

challenge

Le magazine du Centre Hospitalier d'Avignon

N°36/Nov. 2005

Dossier Spécial Certification du CHA

La qualité, c'est l'affaire de tous

Haute Autorité de Santé

Visite des experts

Démarche qualité au CHA

Synthèses des groupes
d'auto-évaluation

Visions des agents



- Éditorial de M. DECOUCUT page 2
- Éditorial du Dr OLIVIER page 3
- Haute Autorité de Santé page 4
- Visite des experts de la HAS page 5
- Historique de la démarche qualité pages 6/7
- Outils de la qualité page 7
- Démarche du CHA pages 8/9
- Synthèses des auto-évaluations pages 10/13
- Visions des agents pages 14/15



directeur de publication

- Francis DECOUCUT

rédacteur en chef

- François LAPERCHE, Adjoint au Directeur, poste 3905

comité éditorial

- Alexandra AGNEL, Qualificienne, poste 3459
- Danièle ANGEVIN, retraitée du CHA
- Jean-Luc ARMONICO, DIM, poste 3093
- Annick BEAULIEU, IDE nuit
- Yannick CERUTTI, Photographe
- Philippe DI SCALA, Stratis
- Odile FERIGOULE, CSS, Village, poste 3860
- Françoise GAUTHIER, PH, Médecine Nucléaire, poste 3720
- Marielle PETIT DE GRANVILLE, Chargée de Communication, poste 3981
- Yannick ROSSI, Espaces verts, poste 3968
- Édith USSON, CS, chirurgie digestive - uro-gynécologie, poste 3363

secrétariat de rédaction

04 32 75 39 61

conception & réalisation

Stratis 04 98 01 26 26

Une recherche constante

d'amélioration de la qualité de nos prestations

Très prochainement, du 5 au 9 décembre 2005, le Centre Hospitalier d'Avignon accueillera un groupe de six experts de la Haute Autorité de Santé (HAS) dans le cadre de la procédure d'accréditation version 2 de l'établissement.

«L'accréditation dans sa deuxième version, mesure le niveau de qualité et de sécurité des soins et apprécie la dynamique d'amélioration continue de la qualité développée au sein de l'établissement. Elle porte une attention particulière aux résultats obtenus, aux modalités d'organisation et au niveau d'engagement du management. Les domaines du service médical rendu, de l'évaluation des pratiques professionnelles, de la gestion des risques et du management font l'objet d'un examen plus particulier que dans la première itération de l'accréditation. (Guide pratique «Préparer et conduire votre démarche d'accréditation» HAS mars 2005).»

Les objectifs de la visite de la seconde version se distinguent de la première en plusieurs points :

- un plus grand accent est donné à la visite des différents secteurs d'activité de l'établissement dans le cadre de parcours patient ou de parcours thématique ;
- les experts visiteurs consacreront un temps spécifique à l'évaluation des pratiques professionnelles ;
- un suivi des conclusions de la première procédure d'accréditation sera effectué.

Les experts visiteurs vont rencontrer les dirigeants de l'établissement, le comité de pilotage de la démarche qualité, les membres des groupes chargés de l'auto-évaluation, les représentants des usagers, et, au détour de leurs visites, les professionnels de l'établissement.

Chacune et chacun d'entre vous est donc susceptible de rencontrer les experts et d'avoir à répondre à leurs questions, et je suis persuadé que votre professionnalisme permettra à notre établissement de franchir l'obstacle sans encombre.

Ce numéro spécial de Challenge a été conçu par la direction de la qualité et des relations avec les usagers comme un vademecum des principaux éléments de la démarche et essentiellement pour vous accompagner dans cette période d'accréditation qui peut, à certains égards, susciter quelques inquiétudes.

Le maximum a été fait pour que notre établissement aborde cette étape convenablement. La motivation, le professionnalisme et la haute technicité qui caractérisent le Centre Hospitalier d'Avignon et les personnels qui le composent sont des atouts importants dans notre recherche constante d'amélioration de la qualité de nos prestations.



Francis DECOUCUT, Directeur

Unissons nos forces vers un objectif de qualité

Vaste défi réaliste, progrès dans la démarche de soin ou poudre aux yeux jetée à la face des hospitaliers pour casser le ronronnement de l'institution et lui permettre de remettre en cause ses pratiques quotidiennes.

Chaque jour de ma vie à l'hôpital il n'est pas un instant où je ne m'interroge sur la qualité du travail que nous accomplissons. J'en perçois les défauts, les limites, mais aussi les qualités et les succès et toujours à travers le patient malade et son intérêt supérieur pour un seul objectif : le soin juste et adapté vers une guérison probable mais incertaine.

Mais ces impressions subjectives même si elles se réfèrent à des recommandations professionnelles ne peuvent suffire à progresser dans les pratiques professionnelles.

On peut s'interroger sur l'influence positive des contraintes réglementaires imposées aux soignants, dans le but, louable au demeurant, d'améliorer leurs pratiques. Le temps passé à rédiger ces protocoles est un temps décompté auprès du patient. On assiste ainsi à une sorte de frénésie de "robotisation" de la démarche des soignants au détriment de la réflexion intellectuelle et de l'humanité du soin. La médecine est un art et non pas une science, c'est un lieu commun de le rappeler !

Et pourtant... pourtant... peut-on continuer à cheminer sans repère tangible, sans objectif préalable, sans notion de résultat, sans dépasser l'individualisme forcené, du médecin en particulier, qui a tant de mal à se remettre en cause, qui craint d'être évalué dans ses pratiques parce qu'il est convaincu en toute bonne foi de bien faire ? Nous avons la chance de travailler dans une institution qui nous protège, et nous offre des outils de travail exceptionnels, sachons la tirer encore plus haut en unissant nos forces vers cet objectif qualité, garant de notre juste approche du malade.

En participant au groupe opérationnel "accréditation" et à travers le rapport d'auto-évaluation, j'ai pris conscience du travail accompli par de nombreux acteurs du CHA et j'ai été tout particulièrement séduit par la démarche d'évaluation des pratiques professionnelles et les audits ciblés : ces méthodes paraissent réalistes et instructives. En fin de compte, chaque résultat d'évaluation est comme une victoire et la découverte d'un univers insoupçonné, encore fallait-il y accéder ! Le champ de la démarche qualité est infini du simple détail aux circuits et méthodes les plus complexes. Je le conçois donc comme un état d'esprit, une identité qu'il convient d'acquiescer, une nouvelle "routine", qui n'est pas coercitive mais devient un comportement naturel. Ce nouveau comportement passe aussi par l'actualisation de nos connaissances, acte naturel chez les soignants, mais pour laquelle nous devons bientôt rendre des comptes.

Nous allons maintenant montrer nos forces et nos faiblesses aux experts visiteurs : ce regard extérieur et neutre nous sera bénéfique comme l'a été la première accréditation. Il ne s'agit pas d'un simple examen de passage, dont on attend le résultat pour être "diplômé" et entrer dans la vie active ; je le conçois comme une épreuve qui nous permettra de passer dans la "classe supérieure", et nos études seront longues, très longues !



● **Dr Philippe OLIVIER**, Président de la Commission Médicale d'Établissement

Un organisme public indépendant, à caractère scientifique

La Haute Autorité de Santé (HAS) a été créée dans le cadre de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'Assurance maladie. Cet organisme, opérationnel depuis le 1^{er} janvier 2005, succède à l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé qui avait été instituée par les ordonnances d'avril 1996, dites ordonnances JUPPÉ, en remplacement de l'ancienne Agence Nationale d'Évaluation Médicale (ANDEM).

→ La Haute Autorité de Santé est un organisme public indépendant, à caractère scientifique, dotée de la personnalité morale, et disposant de l'autonomie financière. C'est donc une instance ne relevant d'aucune tutelle ministérielle.

Créée à partir du modèle d'instances supérieures déjà bien connues du grand public, type Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) ou Conseil Supérieur de l'Audiovisuel (CSA), la HAS a pour mission de :

- formuler des avis et des recommandations permettant d'éclairer les pouvoirs publics pour les décisions de prise en charge par l'Assurance maladie de l'ensemble des actes, prestations et produits de santé, ces avis et recommandations font autorité du fait de l'expertise scientifique de cette institution et de son indépendance à l'égard des autorités politiques, administratives ou des groupes de pression industriels ;
- promouvoir les bonnes pratiques et le bon usage des soins auprès des professionnels de santé. A ce titre, elle assure notamment le pilotage de l'ensemble du dis-

positif d'évaluation des pratiques professionnelles des personnels de santé (évaluation obligatoire pour tous les personnels médicaux libéraux ou salariés à réaliser au moins une fois avant avril 2010) ;

- mettre en œuvre la certification des établissements de santé (ancienne procédure d'accréditation).

Tous les aspects du système de soins concernés

La Haute Autorité de Santé qui regroupe des organismes spécialisés, auparavant dispersés et placés sous la tutelle du Ministère de la Santé, couvre un champ de compétences touchant à tous les aspects du fonctionnement du système de soins, dans la perspective d'une structuration forte de l'ensemble du dispositif sanitaire.

L'organisation administrative de la Haute Autorité de Santé comporte un Collège exécutif et 7 commissions spécialisées.

Le Collège exécutif est composé de huit membres désignés par le Président de la République, les Présidents de l'Assemblée Nationale et du Sénat, ainsi que par le Président du Conseil Économique et Social. Le Collège exécutif

a pour mission de rendre les avis et les recommandations relevant du champ de compétence de la Haute Autorité de Santé (propositions d'inscription des actes, prestations et produits de santé sur la base des produits remboursables). Il fixe l'organisation des services composant l'institution, et notamment les règles de fonctionnement des 7 commissions spécialisées.

Les 7 commissions spécialisées constituant la Haute Autorité de Santé, présidées chacune par un membre du Collège exécutif sont chargées respectivement de :

- l'évaluation des actes professionnels ;
- l'évaluation des médicaments ;
- l'évaluation des biens et services remboursables ;
- les recommandations et améliorations des pratiques Qualité de l'information médicale et leur diffusion ;
- la certification des établissements de santé.

Elles produisent un rapport annuel d'activités adressé au Parlement et au Gouvernement.

2 réseaux de collaborateurs externes

Les moyens de la Haute Autorité de Santé proviennent de

subventions de l'Assurance maladie, de l'État, et des contributions des établissements de santé dans le cadre de la procédure de certification, ainsi que de diverses taxes fixées par le Code de la Santé Publique.

A ce jour, la Haute Autorité de Santé compte 350 agents permanents, dont 135 professionnels de santé.

Elle s'appuie également sur deux réseaux de collaborateurs externes :

- 175 correspondants régionaux chargés de diffuser et promouvoir les travaux de la Haute Autorité de Santé ;
- 800 experts visiteurs qui réalisent les visites de certification dans les établissements de santé.

Ces collaborateurs externes sont des professionnels de santé qui continuent, pour la plupart d'entre eux, d'exercer une activité en plus de leur collaboration avec la Haute Autorité de Santé. A cet égard, il convient de préciser que le Centre Hospitalier d'Avignon compte, dans ses personnels, trois experts visiteurs.

Michel DELPORTE

Directeur Adjoint

Direction de la qualité,
de la gestion des risques,
et des relations avec les usagers

5 au 9 décembre 2005

Le CHA visité par les experts de la Haute Autorité de Santé

Ultime étape et période particulièrement dense et importante dans la procédure de certification engagée par le Centre Hospitalier d'Avignon, la venue sur le site hospitalier des experts visiteurs de la Haute Autorité de Santé est fixée pour la période du lundi 5 décembre 2005 au vendredi 9 décembre 2005.

Elle sera réalisée par six experts visiteurs accompagnés d'un « observateur » chargé par la Haute Autorité de Santé de suivre la visite en qualité d'auditeur interne de la procédure des visites de certification.

→ Malgré les zones d'incertitude qui subsistent aux premiers jours de novembre 2005 sur le déroulement détaillé de la visite à arrêter ultérieurement, après consultation avec l'établissement, sous l'arbitrage et décision définitive de la Haute Autorité de Santé, certaines indications peuvent être d'ores et déjà communiquées aux personnels hospitaliers avec un degré de fiabilité satisfaisant.

L'équipe des experts visiteurs

Elle comporte six professionnels de santé appartenant au réseau de collaborateurs externes de la Haute Autorité de Santé.

- Coordonnateur responsable de la visite : 1 médecin.
- Équipe composée également de : 2 médecins, 2 soignants, 1 gestionnaire.
- Équipe accompagnée d'un observateur : personnel soignant.

Programme prévisionnel de la visite

1. Des rencontres et entretiens quotidiens avec le Chef d'établissement pour la mise au point définitive du programme de la journée (possibilité de modification à l'initiative des experts visiteurs du programme initialement arrêté).
2. Des rencontres et entretiens ponctuels avec les Présidents des différentes instances et partenaires hospitaliers.
3. Des rencontres et entretiens avec les Directions fonctionnelles de l'établissement et certaines personnes ressources.
4. Des rencontres et entretiens avec les professionnels de santé de l'établissement qui ont participé aux différents

groupes de synthèse.

5. Des visites de services organisées sous forme de circuits patients spécifiques à chaque mode de prise en charge.

- Médecine : un circuit hospitalisation non programmée (en urgence) et un circuit hospitalisation programmée.
- Chirurgie : un circuit hospitalisation non programmée depuis les urgences jusqu'au service d'hospitalisation et un circuit hospitalisation programmée.
- Obstétrique : un circuit d'une parturiente.

Le plateau technique est inséré dans les circuits spécifiques à ces trois types de prise en charge.

- Soins de suite et réadaptation : un circuit patient.
 - Soins de longue durée : un circuit patient.
6. Une (ou des) visite(s) à l'initiative des experts visiteurs la nuit.
 7. Des rencontres informelles avec des personnels hospitaliers dans le cadre de ces circuits patients.
 8. Des entretiens avec le groupe « usagers » constitué dans le cadre de l'auto-évaluation.

Il importe que l'ensemble des personnels hospitaliers présents dans l'établissement au cours de la période du 5 au 9 décembre se mettent spontanément à la disposition des experts visiteurs en fonction de leurs sollicitations au cours de la visite dans les différents secteurs d'activités.

9. Une restitution orale des observations et conclusions des experts visiteurs sera

réalisée le vendredi 9 décembre 2005, en salle de conférences, à partir de 14h30, à l'intention de l'ensemble des personnels hospitaliers qui sont invités à y assister (restitution sans débat).

Les conclusions de la visite de certification

Un rapport écrit correspondant à cette restitution sera remis à l'établissement, ainsi qu'au chef de projet qui a été désigné par la Haute Autorité de Santé pour suivre l'intégralité de la procédure de certification de l'établissement.

Le chef de projet présentera ensuite à la commission spécialisée chargée de la certification des établissements de santé un rapport complet contenant ses propositions pour délibération de sa part.

La décision de la commission de certification assortie le cas échéant de mesures de suivi, pouvant comporter une visite de contrôle de bonne exécution des mesures sollicitées, sera publiée avec le rapport complet de certification de l'établissement, sur le site Internet de la Haute Autorité de Santé.

Ce rapport et la décision de la commission de certification constitueront pendant une période de 4 ans la « carte de visite » publique du Centre Hospitalier d'Avignon, accessible à tous.

Michel DELPORTE

Directeur Adjoint
Direction de la qualité,
de la gestion des risques,
et des relations avec les usagers

historique

La démarche Qualité au CHA, déjà une longue

Si la recherche de la qualité a pu être longtemps considérée comme une évidence partagée par chaque professionnel de santé, elle apparaissait davantage comme un enjeu individuel qui s'imposait de lui-même sans qu'il soit nécessaire ou utile de le formaliser.

Cette conception individuelle de la qualité n'était pas sans susciter des interrogations fortes lorsque des variations de pratiques individuelles étaient recensées.



→ «Pourquoi ces variations ? Quelle pratique observée est la meilleure ? Comment transformer la pratique jugée la meilleure en méthode de travail adoptée par tous les professionnels ?».

Ces questionnements initiaux ont été renforcés par l'apparition de nouvelles techniques dans un contexte de limitation des moyens disponibles pour les activités de soins (les a-t-on utilisés avec pertinence ?) et en cas de contentieux touchant aux activités de soins (a-t-on fait ce qu'il fallait pour maîtriser les risques ?).

Au Département de l'Information Médicale, créé en 1989, la nécessité de développer un volet qualitatif, se rajoutant aux aspects descriptifs et quantitatifs du programme de médicalisation du système d'information s'est rapidement imposée. Dès 1994, des actions d'évaluation de la tenue du dossier du patient ont été menées, en utilisant les méthodes et les outils mis au point par l'Agence Nationale de l'Évaluation Médicale (ANDEM) devenue ensuite Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES) et transformée en 2004 en Haute Autorité de Santé (HAS).

Une Commission Qualité et Accréditation en 1998

La définition dans le projet d'établissement approuvé en 1996 d'un axe fort concernant la politique qualité prévoyant de formaliser, de structurer et d'institutionnaliser les démarches qualité au CHA débouchera sur la création fin 1998 de la Commission Qualité et de l'Accréditation. Cela était lié à la préoccupation, de plus en plus présente chez les professionnels de notre hôpital, d'inscrire

la qualité comme une composante importante de leur activité. Il fallait accepter le fait que la qualité n'allait pas forcément d'elle-même, malgré toute la compétence et toute la conscience professionnelle de chacun, mais nécessitait un effort permanent de chacun, relayé par un soutien institutionnel. La contrepartie de cet effort est la satisfaction des acteurs et leur reconnaissance en tant que professionnels par les «clients» (patients en premier lieu mais aussi famille, population, responsable sanitaire ou politique...) permettant de créer une culture et une cohésion sociale forte dans l'établissement, autour de valeurs positives. A partir de la transparence, de l'évaluation de la qualité, des démarches d'amélioration continue de la qualité et de la conviction de chacun que tous ont la même préoccupation et ambition pour l'hôpital, on peut créer des liens et des solidarités multidisciplinaires et transdisciplinaires entre les professionnels. Après avoir inscrit la qualité dans le projet d'établissement et dans le contrat d'objectifs et de moyens et expérimenté puis pérennisé une démarche dans le domaine de la gestion des risques, avec en particulier la mise en place d'un signalement des événements indésirables, la création de la Commission Qualité et de l'Accréditation a constitué une nouvelle étape. La commission établit chaque année un programme,

coordonne et suit les groupes de travail, valide les documents et protocoles qui relèvent de sa compétence. Au plan opérationnel, la structuration de la qualité en une Direction Qualité, animée en binôme par un directeur et le responsable du DIM, s'est renforcée avec le recrutement d'une qualicienne et la constitution d'un Bureau Qualité. Celui-ci se réunit chaque semaine depuis 2000 et comprend des représentants de la Direction des Soins. La création d'un poste d'adjoite à la Direction Qualité à compter de janvier 2005, confié à un Cadre Supérieur de Santé, complète la structure mise en place de façon pérenne dans l'établissement.

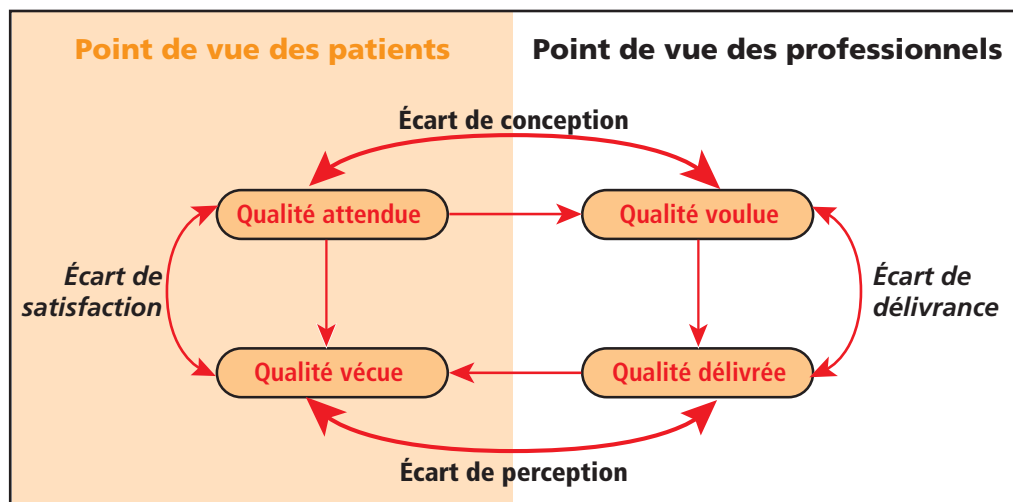
La visite des experts en 2001

L'année 2000 voit le CHA gravir une nouvelle marche avec la première accréditation dite V1. Après l'auto-évaluation, la visite des experts en mars 2001, la publication du rapport définitif en mars 2002 comporte 7 recommandations (assurer la traçabilité de l'information donnée au patient dans le dossier médical et la discussion bénéfices/risques, assurer la confidentialité des informations relatives au patient, assurer de façon effective la permanence médicale permettant une prise en charge continue des patients notamment en psychiatrie et en maternité, systématiser les prescriptions médicales écrites, datées et signées,

mettre en place un programme de gestion de la qualité, et de prévention des risques reposant sur des objectifs quantifiés pour permettre une évaluation). La procédure débouchera sur un programme d'amélioration intégrant nos propres propositions et observations, celles des experts visiteurs et ces recommandations.

Une deuxième visite en 2005

L'année 2005 va se terminer par une nouvelle visite des experts, dans le cadre de la deuxième démarche dite V2, à laquelle s'est consacré l'établissement depuis près d'un an. Entre les deux procédures d'accréditation (certification selon la nouvelle terminologie) la Commission Qualité mais également le CLIN, le CLUD, la Direction des Soins, les différents services cliniques, médico-techniques, logistiques et techniques ainsi qu'administratifs ont développé des actions d'amélioration de la qualité (évaluation, protocolisation, suivi d'indicateurs, vérification d'éléments sentinelles, résolution de problèmes, certification de certains secteurs). Depuis 2003, un dispositif de référents qualité est progressivement déployé avec une formation initiale permettant de leur donner les bases de travail, et des rencontres régulières pour mutualiser les idées et les travaux. La couverture de l'ensemble de l'établissement par ce dispositif est un objectif à court terme.



méthodologie

histoire

La démarche qualité, c'est l'affaire de tous

La démarche qualité n'est pas une passade, une mode ou un caprice, pas plus qu'une activité conjoncturelle ; elle ne doit pas être vécue comme une entrave au travail mais comme une nécessité et une éthique qui doit s'intégrer à l'activité de tous les jours. Elle doit se poursuivre, s'étendre, devenir une seconde nature et impliquer de plus en plus tous et chacun à tous les niveaux.

Que répliquer à ceux qui disent « moi je fais mon boulot en conscience, si certains n'ont pas confiance, ils n'ont qu'à venir faire des contrôles et des inspections » ? D'abord, que les démarches qualité formalisées sont les garants d'une réelle qualité et non pas d'une qualité espérée voire rêvée. Par ailleurs, la qualité doit être envisagée selon divers points de vue : c'est de la confrontation partagée entre le « voulu », le « délivré », l'« attendu » et le « vécu » que viendront les améliorations et leur pérennisation, et du partage d'expérience, la potentialisation des progrès individuels.

La médecine hospitalière est une médecine d'équipe et non pas une médecine individualiste, cela n'autorise plus une simple introspection du soignant mais une discussion argumentée en équipe, avec définition du voulu et de l'attendu, appréciation du vécu et du délivré et donc des mesures d'écarts. Par ailleurs, on peut être convaincu de bien faire alors que ce n'est pas le cas, et donc, la moindre des choses est d'en être conscient et d'être capable de se remettre en cause, sans attendre de façon puérile un jugement et une sanction externes. Enfin, la confiance se mérite et elle ne peut pas être basée sur des arguments d'autorité si on veut sortir d'une conception paternaliste de la santé aussi bien entre soignants et soignés, qu'entre soignants. Dès lors, il faut expliquer, justifier, démontrer, vérifier, d'autant que la confiance est elle-même un élément important de la qualité des soins. Notre « boulot » a donc évolué et nous devons évoluer nous-même sans regret ni nostalgie.

Docteur Claude SOUTIF
Direction Qualité
Chef de Département du DIM

Des outils pratiques pour aborder la qualité

Comme toute discipline, la « qualité » a son vocabulaire, voire son jargon et ses sigles, qui doivent permettre de dire les choses avec précision, avec un langage commun permettant à chacun de se comprendre, de savoir de quoi il s'agit et de quoi on parle, elle a aussi ses outils et ses méthodes.

→ L'ANAES a publié en juillet 2000 un document sur les « Méthodes et Outils des démarches qualité pour les établissements de santé », qui peut être consulté sur Clara, dont sont tirés ce tableau et ces exemples. Nous commencerons par les outils.

Les outils de la qualité

Pour le domaine de la qualité, un outil est un moyen conçu pour réaliser de façon efficace un certain type d'action. On distingue classiquement les outils de base et les outils de management.

Un outil possède un mode opératoire précis. Il s'inscrit généralement dans le cadre d'une méthode.

Outil qualité : ensemble cohérent de dispositions pratiques mises en place dans l'entreprise en vue d'améliorer les performances d'une ou de plusieurs caractéristiques d'un produit ou service.

Outil de base de la qualité : feuille de relevé, diagramme de Pareto, diagramme causes-effets, graphiques et histogrammes, remue-ménages, QQQQCCP (qui ? quoi ? où ? quand ? comment ? combien ? pourquoi ?). Sans vouloir exposer systématiquement tous les outils, nous souhaitons présenter brièvement l'un d'entre eux : le remue-ménages.

Remue-ménages (ou brainstorming)

L'objectif est la recherche d'idées originales et/ou de faire une collecte large et rapide d'idées, dans un groupe, par la libre expression, sur un sujet donné. Cet outil permet aussi bien de rechercher, lister ou préciser un ou des problèmes, que d'en identifier les causes et ensuite de trouver des solutions.

Les conditions d'utilisation sont importantes à respecter pour que le remue-ménages ne se transforme pas en foire d'empoigne ou en réunion de café du commerce. Il faut que chacun s'exprime sans que personne ne confisque la parole ou reste dans son coin à ne rien dire (pour cela un groupe d'une douzaine de personnes semble le maximum). Il est important de bien définir le champ de la discussion (exemple lors de la recherche des causes, il ne faut pas aborder les solutions). Il ne doit y avoir aucun a priori, ni tabou, ni

refus d'idée (une idée à priori sottise ou saugrenue peut s'avérer excellente). Tous les membres du groupe doivent se sentir à égalité, éviter les arguments d'autorité, les commentaires, jugements de valeur ou réactions verbales ou non, lors de l'énoncé d'une idée. L'action doit se dérouler avec un bon tempo pour éviter toute digression et perte de temps (ne pas dépasser 1 heure en principe).

Le déroulement

- 1) L'animateur affiche la question à laquelle le groupe doit répondre.
- 2) Les participants réfléchissent seuls pendant 5 minutes puis inscrivent leurs idées sur une feuille ou un post-it (une idée par post-it).
- 3) L'animateur fait un tour de table et chacun exprime à son tour une idée à la fois sans commentaire ni explication. Les phrases doivent être brèves, aucune idée n'est discutée ou censurée pendant le tour de table. Les participants expriment leurs idées dans l'ordre qu'ils souhaitent, ils peuvent inventer de nouvelles idées au cours du tour de table en rebondissant sur celles des autres, s'exprimer à nouveau après avoir passé à leur tour la parole.
- 4) Une idée n'est exprimée qu'une fois à moins qu'une nouvelle formulation précise ou élargisse l'idée déjà émise. Celui qui énonce une idée la raye de sa liste ainsi que ceux qui avaient la même idée sur la leur.
- 5) L'animateur inscrit toutes les idées (ou colle les post-it), les reformule pour être sûr d'avoir compris et les numérote dans l'ordre d'émission.
- 6) Il poursuit le tour de table jusqu'à ce qu'il n'y ait plus d'idées.
- 7) L'animateur commence le regroupement et la synthèse des idées exprimées en posant trois questions pour un premier tri : Hors sujet ? Compréhensible ? Identique ?

Docteur Claude SOUTIF
Direction Qualité
Chef de Département du DIM

	Mesurer	Suivre	Choisir	Collecter	Analyser	Visualiser
Feuille de relevé de données	X			X		
Diagramme de Pareto	X		X			X
Diagramme causes-effets					X	X
Histogramme						X
Remue-ménages				X		
QQQQCCP				X		
Diagramme d'affinités					X	X
Diagramme des relations					X	X
Diagramme multicritère			X			
Diagramme en arbre			X		X	X
Diagramme de décision			X		X	X
Diagramme sagittal		X			X	X
Logigramme					X	X
Vote simple			X			
Vote pondéré			X			
Questionnaire de satisfaction				X		
Indicateur qualité	X	X		X		
Audit qualité	X					
Focus group			X	X		
Chemin clinique		X				X

De la procédure d'accréditation V1 à la certification V2



L'accréditation, c'est...

une procédure d'évaluation externe à un établissement de santé qui vise à s'assurer que les établissements développent une démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins destinés aux patients.



A partir de l'accréditation V1 et des éléments de continuité :

- une approche pluridisciplinaire transversale valorisant les responsabilités des professionnels et l'échange inter service et inter métier ;
- une appréciation de la dynamique de l'établissement ;
- une appréciation de la prise en charge du patient après sa sortie en favorisant la participation de professionnels de santé hors établissement, réseaux, et la collaboration avec les équipes libérales.



Pour arriver à des nouveautés et à la certification V2 :

- renforcement de l'évaluation des pratiques et promotion d'une culture d'évaluation en santé :
 - évaluer la démarche et non les pratiques sous-jacentes en faisant la distinction entre la mesure du niveau de qualité atteint et la dynamique qualité,
 - renforcer l'implication des dirigeants dans la mise en place des démarches d'évaluation et d'amélioration de la qualité sur le champ des soins,
 - impliquer les équipes médicales dans la démarche,
- prise en compte du service médical rendu avec des références nouvelles sur des aspects importants du processus de soins (maladie thrombo embolique, suicide, escarres...ou secteurs spécifiques tels que urgences, secteurs interventionnels, médicaments...), une déclinaison par discipline (court séjour/MCO, SSR, USLD, Hospitalisation à domicile, Psychologie et santé mentale), des références sur l'évaluation des pratiques médicales et l'obligation de conduire des projets ;
- participation des usagers et des représentants des usagers lors de l'auto-évaluation et de la visite ;
- articulation avec d'autres procédures de certification (Restauration, Blanchisserie) ;
- cotations par critère et par type de prise en charge (chapitre 3), 4 cotations (A B C D) et des pistes d'amélioration/critère ;
- des points positifs, points considérés comme particulièrement bien réalisés dans l'établissement, ou innovants et pérennes et susceptibles d'être mis en valeur et diffusés dans le cadre d'un partage d'expérience ;
- des pistes d'amélioration et des actions correctives et/ou préventives annoncées dans les commentaires par critère avec échéancier et modalités de l'évaluation des actions mises en place.



Pour aboutir à :

- un nouveau barème de décision (accréditation, accréditation avec suivi, accréditation conditionnelle, non accréditation) ;
- la mise en ligne de l'intégralité du rapport à la demande des usagers avec des informations précises, factuelles, récentes, accessibles, et lisibles permettant notamment de choisir l'établissement avant l'hospitalisation ;
- la périodicité des visites réduite à 4 ans.

Ghislaine REY

Cadre Supérieur de Santé,
Adjointe Qualité

Une visite préparée depuis un an

→ Il aura fallu un an pour réaliser l'auto-évaluation, et établir le rapport adressé par l'établissement à la HAS dont le suivi a été réalisé par un Chef de projet, issu de la HAS, en charge du dossier, ce jusqu'à la décision finale prise par le Collège. Ces travaux aboutissent sur une visite des experts selon un planning proposé par l'établissement et validé par le Chef de projet et le Coordonnateur de la visite.

- Valider l'auto-évaluation et sa méthodologie
- Apprécier le niveau de qualité atteint
- Apprécier la dynamique qualité, notamment d'après le suivi des décisions depuis la V1
- Apprécier des parcours cliniques spécifiques, par type de prise en charge (MCO, SSR, USLD) :
 - reflétant le chemin suivi par le patient lors de sa prise en charge ;

- ciblés sur des lieux et des processus à risques obligatoirement investigués (Stérilisation, Bloc Opératoire, Salle de Soins Post Interventionnelle), Réanimation, Urgences, circuit du dossier patient) ;
- permettant la rencontre avec les professionnels sur leurs lieux de travail, les patients et/ou leurs proches ;
- appréhendant l'organisation hôtelière et logistique par prise en charge et les interfaces entre les différents secteurs (cliniques, médico-techniques et logistiques) ;
- validant sur site les constats faits dans l'auto-évaluation en permettant la consultation des dossiers patients.
- Explorer obligatoirement le circuit du médicament jusqu'à la pharmacie (au moins un circuit logistique (repas, linge, déchet)

Processus appréciés lors de la visite





Le rapport d'accréditation comprend une synthèse du travail des groupes d'auto-évaluation tenant compte des évaluations et recommandations faites pour chacun des critères constituant le manuel d'accréditation version 2 et ses 4 chapitres.

Dossier réalisé par
Ghislaine REY
Cadre Supérieur de Santé,
Adjointe Qualité

ch a p i t r e 1

Politique et qualité du management, des axes d'amélioration possibles

Depuis 1994, le Centre Hospitalier d'Avignon manifeste une culture projet d'établissement qui a été formalisée dans le projet actuel, 2003-2007, avec une réorganisation de l'établissement autour des pôles médico-chirurgicaux, la création d'un bâtiment supplémentaire, et différents projets transversaux tel que le renforcement des pratiques des soins palliatifs ou de lutte contre la douleur. Le conseil exécutif, mis en place dans le cadre d'une expérimentation nationale, poursuit ses travaux sur la mise en place de ces pôles.

➔ En terme d'amélioration, les projets de service doivent être plus formalisés. Les conseils de service ou les réunions d'expression directe et collective doivent être des vecteurs de communication à l'échelle des équipes sur les orientations stratégiques et leur mise en place effective.

Les respects des droits de l'information du patient sont des priorités auxquelles les professionnels répondent au quotidien.

A cet égard, le Comité local d'éthique, créé en 2005, sera une aide pour développer la réflexion éthique sur le terrain et facilitera

la prise de décision et d'information autour d'une prise en charge parfois difficile.

Les représentants des usagers auprès des instances (CA, CRU, CLAN, CLIN) et les associations de patients devraient être plus sollicités pour participer à l'évaluation et à l'amélioration du service rendu.

La politique des ressources humaines s'appuie sur l'amélioration des conditions de travail et la prévention des risques professionnels pour favoriser l'implication des personnels. Une communication régulière sur la

gestion prévisionnelle et l'adaptation des ressources humaines aux évolutions de l'établissement, serait un moyen d'échanges souhaité par les professionnels.

Le schéma directeur du système d'information est en place et se poursuit. Il n'est pas toujours connu par les personnels de terrain. L'information mérite une formalisation plus rigoureuse de ses circuits pour être prise en compte de façon plus intégrale. La politique

pour une informatisation progressive, tant administrative que médicale et paramédicale du dossier patient, est définie : dossier unique et structuré, constamment évolutif pour tracer la qualité et la continuité des soins. Les communications avec les réseaux de soins et les correspondants externes en nette amélioration doivent encore se renforcer.

La politique d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques est structurée. L'évaluation des pratiques professionnelles à favoriser à l'échelle de tout l'établissement, et la formalisation du fonctionnement de la cellule VIGIE, sont des pistes d'amélioration soulignées par les évaluations verticales et transversales.

La politique d'optimisation des équipements, de réalisation et de financement des investissements doit se poursuivre, suivie d'une communication régulière auprès des personnels, action déjà bien amorcée, afin que tous se sentent impliqués dans leur quotidien.



chapitre 2

Un établissement fort de nombreuses ressources transversales

Le dialogue social au sein de l'établissement est un point positif remarqué.

→ Les nouveaux personnels sont accueillis et intégrés, selon une procédure à institutionnaliser par le biais de fiches et de profils de postes validés. La formation continue, avec un plan annuel varié et évolutif, participe à l'amélioration continue des compétences des personnels. L'évaluation des professionnels est formalisée, confirmée par un entretien avec l'encadrement qui se généralise peu à peu. L'évaluation des pratiques professionnelles, notamment médicales, sur la base d'un programme annuel soumis à la CME, permettra la mise en œuvre d'un plan d'amélioration intégrant les équipes. Les fonctions hôtelières s'adaptent aux besoins et aux attentes du patient et de son entourage, intégrant le respect de sa dignité et de son intimité, comme le préconise la charte du patient hospitalisé. Un programme d'amélioration pour l'accueil des personnes handicapées ou dépendantes est en cours et doit sans cesse se renforcer. La restauration comme la blanchisserie, suivent les principes de certification pour assurer la maîtrise de la qualité et de la sécurité de prestations organisées. L'évaluation des fonctions logistiques bien amorcée pour parfaire, dans ce domaine, la démarche qualité s'appuie notamment sur des protocoles à respecter, outils bien en place ou en cours de réflexion, afin de mesurer les actions mises en œuvre. Un système de management de la qualité existe. L'écoute des patients est une priorité institutionnelle, tant sur le terrain qu'au niveau de la Direction. Les professionnels sont impliqués dans les démarches d'amélioration continue de la qualité (évolution du dossier patient, audits cliniques ciblés sur des

pratiques de soins, certification de la restauration et de la blanchisserie...). Des référents qualité formés participent à la mise en œuvre d'actions qualité informelles dans leur secteur. Le suivi du programme qualité annuel, une gestion documentaire centralisée au service des utilisateurs, des évaluations constantes, une communication régulière sur les objectifs atteints, une communication institutionnelle et une disponibilité du secteur qualité pour les professionnels de terrain, devraient soutenir les actions.

La gestion des risques est organisée. La coordination des vigilances doit s'appuyer sur la cellule VIGIE à structurer pour le recensement et l'analyse des risques et la mise au point d'actions correctrices hiérarchisées.

Un dispositif de veille sanitaire est opérationnel, associant les compétences des professionnels référents, et permettant une coordination dans l'établissement avec les structures régionales et nationales de vigilances.

Le risque infectieux s'appuie sur un programme de surveillance et de prévention, tant pour le patient que pour les professionnels. Des protocoles existent : ils sont en cours de réévaluation et de diffusion sur le terrain.

La gestion des risques liée aux dispositifs médicaux, et leur maintenance préventive et curative, est réfléchi et mise en place.

Celle liée à l'environnement est une préoccupation institutionnelle, en constante évolution, qui mérite de ce fait, suivi, rigueur, et évaluation dans l'application des techniques et des protocoles.

La sécurité des bâtiments, des installations et des équipements, fait l'objet d'un contrôle réglementaire, régulier, et

tracé sur des tableaux de suivi des mises en conformité en cours de réalisation. Des protocoles d'alerte et d'intervention sont disponibles, mais doivent être expliqués, pour être connus et respectés des personnels de terrain, par une formation renouvelée et reconduite dans le temps (incendie, inondation, plans d'évacuation).

Des mesures préventives et effectives garantissent la sécurité des biens et des personnes, mais impliquent une attention quotidienne de tous les professionnels.

Une identification fiable et unique du patient doit être une préoccupation constante des personnels. Les procédures de contrôle existent et sont à mettre en œuvre de façon rigoureuse (port du braccet lors du passage au bloc opératoire - attention soutenue à l'utilisation des étiquettes patient correspondant à l'hospitalisation...).

Le dossier patient obéit à des règles de gestion définies pour l'ensemble des secteurs d'activité sous le contrôle du Département de l'Information Médicale, et grâce à la responsabilisation de tous les professionnels.





chapitre 3

L'organisation de la prise en charge du patient

Elle concerne davantage les secteurs soins, même si les fonctions logistiques et administratives y participent activement. Elle est déclinée en trois types de prises en charge pour l'établissement Médecine/Chirurgie/Obstétrique (MCO) ; Soins de Suite et Rééducation (SSR) ; Unité de Soins de Longue Durée (USLD). La qualité de prise en charge y est identique, mais le projet autour du patient est réfléchi à partir de sa pathologie, de la durée de séjour et des objectifs de prise en charge.

→ Les orientations stratégiques de l'établissement, définies dans le projet d'établissement, sont déclinées dans le projet médical et le projet de soins sur lesquels les équipes s'appuient pour mettre en œuvre l'organisation de la prise en charge du patient. Les personnels sont impliqués au quotidien dans l'accompagnement du patient et dans le respect de ses droits. La confidentialité et l'intimité sont une préoccupation, parfois gênées par des contraintes architecturales (chambre à deux lits, salles d'attente peu adaptées aux consultations), à renforcer par une réflexion et une rigueur constante.

L'accueil des patients, quelles que soient ses origines, ses ressources, ses besoins ou ses conditions d'arrivée, est organisé. Une évaluation initiale et régulière de l'état de santé du patient permet de réajuster la prise en charge tout au long du séjour avec une traçabilité rigoureuse. Ceci concerne l'information sur la pathologie et sur le projet thérapeutique, l'amélioration ou le réajustement des prestations, tels que la restauration, le transport... Les situations entraînant une prise en charge spécifique sont identifiées : conduites addictives, escarres, chutes, équilibre nutritionnel, risque suicidaire. Elles entraînent des actions préventives et/ou curatives adaptées. En USLD, la prévention des chutes et des escarres mérite encore davantage de rigueur et d'organisation, préoccupation quotidienne des équipes.

L'information du patient, adap-

tée à la compréhension de la personne soignée et de ses proches, est faite régulièrement. La traçabilité, à ce jour bien amorcée, reste à améliorer pour que l'ensemble des équipes médicales et paramédicales connaissent le niveau de connaissances du patient sur sa pathologie et son traitement. La personne de confiance est à rechercher et à noter dans le dossier de façon plus formelle. Le patient, soutenu par les professionnels, devient partie prenante de sa prise en charge.

Son consentement éclairé est sollicité, formalisé dans des situations particulières. L'enregistrement écrit est encore à développer de façon plus stricte et généralisée. L'amélioration de la prise en charge de la douleur est une réalité : le CLUD, pluridisciplinaire dans sa composition, fournit une aide active, tant par ses protocoles formalisés que par ses actions de formation et d'information auprès des personnels. Un binôme médecin-infirmière par service est en cours de mise en place afin d'être le lien sur le terrain entre le patient, les équipes et le CLUD. L'évaluation, la prévention, l'implication de la personne soignée, la disponibilité des traitements préconisés sont des points pris en compte par les professionnels. La pérennisation de la démarche est constamment recherchée pour évoluer vers la satisfaction du patient douloureux. La continuité des soins est assurée : dossier patient unique et structuré, transmissions ciblées, orales et écrites, prescriptions médi-

cales écrites, datées et signées, protocoles de prise en charge à évaluer et à structurer de façon plus méthodologique, plannings des professionnels (gardes et astreintes) affichés et connus. Le circuit du médicament est en cours de révision avec la présence de pharmacies dans les secteurs soins (locaux et stocks) adaptées à l'activité, et des règles établies entre les services soins et la pharmacie afin de supprimer tout recopiage de prescription, et favoriser, au maximum, la confidentialité autour du patient.

L'administration du médicament, conforme à la prescription, fait l'objet d'une réflexion pour une traçabilité sans recopiage : le dossier patient, côté prescription, est en phase d'essai avec la mise en place de documents répondant à ces règles. Le fonctionnement des activités interventionnelles s'appuie sur des organisations et des outils mis en place pour favoriser la continuité et la coordination des soins. La réactualisation de la charte du bloc opératoire, la formalisation de la cellule VIGIE, par exemple, permettront un fonctionnement plus structuré et partagé entre les équipes pluriprofessionnelles, dont les compétences doivent s'additionner pour un service médical rendu au patient, coordonné, réfléchi et organisé.

La rééducation et l'éducation du patient sont prises en compte ; elles méritent une évaluation et des réajustements effectués, si besoin, de façon régulière, et sont portées par une équipe pluridisciplinaire. La tra-

çabilité des actions doit, là aussi, être effective. Elle est la base de la coordination des démarches. La sortie du patient est un soin organisé, dès son entrée, par un bon nombre d'équipes. Elle est planifiée grâce à l'implication active du patient (si possible, et selon sa compréhension), à un travail avec les réseaux locaux, au soutien de la famille ou des proches, et à la collaboration du médecin traitant à impliquer davantage. L'accompagnement du patient et de ses proches par les équipes de terrain, par l'équipe mobile de soins palliatifs de plus en plus sollicitée, concourt à rendre plus sereins les moments autour du décès de la personne hospitalisée.

La formation, les groupes de paroles, les psychologues, permettent aux professionnels de mettre des mots, si cela est possible, sur des situations difficiles ou douloureuses faisant partie du soin et du quotidien des soignants. Le don d'organes est réfléchi et organisé, s'appuyant sur la transmission d'informations et un suivi effectués par une infirmière coordinatrice, relais des équipes de terrain. Les secteurs d'USLD réfléchissent actuellement sur la convention tripartite pour aboutir à un projet de vie individualisé pour chaque résident, prenant en compte ses souhaits, en conformité avec le projet d'établissement et le projet de soins. L'animation et les activités de rééducation et de soutien sont à multiplier de façon plus organisée qu'en hospitalisation de courte durée.

chapitre 4

Management et évaluation, des échanges favorisés

Des évaluations de la politique des ressources humaines sont entreprises d'après les bilans des réunions périodiques des Cadres de Santé, de la Direction des Soins et des Directions fonctionnelles.

→ Ces réunions permettent des échanges sur les actions entreprises, et les organisations mises en place : coursières entre la pharmacie et les services soins, Comité de suivi des brancardiers.

Le suivi de l'absentéisme fait l'objet d'un point mensuel entre la Direction des Ressources Humaines, la Médecine du Travail et la direction fonctionnelle concernée. Le bilan social annuel en fait le retour au niveau institutionnel. La promotion professionnelle est favorisée ; un temps d'échange agent/encadrement est organisé lors de l'évaluation. La satisfaction des personnels est prise en compte : plan de formation, groupes de paroles, consultation des partenaires sociaux, livret d'accueil réactualisé, et mise en place de réunions de présentation de l'établissement, lieu d'échanges avec les nouveaux arrivants.

Un questionnaire de satisfaction des personnels est à l'étude.

Les prestations logistiques sont évaluées en s'appuyant sur les démarches de certification de la restauration et de la blanchisserie. Le magasin est en cours de réorganisation afin de répondre aux demandes des services, ce dans les limites des contraintes budgétaires. Le lien entre ces secteurs logistiques et les secteurs soins est à renforcer par des rencontres plus formelles au niveau de l'encadrement.

La gestion du dossier patient, outil structuré de transmission pour la continuité et la coordination des soins, est évaluée par le Département de l'Information Médicale et par les soignants paramédicaux. Ce dossier évolue en fonction de la réglementation et des remarques des utilisateurs. La mise en œuvre du programme qualité et de gestion des risques est évaluée par le suivi des audits cliniques ciblés, par exemple, le réajustement des protocoles et la réflexion autour du suivi d'une documentation organisée afin d'être consultable par tous. La satisfaction des patients et de leur entourage est suivie au travers des remarques ou courriers relatifs à la prise en charge.

Des réajustements au niveau des équipes concernées, ainsi qu'au niveau de l'institution face à des problèmes plus généraux (mise en place d'une équipe d'accueil, d'une équipe de sécurité...) sont effectués. Le questionnaire de sortie est analysé, son taux de retour en progression, reste encore faible

(5 à 7%). Les services qui organisent la distribution personnalisée de ce questionnaire obtiennent un retour nettement supérieur : cela mérite d'être institutionnalisé. Un autre projet, plus centré sur le parcours, l'information et les droits du patient, validé par le groupe des usagers mis en place dans le cadre de la démarche d'accréditation et par les représentants des usagers, pourra être une autre source de recueil de satisfaction.

Les délais d'attente sont analysés, et des actions d'amélioration sont mises en place : infirmière d'accueil et d'orientation aux Urgences, ouverture de la Maison Médicale..., liens plus structurés entre les accueils des consultations, des admissions et du hall d'accueil...

Les représentants des usagers participent aux instances (CA, CRU, CLAN, CLIN). Leur collaboration au groupe des usagers, à maintenir après l'accréditation, permettra d'échanger, plus formellement et activement, sur les évaluations des prises en charge faites au niveau de l'établissement.

Les relations avec les correspondants externes, de plus en plus favorisées, méritent une organisation plus formelle et institutionnelle, et un échange à partir d'actions faites au niveau des équipes. La mise en place d'un questionnaire de satisfaction des correspondants extérieurs est proposée en action d'amélioration.

La mise en œuvre des orientations stratégiques de l'établissement, évaluée et analysée au niveau institutionnel, doit être renforcée par des échanges avec les équipes de terrain.

Les évaluations des pratiques professionnelles entraînent un plan d'amélioration qui concerne l'équipe dans sa totalité renforçant ainsi la coordination des professionnels pour un service rendu au patient, toujours évolutif.



La vision de la qualité par les

«Faire en sorte que chacun travaille de la même façon»



Véronique FÉRIGOULE,
IDE Nuit, Réanimation,
référente qualité
ayant participé à
la démarche d'accréditation

Challenge : Que pensez-vous de la démarche qualité pour les établissements hospitaliers ?

Véronique FÉRIGOULE : «La démarche qualité peut apporter une nouvelle impulsion dans le sens où elle oblige à une remise en question de nos pratiques. Elle nous fait ressortir nos protocoles des classeurs et les remettre à jour, car ils sont quelquefois très anciens. Elle peut motiver la formation de groupes de travail ou de réflexion afin d'améliorer la qualité des soins ou des services.»

Challenge : Que pensez-vous que cela a apporté ou va apporter au CHA ?

V. F. : «La démarche qualité a été mise en place pour uniformiser les pratiques, c'est-à-dire de faire en sorte que chacun travaille de la même façon. Dans chaque service où il y a un référent qualité (CS, IDE, ou AS) et dans tous les corps de métiers (de la restauration à la blanchisserie

en passant par le plateau technique) : celui-ci tend à harmoniser le travail de tous. Le bureau qualité permet aux différents services de travailler ensemble.

Chaque protocole, chaque fiche de poste validés, qu'ils soient nouveaux ou réactualisés et que l'on trouve dans les services sont des exemples du travail du bureau qualité. Le nouveau dossier de soins est un excellent exemple car il va toucher tous les services.»

Challenge : Vous sentez-vous concerné par cette démarche et que vous a-t-elle apporté sur un plan personnel ?

V. F. : «La démarche qualité représentait un concept abstrait avant d'être impliquée dans le groupe de travail des référents qualité, pourtant les soignants ont toujours fait de la qualité sans que le mot ne soit posé.»

Propos recueillis par
Annick BEAULIEU,
IDE Nuit



Nancy ROTH,
IDE, Stérilisation centrale,
référente qualité
n'ayant pas participé à
la démarche d'accréditation

Qualité, accréditation, certification... les fins limiers de Challenge ont tenté de connaître la perception des agents du CHA sur la démarche qualité.

3 questions concernant la démarche qualité, son apport pour le CHA et l'implication personnelle de chacun ont été posées à différentes catégories d'agents ayant ou non participé à la démarche.

«Une implication plus grande au quotidien»



Céline PEREZ,
ASH, Radiologie,
ayant participé à
la démarche d'accréditation

Challenge : Que pensez-vous de la démarche qualité pour les établissements hospitaliers ?

Céline PEREZ : «Au travers de mon statut de nouvelle venue dans l'établissement, cela m'a permis d'avoir une meilleure connaissance du CHA, des services, mais aussi des filières métiers. Cette expérience profitable pour tous les agents l'est donc également pour l'établissement.»

Challenge : Que pensez-vous que cela a apporté ou va apporter au CHA ?

C. P. : «Cela a tout d'abord permis d'effectuer un constat de l'existant et de mesurer l'évolution par rapport à la première accréditation. Ensuite, cela va déboucher sur une mise en œuvre et une évolution des moyens techniques et humains.»

Challenge : Vous sentez-vous concerné par cette démarche et que vous a-t-elle apporté sur un plan personnel ?

C. P. : «Au départ, j'étais un peu perdue, néanmoins l'aide et l'appui du groupe m'ont permis de m'investir, de comprendre et

d'enrichir le langage technique, mais aussi de prendre en compte sur les plans personnel et professionnel l'existence de réalités techniques et humaines. Personnellement, j'ai acquis une meilleure connaissance des lieux et ai été agréablement surprise par la technicité de l'établissement. Cela permet au quotidien une implication plus grande. Je suis passée du "spectateur à l'acteur".»

Propos recueillis par
Jean-Luc ARMONICO,
Adjoint administratif, DIM

agents du CHA

«Une connaissance approfondie de l'établissement»

Challenge : Que pensez-vous de la démarche qualité pour les établissements hospitaliers ?

Nancy ROTH : «Elle permet de mesurer ce qui a été fait, de voir ce qu'il reste à faire mais aussi d'évaluer auprès du personnel l'impact des mesures prises, de réfléchir sur l'existant et de prévoir les aménagements futurs, de valoriser le personnel, de préciser le concept de qualité, et de tenir compte des réflexions du personnel.»

Challenge : Que pensez-vous que cela a apporté ou va apporter au CHA ?

N. R. : «Cela a permis de réaliser un audit à un instant donné de la situation de l'établissement, de faire remonter les différents travaux des groupes ou des agents vers la direction, de générer des protocoles évolutifs, d'améliorer la communication et l'information.»

Challenge : Vous sentez-vous concerné par cette démarche et que vous a-t-elle apporté sur un plan personnel ?

N. R. : «Oui car elle permet de mesurer le travail restant et qu'elle remet en question de façon professionnelle et personnelle le travail quotidien. Elle implique plus de connaissances et plus de responsabilités.

Sur le plan personnel, la possibilité d'avoir un outil de référence dans son travail, périodiquement mis à jour, permet de tendre vers une qualité optimale, donc une sûreté de soi, une implication personnelle et un rôle d'acteur, ainsi qu'une connaissance approfondie des structures et des acteurs de l'établissement.»

Propos recueillis par
Jean-Luc ARMONICO,
Adjoint administratif, DIM



Michel THÉRON,
Attaché d'Administration
Hospitalière,
Affaires Médicales,
n'ayant pas participé à la
démarche d'accréditation

«Une nécessité absolue»

Challenge : Que pensez-vous de la démarche qualité pour les établissements hospitaliers ?

Michel THÉRON : «Je pense qu'il s'agit d'une nécessité absolue qui aurait dû être mise en place depuis longtemps. Mais il n'y a rien de bien nouveau sous le soleil. Il y a fort longtemps existait un slogan : «Dire ce que l'on fait et faire ce que l'on a dit.»»

Challenge : Que pensez-vous que cela a apporté ou va apporter au CHA ?

M. T. : «Une remise en question de certaines pratiques qui avaient cours (et qui ont peut-être encore cours) dans l'établissement et qui devraient être améliorées, à condition d'obtenir les moyens nécessaires.»

Challenge : Vous sentez-vous concerné par cette démarche et que vous a-t-elle apporté sur un plan personnel ?

M. T. : «Oui, tout à fait. A la lumière des travaux menés dans l'établissement, auxquels je n'étais pas mêlé directement, j'ai été conduit à réfléchir sur les tâches confiées à notre service. Mon approche s'en est trouvée modifiée.»

Propos recueillis par
Marielle PETIT DE GRANVILLE,
Chargée de Communication

«Une démarche motivante et dynamisante»



Dr Patrick DONNADIEU,
Praticien hospitalier,
Hémodialyse,
ayant participé à
la démarche d'accréditation

Challenge : Que pensez-vous de la démarche qualité pour les établissements hospitaliers ?

Dr Patrick DONNADIEU : «En terme de santé publique, les établissements doivent s'adapter aux besoins de santé de leur zone d'activité et garantir une qualité de soins conforme au niveau actuel des connaissances médicales et techniques. La démarche qualité permet aux établissements grâce à l'auto-évaluation de se situer par rapport à des référentiels et ainsi de mieux répondre à leurs missions.»

Challenge : Que pensez-vous que cela a apporté ou va apporter au CHA ?

Dr P. D. : «Si l'objectif ne devait être que d'obtenir une certification ce serait dommage. La première démarche d'accréditation (V1) a révélé un réel intérêt des acteurs de terrain, cela a été moins net pour la V2, pourquoi ? La création d'une commission qualité et la réalisation d'actions transversales ainsi que la mise en place de «référents qualité» dans les unités ont été de bonnes initiatives. Les missions des «référents qualité» devraient être mieux précisées et ne pas se limiter au relais sur le terrain des démarches qualité de l'établissement. Ils pourraient être, avec les médecins et les cadres, les acteurs de l'auto-évaluation au sein de chaque unité.»

avons tous l'impression de bien faire notre travail. Mais pouvons-nous honnêtement l'affirmer sans évaluer nos pratiques ? En Hémodialyse, avec les cadres, nous avons mis en place des groupes de travail par type d'activité. Des procédures et des protocoles sont revisités ou créés, et bientôt leur évaluation sera effectuée grâce à des audits internes de pratiques. Cette démarche est motivante et dynamisante pour tous les personnels, enrichissante aussi parce qu'elle conduit chacun d'entre nous à plus d'initiatives et de communication.»

Challenge : Vous sentez-vous concerné par cette démarche et que vous a-t-elle apporté sur un plan personnel ?

Dr P. D. : «Individuellement en tant que professionnel, nous

Propos recueillis par
Dr Françoise GAUTHIER,
Praticien hospitalier,
Médecine Nucléaire