

Généralisation de l'accréditation des médecins et des équipes médicales de spécialités à risques

ENJEUX POUR LA QUALITÉ DES SOINS,
LA SÉCURITÉ DES PATIENTS ET
LA FORMATION DES PROFESSIONNELS



RAPPORT DE LA MISSION CONFIEE AU PR BERTRAND MILLAT

OCTOBRE 2022

SOMMAIRE

Remerciements	3
Principes et préconisations du rapport	4
Préambule	8
Présentation de la mission	11
1. RENFORCER LE SENS DU SOIN, LA QUALITÉ DE VIE AU TRAVAIL ET LE SOLIDARITÉ AU RÉSULTAT	18
1.1 La qualité, la pertinence et la sécurité comme « sens du soin »	17
1.2 La qualité de vie au travail	24
1.3 La valorisation du travail en équipe pour redonner du sens au soin	27
2. MIEUX PRENDRE EN COMPTE LES ATTENTES ET LES IMPLICATIONS DES PATIENTS	33
2.1 Quelles attentes des patients ou de leurs proches ?	33
2.2 Les savoirs expérientiels des patients, des atouts pour la sécurité des soins en général et pour l'accréditation en particulier	33
2.3 La participation des patients à la sécurité des soins, un engagement à construire	36
2.4 Quels outils possibles pour promouvoir la participation des patients et de leurs proches ?	37
3. INSCRIRE L'ACCRÉDITATION DANS LE SCHÉMA GÉNÉRAL DES FORMATIONS À LA SÉCURITÉ DES SOINS	44
3.1 Les préconisations pour la formation médicale	44
3.2 Les personnels non médicaux : de la formation initiale à l'accréditation en équipe	48

4.	FAIRE DE LA SÉCURITÉ DES SOINS UNE PRIORITÉ DE LA GOUVERNANCE HOSPITALIÈRE ET TERRITORIALE	54
4.1	Le rôle de la commission médicale d'établissement	54
4.2	Le rôle de la direction d'établissement	59
4.3	Le rôle du CGRAS et la médicalisation de la direction qualité et gestion des risques	64
4.4	La construction de la territorialisation de la gestion des risques	65
5.	DÉVELOPPER DES INCITATIFS POUR ASSURER LE DÉPLOIEMENT DE L'ACCRÉDITATION	70
5.1	Les incitatifs qualitatifs en lien avec les dispositifs existants	70
5.2	Les incitatifs quantitatifs	75
6.	FAIRE ÉVOLUER LE PÉRIMÈTRE DE L'ACCRÉDITATION	80
	Conclusion	83
	Annexe 1 : bibliographie	85
	Annexe 2 : liste des auditions réalisées	91
	Annexe 3 : acronymes	93
	Annexe 4 : lettre de mission	96
	Annexe 5 : analyses de pratique - proposition de l'inter-IFSI	98
	Annexe 6 : la GEASP - l'essentiel en une page	99

Remerciements

Merci à Monsieur Nicolas Revel qui, dans ses fonctions de directeur général de l'Assurance maladie, a accepté de défendre la réforme du financement des organismes agréés pour l'accréditation qui a rendu possible le déploiement actuel de l'accréditation dans les hôpitaux publics.

Merci au professeur Olivier Lyon-Caen et à Madame la docteure Annie Fouard d'avoir soutenu et porté ce projet dans les propositions de l'Assurance maladie pour 2020.

Merci à Madame Katia Julienne, directrice générale de l'offre de soins qui nous a confié cette mission avec conviction et confiance. Merci à Madame Cécile Lambert, directrice adjointe, pour son écoute attentive et son soutien.

Merci à Madame la professeure Dominique Le Guludec, présidente de la Haute autorité de santé qui en a soutenu la réalisation.

Merci à Jessica Michel, chargée de mission à la Direction générale de l'offre de soins, qui a mis au service de ce projet toutes ses compétences et son efficacité.

Merci à tous les membres du groupe projet de la mission pour leur implication et leurs contributions riches et argumentées à la rédaction du présent rapport.

Merci à toutes celles et tous ceux qui se sont rendus disponibles pour les nombreuses auditions et visio-conférences sans lesquelles ce rapport aurait été vide de sens.

Merci aux conférences des présidents de commissions médicales d'établissement et des directeurs généraux, des centres hospitaliers universitaires et des centres hospitaliers, qui après en avoir écouté les arguments ont accepté de soutenir cette mission.

Principes et préconisations du rapport

Principes généraux



- Qualité, pertinence et sécurité sont ce qui donne du sens aux soins. Évaluer ses résultats permet d'informer les patients en toute transparence et honnêteté. La qualité des résultats s'évalue sur la totalité du parcours de soins.
- Le « sens du soin » a besoin de temps. Gagner du temps pour les soins et leur sécurité n'est pas une démarche individuelle. La gestion du temps est une variable qui se définit en équipe.
- Les valeurs portées par le dispositif de l'accréditation des médecins : sécurité et sens des soins, former ensemble ceux qui travaillent ensemble, compétence collective de l'équipe, qualité de vie au travail peuvent contribuer à la refondation structurelle des établissements de santé.

■ Renforcer le sens du soin, la qualité de vie au travail et la solidarité au résultat

1. Intégrer le programme d'accréditation des médecins et des équipes médicales dans les pratiques existantes des équipes hospitalières avec pour objectifs cohérence et simplification
2. Intégrer aux programmes d'accréditation les enjeux de qualité de vie au travail
3. Prioriser et respecter la notion d'équipe en tant que complémentarité des compétences et solidarité au résultat dans la gestion des ressources humaines

■ Mieux prendre en compte les attentes et les implications des patients

4. Intégrer l'expérience patient dans l'évaluation des référentiels risque des spécialités accréditées
5. Créer un « label accréditation » aisément identifiable qui permette aux patients de connaître l'engagement d'un praticien ou d'une équipe

■ Inscire l'accréditation dans le schéma général des formations à la sécurité des soins

6. Enseigner les méthodes de prévention des erreurs évitables et développer la culture de l'erreur apprenante dans la formation initiale, en lien avec la HAS et les organismes qu'elle a agréés pour l'accréditation
7. Former ensemble ceux qui doivent travailler ensemble par des méthodes de simulation construites sur des scénarii mobilisant des équipes pluriprofessionnelles

8. Intégrer des scénarii d'événements indésirables associés aux soins et des principes de gestion des risques issus de la base de retour d'expérience de l'accréditation (REX) dans la rédaction des examens cliniques à objectifs standardisés (stations ECOS) pour l'évaluation des étudiants du second cycle des études de médecine
9. Intégrer les principes et méthodes de la démarche d'accréditation des médecins et des équipes médicales à la formation à la sécurité des patients (enseignement transversal universel n°13), dans le cadre de la réforme du 3^{ème} cycle des études médicales
10. Insérer systématiquement dans les évaluations des stages semestriels des internes un entretien pour les questionner sur la qualité et la gestion des risques associés aux soins qu'ils ont prodigués
11. Ouvrir la possibilité aux médecins des spécialités concernées ayant rempli l'obligation de thèse d'exercice sans avoir complété leur 3^{ème} cycle (phase de docteur junior) de s'inscrire dans le processus d'accréditation
12. Créer une fonction de coordination au sein d'un pôle d'activité médical pour l'accompagnement des nouveaux arrivants, le tutorat et la mise en œuvre de plans de formation
13. En s'appuyant sur le déploiement du programme d'accréditation, mettre en œuvre dans les établissements hospitaliers une politique active et volontariste de formation continue à la qualité et à la sécurité des soins (compétences non techniques, communication, coopération en équipe, signalement, erreurs évitables, etc.), pour tous les professionnels médicaux et non médicaux qui n'ont pas reçu cet enseignement dans leur parcours de formation initiale.

■ Faire de la sécurité des soins une priorité de la gouvernance hospitalière et territoriale

14. S'appuyer sur le déploiement de l'accréditation et de sa méthode pour renforcer les liens entre CME, direction et CGRAS et porter auprès de l'ensemble des services le message d'une démarche institutionnelle unifiée
15. Instaurer un fonctionnement en binôme directeur - président(e) / vice-président(e) à la direction qualité et gestion des risques afin de donner de la visibilité à la médicalisation des objectifs et favoriser la confiance de l'ensemble des parties prenantes dans les objectifs de la sécurité
16. Promouvoir le modèle d'une déclaration des EIAS interne à l'établissement et d'une analyse approfondie en équipe avec l'appui logistique des directions qualités et du gestionnaire des risques associés aux soins avant la déclaration par le médecin à son OA pour favoriser le partage d'information et la nécessaire approche systémique des EIAS
17. Proposer aux services médicaux et administratifs de mettre en œuvre des actions d'amélioration qui répondent aux difficultés quotidiennes des équipes et aux priorités qualité sécurité objectivées par les signalements d'EIAS. Leur apporter l'aide méthodologique adéquate pour ce faire et pour évaluer leurs résultats

18. Assurer la publicité, au sein des établissements, des équipes vis-à-vis des usagers autour de l'engagement des médecins dans l'accréditation et pour cela, garantir que l'établissement a une connaissance régulièrement actualisée des médecins engagés / accrédités

19. Inciter les médecins engagés dans l'accréditation individuellement ou en équipe à être des relais / ambassadeurs / formateurs de la culture sécurité et les inscrire à ce titre dans un réseau de référents qualité sécurité au sein des établissements

20. Inscrire le déploiement de l'accréditation des médecins exerçant des spécialités à risques dans une dynamique territoriale de la qualité et gestion des risques associés aux soins et pour cela le décliner dans les objectifs du projet médical partagé des GHT

21. Impliquer des médecins accrédités et des paramédicaux dans des équipes territoriales « qualité et gestion des risques » dans une logique de mutualisation des expertises et d'optimisation des moyens. Créer un réseau des médecins accrédités au sein des GHT pour améliorer le partage d'information, promouvoir la méthode et développer la culture sécurité d'un même territoire

22. S'appuyer sur les médecins accrédités et leurs organismes agréés de spécialité pour faire de la qualité des pratiques et de la sécurité des patients un levier pour la définition objective de la gradation des soins et l'évaluation de la pertinence au niveau du GHT

23. Proposer dans les programmes des spécialités ciblées par l'accréditation des méthodes de « parcours traceur » pour évaluer le service médical rendu des filières de territoire et recueillir la perception du patient sur son expérience et ce qu'il pense en la matière.

■ Développer des incitatifs pour assurer le déploiement de l'accréditation

24. S'appuyer sur le déploiement de l'accréditation pour impliquer les médecins dans la certification de leur établissement en leur montrant combien les activités qu'ils réalisent dans le cadre de leur programme convergent avec les objectifs médicalisés de la certification

25. Promouvoir dans tous les établissements hospitaliers le programme de l'accréditation des médecins comme méthode préférentielle pour le développement professionnel continu et la certification périodique pour toutes les spécialités identifiées comme à risque

26. Intégrer dans le dispositif IFAQ un indicateur mesurant la dynamique du dispositif d'accréditation

27. Utiliser l'outil de contractualisation entre les pôles/services et la direction pour valoriser des actions de qualité et de gestion des risques et le travail en équipe

28. Inciter les assureurs à prendre en compte la dynamique du déploiement de l'accréditation des médecins et des équipes exerçant des spécialités à risque dans la visite de risque des établissements

■ Faire évoluer le périmètre de l'accréditation

29. Inciter les médecins hospitaliers accrédités à développer au sein de leurs organismes agréés une compétence et une expertise particulières en gestion des risques associés aux activités et missions spécifiques du service public

30. Élargir le dispositif d'accréditation aux professionnels non médicaux dans un objectif de cohérence de l'accréditation en équipe pluriprofessionnelle

31. Redéfinir un périmètre pour l'accréditation non en fonction de la sinistralité des spécialités mais des risques de l'activité de soin : médicaments, urgences, personnes âgées, etc.

Préambule

Soigner peut être dangereux.

L'ambition médicale portée par les innovations scientifiques, la complexité des parcours liée à l'hyper spécialisation et au poids des pathologies chroniques repoussent chaque jour les limites des prises de risque. C'est dans cet environnement que doit se déployer la culture de la sécurité des soins née avec le 21^{ème} siècle. Beaucoup d'efforts ont déjà été mobilisés et continuent à l'être. L'un d'entre eux est de prévenir les événements qui peuvent parfois modifier dramatiquement un parcours de soins et qui sont pourtant évitables. La sécurité des soins est une attente légitime des usagers et doit être une part incontournable de la formation de soignants. L'European Society for Quality in Health Care définit la culture de sécurité comme un ensemble de comportements individuels et organisationnels fondé sur des croyances et valeurs partagées*. Ce dont il s'agit relève donc bien de l'éthique professionnelle, du sens des soins et du prendre soin.

L'accréditation des médecins exerçant des spécialités « à risques » ([article D. 4135-2 du code de la santé publique](#)) est le nom d'un programme conçu par la Haute autorité de santé (HAS) et créé par le [décret n° 2006-909 du 21 juillet 2006](#). Démarche volontaire, confiée à la HAS dans sa mise en œuvre, l'accréditation a été ouverte à tous les médecins exerçant les spécialités définies, quels que soient leurs statuts. L'animation du dispositif s'est appuyée sur des organismes professionnels agréés (OA) par la HAS et organisés par spécialité. Leur financement par l'Assurance maladie, subrogé à un dispositif d'aide au versement de la prime en responsabilité civile professionnelle a de facto attiré prioritairement les médecins exerçant une activité libérale. Quinze ans plus tard, le [décret n°2021-1668 du 15 décembre 2021](#) et l'[arrêté du 28 décembre 2021](#) ont modifié les conditions du financement des organismes agréés et levé un obstacle au déploiement de l'accréditation pour les médecins exerçant leur spécialité dans les hôpitaux.

On ne peut réformer qu'à partir d'un consensus minimum sur les sources des problèmes et la nécessité du changement. Il est difficile de faire abstraction du contexte dans lequel s'inscrivent aujourd'hui cette mission et ce rapport. La source des problèmes, révélée ou aggravée par l'épuisement professionnel consécutif à la pandémie et à une démographie alarmante, semble être pour les professionnels hospitaliers une perte du « sens des soins ». Chaque professionnel de soins, quelle que soit la place qu'elle ou il occupe dans le parcours de prise en charge des patients a pu, au moment de son entrée dans la carrière, imaginer et parfois formaliser quelles étaient pour lui les valeurs qui donnaient du sens à son engagement.

Faire (ré)apparaître dans ces valeurs la pertinence des actions, leur qualité et leur sécurité peut aider à retrouver ce « sens du soin » qui serait perdu et à mettre chacune et chacun, en situation de bien-être dans l'équipe au sein de laquelle ils travaillent et dans les relations avec les patients et leur entourage. Être bien avec soi-même et avec les autres est une valeur nécessaire à la sécurité des soins.

*<http://ww1.esqh.net/>

Les événements qui ne sont pas liés à l'évolution naturelle de la maladie, qui écartent le processus de soins des résultats escomptés ou des attentes du patient et le menacent dans sa santé sont appelés événements indésirables associés aux soins (EIAS). Lorsque de nombreux professionnels de santé sont impliqués, la qualité de leur coordination est essentielle pour garantir des soins au moindre risque. L'erreur existe parce qu'elle est humaine. Les risques d'EIAS et d'erreurs sont inhérents à l'activité médicale. Selon les 3 enquêtes nationales sur les événements indésirables associés aux soins ([ENEIS 2004, 2009 et 2019](#)), plus de la moitié des événements recensés et analysés serait évitables. Les EIAS sont la cause directe ou indirecte de 5% des hospitalisations, 10% des patients hospitalisés ont un événement indésirable au cours de leur séjour et plus de 10% des dépenses hospitalières sont consacrées à remédier à des erreurs médicales ou à des [infections nosocomiales qui auraient pu être évitées](#).

« Le premier obstacle à la diminution des erreurs est que nous punissons celles ou ceux qui les ont commises » dit Lucian Leape. Toute erreur qui n'est pas analysée de façon systémique et qui n'est pas comprise se reproduira. Le programme d'accréditation invite les médecins au signalement et à l'analyse des EIAS de façon à produire des solutions pour tenter d'en diminuer l'occurrence. La relation individuelle du médecin engagé ou accrédité avec son organisme agréé lui permet de bénéficier des savoirs collectifs acquis avec ses pairs dans sa spécialité. Cette relation individuelle doit pouvoir se mettre au bénéfice collectif de l'équipe dans laquelle il travaille. Améliorer la sécurité des patients au sein de chaque établissement nécessite un engagement collectif des professionnels au sein d'une même spécialité ou en interdisciplinaire et des équipes pluriprofessionnelles de soins, tous soutenus explicitement par un dispositif confidentiel et non punitif de signalement. L'analyse d'un EIAS ne prend de sens que dans un contexte systémique donné. L'équipe est consubstantielle au modèle d'organisation des soins hospitaliers. Les commissions médicales d'établissement (CME) qui ont la responsabilité de la qualité et de la sécurité des soins ([article R6144-2 du code de santé publique - CSP](#)), en lien avec les directions qualité et gestion des risques des établissements et les coordinateurs de la gestion des risques associés aux soins (CGRAS) devront mettre en cohérence le programme d'accréditation des médecins avec la réalité de la pratique pour que ce déploiement dans les hôpitaux promeuve une culture de sécurité partagée et avance vers une « accréditation en équipe pluri professionnelle ».

Enseigner la gestion des risques qui sont associés aux soins ne se distingue en rien de l'enseignement du métier lui-même. C'est une formation générique qui doit être intégrée aux curriculums existants, indissociable de l'expertise professionnelle, enseignée et assumée par les enseignants des spécialités. Comprendre la complexité du système et son organisation, ce que signifie être membre d'une équipe, apprendre à partir des erreurs et s'impliquer avec les patients et leur entourage sont autant d'objectifs de la formation qui doivent être définis, connus, enseignés et évalués. La pédagogie par simulation permet de former ensemble ceux qui travailleront ensemble.

L'amélioration de la sécurité des soins doit se construire en équipe et avec les patients eux-mêmes. Se considérer comme le garant individuel de la qualité et de la sécurité de ses soins est une prétention dangereuse. La sécurité est solidaire et non solitaire. Le déploiement d'une culture de la sécurité sera facilité si celles et ceux dont on attend qu'ils la mettent en pratique participent à son élaboration et sont convaincus qu'elle tient compte de ce qu'ils considèrent être les « causes profondes du mal ». Le meilleur incitatif pour que les pratiques qui contribuent à accroître la sécurité des soins soient adoptées est qu'elles apportent à court terme aux professionnels concernés une amélioration perceptible de leurs conditions d'exercice et de leur qualité de vie au travail (QVT).

Travailler en équipe demande de concilier et réunir des motivations qui peuvent être très différentes selon la place que chacun(e) y occupe et donner à chacun(e) la possibilité d'apporter sa contribution à la tâche collective et à la qualité du résultat. Prendre le temps de l'écoute est nécessaire pour adapter le soin à chacune et chacun. Patients ou usagers peuvent partager des exigences sanitaires et être des co-acteurs vigilants et responsables de la pertinence, de la qualité et de la sécurité de leurs soins. Les usagers savent qu'il y a des incertitudes en matière de résultats mais aussi qu'il y a des événements évitables qui ne devraient pas entacher leur prise en charge.

Nous ignorons quelle sera la pratique médicale dans 20 ans mais nous savons en revanche qu'il existera toujours un certain nombre d'invariants de la qualité et de la sécurité des soins: avoir confiance dans l'équipe, parler de la sécurité en termes de besoins professionnels plus que d'exigences réglementaires, regarder les faits avec lucidité, honnêteté et humilité, promouvoir une culture apprenante de l'erreur et du retour d'expérience, impliquer le patient dans sa sécurité et sa prise en charge.

L'accréditation des médecins et des équipes porte ces objectifs.

Présentation de la mission

1. Le dispositif d'accréditation

Créée dans le cadre de la loi du 13 août 2004 relative à l'[Assurance maladie](#), l'accréditation des médecins et des équipes médicales est une démarche volontaire d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins développée dès 2006 et dont la mise en œuvre a été confiée à la Haute autorité de santé. Elle concerne les médecins exerçant une spécialité ou activité dite « à risque » en établissement de santé, dont la définition est précisée par le [décret n°2006-909 du 21 juillet 2006](#) qui consacre 19 spécialités concernées par le dispositif d'accréditation.

À ce jour, [16 organismes sur 19 potentiels](#) sont agréés pour l'accréditation. Il s'agit des spécialités de gynécologie-obstétrique, d'anesthésie-réanimation, de chirurgie, de spécialités médicales interventionnelles (gastroentérologie, cardiologie, radiologie) ainsi que l'activité d'échographie obstétricale. Les spécialités de pneumologie interventionnelle, d'ophtalmologie et de réanimation médicale ne participent actuellement pas au dispositif d'accréditation.

Les 16 spécialités concernées par l'accréditation représentent environ 35 000 médecins. Les statistiques les plus récentes (mai 2022) font état de 8 000 médecins inscrits dans la démarche (engagés ou accrédités), dont [2 100 en équipe](#).

Démarche volontaire, les médecins s'engagent dans la procédure d'accréditation par l'intermédiaire d'un organisme agréé (OA) par la Haute autorité de santé et réalisent leur programme individuellement ou en équipe médicale. L'accréditation est délivrée par le collège de la HAS à l'issue d'une 1^{ère} année d'engagement et renouvelée tous les 4 ans. La [liste des médecins et des équipes accrédités par la HAS](#) est publique et disponible en ligne.

En pratique, un médecin qui veut s'engager dans une démarche d'accréditation doit s'inscrire sur le [site internet pour l'accréditation \(SIAM\)](#). Cette inscription permet de prendre contact avec l'organisme d'accréditation (OA) agréé par la HAS pour sa spécialité.

Les médecins ou équipes médicales suivent un programme d'accréditation, défini par les organismes agréés et validé par la HAS.

Ce programme comprend la déclaration et l'analyse d'événements indésirables associés aux soins, anonymisés et enregistrés dans une base de retour d'expérience gérée par la HAS, et annuellement l'évaluation de leurs pratiques, l'actualisation de leurs connaissances et le perfectionnement de leurs pratiques.

Les déclarations d'EIAS sont analysées par les experts des OA (250 médecins experts répartis dans les 16 organismes des spécialités agréés).

Les EIAS sont définis comme l'ensemble des dysfonctionnements et des erreurs qui impactent négativement le parcours du patient. Ils vont de l'évènement porteur de risque (EPR – qui n'a pas causé de dommage grave au patient) aux évènements indésirables graves (EIG – entraînant une hospitalisation, une invalidité voire le décès du patient).

Depuis la création du dispositif d'accréditation en 2006, près de 140 000 EIAS ont été analysés et enregistrés dans la base de [retour d'expérience du dispositif d'accréditation](#), donnant lieu à de nombreuses productions telles que les [solutions pour la sécurité du patient](#).

L'objectif du dispositif d'accréditation est multiple :

- pour les médecins, la possibilité d'analyser entre pairs des EIAS afin d'en réduire si possible l'occurrence, de contribuer à l'évaluation de leurs pratiques, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et, pour certains d'entre eux, l'amélioration du travail en équipe entre collègues de la même spécialité
- pour les établissements de santé, un outil pour renforcer une dynamique collective de la gestion des risques et co-construire une culture de la sécurité au sein des services
- pour les patients, une diminution du nombre et de la sévérité des EIAS contribuant à des soins plus qualitatifs et à une meilleure prise en compte de l'expérience patient.



L'accréditation est un outil reconnu par la communauté médicale, permettant une évaluation régulière des pratiques sous le pilotage de la HAS. Toutefois, si le dispositif d'accréditation s'adresse à l'ensemble des établissements de santé, secteur public comme privé, la démarche a été essentiellement entreprise par des médecins libéraux (77% des médecins accrédités), pouvant bénéficier, une fois accrédités, d'une aide à la souscription de leur assurance en responsabilité civile professionnelle (RCP) permettant de financer l'activité des OA. En raison de ces modalités de financement, le dispositif d'accréditation s'est peu développé au sein de l'hôpital public, et la mission a démontré que le dispositif est à ce jour peu connu des professionnels de santé et plus largement des acteurs du système de soin. Les évolutions récentes du dispositif, qui visent globalement à améliorer les conditions de financement des organismes agréés pour l'accréditation et qui seront rappelées dans la suite de ce rapport, visent à renforcer la place de l'accréditation dans les établissements de santé et contribuer à la qualité et à la pertinence des soins en améliorant notamment la visibilité du dispositif et son intégration dans les démarches qualité et sécurité pilotées par les établissements de santé.

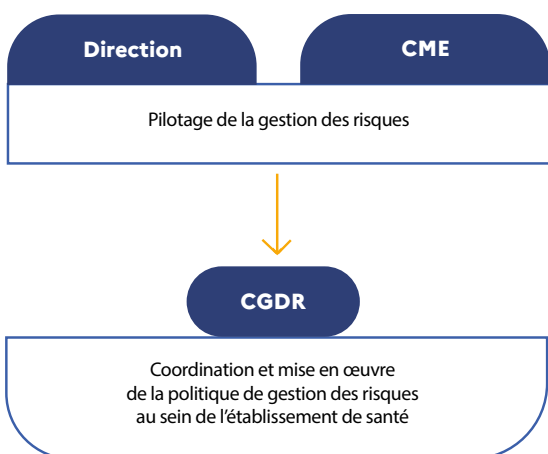
En effet, l'accréditation doit être un outil de promotion et de développement d'une culture sécurité au sein des établissements de santé.

En établissement, la gestion des risques associe la direction de l'établissement et la commission médicale d'établissement, chargés du pilotage stratégique des programmes de prévention et réduction des risques associés aux soins.

Instituée par un [décret de 2010](#), la fonction de coordonnateur de gestion des risques associés aux soins (CGDR) vient en appui de la direction d'établissement pour opérationnaliser la gestion des risques au sein de l'hôpital, en lien avec les équipes de soin notamment.

Au-delà de la politique de gestion des risques au sein des établissements, les groupements hospitaliers de territoire (GHT) participent également à l'élaboration d'une politique concertée de gestion des risques et d'amélioration de la sécurité des soins dans le cadre du parcours patient, au niveau du territoire et en associant l'ensemble des établissements publics de santé associé au GHT.

Chargées de la régulation de l'offre de soins dans les territoires, les agences régionales de santé (ARS) organisent l'appui à la qualité des soins et à la sécurité des patients conformément au [code de la santé publique](#). Elles contribuent donc à l'élaboration, au déploiement et à l'évaluation des politiques de gestion des risques



et d'amélioration de la pertinence, qualité et sécurité des soins au sein des établissements de santé. Elles reçoivent notamment les rapports de certification et les signalements d'évènements indésirables graves (EIG) transmis par les établissements de santé.

Il s'agit donc de rappeler ici la distinction entre déclaration des EIG et déclaration des EIAS. La première est une démarche obligatoire des établissements de santé auprès des ARS dans

le cadre d'une politique de sécurité sanitaire, concernant des évènements indésirables dits « graves » ([décès, mise en jeu du pronostic vital, séquelles définitives](#)). Dans le second cas, la démarche de déclaration des EIAS est volontaire, dans le cadre du dispositif d'accréditation ou d'une politique interne à l'établissement favorisant l'analyse des pratiques et leur évaluation. Elle s'applique à des évènements indésirables de gravité variable, depuis les évènements porteurs de risque et n'ayant pas eu de conséquences pour les patients jusqu'aux évènements graves.

Au niveau régional, les structures régionales d'appui (SRA) animent la politique de gestion des risques et apportent une expertise aux établissements de santé en matière de qualité et sécurité des soins. Elles ont été créées par le [décret de novembre 2016](#) rendant obligatoire la déclaration des évènements indésirables graves associés aux soins (EIGS) dans le but de soutenir, méthodologiquement notamment, les équipes soignantes confrontées aux EIGS qui en font la demande. Hétérogènes tant dans leur forme juridique et leur organisation que dans leur fonctionnement, elles sont regroupées au sein de la fédération des organismes régionaux et territoriaux pour l'amélioration des pratiques et organisations en santé (FORAP).

Le déploiement de l'accréditation au sein des établissements de santé doit donc prendre en compte la diversité des acteurs de la gestion des risques et de la qualité des soins, à la fois au sein des établissements de santé (direction, CME, représentants des soignants), auprès de la communauté médicale (médecins accrédités, organismes agréés), au niveau de la gouvernance régionale (ARS, SRA, FORAP) et enfin auprès des instances nationales (ministère de la santé, HAS).

L'accréditation des médecins de spécialité à risque doit nécessairement s'articuler avec d'autres dispositifs existants relatifs à la qualité et à la pertinence des soins. Il s'agit notamment de la certification des établissements de santé, du développement professionnel continu (DPC) ou encore de la certification périodique à venir des professionnels de santé.

- Depuis 2021, l'accréditation est valorisable dans la [certification](#) des établissements de santé par la HAS. Cette articulation entre les 2 dispositifs s'appuie sur 2 critères : la mise en place d'analyses collectives d'EIAS et la promotion de l'accréditation au sein de l'établissement de santé.
- Le développement professionnel continu (DPC) est une obligation des professionnels de santé à s'engager dans un parcours d'actualisation de leurs connaissances et de leurs compétences, en lien avec le Conseil national professionnel (CNP) de chaque profession. Depuis 2016, l'engagement dans une démarche d'accréditation permet de valider l'obligation de DPC d'un médecin, sous réserve d'un [certificat](#) d'accréditation délivré par la HAS.
- L'ordonnance du 19 juillet 2021 a créé la certification périodique pour 7 professions à ordre, permettant l'accès à un [programme individuel](#) de formation et à la validation de compétences à intervalles réguliers.
- La mise en œuvre effective du dispositif est attendue en 2023, et il est prévu que l'accréditation puisse s'intégrer dans la validation d'une ou de plusieurs actions de la certification périodique pour les spécialités concernées.



La question de l'articulation entre accréditation et les différents dispositifs de valorisation des compétences est détaillée dans le rapport, et des pistes de simplification sont proposées. En effet, l'enjeu du rapport est d'accompagner la généralisation de l'accréditation au sein des établissements de santé, en articulation avec les démarches préexistantes, suite à des évolutions récentes du cadre réglementaire du dispositif.

2. Enjeux et objectifs de la mission

Le dispositif d'accréditation s'est construit depuis 2006 sur la notion de sinistralité, en permettant aux médecins engagés dans la démarche de réduire leur risque assurantiel sous réserve d'un partage et de l'analyse d'EIAS par des pairs, via les organismes agréés, avec pour objectif de d'améliorer les pratiques et d'aboutir à des bonnes pratiques validées par la HAS.

Les médecins accrédités sont en grande majorité issus du secteur libéral, du fait de l'articulation entre accréditation et risque assurantiel, inexistant pour un médecin hospitalier, le risque étant pris en charge par son établissement. Afin de permettre aux OA, non financés jusqu'alors pour les médecins salariés, et de soutenir le déploiement de l'accréditation dans les établissements de santé, le ministère des solidarités et de la santé, en lien avec la HAS et la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM), propose désormais un nouveau mode de financement par l'Assurance maladie des organismes agréés permettant de lever tout obstacle à l'engagement des médecins hospitaliers dans le dispositif d'accréditation.

Ainsi, le [décret du 15 décembre 2021 relatif au financement des organismes agréés](#) complété de l'[arrêté du 28 décembre 2021](#) prévoient désormais un financement par l'Assurance maladie des organismes agréés à hauteur de 500 € annuels pour chaque médecin qui s'engage dans l'accréditation et ce quel que soit son statut.

Les organismes agréés qui en font la demande et qui, pour certains d'entre eux, sont en grande difficulté financière, reçoivent une aide complémentaire pouvant aller jusqu'à 50 000 € annuels pendant 3 ans. Ce financement dit « socle », qui a pour but d'amorcer et pérenniser une activité, fait l'objet d'un suivi spécifique : il y est mis fin quand le nombre des médecins engagés dans l'OA dépasse 100 personnes. La mise en œuvre de ce nouveau mode de financement est réalisé depuis juillet 2022 via la délégation de crédits attendue.

C'est à la suite de la publication de ces textes que la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) a proposé une mission d'accompagnement du déploiement de l'accréditation au sein des établissements de santé dont les enjeux, multiples, peuvent être regroupés en trois grands objectifs :



- redonner du sens au soin dans un dispositif coordonné visant la pertinence, la sécurité et la qualité des soins ;
- faire de l'usager un co-acteur de la pertinence et de la sécurité de ses soins, et à ce titre un partenaire dans le dispositif d'accréditation ;
- encourager la formation initiale et continue des professionnels de santé à la culture de la sécurité des soins.

Afin de mener à bien la mission proposée, un groupe projet a été constitué début janvier 2022. Composé de représentants des usagers et de professionnels du système de santé et complété par des référents de la Direction générale de l'offre de soins et de la Haute autorité de santé sous l'égide du docteur Bertrand

Millat, Professeur émérite au CHU de Montpellier, ce groupe projet s'est réuni tout au long du premier semestre 2022 pour proposer un plan d'actions susceptibles d'accompagner et favoriser le déploiement de l'accréditation.

ÉQUIPE PROJET DE LA MISSION

Nom	Fonctions
Pr Bertrand MILLAT	Professeur émérite (chirurgie), CHU de Montpellier
Pr Philippe MICHEL	PU-PH de santé publique et directeur de l'organisation, de la qualité, des risques et des relations avec les usagers des hospices civils de Lyon
Dr Sylvia BENZAKEN	Praticien hospitalier, CHU de Nice, coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins, présidente de l'IRAPS PACA, référente médicale PACA Est SRA PASQUAL
Thomas LE LUDEC	Directeur général du CHU de Montpellier
Emilie PRIN-LOMBARDO	Directrice amélioration continue qualité sécurité des soins & relations usagers (DACQSS-RU), CHU de Montpellier
Claude RAMBAUD	1 ^{ère} vice-présidente / secrétaire de France Assos Santé
Dr Jean-Marie WOEHL	Président de la CMG – GHT Centre Alsace
Thomas BOTREL	Interne en anesthésie-réanimation à l'AP-HP
Hélène VIGNEAU	Infirmière, cadre supérieur de santé
Dr Laetitia MAY-MICHELANGELI	Cheffe du service « Évaluation et outils pour la qualité et la sécurité des soins », HAS
Anne VITOUX	Cheffe de mission « Qualité et pertinence », DGOS
Caroline BIZET	Cheffe de projet « Mission qualité et pertinence », DGOS
Pr Olivier LYON-CAEN	Conseiller de la Direction générale de l'offre de soins
Dr Julien CARRICABURU	Chef de projet auprès de la Direction générale de l'offre de soins
Jessica MICHEL	Chargée de mission auprès de la Direction générale de l'offre de soins, coordinatrice de la mission

Au cours des 6 derniers mois, la mission a auditionné 35 acteurs du système de santé, dont la liste est disponible en annexe n°2.

Au terme de ces travaux, le présent rapport propose une série de préconisations pour accompagner la généralisation de l'accréditation au sein des établissements de santé, et contribuer à une meilleure acculturation des professionnels de soin à la sécurité des soins.

Le rapport rappelle tout d'abord l'impérieuse nécessité du « sens du soin » et du développement d'une compétence collective en matière de pertinence, de qualité, et de sécurité des soins (I), avant de présenter des propositions pour mieux répondre aux attentes des usagers (II).

Puis, la mission propose de repenser la formation des futurs médecins, en partant de l'existant, pour proposer quelques pistes d'amélioration de l'acculturation à la gestion des risques et à la sécurité des soins (III).

Le quatrième chapitre pose l'enjeu d'une gouvernance hospitalière dédiée à la gestion des risques, plus médicalisée, en articulation avec les différents dispositifs de sécurité des soins où l'accréditation doit trouver toute sa place. Il promeut également la territorialisation de la gestion des risques pour mieux accompagner les usagers et répondre aux enjeux de qualité des soins dans une approche de parcours de soin (IV).

Par la suite, le rapport développe plusieurs propositions d'incitatifs, financiers ou non, pour assurer le déploiement de l'accréditation au sein de l'hôpital (V).

Le dernier chapitre, plus prospectif, soulève la question de l'évolution du périmètre de l'accréditation, tant sur les spécialités concernées que sur les professionnels engagés, en lien avec les évolutions récentes et en tenant compte des contraintes financières et administratives à surmonter dans les prochaines années afin d'aboutir à un outil pleinement adapté aux enjeux de sécurité des soins et de gestion des risques.

À travers ces 6 chantiers, le rapport émet 31 préconisations pour accompagner la généralisation de l'accréditation dans les établissements de santé et contribuer à développer une culture de la sécurité des soins au sein des établissements de santé.

I. RENFORCER LE SENS DU SOIN, LA QUALITÉ DE VIE AU TRAVAIL ET LA SOLIDARITÉ AU RÉSULTAT



1.1 La qualité, la pertinence et la sécurité comme « sens de soin » s

La longue quête du financement qui permet aujourd'hui le déploiement dans les établissements de santé de l'accréditation des médecins exerçant des spécialités « à risques » ne supposait pas qu'au moment de son entrée en vigueur, elle s'adresse à des professionnels en profond désarroi ayant perdu, disent-ils, « le sens du soin », au nom de l'incapacité à prendre en charge correctement des malades faute de temps ou de moyens. Il en va bien sûr de la cohérence de ce rapport de ne pas chercher à aborder des sujets qui, bien que présumés liés à la situation présente comme par exemple le mode de financement des établissements de santé, sortent en première analyse du champ de ses préconisations attendues. Les conséquences de certains effets pervers dudit mode pourraient cependant être analysées comme d'authentiques événements indésirables sans sortir de notre sujet : volumétrie et pertinence des actes, durées de séjour et ré-hospitalisations pour n'en citer que deux exemples. Il ne sera pour autant question ici que de la convergence entre les objectifs que le déploiement hospitalier de l'accréditation est légitimement en droit de se donner et cette notion de la « perte de sens du soin » qui revient trop souvent dans les revendications pour qu'on puisse négliger la souffrance dont elle témoigne. Chaque événement indésirable qui péjore un parcours de soins n'est pas seulement une histoire plus ou moins triste, douloureuse pour le patient mais aussi pour l'équipe soignante, c'est aussi un incitatif à regarder collectivement la façon de travailler qui l'a rendu possible. Quel sens faut-il donner au mot « soin » ?

Qu'est-ce qui donne du sens à l'activité de soigner ? Témoigner d'une souffrance liée à la perte du « sens » du soin incite à retrouver la boussole de ce qui est fait et de l'évaluation de comment cela a été fait. On ne peut améliorer que ce que l'on mesure. L'estime de soi a besoin de repères.

Même si nombre de considérations sur la « perte de sens du soin » concernent ou pourraient s'appliquer à tous les membres d'une équipe soignante, le dispositif de l'accréditation est spécifique à certaines spécialités médicales. Les lignes qui suivent s'efforceront donc de faire succinctement l'analyse de cette perte de sens pour les médecins et de démontrer en quoi les valeurs et comportements portés par le dispositif dit « d'accréditation », bien loin d'être une exigence supplémentaire qui viendrait aggraver le mal-être ambiant, pourraient en vérité, parce qu'ils concentrent l'attention sur le parcours de soins et ses résultats, en constituer le remède. Cependant, même si par nature il cible les médecins, l'enjeu collectif et pluriprofessionnel du déploiement de l'accréditation n'échappe à personne.



Une ultime réflexion évoquera les conséquences du dévoiement du « temps », celui qui manque pour l'écoute et l'échange, pour l'accompagnement et la formation, pour l'analyse collective et la sécurité des soins. Le « sens du soin » a besoin de temps.

— Une brève analyse de la perte du sens des soins

L'accréditation des médecins telle que l'a créée la loi est une démarche volontaire réalisée individuellement ou en équipe médicale qui associe le signalement des événements indésirables associés aux soins et qui seraient évitables, l'actualisation régulière des connaissances et l'évaluation des pratiques. Ce volontariat doit être respecté car, en faisant de la démarche d'accréditation l'expression d'un besoin professionnel, il permet de la distinguer de l'état d'esprit qui caractériserait la réponse à des obligations réglementaires qui auraient le même objectif. L'accréditation est une méthode de validation du développement professionnel continu (DPC) et son évolution devrait lui permettre de contribuer fortement à la future obligation de certification périodique des professionnels.

Privilégier une démarche volontaire plutôt que des obligations réglementaires pour accompagner l'évolution du métier médical est une forme d'estime et de considération reconnues au « sens des soins » des praticiens.

La recherche des « causes » qui favorisent la perte de sens du soin peut servir à privilégier dans la démarche d'accréditation les actions qui seraient en mesure d'y remédier. Même si certaines d'entre elles peuvent être communes aux médecins d'une spécialité ou même entre spécialités, il est probablement plus utile et réaliste de la considérer comme la souffrance d'un individu que comme une « maladie » générale. Épuisement professionnel et perte de l'estime de soi sont des conditions individuelles.

- Le métier ne peut perdre que le sens qu'on lui a donné au préalable. Chaque médecin s'en est fait une représentation sur laquelle il a voulu se construire et le constat plus ou moins douloureux de l'échec est celui d'un non accomplissement, d'une frustration ou d'une dévalorisation. Le référentiel de la certification périodique identifie à juste titre le sujet de la santé physique et psychique du médecin et la vigilance et lucidité avec lesquelles elle ou il en a le souci. Plusieurs paramètres individuels peuvent influencer cette perte de sens indépendamment de tout autre facteur : histoire personnelle médicale notamment, état de santé actuel et traitements suivis, âge, situation personnelle familiale et sociale, capacité à s'exprimer sur soi-même et à communiquer, profil de personnalité.
- Le métier ne peut perdre le sens qu'on ne veut pas lui donner. La pratique du soin s'oriente aujourd'hui vers davantage de formalisation. Revendiquer une autonomie de décision irrespectueuse des règles et protocoles, des tâches à accomplir et des compétences nécessaires pour leur réalisation est incompatible avec une revendication sur le sens du soin. Le paradigme du professionnalisme a évolué en faveur de la compétence collective et la qualité de l'équipe soignante donne le « sens-direction » aux soins.



- Le sens du soin signifie accepter de se remettre en cause et de solliciter une aide ou supervision si l'on juge que l'on n'a pas le niveau de connaissance et d'expérience nécessaire pour prendre en charge une situation donnée.

C'est aussi avoir conscience de et reconnaître son inaptitude à prendre en charge un patient en raison de facteurs de stress physique ou psychologique personnels impossibles à contrôler.



- Le sens du soin, c'est se demander si la qualité de l'équipe soignante permet une communication efficace, autorise l'expression des désaccords ou des préoccupations et communique de façon authentique et transparente vers le patient et son entourage. Chaque professionnel est membre d'une unité, d'une équipe, et plus largement de l'hôpital. La façon dont il y travaille est influencée par les autres membres de l'équipe et par la façon dont ils communiquent entre eux, partagent les informations, s'assistent, s'organisent et se contrôlent. La qualité de la relation thérapeutique entre une équipe et un patient influence la qualité et la sécurité des soins. Le sens du soin vers lequel il faut tendre est celui qui serait porté par une équipe d'acteurs « équivalents », formés ensemble pour travailler ensemble, et dont la communication en termes de sécurité ne serait pas hiérarchisée.
- Le sens du soin, c'est savoir accompagner et superviser tout nouvel arrivant dans le secteur d'activité de l'équipe afin de lui faciliter la prise d'exercice de sa fonction. C'est respecter pour soi-même et pour tous les membres de l'équipe le besoin d'actualisation continue des connaissances.
- Avoir le sens du soin, c'est reconnaître la sécurité et la gestion des risques comme des objectifs prioritaires et participer à la sensibilisation et à l'implication de tous les professionnels de l'équipe dans les démarches de sécurité des soins. C'est contribuer à la mise en place d'une culture non punitive de signalement et de retour d'expérience concernant les événements indésirables.

■ Qualité, pertinence et sécurité donnent leurs sens aux soins

Qualité

Selon l'[Organisation mondiale de la santé \(OMS\)](#), la qualité des soins doit garantir à chaque patient des actes diagnostiques et thérapeutiques assurant le meilleur résultat en termes de santé (efficacité), conformément à l'état actuel de la science médicale (pertinence) au meilleur coût (efficience) pour le meilleur résultat, au moindre risque iatrogène (sécurité) et pour sa plus grande satisfaction en terme de procédure, de résultat et de contacts humains à l'intérieur du système de soins¹. La pertinence et la sécurité d'un soin sont des prérequis à sa qualité.

Le sens du soin impose de se donner les moyens de rendre compte de la qualité des résultats ce qui comporte des exigences de traçabilité et d'exhaustivité.

Évaluer ses résultats permet d'informer les patients en toute transparence et honnêteté.

En termes de résultats et risques encourus, les patients attendent une information concernant le praticien qu'ils consultent, l'équipe et le lieu où ils seront pris en charge.

La qualité d'un résultat se mesure à l'échelle du parcours global de soin. Tout segment, quelle que soit la complexité du parcours, peut impacter négativement la perception globale qu'en aura eu le patient. Cela engage la qualité de la coordination au sein de l'équipe hospitalière mais aussi la capacité de ladite équipe à anticiper les conditions de la sortie et du séjour post hospitalier. C'est dans cette capacité à situer l'attente de qualité du patient au-delà de la seule performance clinique que se définit la valeur ajoutée du « prendre soin ».

Pertinence

Selon la HAS², la pertinence d'un soin à visée diagnostique ou thérapeutique (médicament, dispositif médical, intervention chirurgicale), se définit comme la bonne intervention de santé, au bon moment, au bon endroit, pour le bon patient. Un soin est dit pertinent lorsqu'il est en adéquation avec les besoins du patient et approprié dans son indication. Les risques associés à un acte non pertinent peuvent être considérés comme infinis puisque le patient n'en reçoit aucun bénéfice. Bien faire ne suffit pas, encore faut-il faire à bon escient.

Les manquements à la pertinence sont de 3 ordres et chacun comporte une exposition aux risques qui lui est propre. Tout acte ou toute circonstance ayant entraîné un événement indésirable doit être analysé au regard de sa pertinence. La non pertinence qui fait souvent l'objet du plus d'attention, est l'excès (over-use). L'excès comporte des risques directs quand il s'agit d'un acte invasif et expose au sur-diagnostic comme à des pratiques inutiles quand il s'agit de la prescription d'un examen diagnostique injustifié. Le second manquement à la pertinence est le mauvais usage (misuse), par exemple ne pas utiliser l'examen recommandé comme le plus performant et de ce fait manquer un diagnostic utile. La troisième façon de manquer de pertinence est, ce qui est souvent moins objet d'attention, la sous-utilisation (underuse) dont les conséquences sont les retards de prise en charge diagnostiques et thérapeutiques qui peuvent être dramatiques. La sous-utilisation est fortement liée aux inégalités sociales d'accès aux soins.

Sur-diagnostic et retard diagnostique sont d'authentiques événements indésirables qui doivent être signalés comme tels et analysés. La pertinence d'une décision de soin est menacée en permanence par différents paramètres interdépendants : le nombre de variables qu'il conviendrait de traiter dans un temps contraint et les capacités cognitives concernant les solutions de rechange disponibles pour n'en citer que deux. L'influence du patient lui-même doit être prise en considération, notamment quand il tend à interpréter une abstention thérapeutique pertinente comme un rationnement injuste.

Le fait que la tarification dite à l'activité soit accusée de contribuer à la perte du sens des soins oblige, même succinctement, à en parler ici. Le mode de financement peut impacter négativement la pertinence des actes par la sélection des patients et des actes au regard de critères tarifaires.

L'intérêt financier n'est pas la seule justification que l'on peut trouver à une forte activité. La volumétrie d'activité est un outil de visibilité au sein de la communauté professionnelle, une donnée prise en considération par les administrations hospitalières mais aussi universitaires et un sujet de compétition concurrentielle entre professionnels. Assurément, la pertinence est l'un des critères les plus puissants capable de donner leur sens aux soins, mais elle est probablement aussi l'un des plus fragiles.

Sécurité

Primum non nocere (« En premier, ne pas nuire »). La sécurité est ce qui est mis en œuvre pour garantir aux patients l'absence d'atteinte inutile ou potentielle associée aux soins qui leur sont donnés. Les événements, non liés à l'évolution naturelle de la maladie, qui écartent le processus de soins des résultats escomptés ou des attentes du patient et le menacent dans sa santé sont des événements indésirables associés aux soins (EIAS). Entraîner un dommage au patient du fait d'une violation délibérée de la règle de sécurité est une faute coupable, cependant la majorité des EIAS ne sont évidemment pas la conséquence d'actions délibérées des professionnels mais plutôt la conséquence d'un système de soins ambitieux et complexe et d'un enchaînement de dysfonctionnements. Lorsque de très nombreux professionnels de santé sont impliqués, il est difficile de garantir des soins sans risques. L'hyperspécialisation est cause d'une fragmentation des parcours des patients qui favorise davantage la performance technique individuelle que la compétence collective. L'erreur fait partie des EIAS parce qu'elle est humaine. Quand le risque d'EIAS est inhérent à l'activité médicale il faut intégrer dans la définition de la sécurité l'intelligence collective de l'équipe, seule en mesure de gérer les perturbations et aléas des parcours des patients, d'optimiser leur détection précoce et leur récupération, idéalement avant qu'ils n'aient entraîné un dommage et quand cela n'a pas été possible d'en atténuer les conséquences. C'est dans cette acception du terme que la sécurité donne du sens aux soins.

Selon 3 enquêtes nationales (ENEIS 2004, 2009, 2019), plus de la moitié des événements recensés et analysés seraient évitables, c'est-à-dire ne seraient pas survenus « si les soins avaient été conformes à la [prise en charge considérée comme satisfaisante](#) ». Les EIAS sont la cause directe ou indirecte de 5% des hospitalisations (20% pour les patients de plus de 80 ans). 10% des patients hospitalisés ont un événement indésirable au cours de leur séjour.

Concernant les soins au domicile et sur la base d'études faites au Canada notamment, on estime de 3,5 à 15% la [proportion de patients qui ont au moins un EIAS au cours des prises en charge au domicile](#).

L'investissement en matière de « sécurité patient » ne doit pas être exclusivement hospitalo-centré : la sécurité des soins, c'est la sécurité de tout le parcours de soin.

Sens du soin et erreur apprenante

Toute erreur qui n'est pas déclarée, analysée et comprise se reproduira. Donner du sens aux soins, c'est prendre en compte les erreurs en assurant aux déclarations d'EIAS confidentialité et non punition.

L'analyse collective de l'événement et l'action projetée pour éviter que l'erreur, si erreur il y a, ne se reproduise, participe au sens des soins. Analyser un EIAS ou une erreur ne doit pas conduire à stigmatiser un coupable mais à s'interroger sur la façon dont l'équipe travaille. Vivre au quotidien dans la dissimulation et sous la menace chaque jour d'un peu plus d'insécurité est délétère à la qualité de vie au travail. L'absence de culture de sécurité est l'une des causes organisationnelles de la perte de sens des soins.

La souffrance que l'on entend est en partie celle de la tolérance des violations de règles et procédures et des tâches déléguées sans supervision parce que l'on n'est pas assez nombreux. Reprendre la main sur une culture de la sécurité donne du sens aux soins. Chaque soignant peut avoir une définition de la qualité qui tient en grande partie à l'image qu'elle ou il se fait de son exercice. Si la vision qu'il a de son métier est mise dans l'impossibilité de s'exprimer dans la façon dont on lui demande de l'exercer, alors il exprime sa déception et frustration. L'une des responsabilités du management de proximité est de suivre le décalage potentiel entre ce qui est demandé à l'exercice professionnel et la représentation que se font les soignants de leur métier. Il peut s'agir d'une inquiétude si la tâche demandée implique un glissement de compétence. Il peut s'agir d'un sentiment de dévalorisation si la tâche demandée va a contrario des ambitions et capacités.

Le sens du temps

Combien de fois entend-on en réponse à un questionnement sur le non-respect d'exigences de sécurité : « on n'a pas le temps » ? Comment faire comprendre à des professionnels qui, en conscience et face à ce qu'ils ont considéré comme une nécessité, ont fait un choix discutable en termes de sécurité, que le temps qu'il faut prendre comme priorité est celui de la sécurité et que privilégier la sécurité gagne du temps ?

La check-list « sécurité du patient au bloc opératoire » comporte [3 phases successives](#), avant induction anesthésique, avant intervention chirurgicale et après intervention. Chacune d'entre elles est dénommée « temps de pause » : on fait un pas de côté, on arrête « le temps » de l'activité au profit du temps de la sécurité.

Ce « time-out », à condition qu'il soit respecté et compris, permet de réduire la morbidité et la mortalité des actes chirurgicaux.

La check-list ne doit pas être vécue comme une « obligation réglementaire » au bloc opératoire. On aimerait qu'elles soient mises en œuvre de façon systématique et sincère et perçues comme un besoin. Ces check-lists ou « temps de pause sécurité » pourraient, pour le plus grand bénéfice de la sécurité des patients, se diffuser hors du bloc opératoire et contribuer à donner au temps une autre valeur que celle, chronométrée, qui mesure

et rythme une production de soins qui, à force d'enchaînements et de pressions de toutes sortes, ont perdu ce qui en faisait le sens. Les relations entre le temps, la sécurité et le sens du soin pourraient justifier un long développement qui n'a pas sa place ici. Cependant, ce qui n'est pas hors de propos avec le déploiement de l'accréditation et l'implication que l'on attend des médecins accrédités pour une diffusion de la culture sécurité, pourrait se traduire pratiquement par une pédagogie des « temps de pause » hors bloc opératoire en faveur de la sécurité des soins, de l'écoute des patients, des échanges entre soignants (transmissions entre équipes) et de l'accompagnement de tous les personnels en formation. La revendication qui souhaiterait redonner à l'activité médicale et soignante le temps qui aurait été dévoyé aux dépens d'autres tâches paperassières notamment, est forte et doit être entendue. Ce dont il est question ici serait de donner à la sécurité des soins chacune des minutes regagnées.

Regagner du temps pour le soin et la sécurité peut nécessiter une réflexion en équipe sur la pertinence de certains actes devenus « mécaniques » et routiniers, sur l'ergonomie et l'organisation des lieux de travail, sur les conséquences néfastes et chronophages d'activités individualistes, de procédures non ou mal modélisées, de formation défailtantes ou inexistantes et surtout de la faiblesse ou absence des moments de partage entre membres de l'équipe. Regagner du temps pour le soin et sa sécurité n'est pas une démarche individuelle. La gestion du temps est une variable qui doit se définir en équipe avec le souci premier que le temps que chacun se donne ou s'arrogé a nécessairement un impact sur le temps des autres. Une gestion du temps de l'équipe construite sur des bases hiérarchisées entre les acteurs a de forts risques de conduire à des conflits et à de la non-sécurité. La gestion du temps au nom de la sécurité et de la qualité est un travail d'équipe. Il faut refuser la fatalité qui voudrait que la performance attendue des soignants en termes d'activité impose les risques associés aux soins, c'est à ce prix qu'on leur redonnera le sens qu'ils auraient perdu.

Le malaise hospitalier qui s'exprime dans le concept d'une « perte de sens » ou « d'un épuisement professionnel » va assurément au-delà d'une situation conjoncturelle qui serait due à l'événement pandémique. Les valeurs portées par le dispositif de l'accréditation des médecins : sécurité et sens des soins, formations ensemble, compétence collective de l'équipe, pourraient contribuer à la refondation structurelle dont l'hôpital a besoin.

1.2 La qualité de vie au travail

L'accréditation des disciplines à risques s'est construite en 2006 sur le signalement des EIAS, l'analyse entre le professionnel et un expert formé dédié de la discipline au sein de l'organisme agréé et les propositions d'amélioration ou de moyens de prévention pour que les EIAS signalés ne se reproduisent pas.

Cette démarche initiée par le risque assurantiel n'a jusque-là pas pris en compte d'une part l'impact délétère sur les professionnels de la sinistralité et d'autre part le rôle favorable de la démarche dans la qualité de vie au travail.

Le déploiement de l'accréditation à l'hôpital, en plus de permettre le signalement et la gestion des EIAS associés à cet exercice hospitalier peut, sous certaines conditions, participer à une amélioration du bien-être au travail, facteur de fidélisation et d'attractivité.

— Avoir une démarche pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle permet d'aboutir à un plan de réduction de risque pertinent

Selon le [rapport annuel sur l'accréditation](#), près de 140 000 EIAS ont été déclarés à ce jour par des praticiens engagés dans l'accréditation ou accrédités, majoritairement issus du secteur libéral. Pour obtenir une représentation fidèle des risques, les EIAS signalés doivent correspondre à tous les modes de prise en charge et notamment à l'exercice hospitalier.

Le parcours intra hospitalier est souvent multidisciplinaire, qu'il s'agisse de séjours multi-unités ou au sein d'une même unité lorsqu'il est fait appel à consultation d'autres spécialistes, qu'il s'agisse du parcours depuis une admission aux urgences vers un service d'hospitalisation ou de celui du service d'hospitalisation du malade vers les plateaux techniques.

La prise en charge est toujours pluriprofessionnelle avec l'intervention des différents professionnels paramédicaux (infirmiers, kinés, diététiciens) et non médicaux (assistantes sociales, etc.)

L'accélération des prises en charge et les interfaces multiples entre acteurs dans un temps contraint exposent à des points de rupture donc à des risques d'EIAS.

L'analyse des évènements indésirables et le retour d'expériences impliquant l'ensemble de ces acteurs du soin, et à l'avenir également les patients et leurs proches, est le seul moyen de définir des plans d'action de prévention, récupération et atténuation permettant la réduction des risques propres à la prise en charge hospitalière.

— Avoir une démarche pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle permet d'aboutir à une vision partagée de réduction des risques.

Les bénéfices de l'analyse collective et d'une vision partagée des solutions de réduction des risques sur les professionnels sont connus :

- Ils augmentent l'appropriation des actions et leur mise en œuvre
- Ils apportent un bénéfice à tous les acteurs en « dédramatisant » les évènements indésirables
- Ils facilitent la transparence
- Ils fédèrent les acteurs.



— L'intégration des approches individuelles et collectives d'accréditation est un enjeu pour le travail en équipe, donc pour la qualité de vie au travail

La qualité de vie au travail est éminemment liée à la [perception par les professionnels qu'ils font partie d'une équipe](#).

Bien que conçu comme volontaire et individuel à l'origine, le dispositif d'accréditation dans les démarches de gestion des risques en établissement de santé ne peut s'exonérer de ces bénéfices : même en cas d'engagement individuel, l'établissement doit pouvoir faire le lien avec la notion d'équipe (voir I-3).

On peut aussi au travers de l'accréditation intervenir sur les facteurs qui font des équipes de véritables « équipages » au service des soins et des patients, reconnaissant les acteurs individuellement et collectivement en créant la confiance et le partage. Au-delà de son impact sur la sécurité des soins, l'accréditation en favorisant une analyse bienveillante et partagée donne aux professionnels une vision claire de leur rôle et de leurs interactions et contribue de ce fait à leur qualité de vie au travail. La double dimension prévention des risques et amélioration des relations/coopérations dans l'équipe de soins doit se retrouver dans l'accréditation.

■ **L'apport des organismes agréés est également un enjeu pour le travail en équipe**

Cette intégration apportera d'autres bénéfices : grâce au dispositif des organismes agréés, certes extérieurs à l'établissement mais légitimés par le fait qu'ils représentent le dialogue entre professionnels d'une même spécialité, les recommandations ou « solutions sécurité patients » produites par le dispositif dans chacun des secteurs seront plus largement chaque médecin diffusées.

L'étude des facteurs humains en santé a montré le lien entre bien être des professionnels et sécurité des soins. Au sein de son organisme agréé, chaque médecin doit trouver une ambiance propice au dialogue et au partage des connaissances utiles à la gestion des risques et à la sécurité des soins. Il entre dans les responsabilités des OA d'accompagner les médecins accrédités dans le rôle que l'on attend d'eux vis-à-vis de la culture sécurité de l'équipe (ou des équipes) au sein de laquelle elles/ils travaillent et dans la mise en place effective et sereine d'une analyse des EIAS partagée entre OA et direction qualité de l'établissement où ils exercent. La réalité et l'authenticité de l'analyse systémique des EIAS en dépend.

■ **La reconnaissance de tous les acteurs des parcours de soins est majeure pour une meilleure QVT, attractivité et fidélisation**

L'accréditation offre une visibilité à la fois individuelle et collective.

Ce dernier élément peut être pour l'hôpital, un facteur clé d'attractivité car le déploiement de l'accréditation offre au-delà de la gestion des risques un potentiel d'amélioration du sens du travail pour tous, mais aussi la souhaitable médicalisation (médecins et soignants) de la gestion des risques. En identifiant et en diffusant avec les experts des OA, les points à améliorer dans les organisations, les compétences à acquérir à l'échelon individuel ou collectif, l'accréditation permet de réassurer les professionnels sur la reconnaissance de leurs tâches respectives et de leur implication dans le parcours du patient.

On ne parle pas de boîte à outils mais de valeurs et de sens pour l'hôpital, pour ceux qui y travaillent et pour ceux qui y sont soignés.

L'accréditation contribue à réduire la sinistralité des pratiques de soins et réduire la sinistralité améliore la qualité de vie au travail.

I.3 La valorisation du travail en équipe pour redonner du sens au soin

— L'équipe, la valeur professionnelle du 21^{ème} siècle

De nombreuses publications nord-américaines au début du 21^{ème} siècle ont mis sous les projecteurs les problèmes majeurs de qualité des soins et de sécurité des patients dans les hôpitaux nord-américains. Les publications françaises et notamment les [enquêtes ENEIS](#) ont montré ensuite que nos établissements étaient confrontés aux mêmes problèmes. La base de retour d'expérience de l'accréditation (près de 140 000 événements indésirables déclarés et analysés) montre clairement que dans les causes profondes qui contribuent à la survenue d'un événement indésirables associés aux soins (EIAS), les facteurs liés à l'équipe font partie des [3 premiers facteurs cités](#), à égalité avec les facteurs liés aux patients et ceux liés aux tâches à accomplir. Au sein des facteurs liés à l'équipe, c'est la communication entre professionnels qui est la défaillance la plus souvent mentionnée.

Pourquoi le travail en équipe est-il si important ?

- Tout d'abord, parce que la médecine devient de plus en plus complexe et nécessite l'association de différentes compétences et ce d'autant plus que les pathologies deviennent chroniques et que les patients sont souvent porteurs de comorbidités, nécessitant des approches pluridisciplinaires
- Ensuite, parce que l'amélioration du travail en équipe a démontré son efficacité en matière d'amélioration des prises en charge et de la sécurité des patients
- Enfin, parce qu'il apparait que le travail en équipe efficace améliore le bien-être au travail et diminue le risque d'épuisement professionnel avec la notion de résilience des professionnels et des équipes.

La notion de travail en équipe est évidente tant l'objectif est de passer d'un acte bien fait par chacun de façon individuelle à un objectif de prise en charge réussie et solidaire entre acteurs. À quoi bon réaliser un acte parfait s'il peut être gâché par celui qui aura en charge ensuite le même patient dans la chaîne de soins, que ce soit par défaut de coordination, de moyens ou de technicité ? Cela vaut à l'intérieur de l'établissement de soins comme à l'extérieur.

Le raccourcissement important des durées de séjour, le virage ambulatoire et la coordination des prises en charge obligent à repenser le travail en équipes plurielles et diversifiées et à appréhender la sécurité comme le résultat d'un parcours clinique global reposant sur des équipes et non comme une somme de sécurités indépendantes liées à chaque acte. La sécurité des interfaces devient une priorité majeure du système en intra-hospitalier comme en extrahospitalier.

Le mot-clé est « parcours de soins » et la qualité de ce chemin clinique est intimement liée à la qualité du travail en équipe.



QUELLE EST LA DEFINITION D'UNE ÉQUIPE ?

Une équipe est caractérisée dans la littérature par 7 principaux traits :

1. elle est composée de deux membres au minimum
2. chaque membre a un rôle précis, une tâche bien définie, une fonction hiérarchique ou fonctionnelle, une responsabilité propre
3. chaque membre a le besoin (et la nécessité) de se coordonner aux autres membres pour réaliser son propre travail et des décisions concertées doivent être prises régulièrement
4. le travail de groupe exige des compétences et des habiletés particulières de chacun (techniques et non techniques), qui sont supposées être maîtrisées
5. la progression vers des objectifs communs, connus et acceptés (et en particulier le résultat pour les patients) impose des points de collaboration et de concertation obligatoires entre membres
6. l'équipe fait elle-même partie d'une structure superordonnée, groupe et système, qui lui donne des directives – pour les médecins, il s'agit bien sûr de l'hôpital et au-delà, ARS et Ministère
7. l'équipe et tous ses membres ont toujours un devoir d'amélioration continue du service rendu au patient. Cette amélioration continue suppose un constat partagé de l'analyse des points faibles de l'équipe (notion d'évaluation continue), une volonté d'amélioration et une écoute également partagées des dysfonctionnements et événements survenant dans le travail.

— L'équipe, le meilleur levier pour améliorer qualité et sécurité des soins en établissement

Les établissements de santé, et notamment les secteurs d'activité à risques, sont des systèmes complexes (multiplicité des pathologies, des actes et des parcours de soins, gestion de l'innovation, nombreux aspects humains, techniques et organisationnels associés) nécessitant de fortes capacités d'adaptation.

Une majorité des événements indésirables associés aux soins a comme facteurs contributifs des défauts d'organisation, de vérification, de coordination, de communication, liés à un manque de culture commune de sécurité et de travail en équipe. Les équipes sur le terrain sont assurément le meilleur niveau d'attaque de ces problématiques qui leur sont souvent propres. Le nouveau manuel de certification des établissements de santé pour la qualité des soins ne s'y est pas trompé puisqu'il consacre au travail en équipe pas moins de [63 critères](#).

Rien que ce constat doit nous faire prendre conscience que l'équipe est le meilleur lieu pour analyser collectivement les événements indésirables associés aux soins.

Le but n'est pas de chercher un coupable mais au contraire de regarder ce qui s'est passé factuellement, sous tous les angles, pour chercher des solutions afin que cela ne se reproduise pas. On le sait, un événement survient toujours à cause d'une suite de dysfonctionnements. Cependant, il ne faut pas se tromper : le seul fait de se réunir ne signifie pas nécessairement travailler efficacement en équipe.

Ainsi, pour améliorer la qualité de la prise en charge quotidienne des patients, pragmatisme d'équipe et objectifs concrets sont les maîtres-mots : l'équipe locale qui connaît son propre terrain clinique peut faire un diagnostic de départ, établir des objectifs de progrès précis même limités auxquels elle se confrontera pour s'évaluer. Pour cela, chacun a sa place : les directions qualité et gestion des risques qui apportent la méthodologie et le soutien logistiques aux professionnels, et les équipes de soins qui se confrontent à la réalité de terrain et déterminent ce qui fait sens pour eux et leurs patients. In fine, la bonne coopération entre département qualité et équipe de soins permettra d'articuler les démarches portées par les équipes avec le programme d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques de l'établissement.

DE QUELLE ÉQUIPE PARLE-T-ON ?

On décrit au moins 2 acceptations du terme équipe :

1. On peut lire le périmètre de façon « classique » en parlant de service ; dans ce cas, on inclura tout ou partie des professionnels d'un service - par exemple la réanimation, le bloc obstétrique ou l'unité de cardiologie interventionnelle...
2. On peut aussi le lire de façon plus « transversale » en parlant de parcours ; dans ce cas, on inclura tout ou partie des professionnels qui interviennent et assurent la sécurité de ce parcours, par exemple celui de la chirurgie ambulatoire ou de la prise en charge d'une greffe hépatique. Cette seconde ligne de définition est compatible avec une notion d'équipe dont les membres ne sont pas dans une même unité de lieu et de temps, mais pour autant solidaires de la prise en charge d'un parcours de soins réussi.

En fait, les médecins passent leur journée à passer d'une équipe dans une autre – par exemple, un chirurgien travaille le matin avec l'équipe multi professionnelle du bloc opératoire, fait la visite en fin de matinée/début après -midi avec celle du service, et l'après-midi, consulte avec l'équipe de la consultation, puis peut terminer la journée en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) avec les collègues des autres disciplines, quand il n'est pas amené à prendre en charge le soir, un patient avec l'équipe des urgences...

Et toutes les équipes ne sont pas les mêmes : de celles indépendantes à celles interdépendantes, de celles très stables à celles très dynamiques (s'auto-composant sur un cas précis et ponctuel), de celles aux tâches tout à fait routinières à celles aux activités complètement imprévisibles, de celles localisées

sur un site à celles dispersées dans l'établissement, de celles où tous les membres ont une expertise commune à celles où les compétences sont uniques et réparties au sein de l'équipe...

— L'équipe, le vecteur naturel du programme d'accréditation à l'hôpital

La HAS a initialement développé un programme d'accréditation individuel des médecins des spécialités à risques pour, entre autres, résoudre le problème de la crise assurantielle qui a frappé dans les années 2000, les spécialistes interventionnels du secteur privé.

Ce programme bien rodé a fait ses preuves en matière notamment de gestion des risques. Il est tout naturellement amené à se développer dans le secteur hospitalier et en particulier universitaire, ne serait-ce que pour former les futures générations de professionnels à la culture sécurité et leur apprendre outre les compétences techniques (le cœur de leur métier), les compétences non-techniques aussi importantes pour la qualité des soins et la sécurité des patients.

Il s'agit de leadership, d'objectifs partagés, de communication structurée, de concertation, de collaboration, de confiance, d'entraide, d'alertes et aussi de gestion des conflits.

Le travail en équipe étant consubstantiel au travail à l'hôpital, la HAS a fait évoluer l'accréditation vers un **nouveau programme d'accréditation en équipe** dont les principales caractéristiques sont :

- un programme en équipe aujourd'hui monodisciplinaire (format que la HAS dorénavant privilégie, par rapport au format individuel qui n'est toutefois pas abandonné) certes centré sur une discipline (le cœur du réacteur et de la motivation), mais en pratique réalisé en équipe multidisciplinaire et pluriprofessionnelle
- un programme continu dans la vraie vie des professionnels (et non ponctuel) et calqué sur leur mode de travail et les spécificités de leur discipline
- un programme intégré aux pratiques (et non distinct de l'exercice) c'est-à-dire s'appuyant sur ce que les professionnels font déjà : les staffs d'équipes, les revues de morbidité/mortalité (RMM), les réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP), le suivi d'indicateurs, les registres et aussi le travail de recherche clinique et les publications, etc.
- un programme ancré dans la logique et les problématiques du quotidien – par exemple, la déclinaison en protocoles des avancées de la science et le suivi de leur mise en œuvre au quotidien ou encore la mise en œuvre d'actions d'amélioration des pratiques à la suite de l'analyse des causes racines d'un événement indésirable associé aux soins.



Les toutes dernières évolutions intègrent les dimensions de santé du professionnel, dont la qualité de vie au travail, et les relations avec les patients.

On voit donc que ce nouveau programme d'accréditation est parfaitement à même de garantir le maintien des compétences tel que souhaité par les institutionnels ainsi que par les patients et encadré par le nouveau dispositif de certification périodique des professionnels de santé. Cependant, à l'évidence, le nouveau programme d'accréditation avec ses 5 dimensions (cf. encart ci-dessous) devrait permettre de garantir que les professionnels accrédités maintiennent leurs compétences et c'est pourquoi la HAS s'emploie à plaider l'équivalence entre accréditation et certification périodique.

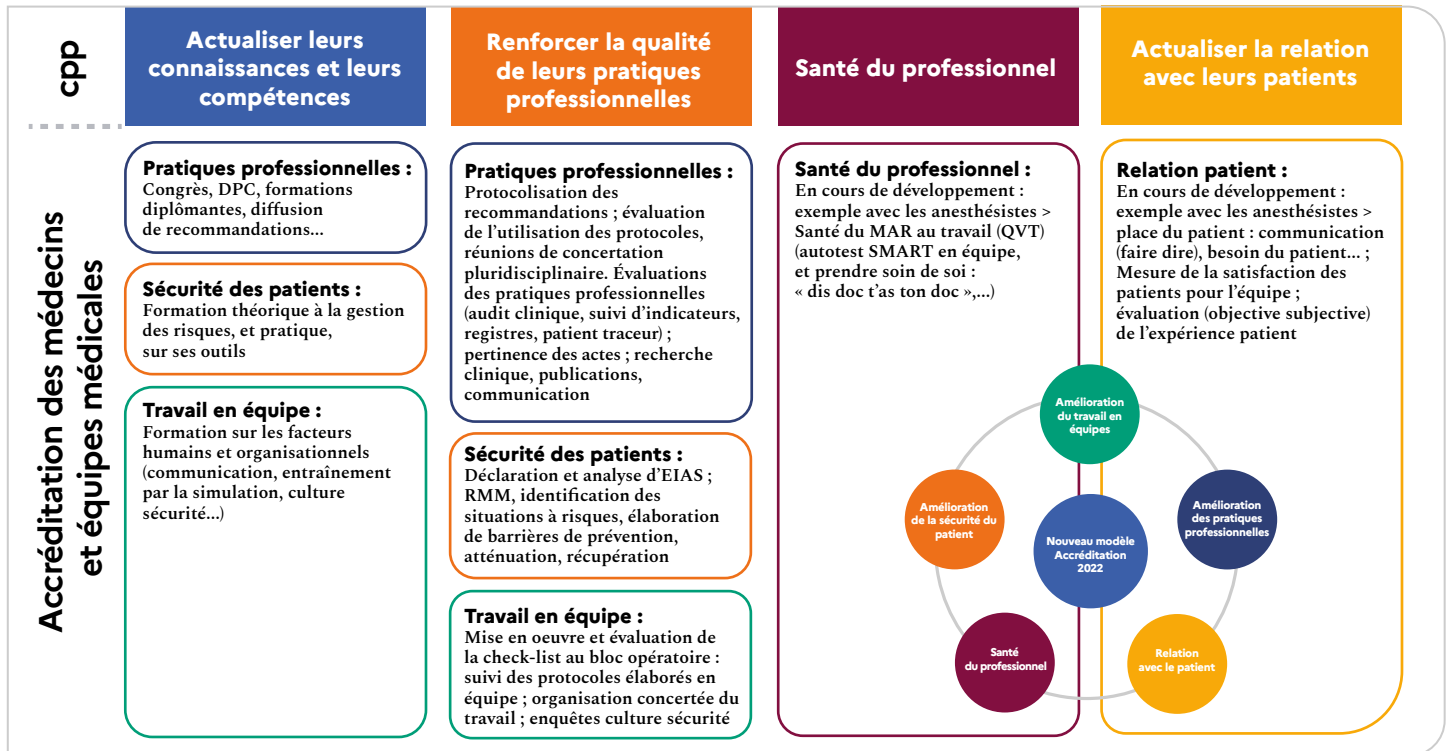
Outre son caractère mature, l'accréditation est le seul programme à même de prendre en compte le maintien des compétences à titre individuel (notamment la dimension cognitive : congrès, DPC...), mais aussi à titre collectif (par exemple les RCP, les RMM, les évaluations de pratiques professionnelles – EPP - auxquels participent les médecins).

Enfin, le support logistique informatique de la HAS est opérationnel, ce qui assure le portfolio de toutes ces activités aux médecins accrédités.

LES 5 DIMENSIONS DU PROGRAMME D'ACCREDITATION EN ÉQUIPE PERMETTANT DE GARANTIR LE MAINTIEN DES COMPÉTENCES PROFESSIONNELLES



LIEN ENTRE CERTIFICATION PÉRIODIQUE ET ACCRÉDITATION DES ÉQUIPES MÉDICALES



II. Mieux prendre en compte les attentes et les implications des patients

2.1 Quelles attentes des patients ou de leurs proches ?

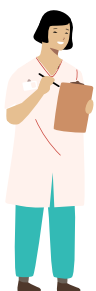
La protection de l'intégrité physique, pilier essentiel du respect de la dignité dans le cadre de l'exercice médical qu'il soit chirurgical ou médical, est à la fois la première attente de la personne soignée et le premier devoir de celle ou de celui, qui, en raison de sa profession peut exercer cette prérogative, celle de pouvoir légitimement toucher à l'intégrité corporelle d'autrui au nom de la situation de soins. Seuls les professionnels officiellement habilités peuvent se prévaloir d'une telle exception hors la mission de tout citoyen de porter assistance à personne en danger.

La première attente des personnes soignées, rarement explicitée en termes d'attente ni même pensée tant la confiance est la règle générale, est ainsi que la qualité de leurs soins soit bien garantie par un exercice médical appliquant les standards de soins de la discipline fondés sur des connaissances scientifiques prouvées et délivrées dans le respect d'une organisation conforme aux exigences de chaque discipline, la plus sécurisée possible. Bien évidemment, l'accréditation de la qualité des pratiques professionnelles intègre cette exigence première.

La protection de l'autonomie de la volonté de chaque personne, second pilier du respect de la dignité, fait de l'information loyale, dont la compréhension par le patient a été vérifiée, la condition de validité d'un consentement libre et éclairé. Cette seconde exigence fondée sur une information de qualité repose obligatoirement sur une relation, elle aussi, de qualité dans le souci de l'éthique de chacun des praticiens ou des membres de l'équipe, ainsi que dans le respect des principes de la déontologie médicale notamment en matière de protection de la vie privée dont le droit au secret médical et à la protection des données de santé, troisième pilier de la dignité, pris en compte dans le cadre de ce programme.

Respect des bonnes pratiques médicales, respect de l'autonomie de la volonté et respect de la vie privée constituent l'essentiel des attentes légitimes de toute personne soignée ou en demande de soins.

Ce programme d'accréditation de la qualité de la pratique professionnelle intègre ces exigences de base et ne peut que renforcer la qualité des soins et répondre aux attentes implicites des patients, informés des praticiens et équipes accrédités par une communication accessible à tous et lisible.



2.2 Les savoirs expérientiels des patients, des atouts pour la sécurité des soins en général et pour l'accréditation en particulier

En France, 2 études rendent compte d'un niveau de confiance élevé des Français dans les professionnels de santé.

Une étude publiée en 2019 par l'institut Viavoice et le Global Center for the Future sur les grandes tendances d'évolution de la société française témoigne de ce niveau de confiance des Français très élevé dans les professionnels de santé, car ils rassurent et défendent l'intérêt général.

La cote de confiance se révèle particulièrement élevée pour les professionnels de santé (91%), les hôpitaux et cliniques (83%), les hôpitaux publics (82%), la gendarmerie (81%), et l'armée (80%). Dans un contexte de défiance généralisée, les professionnels et les établissements de santé occupent les [premières places de la confiance](#).

Plus récemment, publié en mai 2022, un [sondage IFOP](#) témoigne de ce même niveau de confiance élevé dont on peut retenir qu'en matière de soins curatifs, 82% des français estiment le système performant sur la qualité des soins fournis et sur sa capacité à protéger les Français, 73% sont satisfaits.

Aux États-Unis, le [sondage 2021 sur l'impression de sécurité des patients](#) réalisé auprès de 1 725 personnes dans 6 pays anglophones : Australie, Inde, Philippines, Afrique du Sud, Royaume-Uni et États-Unis et publié en mars 2021 par le Patient Safety Movement Foundation (PSMF) rapporte le fort sentiment de sécurité des personnes soignées alors que le journal BMJ publiait en 2016 une [étude](#) selon laquelle les erreurs médicales sont la 3^{ème} cause de décès aux États-Unis et dans le monde.

« Il s'agit de la 3^{ème} cause de décès aux États-Unis », résume Martin Makary, qui, dans une [interview à l'AFP](#), souligne que le problème n'est pas limité aux États-Unis mais qu'il existe partout dans le monde : « Les gens meurent d'erreurs de diagnostic, de surdoses de médicaments, de soins fragmentés, de problèmes de communications ou de complications évitables ».

De ce sondage 2021, le PSMF retient que :

- 87,3% des répondants n'avaient jamais entendu ou très peu entendu parler d'erreur médicale ou de préjudice d'un patient localement
- 58% des répondants disent craindre une erreur médicale lors de « chaque consultation » ou « occasionnellement » – notamment en dehors des pays à revenu élevé
- 45,9% des répondants pensent contrôler de ce qui peut arriver à leur santé, soit une chute de 31% par rapport à une étude de 2020
- La population se dit très largement favorable à davantage d'informations publiques sur cette problématique, 82,4% des répondants souhaitant davantage de sensibilisation à la sécurité des patients.



Selon les auteurs de l'étude, beaucoup d'efforts sont à accomplir pour sensibiliser la population aux erreurs médicales.

L'expérience des patients, considérée comme une forme d'expertise profane, est de plus en plus recherchée et tend à se développer aussi en France, et pas seulement dans les programmes d'éducatifs thérapeutiques des patients (ETP).

Dans le cadre du programme international « Patient Speak up » lancé en 2002 et développé aujourd'hui dans 70 pays à la suite du [rapport](#) « To err is human : Building a Safer Health System » et de la déclaration du président Clinton en décembre 1999, l'implication des patients est vue comme un atout à prendre en compte dans l'amélioration des pratiques. Chaque personne prise en charge est considérée comme un [membre partenaire de l'équipe de soin](#), impliqué dans sa sécurité, bien informé de ce qu'il doit faire avant et après l'intervention.

L'OMS est sur la même ligne. Son programme « Une décennie pour la sécurité des patients 2021-2030 » part du principe que le patient est la seule personne à avoir traversé tout son processus de soins : sa voix et celle de sa famille doivent être pleinement entendues. Ce programme tend à engager et responsabiliser les patients et les familles ou proches en facilitant leur partenariat avec les professionnels de la santé et les décideurs politiques pour rendre les services de soins de santé plus sûrs. Le programme va plus loin que l'engagement de la personne pour elle-même, il s'agit d'encourager les efforts pour impliquer et habiliter les patients, les familles et leur entourage à jouer un rôle actif pour un [accès universel à des soins de qualité pour tous](#).

Dans un système de prises en charge accélérées, avec sorties précoces, soins en ambulatoire et sous la pression de pénurie de professionnels, les patients et leurs proches sont continûment présents tout au long du parcours de soin souvent complexifié et morcelé par les multiples prestataires, des ruptures interprofessionnelles, plusieurs structures mobilisées.

Les patients représentent le premier mais également l'ultime maillon de la chaîne de sécurité, capable parfois d'arrêter un geste, une main, une injection, identifiés au dernier moment comme non conforme du fait de leur propre expérience, leur connaissance de l'intégralité de leur histoire médicale.

Chaque étape du processus de soins comporte des risques inhérents et les ruptures de parcours sont reconnues comme dangereuses. Les événements indésirables ou les dommages peuvent résulter de problèmes multiples. Cependant, ils sont riches d'informations que le patient peut apprendre à partager si le système le lui permet et le facilite. Si le patient se tait, c'est une information perdue pour tous.

EXEMPLE D'UNE VISION UNIFIÉE DU PARCOURS PAR LA PERSONNE SOIGNÉE ET DE SA CAPACITÉ À INTERVENIR POUR SA SÉCURITÉ

Mme Annie H. 52 ans est accidentée sur la voie publique. Un appel est fait par sa fille au centre 15. Madame H a une fracture ouverte du tibia et informe aussitôt les



médecins du SAMU qu'elle est allergique à la pénicilline et demande que ce soit noté. Elle a déjà en effet présenté un épisode allergique aigue avec œdème de Quincke. Arrivée aux urgences hospitalières, elle répète son problème d'allergie. On lui dit que c'est noté, elle est rassurée. Hospitalisée, elle renouvelle l'information dans l'unité de soins ; elle va subir une intervention en urgence, elle arrive au bloc opératoire, elle va être endormie ; **l'anesthésiste lui dit qu'il va injecter et qu'elle va s'endormir ; au même instant, elle entend qu'il faut préparer une dose de la forme de pénicilline, à laquelle elle se sait allergique, elle crie alors « stop » avec ce qui lui reste de conscience et de capacité de réaction.**

2.3 La participation des patients dans la sécurité des soins est un engagement à construire

L'idée de participation et d'implication du patient dans sa santé ou plus largement, dans la politique de santé n'est pas nouvelle. Depuis environ 30 ans, les patients ont parfois pris en main le destin de communautés de patients éprouvés par le système (Aides pour le SIDA, le LIEN pour les infections nosocomiales). Les professionnels et les pilotes de programmes de réduction des accidents médicaux évitables ont reconnu que c'est « avec » les personnes concernées, soignées et proches (familles, aidants, parents, enfants, entourage immédiat et choisi par les personnes soignées), que l'on peut souvent éviter des complications évitables. Cependant, cette participation ne peut être systématique. Elle varie avec chaque individu selon ses connaissances, ses capacités, son autonomie et sa volonté de participer. Elle doit être adaptée au type de soins et ne saurait devenir un poids pour la personne prise en charge ni une angoisse pour ses proches. Elle est un moyen supplémentaire possible et apprécié selon le contexte et l'environnement dans lequel est réalisée la prise en charge.

L'essentiel des actions de participation fait appel à des démarches liées à la personnalité du patient, son éducation, son niveau de connaissance et de compréhension, l'information qui lui est accessible et de sa capacité à s'exprimer et prendre la parole, les unes découlant des autres en général, et à la personnalité du « soignant », sa capacité d'écoute, sa disponibilité, son engagement, etc.

La très grande majorité des « patients » est profane à l'égard de la science médicale. C'est pourquoi une information de qualité sur les soins, la pathologie, les examens, le traitement, l'intervention, le parcours etc. sont un premier pas vers la participation de la personne à la qualité de ses soins.

Si l'on veut que le patient prenne la parole, s'exprime, pose des questions, en amont comme en aval de sa prise en charge, avec, par exemple, son retour d'expression sur ses soins ([e-Satis](#), PROMS, PREMS, et [autres modèles](#)) et devienne ce partenaire de la qualité des soins recherché par ce programme d'accréditation, l'information et la décision partagée sont au cœur de la question, accompagnée d'une écoute active et d'une incitation à l'échange, reformulation etc. C'est pourquoi la qualité de la relation établie avec le praticien ou l'équipe facilite l'expression du patient et son intégration au système dans le management des risques liés aux soins.

Il existe déjà en France des programmes incitatifs à cette prise de parole. La semaine nationale sécurité des patients y participe ainsi que certains [dispositifs développés par la Haute autorité de santé](#).

Néanmoins, le sujet manque d'élan, de prise de conscience et d'engagement politique au plus haut niveau de la gouvernance française si l'on veut faire du patient un partenaire naturel de sa sécurité et de la qualité des soins pour lui-même et pour les autres.

Le programme d'accréditation représente l'opportunité de soutenir cette nouvelle culture, patients et professionnels ensemble pour l'amélioration de la qualité, et pour faire de l'erreur une force de progrès.

2.4 Quels outils possibles pour promouvoir la participation des patients et de leurs proches ?

■ L'échange d'informations praticien-patient

L'information du patient dépasse ici le cadre de l'information liée à la validité du consentement, qui, elle, répond à une exigence déontologique et légale, avec des règles bien connues.

Par exemple, la démarche dite de décision médicale partagée trouve ici sa place pour établir une relation de qualité sur les 2 temps, celui de l'échange d'informations et de la délibération et celui de la décision pour un accord mutuel intégrant le respect de la préférence patient. C'est aussi dans ce moment de confiance que la pertinence de la proposition thérapeutique peut être pensée au mieux. Le patient est un acteur de la pertinence s'il a bien compris tous les enjeux de tel ou tel examen, traitement ou intervention.

Dans la perspective de ce programme d'accréditation, l'échange approfondi d'informations entre patient et praticien devient un point d'appui pour améliorer la participation du patient à la qualité de sa prise en charge. L'existence de ces temps d'échange, leur formalisation ou leur qualité pourraient être mesurés et valorisés dans le cadre de l'accréditation.

Par exemple, on peut citer l'utilisation d'aides visuelles, plus utilisées chez les anglo-saxons qu'en France, qui permettent à la personne de mieux mesurer les bénéfices et les risques de la thérapeutique proposée et de s'engager en connaissance des effets sur sa santé et sa vie.

Ou bien, pour une discipline chirurgicale, il est possible d'envisager un moment de préparation à l'intervention comme pour la préparation à l'accouchement. Bien sûr, cela demande du temps dont le chirurgien ne bénéficie pas forcément, mais qui peut se déléguer à d'autres professionnels soignants. En outre, la non qualité prend aussi du temps et son coût n'est en général jamais pris en compte.

Enfin, les programmes de RAAC (récupération améliorée après chirurgie), dont les principes sont également mis en application en chirurgie ambulatoire, vont dans ce sens et comportent un temps bénéfique de préparation. À ce stade, ils ne sont toutefois pas généralisés.

— L'incitation à l'expression du patient (ou de son proche) au cours de la prise en charge

Le programme d'accréditation pourrait également valoriser les méthodes et outils d'incitation à l'expression des patients et de leurs proches, avec la limite que la plupart du temps ceux-ci sont mis en place par l'institution et non pas par une équipe.

Il s'agit d'inciter les personnes prises en charge à s'exprimer et poser des questions et les encourager à participer activement à la qualité de leur prise en charge.

EXEMPLE DE QUESTIONNAIRE AFFICHÉ EN CONSULTATION AU CHU DE MONTPELLIER (CHIRURGIE DIGESTIVE) COMME LEVIER DE LA PRISE DE PAROLE

Information

Madame, Monsieur, après analyse des informations qu'il a recueillies, le médecin que vous avez consulté vous propose une opération. Toute opération comporte des risques.

Le devoir du médecin est de vous informer des risques de l'opération dans votre cas particulier, et des bénéfices que vous êtes en droit d'en attendre.

Cette information doit être claire, loyale, et compréhensible.

Elle doit aussi être adaptée à chaque personne.

Une consultation chirurgicale et l'annonce d'une opération sont des circonstances angoissantes au cours desquelles on risque d'oublier de poser des questions importantes.

La liste ci-après énumère 10 questions. Vous avez bien sûr la liberté d'en poser d'autres.

Vous pouvez également écrire sur ce document les réponses que vous jugerez les plus importantes.

Au terme de la consultation, vous signerez et daterez ce document qui sera joint au dossier, afin de répondre aux exigences légales qui demandent au médecin de prouver qu'il vous a informé. Une copie vous sera remise.

- 1 Quel est le diagnostic qui justifie cette opération ?
- 2 En quoi consiste exactement cette opération ?
- 3 Est-elle vraiment nécessaire ?
- 4 N'existe-t-il pas une autre méthode qui permettrait d'atteindre le même résultat ?
- 5 Quels en sont les risques principaux ?





- 6 S'agit-il d'une opération couramment pratiquée dont les résultats sont connus ?
- 7 L'équipe chirurgicale responsable est-elle familière de cette opération ?
- 8 L'anesthésie générale est-elle indispensable ?
- 9 Le risque vital de cette opération est-il différent de celui de la chirurgie en général ?
- 10 Est-ce qu'il existe un risque de séquelles postopératoires et si oui, lesquelles ?

EXEMPLES DE QUESTIONNAIRES EMPRUNTÉS AU PROGRAMME **SPEAK UP**

Le programme préconise de diffuser le questionnaire avec des affiches faciles à lire et s'accompagne de vidéos diffusées sur les écrans internes dans les chambres ou dans les lieux d'attente :

- exprimez vos questions et vos préoccupations
- portez attention aux soins que vous recevez
- posez des questions sur votre maladie et votre traitement
- demandez à un proche de poser les questions si vous avez besoin d'un soutien pour cela
- connaissez les médicaments que vous prenez et pourquoi vous les prenez
- participez à toutes les décisions concernant votre traitement

Ou en chirurgie :

- combien d'opérations de ce type avez-vous effectuées ?
- qui sera impliqué dans mes soins ?
- qui va m'opérer ? Si ce n'est pas vous, serez-vous présent en cas de besoin ?
- ferez-vous une autre intervention en même temps que moi ?
- qui devra prendre en charge ma douleur après l'intervention ?
- serez-vous joignable en cas de complications ?
- que pensez-vous d'un 2^{ème} avis ?

— Le recueil de l'avis du patient après ou pendant les soins, force de progrès

Le déploiement de la mesure et surtout de l'utilisation des résultats pour définir des actions d'amélioration pourrait être valorisé dans les programmes d'accréditation. Le parallèle avec l'évolution de la gestion des EIAS et EIG repérés

par les professionnels est évident : en 2016, la grille ALARM, méthode de référence d'analyse des événements indésirables associés aux soins (EIAS), a été actualisée par ses concepteurs pour la rendre encore plus efficace. Elle devient [ALARM « E »](#) pour « *Extended* » et permet d'inclure le récit du patient.

Il existe de nombreuses formes de retour d'information du patient vers le professionnel qu'il doit être possible d'intégrer dans un programme d'accréditation.

Du simple questionnaire de sortie papier à la forme dématérialisée de [e-Satis](#) et aux formes plus élaborées en développement au niveau mondial, évaluant la qualité des soins perçue par le patient : les PROMS (Patient-reported outcomes measures) pour évaluer les résultats des soins à partir de l'avis des patients ou les PREMS (Patient-reported experience measures) plus centrés sur l'expérience des soins des patients et leur qualité de vie. Ces nouveaux outils d'évaluation par le patient sont utilisés pour l'amélioration des traitements, des pratiques et des relations médecin-patients, avec un retour vers les équipes. Ces outils permettent de guider les politiques de santé publique, et, dans certains pays, d'introduire de nouvelles formules de financement des soins tel que le paiement à la performance. La Haute autorité de santé contribue à leur développement en France et met des [grilles d'évaluation de type PROMS ou PREMS](#) à la disposition des praticiens. Le référentiel de la certification périodique qui se met en place comporte un item sur l'amélioration de la relation médecin-patient. Les recueils de l'expérience que les patients ont eue de leur parcours de soins ou de l'évaluation qu'ils font de leur résultat participent à cette amélioration. L'architecture du dispositif d'accréditation évolue pour inclure ces recueils.

Les programmes d'accréditation, avec la participation des sociétés savantes de chaque discipline, pourraient trouver dans l'analyse de ces évaluations issues de la perception des patients des [thèmes pour l'amélioration des pratiques professionnelles](#).

Les réclamations des patients, sont autant de signaux de vigilance à exploiter sous différentes formes, de la simple lettre à la plainte (rarement, mais parfois judiciairisée.)

La réclamation n'est pas obligatoirement écrite, elle peut être verbale, téléphonée ou rapportée par un représentant des usagers en commission des usagers ; toute réclamation ou observation sur un risque éventuel devrait être entendue ou lue comme un signal à mettre à profit pour améliorer la qualité, redresser une situation latente susceptible d'entraîner un événement dit indésirable.

Au-delà de la nécessité de prendre contact avec la personne qui émet la réclamation et de lui apporter des réponses pertinentes, toute réclamation de patient devrait être prise en considération comme l'expression du vécu de patient ou proche susceptible de révéler une défaillance et de contribuer à prévenir sa répétition, comme le sont les travaux liés aux déclarations d'événements porteurs de risques.

Il est possible, par exemple, de susciter ces remarques de personnes soignées, de famille, ou même de visiteurs en installant à la sortie de chaque unité au mur ou près des ascenseurs, des boîtes à idées dans lesquelles toute personne peut déposer une observation pour améliorer la qualité.

L'écoute attentive des patients et des familles estimant avoir subi un préjudice lié aux soins peut fournir des informations et des enseignements sur les efforts visant à mettre en place des systèmes de soins plus sécurisés. Il est donc essentiel de veiller à ce que leur voix soit entendue et que les praticiens, à plus forte raison, engagés dans un programme d'accréditation, en soient informés par les établissements.

La participation du patient ou de ses proches dans l'analyse d'un événement indésirable grave associé aux soins (EIGS) ou d'un événement indésirable associé aux soins EIAS ou d'une revue de mortalité-morbidité (RMM) est une autre piste à explorer. Solliciter le récit des patients lors de l'analyse des EIAS ou lors d'une RMM devrait devenir la règle et en particulier dans un programme d'accréditation.

Sans s'étendre sur l'importance du récit du patient, ou de son représentant, se priver de son éclairage et de son point de vue lors de l'analyse d'un événement indésirable, c'est souvent se priver d'une partie d'éléments essentiels pour comprendre les mécanismes qui ont conduit à l'évènement, et constitue un biais d'analyse significatif dommageable pour l'amélioration des soins. En effet, les déclarations et récits qui servent de base aux analyses d'EIAS sont presque exclusivement issus du corps médical et soignant.

Confronter ces récits à ceux qui peuvent avoir été recueillis de la bouche des patients ou de leurs écrits pourrait singulièrement modifier les conditions de l'analyse des événements ainsi que les propositions d'actions qui en sont issues.

Bien entendu, ce type de démarche doit être organisé en remettant l'évènement dans son contexte, par exemple, dans les cas où il y aurait plainte judiciaire, le récit ne sera pas reçu ou ne le sera pas selon la même procédure, et les professionnels sensibilisés à la bonne manière de faire.

EXEMPLE DE CONTRIBUTION DU RÉCIT DE LA FAMILLE

Un jeune militaire de carrière, 42 ans, blessé au poignet avec rupture de tendon, dans le cadre de son travail est admis dans un hôpital militaire francilien. Il prévient son épouse qu'il sera opéré dans l'après-midi sous anesthésie locale et qu'elle devra venir le chercher plus tard car il ne pourra pas conduire pour rentrer chez lui.

À 20h, il la rappelle et l'informe que finalement il est hospitalisé et sera opéré le lendemain matin tôt, le chirurgien ayant fini très tard car très occupé par des urgences.

Le lendemain à 11h30, l'épouse est appelée au téléphone par un médecin qui lui demande de venir en urgence, l'état de son mari est grave.

Lorsqu'elle arrive, elle apprend que son mari est décédé sur la table d'opération suite à œdème aigu du poumon au moment de l'injection d'anesthésie.

Explication donnée à ce moment-là : il n'était plus possible de réparer le tendon sous anesthésie locale car le tendon rétracté dans la nuit, n'était pas accessible facilement ; une décision d'anesthésie générale a alors été prise et au moment de l'induction d'anesthésie, aussitôt l'injection le patient a fait une montée de tension subite et un œdème pulmonaire, non récupéré malgré la prise en charge immédiate.



L'épouse encore sous le choc n'était pas alors en état d'entendre et comprendre les explications ; il lui fallut quelques mois pour avoir envie de revenir chercher des explications ; elle est alors passée par une association qui l'a accompagnée dans sa démarche de demande. Le médecin anesthésiste en chef alors refusé tout rendez-vous au motif qu'il avait déjà tout dit à l'épouse le jour du décès ; cependant après avoir expliqué au général directeur de l'établissement qu'il n'y avait aucune autre intention de la part de cette épouse en quête seulement d'en connaître un peu plus sur les derniers instants de son mari, la rencontre eut lieu entre l'épouse, et le médecin anesthésiste en chef présent le jour de l'accident et un représentant de l'association.

Le médecin, très mal psychologiquement face à l'épouse, vit qu'elle ne formulait aucun reproche et qu'elle voulait juste connaître les derniers instant de son mari ; il lui expliqua dans le détail ce qui s'était passé dès que survint l'œdème pulmonaire, dit qu'après cet accident son équipe était en état de choc, et qu'il en était resté un grand malaise ; à ce moment de leur échange encore, personne ne comprenait ce qui s'était passé ; qu'ils avaient fait une revue de mortalité avec toute son équipe et qu'il ne trouvait aucune explication à ce décès brutal, chez un homme jeune, sportif, non-fumeur, non alcoolique.

C'est alors que l'épouse lui donna l'explication, son mari était atteint d'hypertension artérielle importante et était sous traitement anti hypertenseur depuis 6 ans. Rien ne tel n'avait été communiqué, il était venu pour une simple suture sous locale et l'anesthésie générale avait été décidée au dernier moment pour une anesthésie dite « légère ».



Quelques jours après le médecin anesthésiste reprit contact avec l'association pour remercier de cette entrevue ; il avait pu reparler de ce dossier avec l'équipe et le malaise se dissipait. Il ne s'agit pas là de porter un jugement sur les circonstances ou le défaut de prise en charge, mais de comprendre qu'une part de vérité est souvent détenue par le patient ou sa famille.

— La diffusion des informations relatives aux praticiens et équipes accrédités auprès du public

La Haute autorité de santé affiche sur son site la liste des praticiens et des équipes accréditées. Il suffit d'[entrer le nom du praticien, et /ou sa spécialité et/ou sa région](#). La liste des médecins et des équipes accréditées est aussi disponible en [open data](#). Depuis juin 2022, le nouveau site de la HAS sur la qualité des établissements de santé ([Qualiscope](#)) permet aussi d'accéder à ces informations.

Un « label » pour l'accréditation qui permettrait aux patients de connaître l'engagement d'un praticien ou d'une équipe dans un programme qualité spécifique à sa discipline est-il possible ?

Un label est un moyen d'information du public qui à la fois constitue un moyen d'identifier une pratique qui apporte des garanties de qualité et en même temps valorise la pratique vertueuse des bénéficiaires.



Au-delà de constituer un outil d'information nécessaire pour aider les patients dans leurs choix, un « label » peut faire levier pour engager le plus possible de praticiens et d'équipe dans ce programme. Il ne faut pas sous-estimer également la fierté d'appartenance ou de valorisation du travail accompli que cette identification peut engendrer au sein des équipes à l'exemple de ce qui s'est produit pour le « label hospitalité » de l'Assistance publique – hôpitaux de Paris (AP-HP) affiché dans les salles d'attente ou à l'entrée des services.

3. INSCRIRE L'ACCREDITATION DANS LE SCHÉMA GÉNÉRAL DES FORMATIONS À LA SÉCURITÉ DES SOINS



3.1 Les préconisations pour la formation médicale

— Sécurité et qualité des soins : des enjeux à inculquer dès le deuxième cycle des études médicales

La formation universitaire des premier et 2^{ème} cycles des études médicales est principalement basée sur des connaissances théoriques mises en pratique au cours de la période dite de l'externat, consistant en des formats variés de stages en milieu hospitalier.

La qualité et sécurité des soins apparaît dans le programme de connaissances du 2^{ème} cycle des études médicales comme objectif dit « terminal » n°4.

Les connaissances fondamentales médicales incluent les différents champs d'approche de la médecine (sémiologie, physiopathologie, anatomie, biologie...), des statistiques, mais très peu de connaissances considérées comme annexes que sont le management et le travail en équipe, les outils de définition de la qualité des soins de même que la sécurité dans les soins prodigués.

La culture de sécurité et de qualité des soins devrait pourtant être considérée comme un prérequis à la prise en charge des patients, débutée pendant les stages pratiques hospitaliers :

- les connaissances théoriques sont primordiales, incluant l'épidémiologie des évènements évitables / porteurs de risque, l'importance et la description des outils d'analyse des erreurs et de leur implémentation par leur déclaration, l'importance d'adhérer aux bonnes pratiques et de se tenir au courant de leur évolution, au travers de groupes de spécialité ou des collègues d'enseignement.
- les connaissances pratiques dans tout acte médical réalisé devraient faire l'objet d'une évaluation étagée à l'hôpital, puis finale en profitant des examens cliniques objectifs et structurés (ECOS), qui sont des vignettes cliniques validant les compétences pratiques nécessaires à la pratique médicale.





- Les outils pratiques de prévention des erreurs dans la pratique médicale (checklist HAS au bloc opératoire, règles de bonne prescription en médecine ...) doivent être présentés, concourant à leur acceptation et importance dans la pratique médicale future. Ces connaissances pratiques incluent également l'acceptation de l'erreur en tant qu'aide à l'évolution de la pratique médicale, et donc élément à déclarer.

Les doyens, professeurs des universités et chargés d'enseignement en faculté de médecine, les collègues universitaires, sont garants de cette formation à la sécurité / qualité des soins.

■ Sécurité et qualité des soins : une formation plus pratique que théorique en 3^{ème} cycle

La formation universitaire de 3^{ème} cycle des études médicales est principalement basée sur des [connaissances pratiques de spécialisations](#) acquises au cours de semestres passés dans les services hospitaliers.

Elle inclut également des formations théoriques adaptées aux enjeux de chaque spécialité médicale, chirurgicale ou biologique (formations en ligne, formations en présentiel dispensées par chaque spécialité).

Les formations de 3^{ème} cycle se doivent de poursuivre l'enseignement et l'évaluation des savoirs non techniques (ce qu'est la sécurité, le travail en équipe, le savoir écouter et communiquer, la gestion des conflits, l'erreur apprenante, etc.), de même que renseigner sur les outils mis en place par la HAS pour couvrir ces différents champs de la pratique médicale. Les maquettes pédagogiques / de formation incluent et doivent inclure des modules dédiés à la formation en qualité / sécurité des soins.

Le 3^{ème} cycle des études médicales consistant en l'intensification du rapport au monde de l'hôpital et de ses risques, l'interne en médecine / chirurgie / biologie doit être formé aux outils in-situ de gestion de la qualité et des risques, inhérents au monde de l'hôpital et à chaque spécialité. Il doit savoir déclarer les événements indésirables vécus, afin d'appréhender la manière de consolider les freins existant à leur répétition.

Les formats de réunion de mise en commun de ces événements devraient être retravaillés ou mieux définis, les REX (retour d'expérience) et RMM (revue morbidité mortalité) étant souvent considérés comme administratifs et ne portant qu'une trop légère relevance clinique. Dans ce cadre, le traitement et suivi des événements indésirables pourraient faire l'objet de sessions de simulation, amenant au plus proche de l'évènement porteur de risque.

Les internes comme médecins diplômés pratiquant principalement en milieu pluridisciplinaire voire pluriprofessionnel, les problématiques de sécurité et qualité des soins doivent pouvoir faire appel aux dimensions humaines et de travail en équipe : enseigner ensemble à ceux qui devront travailler ensemble. Dans ce cadre, la présentation de RMM / REX communes, de même que la simulation en équipe, doivent être mis en avant.

L'évaluation de la formation doit prendre en compte le comportement individuel eu égard aux attendus en terme de sécurité et qualité des soins.

Ces 2 items étant principalement portés par la présence hospitalière de l'apprenant, un questionnement qualité et sécurité des soins validant doit être proposé dans les évaluations des stages semestriels des internes.

Ces validations à l'hôpital permettent de rassurer sur la qualité des soins prodigués, en faisant appel aux compétences / bonnes pratiques enseignées par les pairs. La validation plus large des compétences doit être portée pour chaque acte porteur de risque propre à une spécialité médicale ou chirurgicale

Egalement, un point majeur est le développement d'une culture d'acceptation de l'erreur en tant qu'élément à déclarer et pouvant mener à une évolution des pratiques en établissement de santé.

Soigner de manière qualitative, c'est tracer les actes médicaux portés afin de pouvoir déclarer les événements qui dévient des bonnes pratiques. Cette culture est à acquérir en formation initiale comme continue car porteuse de sens pour une médecine de qualité.

Les coordonnateurs de DES (diplômes d'études spécialisés), collèges d'enseignants, encadrants hospitaliers, sont garants de cette formation à la sécurité/qualité des soins.

Simulation au cours de la formation médicale : qualité et sécurité dès le premier acte effectué sur le patient

La formation médicale est une formation pratique en plus de théorique, puisque résultant en un geste technique ou de prescription au bénéfice du patient. Longtemps, la formation médicale à l'hôpital a permis de sécuriser son diagnostic, son geste ou sa prescription au contact direct du soigné.

Prendre en compte la sécurité et la qualité des soins, c'est ne pas accepter que le risque soit porté au premier chef par le patient soigné. L'évolution technologique a permis le développement de solutions fiables et fidèles à la pratique médicale, permettant la prise de décision et le premier geste sur des mannequins ou situations de plus ou moins hautes fidélité de représentation.

Cette simulation doit s'inscrire dans la formation puis la première évaluation des pratiques médicales, et s'enrichir de la politique de déclaration des événements indésirables portée à l'hôpital. Elle doit concerner aussi bien les aspects techniques que non techniques du soin. Les aspects techniques incluent des simulations procédurales reproduisant avec fidélité des gestes manuels plus tardivement réalisés au lit du malade, mais également le développement de connaissances théoriques multiples, encouragé par l'aspect pluriprofessionnel voire pluridisciplinaire de ce type d'[outil de formation](#).

La simulation permet de développer les comportements non techniques entourant le soin, en s'acculturant au travail en équipe, à la gestion des tâches en parallèle ou partagées (compétences relationnelles). C'est également l'occasion de travailler la communication interprofessionnelle en situation de crise, au moyen de scénarii s'accordant avec la réalité de la pratique médicale.

Également, la simulation est un outil le plus souvent préventif, développé à priori de l'évènement porteur de soin. Il s'agit alors de travailler des scénarii probables, pouvant concerner ou anticiper les risques portés par un patient hospitalisé.

Il ne faut pas oublier l'apport des évènements indésirables associés aux soins dans le développement de situations cliniques à postériori, permettant de faire profiter le plus grand nombre d'une situation vécue par certains.

Ce constat est à l'origine du développement des ECOS pour les épreuves dématérialisées nationales (EDN) ayant lieu en fin de 2^{ème} cycle des études médicales, et permettant de faire réfléchir des étudiants en médecine sur des exemples concrets de vécus médicaux.

Accréditation : souhaiter une entrée précoce dans un processus de validation par les pairs des connaissances / capacités acquises

La culture sécurité / qualité des soins portée par l'accréditation est doublement intéressante pour les professionnels de santé en formation : d'abord parce qu'elle permet de développer la culture sécurité / qualité des soins aux échelons personnel et de l'organisation, et ensuite parce qu'elle permet une confrontation des acquis / compétences au sein d'un organisme accréditeur composé de pairs de chaque spécialité.

La qualité et la sécurité des actes médicaux donnent du sens au soin. Les jeunes médecins formés ou en fin de formation souhaitent donner du sens à leur pratique en validant les compétences et les acquis de leur formation.

La méthode d'évaluation actuelle est inadaptée, car basée sur des examens théoriques faisant fi de l'environnement (humain, matériel, technique) entourant l'acte de soin. Les validations administratives des temps d'enseignement passés à l'hôpital ne rassurent pas sur la capacité à délivrer des soins de qualité, en toute sécurité.

L'accréditation est une réflexion portée par un organisme majoritairement unidisciplinaire mais rassemblant des professionnels de santé portés vers des actes médicaux proches.

Elle permet par la déclaration, l'analyse et la transmission de difficultés vécues de travailler sur ses propres évènements porteurs de risque, mais également d'apprendre des pairs accrédités : processus de mise en relation et de validation de la pratique médicale.

La réforme du 3^{ème} cycle des études médicales ouvre la possibilité aux médecins ayant rempli l'obligation de thèse d'exercice sans avoir complété leur 3^{ème} cycle (phase de docteur junior) de s'inscrire dans le processus d'accréditation.

Ce processus pourra être un des rouages permettant l'évaluation finale de fin de formation, validant la pratique médicale en établissement de soin. D'où l'importance de la visibilité à donner au dispositif en 3^{ème} cycle, visibilité qui sera conservée auprès des jeunes médecins thésés et diplômés.

Il est à noter que l'accréditation précoce est également un outil de formation pour les médecins les plus âgés, permettant une rencontre de jeunes médecins au fait des dernières recommandations théoriques, et de médecins expérimentés donc porteurs de connaissances pratiques poussées (rencontre générationnelle).

Il est également possible de penser à des interactions plus fortes entre établissements de santé publics et privés, porteurs de pratiques et d'expériences différentes et complémentaires.

■ **Accréditation : développer des outils de formations initiale et continue à la culture sécurité**

Le processus d'accréditation implique la déclaration et l'analyse régulière d'événements indésirables associés aux soins. Cette analyse doit pouvoir être utile au plus grand nombre en enrichissant leur formation (exemple des ECOS en 2^{ème} cycle pouvant utiliser les bases de données de l'accréditation) ou leur pratique médicale par une large diffusion des conclusions des organismes accréditeurs.

L'accréditation doit être encouragée à l'hôpital car porteuse de sécurité dans les soins administrés, possiblement par une mise en avant lors du recrutement des médecins hospitaliers, puis dans leur entretien annuel d'adaptation à la fonction. Les parcours professionnels des médecins engagés dans l'accréditation doivent être valorisés au vu du temps passé à développer la culture sécurité dans les établissements ou services d'exercice (visibilité des professionnels de santé engagés dans l'accréditation auprès de leurs pairs).

3.2 Les personnels non médicaux : de la formation initiale à l'accréditation en équipe

■ **Une culture « qualité/sécurité » intrinsèque au soin dès la formation initiale depuis des décennies chez les infirmières**

Il y a 40 ans, 4 à 5 critères définissaient un soin de qualité lors des mises en situation professionnelles (salle de pratique ou au lit du patient) : pudeur (respect de la dignité), hygiène (respect des règles d'hygiène et d'asepsie), sécurité (ne pas mettre en danger), ergonomie (règles de mobilisation du patient et règles d'organisation/exécution du soin en général pour une protection physique du soignant) et économie (éviter le gaspillage).

Proposée à la fin des années 1990, la règle dite ECORSET du soin a permis au soignant de vérifier en permanence la validité, la pertinence et la qualité de son soin grâce à 7 critères : l'efficacité du soin, le confort physique et psychologique du patient, l'organisation, la responsabilité (décret de compétences), la sécurité

(pour le patient/hygiène-identitovigilance et pour le soignant/ergonomie du soin-prévention des accidents exposant au sang), l'économie et les transmissions.

Enfin, face à la complexification des techniques, des technologies et l'exigence légitime des attentes des patients et leurs familles (suite aux scandales sanitaires) l'ANAES devenue HAS, a défini et abondamment documenté la qualité et sécurité des soins.

Notons que la « sécurité » est un critère présent dans la culture du soin chez l'infirmier et l'aide-soignant. Dans l'exercice quotidien, il est cité parmi les premiers critères dès qu'il s'agit de décliner la qualité d'un soin par les étudiants/élèves et les professionnels en exercice. Par ailleurs, ces derniers alertent et revendiquent dès lors qu'ils considèrent que les conditions nécessaires pour garantir la « sécurité des soins » ne sont pas satisfaisantes.

■ D'un apprentissage par mimétisme à l'« agir compétent » : une réingénierie de la formation couplée à l'universitarisation en septembre 2009

Dans le cadre de la loi de modernisation sociale 2002 permettant l'accès à un diplôme professionnel par différentes voies (formation initiale, validation des acquis de l'expérience) et l'inscription de notre pays dans le processus de Bologne (licence/master/doctorat), le tout accompagné d'une demande d'évolution des méthodes d'apprentissage et de reconnaissance universitaire émanant des professionnels, la réingénierie du diplôme d'État infirmier sera mise en œuvre à la rentrée universitaire 2009.

Pilotée par le ministère de la santé en partenariat avec le ministère de l'enseignement supérieur, elle aboutira à 3 référentiels :

- [référentiel d'activités](#)
- [référentiel de compétences](#) dont [celle](#) d'analyser la qualité et améliorer sa pratique professionnelle
- référentiel de formation : étude de situations de soins conduisant aux 3 paliers d'apprentissage :
 - « comprendre » : acquisition de savoirs et savoirs faire
 - « agir » : mobilisation des savoirs et acquisition de la capacité d'agir et d'évaluer son action
 - « transférer » : l'étudiant conceptualise et acquiert la capacité de transposer ses acquis dans des situations nouvelles.



L'étudiant développe ainsi une posture réflexive qui lui permet de comprendre le lien entre savoirs et actions afin de construire les compétences professionnelles attendues.

■ L'apprentissage à l'analyse des pratiques

L'analyse est centrée sur la pratique, c'est-à-dire sur l'action qui a été réalisée.

Comme l'expose Philippe Péaud (2013), l'analyse des pratiques favorise l'apprentissage à partir de l'expérience vécue grâce à 3 étapes clés :

- la prise de conscience par l'apprenant de sa manière d'agir
- l'élargissement de la compréhension de la situation vécue
- les transformations possibles de sa pratique.

En stage, l'étudiant est sous la responsabilité de [3 acteurs aux rôles définis](#) :



- **le maître de stage** : fonction organisationnelle et institutionnelle garantissant la qualité pédagogique du stage et exercée en général par le cadre de santé du service
- **le tuteur de stage** : fonction pédagogique du stage assurant un accompagnement et l'évaluation de la progression de l'étudiant
- **les professionnels de proximité** : fonction pédagogique au quotidien par leurs présences lors des séquences de travail et leurs accompagnements dans la réflexion et l'explicitation des situations et du vécu de stage.

À chaque fin de stage, l'étudiant insère une à 2 analyses de pratique dans son portfolio. Le formateur référent porte une appréciation au cours d'un suivi pédagogique au retour du stage selon une progression définie de l'apprentissage sur les 3 années.

En institut de formation des soins infirmiers (IFSI), des ateliers d'analyse des pratiques sont organisés soit sur du temps de stage (1/2 journée/stage) soit sur du temps dit « de suivi pédagogique ». Il n'y a pas de temps dédié aux analyses de pratiques en IFSI dans la maquette de formation.

Un des dispositifs de formation de groupe le plus utilisée est la GEASP (Groupe d'entraînement à l'analyse des situations professionnelles), une méthode en 6 étapes :

- choix de la situation en groupe
- l'exposition : l'apprenant présente la situation
- l'exploration : le groupe questionne factuellement pour éclaircir la situation, l'apprenant répond permettant la (re)construction de la situation par le groupe
- l'interprétation : échanges sur les hypothèses de compréhension et d'action par le groupe seul



- reprise de la parole par l'apprenant : réaction aux hypothèses interprétatives et expression des bénéfices personnels de la séance
- clôture par l'animateur.

■ Une innovation pédagogique soutenue par les ARS : la simulation en santé

La simulation en santé est une méthode pédagogique active et innovante, basée sur l'apprentissage expérientiel et la pratique réflexive ([guide de bonnes pratiques en matière de simulation en santé, HAS, décembre 2012](#)).

La simulation repose sur le principe éthique : « *jamais la première fois sur un patient* » et « *jamais sur un pair en salle de pratique* ».

Elle se décompose en 3 phases : le briefing, le déroulement du scénario de simulation, le débriefing.

Cette méthode est complémentaire à l'alternance traditionnelle stages / IFSI. L'étudiant peut en bénéficier soit au sein de l'IFSI, soit au sein de l'université référente, soit au sein des établissements/stages quand elle y est développée.

L'efficacité de cette méthode pédagogique pour l'entraînement à la réflexivité, à la gestion des risques et pour le développement de l'inter-professionnalité a été démontrée (Steeve Boisdenghein, professeur Rémi Gagnaire). Les programmes incluent systématiquement différents professionnels du soin (médicaux et non médicaux) tant dans les équipes de formateurs (3 professionnels) que dans le groupe des apprenants (étudiants, médecins, paramédicaux, professionnels de la santé).

■ De la formation initiale à l'exercice professionnel : les difficultés de la transposition des acquis de la formation

Tensions organisationnelles génératrices d'interruptions de tâches

La problématique d'interruptions de tâches chez les soignants (infirmières/aides-soignants) est liée fortement mais non exclusivement à l'intensification du travail. L'anecdotique est compensé aisément par l'infirmier. Le récurrent ne peut plus l'être sans compromettre la vigilance et la concentration du professionnel.

Il serait nécessaire de recréer une fonction de régulation des activités et de l'information qui permette d'assurer l'accueil téléphonique et physique du service et de filtrer l'accès à l'infirmier. Le temps soignant est ainsi davantage préservé (écoute patient/famille ; pratiques consciencieuses, traçabilité fine, temps de concertations interprofessionnels restaurés).

La capacité d'encadrement des étudiants, des nouveaux arrivants et des intérimaires s'effondre

Les fortes contraintes budgétaires pesant sur les établissements et leurs effectifs ces dernières décennies, couplées à l'érosion de l'attractivité des métiers du soin provoquent une forte baisse de la capacité d'encadrement des professionnels et des étudiants ainsi que le processus vertueux du « management des connaissances »³ (travaux d'Ikujiro Nonaka et travaux d'Edgar Morin). Le phénomène met en cause la sécurité des pratiques et donc la sécurité des soins et des prises en charge.

L'importance de la fonction tutorale fut remise en exergue avec le référentiel de formation de 2009. En effet, c'est l'ensemble de la profession infirmière qui accueille les étudiants en stages pour leur formation clinique, soit 50% du temps de formation sur les trois années. Une professionnalisation de cette fonction est souhaitée. La fonction repose exclusivement sur un engagement personnel et non valorisé.

Valoriser la fonction tutorale serait :

- identifier l'appétence pour la fonction pédagogique ;
- former avec un programme certifiant ;
- donner un temps dédié et visible, en plus de la mission clinique ;
- valoriser financièrement cet engagement et cette compétence.

Le soutien au tutorat, l'élaboration et la mise en œuvre des plans de formation nécessiteraient une coordination au sein d'un pôle d'activité médical en soutien aux cadres de santé et chef de service. Doté de solides compétences en gestion de projet et en compétences psycho-sociales, ce coordinateur contribuerait à la pérennité des politiques de formation.

Des relations de travail « médecins/soignants » efficaces sont nécessaires pour garantir la sécurité et qualité des soins

La qualité des relations médecins/soignants a un impact sur la sécurité et la qualité des soins. L'écoute et la confiance sont mises à mal par :

Des modes de communication interpersonnelle non adaptés, tels que : l'autoritarisme, la condescendance, le non-respect des règles de la bienséance

Une synchronisation des temps médicaux et soignants insuffisante.

Un binôme (chef de service/cadre de santé) formé aux compétences managériales attendues pilote l'unité :

- acquisition et développement des connaissances en management participatif, en gestion des conflits, gestion des personnalités difficiles
- analyse régulière de ses pratiques (ex : la simulation en management)



Le développement de la confiance interpersonnelle intra-équipe est une priorité du binôme managérial (chef de service/cadre de santé) et du service. Elle se définit comme « *une ressource sociale qui facilite la coopération en permettant une meilleure coordination des interactions entre des acteurs* ».

Le binôme aura la responsabilité de :



- faire élaborer en équipe les valeurs qui soutiennent le travail en équipe, les incarner en tant que responsables du service par l'exemplarité puis accompagner les professionnels à s'approprier et respecter ces valeurs ;
- centrer les énergies sur la recherche de solution et non sur le problème ;
- développer et soutenir la parole professionnelle de chaque intervenant auprès du patient par la mise en place de « rituels » permettant l'expression équitable, sans hiérarchisation de statut.

Par exemple, un agent de services hospitaliers (ASH) recueille souvent des confidences et des observations des patients qui sont utiles au médecin et à l'infirmière.

Ces rituels identifiés et connus de chacun peuvent être : une réunion sur les « irritants » de la semaine, un point journalier de transmissions, une participation effective aux staffs médicaux, etc.

Il faut supprimer les inégalités d'accès à la formation professionnelle continue et l'effectivité du DPC à non contrôlé.

La certification périodique des infirmiers sera obligatoire à partir du 1^{er} janvier 2023 et on constate que ces professionnels disposent des prérequis nécessaires à la mise en œuvre des [3 premiers blocs d'actions du programme minimal](#) compte tenu de leur formation initiale mais aussi de leurs valeurs professionnelles telles qu'ils en font serment au code de déontologie. En revanche, le Conseil national de certification périodique devra expliciter les attendus du 4^{ème} bloc d'action « Mieux prendre en compte leur santé personnelle ». L'état de santé est dépendant de l'environnement de l'individu et en l'espèce de son environnement de travail sous la responsabilité de son employeur.

4. FAIRE DE LA SÉCURITÉ DES SOINS UNE PRIORITÉ DE LA GOUVERNANCE HOSPITALIÈRE ET TERRITORIALE



4.1 Le rôle de la commission médicale d'établissement

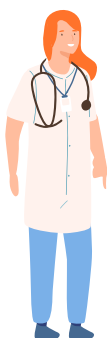
■ Une responsabilité clairement définie dans le Code de la santé publique

La loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires (loi HPST) précise pour la première fois que « (...) la commission médicale d'établissement (CME) contribue à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ainsi qu'aux conditions d'accueil et de prise en charge des usagers... ». Depuis, le législateur a réaffirmé à plusieurs reprises ce rôle premier de la CME et de son président.

Ainsi, le décret de mai 2021 relatif aux attributions des présidents de commission médicale de groupement et de commission médicale d'établissement souligne le rôle de la CME :

- **Article 2 :** « Le président de la commission médicale d'établissement, vice-président du directoire, est chargé, conjointement avec le directeur de l'établissement public de santé, de la politique d'amélioration continue de la qualité de la sécurité et de la pertinence des soins ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers, sous réserve des attributions de la commission médicale d'établissement. Il est chargé, avec le directeur, du suivi de cette politique. Il peut organiser des évaluations internes à cette fin. Il veille à la mise en œuvre des engagements de l'établissement en matière d'amélioration de la qualité de la sécurité et de la pertinence des soins, qui résultent notamment des inspections des autorités de tutelle et de la procédure de certification. Le président présente annuellement à la commission médicale d'établissement son programme d'actions, en tenant compte des actions déjà mises en œuvre. »

- **Article 4 :** « La commission médicale d'établissement contribue à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité et de la pertinence des soins, notamment en ce qui concerne : 1° La gestion globale et coordonnée des risques visant à lutter contre les infections associées aux soins et à prévenir et traiter l'iatrogénie et les autres événements indésirables liés aux activités de l'établissement ; 2° Les dispositifs de vigilance destinés à garantir la sécurité sanitaire ; 3° La politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles ; 4° La prise en charge de la douleur ;



5° Le plan de développement professionnel continu pour le personnel médical, maïeutique, odontologique et pharmaceutique en cohérence le cas échéant avec les orientations définies au niveau du groupement. »

Dans ce cadre, la lutte contre les événements indésirables associés aux soins constitue un point d'attention particulier, rappelé dans le décret du 6 décembre 2019 (art.1) : « *Le représentant légal de l'établissement de santé, après concertation avec le président de la commission médicale d'établissement dans les établissements*

de santé publics, ou avec la conférence médicale d'établissement dans les établissements de santé privés, arrête l'organisation de la lutte contre les événements indésirables associés aux soins.

Cette organisation vise :

- 1° à mettre en œuvre des actions de formation des personnels et des actions de communication en direction des personnels et des usagers permettant de développer la culture de sécurité dans l'établissement*
- 2° à disposer d'une expertise relative à la méthodologie de gestion des risques associés aux soins, en particulier l'analyse des événements indésirables*
- 2° bis à mettre en place un dispositif visant à recueillir l'ensemble des événements indésirables associés aux soins constatés au sein de son établissement et à procéder à leur analyse afin de mettre en place des mesures préventives ou correctives*
- 3° à permettre à la commission médicale d'établissement ou à la conférence médicale d'établissement de disposer des éléments nécessaires pour proposer le programme d'actions mentionné aux articles [L. 6144-1](#) et [L. 6161-2](#), assorti d'indicateurs de suivi, en vue de lutter contre les événements indésirables associés aux soins*
- 4° à permettre à la commission médicale d'établissement ou à la conférence médicale d'établissement de disposer des éléments nécessaires à l'élaboration d'un bilan annuel des actions mises en œuvre*
- 5° à assurer la cohérence de l'action des personnels qui participent à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins*
- 6° à permettre à la commission médicale d'établissement ou à la conférence médicale d'établissement de disposer des éléments relatifs à la sécurité transfusionnelle et à l'hémovigilance et à assurer la cohérence de l'action des personnes qui assurent une activité transfusionnelle. »*

■ Construire et pérenniser une politique partagée d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques

Tel est le défi qu'ont dû et doivent encore relever les acteurs des établissements de santé, au-delà des textes législatifs et même si ces derniers en décrivent très précisément les contours.

La certification des établissements de santé par la HAS constitue un des éléments structurants de cette démarche. Cependant, son caractère épisodique associé aux premières itérations perçues comme trop procédurières (succession d'une préparation puis d'un examen puis d'une « note »), trop éloignées de la réalité ressentie par les professionnels, ne lui ont pas permis d'impulser à elle seule une dynamique positive et pérenne. L'avènement de [la nouvelle procédure de certification de la qualité des soins](#) infléchira, on peut l'espérer, cette impression. Il a donc fallu, et il faut encore, mettre en place une politique et une organisation qui impliquent, au plus près, les communautés médicales et soignantes.

Plusieurs obstacles se dressent sur cette route.

Le 1^{er} est culturel : comment convaincre de la nécessité d'inscrire la prose quotidienne dans un récit lisible par tous, et en premier lieu les usagers, passer de cette conviction sincère de tout faire pour le mieux à la capacité de le décrire, de l'objectiver et donc de le critiquer, au sens noble du terme, pour l'améliorer et non pour en faire un outil punitif ?

Le 2nd est conceptuel : comment orienter une expertise méthodologique, celle des qualitiens, pour la mettre réellement au service des professionnels ; le processus de qualité n'étant pas une fin en soi, quelle est la place des « directions qualité et gestion des risques », celle du service et de l'accompagnement ou celle d'une machinerie dont la survivance dépendrait d'une complexité organisée de plus en plus déconnectée ?

Le 3^{ème} est organisationnel : comment faire vivre et développer cette politique, c'est-à-dire la faire naître et l'alimenter, à la fois dans les services au plus près des professionnels et des usagers mais aussi au niveau de l'institution qui a toute légitimité pour imprimer des orientations communes à tous ?

Pour y répondre, les communautés hospitalières ont mis en place des « cellules qualités » au niveau des services, ce qui paraît pertinent, parfois au niveau des pôles, ce qui le semble moins.

On doit à la vérité de dire que l'implication des personnels soignants et particulièrement de l'encadrement y est forte, celle des médecins est souvent nettement moins vivace. Ces cellules sont le lieu des comités de retour d'expérience (CREX), même s'ils peuvent être institutionnels, et des RMM, du dialogue entre professionnels et de l'expression de la « vraie vie ». Les qualitiens y ont toute leur place dans le soutien méthodologique. Les CME se doivent d'être à l'écoute de ce niveau de proximité, d'organiser la prise en compte du travail qui y est fait pour qu'il alimente à son tour la définition de la

politique qualité et gestion des risques de l'établissement. C'est le rôle des structures de coordination (sous-commissions ou comités de coordination de la qualité et de la gestion des risques...) qui réunissent les vigilances réglementaires, les cellules qualité, le coordonnateur et les équipes de la direction qualité.

C'est à ce prix que la stratégie institutionnelle définie par la CME et la direction sera basée sur la réalité, et la culture qualité réellement partagée dans un incessant mouvement de va et vient entre « la base » et le « top management ». Les CME ont aussi une mission d'information et de promotion de la formation. Il est ainsi indispensable que figure à chaque ordre du jour des séances plénières un point « qualité et gestion des risques » rendant compte des initiatives, des avancées, des difficultés mais aussi des orientations générales discutées en son sein. Par l'intermédiaire de la sous-commission chargée de la formation continue et du DPC, bientôt de la certification périodique, elle doit promouvoir et organiser l'accès aux formations « qualité ».

Les « directions qualité » sont les partenaires incontournables de la mise en œuvre de la stratégie définie par les CME et la direction générale. [Leur mission](#) est de service, en lien étroit avec le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins désigné par le directeur général (DG) et le président de CME. Le représentant légal de l'établissement de santé désigne, en concertation avec le président de la commission médicale d'établissement dans les établissements de santé publics ou la conférence médicale d'établissement dans les établissements de santé privés, un coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins afin de veiller à ce que [les missions mentionnées aux 1° à 6° de l'article R. 6111-2 du CSP](#) puissent être remplies. Ce coordonnateur dispose d'une formation adaptée à l'exercice de ses missions. Il a accès aux données et aux informations, notamment les plaintes et réclamations des usagers, nécessaires à l'exercice de celles-ci. Ce coordonnateur sera, autant que faire se peut, un soignant, médecin ou paramédical, symbole d'une organisation placée sous le regard des pairs.

On comprend alors que seule une collaboration soutenue et sans faille entre direction, CME, coordonnateur et qualitatifs permettra à l'établissement et aux professionnels de créer les conditions du dialogue permanent et complémentaire gage d'une politique partagée et pérenne.

Cet état des lieux a pour objectif de décrire l'environnement dans lequel s'inscrira l'accréditation individuelle et collective proposée dorénavant à tous les praticiens publics des spécialités dites à risque. Elle l'était déjà pour ceux exerçant une activité libérale.

L'expérience a démontré que cette initiative personnelle est dans l'immense majorité des cas totalement parallèle à ce qui est décrit ci-dessus et n'arrive donc pas à croiser avec la dynamique de l'établissement. Il n'y a que très rarement de remontée au niveau institutionnel même si le PCME est informé par la HAS au cas par cas, il n'y a donc pas, le plus souvent, de valorisation institutionnelle de ces démarches.

L'un des premiers enjeux pour la CME sera donc d'ajouter au bénéfice individuel, un bénéfice collectif. En préambule, il paraît indispensable de rendre obligatoire la déclaration de son adhésion à l'accréditation individuelle auprès de la CME, du coordonnateur de la gestion des risques liés aux soins et de la direction qualité.

La connaissance d'une telle démarche par les collègues doit constituer un incitatif fort à y adhérer soi-même. De ce fait le partage du retour d'expérience doit être promu au plus près, en service, mais aussi en CME. Il doit servir de base d'information sur la méthode. La notion de dialogue et d'évaluation entre « pairs » doit être particulièrement mise en avant : on se reconnaît plus facilement le droit « à l'erreur », à l'analyse et à la critique entre professionnels subissant les mêmes contraintes et difficultés mais connaissant aussi la réalité des atouts, des forces et des ressources pour y remédier.

Il faut de même souligner que l'engagement d'une démarche sur plusieurs années permet d'éviter l'effet « yoyo » généré par la certification HAS de l'établissement. La prise en compte croissante, par cette dernière, des accréditations individuelles et en équipe, là où elles ont été initiées, doit être rappelée.

Un autre enjeu est de se servir de la méthode pour développer la culture des RMM et permettre ainsi aux équipes d'éprouver le lien concret entre politique qualité et pratique quotidienne. Là encore, la CME a un rôle primordial. Si l'éligibilité de l'accréditation se limite aux spécialités dites à risque, la politique de l'établissement peut mettre en avant la méthode et l'appliquer à toutes les autres spécialités. Les patients et parcours traceurs, développés dans le cadre de la certification, permettent la détection d'évènements indésirables liés aux soins qui peuvent alimenter les RMM. L'analyse par des pairs permet de lever l'ambiguïté que peut soulever une déclaration « administrative ». L'ensemble peut ainsi concourir à l'appropriation de la méthode et favoriser la cohérence de la démarche institutionnelle.

La CME doit aussi jouer son rôle dans la promotion d'une amélioration de la qualité de vie au travail par l'amélioration de la sécurité des soins qui en est un facteur majeur. Elle pourra dans cet esprit, la promouvoir à travers l'entretien individuel annuel auquel les praticiens ont désormais accès. Le partage d'objectifs d'amélioration de la qualité, des moyens nécessaires pour les mettre en œuvre, de formation, avec son chef de service, chef de pôle ou PCME, ouvre un espace jusqu'alors très peu exploré.

Ce focus « qualité et gestion des risques » peut aussi être apprécié lors de l'embauche d'un praticien ou lorsqu'il aborde un poste institutionnel à responsabilité, l'expérience dans ce domaine lui conférant une réelle plus-value.

Enfin, la CME a désormais un [rôle proactif reconnu de proposition au directoire](#) :
« I.-La commission médicale d'établissement peut faire au président du directoire des propositions sur les matières suivantes :

- 1° *toute opération liée à la mise en œuvre du projet médical, ainsi que les modalités de suivi et d'évaluation de celui-ci*
- 2° *le programme d'actions relatif à l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins de l'établissement ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers, en cohérence, si l'établissement est partie à un groupement hospitalier de territoire, avec la politique territoriale du groupement en la matière ».*

Cela lui donne l'occasion de susciter toutes les initiatives permettant le développement de telle ou telle méthode.

■ Saisir l'opportunité de l'accréditation en équipe

Le monde hospitalier subit depuis plusieurs années des contraintes l'amenant peu à peu à une crise du sens : le sens du soin, le sens des métiers... Une bonne part de cette perception est liée au sentiment d'une qualité « empêchée ». Les professionnels sont prisonniers d'un conflit de loyauté entre eux-mêmes et leur aspiration propre à bien faire et l'institution dans son incapacité à leur permettre de la réaliser. Cette crise éthique est profonde et pousse au repli sur soi, à ne plus faire que le minimum voire à jeter l'éponge et partir.

Dans cette morosité, l'équipe et le travail en commun ouvrent, lorsqu'ils existent, la possibilité de retrouver du sens ensemble voire, pour un temps, un destin commun.

L'accréditation en équipe trouve alors toute sa place. La CME a le devoir de s'en saisir et de la promouvoir par l'information et, lorsque c'est nécessaire, par la formation. Elle doit être à l'écoute des équipes qui par la nature de leur activité s'y prêtent particulièrement. Par sa connaissance de l'établissement, de ses forces et de ses faiblesses, elle peut détecter les secteurs où cela aurait une pertinence particulière. Dans son ensemble, l'institution aura ainsi tout intérêt à en décliner les moyens nécessaires.

4.2 Le rôle de la direction d'établissement

Après 20 ans d'incitations diverses, la plupart des établissements de santé est aujourd'hui engagé dans le déploiement d'une démarche institutionnelle transversale visant à prévenir et maîtriser les risques associés à son activité.

En pratique, les établissements et leurs directions qualité doivent animer cette démarche en répondant à différents dispositifs plus ou moins contraignants : la certification des établissements, l'accréditation individuelle des médecins, l'accréditation en équipe, le développement professionnel continu (DPC), les évaluations de pratiques professionnelles (EPP), etc.

Par ailleurs, les pouvoirs publics développent régulièrement de nouveaux programmes et mesures incitatives telles que les programmes d'amélioration continue du travail en équipe ([PACTE](#)), les primes d'engagement collectif, etc.

Le dispositif d'accréditation vise à prévenir les EIAS évitables en incitant les médecins à les déclarer, les analyser et à contribuer ainsi à la production de recommandations à mettre en œuvre. Ce dispositif s'inscrit donc pleinement dans les objectifs d'une démarche institutionnelle d'amélioration continue pilotée par les risques et ne peut que bénéficier naturellement du soutien de la gouvernance d'un établissement.

Les EIAS déclarés dans ce cadre sont l'une des sources de données que l'établissement doit pouvoir exploiter pour mener son analyse de risques et éclairer ses décisions. Malheureusement, la plupart des établissements n'a pas aisément connaissance de la liste de « ses » médecins engagés et des EIAS qu'ils déclarent. Par ailleurs, la base REX constituée par ces EIAS déclarés n'est pas accessible aux établissements qui sont donc privés de ces données.

Dans ce mouvement de multiplication croissante de divers dispositifs, l'expérience terrain (patients ET professionnels) doit constituer la ligne directrice. Le soutien de la gouvernance des établissements au dispositif d'accréditation sera d'autant plus naturel qu'il permettra de donner du sens et coordonner les actions autour des EIAS avec les équipes concernées.

Alors que la démarche pilotée par l'établissement vise expressément le déploiement de la culture sécurité et de la gestion des risques sur le terrain, la bonne intégration de ces dispositifs est seule à même de répondre aux enjeux de sécurisation, appropriation et pertinence.

Une démarche d'amélioration continue pilotée par les risques suppose a minima de connaître les risques et de mettre le collectif en position de les maîtriser voire de les supprimer.

Sans connaissance des démarches d'accréditation menées par « ses » médecins/équipes, l'établissement ne peut intégrer ces éléments dans son analyse globale des risques et les utiliser pour éclairer sa décision. Il est donc privé d'une dimension pourtant essentielle à ses enjeux de prévention / sécurisation. En effet, l'établissement ne peut soutenir ces démarches et les intégrer dans ses réflexions stratégiques s'il n'a qu'une connaissance partielle des risques et facteurs sur lesquels il doit agir.

Par ailleurs, la prise en charge globale du patient est par essence pluridisciplinaire. Alors que l'équipe est communément présentée comme la première et la dernière barrière de sécurité, elle ne saurait se réduire à la dimension « équipe médicale d'une même spécialité » portée par le dispositif existant.

En cohérence avec la réalité de la prise en charge, l'établissement est naturellement enclin à soutenir les démarches en équipe, sous réserve que cette notion d'équipe corresponde bien à la dimension pluriprofessionnelle qui la caractérise au quotidien.

L'équipe est consubstantielle à l'exercice hospitalier : la prise en charge globale du patient repose nécessairement sur un travail en équipe autour de personnes qui, par l'interdépendance de leurs missions, partagent la responsabilité du résultat atteint. Il n'est donc pas envisageable qu'un établissement soutienne un dispositif qui reviendrait à agir en équipe mais à ne récompenser que certains membres de ladite équipe. Alors que la démarche d'amélioration continue repose sur la mobilisation de l'ensemble des acteurs intervenant dans ce processus, elle doit pouvoir récompenser / valoriser tous ceux qui jouent un rôle dans le dispositif de gestion des risques, quel que soit leur grade ou leur métier.

Ainsi, le déploiement de l'accréditation dans le public est aujourd'hui conditionné à plusieurs facteurs clés dont certains relèvent des établissements eux-mêmes et d'autres des pouvoirs publics.

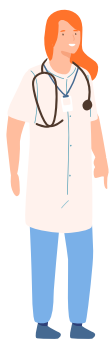
■ Engagements de la gouvernance des établissements

- Une gouvernance médico-administrative et soignante de la démarche qualité sécurité

En déclinaison de la nouvelle gouvernance, le binôme DG / PCME doit impulser une stratégie institutionnelle de maîtrise et réduction des risques traduite dans les priorités stratégiques en matière de qualité et sécurité.

La mise en œuvre opérationnelle des actions prioritaires gagne à être confiée à un binôme médico-administratif de coordination de la gestion des risques associés aux soins :

- animant une délégation pour la gestion des risques associés aux soins ; Regroupant a minima en bureau, un membre du corps médical, la direction qualité, la direction des soins et la pharmacie
- associant toutes les compétences médico-soignantes, techniques, logistiques, etc. nécessaires selon les thématiques de travail.
- Un pilotage par les risques permettant de repérer les axes de travail et de prioriser les actions d'amélioration en réponse aux problématiques quotidiennes des équipes
 - des priorités qualité sécurité objectivées par les risques
 - des priorités inscrites dans le dialogue de gestion avec les pôles, en écho une politique institutionnelle de réduction des risques dont l'accréditation est un levier



- un mécanisme d'intéressement qualité permettant d'inciter financièrement les équipes à atteindre ces objectifs prioritaires.
- La réussite de la démarche de gestion des risques de l'établissement passe par une dimension systémique essentielle : les médecins engagés dans l'accréditation individuellement ou en équipe doivent être incités à être des relais / ambassadeurs de la culture sécurité. Ainsi inscrits dans un réseau de référents qualité sécurité, ils ne peuvent que trouver des avantages à un dispositif institutionnel qui valorise leurs démarches et les soutient dans leurs actions.
- l'établissement doit renforcer l'articulation entre démarche qualité sécurité et dispositif de gestion des projets qui, s'il intègre habituellement des dimensions ressources humaines ou financières, doit aussi pouvoir valoriser la plus-value qualité sécurité et contribuer à l'amélioration du service médical rendu au patient.

■ Engagements attendus des pouvoirs publics

- Une articulation / intégration du dispositif d'accréditation avec la démarche qualité sécurité d'un établissement

Cela suppose :

- que les médecins accrédités soient des acteurs de la communication entre l'établissement de santé et leurs OA de façon à permettre d'envisager des plans d'action issus de leurs déclarations ou de celles faites par des pairs au sein de leur organisme
- que les informations dont dispose la HAS à partir de l'analyse globale des données recueillies au titre de l'accréditation (et de la certification des établissements de santé) soient communiquées aux établissements de santé pour la mise en œuvre de leur politique qualité.

Dans cette perspective, il est proposé de repenser les modes de fonctionnement notamment pour garantir que l'établissement ait connaissance des médecins engagés / accrédités et des EIAS qu'ils déclarent. Il sera ainsi mis en position :



- d'apporter un appui méthodologique aux médecins / équipes volontaires
- de favoriser une analyse de meilleure qualité et au bénéfice de la prise en charge
- d'enrichir sa démarche institutionnelle de prévention/gestion des risques.

Le modèle d'une déclaration interne à l'établissement et d'une analyse approfondie en équipe avant déclaration par le médecin à son OA comme cela est déjà réalisé pour les démarches en équipe, pourrait être privilégié. L'accréditation en équipe incite en effet les professionnels à analyser collectivement les EIAS, en interne à leur établissement et avec son soutien méthodologique afin de définir ensuite les EIAS qui seront déclarés dans la base REX de l'accréditation.

- Une vision transversale et pluriprofessionnelle de l'équipe, cohérente avec les enjeux du parcours patient et de la structuration de filières

La limitation du dispositif aux seules spécialités à risques est aujourd'hui dépassée. C'est la dimension de l'activité à risque voire de la population à risque qui doit prévaloir et devrait inciter à ouvrir le dispositif d'accréditation à d'autres activités telles que la pharmacie, la gériatrie ou les urgences.

Les interfaces et ruptures de parcours constituent désormais le véritable enjeu de maîtrise des risques.

C'est donc pour favoriser la coordination des équipes que le dispositif d'accréditation devrait être porté tant au sein d'un établissement que dans ses relations avec la ville et dans son action territoriale au niveau du GHT, notamment pour sécuriser l'ensemble des activités non programmés.

- La coordination - au-niveau national - des différents dispositifs qui aujourd'hui se juxtaposent sans se croiser et ne permettent pas aux établissements comme aux équipes, d'en tirer les bénéfices potentiels.

Il ne devrait pas revenir à chaque établissement de santé de se débrouiller pour donner du sens et de la cohérence, à ces objets qui s'empilent autour d'un même enjeu de prévention / réduction des risques.

Une simplification des dispositifs est essentielle pour redonner du sens et favoriser le soutien des établissements au dispositif d'accréditation.

Pour soutenir l'intérêt à agir et encourager les acteurs investis dans l'accréditation collective (établissements de santé et équipes), nécessité de proposer des mesures de simplification et valorisation, notamment :



- une procédure qui valorise la compétence en gestion des risques lors d'une demande d'autorisation
- pour les établissements à dimension universitaire, l'octroi de points pour faciliter l'obtention de projets de recherche (programme hospitalier de recherche clinique, etc.)



- pour chaque membre de l'équipe, la garantie de pouvoir valoriser son implication dans le/les dispositifs le permettant : accréditation, DPC, EPP, prime d'engagement collectif.

Ces mesures pourraient contribuer fortement à la légitimité du dispositif d'accréditation comme levier dans une stratégie institutionnelle de réduction des risques.

4.3 Le rôle du CGRAS et la médicalisation de la direction qualité et gestion des risques

■ « Mieux manager pour mieux soigner »

Pour faciliter la mise en œuvre des évolutions attendues dans la simplification et le management à l'hôpital public instituées par la réglementation récente d'une part et les travaux du Ségur de la santé d'autre part, [un guide pratique « Mieux manager pour mieux soigner »](#) a été rédigé sous le pilotage du professeur Olivier Claris.

Un rapport précédent du même auteur avait proposé de nombreuses recommandations concernant la gestion des risques, notamment les évolutions attendues en termes de pratiques de gouvernance tant institutionnelles que managériales de proximité. Le rapport « Mieux manager pour mieux soigner » affirme l'importance de la gouvernance médico-administrative des établissements en renforçant la place des médecins, des soignants et des usagers dans les réflexions et les décisions et l'indispensable mobilisation autour d'une dynamique de projets. Le déploiement de l'accréditation à l'hôpital public incarne tous les attendus de ces évolutions incontournables.

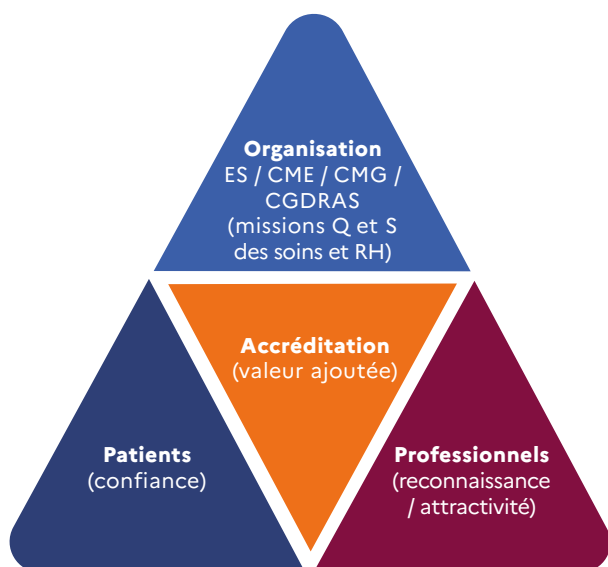
■ Accréditation et médicalisation de la gestion des risques

La fonction de coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins (CGRAS), apparue dans la loi il y a plus de 10 ans, est celle d'un chef d'orchestre de la gestion des risques en établissement de santé. Sa mission s'appuie sur l'ensemble des spécialistes et professionnels investis dans les risques interventionnels, liés aux médicaments, aux infections associées aux soins, et sur le réseau des correspondants des différentes vigilances, pour apporter son expertise au Président de la CME et au directeur général. Ceux-ci doivent « décider conjointement du projet médical et de la politique de qualité et de sécurité des soins » selon la recommandation n°2 du rapport de Olivier Claris reprise dans la loi Rist ainsi que dans les textes sur la gouvernance des GHT et la médicalisation des décisions à l'hôpital. Dans la composition des commissions médicales de groupement (CMG) figure, avec voix consultative, un représentant de tous les coordonnateurs de la gestion des risques associés aux soins du territoire.

Installer l'accréditation, notamment en équipe, projet qui a pour objectif la qualité et la sécurité des soins au sein des établissements hospitaliers publics, voire à

l'échelle des GHT, doit pouvoir s'appuyer sur ces femmes et ces hommes, le plus souvent soignants médecins ou pharmaciens dans les grands établissements, en pleine collaboration avec les directions qualité qui partagent les mêmes ambitions et peuvent en fournir le support méthodologique.

Intégrés aux équipes de soins, les CGRAS ont la légitimité et la dimension professionnelle nécessaires pour diffuser les meilleures pratiques et assurer la vision institutionnelle d'une démarche telle que l'accréditation, située à l'interface entre les établissements et les organismes agréés des spécialités, entre les pratiques professionnelles et la formation continue, entre la gestion des risques et les ressources humaines.



CME comme CMG rempliront en déployant l'accréditation en lien avec le CGRAS, leurs missions d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et de promotion de la qualité de vie au travail. Ainsi, tous les « acteurs » du système de soins bénéficieront de la dynamique portée par la démarche d'accréditation déployée en mode projet collectif :

4.4 La construction de la territorialisation de la gestion des risques

Dès 2010, la loi rappelait les exigences en matière de gestion des événements indésirables liés aux soins et encourageait les établissements de soin à se réunir pour en organiser la lutte :

- [décret n°2010-1408 du 12 novembre 2010](#) relatif à la lutte contre les événements indésirables liés aux soins dans les établissements de santé
- [circulaire N°DGOS/PF2/2011/416 du 18 novembre 2011](#) en vue de l'application du décret 2010-1408 du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé

[La loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016](#) de modernisation de notre système de santé a créé l'obligation pour les établissements publics de santé de se constituer en groupement hospitalier de territoire (GHT). Au-delà de la mise en commun de fonctions supports, l'objectif principal est l'organisation d'une offre de soin graduée et sécurisée à travers la mise en œuvre d'un projet médical (et soignant) partagé (PMP).

Dans l'esprit du législateur, le temps où l'on pouvait tout faire partout est révolu, cette illusion se heurtant à la crise de la démographie médicale et soignante ainsi qu'aux exigences de qualité et de sécurité indispensables au bon exercice de l'art. [L'ordonnance 2021-291 de mars 2021](#) crée les commissions médicales de groupement (CMG) obligatoires qui héritent, en miroir de ce qu'elles sont pour les CME, de responsabilités pleines et entières en matière de qualité et gestion des risques.

Le chapitre II du titre III du livre Ier de la sixième partie du code de la santé publique est ainsi modifié : « *Art. L. 6132-2-1.-I.-Il est institué dans chaque groupement hospitalier de territoire une commission médicale de groupement. La commission médicale de groupement exerce les missions et les attributions suivantes (...). Elle contribue à l'élaboration de la politique territoriale d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité et de la pertinence des soins, ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers.*

Le président de la commission médicale de groupement exerce les missions et les attributions suivantes (...). Conjointement avec le président du comité stratégique, il définit la politique territoriale d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité et de la pertinence des soins ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers ».

Le cadre est ainsi posé d'une responsabilité commune, plus que partagée, entre CME et CMG. En effet, on aurait pu imaginer que les CME gèrent la thématique au sein de l'établissement et les CMG au sein du GHT. Comme si l'on pouvait distinguer les 2. Le parcours d'un patient sur un territoire le confronte à toutes les ruptures potentielles de prise en charge et donc à tous les dangers.

Cela impose que cette dimension soit prise en compte à tous les niveaux et coordonnée. Cela rend indispensable un axe « qualité et gestion des risques » dans le projet médical partagé. Son animation par un groupe ou une commission « qualité et gestion des risques », composé non seulement de qualificateurs mais aussi, voire principalement, de soignants, médecins et paramédicaux, favorisera le partage d'expérience et de pratiques poussant les uns et les autres à leur amélioration. Dans sa déclinaison opérationnelle, cela nécessite la présence d'un membre « qualité et gestion des risques » dans chaque groupe de travail du PMP.

La possibilité de créer des équipes territoriales voire des pôles de territoire est l'illustration de l'interconnexion des organisations, des pratiques et donc de leur nécessaire cohérence. Pour aller plus loin, engager une logique de mutualisation des équipes dédiées à la qualité permet au GHT d'atteindre une « masse critique », de partager et d'optimiser des moyens, d'approfondir la démarche, et de pouvoir ainsi prétendre à un niveau d'expertise et de spécialisation que chaque équipe isolée ne pourrait obtenir.

Le rôle du coordonnateur de la qualité et gestion des risques liés aux soins du territoire est ainsi primordial. Il devra être le garant de cette réflexion et de sa déclinaison au plus près. Il est membre de droit à titre consultatif de la CMG.

Comme pour la CME, il faut encourager à ce qu'il soit un soignant, médecin ou paramédical, pour garder cette vision d'une organisation placée sous le regard des pairs.

À titre d'illustration, voici le profil de poste proposé par le GHT de Vendée :

QUALIFICATIONS ET DIPLÔMES

- diplôme d'État de docteur en médecine
- inscription au tableau du Conseil de l'ordre
- spécialiste d'une discipline clinique médicale, chirurgicale, ou médico
- technique ou spécialiste en santé publique
- formation complémentaire dans le domaine de la qualité et de la gestion des risques

MISSION

- assurer le pilotage opérationnel et coordonner la gestion des risques associés aux soins
- mettre en œuvre le programme d'actions
- contribuer au déploiement et au renforcement d'une culture de sécurité des soins
- contribuer à la définition des orientations stratégiques de l'établissement en matière de qualité et de sécurité des soins et à l'élaboration du programme d'actions pour la qualité et la sécurité des soins
- assurer la cohérence de la démarche de gestion des risques associés aux soins avec les différents projets de l'établissement dans les domaines de la qualité, de l'évaluation des pratiques, du développement professionnel continu, de la certification d'établissement, de l'accréditation d'activités ou encore notamment de l'accréditation des médecins des spécialités à risques
- coordonner les actions engagées par les différents professionnels et les vigilants impliqués dans la gestion des risques associés aux soins, que ceux-ci soient directement liés aux patients ou liés à la vie hospitalière (circuit du médicament, vigilances, risques directement associés à la pratique de soins, risques professionnels, risques environnementaux, risques techniques, risques liés aux travaux ou autres risques ayant un impact pour la sécurité du patient)
- apporter conseil et expertise méthodologique pour : l'analyse des événements indésirables, des plaintes et réclamations et faciliter leur intégration dans le programme d'actions qualité et sécurité des soins du CHD et également en lien avec la dynamique départemental du GHT85, la mise en œuvre d'évaluations de pratiques professionnelles (exemples : RMM, CREX, audit...), la

validation de documents et contribuer à la veille scientifique et réglementaire. « *Le développement d'une culture qualité commune au sein d'un GHT permet aux communautés médicales impliquées de mieux appréhender la similitude des problématiques entre les établissements, quelles que soient leur activité et leur taille, de créer des espaces d'entraide, pour tenter de délivrer la même qualité de soins à l'ensemble des patients* ». C'est ainsi que la SHAM (assureur et gestionnaire de risques des acteurs de la santé) résume [sa perception du processus en cours](#) ce qui démontre tout l'intérêt que les organismes assurantiels y portent avec, espérons-le, un effet positif sur le montant des primes des établissements qui s'y sont engagés.

Au-delà de l'évolution des organisations au niveau d'un territoire, la question se pose de savoir si l'outil « qualité et gestion des risques » peut et doit être un moteur de transformation par l'impact qu'il pourrait avoir sur la définition d'une gradation des soins et sur l'évaluation de leur pertinence.

Aborder une organisation de l'offre de soin en partant de la réelle capacité à organiser une activité en toute sécurité et qualité est infiniment plus bénéfique pour l'utilisateur que de la maintenir à tout prix pour des raisons souvent très éloignées de cet objectif. Le raisonnement est ainsi inversé : quels sont les besoins, quels sont les moyens pour y répondre, quel écart existe et comment le combler ou graduer la réponse honnêtement ? En ce sens, les méthodes notamment du « parcours traceur » seraient un bon moyen d'évaluer le service médical rendu des filières de territoire et de recueillir la perception du patient sur son expérience et ce qu'il pense « gagner » à sa prise en soin territorialisée.

La réforme des autorisations en cours de déploiement devrait faire évoluer cette réflexion dans le bon sens même si les équilibres qui y ont été trouvés ne l'illustrent pas toujours. L'évolution vers des autorisations délivrées aux GHT n'a pas été retenue. La définition de conditions techniques de fonctionnement à ce niveau aurait pu dynamiser une vision territoriale plus cohérente.

Le rôle des ARS en lien avec celui des commissions spécialisées de l'offre de soins (CSOS) sera ainsi déterminant mais peut-être moins que celui des acteurs eux-mêmes pour peu qu'ils aient la capacité à proposer des solutions et à oser les coopérations rendues nécessaires par la réalité de leur territoire. On peut ainsi penser que, partant de cette logique, une politique commune de qualité et gestion des risques définie d'un commun accord au niveau du GHT constitue un levier puissant de gradation et donc de sécurisation des parcours de soin.

L'accréditation individuelle mais plus encore en équipe constitue alors une démarche parfaitement cohérente dans cet environnement en pleine mutation. Comme la CME, la « commission qualité et gestion des risques » de la CMG doit être informée des démarches, elle doit informer et former tous les praticiens à cette méthode, la promouvoir en particulier lorsqu'une démarche d'équipe ou de pôle territorial est à l'œuvre. La notion de parcours de soins est là bien plus aigüe qu'en établissement, plus sensible aux ruptures et la cohérence qu'amène une RMM de territoire est un outil puissant d'évaluation et d'amélioration.

Cependant, le territoire ne se limite pas aux établissements de santé publics. Une dimension en pleine prise de conscience est celle du lien avec les autres partenaires : les professions libérales de la ville, l'hospitalisation à domicile (HAD), les soins de suite et de réadaptation (SSR), les Ehpad, etc.

La collaboration en cours avec ces partenaires dans la définition du PMP voire d'un projet territorial de santé est une opportunité de prise en compte globale du risque lié aux soins. L'accréditation individuelle est déjà très répandue chez nos collègues libéraux, le partage de cette méthode commune dans un contexte plus large de parcours peut la faire évoluer au-delà du bénéfice assurantiel qu'elle confère.

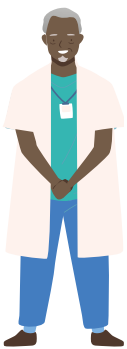
La responsabilité des OA est ici majeure dans la capacité qu'ils auront à la faire évoluer vers sa dimension territoriale dans l'avenir.

5. DÉVELOPPER DES INCITATIFS POUR ASSURER LE DÉPLOIEMENT DE L'ACCREDITATION



L'exigence éthique professionnelle de sécurité des soins et sa traduction en règles pratiques s'appliquent à tous ceux qui, quels que soient leurs rôles, agissent au sein des hôpitaux. Ce sont des valeurs auxquelles on attend que les acteurs adhèrent librement pour orienter leur action, en questionner le sens et la pertinence et adhérer aux règles définies. La sécurité des soins est une éthique qui doit guider les comportements individuels et collectifs et pour cela faire appel aux capacités de réflexion de chacun. Quand les règles de la sécurité s'imposent comme une obligation, on attend des professionnels que la conformité de leur action à la règle ne soit pas le seul fait du devoir mais résulte du respect convaincu d'un besoin professionnel.

Le déploiement dans les hôpitaux de l'accréditation des médecins exerçant une spécialité à risques ainsi que sa déclinaison en équipe a pour objectifs de promouvoir la qualité et la sécurité des soins auxquels les patients sont en droit légitime de s'attendre ainsi que la formation de toutes et tous à la culture de sécurité. Les principes éthiques énoncés plus haut sont à prendre en considération pour toute réflexion qui porterait sur la nécessité d'accompagner ce déploiement par un ou des incitatifs. Quel sens a un incitatif quand il s'agit de promouvoir ce qu'un référentiel fixe comme une exigence ?



5.1 Les incitatifs qualitatifs en lien avec les dispositifs existants

— Certification HAS des établissements

Les nouvelles modalités de financement des organismes agréés, en facilitant l'engagement dans l'accréditation pour les médecins exerçant des spécialités à risques dans les hôpitaux, permettent d'aligner dans une même cohérence les objectifs d'amélioration des pratiques et du travail en équipe pour les médecins et la valeur de l'équipe pluriprofessionnelle comme angle d'attaque de la qualité des soins dans les établissements de santé où ils travaillent. Les patients qui sont le véritable enjeu de l'accréditation des médecins, attendent une réduction du nombre et de la sévérité des événements indésirables évitables associés aux soins. Le renforcement du lien entre accréditation des médecins et certification des établissements doit être lisible pour tous et cette lisibilité doit être claire et compréhensible notamment pour les usagers.

La certification des établissements est un incitatif pour l'accréditation.

Le critère 2.4-04 du référentiel de la certification fait explicitement référence aux actions d'amélioration fondées sur l'analyse collective des événements indésirables évitables associés aux soins qui est à la base du dispositif de l'accréditation. L'analyse des déclarations d'événements doit être traduite en plans actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins qui seront expliqués, communiqués, mis en œuvre et suivis.

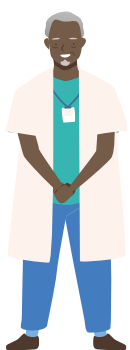
Le critère 3.7-06 engage clairement la responsabilité de l'établissement dans la promotion de l'accréditation des médecins et des équipes médicales : « *La gouvernance de l'établissement promeut le programme d'accréditation, assure la logistique nécessaire à son déploiement et articule les actions menées dans le cadre de l'accréditation des médecins ou des équipes médicales avec la démarche d'amélioration de la qualité des soins et de la sécurité du patient de l'établissement.* » ... « *Les secteurs ayant une spécialité ou une activité dite « à risques » ont des médecins ou des équipes accréditées* ».

En rendant accessible pour tous les médecins qui souhaitent s'engager le dispositif de l'accréditation, ce nouveau financement ouvre les possibilités d'une montée en charge de l'affichage pour chaque établissement ainsi qu'une évolution du niveau d'exigence du critère au regard de la proportion de médecins accrédités.

L'accréditation des médecins et la certification des établissements se renforcent mutuellement : le programme d'accréditation incite les professionnels à « médicaliser » la certification des établissements ; les actions mises en œuvre dans l'accréditation pour analyser les erreurs et prévenir leur récurrence sont un point essentiel de la certification.

Les objectifs que se donne l'accréditation d'analyser les événements indésirables associés aux soins déclarés par les médecins et les équipes pour mettre en œuvre des solutions susceptibles d'en limiter le nombre et l'impact, de maintenir les compétences des professionnels et d'évaluer et améliorer les pratiques sont les mêmes que ceux recherchés et attendus par la certification.

Le déploiement de l'accréditation est une opportunité pour rendre plus visible aux praticiens, la médicalisation du référentiel de la certification et pour les inciter à faire de la certification de leur établissement un objectif partagé.



— Développement professionnel continu

Défini à [l'article L. 4021-1 du code de la santé publique](#), le développement professionnel continu (DPC) « *a pour objectifs le maintien et l'actualisation des connaissances et des compétences ainsi que l'amélioration des pratiques. Il constitue une obligation pour les professionnels de santé. Chaque professionnel de santé doit justifier, sur une période de trois ans, de son engagement dans une démarche de développement professionnel continu comportant des actions de formation continue, d'analyse, d'évaluation et d'amélioration de ses pratiques et de gestion des risques. L'engagement dans une démarche d'accréditation vaut engagement dans une démarche de développement professionnel continu* ». Le DPC est destiné aux professionnels de santé toutes professions et tous modes d'exercices confondus.

Pour être validantes, les actions de DPC doivent être mises en œuvre par un organisme de DPC, être conformes aux orientations nationales prioritaires et aux méthodes et modalités validées par la HAS.

L'accréditation des médecins /des équipes est une démarche volontaire de gestion des risques fondée sur la déclaration d'EIAS et l'amélioration de la qualité des soins et de la sécurité des patients. De fait, l'accréditation revient à juxtaposer des actions d'évaluation des pratiques et d'actualisation des connaissances orientées sur le risque. Elle constitue donc déjà un programme thématique, autour du risque, permettant de valider son DPC. L'accréditation « vaut » DPC.

Il ressort des missions des conseils nationaux professionnels (CNP) de définir le parcours de DPC pour les médecins relevant de leur spécialité. L'université est un acteur de la formation initiale et organisatrice de DPC, notamment par le biais de diplômes universitaires (DU) et interuniversitaires (DIU) ou de programmes de simulation.

■ Certification périodique

La certification périodique est définie par [l'ordonnance n°2021-961 du 19 juillet 2021](#) et vise à garantir la qualité de l'exercice médical grâce à des connaissances et compétences entretenues.

L'ordonnance prévoit qu'au cours d'une période de 6 ans, le médecin doit réaliser un programme visant à :

- 1. actualiser ses connaissances et ses compétences
- 2. renforcer la qualité de ses pratiques professionnelles
- 3. améliorer la relation avec ses patients
- 4. mieux prendre en compte sa santé personnelle.

Les actions réalisées au titre du développement professionnel continu, de la formation continue et de l'accréditation sont prises en compte au titre du respect de l'obligation de certification périodique.

Pour les médecins inscrits pour la première fois au tableau de l'ordre des médecins à compter du 1^{er} janvier 2023, l'ordonnance prévoit une périodicité de 6 années, soit jusqu'au 31 décembre 2029. Pour les médecins inscrits au tableau de l'ordre des médecins avant le 1^{er} janvier 2023, l'ordonnance prévoit une première période dérogatoire unique de 9 ans, soit jusqu'au 31 décembre 2031, puis une périodicité de la procédure tous les 6 ans.

[L'arrêté du 10 décembre 2021](#) a nommé le président du conseil national de la certification périodique, nouvelle instance destinée à définir la stratégie, le déploiement et la promotion de cette obligation pour les professionnels de santé dotés d'un ordre (médecin, chirurgien-dentiste, sage-femme, pharmacien, infirmier, masseur-kinésithérapeute et pédicure-podologue). [Le décret](#) relatif à sa composition et à son fonctionnement a été publié jeudi 12 mai 2022.



L'accréditation des médecins est un modèle évolutif dont la HAS assure l'actualisation. Elle intègre notamment les nouvelles exigences exprimées par la certification périodique :

— Axe 1 / Actualisation des connaissances et des compétences :

- pratiques professionnelles : congrès, DPC, formations diplômantes, etc.
- sécurité des patients : formations théoriques et pratiques à la gestion des risques
- travail en équipe : connaître les facteurs humains et organisationnels (communication, entraînement par la simulation, culture sécurité...).

— Axe 2 / Renforcer la qualité des pratiques professionnelles :

- protocolisation, concertation pluridisciplinaire, évaluations (audit clinique, indicateurs, registres, patient-traceur), pertinence des actes; recherche clinique, etc.
- sécurité des patients : déclaration et analyse d'EIAS, RMM, situations à risques, barrières de prévention, etc.
- travail en équipe : mise en œuvre et évaluation de la check-list au bloc opératoire ; suivi des protocoles élaborés en équipe ; organisation concertée du travail ; enquêtes culture sécurité.

— Axe 3 / Santé du professionnel (en cours de développement) :

- santé du médecin au travail, qualité de vie au travail, détection des événements susceptibles le bien-être, la qualité de vie et l'exercice professionnel.

— Axe 4 / Améliorer la relation avec les patients (en cours de développement) :

- communication (« speak-up »), besoins du patient, mesures de la satisfaction des patients pour l'équipe, évaluation (objective, subjective) de la façon dont le patient vit l'expérience des soins : qualité de l'accueil, délai d'attente, attention portée à la douleur (Patient Reported Experience Measures - PREMs).

— Synthèse des incitatifs qualitatifs

Plusieurs dispositifs existants ont valeur d'incitatifs individuels ou collectifs pour le déploiement de l'accréditation des médecins dans les hôpitaux.

L'accréditation, démarche individuelle et volontaire permet de répondre à 2 obligations réglementaires : le DPC et la certification périodique (à partir du 1^{er} janvier 2023).

Au contraire d'un empilement redondant et fastidieux, l'architecture du dispositif d'accréditation et son actualisation en cours véhiculent l'image d'une simplification totalement intégrée au sein des préoccupations professionnelles immédiates et quotidiennes. Le caractère volontaire de l'accréditation porte en outre l'image d'un engagement délibéré au nom de valeurs professionnelles de qualité et sécurité, a contrario de celle d'une obligation réglementaire subie.

Le lien entre accréditation des médecins et certification des établissements, déjà souligné par le nouveau référentiel de certification de la qualité des soins se trouve fortement renforcé par les nouvelles modalités de financement. Les enjeux de la sécurité des patients incitent de ce fait à lever les tous les obstacles qui empêcheraient de faire de l'analyse et du traitement des EIAS un objectif partagé entre organismes agréés et établissements de santé.

La possibilité offerte à tous les praticiens hospitaliers de s'engager aujourd'hui, sans obstacle financier pour les organismes agréés, dans l'accréditation devrait permettre d'accentuer le niveau d'exigence des critères requis pour la certification au regard du nombre de médecins accrédités mais aussi d'afficher sans réserves les proportions respectives de médecins accrédités dans les établissements publics et privés, ce qui n'était pas le cas jusqu'à présent.

Depuis 20 ans que le dispositif de certification des établissements a été instauré la communauté médicale hospitalière, en dehors de rares exceptions, s'est majoritairement désintéressée de la procédure et de son déroulement, n'y voyant qu'une réponse administrative à des exigences de prérequis sécuritaires. Le dernier référentiel de la certification pour la qualité des soins a pourtant souligné explicitement une « médicalisation » du dispositif en y privilégiant des critères lisibles en relation directe avec la pratique des soins.

On peut espérer que le déploiement de l'accréditation non seulement incitera l'ensemble des médecins hospitaliers, guidés en cela par leurs responsables de la CME, à s'impliquer dans une démarche qui engage l'image de marque de leur établissement mais aussi promouvra conjointement leur culture sécurité et leur sentiment d'appartenance.

L'attention portée à la dangerosité des soins, aux risques d'erreurs et à la fréquence des événements indésirables évitables date du début de ce siècle. De nombreux responsables de soins et enseignants ont pu exercer une partie significative de leur parcours professionnel sans jamais avoir reçu la moindre formation ou sensibilisation aux sujets de la gestion des risques associés aux soins.

Lorsque les items qui portent sur ces sujets de la sécurité des soins sont enseignés aux plus jeunes générations des conséquences paradoxales et éventuellement délétères sont observées : l'étudiant ne retrouve pas l'exemple ou le soutien qu'il serait en droit d'espérer à ce sujet de la part de son mentor et les valeurs et comportements de la sécurité des soins qui pourraient être portés avec profit pour tous par les plus jeunes générations se heurtent au mieux à l'indifférence au pire à l'hostilité hiérarchique.

Ce saut générationnel attendu au regard des valeurs de la sécurité des soins ne doit

pas être sous-estimé. Le déploiement du dispositif de l'accréditation des médecins dans les hôpitaux publics, universitaires notamment, doit le prendre en compte.

On ne décrète ni ne fabrique une culture, fut-elle celle de la sécurité des soins.

Au rang des incitatifs en faveur du déploiement de l'accréditation des médecins, une action d'envergure en faveur de toutes les formes de sensibilisation, formation, acculturation aux principes et méthodes de la gestion des risques, soutenue et valorisée par la CME et les directions des établissements envers les générations concernées, serait assurément bienvenue.

5.2 Les incitatifs quantitatifs

■ Incitatif financier individuel

Le dispositif de l'accréditation des médecins exerçant des spécialités « à risques » a pour objectif de réduire la sinistralité associée aux événements indésirables évitables.

Il a, à l'origine, été proposé en contrepartie de la prise en charge par l'Assurance maladie d'une part de l'assurance en responsabilité civile des praticiens libéraux. En dehors de la pratique libérale intra-hospitalière, les médecins hospitaliers relèvent de la juridiction administrative et sont couverts, hors faute grave, par l'assurance de leur établissement. Le fait pour un praticien hospitalier de s'engager dans l'accréditation au titre de son activité libérale doit en outre faire l'objet d'une analyse spécifique tenant compte d'une part de la proportion d'actes techniques requise pour pouvoir bénéficier de l'aide assurantielle et d'autre part du plafonnement fixé par le code de santé publique de la durée et du volume de ladite activité libérale (< 20 % de la durée de service hospitalier hebdomadaire à laquelle est astreint le praticien).

L'idée d'un incitatif financier individuel pour les praticiens hospitaliers, comme cela a été le cas pour l'accréditation des praticiens libéraux, n'est pas recevable car elle conduirait à une discrimination et à des inégalités de traitement entre praticiens selon leurs spécialités « accréditables » et « non-accréditables ». Compte tenu des valeurs portées par le service public il ne peut en tout état de cause être proposé qu'un ou des incitatifs collectifs.

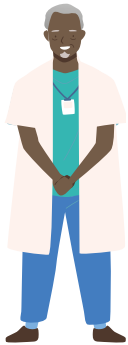
■ Prime d'engagement collectif

La reconnaissance des démarches d'accréditation d'équipe passe d'abord par un soutien de la gouvernance, par une valorisation dans le cadre de la politique interne qualité et ressources humaines et enfin lors des évaluations externes, et en premier lieu la certification de la qualité des soins par la HAS qui l'inscrit parmi ses critères.

Les mesures de l'engagement collectif prévues dans l'accord du Ségur de la santé et précisées dans les textes réglementaires de juillet 2021 constituent un dispositif managérial innovant.

Le principe central de la prime d'engagement collectif est en effet de valoriser les équipes qui s'impliquent dans des projets ou actions transversales dépassant le cadre d'exercice professionnel normalement attendu.

Le cadre national pose les principes suivants :



- une prime qui concerne à la fois le personnel médical et non médical, sur les mêmes montants
- qui vise à valoriser (complément de rémunération) les professionnels impliqués dans des projets améliorant la qualité et la sécurité des soins, et/ou le service rendu aux usagers
- un montant de 200€ à 1 200€ par projet
- une notion « d'équipe » modulable en fonction du projet (appartenance ou non à un même service / direction, équipe projet dédiée)
- un financement dédié pour les établissements de santé, prévu par les accords du « Ségur de la santé »
- une négociation à conduire avec les partenaires sociaux pour bénéficier du financement et fixer les orientations de versement de la prime.

Les établissements ont toute latitude pour reconnaître les domaines concernés par ce dispositif et donc peuvent y inclure l'accréditation en équipe, s'appuyant au besoin sur l'expérience de professionnels engagés à type individuel.

En effet, les démarches d'accréditation en équipe, pluridisciplinaires et pluriprofessionnelles, relèvent par définition du périmètre possible de ce dispositif. Dans une volonté locale de promouvoir ce type de démarches actuellement peu nombreuses, elles peuvent être considérées comme innovantes ou nécessitant une implication qui dépasse l'engagement classiquement attendu des équipes concernées, et donc relever de ce type de reconnaissance.

Dans les établissements de santé, l'équipe est constituée d'un ensemble de professionnels, qui peuvent collectivement appartenir à une unité fonctionnelle, un service, une direction mais qui peuvent aussi constituer une équipe projet transversale réunissant des professionnels appartenant à différentes structures internes. Chaque professionnel doit avoir été présent de manière effective et significative dans le projet.

■ Incitation financière à l'amélioration de la qualité (IFAQ)

Le dispositif IFAQ (incitation financière à l'amélioration de la qualité) vise à introduire une part de financement à la qualité dans les modèles de financement des établissements de santé. Dans le cadre du plan Ma santé 2022, le dispositif a été profondément remanié et l'enveloppe IFAQ représente désormais 700 millions d'€ en 2022 et pourrait encore augmenter dans les années à venir.

L'évolution du mode de financement hospitalier est identifié comme un levier

d'amélioration en continu des prises en charge des patients dans les établissements de santé, publics comme privés.

Le dispositif IFAQ poursuit 2 objectifs :

- inciter financièrement à la qualité et à sa progression en valorisant les mesures de la qualité existantes
- diversifier les modes de financement des établissements de santé en intégrant une part liée à la qualité des soins.

IFAQ s'applique à l'ensemble des établissements de santé, quel que soit leur statut, exerçant une activité de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO), SSR, HAD ou dialyse. En 2022, le dispositif s'appliquera également à l'activité de psychiatrie.

À ce jour, les indicateurs pris en compte concernent la qualité de la prise en charge perçue par les patients (satisfaction patient), la qualité des prises en charge cliniques, la qualité des pratiques dans la prévention des EIAS, la qualité de la coordination des prises en charge, la performance de l'organisation des soins et la démarche de certification des établissements de santé.

Dans le cadre du déploiement du dispositif d'accréditation, un indicateur permettant de mesurer la dynamique de mise en place de ce type de démarches au sein des établissements pourrait être un levier à exploiter. Le nombre de médecins accrédités pourrait ainsi être mesuré. Le certificat d'accréditation est remis de façon individuelle au médecin accrédité dans la démarche, pour autant dans le cadre d'un exercice multi-établissements, tous les établissements apparaissent sur son certificat. Le médecin est donc comptabilisé dans la liste des médecins accrédités pour chacun des établissements dans lesquels il a déclaré son activité.

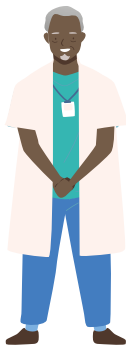
La prise en compte du volume d'actions mises en œuvre issues du traitement des EIAS dans la démarche d'accréditation aurait également du sens et inciterait plus à l'intégration de l'accréditation comme une démarche d'établissement, toutefois une mesure fiable semble difficile à ce jour.

Certains freins ont cependant été identifiés quant à la mise en œuvre d'un tel indicateur. Par exemple, le dispositif d'accréditation ne concerne que les 19 spécialités à risques et non l'ensemble des professionnels. Cet indicateur ne pourrait donc s'appliquer qu'aux établissements MCO exerçant ce type d'activités.

De plus, compte tenu des disparités actuelles de déploiement du dispositif, l'indicateur à développer devra principalement s'attacher à valoriser la progression de la démarche d'accréditation et le déploiement effectif des actions, afin de favoriser la dynamique.

Le développement d'un tel indicateur est donc à envisager avec précaution étant donné les freins identifiés. Cependant, les travaux sont en cours pour envisager certaines pistes de développement afin de les limiter.

En effet, IFAQ reste un incitatif fort pour les établissements de santé et le conjuguer avec l'approche culture sécurité notamment en promouvant le dispositif d'accréditation constitue un véritable enjeu.



Contractualisation objectifs et moyens au niveau des services/pôles

La réglementation institue la rédaction d'un contrat de pôle signé entre le chef de pôle d'une part et le directeur générale et le PCME d'autre part. Il fixe [les objectifs et les moyens nécessaires à leur atteinte](#). Le directeur signe avec le chef de pôle un contrat de pôle précisant les objectifs et les moyens du pôle. Pour les pôles d'activité clinique et médicotechnique, le président de la commission médicale d'établissement et le directeur de l'établissement signent conjointement le contrat.

La réalité de ces contrats est très hétérogène. Lorsque l'on interroge par exemple les PCME de centres hospitaliers (CH), seule une petite minorité confirme la mise en place d'une contractualisation réelle. Elle est probablement plus répandue dans les centres hospitaliers universitaires (CHU). L'infléchissement perçu dans les derniers textes législatifs qui replacent le service de soin au centre du jeu hospitalier ne favorisera pas un développement massif de ceux-ci sauf à ce qu'ils soient conclus avec les services.

Dans cette hypothèse, l'établissement de santé reste libre de définir dans son règlement intérieur la manière dont il organise les relations avec ses structures internes. Là où ils sont en vigueur, ils constituent un outil utile de définition des objectifs et des moyens indispensables qui y sont liés ainsi que de suivi des résultats atteints, voire d'intéressement qualité.

Plusieurs thématiques peuvent y être abordées : atteinte des objectifs IFAQ, respect des obligations de formation par exemple à la radio protection des personnels mais aussi des usagers, objectifs d'accès à des formations individuelles ou collectives, dans les spécialités à risque, nombre de médecins accrédités et/ou l'initiation d'une accréditation en équipe... ceci n'est bien sûr pas limitatif. Cette contractualisation devra donner lieu à une valorisation avant tout collective (cf. supra).

Assurance des établissements

L'article L.4135-1 de la loi du 13 août 2004 reconnaît aux praticiens accrédités le droit au remboursement d'une partie de leur prime d'assurance de RCP par la CNAM.

Celui-ci est variable : de 30 à 66,6% de la prime selon son affiliation au secteur 1 ou 2, avec ou sans contrat d'accès aux soins, selon sa spécialité et sous un plafond lui aussi différent. Cela représente plusieurs milliers d'euros pour un praticien et on voit bien là un intérêt à agir au-delà de la motivation d'adhérer à une dynamique d'amélioration de la qualité des soins dispensés à son patient. Les organismes d'assurance en ont bien compris l'intérêt et en font de longue date la promotion en raison de son impact positif sur la réduction du risque et donc de la sinistralité.

Citons l'intervention de Benoit Guimbaud dans la Revue Hospitalière de Franc : « *Le débat qui anime aujourd'hui les professions médicales hospitalières et les établissements de santé sur l'opportunité, ou non, d'accréditer les spécialités médicales et notamment les spécialités à risques, est très attentivement suivi par les assureurs. La spécificité de l'approche SHAM découle clairement de son objectif de maîtrise de la charge des sinistres : face à l'évolution de la sinistralité et des indemnisations allouées par les juridictions, SHAM a renforcé son suivi des spécialités où surviennent*

les sinistres les plus graves. Elle encourage l'accréditation des spécialistes à risques dans les établissements qu'elle assure, en privilégiant l'accréditation des équipes, et non des personnes, et le signalement des événements porteurs de risques (EPR) via l'instance de gestion des risques de l'établissement ».

L'extension de l'accréditation à tous les praticiens des spécialités à risque n'est pas soutenue par une telle incitation individuelle puisque la majorité des praticiens n'ont pas d'activité libérale (seuls environ 11% des praticiens hospitaliers en ont une). Elle devrait, par contre, pouvoir bénéficier d'une incitation collective sous forme d'une prise en compte dans le calcul de la prime de l'établissement par l'organisme assureur.

L'intérêt de ces derniers est certain quant à la diminution de la sinistralité : plus un établissement déploie une organisation permettant la cartographie des risques, la déclaration des événements indésirables liés aux soins, leur analyse au cours de RMM ou de CREX et plus il sera à même de démontrer que la dynamique qui l'anime tend vers la réduction du risque et l'amélioration continue des pratiques.

La mise en place d'organisations territoriales telles que les GHT, de parcours gradués et coordonnés des patients, tendent à diminuer ces risques pour peu qu'une réelle politique qualité du territoire soit promue et organisée. Sa mise en avant par les établissements doit servir de base de négociation et de prise en compte par les assureurs dans une contractualisation gagnant-gagnant. L'accréditation individuelle mais surtout en équipe trouve ici toute sa place.

6. FAIRE ÉVOLUER LE PÉRIMÈTRE DE L'ACCREDITATION



La création du dispositif d'accréditation il y a maintenant plus de 15 ans reposait sur le risque assurantiel et le périmètre en a été défini sur la base de la sinistralité de certaines disciplines dites « à risque » eu égard aux fortes primes de RCP auxquelles les professionnels de ces disciplines étaient confrontés, notamment dans le secteur libéral exclusif.

Aujourd'hui, si ce risque assurantiel perdure, la sécurité des patients doit devenir le premier objectif de l'accréditation. L'actualité, concernant tant les résultats de l'enquête ENEIS 3 (2019) que les risques engendrés par les nouvelles pratiques, activités ou mode de recours doivent redéfinir le périmètre de l'accréditation. 2 domaines « à risques » notoires sont ciblés en priorité : les urgences hospitalières et les risques médicamenteux.

— Les résultats d'ENEIS 3 et l'accréditation

Les enquêtes nationales ENEIS réalisées en 2004, 2009 et 2019 avaient pour objectifs de mesurer la fréquence des événements indésirables graves associés aux soins (EIGS) dans les établissements de santé, d'estimer la proportion de ces événements qui étaient évitables et de décrire les causes immédiates et les facteurs contributifs à leurs survenues.

L'enquête réalisée en 2019 visait à définir la gravité et l'évitabilité des EIGS, d'en décrire les causes immédiates et les facteurs contributifs et d'en estimer l'incidence dans les établissements de santé, que ce soit au cours d'une hospitalisation ou en tant que causes d'hospitalisation.

Cette dernière enquête a confirmé les taux d'évitabilité des EIGAS d'environ 50%. Les enquêtes précédentes avaient identifié 3 causes majeurs que sont le risque « interventionnel », le risque infectieux, et le risque médicamenteux à parts égales.

Si le risque interventionnel figure déjà dans les différentes disciplines listées par le décret de 2006, le risque infectieux porté par les infectiologues, hygiénistes et microbiologistes, et le risque médicamenteux porté par les pharmaciens et les pharmacologues mis en évidence par ENEIS 1, 2 et 3 (risque liés aux DMI - dispositifs médicaux implantables) ne sont pas pris en compte dans les textes actuels. Ces disciplines devraient être intégrées au dispositif d'accréditation afin de réduire à un niveau aussi faible que possible les EIG évitables représentant près de la moitié des EIAS identifiés autour des infections et des produits de santé.



■ Accréditation et équipes pharmaceutiques

Les équipes pharmaceutiques (pharmaciens et préparateurs) sont un des acteurs majeurs dans le processus des produits de santé (médicaments et dispositifs médicaux) au sein des établissements de santé. Leurs actions de sécurisation de la prise en charge du patient sont réalisées d'une part au niveau d'activités purement pharmaceutiques (analyse pharmaceutique des prescriptions intégrant progressivement des systèmes d'aide à la décision, approvisionnement via automates-robots, préparation des doses de chimiothérapie par exemple...) mais également de manière intégrée aux services de soins.

Nous pouvons citer les différents actes de pharmacie clinique qui font partie désormais des missions obligatoires, dont notamment la conciliation médicamenteuse (entrée et sortie), les entretiens pharmaceutiques, et prochainement les prescriptions pharmaceutiques sous protocole de délégation médicale. En termes de gestion des risques, les implications pharmaceutiques portent sur la participation à l'analyse des erreurs médicamenteuses (REMED, ALARM), le copilotage fréquent du système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et désormais des dispositifs médicaux implantables.

En termes pédagogiques, les équipes pharmaceutiques s'approprient désormais les approches via la simulation en santé en interne et en équipe interprofessionnelle. Ces compétences en termes de sécurisation du patient ont été intégrées à la maquette de formation des internes pour la formation initiale, et aux plans de formation continue au sein des établissements.

La culture sécurité est ancrée dans la démarche concernant la prise en charge médicamenteuse, des DMI voire des EPI (équipements de protection individuels) comme révélé par la crise récente. De plus le « circuit du médicament » bénéficie [dans les textes](#) d'un responsable du système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse, qui comme le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins participe à la « médicalisation » de la gestion des risques en établissement de santé.

Enfin, les pharmaciens sont fortement impliqués dans la sécurisation du risque infectieux, via le bon usage des antibiotiques et des antiseptiques

L'accréditation des équipes pharmaceutiques, en intra mais aussi en équipes interdisciplinaires, pourrait être réalisée selon les mêmes règles de fonctionnement que pour les disciplines déjà identifiées. L'organisme national pourrait être issu des sociétés savantes pharmaceutiques ou du collège national professionnel.

■ Les nouvelles pratiques

La prévalence des maladies chroniques auxquelles on peut intégrer les cancers imposent une vision de parcours au sein desquels de nombreux professionnels tant médicaux que paramédicaux participent. L'ensemble des professionnels

est concerné par la sécurité des soins, et la démarche d'accréditation doit donc concerner l'ensemble des acteurs de soins médicaux et paramédicaux. L'objectif initial de l'accréditation ne ciblait que la responsabilité médicale.

La réalité quotidienne en termes de pratiques, de qualité et de sécurité s'appuie en revanche sur une équipe pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle. Les activités infirmières dites « en pratique avancée » ont pour objectif d'améliorer les conditions d'accès aux soins ainsi que la qualité des parcours en réduisant la charge de travail médical pour certaines pathologies ciblées. La vision gestion des risques appliquée au parcours de soins est nécessairement pluriprofessionnelle.

Les urgences hospitalières

Le recours aux urgences hospitalières est en tension du fait d'une demande accrue et parfois jugée illégitime et d'un dimensionnement en ressources humaines restreint, quelles qu'en soient les raisons.

L'accueil de patients en urgence est une pratique difficile exposée à de nombreux risques.

En dehors de l'aspect spécifiquement lié aux exigences démographiques qui seraient nécessaires pour accueillir toutes et tous, quels que soient les motifs, 24h/24 et 7j/7, bien peu d'analyses des difficultés actuelles mentionnent les risques associés au « brassage » des niveaux de gravité et des symptômes qui impacte immédiatement sur les valeurs prédictives des symptômes et la performance diagnostique qui est attendue d'une discrimination efficace entre les niveaux de gravité et donc d'urgence.

Quelles que soient les méthodes préconisées pour pallier la situation actuelle, la démonstration est faite que le dispositif d'accès aux urgences mais aussi son articulation avec l'accueil d'aval mériterait que s'impose une vigilance sur les possibles EIAS évitables, sur leur signalement, leur analyse et leur prévention, en d'autres termes, d'adapter la démarche d'accréditation à ce secteur qui concerne des milliers de praticiens et des millions de patients.

Urgences extra et intra hospitalières doivent bénéficier du dispositif d'accréditation afin de réduire les risques liés à ces activités, réactivité, réponse rapide, hospitalisations courtes, défaut de structures d'aval, conjonction des risques sanitaires et sociaux, etc.

Conclusion

Au moment de conclure, je souhaite remercier à nouveau toutes celles et ceux qui ont rendu possible ce rapport, ainsi que toutes celles et ceux qui auront pris le temps de le lire.

3 axes auront guidé nos travaux :

— Les valeurs que porte le dispositif d'accréditation incitent à regarder au-delà de l'outil et à prendre en considération les actions auxquelles il engage.

Prioriser la pertinence et la sécurité des soins relève de l'éthique professionnelle et répond aux questionnements de celles et ceux qui auraient perdu le « sens » de leur action.

Le temps est un choix. Il y a le temps de l'activité. Il y a aussi le temps de la réflexion, de l'évaluation et de la sécurité. C'est la maîtrise de ce temps professionnel, non individuellement mais collectivement, qui est le socle de la qualité de vie au travail.

L'équipe soignante pluri professionnelle est le lieu où se construit la qualité de vie au travail et ce qu'elle rend possible : la qualité des pratiques et la sécurité des patients.

- Les contributions de toutes et tous ont enrichi nos réflexions et nourri nos propositions. En dépit du contexte hospitalier troublé dans lequel elles se sont déroulées, toutes ces auditions ont de façon remarquable montré une adhésion de nos interlocuteurs aux enjeux de la qualité des pratiques et de la sécurité des soins, et en particulier à l'insistance délibérée du rapport à en faire une réponse aux attentes légitimes des patients et aux besoins de formation de tous les personnels soignants. Apprendre de ses erreurs pour éviter qu'elles ne se reproduisent est un enjeu qui se décline en termes de recherche et de formation. Le programme de l'accréditation s'est construit sur une amélioration de la sécurité par la prévention des erreurs évitables et le déploiement à l'hôpital aura à corriger les biais inhérents au fait que, depuis son origine, il a été alimenté de façon disproportionnée par l'activité et les signalements du secteur libéral.
- Ce rapport pose entre autres questions celles de la mise en œuvre des préconisations et du suivi de leur efficacité, de l'extension d'un dispositif axé sur la sécurité des patients à la totalité de leur parcours c'est-à-dire à l'ensemble du système de santé. L'évidence montre que les enseignements tirés de l'accréditation dans certaines spécialités qui avaient été ciblées au nom de leur sinistralité devront bénéficier à la prise en charge des risques inhérents à toute activité de soin quelle qu'en soit la spécialité. La pertinence des soins interroge celle du lieu de prise en charge, et le chapitre où sont abordés les enjeux de la territorialisation questionne avec retenue mais aussi conviction la place à laquelle pourrait prétendre l'accréditation, et

plus largement la gestion des risques et le suivi des EIAS, dans la gradation des soins afin de faire bénéficier tous les patients des meilleures garanties de qualité et de sécurité des pratiques.

L'accréditation a évolué depuis plus de 10 ans et comporte aujourd'hui des exigences d'actualisation des connaissances et d'évaluation des pratiques.

Elle demandera demain au praticien d'être vigilant sur son propre état de santé et de prendre en compte les récits de « l'expérience des patients » dans l'évaluation de ses résultats.

C'est à ce titre que, dans un souci de simplification, l'accréditation volontaire permet déjà de répondre à l'exigence obligatoire de développement professionnel continu (DPC) et permettra demain de contribuer ou satisfaire à celle de la certification périodique. Il n'en reste pas moins que tout le dispositif de l'accréditation est né de l'importance reconnue du signalement des événements indésirables et erreurs dans les activités humaines exposées à des risques.

Cette culture du signalement qui est devenue « naturelle » dans de nombreuses activités reste marginale en médecine, en dépit de la réalité des risques et de leurs conséquences. Il faut probablement chercher pour expliquer cette situation des obstacles culturels et éducatifs dans les comportements de tous et chacun(e).

Il faut également y voir la conséquence d'une culture assurantielle de « l'erreur fautive » qui s'oppose points par points aux objectifs de « l'erreur apprenante » que recherche la culture sécurité. Il faut enfin y deviner la sous-estimation, par le management central et de proximité, de l'importance des encouragements qu'il faut exprimer et du soutien qu'il faut apporter aux personnels pour parvenir au déploiement de cette politique.

Tout personnel, tout soignant qui informe d'une erreur ou d'un événement indésirable ne doit pas avoir l'inquiétude d'une menace ou stigmatisation car ce faisant il fait bien son travail et améliore la qualité des soins apportés aux malades.

Ce rapport espère modestement avoir apporté une contribution à une mise en œuvre de cette culture du signalement qui devrait pour le bien-être de toutes et tous être étendue à l'ensemble du système de santé.

Annexe 1 : bibliographie

ARTICLES DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE :

- Article L4021-1 : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031929691/
- Article D4135-2 : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006913381
- Article R6111-2 : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000039659289/
- Article R6111-4 : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000029460564
- Article R1413-74 : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000033496389
- Article R6144-1-2 : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000043560889
- Article R6144-2 : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000043575021

Lois :

- Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000031912641/>
- Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000020879475/>
- Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000625158/>

ORDONNANCES :

- Ordonnance n° 2021-961 du 19 juillet 2021 relative à la certification périodique de certains professionnels de santé : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000043814566>

- Ordonnance n° 2021-291 du 17 mars 2021 relative aux groupements hospitaliers de territoire et à la médicalisation des décisions à l'hôpital : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000043261453>

DÉCRETS :

- Décret n° 2022-798 du 11 mai 2022 relatif à la composition et au fonctionnement du conseil national de la certification périodique : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000045785099>
- Décret n° 2021-1668 du 15 décembre 2021 relatif au financement des organismes agréés mentionnés à l'article D. 4135-5 du code de la sécurité sociale et au projet territorial de santé : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000044506039>
- Décret n° 2021-676 du 27 mai 2021 relatif aux attributions des présidents de commission médicale de groupement et de commission médicale d'établissement : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGIARTI000043559879/2021-05-30/>
- Décret n° 2021-675 du 27 mai 2021 relatif aux groupements hospitaliers de territoire et à la médicalisation des décisions à l'hôpital : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGIARTI000043559628/2022-01-01/>
- Décret n° 2019-1306 du 6 décembre 2019 sur les vigilances relatives aux produits de santé et les événements indésirables associés aux soins : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGIARTI000039458786/2019-12-09/>
- Décret n° 2016-1606 du 25 novembre 2016 relatif à la déclaration des événements indésirables graves associés à des soins et aux structures régionales d'appui à la qualité des soins et à la sécurité des patients : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000033479591>
- Décret n° 2016-942 du 8 juillet 2016 relatif à l'organisation du développement professionnel continu des professionnels de santé : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000032862648>
- Décret n° 2010-1408 du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000023086417/>
- Décret n°2006-909 du 21 juillet 2006 relatif à l'accréditation de la qualité de la pratique professionnelle des médecins et des équipes médicales exerçant en établissements de santé : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000266492/>

ARRÊTÉS :

- Arrêté du 28 décembre 2021 fixant le niveau de la partie de l'aide mentionnée à l'article D. 185-1 et le niveau du montant et de l'aide mentionnés à l'article D. 185-4 du code de la sécurité sociale versés à l'organisme agréé : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000044966224>
- Arrêté du 10 décembre 2021 portant désignation du président du Conseil national de la certification périodique : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000044506795>
- Arrêté du 21 avril 2017 relatif aux connaissances, aux compétences et aux maquettes de formation des diplômes d'études spécialisées et fixant la liste de ces diplômes et des options et formations spécialisées transversales du troisième cycle des études de médecine : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000034502881/>
- Arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000023865866/>

CIRCULAIRE :

- Circulaire DGOS/PF2 no 2011-416 du 18 novembre 2011 en vue de l'application du décret no 2010-1408 du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé : https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2011/11-12/ste_20110012_0100_0075.pdf

ARTICLES EN LIGNE :

- DREES, enquête nationale sur les événements indésirables liés aux soins (ENEIS) : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sources-outils-et-enquetes/enquete-nationale-sur-les-evenements-indesirables-lies-aux-soins-eneis>
- HAS, liste des organismes agréés pour l'accréditation des médecins (à jour) : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-01/liste_oa_janvier_2015.pdf
- HAS, liste des médecins accrédités par la HAS (à jour) : <https://www.data.gouv.fr/fr/datasets/medecins-accredites-par-la-has/>
- HAS, déclarer les événements indésirables graves associés aux soins (EIGS) : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2787338/fr/comprendre-les-evenements-indesirables-graves-eigs#toc_1_1_2

- HAS, accréditation des médecins et équipes médicales (2022) : https://www.has-sante.fr/jcms/c_428381/fr/accréditation-des-medecins-et-equipes-medicales
- HAS, comprendre la sécurité du patient (2022) : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2582468/fr/comprendre-la-securite-du-patient#toc_1_3_1
- HAS, indicateurs de résultats rapportés par les patients (2022) : https://www.has-sante.fr/jcms/p_3306665/fr/indicateurs-de-resultats-rapportes-par-les-patients
- HAS, IQSS - e-Satis : mesure de la satisfaction et de l'expérience des patients hospitalisés (2022) : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2030354/fr/iqss-e-satis-mesure-de-la-satisfaction-et-de-l-experience-des-patients-hospitalises
- HAS, aide à l'utilisation des PROMs en pratique clinique courante (2022) : https://www.has-sante.fr/jcms/p_3325627/fr/aide-a-l-utilisation-des-proms-en-pratique-clinique-courante
- HAS, événements indésirables associés aux soins (EIAS) : les analyser, c'est progresser ! (vidéo, 2022) : https://www.has-sante.fr/jcms/p_3338881/fr/webinaire-has/forap-evenements-indesirables-associes-aux-soins-eias-les-analyser-c-est-progresser
- HAS, QualiScope - Qualité des hôpitaux et des cliniques (2022) : https://www.has-sante.fr/jcms/c_1725555/fr/qualiscope-qualite-des-hopitaux-et-des-cliniques
- HAS, s'engager dans le programme d'amélioration continue du travail en équipe : Pacte (2022) : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2831393/fr/programme-d-amelioration-continue-du-travail-en-equipe-pacte
- HAS, repères – Quand Alarm devient Alarme (2019) : https://www.has-sante.fr/jcms/pprd_2974346/en/reperes-quand-alarm-devient-alarme
- HAS, événement indésirable associé aux soins : l'équipe soignante souhaite recueillir votre témoignage (2021) : https://www.has-sante.fr/jcms/p_3292911/fr/evenement-indesirable-associe-aux-soins-l-equipe-soignante-souhaite-recueillir-votre-temoignage
- HAS, manuel de certification des établissements de santé pour la qualité des soins (2021) : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-11/manuel_certification_es_qualite_soins.pdf
- HAS, qualité des soins perçue par le patient – Indicateurs PROMs et PREMs Panorama d'expériences étrangères et principaux enseignement (2021) : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-07/rapport_panorama_proms_premis_2021.pdf

- HAS, note de cadrage : indicateurs de qualité perçue par le patient de type PROMS et PREMS – Panorama d'expériences étrangères et principaux enseignements (2020) : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-05/panorama-proms-prems_note_de_cadrage.pdf
- HAS, rapport d'activité 2020 des organismes agréés pour l'accréditation de la qualité de la pratique professionnelle des médecins et des équipes médicales (2020) : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-04/196_rapport_d_activite_2020_0a_cd_2021_03_25_vd.pdf
- HAS, comprendre la certification pour la qualité des soins (2020) : https://www.has-sante.fr/jcms/c_411173/fr/comprendre-la-certification-pour-la-qualite-des-soins
- HAS, simulation en santé (2019) : https://www.has-sante.fr/jcms/c_930641/fr/simulation-en-sante
- HAS, pertinence des soins – Les professionnels en action (2019) : https://www.has-sante.fr/jcms/pprd_2974225/fr/pertinence-des-soins-les-professionnels-en-action
- OCDE, lutter contre le gaspillage dans les systèmes de santé (2017), synthèse du rapport : <https://www.oecd.org/fr/els/systemes-sante/Lutter-contre-le-gaspillage-dans-les-syst%C3%A8mes-de-sant%C3%A9-Synth%C3%A8se.pdf>
- HAS, référentiel de certification des établissements de santé pour la qualité des soins (2021) : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-11/referentiel_certification_es_qualite_soins.pdf
- HAS, check-list « Sécurité du patient au bloc opératoire » (2016) : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-02/presentation_check-list_securite_du_patient_au_bloc_operatoire.pdf
- Santé Publique France, incidence des événements indésirables graves associés aux soins dans les établissements de santé (ENEIS 3) : quelle évolution 10 ans après ? (2022) : http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2022/13/pdf/2022_13_2.pdf
- Ministère de la santé, la certification périodique des professionnels de santé (2022) : <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/article/la-certification-periodique-des-professionnels-de-sante>
- Ministère de la santé, rapport de mission sur la gouvernance et la simplification hospitalières confiée au Pr Olivier CLARIS (2020) : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_claris_version_finale.pdf

- Ministère de l'Enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation (MESRI), programme de connaissances du 2^{ème} cycle (2020) : <https://therap.fr/wp-content/uploads/2020/05/Programme-2eme-cycle-R2C-nouvelle-numerotation-MESRI-def.pdf>
- Ministère de la santé, portfolio de l'étudiant en soins infirmiers (2017) : <https://www.chsf.fr/wp-content/uploads/2017/08/IFSI-IDE-Portfolio-etudiant.pdf>
- OMS, article sur la qualité des soins : https://www.who.int/fr/health-topics/quality-of-care#tab=tab_1
- OMS, expression of Interest: Patients for Patient Safety Network (2022) : <https://www.who.int/news-room/articles-detail/expression-of-interest-patients-for-patient-safety-network>
- Sham, penser la qualité et la sécurité des soins à l'échelle du GHT (2022) : <https://www.sham.fr/blog/risque-medical/penser-la-qualite-et-la-securite-des-soins-lechelle-du-ght>
- IFOP, les Français et le système de santé (2022) : <https://www.ifop.com/wp-content/uploads/2022/05/119162-Presentation-pour-le-2505.pdf>
- IFOP, le regard des français sur le système de santé français (2022) : <https://www.ifop.com/publication/le-regard-des-francais-sur-le-systeme-de-sante-francais/>
- Patient Safety Movement, 2021 Patient Safety Awareness Poll Results Compared to 2020 Assessment (2021) : <https://patientsafetymovement.org/wp-content/uploads/2021/06/3166A-ClearPath-Part-II-White-Paper-2.pdf>
- The Joint Commission, Speak Up campaigns : <https://www.jointcommission.org/resources/for-consumers/speak-up-campaigns/>
- Observatoire sociétal Viavoice – FHP – France Info – La Croix – Le Point, Nouvelles fractures françaises et système de santé (2019) : <https://www.institut-viavoice.com/wp-content/uploads/Lobservatoire-societal-Viavoice-FHP-10-Decembre-2019.pdf>

PUBLICATIONS :

- Wellness-Centered Leadership: Equipping Health Care Leaders to Cultivate Physician Well-Being and Professional Fulfillment. Tait Shanafelt, MD, Mickey Trockel, MD, PhD, Ashleigh Rodriguez, MSN, MMM, APRN, and Dave Logan, PhD, Academic Medicine, Vol. 96, No. 5 (2021)
- Mériade, L., Rochette, C. & Talbot, D. La confiance interpersonnelle en milieu hospitalier : une proposition de lecture par la Proximité. Gestion et management public, 7(1) (2018)

- BMJ 2016;353:i2139, Medical error—the third leading cause of death in the US, doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.i2139> (2016)
- Amalberti R, Chabot JM, ed. Apprentissage de l'exercice médical et de la coopération interprofessionnelle. Paris: Global Media Santé (2014)
- Cabarrot P, Amalberti R, Chabot JM. L'organisation de l'exercice clinique et les méthodes qui permettent de sécuriser le parcours du patient. Revue du Prat (2014)
- BMJ Qual Saf. 2013 Dec; 22(12): 989–997. Adverse events among home care clients in three Canadian provinces using chart review, doi : [10.1136/bmjqs-2013-002039](https://doi.org/10.1136/bmjqs-2013-002039) (2013)
- Piloter la sécurité des soins, théories et pratiques sur les arbitrages nécessaires, René Amalberti, Springer (2013)
- Sham, N° 536 : Faut-il accréditer les spécialités à risque ? Le point de vue de la Sham (2010)
- To Err is Human: Building a Safer Health System (1999) : <http://www.nap.edu/books/0309068371/html/>

Annexe 2 : liste des auditions réalisées

- Sébastien DELESCLUSE, conseiller formation et recherche, cabinet du ministre des solidarités et de la santé
- Christine AMMIRATI, conseillère santé, cabinet de la ministre de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation
- Grégory EMERY, directeur général adjoint de la santé
- Lionel COLLET, président du Conseil national de la certification périodique
- Marie-Laure BELLANGIER, responsable de projet certification des professionnels de santé, (DGOS)
- Nathalie GOUGE, chargée de mission Politique statutaire et indemnitaire de la FPH, DGOS
- Danièle TOUPILLER, médiatrice nationale
- Claudine CHRÉTIEN, chargée de mission auprès de la médiatrice nationale

- Rémi SALOMON, président de la Conférence des PCME de CHU
- Thierry GODEAU, président de la Conférence des PCME de CH
- Marie-Noëlle GERAIN-BREUZARD, présidente de la Conférence des DG de CHU
- Alexandre FOURNIER, secrétaire général de la Conférence des DG de CHU
- Francis SAINT-HUBERT, président de la Conférence des DG de CH
- Cécilia WAHEO, secrétaire générale de la Conférence des DG de CH
- Didier SAMUEL, président de la Conférence des doyens
- Benoît VEBER, vice-Président de la Conférence des doyens
- Patrick BOUET, président du Conseil national de l'Ordre des médecins
- Amélie ROUX, responsable du pôle ressources humaines hospitalières de la FHF
- Quentin Henaff, adjoint à la responsable du pôle ressources humaines hospitalières de la FHF
- Eve PARIER, directrice générale du CNG
- Christel PIERRAT, directrice générale adjointe du CNG
- Elsa LIVONNET, cheffe du département des praticiens hospitaliers du CNG
- Dan BENHAMOU, président de la Société française de simulation en santé
- Rémy COLLOMP, pharmacie au CHU de Nice, membre de la Société française de pharmacie clinique (SFPC)
- Luc MOUTHON, président de la CNCCEM, collège de médecine interne
- Éric LECHEVALLIER, vice-président de la CNCCEM, collège d'urologie
- Olivier FARGES, président du collège de chirurgie viscérale et digestive
- Françoise GUILLON, praticien hospitalier au CHU de Montpellier, vice-présidente de la CME
- Francis FELLINGER, conseiller médicale de l'ANAP
- Carine PITRAT-HASSAN, pôle performance des ressources humaines de l'ANAP

- Gaëtan CASANOVA, président de l'Intersyndicale nationale des internes (ISNI)
- Emanuel LOEB, président du syndicat Jeunes Médecins
- Béatrice LE NIR, coordinatrice administrative de Gynerisq
- Philippe WEBER, gynécologue-obstétricien, praticien hospitalier à l'hôpital de Mulhouse, vice-président de Gynerisq
- Viviane ADAM, sage-femme à l'hôpital de Mulhouse

Tous les membres des Conférences auxquelles a été présenté le projet de déploiement :

- Intervention à la séance plénière de la Conférence des PCME de CHU, le 12 avril 2022
- Intervention à la séance plénière de la Conférence des DG de CHU, le 2 juin 2022
- Intervention à la séance plénière de la Conférence des PCME de CH, le 12 mai 2022
- Intervention à la séance plénière de la Conférence des DG de CH, le 17 juin 2022

Annexe 3 : acronymes

AES	Accident exposant au sang
ANAP	Agence nationale d'appui à la performance
ANFH	Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier
AP-HP	Assistance publique – Hôpitaux de Paris
ARS	Agence régionale de santé
CGRAS	Coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins
CH	Centre hospitalier
CHU	Centre hospitalier universitaire
CME	Commission médicale d'établissement
CMG	Commission médicale de groupement
CNAM	Caisse nationale de l'assurance maladie
CNCEM	Coordination nationale des collègues d'enseignants en médecine

CNG	Centre national de gestion
CNP	Conseil national professionnel
CREX	Comité de retour d'expérience
CSOS	Commission spécialisée de l'offre de soins
CSP	Code de santé publique
DES	Diplôme d'études spécialisées
DG	Directeur/rice général(e)
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DIU	Diplôme interuniversitaire
DMI	Dispositif médical implantable
DPC	Développement professionnel continu
DQGR	Direction qualité et gestion des risques
DU	Diplôme universitaire
ECOS	Examens cliniques objectifs et structurés
EDN	Examen dématérialisé national
EIAS	Évènements indésirables associés aux soins
EIG	Évènements indésirables graves
EIGS	Évènements indésirables graves associés aux soins
ENEIS	Enquête nationale sur les événements indésirables liés aux soins
EPI	Équipement de protection individuelle
EPP	Évaluation des pratiques professionnelles
EPR	Évènement porteur de risque
ETP	Éducation thérapeutique du patient
ETU	Enseignement transversal universel
FHF	Fédération hospitalière de France
Forap	Fédération des structures régionales d'appui qualité des soins et sécurité des patients
GEASP	Groupes d'entraînement à l'analyse de situations professionnelles
GHT	Groupement hospitalier de territoire
HAD	Hospitalisation à domicile
HAS	Haute autorité de santé
HPST	Loi « hôpital, patient, santé, territoire »
IFSI	Institut de formation en soins infirmiers
IRAPS	Instance régionale d'amélioration de la pertinence des soins
MCO	Médecine, chirurgie, obstétrique
OA	Organisme agréé
OMS	Organisation mondiale de la santé
PACA	Région « Provence-Alpes-Côte d'Azur »

PACTE	Programme d'amélioration continue du travail en équipe
PCME	Président(e) de commission médicale d'établissement
PH	Praticien hospitalier
PMP	Projet médical partagé
PREMS	Patient-reported experience measures
PROMS	Patient-reported outcomes measures
PSMF	Patient safety movement foundation
PU-PH	Professeur des universités - praticien hospitalier
QVT	Qualité de vie au travail
RAAC	Récupération améliorée après chirurgie
RCP	Responsabilité civile professionnelle
RCP	Réunion de concertation pluridisciplinaire
RMM	Revue de mortalité et de morbidité
SFPC	Société française de pharmacie clinique
SRA	Structure régionale d'appui
SSR	Soins de suite et de réadaptation

Annexe 4 : lettre de mission



**MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Paris le 15 décembre 2021

Monsieur,

L'accréditation est un programme volontaire d'amélioration de la qualité des soins et de la sécurité des patients destiné aux médecins et équipes médicales. Les médecins s'engagent dans la procédure d'accréditation par l'intermédiaire d'un organisme composé de leurs pairs dans la spécialité et agréé par la Haute Autorité de santé (HAS). La procédure d'agrément et le cahier des charges de ces organismes agréés pour l'accréditation des médecins et des équipes médicales (OA-A) sont définis. L'accréditation constitue une méthode de DPC, intègre la procédure de certification des établissements de santé et participe au développement d'une culture de sécurité. Les actions réalisées pour l'accréditation sont prises en compte au titre du respect de l'obligation de certification périodique de certains professionnels de santé.

Les spécialités médicales concernées par l'accréditation sont les activités interventionnelles (l'anesthésie-réanimation, la gynécologie-obstétrique, l'échocardiographie fœtale, les activités interventionnelles de la radiologie, de la cardiologie....)

Conçu à l'origine comme une contrepartie à un avantage assurantiel proposé aux médecins acquittant une prime en responsabilité civile, le dispositif d'accréditation créé par la HAS et destiné aux médecins « quel que soit leur mode d'exercice » s'est de fait déployé de façon notablement asymétrique au profit de l'activité libérale. En effet, dans le public, le financement de l'OA-A ne pouvait provenir que du praticien lui-même ou dans certains cas de son établissement.

La réforme permettant le financement par l'Assurance Maladie des Organismes Agréés pour tout médecin qui s'engage dans l'accréditation, quel que soit son statut, autorise de facto un déploiement de l'accréditation dans le secteur hospitalier public et universitaire. Ce déploiement doit permettre d'inclure dans le champ de la gestion des risques associés aux soins les activités majoritairement ou exclusivement pratiquées dans le secteur public, voire d'inclure dans ledit champ d'autres spécialités que celles définies à l'origine. Au-delà des attentes immédiates d'acculturation des équipes en qualité et sécurité, les enjeux concernent également la formation de tous les acteurs paramédicaux et médicaux à la pratique d'une médecine plus sûre, soucieuse de réduire le nombre et d'atténuer les conséquences des événements indésirables associés aux soins (EIAS).

/...

Monsieur Bertrand Millat
12 rue Flaugergues

L'extension de l'accréditation aux établissements publics nécessite d'en accompagner le déploiement de l'accréditation en tenant compte d'une part de ses spécificités et, d'autre part, du contexte actuel.

Il importe de rendre possible ce déploiement avant de le mettre en œuvre concrètement et, pour ce faire, notamment de :

- Susciter une attente des usagers en termes de sécurité par une information appropriée sur les raisons et objectifs du déploiement et les associer à la lutte contre les EIAS ;
- Inscire la sécurité comme une valeur consubstantielle aux soins pour tous les professionnels en formation ;
- Lancer une campagne de mesure de la culture sécurité des équipes ;
- Accompagner la mise en place d'une solidarité au résultat appuyée sur une communication sincère et efficace ;
- Associer la pertinence et la sécurité ;
- Communiquer sur la cohérence et la complémentarité des dispositifs DPC, Accréditation, Certification des établissements, re certification des professionnels ;
- Ouvrir éventuellement le champ des risques.

Dans le cadre de la mission qui vous est confiée d'accompagnement de ce déploiement, vous pourrez utilement vous appuyer sur des professionnels et France Asso afin de conduire les auditions des personnes-cibles que vous aurez identifiées. Il vous appartiendra de communiquer auprès des différentes conférences nationales, des CNU et de toute institution que vous jugerez utile à cette démarche.

Je vous prie de croire, Monsieur, en l'expression de ma considération distinguée.

La Directrice Générale de l'Offre de Soins



Katia JULIENNE

Annexe 5 : analyses de pratique - Proposition de l'inter-IFSI 93

ANALYSE DES PRATIQUES – septembre 2011

PROPOSITIONS

1. CHOIX DES SITUATIONS

Dans tous les cas, 2 situations sont attendues, elles peuvent avoir été observées/pratiquées
A partir de S3, l'ESI en choisit au moins une dans laquelle il a été acteur

En S1, il semble judicieux de lui faire choisir une situation d'hygiène (compétence 3)
En S2, il semble judicieux de lui faire choisir une situation de communication (compétence 6)

D'une manière générale, il est bon de l'inciter à mettre en lien situations et UE étudiées sans caractère obligatoire, l'essentiel étant qu'il ne soit pas tenté de présenter des analyses relevant en permanence du même registre

2. POINTS DE PROGRESSION

L'ESI doit connaître d'emblée la finalité de l'analyse de pratique pour qu'il puisse donner du sens à son travail

L'ESI doit avoir eu un apport en terminologie (analyse, argumentation, autonomie...)

SEMESTRE	NIVEAU D'EXIGENCE	NIVEAU DE VALIDATION
1	La situation est décrite L'étonnement est effectif et clair Une amorce de réflexion est présente	Porte sur la description de la situation et l'étonnement
2	La situation est décrite L'étonnement est effectif et clair La situation est analysée	Porte sur la description de la situation et l'étonnement L'argumentation en lien avec au moins un champ/domaine concerné est attendue
3	La situation est décrite L'étonnement est effectif et clair La situation est analysée L'ESI s'auto-évalue	L'analyse complète est restituée L'ESI met en évidence les difficultés rencontrées/mobilise les différents domaines du savoir/identifie les ressources
4	Idem	Idem L'ESI identifie ses points positifs et au regard de ses points à développer, se pose 1 ou 2 objectifs de progression
5	Introduction de la notion d'autonomie de l'ESI	Idem L'ESI argumente/autonomie, doit dégager les invariants qui lui permettront d'aborder une autre situation→notion de transférabilité
6	Idem	Idem

3. FORME

Le minimum que l'on puisse attendre :

- Travail dactylographié
- Ecrit compréhensible
- Utilisation de vocabulaire adapté

Annexe 6 : la GEASP - L'essentiel en 1 page

Groupe d'Entraînement à l'Analyse de Situations Professionnelles (G.E.A.S.P.)

"L'essentiel en une page" (*)

Introduction du G.E.A.S.P. :

L'animateur (le conducteur) présente l'objectif du G.E.A.S.P. : le groupe va travailler à partir de ses propres ressources; il s'agit de **comprendre une pratique** et de **s'entraîner à produire des éléments de compréhension** en utilisant la multi-référentialité du groupe. Il ne s'agit pas d'une thérapie de groupe.

L'animateur rappelle le cadre de communication et déontologique : confidentialité des échanges, droit de non-réponse du narrateur, la règle de la bienveillance, la nécessité d'acceptation du cadre et d'implication nécessaire des participants. Il précise son rôle de conducteur - animateur, sans avoir obligatoirement d'expertise sur le contenu des situations évoquées.

Il rappelle les 5 phases de la séance et fixe une durée d'ensemble.

Puis il invite les participants à retrouver une situation professionnelle dont ils souhaiteraient parler (situation où le participant a été acteur, a agit personnellement).

Phase préalable **d'émergence de situations** parmi les participants.

1^{ère} phase : narration d'un moment de pratique par un participant (8/10 minutes).

L'animateur rappelle les règles de cette phase, la durée, et demande un volontaire pour observer le travail du groupe (extériorité relative) ; il invite le groupe à écouter sans interrompre le narrateur. A la fin du récit, il invite le narrateur à thématiser (problématiser) sa situation.

2^{ème} phase : Questionnement du narrateur par le groupe pour un complément d'informations sur le cas. (15 - 20 minutes, parfois un peu plus selon nécessité).

Le rôle de l'animateur lors de cette phase est essentiellement de distribuer la parole, et de veiller au respect de la consigne : pas de question portant directement sur la personne, **pas de jugement de valeur**. Sont également hors de propos les fausses questions (fermées ou inductives => demande de reformulation), ainsi que les hypothèses ou conseils déguisés. Il peut aussi inviter le groupe à relancer le questionnement sur certains aspects du cas qui n'ont pas été explorés et en particulier sur les différents champs où se situe la pratique.

3^{ème} phase : recherche des éléments d'interprétation (la formulation des hypothèses) - (15 / 20 minutes). Le narrateur n'intervient pas. L'animateur l'invite à modifier sa place dans l'espace.

L'animateur rappelle le but de ce travail : multiplier les éclairages sur le cas, sachant que personne ne détient la vérité absolue. La formulation d'hypothèses fait du groupe une **communauté de recherche de compréhension**, qui soumet à la confrontation les visions subjectives de l'expérience, basées sur des référents différents. Il demande autant que possible que soient fournis les éléments fondateurs de ces hypothèses.

L'animateur fait d'abord élaborer les éléments qui permettent **la compréhension du cas**, il aide le groupe à identifier les différents niveaux investis par ces formulations : compréhension du cas ; résonance ; recherche **des possibles** (ce qui pourrait être envisagé dans une telle situation).

Si le cas présenté est "une réussite", s'attacher à la **faire formaliser** et à demander ce qui pourrait **être encore amélioré** en terme de pratiques professionnelles.

4^{ème} phase : la parole est redonnée au narrateur du cas (5 minutes), en lui demandant de s'exprimer sur ce que le groupe lui a renvoyé de son cas, et ce qu'il en retire.

5^{ème} phase : l'observateur dit ce qu'il a vu (5 minutes) en particulier sur le versant de l'analyse de situation / pratique, et en termes de gestion du groupe et de son objet de travail : la pratique proposée.

Fin du G.E.A.S.P. proprement dit.

6^{ème} phase : chacun dans le groupe est invité à s'exprimer sur le fond (ce que lui a appris le cas), **comme sur la forme** (travail du groupe, intérêt du dispositif et critiques possibles).

(*) Il n'est pas fait état dans cette présentation rapide, des multiples variantes qui peuvent être utilisées aux différentes phases.

