

Dossier

p. 4



La check-list au bloc opératoire permet de réduire la survenue d'événements indésirables.

Culture de la sécurité des soins : du concept à la pratique

L'essentiel sur

p. 2

- Changer de regard sur les thérapeutiques non médicamenteuses
- Ante- et post-partum : quand recourir à l'hospitalisation à domicile ?
- Une nouvelle lettre dédiée à la certification des établissements de santé

Horizon

p. 7

Quelle évolution pour la certification ?

Sur le terrain

p. 8

Retour sur le Congrès de la médecine générale

À la une

« Rencontres HAS 2011 » : une programmation inédite

Les « Rencontres HAS 2011 » auront lieu les 17 et 18 novembre pour la première fois à Lyon. Un changement qui traduit la volonté de l'institution de diversifier les lieux d'échanges et de débat avec tous les acteurs de santé, au service de la qualité et de la sécurité des soins. Inscrivez-vous !

Séances plénières, sessions thématiques, tables rondes, ateliers du partenariat... Les « Rencontres HAS 2011 » se caractérisent par une programmation inédite, véritable évolution par rapport aux quatre éditions précédentes. « Cette année, nous souhaitons innover et proposer de nouvelles modalités d'échanges avec nos publics et nos partenaires », souligne le Dr Brigitte Roy-Geffroy, responsable du service communication institutionnelle à la HAS. Le choix d'organiser les Rencontres à Lyon est emblématique de cette nouvelle démarche. Environ 1600 personnes – patients, professionnels de santé, cadres de santé en établissement – y sont attendues. Chaque journée débutera par une séance plénière. La première entend porter un nouveau regard sur l'innovation avec le Pr Jean-Luc Harousseau, président du Collège de la HAS, et le Pr Jean-Michel Dubernard, membre du Collège. Coordinée par le Dr Cédric Grouchka, également membre du Collège, et préparée en collaboration avec le Collectif interassociatif sur la santé (Ciss), la seconde permettra de réfléchir à la refondation de la relation soigné/soignant.

La principale innovation de cette 5^e édition, ce sont les sessions thématiques. « Neuf sessions s'organiseront autour de trois thématiques transversales, développées tout au long de la première journée : la sécurité du patient, les services aux patients et les nouvelles modalités d'exercice. Pour chaque thème, l'objectif est de mixer retours d'expérience des professionnels et approche stratégique et conceptuelle », précise le Dr Brigitte Roy-Geffroy.

Autre nouveauté, les ateliers du partenariat, construits avec des organismes qui partagent les valeurs et les préoccupations de la HAS au service de la qualité et de la sécurité des soins, tels que l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (Anap), les conseils professionnels, la Fédération des spécialités médicales et l'association Le Lien.

Enfin, sept tables rondes, sur des sujets d'actualité, permettront d'aborder les grandes missions de la HAS : certification, pertinence des soins, évaluation médico-économique, liens entre qualité de vie au travail et qualité en santé. Pour participer à cet événement, n'oubliez pas de vous inscrire dès octobre sur le site de la HAS et rendez-vous à Lyon mi-novembre ! ■

En savoir +

Rendez-vous sur l'espace « Rencontres HAS 2011 » du site de la HAS (www.has-sante.fr).

- Vous pouvez d'ores et déjà consulter le programme.
- L'inscription en ligne sera possible début octobre 2011.



Dominique Maigne
Directeur de
la Haute Autorité
de santé

Jean-Luc Harousseau et le Collège de la Haute Autorité de santé m'ont demandé de venir mettre en œuvre les nouvelles orientations de la HAS. Je mesure l'ampleur de ma tâche et l'aborde avec détermination devant les enjeux à venir et humilité au regard de ce qui a été accompli.

En premier lieu, j'évoquerai rapidement le contexte qui est en train de se clore et qui avait été ouvert par la crise sanitaire dite du Mediator. La HAS a activement participé, au cours de ce premier semestre 2011, aux différentes réflexions institutionnelles (missions Igas, missions parlementaires, Assises du médicament) qui devraient conduire à une réforme majeure pour répondre à cette crise. La Haute Autorité de santé sort confortée de ces évolutions et ses missions sont maintenues dans toutes leurs composantes, voire même étendues.

Pour faire face à ces différents enjeux, trois axes ont été définis par le Collège de la HAS : améliorer notre réactivité dans les réponses à apporter, notamment aux pouvoirs publics ; accroître notre visibilité auprès du grand public ; et enfin assurer notre complémentarité avec l'ensemble des agences sanitaires dans la perspective de reconfiguration du paysage institutionnel.

La HAS mettra toute son énergie à concevoir et mettre en œuvre les réponses adaptées à ces nouveaux défis.

Changer de regard sur les thérapeutiques non médicamenteuses

Des obstacles socioculturels, organisationnels et économiques limitent la prescription des thérapeutiques non médicamenteuses recommandées. Pour les lever, une évaluation conduite par la HAS, à la demande du ministère de la Santé, propose d'améliorer l'information des professionnels et de faire évoluer le système de santé.

Changer de mode de vie, d'alimentation, pratiquer une activité physique et sportive, engager un travail avec un psychologue... À partir de deux exemples, l'insomnie et la prise en charge des risques cardio-vasculaires, ce rapport d'orientation de la HAS a confirmé l'hypothèse, émise par le ministère de la Santé, d'un faible recours aux thérapeutiques non médicamenteuses, pourtant recommandées par les agences sanitaires et les sociétés savantes. « Les

freins sont liés à la représentation que se font médecins et patients de l'importance du médicament dans le traitement, mais aussi à l'investissement personnel et financier que ces thérapeutiques demandent souvent au patient », explique Clémence Thébaud, chef de projet au sein du service évaluation économique et santé publique de la HAS. Autres obstacles : la méconnaissance de ces thérapeutiques par les professionnels de santé qui n'y sont pas assez formés, des données d'efficacité clinique pas

Ante- et post-partum : quand recourir à l'hospitalisation à domicile ?

La HAS vient de publier des recommandations sur l'hospitalisation à domicile (HAD) en obstétrique. Ce texte détaille pour la première fois dans quelles situations pathologiques ce mode de prise en charge peut être proposé.

Élaborées à la demande de la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) et de la Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile (FNEHAD), ces recommandations définissent, pour la première fois, les situations pathologiques dans lesquelles une HAD peut être envisagée au cours de l'ante- et du post-partum. Elles font également le point sur les conditions d'acceptation et les aspects organisationnels permettant d'assurer une bonne coordination entre les intervenants. « L'HAD est une des modalités possibles de prise en charge à replacer dans le contexte de l'offre de soins locale. Selon les situations, cette prise en charge peut être assurée par une sage-femme libérale ou une sage-femme de PMI (protection

maternelle et infantile) », précise Karine Petitprez, chef de projet au service des recommandations professionnelles de la HAS.

Une HAD peut être instaurée chez la femme enceinte dans différentes situations pathologiques maternelles (certains cas de diabète préexistant ou gestationnel, lupus...) ou devant des facteurs de risque liés à la grossesse (retard de croissance modéré...). Après l'accouchement, une HAD peut être mise en place pour délivrer des soins complexes après une césarienne ou une plaie périnéale. Point important du texte, l'HAD peut aussi contribuer à mieux prendre en charge les femmes à risque de dépression du post-partum, en partenariat avec les autres professionnels de santé et les services sanitaires et sociaux. ■



Burger/Phanie

... toujours suffisamment étayées, le manque de professionnels spécialisés (diététiciens par exemple) dans certains territoires et un reste à charge financier important pour les patients.

Côté propositions, la HAS suggère de tester l'impact de nouvelles formes de rémunération en ce sens. « *L'objectif serait d'identifier les modalités permettant d'inciter les médecins à consacrer le temps nécessaire à ce type de prescription.* » Il faudrait aussi une meilleure visibilité de l'efficacité comparative

et de l'efficacité de ces thérapeutiques non médicamenteuses dans l'arsenal thérapeutique. Plus prosaïquement, les rédiger systématiquement sur l'ordonnance au même titre que les médicaments permettrait de les « officialiser ».

Au final, il s'agit bien de « *changer de regard sur la notion de traitement au profit d'une conception plus large, où les prises en charge médicamenteuses et non médicamenteuses sont perçues comme complémentaires* ». ■

Une nouvelle lettre dédiée à la certification des établissements de santé

La HAS a lancé une newsletter électronique trimestrielle baptisée « Certification & Actualités », dont l'objectif est de fournir une information actualisée sur le dispositif de certification. Cette lettre, qui complète d'autres outils conçus par la HAS sur la certification (guide, fiches...), est destinée aux professionnels des établissements de santé concernés par ce processus : soignants, médecins, responsables qualité, équipes de direction... « Certification & Actualités » comporte un dossier à la une (consacré dans son premier numéro à la révision 2011 du

manuel de certification V2010), des « zooms » pour approfondir certaines thématiques, des rubriques « Repères », « Questions-réponses » ou « Vos interlocuteurs » pour commenter des données chiffrées, faire le point sur une question technique, présenter les responsables HAS de la certification. Des interviews d'acteurs de terrain favorisent les échanges d'expériences. Deux lettres ont déjà été publiées, un troisième numéro doit sortir en octobre. ■

> Abonnement sur : www.has-sante.fr

Le manuel révisé 2011

Le premier numéro de « Certification & Actualités » présente, en une, la révision du manuel de la certification V2010. Elle a ainsi permis d'introduire des adaptations aux spécificités de l'hospitalisation à domicile et de la santé mentale. Cette révision fait suite aux évolutions de la réglementation (loi HPST, accréditation des laboratoires de biologie, décrets sur l'éducation thérapeutique et la gestion des risques...). Elle inclut des retours d'expérience qui ont permis de revoir le périmètre de certaines pratiques exigibles prioritaires (médicament, démarche palliative, gestion des risques) et de préciser le contenu de plusieurs critères ou éléments d'appréciation.

AGENDA



La HAS sera présente aux salons et congrès ci-dessous.

21-24 sept. 2011
Congrès national de la Société française d'anesthésie et de réanimation 2011
Palais des congrès, Paris
> www.sfar2011.com

28 sept.-1^{er} oct. 2011
Entretiens de Bichat
Palais des congrès, Paris
> www.lesentretiensdebichat.com

12-14 oct. 2011
Salon infirmier
Porte de Versailles, Paris
> www.espaceinfirmier.com/accueil-si.html

21-25 oct. 2011
Journées françaises de radiologie
Palais des congrès, Paris
> www.sfrnet.org

EN BREF



COMMUNICATION

Publication du rapport annuel 2010

La HAS a publié en juillet son rapport d'activité. L'institution résume les faits marquants qui ont jalonné l'année 2010 et fait état de l'avancement de ses réalisations dans le contexte législatif en évolution. Ce document, disponible en version longue et sous forme de synthèse, est mis en ligne sur le site

www.has-sante.fr, rubrique « Présentation de la HAS ».

Culture de la sécurité des soins : du concept à la pratique

Pour améliorer la sécurité du patient, la HAS pilote le déploiement d'actions et d'outils destinés aux professionnels de santé, en établissement de santé comme en ville. L'enjeu : favoriser l'émergence d'une véritable culture de sécurité, qui imprègne au quotidien les pratiques de tous les acteurs de notre système de santé.

En France comme à l'étranger, les professionnels de santé exerçant en libéral ou en établissement de santé délivrent aux patients des soins de plus en plus efficaces, avec des possibilités diagnostiques et thérapeutiques de plus en plus fortes. Mais, en contrepartie, les risques liés aux soins se multiplient. En 2009, l'Enquête nationale sur les événements indésirables liés aux soins (Eneis) a révélé qu'un événement indésirable grave survenait tous les 5 jours dans un service de 30 lits. Les Français en sont conscients. Dans le baromètre « Sécurité des patients et qualité des soins de santé » rendu public par la Commission européenne en avril 2010, près de 4 Français sur 10 affirment qu'eux-mêmes ou un membre de leur famille ont déjà subi ce type de dommage.

Une stratégie en trois volets

L'amélioration de la sécurité des soins est l'une des missions majeures de la Haute Autorité de santé. « *Pour y parvenir, la stratégie de la HAS comprend trois volets* », précise le Pr René Amalberti, chargé de mission pour la sécurité des soins à la HAS. Le premier volet repose sur la volonté de l'institution d'être au service des acteurs de santé, de façon transversale. « *L'amélioration de la sécurité requiert des actions qui coordonnent l'ensemble des outils et des savoir-faire existants*, indique le Pr Amalberti. *La HAS a cette vision globale.* » Elle pilote notamment la certification des établissements de santé et l'accréditation des médecins qui exercent une spécialité à risques.

Le deuxième volet, c'est le développement d'outils. « *La sécurité du patient n'est pas une notion facile à intégrer dans les pratiques*, souligne le Pr Amalberti. *Des supports d'aide et de formation sont nécessaires.* » La HAS produit ainsi des guides qui accompagnent la parution de décrets relatifs à la sécurité des soins, pour faciliter leur compréhension et leur application. Elle développe aussi des recommandations de bonne pratique et des guides d'aide à la mise en place d'outils de

gestion des risques comme les revues de mortalité et de morbidité.

Le troisième volet, c'est la mise en place d'actions ciblées sur des thèmes d'amélioration prioritaires. « *La check-list au bloc opératoire en est un bon exemple. C'est une priorité en termes de risques. La check-list est un moyen de rentrer de façon rapide et efficace dans la démonstration de l'utilité des actions d'amélioration de la sécurité. Elle permet de changer les mentalités, car là est bien l'enjeu.* »

Patience et persévérance

Développer une culture de la sécurité, en ville comme en établissement de santé, exige beaucoup de temps. Dans ce contexte, afficher la sécurité comme une priorité est une nécessité. Le site www.has-sante.fr comporte déjà une rubrique dédiée à cette problématique dans l'espace « Professionnels de santé ». « *Nous voulons aller plus loin avec une plate-forme "Sécurité du patient" actuellement en cours de déploiement*, signale le Pr Amalberti. *Les actions des différents services de la HAS qui concourent à l'amélioration de la sécurité du patient seront ainsi plus repérables.* » ■

Qu'est-ce que la culture de sécurité ?

« *La culture de sécurité des soins désigne un ensemble cohérent et intégré de comportements individuels et organisationnels, fondé sur des croyances et des valeurs partagées, qui cherche continuellement à réduire les dommages aux patients, lesquels peuvent être liés aux soins* ». Cette définition a été proposée par la Société européenne pour la qualité des soins (*The European Society for Quality in Health Care*, www.esqh.net).

Les enquêtes beaucoup plus rares en ville

Évaluer la culture de sécurité des professionnels de santé est nécessaire pour élaborer des actions d'amélioration. « *C'est aussi, en soi, un moteur de progrès*, ajoute le Dr Frédéric Villebrun, chef de projet à la HAS. *Poser des questions aux soignants sur la sécurité des soins peut modifier leurs perceptions dans ce domaine.* »

En passant en revue la littérature internationale sur ce sujet, le Dr Villebrun a constaté que les enquêtes consacrées à la culture de la sécurité étaient beaucoup plus rares en ville qu'en établissement de santé, tous pays confondus. Début 2011, la HAS a donc mené une enquête avec Ipsos, auprès de 500 médecins généralistes, infirmiers et pharmaciens exerçant en ville. Elle révèle que tous sont en attente de formations spécifiques sur la sécurité des patients. Le manque de formations figure d'ailleurs parmi les principaux freins à la pratique d'une analyse systématique des effets indésirables, avec le manque de temps ou encore la crainte d'une action judiciaire des patients.

En chiffres

- 71 % des infirmiers, 62 % des médecins et 59 % des pharmaciens déclarent connaître la définition d'un événement indésirable.
- Un événement indésirable grave est un événement défavorable :
 - survenant chez un patient, quelles qu'en soient la gravité et la nature ;
 - consécutif aux stratégies et actes de diagnostic, de traitement, de soins, de prévention ou de réhabilitation ;
 - s'écartant des résultats escomptés et non lié à l'évolution naturelle de la maladie.

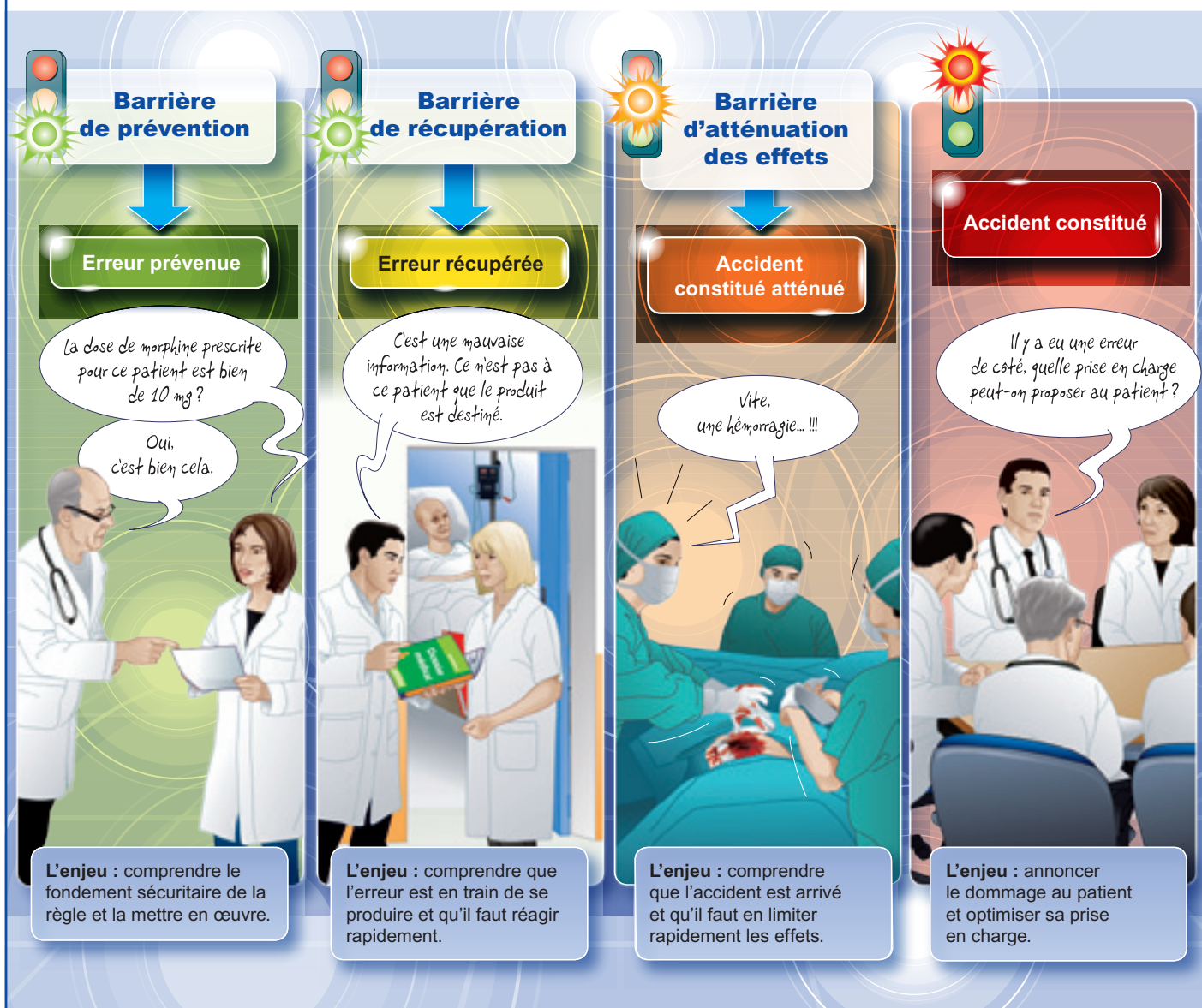
Mieux gérer les risques en établissement

Un guide de mise en œuvre de la gestion des risques associés aux soins en établissement de santé sera publié par la HAS fin 2011. Il paraîtra en même temps qu'une circulaire d'application du décret n° 2010-1408 portant sur ce thème. Il accompagne une évolution née de la loi HPST : le pilotage de la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est géré conjointement par les présidents des commissions ou conférences médicales d'établissement (CME) et les responsables d'établissements.

« La démarche doit être globale et coordonnée depuis la gouvernance jusqu'aux professionnels de terrain. Pour ce faire, le guide apporte des données pour trois niveaux clés (pilotage, coordination, mise en œuvre opérationnelle) », précise le D^r Patrice Roussel, chef de projet à la HAS. Il propose un choix d'outils simples et rapidement accessibles pour conduire un état des lieux, élaborer un programme et conduire les projets, mener des analyses, définir les actions adaptées, les mettre en œuvre, suivre leurs

résultats... Les établissements mènent déjà des démarches d'amélioration de la sécurité dans le cadre de la certification, de l'accréditation des médecins, etc. L'enjeu est, en s'adossant à l'existant, d'aider les établissements à porter un regard nouveau, plus systémique, sur la sécurité des soins. Un document d'information synthétique (8 pages), destiné aux responsables d'établissement et aux présidents de CME, est conçu en parallèle pour accompagner la diffusion de ce guide.

Le concept de barrières de sécurité pour une meilleure analyse des risques en établissement de santé



Vers des revues de mortalité et de morbidité (RMM) pluriprofessionnelles en ville ?

Une revue de mortalité et de morbidité (RMM) est une analyse collective, rétrospective et systémique de cas marqués par la survenue d'un décès, d'une complication ou d'un événement qui aurait pu causer un dommage au patient. C'est une démarche d'apprentissage par l'erreur et non culpabilisante dont l'objectif est d'améliorer la qualité et la sécurité des soins. La HAS favorise son déploiement auprès des soignants qui exercent en établissement de soins et en libéral. « *En 2010, un groupe de travail a produit un document d'aide à la mise en place de RMM en médecine générale*, indique le D^r Marielle Lafont, conseiller

technique du directeur de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins à la HAS. *Ce document précise que la RMM est d'autant plus pertinente qu'elle repose sur une analyse à laquelle participe l'ensemble des professionnels de santé impliqués dans la prise en charge.* » Une expérimentation menée actuellement par le Cepral (Coordination pour l'évaluation des pratiques professionnelles en santé en Rhône-Alpes) et la HAS doit permettre d'évaluer la faisabilité et l'efficacité de cette approche pluriprofessionnelle. Les premiers résultats sont attendus pour fin 2012.

La sécurité au cœur de la formation

« *La sécurité est aujourd'hui une exigence omniprésente dans notre société, de l'alimentaire au nucléaire en passant par la santé*, souligne le P^r Jean-Michel Chabot, conseiller médical auprès du directeur de la HAS. *La nouvelle génération d'étudiants en médecine est porteuse de cette valeur citoyenne.* » Cette évolution favorise l'apprentissage de nouvelles pratiques, qui, toutes, intègrent la sécurité. « *Lors de leurs stages, les étudiants participent à des revues de mortalité*

et de morbidité, constate le P^r Chabot. *De même, les internes en chirurgie apprennent à utiliser la check-list qui fait désormais partie intégrante de leur métier.* » Autre technique de plus en plus utilisée dans la formation des étudiants, surtout en chirurgie ou en anesthésie-réanimation : la simulation sur des mannequins automatés. Les gestes médicaux sont réalisés sur des mannequins, programmés, qui simulent les réactions physiques et biologiques comme de vrais patients.

Les soignants en formation apprennent ainsi à analyser leur comportement et à identifier leurs erreurs. À l'initiative de la HAS, le P^r Jean-Claude Granry et le D^r Marie-Christine Moll, du CHU d'Angers, établissent actuellement un état des lieux de la simulation en santé en France et à l'international. Ils doivent formuler des propositions pour favoriser son déploiement, notamment dans le cadre du développement professionnel continu.

Une comparaison pilotée par l'OMS

Dans le cadre du projet de l'OMS *High 5s* « *Agir pour la sécurité des patients* », coordonné en France par la HAS, neuf établissements de santé français évaluent actuellement l'impact de la mise en œuvre d'une pratique standardisée sur la « *prévention des erreurs de site et de procédure en chirurgie* ». Se déroulant sur cinq ans, ce projet inclut une évaluation de la culture de la sécurité, qui s'appuie sur le questionnaire de l'Agence américaine de la recherche hospitalière sur la qualité. « *Fin 2010, sept établissements, accompagnés par le Cepral¹, ont réalisé une première mesure auprès des professionnels qui travaillent dans les services directement concernés – bloc opératoire, chirurgie, obstétrique, anesthésiologie – ou auprès de tous les professionnels de l'hôpital* », témoigne le D^r Anne Broyart, chef de projet à la HAS.

On y apprend que des marges de progression existent sur des dimensions de la culture de la sécurité des soins comme « *les réponses non punitives à l'erreur* » (le personnel n'a pas l'impression que ses erreurs sont retenues contre lui) ou « *le soutien du management pour la sécurité des soins* », par exemple. Cette enquête sera menée à nouveau en 2012 puis à la fin du projet, en 2014, dans des hôpitaux des six pays engagés dans le projet *High 5s* (France, Singapour, États-Unis, Allemagne, Pays-Bas, Australie). « *Nous pourrions ainsi étudier les corrélations entre la qualité de la mise en œuvre de cette pratique et les dimensions clés de la culture de sécurité, mesurer la progression de la culture de la sécurité au sein des établissements et comparer les résultats des hôpitaux français à ceux des autres pays* », conclut Anne Broyart.

Mieux utiliser la check-list

La check-list « *sécurité du patient au bloc opératoire* » a été conçue pour vérifier de manière croisée un certain nombre de critères (identité du patient, type d'intervention...) et pour faciliter le partage des informations au sein de l'équipe médico-soignante avant, pendant et après toute intervention. La check-list, dont l'efficacité a été démontrée de manière convaincante, est devenue une pratique prioritaire exigible de la certification V2010 des établissements de santé. « *Aujourd'hui, la check-list est bien connue des professionnels qui sont convaincus de son efficacité, mais elle n'est pas toujours utilisée*

de manière optimale, résume le D^r Philippe Cabarrot, conseiller à la direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins à la HAS. *Pour améliorer son utilisation, la HAS a fait évoluer avec les professionnels concernés le support lui-même, mais surtout a prévu dans les prochaines semaines un certain nombre d'actions pour favoriser son utilisation et son évaluation.* » Ainsi, des guides sont en cours de finalisation sur ses objectifs, son utilisation et les aspects médico-légaux. Ce programme, qui a pour objectif une meilleure utilisation de la check-list, utilisera les relais du web 2.0.

1. Cepral : Coordination pour l'évaluation des pratiques professionnelles en santé en Rhône-Alpes.

Quelle évolution pour la certification ?

La HAS souhaite faire évoluer la certification des établissements de santé, à l'horizon 2014-2015. Objectifs : renforcer l'impact de la démarche sur la qualité et la sécurité des soins et mobiliser tous les personnels, depuis la direction jusqu'aux acteurs de terrain. Entretien avec le Pr Jean-Luc Harousseau, président du Collège de la HAS, et Jean-Paul Guérin, membre du Collège et président de la commission « Certification des établissements de santé ».



Pr Jean-Luc Harousseau,
président du Collège de la HAS.



Jean-Paul Guérin, président de la commission
« Certification des établissements de santé ».

Pourquoi la certification doit-elle évoluer ?

Pr Jean-Luc Harousseau – En dix ans, la certification a permis de stimuler les démarches d'amélioration de la qualité des soins dans les établissements de santé français. Ce concept est désormais parfaitement accepté par tous les acteurs : cadres hospitaliers, soignants, usagers... Aujourd'hui, il est essentiel de faire évoluer ce dispositif pour prendre en compte les progrès de la médecine et les évolutions du système de santé... Les enjeux de qualité et de sécurité des soins doivent être appréhendés de façon dynamique, en recherchant des systèmes toujours plus pertinents pour y répondre.

Jean-Paul Guérin – La certification n'est pas une démarche figée. Elle a déjà considérablement évolué au fil de ses différentes versions. Avec la V2010, nous avons notamment simplifié le manuel, défini des « pratiques exigibles prioritaires », intégré des indicateurs, inclus des notions clés comme la bientraitance. Mais la certification doit encore évoluer pour que nous passions d'une culture de la procédure à une culture de

l'efficacité clinique. Alors comment améliorer l'impact de la certification sur la qualité et la sécurité des soins ? Comment faire en sorte que les acteurs de terrain s'approprient davantage cette démarche ? Comment inscrire la certification dans la durée ? Nous souhaitons faire évoluer la certification pour qu'elle réponde à ces objectifs.

Quels sont les enjeux majeurs de cette évolution ?

J.-L. H. – La sécurité des patients est clairement une priorité « non négociable ». La certification doit aussi aider les établissements à améliorer la gestion des risques. Un exemple : la check-list « sécurité du patient au bloc opératoire » a été intégrée à la V2010 mais elle reste inégalement utilisée. La qualité du circuit du médicament ou celle des actes interventionnels sont aussi au cœur de la sécurité des soins. Nous devons être imaginatifs.

J.-P. G. – Nous devons aussi renforcer les droits des patients. Il existe encore de fortes marges de progrès pour éviter les situations de maltraitance ordinaire. Autre thématique

d'importance : la cohérence des parcours de soins, au plus près des patients, en incluant de nouveaux types de prise en charge comme l'ambulatoire. La qualité de vie au travail des professionnels de santé est aussi une préoccupation majeure. Cet item a été intégré dans la V2010 mais nous devons y porter une attention accrue car la littérature a montré qu'il y avait un lien étroit entre qualité de vie au travail des soignants et qualité des soins.

Quelles évolutions concrètes envisagez-vous ?

J.-L. H. – Aujourd'hui, la certification ne permet pas suffisamment d'appréhender la réalité des prises en charge dans les secteurs d'activité. Nous souhaitons améliorer le dispositif sur ce point, en prenant, par exemple, davantage en compte les retours d'expérience des patients. Cette ambition passe par la mise en place d'indicateurs de pratique clinique. L'expérience internationale montre l'effet levier de toutes ces mesures sur l'amélioration de la qualité dans les établissements de santé.

J.-P. G. – Nous en sommes aujourd'hui au stade de la réflexion. Parallèlement, la HAS mène des études d'impact de la certification ainsi qu'un projet sur la visite. Elle souhaite surtout impliquer les parties prenantes et les interroger, avec l'aide d'une société d'audit, sur la finalité de la certification et sur les évolutions qu'elles-mêmes souhaiteraient voir mises en œuvre. Ces orientations seront ensuite soumises à la consultation publique, avant que des décisions ne soient prises. Notre analyse nous a toutefois permis d'envisager quelques pistes. Aujourd'hui, les acteurs de la certification concentrent leur énergie sur la préparation et la réalisation de la visite. Mais ensuite, la dynamique a tendance à retomber. Pour éviter cet effet « soufflé », et pérenniser la démarche, la certification doit être repensée. On pourrait envisager la mise en place d'un dialogue établissement de santé/HAS à l'aide de questionnaires et de la réalisation d'un point annuel sur la démarche qualité (« compte qualité »). La visite pourrait aussi ne plus être systématique... Au-delà, pourquoi ne pas coupler certification et accréditation des équipes pour mobiliser tous les soignants ? ■

Retour sur le Congrès de la médecine générale

Rendez-vous annuel des acteurs de la profession, le Congrès de la médecine générale 2011 s'est déroulé du 23 au 25 juin dernier, à Nice. Au programme de cette 5^e édition, plus de 350 interventions d'experts sur les trois champs de la discipline : les soins, la formation et la recherche. Une manifestation parrainée par la HAS, qui a participé à plusieurs sessions.

Depuis cinq ans, l'Acropolis de Nice est devenu, à la fin du mois de juin, le lieu de rassemblement de la médecine générale. Avec plus de 2 500 médecins venus de toute la France, cette édition 2011 n'a pas dérogé à la tradition. Au programme : 22 conférences plénières, 170 communications orales, 32 ateliers pratiques pour permettre aux professionnels de confronter leurs pratiques, d'actualiser leurs connaissances et d'échanger avec leurs confrères, français ou étrangers... Cette manifestation est organisée par les 14 principales structures actrices de la médecine générale en France (sociétés scientifiques, organismes de formation médicale continue) et soutenue par le Collège de la médecine générale, créé il y a un an lors de l'édition 2010 du Congrès.

La cérémonie d'ouverture, « La médecine générale : dynamiques, représentations et réalités », a permis d'évoquer les multiples facettes de cette discipline, devenue spécialité universitaire en 2007. Le Dr Jean-François Thébaud, membre du Collège de la HAS, a d'ailleurs souligné sa richesse et sa vitalité. « La HAS est un partenaire attentif du Collège de la médecine générale, dont la création a représenté une étape importante pour la discipline. Nous entendons soutenir et valoriser ses initiatives pour développer des démarches qualité intégrées à la pratique du médecin, poursuivre la modernisation de l'exercice pluridisciplinaire, le simplifier et améliorer la qualité de vie au travail. »

Impact d'Internet

La HAS est également intervenue lors de plusieurs sessions sur des thématiques majeures pour l'avenir de la discipline. Professeur en économie et membre du Collège de la HAS, Lise Rochaix a participé à une plénière sur la décision médicale. Elle a rappelé les déterminants économiques, sociologiques et sociétaux qui pèsent sur la décision médicale. Au-delà des connaissances du médecin, de ses représentations professionnelles, des préférences du patient, l'environnement socioprofessionnel



Inauguration du Congrès de la médecine générale. De gauche à droite : Christian Estrosi, député, maire de Nice, P^r Pierre-Louis Druais, président du Collège de la médecine générale et le D^r Isabelle de Beco, présidente du Congrès.

(densité médicale, modes de rémunération, de pratique et de remboursement) joue un rôle majeur sur le modèle de prescription du médecin. Le rapport d'orientation rendu public par la HAS en juin 2011 sur le développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses (voir en pages 2-3) a d'ailleurs renforcé ce constat.

La HAS a aussi organisé une table ronde sur l'impact d'Internet sur la relation patient-médecin (avec Denise Silber, de Basil Stratégies, Hervé Nabarette, chef du service de la qualité de l'information médicale à la HAS, le D^r Françoise Auger, généraliste, le D^r Dominique Dupagne, responsable du site atoute.org, et Géraldine Bloy, sociologue). Les résultats d'une enquête¹ sur les perceptions qu'ont les médecins généralistes de leurs discussions avec les patients au sujet d'Internet ont été présentés. Ce travail a permis de distinguer différents profils de médecins : ceux à qui les patients ne parlent pas de leurs recherches ; ceux pour qui Internet est un allié, les discussions occasionnées étant utiles aux patients pour une meilleure compréhension de leur maladie ; ceux pour qui Internet est avant tout l'affaire du patient ; ceux pour qui Internet est une menace... Plusieurs témoignages ont complété cette intervention. Internet est utile aux patients et peut s'intégrer de façon harmonieuse dans la relation avec le médecin, car il aide les patients à en savoir plus sur leur maladie chronique par exemple, et complète

alors la consultation. Internet bouleverse aussi les hiérarchies établies (médecin/patient, spécialiste/généraliste...). Cette session a soulevé l'enthousiasme des congressistes qui ont posé de nombreuses questions aux intervenants.

Sécurité du patient

Enfin, la HAS a participé à plusieurs sessions dédiées à la sécurité du patient : l'une sur l'erreur médicale, avec le D^r Jean Bami, conseiller technique à la direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (HAS), l'autre sur la place du risque dans la pratique du médecin généraliste, avec le P^r René Amalberti et Rémy Bataillon de la HAS. Ce dernier a présenté les premiers résultats de l'enquête HAS 2011 sur la « Culture de la sécurité des soins chez les soignants en ambulatoire » (voir Dossier, page 4). « La sécurité des soins et la gestion des risques deviennent des préoccupations majeures et récurrentes en santé. Surtout présentes en établissement de santé, elles commencent à diffuser en médecine générale », a souligné Jean Bami. Le Collège de la médecine générale et la HAS devraient d'ailleurs renforcer leur partenariat autour de cette thématique. ■

1. Hervé Nabarette, D^r Jean Bami et Gilles Kue Gaba, « Analyse à partir des données recueillies auprès d'un échantillon représentatif de 200 médecins dans le cadre d'une thèse (Internet et la relation médecin-patient) soutenue le 27/10/2010 par Sandrine Berthet-Lavallé, avec l'appui méthodologique de la HAS ».