

Nouvelle certification
Simplifié, « déjargoné », le nouveau référentiel devient un outil d'autoévaluation tout au long de l'année.

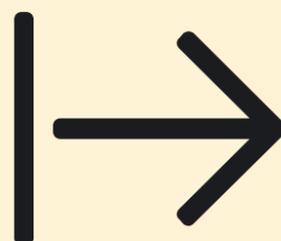
Élections URPS
Tous les 6 ans, les médecins libéraux élisent leurs représentants régionaux. Une bataille syndicale.

FHP-MCO
Syndicat national
des 590 établissements
de santé privés
exerçant une activité
en Médecine, Chirurgie,
Obstétrique (MCO).
FHP-MCO
106, rue d'Amsterdam
75009 Paris
www.fhpmco.fr

Certification HAS

Une procédure centrée sur la prise en charge des patients

NOTRE
DOSSIER



La procédure de certification s'adapte en permanence aux exigences en matière de qualité et de sécurité des soins. En 2020, d'une culture de moyen, la certification adopte une culture du résultat qui nécessite des données chiffrées recueillies auprès des équipes et des patients pour être objectivée.

➔ LIRE PAGES 2 ET 3 LES CONTRIBUTIONS D'ACTEURS DE TERRAIN



Aller à l'essentiel

Dr Catherine Grenier, pilote de la direction de l'Amélioration de la qualité et de la sécurité des soins à la HAS, invitée du séminaire stratégique de la FHP-MCO en septembre 2020, avait interpellé les administrateurs présents : « *Mettons-nous les bons moyens pour faire, faisons-nous comme il faut faire, avons-nous de bons résultats ?* » Une introduction claire pour décrire l'esprit de cette 5^e version 2020 de la certification : aller à l'essentiel ! Le nouveau référentiel, co-construit notamment avec les fédérations, est simplifié. Sur la forme et sur le fond, l'objectif est atteint. À ces justes questions, chacun d'entre nous doit désormais apporter les bonnes réponses.

La HAS souhaite passer d'une culture de moyen à une culture du résultat, et en s'appuyant aussi sur davantage d'experts-visiteurs médecins, elle veut mieux prendre en compte les spécificités de chaque établissement ainsi que les coopérations territoriales. La FHP-MCO, en appui à l'amélioration collective de la qualité des soins délivrés par les établissements privés MCO, en phase avec la HAS, crante trois objectifs d'évaluation : éliminer les pratiques « qu'on ne veut plus voir », renforcer toutes celles « attendues », et booster « les standards de demain ».

Frédérique Gama
Présidente de la FHP-MCO



Dr Catherine Grenier, directrice de l'Amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et Anne Chevrier, cheffe du service de Certification des établissements de santé à la Haute autorité de santé.

61 % DES CLINIQUES ET HÔPITAUX PRIVÉS SONT CERTIFIÉS EN A

Les données de la HAS consolidées fin mars affichent une amélioration continue de la démarche qualité de l'hospitalisation privée : 61 % des cliniques et hôpitaux privés sont certifiés en A, 38 % en B, 9 établissements en C, 1 est en sursis (D) et 2 sont non certifiés.

CERTIFICATION 2020

Autonomie et maturité

La nouvelle certification a nécessité un important travail en amont : la HAS a pris le temps nécessaire pour co-construire ce référentiel, avec des professionnels de santé et des représentants des usagers. Nous avons organisé quatre journées de séminaire avec près de 250 personnes. Le travail produit identifiant les critères retenus pour l'évaluation de la qualité des soins a été livré à nos parties prenantes, notamment les fédérations d'établissements. Puis, nous avons pris en compte les remarques et les demandes de modifications, pour aboutir à ce référentiel de certification.

Un des premiers enjeux, fortement porté par le collège de la HAS, est qu'il soit centré sur la prise en charge du patient. Cela fait 20 ans que nous promovons la démarche qualité dans les établissements, mais aujourd'hui, nous leur demandons de faire un pas de côté pour se recentrer sur le service réellement rendu aux patients au sein de l'établissement qui les prend en charge.

Cette question doit, en sus d'être un sujet de l'administration, devenir un sujet des équipes de soin. C'est pour cette raison que nous avons pris soin de parler aux équipes avec leur langage, de « déjargonner ». Nous avons ciblé quatre enjeux : l'engagement du patient, le travail en équipe, la culture du résultat et de la pertinence – il ne s'agit pas de juger de la pertinence d'une prescription, mais de voir si les équipes s'emparent des résultats et se mobilisent pour les améliorer –, et enfin, l'adaptation

aux évolutions du système de santé, ce qui permet également de mesurer le travail de partenariat avec les autres professionnels de la santé et la cohérence des parcours de soin au sein du territoire.

Nous avons également mis en place une transparence totale sur les méthodes lors de la visite. Notre but est d'amener les équipes à utiliser le référentiel toute l'année, de manière responsable, comme un outil d'autoévaluation.

SIMPLIFICATION

Enfin, nous avons beaucoup simplifié les procédures et simplifié la décision. Avant, les résultats n'étaient pas toujours compris par les professionnels et les patients. Maintenant, ils sont plus clairs : on peut être certifié, certifié avec mention, et si on ne l'est pas, une visite complète est reprogrammée. En plus de la simplification, nous avons également mené un vrai travail de communication pour que les professionnels s'emparent de la certification. Les outils sont très divers : fiches pédagogiques, vidéos, outils d'appropriation du référentiel... Il y a un seul manuel, le même pour tout le monde de 20 à 30 pages. Et même, pour les plus pressés, un support de 4 pages. Notre but est de toucher tous les professionnels en établissement, et en particulier les équipes de soins parce que les exigences liées à leurs pratiques doivent être comprises par l'ensemble de l'équipe de soins. Le vrai enjeu, c'est l'engagement des soignants comme celui des patients.



Qualité. Les patients au cœur de la démarche de certification

- ☑ Un manuel allégé et simplifié
- ☑ Une culture du résultat centrée sur le patient
- ☑ Une autoévaluation permanente de l'établissement

DOCTEUR MAURICE NOTARANTONIO, CHIRURGIEN UROLOGUE À L'HÔPITAL PRIVÉ DU VAL D'YERRES (91)

« Médecin patient-traceur », un miroir pour sa propre pratique

Je suis sur le point de terminer ma formation de « médecin patient-traceur », une nouveauté de la certification 2020, qui place la parole des patients au centre du système d'évaluation. Auparavant, les experts-visiteurs étaient mobilisés quatre à cinq jours à trois ou quatre médecins, partout en France. Ce nouveau statut est sensiblement allégé : nous sommes mobilisés sur une journée, deux à trois fois par an, pas trop loin de notre domicile. Ce qui a motivé mon engagement, c'est l'intérêt que je porte à la démarche d'amélioration des pratiques au sein des établissements de santé. En tant que médecin, nous interrogeons un patient avec son consentement, et celle de ses équipes de prise en charge. Cette expression du patient est un élément important de notre évaluation. Elle n'est autorisée que par le fait que nous sommes pairs-médecins. C'est précisément au travers du renforcement de l'évaluation de l'engagement du patient dans



le cadre de son référentiel, que la HAS a développé ces évaluations de patients-traceurs, et à ce titre, fait appel à des médecins experts plus nombreux. Nous ne sommes pas là pour évaluer la légitimité d'un traitement, la prescription de tel ou tel antibiotique, mais dans une logique de communication dynamique vers les patients, pour évaluer leur prise en charge selon un référentiel bien précis. Nous évaluons leur degré d'information sur leurs droits, la prise en charge ambulatoire, le respect du handicap, le fait qu'on lui ait proposé des alternatives comme l'hospitalisation à domicile... Le référentiel comporte 24 modules. Il s'agit de rendre compte de la trajectoire des patients.

Nous ne sommes pas là pour évaluer la légitimité d'un traitement, la prescription de tel ou tel antibiotique, mais dans une logique de communication dynamique vers les patients.

Ces derniers sont sélectionnés quelques jours avant notre arrivée, en fonction des prescriptions de la HAS. Les visites vont nous mobiliser près de deux jours par an. Elles sont une étape importante de la certification aujourd'hui. En amont, nous devons suivre une formation à distance sur un support numérique, qui se clôt par un quizz vérifiant que nous maîtrisons bien les 24 items du référentiel. Une journée de formation complète notre cursus. Cette formation est vraiment enrichissante pour ma propre pratique, elle fonctionne en miroir : on revoit toutes les étapes, le droit des patients, la prise en charge médicamenteuse, la prise en charge de la personne âgée... Nous intervenons en amont, à la naissance des bonnes pratiques. Pour l'heure, il y a beaucoup de médecins experts en formation, mais aussi beaucoup de structures à visiter ! Alors, n'hésitez pas à vous engager !

« Le challenge est d'intégrer la démarche de certification dans le quotidien des établissements ! »

Cette nouvelle certification est issue du terrain. Plusieurs groupes de travail pluridisciplinaires, qui réunissaient médecins, paramédicaux, administratifs, et représentants des usagers ont travaillé sur des thématiques multiples : la pédiatrie, l'obstétrique, le parcours du patient... Une orientation générale a été décidée : plutôt que de pointer uniquement les écarts par rapport aux exigences, la nouvelle certification va mettre en avant les bonnes pratiques.

Au niveau des équipes, la nouvelle certification peut apparaître au premier abord comme un surcroît de travail. Cependant, elle s'est au contraire rapprochée du terrain et des pratiques. Plutôt que de se mettre en ordre de marche une fois tous les quatre ans, la nouvelle certification nous enjoint à intégrer l'évaluation dans nos pratiques quotidiennes, et fournit, pour y parvenir, des outils d'une grande lisibilité, avec une partie pour le patient, pour le soin et pour l'établissement. Un avantage : dorénavant, nous travaillons tous avec les mêmes outils, en phase avec la HAS. Même si la pandémie a stoppé brutalement plusieurs réunions dans les régions, pour aider l'établissement à mieux s'approprier ces outils d'évaluation, des réunions en visio-conférence ont eu lieu pour accompagner ce nouveau dispositif. Le challenge : intégrer maintenant ces outils dans nos pratiques quotidiennes.

Ensuite, la certification s'adapte encore plus précisément au profil de chaque établissement. Le résultat est une vraie évaluation du soin, un référentiel personnalisé qui utilise le même champ lexical. La HAS a mené un vrai travail de fond sur le vocabu-



laire utilisé : pas de novlangue technocratique, c'est le vocabulaire que nous utilisons tous. Cette fois-ci, il s'agit donc d'une évaluation de la prise en charge globale qui met en avant le travail d'équipe et la collaboration de tous les professionnels.

La nouvelle certification place également le patient au centre de l'évaluation. Elle donne la parole aux patients et aux familles, elle met en avant le lien fort entre la ville et l'hôpital. Elle valorise aussi le fait que les patients deviennent acteurs de leur propre santé et participent activement aux choix de prise en charge.

Enfin, elle a beaucoup gagné en termes de lisibilité. Elle nous donne une vraie ligne de conduite et son évaluation, livrée sous forme de radar, en toile d'araignée, nous permet de discerner en un coup d'œil les points forts d'un établissement.

Plutôt que de pointer uniquement les écarts par rapport aux exigences, la nouvelle certification va mettre en avant les bonnes pratiques.



Des établissements certifiés... et des médecins accrédités

La HAS propose aux médecins de s'engager en solo ou en équipe dans une démarche volontaire de gestion des risques : l'accréditation. Trois objectifs sont définis : améliorer la qualité des pratiques professionnelles, réduire le nombre des événements indésirables associés aux soins (EIAS), et limiter les conséquences des EIAS au bénéfice de la sécurité du patient.

L'accréditation constitue une méthode de DPC, contribue à la procédure de certification des établissements de santé et participe au développement d'une culture de sécurité. Elle est délivrée pour une période de 4 ans.

Les médecins ou équipes médicales s'engagent à suivre un programme d'accréditation et à réaliser annuellement des activités d'analyse de pratique (recueillir et analyser des EIAS, participer à des activités d'évaluation des pratiques professionnelles) ; des activités d'acquisition ou de perfectionnement des connaissances (mettre en œuvre des recommandations ou référentiels, participer à des activités de formation ou des congrès).

Le programme d'accréditation en équipe répond aux mêmes exigences que le programme individuel mais il est centré sur la dimension collective. En pratique, cette accréditation en équipe doit être intégrée à l'exercice clinique au quotidien, par essence multidisciplinaire et pluriprofessionnel. Le travail collectif comporte par exemple des actions sur la coordination des acteurs, le partage d'informations ou l'harmonisation des pratiques. Les EIAS sont également sélectionnés et analysés collectivement.

« L'expérience patient, un levier d'amélioration du système de soin ! »

Nous sommes partis d'un constat : en France, le système de santé n'est pas véritablement centré sur les patients. Ce qu'ils vivent tout au long de leurs parcours de santé ne suscite pas suffisamment d'attentions alors que c'est précisément ce qui devrait guider toute démarche d'amélioration des pratiques professionnelles et d'ajustement du fonctionnement global du système de santé. Opérer ce simple retournement : partir du vécu des patients pour évaluer la qualité d'un système de santé ouvre un champ incroyablement fertile et fédérateur pour améliorer la qualité dans les organisations de santé. L'expérience patient, c'est l'ensemble des interactions vécues par une personne et son entourage lors d'un parcours de santé. Elle comprend le vécu de l'organisation mais aussi certaines choses plus subjectives comme l'histoire de vie de la personne concernée. Rares sont les patients qui se prononcent sur la pertinence d'un



traitement, leurs retours concernent souvent les interactions avec le personnel soignant, les conditions d'accueil, la durée des soins... Et si c'est de là qu'il fallait partir pour améliorer le système de soins ? Parfois, une procédure d'organisation augmente la sécurité des soins au détriment du vécu du patient : c'est le cas, par exemple, lorsque l'on vérifie encore l'identité d'un patient sur le chemin du bloc. Lui demander de décliner à nouveau son identité peut créer un désagréable sentiment d'insécurité. Ainsi, on augmente la sécurité du soin, mais paradoxalement en dégradant le sentiment de sécurité, car le stress du patient augmente et les soignants n'en sont pas toujours conscients. Il est donc primordial d'expliquer au préalable toute procédure au patient.

Nous proposons des formations-actions pour les soignants, afin qu'ils s'exercent à venir récolter ces retours de soin en direct auprès des patients.

Les résultats en termes de gratitude, d'impact, de reconnaissance et d'humanité sont énormes. Ces temps d'échanges recentrent les soignants sur leur cœur de métier, chefs de service comme aides-soignants, à tel point qu'ils sont devenus un enjeu de management : certains cadres les utilisent pour remotiver leurs équipes. Je suis très heureux que la nouvelle certification accorde plus de poids et d'espace à la prise en compte de l'expérience patient. C'est un signal important de l'orientation que les professionnels doivent donner à leurs démarches qualité.

Partir du vécu des patients pour évaluer la qualité d'un système de santé ouvre un champ incroyablement fertile et fédérateur pour améliorer la qualité dans les organisations de santé.

DS
bref



DATA CHIRURGIE DE L'OBÉSITÉ

La FHP-MCO a réalisé une enquête sur l'état des lieux et tendances de la chirurgie de l'obésité possiblement demain soumise à des évolutions réglementaires. Une publication pour apprécier au plus juste la situation de cette activité en progression.



DATA RÉANIMATION

Ce nouvel opus « Réanimation, état des lieux et tendances » compare l'activité de réanimation entre les secteurs public et privé. Le secteur privé gère 11 % des lits de réanimation et détient 53 autorisations (+ 82 dérogatoires Covid) ; 80 % des unités sont publiques.

À retrouver sur fhp-mco.fr

Élections aux URPS, les résultats

PARTICIPATION

22,66 %

Un taux historiquement faible. Une participation en retrait de 17 points par rapport à 2015.

COLLÈGE DES SPÉCIALISTES

N°1

L'Union syndicale « Avenir Spé »-« Le BLOC Union AAL-SYNGOF-UCDF » obtient 39,30 % des suffrages et devient la 1^{re} organisation représentative des médecins spécialistes libéraux.

TOUS COLLÈGES CONFONDUS

161

Avec 161 praticiens élus, la CSMF conserve sa place de 1^{er} syndicat avec 25,2 % des 640 postes (versus 30,8 % en 2015).

Source : ministère des Solidarités et de la Santé

Analyse

Dynamiser les organisations régionales et négocier la convention médicale

Faible taux de participation, apparition de nouveaux syndicats, prochaines étapes, plusieurs grandes voix syndicales s'expriment.

La première leçon des élections aux Unions régionales des professionnels de santé, qui ont lieu tous les six ans, est un taux d'absentéisme historique avec 22,6 % de participation. « Plusieurs éléments expliquent ce chiffre : le ras-le-bol des médecins quant à la représentation institutionnelle politique d'une manière générale, une conjoncture sanitaire peu adaptée à des élections professionnelles, et des difficultés de connexion pour voter qui nous ont fait perdre plusieurs points de participation. Je note par ailleurs une homogénéité des votes des généralistes et des spécialistes quelles que soient les régions », commente le Dr Philippe Cuq, président du syndicat le Bloc.

Dans les années 90, les élections aux URPS, qui représentent les intérêts des professionnels de santé libéraux médecins, chirurgiens-dentistes, pharmaciens, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes et orthophonistes, étaient un temps fort de la communauté des praticiens libéraux. En 1994, le taux de participation était de 59 %.

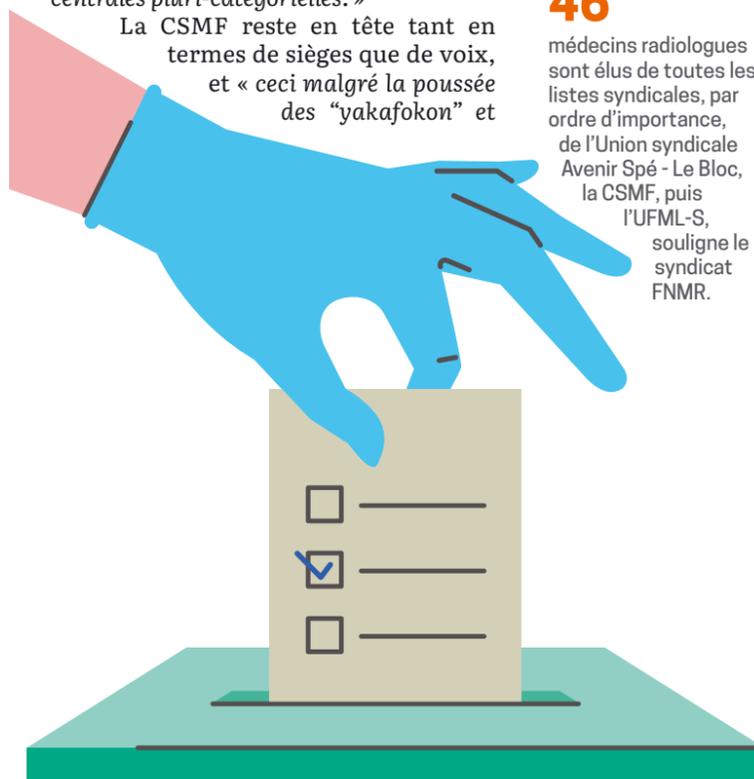
Autre constat : l'apparition de nouveaux syndicats - huit structures ont été autorisées à proposer des candidats aux élections, contre cinq en 2015. « Cette balkanisation est très préjudiciable pour la place et la force de la médecine libérale face à ses interlocuteurs et doit provoquer une réflexion de l'ensemble des leaders syndicaux, car elle participe directement à la désaffection des électeurs », analyse le Dr Jean-Paul Ortiz, président de la CSMF.

L'UNION SYNDICALE AVENIR SPÉ - LE BLOC, PREMIER SYNDICAT DES SPÉCIALISTES

Le Dr Cuq et le Dr Patrick Gasser, président d'Avenir Spé, alliés au sein d'une union syndicale, ont pris la tête de la représentation des praticiens spécialistes, avec presque 40 % des sièges. « Cette union est une stratégie de réussite qui correspond à l'évolu-

tion de notre exercice. Celui du généraliste et celui du chirurgien sont très différents. Comment les généralistes peuvent-ils nous aider par exemple à gérer le problème des Ibode ? La reconnaissance de l'expertise de chacun, généraliste et spécialiste, est vitale. Nous ne sommes surtout en rien opposés, notre complémentarité fait notre richesse et notre performance », note le Dr Cuq. Le Dr Gasser réaffirme son respect pour les médecins généralistes, mais rappelle que « l'usager veut une qualité de prise en charge, un accès à l'innovation : la médecine spécialisée est la mieux placée. Nous avons créé Avenir Spé à partir de ce constat et d'un constat d'échec des centrales pluri-catégorielles. »

La CSMF reste en tête tant en termes de sièges que de voix, et « ceci malgré la poussée des "yakafokon" et



DS
bref

MISSION UNIQUE

« La mission unique des URPS doit être la gestion des risques et l'amélioration de la qualité des soins. Si les médecins ne travaillent que sur la qualité des soins, ils ont tout à gagner et auront la population avec eux. » Dr Marie-Paule Chariot, présidente de la Conférence nationale des présidents de CME de l'hospitalisation privée (CNP-CME-HP).

36,58 %

La Fédération française des médecins généralistes (MG France) s'impose chez les généralistes passant de 31,29 % en 2015 à 36,58 % en 2021.

46

médecins radiologues sont élus de toutes les listes syndicales, par ordre d'importance, de l'Union syndicale Avenir Spé - Le Bloc, la CSMF, puis l'UFML-S, souligne le syndicat FNMR.

des replis identitaires qui touchent aussi l'ensemble de notre société », pointe le Dr Ortiz. « La CSMF œuvrera pour faire de l'innovation et de l'expertise le cœur de la démarche qu'il faut maintenant initier, pour aboutir à une position commune et partagée par l'ensemble de la représentation professionnelle. Construisons ensemble la maison de tous les médecins libéraux ! » propose-t-il. Toutefois, la CSMF n'a pas obtenu les 30 % nécessaires pour signer seule la convention médicale au titre des spécialistes, à l'inverse de l'union syndicale des Drs Cuq et Gasser, forte de ses 40 %.

L'UFML-S, l'Union française pour une médecine libre-Syndicat, créée en 2017, présidée par le généraliste Jérôme Marty, syndicat poly-catégoriel, arrive en troisième et quatrième positions dans de nombreuses régions. « Nous n'avons parfois que 730 voix d'écart avec la CSMF, alors que 90 ans d'existence nous séparent. Nous voulons plus de transparence dès la première heure aux négociations conventionnelles, un rajeunissement des cadres et des structures et un engagement de courage et d'intégrité. L'opposition vaut mieux que la compromission », explique le Dr Marty.

URPS ET CONVENTION MÉDICALE

La prochaine étape est l'élection des présidents et des bureaux des instances régionales. Les URPS ont du pain sur la planche : organisation du premier recours, des astreintes, de l'accès aux soins, etc. « Nous voulons que tout le monde soit représenté, et personne ne sera exclu », s'engage le Dr Cuq. « Puis, nous avons une proposition très concrète : la création d'une réserve sanitaire territoriale en cas de crise épidémique mais aussi en cas de catastrophe. Cette réserve opérationnelle doit répondre aux besoins fondamentaux en termes de matériel, matériel de protection, équipements, équipements lourds, drogues. De plus, nous devons réorganiser les relations entre les médecins libéraux et les ARS qui n'ont souvent que les établissements de santé comme interlocuteur. Ensuite, début mai, nous avons rendez-vous avec le directeur de la CNAM pour aborder en priorité le sujet de la convention médicale qui ne peut en l'état être prolongée jusqu'en 2023. Les négociations vont être rudes sur la politique tarifaire, la refonte de la nomenclature, l'organisation territoriale... », alerte le Dr Cuq.

DS 37