



Concertation Nationale autour du projet de certification V2020 :
Contribution de la FHF Bretagne
21 mai 2019

L'HAS a lancé, il y a quelques semaines, une concertation à l'attention des Fédérations afin de recueillir les points de vue sur le projet de nouveau cahier des charges pour la certification dite « V2020 ».

Dans ce cadre, les établissements supports de GHT, en lien avec la FHF Bretagne ont souhaité participer à ce processus et ont donc travaillé sur le document transmis dans ce cadre participatif lors d'une rencontre le 21 mai réunissant des directeurs qualité, des ingénieurs qualité, des médecins.

Il ressort de ces échanges le souhait de mettre en avant 5 points de réflexion.

1. Un document bien construit avec un patient mieux intégré dans le dispositif

A la lumière des précédents documents de certifications, les échanges ont permis de constater une amélioration forte dans la construction de ce document, avec une meilleure cohérence d'ensemble relevant ainsi combien il était important de pouvoir consacrer un chapitre sur le patient au cœur de notre système hospitalier, ce qui est une première.

Ceci étant dit, quelques remarques ont été formulées sur quelques critères, qui dans leurs formulations ressemblent plutôt à des objectifs même si les participants à la discussion ont relevé le souhait de l'HAS d'expliquer les indicateurs choisis, dans un esprit de pédagogie.

Il a été également souligné que la certification ne doit pas s'assimiler à de l'audit et qu'une certaine marge de manœuvre doit pouvoir être laissée aux organisations en place. C'est la raison pour laquelle certains critères ont été estimés trop précis, restreignant ainsi la marge de manœuvre.

2. La place du patient dans le dispositif

Si la première remarque de la contribution porte sur la satisfaction de voir le patient intégré dans le processus d'évaluation, il n'en demeure pas moins quelques regrets sur sa place réelle dans le processus.

En effet, les participants ont tous relevé que finalement le patient devait être le fil rouge du processus de certification et ne pas forcément faire l'objet d'un chapitre à part entière. Ceci explique le fait qu'une déception s'est faite jour sur le faible lien entre ce premier chapitre sur le patient et le 2^{ème} sur les soins alors que l'amélioration de la prise en charge du patient est également basée sur le changement et l'évolution des pratiques professionnelles. En effet, il semble nécessaire que ces pratiques permettent aux professionnels d'être plus attentifs, d'être plus en interaction avec le patient et de trouver ainsi la juste place au patient.

A cet égard, les échanges ont porté sur la frilosité de l'HAS dans ce document à prendre en considération le savoir expérientiel du patient et de sa capacité à être acteur de la sécurisation de sa prise en charge.

Il est en outre proposé trois points à rajouter et modifier dans le document :

- Une clarification dans l'objectif 1.1.3 sur la situation des détenus qui sont hospitalisés dans un établissement sanitaire MCO
- L'ajout d'un critère sur la place du patient dans les instances de l'établissement ainsi que dans les groupes de travail qui peuvent se constituer en interne, ce qui permettrait de mettre en exergue tout le travail fait avec les patients dans le domaine de la qualité.
- Une redondance sur la définition et le rôle de la personne de confiance entre le sous chapitre 1.1.2 et 1.3.1

Enfin, les participants ont dit leur satisfaction de voir un sous objectif consacré au rôle des aidants qui ont une vraie plus-value dans la prise en charge du patient.

3. Des interrogations sur le chapitre consacré aux soins

S'il n'y a pas de remise en cause des propositions consacrées aux soins, des échanges ont eu lieu sur quelques questionnements :

- La notion « d'impact moral » (point 2.1.2.04 (page 40) qui semble ambiguë quant à l'objectivité du terme et qui pourrait être remplacée par la notion « d'état psychologique ».
- Des critères qui semblent pertinents à utiliser de manière globale alors qu'ils sont restreints à des champs d'application spécialisés sans doute liés à des réflexions de groupe de travail sur des pathologies précises.
- La place de l'objectif consacré au risque infectieux avec la demande de l'HAS que les établissements soient évalués sur leur capacité à mettre du personnel à jour des vaccins recommandés et non obligatoires. Si cette proposition permet une marge de manœuvre de la couverture vaccinale en fonction des services plus ou moins intéressés par cette démarche, et de responsabiliser les équipes, il n'en demeure pas moins, que la couverture vaccinale des équipes pourrait également faire l'objet d'un critère lié à la politique RH de l'établissement de déployer des actions pour ce dispositif.
- La question du point 2.1.1.05 sur l'évitement du passage aux urgences pour les personnes âgées de plus de 70 ans est un véritable objectif de santé publique et mérite effectivement d'être intégré dans le dispositif. Pour autant, les participants souhaitent alerter sur le critère de proposer une filière dédiée, une organisation d'admission directe qui, aujourd'hui, dans de nombreux établissements n'existe pas, d'autres actions étant enclenchées avec le même objectif d'éviter le recours aux urgences pour les personnes âgées (amélioration des relations villes – hôpital).

- Il est également demandé une clarification sur la notion de parcours et de filière étant entendu que le parcours de soins du patient n'est pas uniquement établi dans l'établissement mais bien au sein d'un territoire entre la filière publique mais également la filière privée ou associative non lucrative.

4. Des injonctions contradictoire sur le chapitre « établissement »

S'il n'y a que peu de remarques sur ce chapitre, il n'en demeure pas moins que les participants à la contribution ont bien conscience, tout comme l'HAS de la nécessité certes de développer un processus de qualité dans les établissements hospitaliers mais que ces mesures ne peuvent toutes être mises en œuvre sans une adaptation des effectifs et des moyens financiers.

A cet égard, la question de l'impact de cette certification V2020 avec les nouvelles propositions de financement du système hospitalier développées par la Task force animée par Mr Aubert se pose. Ainsi quid de la proposition d'un intéressement à la qualité ou des propositions dans les projets de loi de sécurité sociale de déployer des financements IFAQ ?

Enfin, il a été relevé la déception de ne pas voir les politiques de « Qualité de Vie au Travail » qui sont une réelle plus-value dans l'organisation de nos hôpitaux être mis en exergue. Très clairement, les participants estiment que ce point aurait dû faire l'objet d'un sous chapitre.

5. Les coopérations et le groupement

La présence de ce chapitre sur le groupement interpelle notamment eu égard à l'équité que cela entraîne dans l'évaluation de la certification entre les établissements hospitaliers intégrés à des GHT et les cliniques privées qui ne font pas partie de ce dispositif et qui, de facto, peuvent exclure ce chapitre dans leur évaluation.

Au-delà, les établissements participant à la concertation trouvent intéressant cette intégration même si elle est très en retrait eu égard au projet de loi du système de santé qui met la certification commune dans la mutualisation des GHT.

Dans le cadre des coopérations, au même titre que les relations ville-hôpital, il aurait été opportun d'intégrer les relations avec les partenaires des GHT dans la mise en place de filières sur le territoire.