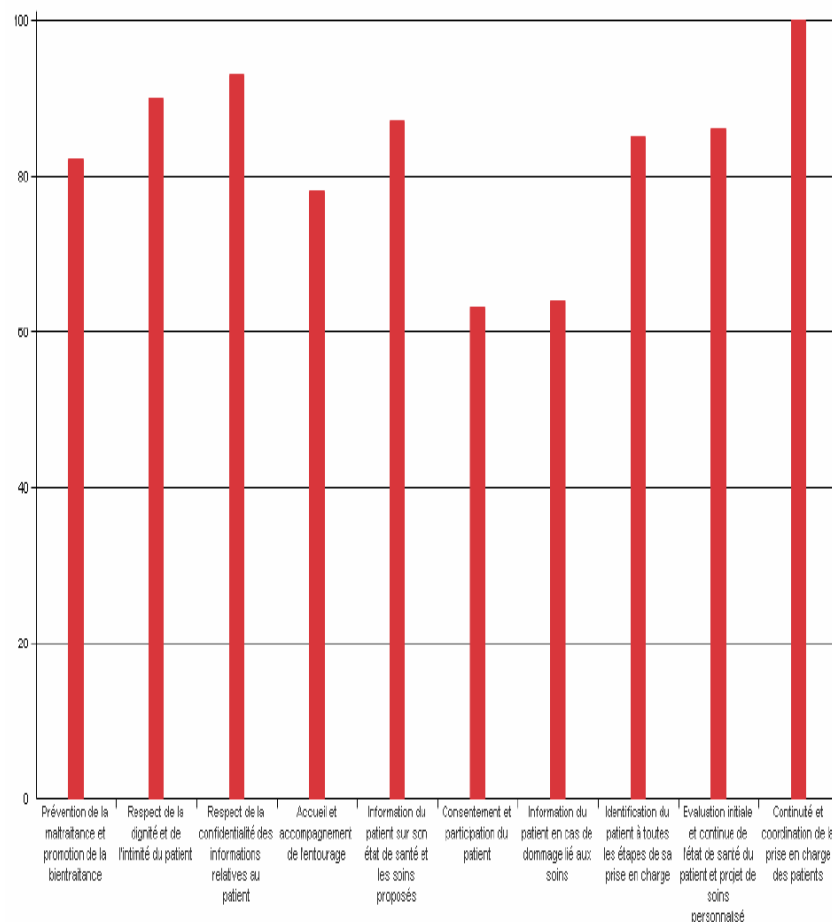
## ***De façon permanente dans l'établissement***

Information et discussion sur les résultats de la certification en CRU

Information dans les autres instances ou en lien avec les associations intervenant dans l'établissement

# Attentes prioritaires des associations

- Critère 10.a : Prévention de la maltraitance et promotion de la bientraitance
- Critère 10.b : Respect de la dignité et de l'intimité du patient
- Critère 10.c : Respect de la confidentialité des informations relatives au patient
- Critère 10.d : Accueil et accompagnement de l'entourage
- Critère 11.a : Information du patient sur son état de santé et les soins proposés
- Critère 11.b : Consentement et participation du patient
- Critère 11.c : Information du patient en cas de dommage lié aux soins
- Critère 15.a : Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge
- Critère 17.a : Évaluation initiale et continue de l'état de santé du patient et projet de soins personnalisé
- Critère 18.a : Continuité et coordination de la prise en charge des patients



# Place des Usagers dans les références

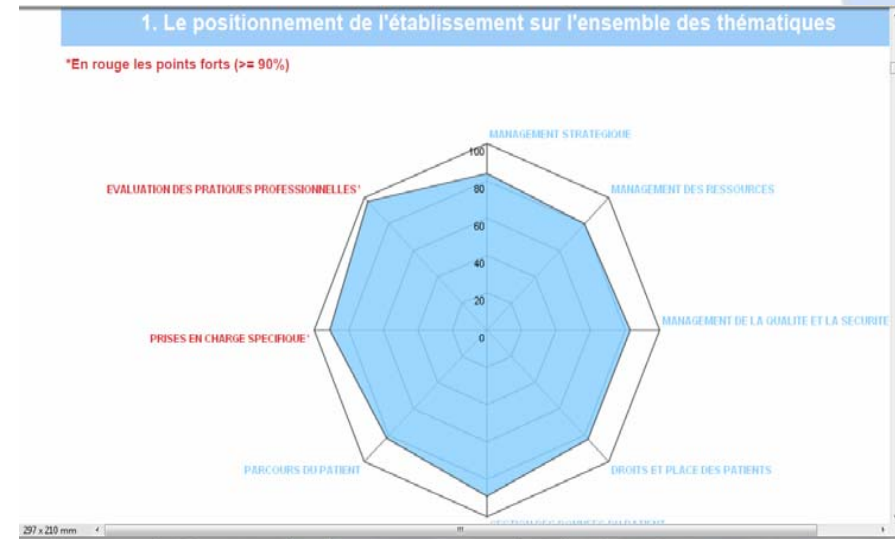
## Mention de la CRU dans 11 critères

- Information des patients sur la CRU (1d)
- Utilisation du rapport CRU pour l'élaboration de la politique qualité (1e)
- Participation des usagers à l'élaboration et mise en œuvre politique qualité (2b)
  - Représentation institutionnelle (CRU)
  - Action des associations, visites, ...
  - Ecoute et recueil des attentes
- Gestion des plaintes et réclamations (9a)
- Evaluation de la satisfaction (stratégie élaborée avec la CRU) (9b)
- Promotion de la bienveillance (10a)
  - Etat des lieux : situations, risques et facteurs réalisé en lien avec la CRU
- Accueil et accompagnement de l'entourage (10d)
  - Evaluation de la satisfaction de l'entourage donne lieu à des actions d'amélioration en lien avec CRU
- Gestion des meures de restriction de liberté (10e)
  - Respect des bonnes pratiques évalué avec les structures concernées
- Prise en charge et droits des patients en fin de vie (13a)
  - Evaluation en lien avec les structures concernées
- Accès du patient à son dossier (14b)
  - La CRU est informée du nb de demandes, des délais, du suivi des actions d'amélioration
- Dispositif d'accueil du patient (16a)
  - Actions d'amélioration mises en œuvre en lien avec la CRU

	1d	1e	2b	9a	9b	10a	10b	10c	10d	10e	11a	11b	11c	13a	14b	15a	16a	17a	18a
<b>CRU</b>	x	x	x	x	x	x			x	x				x	x		x		
<b>Priorité assoc</b>						x	x	x	x		x	x	x			x		x	x

# Contenu du rapport de la HAS

- Présentation de l'établissement
- Décision de certification
- Bilan des contrôles de sécurité sanitaire
- Participation au recueil des indicateurs généralisés
- Critères investigués
- Suivi de la décision
- Présentation graphique des résultats
- Suivi des précédentes décisions
- Cotation et constats par critères



## Référence 1 : La stratégie de l'établissement

Critère 1f  
Politique et organisation de l'évaluation des pratiques professionnelles



COTATION	A	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
La stratégie de développement de l'EPP est inscrite dans la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.	Oui	La stratégie de développement de l'EPP est formalisée depuis 2005 à la suite de la V2. Une sous-commission des EPP est en place depuis 2007. Un règlement intérieur est formalisé. Les EPP sont inscrites dans la politique et le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.
Une concertation entre les professionnels du soin et les gestionnaires sur la stratégie de l'EPP est en place.	Oui	La concertation entre les professionnels du soin et les gestionnaires sur la stratégie de l'EPP est en place. En effet, le directeur général et le président de la CME sont membres de droit de la sous-commission des EPP. Par ailleurs, le président et la vice-présidente de la sous-commission des EPP sont respectivement le vice-président de la CME et la qualicienne.

## En résumé

- Les résultats de certification et les indicateurs deviennent incontournables pour appréhender la qualité des établissements
- Usagers
  - Accès à des informations fiables
  - Evolution de la relation : information, implication
- Levier pour les représentants des usagers et les associations expertes
  - Contribution à la réalisation effective des droits des patients
  - Informé des soins / informé de la qualité des pratiques (droit à la qualité / sécurité / transparence)
- Levier sur les priorités nationales
- Régulation du système
  - Planification, Contrats d'objectifs et de moyens
  - Construction d'un dialogue avec la presse