



Atelier régional de benchmarking

Synthèse

Réunion du 19/09/2013
14h à 17h
CLS Bellevaux

Chargé de mission :
Valentin DAUCOURT

Établissements représentés

Nom de l'établissement	Ville	Nom des personnes présentes
Association Hospitalière de Franche-Comté (AHFC)	Saint-Rémy	VALOT Valérie
Centre Hospitalier	Arbois	BIICHLÉ Benoit JACQUET Maude
Centre Hospitalier	Novillars	ROUGEOT Anne-Lise
Centre Hospitalier	Poligny	BON Fabienne PETETIN Martine
Centre Hospitalier Spécialisé du Jura	Dole	REBRAB Rosa
CHI de Haute-Comté	Pontarlier	RIGAUD Catherine
CHI de la Haute-Saône	Vesoul	AICH Mohcine BOISSEAUX Thérèse GARRET Renaud SEHIER Emmanuel
Clinique Médicale Brugnon Agache	Beaujeu	GALLAND Stéphane
CRCP-FC	Pont d'Héry	GENELOT Nicole MURCIER Marie-Odette
CRF Bretegnier	Héricourt	CHAMBARD Nicolas POURET Nicolas
Polyclinique de Franche-Comté	Besançon	POINSARD Marlène

Établissements excusés

Nom de l'établissement	Ville	Nom des personnes présentes
Centre Hospitalier	Poligny	MOREY Michèle
Centre Hospitalier	Salins-les-Bains	VALLET Nadine

Objectifs de la réunion

- Dans le prolongement du groupe de travail régional d'élaboration d'un tableau de bord d'indicateurs Qualité & Risques, le RéQua a organisé le 19 septembre 2013 un atelier pour développer les démarches de benchmarking.
- Après une présentation des résultats régionaux du tableau de bord et des évolutions pressenties pour 2013, l'atelier a permis la présentation, par quatre établissements, des facteurs favorisant l'obtention de bons résultats pour un indicateur ciblé (tenue du dossier patient), puis des échanges avec les participants.
- Les évolutions pressenties par la HAS concernant l'indicateur Tenue du dossier patient ont ensuite été présentées.
- Une réunion du groupe de travail régional Tableau de bord Qualité-Risques sera organisée au 2^{ème} trimestre 2014 (évolution du tableau de bord en lien avec la certification v2014 et notamment le Compte Qualité).

Enseignements du tableau de bord

- 18 établissements de santé ont participé en 2013 (résultats 2012) au recueil du Tableau de bord régional Qualité-Risques.
- En moyenne, 66% des indicateurs sont renseignés par les établissements. Les indicateurs les moins souvent renseignés (évolution à envisager ?) sont :
 - Prévalence des escarres (33%)
 - Préparation de la sortie du patient (17%)
 - Information avant un acte invasif (17%)
 - Satisfaction du personnel (11%)
 - Délai avant admission (8%)
 - Prise en charge du cancer (0%)
 - Conformité de l'attente aux Urgences (0%)
- Si pour certains indicateurs, les résultats régionaux restent moyens (cf. diaporama), on peut noter une progression très significative depuis la mise en place du tableau de bord sur de nombreux indicateurs :

	2008	2012
Dépistage des troubles nutritionnels	65	82
Traçabilité de la douleur	40	63
Personne de confiance	30	91
Analyse des EIG (et nombre EIG signalés x 10 !)	39	55
Chirurgie ambulatoire	43	71
Prescription informatisée	60	79
ICATB	36	79
Information avant un acte invasif	33	58
Distribution des repas à la bonne température	59	76
Délai de remise du dossier patient	65	93

Ces résultats confirment l'intérêt de la mesure régulière des indicateurs.

Facteurs favorisant identifiés pour l'indicateur sur la tenue du dossier patient

A. Rappel sur la construction de l'indicateur

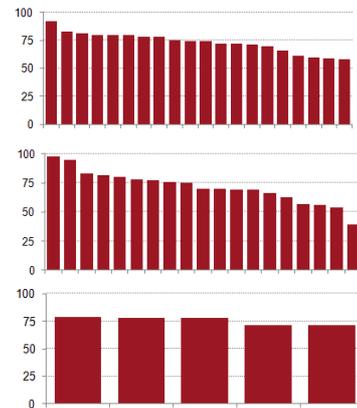
Cet indicateur évalue la tenue du dossier des patients hospitalisés. Il est présenté sous la forme d'un score de qualité compris entre 0 et 100. La qualité de la tenue du dossier patient est d'autant plus grande que le score est proche de 100.

L'indicateur est calculé à partir de 9 (PSY), 10 (MCO) ou 13 (SSR) critères :

- Critères relatifs à l'admission (document de liaison, examen d'entrée...)
- Critères relatifs à la prise en charge (suivi médical du patient, prescriptions, projet thérapeutique, chirurgie, anesthésie...)
- Critères relatifs à la sortie (CRH, prescriptions de sortie...)
- Dossier organisé et classé

B. Résultats pour l'année 2011 (Tableau de bord 2012)

- En MCO : 20 établissements
 - Moyenne Région : 73 (58 à 92)
 - Moyenne France : 76 (29 à 100)
- En SSR : 20 établissements
 - Moyenne Région : 71 (39 à 98)
 - Moyenne France : 78 (19 à 100)
- En PSY : 5 établissements
 - Moyenne Région : 75 (71 à 79)
 - Moyenne France : 73 (29 à 100)



C. Facteurs favorisant identifiés

Facteurs liés à la structure et au type d'établissement	
Activités de l'établissement	La réalisation d'une activité unique ou d'activités homogènes favorise l'obtention de bons résultats.
Taille de l'établissement	S'il ne s'agit pas d'un facteur déterminant, une taille petite ou moyenne peut être un gage de réussite (meilleure appropriation par des acteurs mieux informés, proportion de dossiers analysés plus représentative...).
Homogénéité du dossier patient	Un dossier unique permet l'obtention de meilleurs résultats. A défaut, en cas d'utilisation de dossiers de spécialités, ceux-ci devraient comporter des éléments communs à toutes les prises en charge.
Informatisation du dossier patient	Même si une phase d'appropriation des outils est nécessaire et peut provisoirement entraîner une détérioration de la traçabilité, un dossier patient informatisé (DPI) regroupant l'ensemble des données relatives aux patients favorise à terme les bons résultats. L'outil doit être suffisamment souple et évolutif pour pouvoir intégrer et mettre à jour des formulaires développés en interne.

Facteurs liés au management

Une implication forte de l'institution	L'implication forte de la Direction des Soins et de la Direction Qualité apparaissent comme un gage de réussite. L'implication de la CME reste à développer.
Une implication forte des différents professionnels « soutien » du processus	<p>Un groupe institutionnel « Dossier patient » actif permet d'améliorer les résultats. Composé par exemple de médecins, de soignants, de professionnels du DIM, de représentants des secrétariats médicaux, il peut avoir pour mission de : rédiger les protocoles ou notes d'information sur l'utilisation du dossier patient, aider à la standardisation des documents ou formulaires du dossier patient, faire le lien avec le paramétrage du DPI, analyser les fiches d'évènements indésirables en lien avec la tenue du dossier patient, analyser les résultats des indicateurs portant sur le dossier patient...</p> <p>En cas d'informatisation, l'implication et la réactivité de l'équipe chargée du déploiement du DPI ou des référents DPI est importante pour le soutien des équipes.</p> <p>Le lien avec d'autres groupes institutionnels est important pour présenter et discuter les critères de l'indicateur en lien avec ces différents groupes : groupe « Sécurisation du circuit du médicament », groupe « Identito-vigilance », groupe « Droits des patients »...</p>
Une implication forte des professionnels « acteurs » du processus	<p>L'appropriation des indicateurs par les professionnels en charge de la tenue du dossier patient est bien évidemment essentielle. Cette appropriation ne peut exister que si les professionnels comprennent l'intérêt de l'indicateur (et donc de la traçabilité d'informations dans le dossier) pour leurs pratiques. Cette appropriation peut être facilitée par différentes méthodes, comme par exemple :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la mise en place de réunions pluridisciplinaires pour évoquer la situation des patients (projet thérapeutique ou autres) ; - l'implication des médecins et soignants dans le recueil des données (qui a un rôle pédagogique important, en l'absence de sanction) ; - la désignation d'un référent dossier patient au sein de chaque unité ; - la mise en exergue du rôle prépondérant des secrétariats médicaux.
Engagement et stabilité du personnel	L'absence de recours à du personnel intérimaire et un taux de rotation relativement faible permettent d'éviter les pertes d'information dues à un personnel peu habitué aux outils, notamment informatiques.
Contractualisation	L'intégration des indicateurs dans les contrats de pôles est stimulante ; elle permet une mesure régulière par pôle, avec fixation d'objectifs. La sanction ou l'incitation financière existent peu, mais d'autres méthodes sont en place parfois : allocation de crédits de formation, mise en place d'EPP ciblées en cas de mauvais résultats...

Facteurs liés aux pratiques cliniques

Formalisation des bonnes pratiques	<p>A défaut de procédures formalisées sur la tenue et l'archivage du dossier patient et les responsabilités des différents, il est nécessaire de formaliser les bonnes pratiques concernant la tenue du dossier patient, par l'intermédiaire par exemple de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - protocoles de prise en charge infirmière permettant de rappeler l'ensemble des éléments à recueillir aux différents temps de la prise en charge ; - protocoles sur l'archivage du dossier patient (et la gestion des documents « papier » en cas de DPI) ; - guides d'utilisation ou « fiches réflexe », notamment pour l'utilisation du DPI... <p>Ces documents doivent être régulièrement révisés.</p>
Identification des éléments essentiels à tracer	<p>Il est essentiel de développer de formulaires spécifiques, informatisés ou non pour faciliter le recueil de certains éléments : aide-mémoires au niveau de la « pancarte », trames ou modèles mis à disposition pour les différentes étapes de la prise en charge (observation médicale d'entrée, compte-rendu d'hospitalisation...).</p>
Organisation de réunions pluridisciplinaires	<p>Ces réunions pluridisciplinaires (ex : réunions d'élaboration et de suivi projet thérapeutique) améliorent la coordination des acteurs pour la prise en charge du patient. Elles permettent de faciliter le partage et la traçabilité des éléments essentiels à la prise charge.</p>
Alertes et systèmes bloquants	<p>En cas d'informatisation du dossier, l'utilisation d'alertes en l'absence de traçabilité de certains éléments peut être envisagée comme aide-mémoire.</p> <p>En revanche, ces alertes ne doivent pas être trop nombreuses, et ne doivent pas être bloquantes, sous peine d'entraîner la saisie d'éléments erronés.</p>
Coordination des professionnels	<p>Des règles d'organisation peuvent être mises en place afin de faciliter le partage d'informations, notamment entre médecins et autres professionnels de santé, comme par exemple :</p> <ul style="list-style-type: none"> - un passage des médecins à heure fixe (notamment dans le cadre d'interventions de médecins libéraux) ; - une saisie des informations contenues dans le dossier par les secrétaires médicales, après dictée du médecin ; cette procédure permet une standardisation et une homogénéité de la traçabilité des données ; - des solutions ont été proposées pour résoudre les problèmes liés à la spécificité de certains établissements : un patient est souvent adressé en Médecine par un médecin libéral exerçant dans l'établissement, puis peut être transféré en SSR (sans même changer de lit) puis en EHPAD ; des notes spécifiques ou des liens sont alors insérés dans le dossier pour répondre aux exigences de l'HAS (documents d'entrée, traitement de sortie...).
Formations et sensibilisations des nouveaux arrivants	<p>La formation des nouveaux arrivants à la tenue du dossier patient est importante, particulièrement en cas d'informatisation. Elle doit s'adresser notamment aux internes en médecine, dans les établissements concernés.</p> <p>Ces formations doivent aussi permettre de présenter les résultats des indicateurs qualité, permettant de développer la culture qualité.</p>
Vérification des données tracées	<p>Un processus de vérification des données tracées dans le dossier patient peut être mis en place avant la sortie d'un patient, par l'intermédiaire d'une check-list. Cette vérification peut être réalisée soit par les médecins ou soignants, soit par les secrétaires médicales, soit par le DIM. En cas de manque d'une ou plusieurs informations, celles-ci sont recueillies et tracées avant le départ du patient</p>

Facteurs liés à l'évaluation des pratiques

Fréquence de mesure de l'indicateur	Augmenter la fréquence de mesure de l'indicateur, en dehors de la mesure obligatoire (tous les deux ans), permet d'améliorer ses résultats. Cette fréquence peut être annuelle, voire trimestrielle. Par ailleurs, les critères mesurés dans l'indicateur TDP peuvent faire l'objet d'autres mesures en étant intégrés dans des audits ou évaluations autres.
Extension du champ de mesure de l'indicateur	Les critères d'inclusion IPAQSS excluent certaines unités (hospitalisations de jour, enfants...). La mesure des indicateurs (après adaptation éventuelle) dans ces secteurs permet de mobiliser l'ensemble des professionnels. Les professionnels se sentent avant tout concernés par leurs résultats propres. Il est donc nécessaire de leur fournir des résultats par unité, ce qui nécessite d'augmenter le nombre de dossiers à analyser, afin que les résultats par unité soient représentatifs.
Mode de recueil de l'indicateur	<p>Le recueil doit être planifié à l'avance, sur une durée limitée, avec des plages horaires suffisamment souples pour permettre l'implication des professionnels concernés (cadres, infirmiers, aides-soignants, médecins, pharmaciens, rééducation, diététiciennes...).</p> <p>Le recueil des données doit être réalisé par des professionnels investis. Il semble intéressant d'y associer les professionnels concernés pour leur montrer l'intérêt de la mesure et leur donner confiance dans les résultats. L'implication des médecins est primordiale, et leur faire auditer leurs propres dossiers en binôme, avec un soignant par exemple, a un rôle pédagogique indéniable.</p> <p>A chaque nouvelle mesure, des professionnels différents peuvent être intégrés (après appel à participation large), afin de mobiliser un maximum d'entre eux.</p> <p>Il est nécessaire d'apporter une garantie méthodologique et une homogénéité des pratiques de recueil pour une année donnée et d'une année sur l'autre (supervision par un membre de la direction qualité, du groupe « dossier patient » ou d'un groupe d'auditeurs internes formés...).</p> <p>La présence des professionnels concernés permet de discuter des non-conformités et de proposer d'emblée des solutions à mettre en œuvre.</p> <p>En cas de dossier informatisé, des requêtes peuvent être construites afin de faciliter le recueil des données, même si les outils actuels permettent peu ces requêtes.</p>
Evaluations de pratiques complémentaires	<p>La mesure de l'indicateur TDP peut être l'occasion de mesurer des critères qualité complémentaires, comme par exemple sur la personne de confiance, la conformité d'archivage du dossier papier, la présence des documents dématérialisés, le niveau d'irradiation, la qualité de l'administration du médicament, la qualité des transmissions ciblées, l'information donnée au patient...</p> <p>Elle peut aussi être l'occasion d'une évaluation des pratiques professionnelles, par exemple sur la conciliation médicamenteuse à l'entrée, sur la prescription chez la personne âgée ou sur le projet personnalisé de soins. Cette démarche peut alors être intégrée dans la démarche au Développement Professionnel Continu (DPC).</p>
Diffusion des résultats des indicateurs vers les instances	<p>La présentation et la discussion des résultats des indicateurs sont à réaliser au minimum :</p> <ul style="list-style-type: none"> - en CME, - en réunions de cadres, - en copil qualité, - en CRUQPC...

Facteurs liés à l'évaluation des pratiques (suite)

Diffusion des résultats des indicateurs vers les professionnels	<p>Les professionnels ayant participé au recueil doivent faire l'objet d'une diffusion particulière (rapide et complète).</p> <p>Un retour des résultats par pôle ou service est préférable. Il peut être réalisé lors des réunions de pôle ou lors de rencontres dans le service, ou par affichage dans les unités.</p> <p>Les axes de communication doivent être adaptés au public visé (exemples : intérêt du patient et responsabilité pour les médecins, coordination des soins pour les soignants, organisation pour les secrétaires médicales...).</p> <p>Les résultats globaux peuvent être diffusés par une lettre qualité, ou mis à disposition sur intranet ou sur le réseau informatique...</p>
Diffusion des résultats des indicateurs vers les usagers	<p>La diffusion aux usagers est réalisée par affichage à l'entrée et sur le site web de l'établissement. A partir de 2014, une obligation supplémentaire sera d'intégrer les résultats des différents indicateurs dans le livret d'accueil du patient.</p>