

ECOLE NATIONALE DE LA SANTE PUBLIQUE

Filière des Infirmiers Généraux

Promotion 1999

**Influence du contexte institutionnel sur les résultats de
l'auto-évaluation accréditive : application au risque
nosocomial**

RUMEAUX Francine

SOMMAIRE

INTRODUCTION page 1

PREMIERE PARTIE : APPROCHE THEORIQUE DE L'AUTO EVALUATION p 5

I- LE CONTEXTE GENERAL DE L'AUTO EVALUATION

- I 1- L'évaluation des soins p 6
- I 2- L'accréditation p 7
- I 3- L'auto évaluation p 8

II- L'USAGE DE L'OUTIL DANS LE CONTEXTE INSTITUTIONNEL p9

- II 1- L'outil : le Manuel d'accréditation
- II 2- Le contexte institutionnel p 10
- II 2 1- Les différentes logiques institutionnelles face à l'auto évaluation
- II 2 2 a politique institutionnelle en matière de qualité p 11
 - II 2 2 1- L'accréditation : un instrument de dialogue entre l'établissement de santé et l'Agence Régionale de l'Hospitalisation. : un outil supplémentaire d'aide à la décision
 - II 2 2 2- Accréditation et Projet d'établissement p 12
 - II 2 2 3- Les structures internes à l'établissement
 - II 2 2 4- Les acteurs p 13

III- LE RISQUE NOSOCOMIAL : UN RISQUE MAJEUR EN MILIEU HOSPITALIER p 15

- III 1- Les risques à l'hôpital
- III 2- L'infection nosocomiale : ses caractéristiques p 16
 - III 2 1- Définition et aspects épidémiologiques
 - III 2 2- Ses origines p 17
 - III 2 3- Aspects économiques et sociaux
 - III 2 4- Jurisprudence et réglementation p 18
- III 3- La gestion du risque nosocomial p 19
 - III 3 1- La politique nationale de lutte : une mise en place récente p 20
 - III 3 2- La politique interne de l'établissement
- III 4- Les principaux acteurs hospitaliers de la prévention p 21

DEUXIEME PARTIE :L'ENQUÊTE p 22

I- METHODOLOGIE DE L'ENQUÊTE

I 1- Le cadre de l'étude

- I 1 1- Lieu d'enquête
- I 1 2- Période
- I 1 3- Population concernée

I 2- Méthode d'approche p 23

II- REALISATION DE L'ENQUÊTE ET RESULTATS p 24

II 1- Le contexte général

- II 1 1- Intérêt des différents acteurs pour la procédure p 25
- II 1 2- La politique des établissements concernés en matière de qualité p 27
 - II 1 2 1- Une structure spécifique p 28

- II 1 2 2- Une politique inscrite dans le projet d'établissement et le contrat d'objectifs et de moyens p 30

II 2- L'outil d'auto évaluation : un instrument découlant de la politique

institutionnelle en matière de qualité	p 31
II 2 1- Le contexte d'élaboration	
II 2 1 1- Un outil spécifique au comité de lutte contre les infections nosocomiales	p 32
II 2 1 2- Un outil spécifique au service de soins infirmiers	
II 2 2- L'objet du questionnaire et objectifs poursuivis	p 35
II 2 3- La population cible	p 36
II 2 4- Les documents de référence	p 37
II 3- Présentation des outils	
II 3 1- La forme	
II 3 2- Le contenu	p 39
II 3 2 1- Informations générales	
II 3 2 2- Référentiels, références et critères	
II 4- Utilisation de l'outil :Réalisation de l'auto évaluation	p 40
II 4 1- Période et choix du terrain	
II 4 2- La politique de communication	p 41
II 4 3- L'accompagnement	p 42
II 5- Les résultats	
II 5 1- Ce qui réunit les outils	p 43
II 5 2- Ce qui les différencie	p 44
II 5 2 1- Les niveaux d'appréciation utilisés	
II 5 2 2- Le rôle de l'encadrement dans le management de l'auto Evaluation	p 46
II 5 2 3- La réponse aux objectifs poursuivis	p 48
II 5 3- Les aspects pratiques	p 49
II 6- Vérification de l'hypothèse	
II 6 1- La pertinence des résultats	
II 6 2- Une politique qualité favorable	

TROISIEME PARTIE : CONTRIBUTION DE L'I.G. AU MANAGEMENT DE L'AUTO EVALUATION ACCREDITIVE p 51

I LA POLITIQUE QUALITE : UNE VOLONTE DE L'EQUIPE DE DIRECTION

I 1- Un engagement de l'institution en phase avec le projet d'établissement	
I 1 1- Le projet d'établissement: un temps fort de travail collectif	
I 1 2- Un projet intégrant un « projet de soins » ou « offre de soins »	p 52
I 2- Une politique appuyée et transparente de communication et de formation	
I 2 1- La communication : un outil de pilotage essentiel	p 53
I 2 1 1- L'implantation de la démarche : une information à deux niveaux	
I 2 1 2- Deux outils de communication institutionnelle majeurs : le manuel qualité et l'informatisation de l'information	
I 2 2- La formation : un formidable outil de changement	p 54
I 2 2 1- Un plan de formation en cohérence avec le projet d'établissement	
I 2 2 2- La formation en institut	p 55
I 3- Une cohésion des acteurs	
I 3 1- Engager les instances	
I 3 2- Positionner les structures et les acteurs de la qualité	
I 3 3- Maîtriser le jeu des différents acteurs	p 56
I 4- La participation indispensable du patient	
I 5- Un outil d'auto évaluation unique, gage de la cohérence de la politique qualité menée	

II CONTRIBUTION DE L'INFIRMIERE GENERALE A LA POLITIQUE DE PREVENTION DES RISQUES APPLIQUEE AU RISQUE NOSOCOMIAL p 57

II 1- La gestion des risques : une exigence	
II 2- L'évaluation des risques : une approche systémique	p 58

II 3- La gestion des risques : une contribution de l'I.G.	p 60
III- ACCOMPAGNEMENT DE L'AUTO EVALUATION PAR L'IG	p 63
III 1- Gérer l'obstacle pratique de l'utilisation de l'outil	
III 1 1- L'appropriation de l'outil par le personnel	p 64
III 1 2- Les modalités pratiques de recueil	
III 1 3- Faire de l'auto évaluation un outil de progrès	p 65
III 1 4- Propositions d'amélioration	
III 2- Un management dynamique et engagé misant sur les hommes	
III 2 1- Rassembler autour de la finalité du soin	
III 2 2- Avoir une stratégie de mobilisation	p 66
III 2 2 1- La mobilisation par l'information	
III 2 2 2 Une mobilisation à différents niveaux	
III 2 2 3- Un management participatif	
III 2 2 4- Le développement de compétences	p 67
III 2 3- Favoriser Le décloisonnement	
III 2 3 1- Le partenariat une synergie d'acteurs	
III 2 3 2- Développer la transversalité	p 68
III 3- Un management assurant un environnement propice à la motivation	
CONCLUSION	p 69
BIBLIOGRAPHIE	
ANNEXES	1 à 9

INTRODUCTION

Le choix d'un thème sur l'évaluation, est le prolongement d'une réflexion menée en fil conducteur tout au long de notre vie professionnelle.

Plusieurs axes de réflexion nous ont amenée au thème de l'auto évaluation accréditive.

- notre **participation**, dans l'un des établissements retenus en 1998 pour l'expérimentation du Manuel d'accréditation de l'A.N.A.E.S.

- notre expérience professionnelle **en tant que cadre expert** dans la gestion du risque nosocomial

- la volonté de **participer activement à l'évolution de la réglementation** dans ce domaine, dans l'exercice de notre fonction.

Près de 80 ans se sont écoulés depuis que les hôpitaux américains ont mis en place les premiers indicateurs de qualité en matière d'organisation des soins à travers la définition du « Minimum Standard ».

En France, il a fallu attendre **une vingtaine d'années** pour que les concepts de l'évaluation, apparus au début des années 70 dans le domaine de la santé, soient introduits dans le **dispositif législatif et réglementaire**.

En effet, l'évaluation a été introduite au premier rang d'exigence pour les établissements de santé dans la **Loi hospitalière du 31 juillet 1991**, afin de garantir la qualité des soins au travers notamment, de la mise en place d'une « politique d'évaluation des pratiques professionnelles, de l'organisation des soins et des actions concourants à la prise en charge globale du patient ».

L'Ordonnance du 24 avril 1996, portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, marque un pas supplémentaire dans ce domaine. Elle constitue un **texte majeur** qui bouscule les établissements de santé (E.S.), car elle aborde pour la première fois le **problème de fond de la qualité dans le domaine de la santé**.

Au delà des principes posés par la Loi, elle définit le cadre réglementaire dans lequel cette politique va s'exercer. Elle consacre officiellement l'entrée des établissements hospitaliers dans une logique de démarche de qualité en créant un instrument de mesure, **l'accréditation**. Elle réaffirme **la place centrale du patient** en précisant: « *la qualité de la prise en charge des patients est un objectif essentiel pour tous les E.S* »(art.710-1-1).

Les progrès de la science, les modifications de la société et le regard porté par le patient sur son droit à des soins de qualité, renforcent les hôpitaux dans la voie de l'évaluation.

Les **médias** grand public connaissent l'intérêt de plus en plus marqué de leurs lecteurs pour le « consumérisme médical ».

La presse non spécialisée se substitue aux professionnels pour, au titre de la transparence, mettre à la une de leurs revues des **titres chocs**, afin d'alerter les usagers sur les risques qu'ils encourent s'ils fréquentent certains établissements, et par-là-même, ils provoquent le doute.

Un magazine scientifique titre « *l'essentiel nous est caché : l'hôpital n'est pas toujours et partout synonyme de sécurité, de performance et de qualité* ». « *Un tiers des établissements français font courir un risque potentiel à des millions d'usagers* » et il publie la liste noire des hôpitaux ¹. Ce même mensuel réitère l'année suivante en donnant « un palmarès des hôpitaux »². Un mensuel renchérit en établissant un article sur « *La fin de l'hôpital forteresse* »³. Les Politiques de répondre « *ne cachons pas la vérité aux français* »⁴. Les professionnels s'insurgent dans la presse médicale, en critiquant la méthodologie utilisée par ce mensuel en la qualifiant de « *dangereuse extrapolation* »⁵.

Ces articles sont révélateurs d'un certain état d'esprit et répondent à une demande des utilisateurs du système hospitalier. Cette forme d'évaluation, que nous qualifierons de « sauvage », risque de se multiplier si les pouvoirs publics n'affichent pas rapidement la transparence.

L'établissement hospitalier étant la pièce maîtresse du système de santé, tous les regards se portent sur lui . A quand la publication des résultats de l'accréditation ?

Le système hospitalier connaît ainsi l'émergence d'une **logique axée sur la compétitivité, la qualité, la satisfaction du patient et l'efficience**.

Ainsi pour les E.S., l'enjeu est majeur au moment où la recherche de la qualité apparaît de plus en plus comme une **exigence éthique, politique et technique**.

Depuis l'Ordonnance précitée, le contrôle de la qualité des soins est désormais assuré par une instance extérieure et indépendante des pouvoirs publics, **l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation** en santé (A.N.A.E.S.).

Au cours de l'année 1998, l'A.N.A.E.S. a travaillé à la mise en place de la procédure et au référentiel nécessaire à la démarche d'accréditation. Cette démarche concernera, à terme, 3700 établissements , 300 d'entre eux devant rentrer dans la procédure en 1999, puis 800 par an ultérieurement.

Cette même année, l'A.N.A.E.S. a réalisé une **expérimentation sur 40 établissements** volontaires, tant du secteur public que privé, présentant des types d'activité et des statuts différents, afin

¹ Sciences et Avenir-octobre1997.

² Sciences et Avenir-septembre1998.

³ Espace social européen-septembre1998.

⁴ B.Kouchner in le Monde-2septembre1998.

⁵ Docteur J.Toubol-Le quotidien du médecin-23septembre 1998

d'asseoir la démarche et de tester le Manuel⁶ auprès des acteurs concernés. Le bilan s'avère globalement positif quant à la réflexion qu'elle a suscité chez ces derniers.

Cependant, si l'A.N.A.E.S. fixe les exigences concernant les objectifs qu'elle s'est fixés, elle ne recommande aucune démarche exclusive en terme de méthodologie à adopter. Chaque établissement peut mener l'étape d'auto – évaluation comme il l'entend, le guide pédagogique fourni par l'A.N.A.E.S. n'ayant qu'une valeur incitative.

Ainsi l'établissement est amené à choisir, parmi la profusion d'outils qualité qu'il possède, les actions de formation et les organisations qu'il a mises en place, ce qui répond le mieux aux exigences du Manuel.

Les différents articles et documents concernant les expérimentations, effectuées en 1998, mettent en évidence que certains hôpitaux ont utilisé le Manuel tel quel, et que d'autres ont été amené à élaborer leur propre outil professionnel à partir de celui-ci.

L'Infirmière générale, directeur du Service de soins infirmiers (D.S.S.I.) doit être le garant de la politique et de la démarche qualité développées dans l'institution. Le service de soins infirmiers (S.S.I.) participe pleinement à l'évaluation de la qualité des soins et à la démarche d'accréditation notamment dans sa phase d'auto évaluation accréditive. La D.S.S.I., doit d'une part, fournir aux décideurs politiques des informations nécessaires à la bonne conduite du processus, d'autre part, cette phase doit lui permettre de porter un regard critique et transversal sur les pratiques

Préparer un établissement en vue d'une accréditation notamment dans sa phase d'auto évaluation, suppose **d'adopter un processus global de management** portant à la fois sur les hommes, les organisations et sur l'appropriation de l'outil qu'est le Manuel d'accréditation .

En ce qui concerne les hommes, l'accréditation est encore aujourd'hui pour les uns, une source d'inquiétude, pour les autres, un gage de reconnaissance de la qualité des prestations fournies au patient, et donc de progrès.

En ce qui concerne le contexte dans lequel se déroule la phase d'auto évaluation, qu'elle soit ou non liée à la phase d'expérimentation, les observations que nous avons pu recueillir, lors de notre participation à l'expérimentation, et au cours de nos stages en formation à l'Ecole Nationale de le Santé Publique (E.N.S.P.), mettent en évidence :

- que la **concurrence** et le **devenir** de l'établissement, dans le cadre du Schéma d'Organisation Sanitaire (S.R.O.S.), jouent un rôle dans l'implication des acteurs dans la démarche.

- que les professionnels se posent des questions quant au **devenir des résultats**, et au **regard extérieur** qui va se poser sur leurs pratiques

- que l'évaluation met à jour les réflexes corporatistes et exacerbe les **jeux de pouvoir**

- mais que cependant elle soulève et entraîne une véritable **réflexion** et un **engagement** certain de la part de la majorité des acteurs.

⁶ Manuel : lire partout Manuel d'accréditation des Etablissements de santé.

En ce qui concerne l'outil ,nous avons pu relever la difficulté d'appropriation du Manuel par les équipes, celles-ci le trouvant lourd et non adapté à leurs pratiques professionnelles. Faut-il ou non un outil professionnel spécifique ?

Ceci nous amène à formuler **l'hypothèse suivante: La pertinence des résultats de l'auto évaluation accréditive est étroitement liée au choix de la politique qualité institutionnelle.**

Nous proposons une méthodologie qui s'articule autour de **deux axes : l'outil et l'usage de l'outil dans le contexte.**

Afin d'illustrer nos propos, nous avons choisi un thème transversal par excellence qui fait l'objet d'un volet important qui lui est consacré dans le manuel : **la prévention et le contrôle du risque infectieux.** Ce thème nous permettra d'éclairer un des aspects de la fonction de l'I.G. et de son management dans ce domaine.

Nous proposons d'exposer dans une **première partie une approche théorique de l'auto-évaluation** , dans une **deuxième partie l'enquête et ses résultats** et dans une **troisième partie la contribution de l'I.G., Directeur du Service Infirmier au management de l'auto évaluation accréditive appliquée au risque nosocomial.**

PREMIERE PARTIE APPROCHE THEORIQUE DE L'AUTO EVALUATION

Pour appréhender le cadre théorique, nous nous sommes basée sur une recherche documentaire, les cours suivis durant notre formation à l'Ecole Nationale de la Santé Publique, et une réflexion personnelle à partir de nos observations et expériences.

La mise en œuvre des principes de l'auto évaluation accréditative est étroitement liée à ***l'environnement*** dans lequel elle se déroule, aux ***acteurs***, et à ***l'utilisation*** qu'ils font de ***l'outil***, ce qui nécessite de réaliser une **étude systémique**.

Nous proposons une **approche théorique sur la modélisation suivante**:

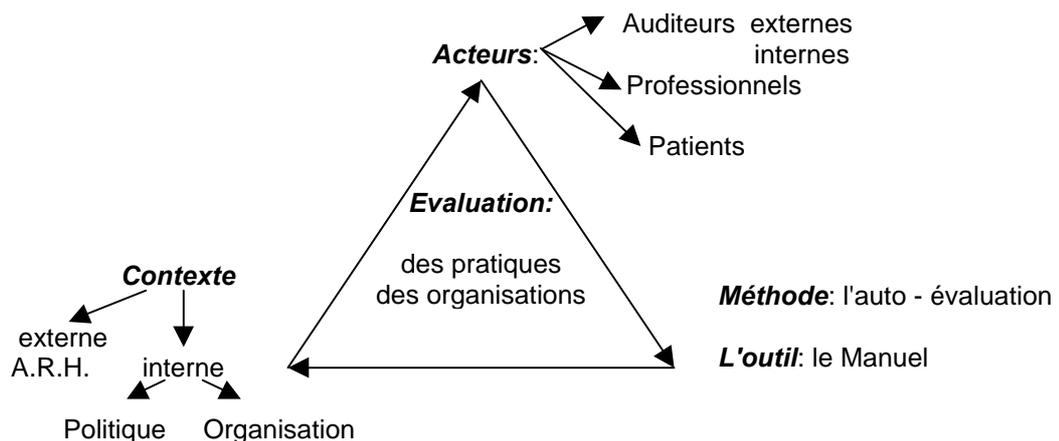


Figure 1 - Approche théorique de l'auto - évaluation

Dans le développement qui suit, nous abordons tout d'abord le contexte général de l'auto-évaluation, puis l'usage de l'outil dans le contexte institutionnel, pour se centrer sur le problème particulier des infections nosocomiales.

I- LE CONTEXTE GENERAL DE L'AUTO EVALUATION

Afin d'approcher la phase de l'auto évaluation accréditive, nous proposons de définir tout d'abord le cadre de l'évaluation des soins et de l'accréditation.

I 1 - L'évaluation des soins

Plusieurs **facteurs majeurs** ont contribué aux besoins d'évaluation des soins dans les établissements de santé:

- un **facteur structurel**, défini par l'augmentation et l'intensification de l'activité médicale et soignante. Celle-ci est caractérisée par une élévation du nombre d'entrées dans les établissements hospitaliers et une diminution de la Durée Moyenne de Séjour (D.M.S.), ce qui augmente les risques de non qualité.

- un **facteur technologique**, le progrès technique, qui exacerbe les enjeux économiques. L'évaluation est la seule méthode, permettant de valider l'acceptabilité et l'efficacité des interventions de soins, au regard de l'impact sur l'amélioration de la santé de l'individu.

- un **facteur économique**, la politique d'évaluation et de limitation des ressources, qui vise à assurer une répartition plus rationnelle des moyens, par une évaluation plus précise des besoins et des résultats. En effet, l'évaluation de la qualité des soins procède à la fois, d'une justification économique de l'Etat payeur, et de l'argument des professionnels, qui souhaitent s'assurer que les dépenses de Santé ne soient maîtrisées aux dépens de la qualité des soins.

- un **facteur social**, se manifestant par la modification de la perception culturelle et politique par le grand public, des questions touchant la Santé. Le patient usager a suivi l'évolution sociale générale, il a un niveau d'éducation et d'information plus élevé. Il devient moins fataliste, et plus exigeant vis à vis de son droit à la Santé.

- un **facteur politique**, qui se traduit par la mise en œuvre d'une législation imposant aux E.S., l'obligation d'introduire une démarche qualité dans leur politique de gestion, et la création d'une procédure d'évaluation : **l'accréditation**.

L'activité hospitalière présente certaines spécificités qui ne facilitent pas l'introduction d'une logique d'évaluation. La difficulté à définir le produit hospitalier, « le soin », rend difficile une évaluation de l'efficacité des prestations hospitalières. Ces difficultés sont liées à sa *nature complexe*, à la *recherche de conformité* aux standards, et par le fait de la présence des *différentes logiques* hospitalières qui n'ont pas la même culture de l'évaluation.

Pourtant, la **démarche qualité** est dorénavant présente au cœur de la vie hospitalière et se caractérise par **trois dimensions** :

- une **dimension managériale**, car l'implication de la direction s'impose à tous les niveaux de la démarche notamment par l'aspect transversal de l'approche.

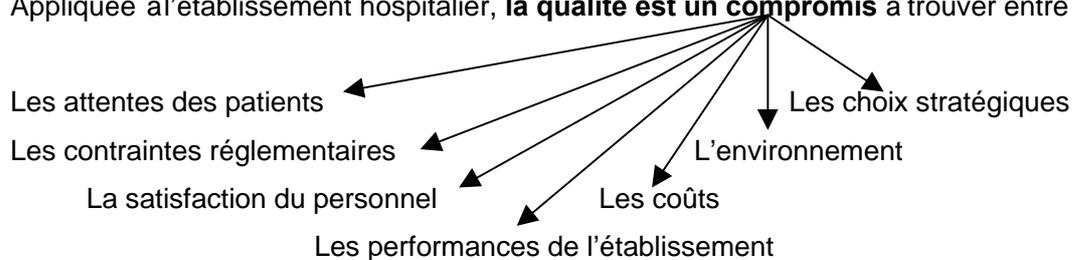
- une **dimension consumériste**, car le patient est maintenant au cœur du système, et demain, le patient usager se comportera de plus en plus en consommateur de soins.

- une **dimension sécuritaire**, dans un monde hospitalier où ces aspects vont jouer à l'avenir, un rôle de plus en plus important.

Certes, si la qualité n'est pas une **préoccupation nouvelle** pour les professionnels de santé, ce qui est nouveau aujourd'hui, c'est la mise en place, dans le domaine de la santé, d'une démarche centrée sur la **gestion de la qualité et des risques**, prenant en compte les attentes et la satisfaction des patients

Une des définitions les plus connues de la qualité est donnée par l'International Organisation for Standardisation (I.S.O.). « *La qualité est l'aptitude d'un produit ou d'un service à satisfaire les besoins explicites ou implicites des utilisateurs* ». Cette définition donne une vision prospective, dans la mesure où elle est présentée comme un résultat à atteindre, en fonction des besoins d'un « patient – usager », qui doivent être parfaitement décrits et compris.

Appliquée à l'établissement hospitalier, **la qualité est un compromis** à trouver entre :



La démarche qualité est dorénavant introduite réglementairement dans les établissements hospitaliers et rendue obligatoire par la **procédure d'accréditation**.

1 2 - L'accréditation

L'accréditation est un outil d'évaluation de la qualité, qu'il convient de définir à travers l'objectif national et les enjeux internes, pour l'établissement, et pour le S.S.I.

L'accréditation est **définie** comme étant « *une procédure d'évaluation externe à un établissement de santé, effectuée par des professionnels, indépendants de l'établissement de santé et de ses organismes de tutelle, concernant l'ensemble de son fonctionnement et de ses pratiques* »⁷. L'A.N.A.E.S. est chargée de sa mise en œuvre.

L'objectif assigné de la démarche d'accréditation est l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, avec, pour finalité, la reconnaissance extérieure de la qualité des E.S., une orientation client, une mesure objective basée sur des indicateurs préalablement publiés, une identification des dysfonctionnements, une amélioration des processus par une approche transversale,

⁷ Manuel d'accréditation – Février 1999 – p.9

le tout dans une démarche participative et pragmatique. Un suivi dans le temps est précisé, proposant par là même une démarche continue d'amélioration .

Pour **l'établissement**, si **l'enjeu externe** est majeur, **l'enjeu interne** ne l'est pas moins.

Celui-ci doit apporter la preuve qu'il satisfait, dans ses procédures de fonctionnement, à un certain nombre d'exigences formalisées dans le domaine de la qualité, l'accréditation concrétisant le succès de la démarche qualité qu'il a conduite. Il est nécessaire qu'il prenne en compte les répercussions financières de la préparation au plan interne, et qu'il mesure les conséquences d'un éventuel échec, à la fois pour son avenir et pour le personnel.

Pour **le service de soins infirmiers**, les enjeux de l'accréditation sont à la fois professionnel, économique et culturel.

Un **enjeu professionnel**, car elle favorise le consensus au sein des professionnels, renforce l'évolution des soins vers une qualité optimale et permet au Directeur du Service de Soins Infirmiers d'asseoir la politique de soins.

Un **enjeu économique**, car elle engage une optimisation des moyens humains et matériels, et l'harmonisation des bonnes pratiques de soins.

Un **enjeu culturel**, car elle facilite le processus de changement .

La procédure d'accréditation comprend **trois temps principaux**:

- une **auto évaluation**, réalisée en interne à partir du Manuel d'accréditation, par le personnel hospitalier lui - même.
- la **visite** des visiteurs experts mandatés par l'A.N.A.E.S., qui a pour objectif de valider l'auto - évaluation.
- la rédaction du **rapport d'accréditation**.

La phase d'auto évaluation est une phase déterminante de l'ensemble du processus.

I 3 - L'auto évaluation

L'auto évaluation est « *une étape essentielle de la procédure d'accréditation, à l'occasion de laquelle l'ensemble des professionnels de l'E.S. effectue sa propre évaluation de la qualité au regard des référentiels du Manuel. Elle porte sur l'ensemble des activités de l'établissement* »⁸.

L'A.N.A.E.S. a mis à disposition des établissements un **guide pédagogique** intitulé « *Préparer et conduire votre démarche d'accréditation* ». Il concerne les différentes étapes de la procédure, et formule des conseils et des recommandations, en s'appuyant sur les résultats de l'expérimentation conduite au deuxième semestre 1998 dans quarante établissements de santé de l'hexagone. Il n'a cependant qu'une valeur indicative, car chaque établissement de santé a toute latitude quant à l'organisation.

⁸ A.N.A.E.S.-Manuel des établissements de santé-Février1999-p.19

Les **résultats** doivent obligatoirement se présenter sous la forme d'une fiche expliquant la méthodologie d'auto évaluation utilisée par l'établissement, et d'une appréciation, par référentiel, des résultats de l'auto évaluation. Cette appréciation doit être formulée, ainsi que l'indique le Manuel, selon une forme structurée, et s'appuyer sur les résultats du travail d'analyse effectué par l'établissement, par référence et par critère. Ils sont ainsi **communiqués** par l'E.S. au directeur de l'A.N.A.E.S.

L'auto évaluation permet de rentrer dans la démarche d'amélioration continue de la qualité, « système auto améliorant », fonctionnant selon la **logique de la « roue de Deming »**⁹, par une de ses quatre phases décrites ci-dessous : « Check ».

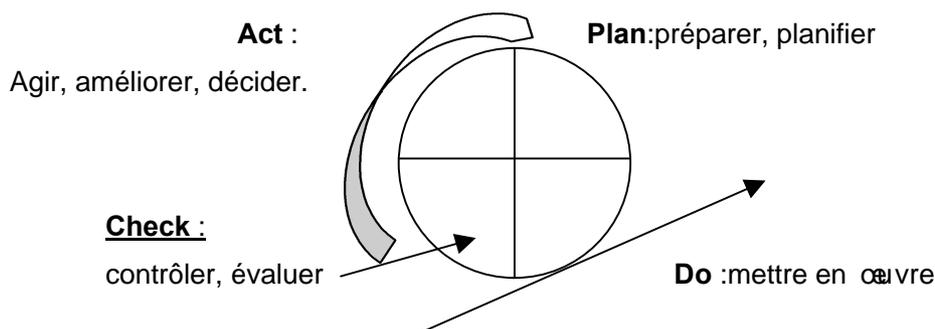


Figure 2 - roue de Deming

L'auto évaluation accréditative peut être appréhendée selon deux **approches complémentaires** possibles, telles qu'elles ont été décrites par les Docteurs Jean Claude Stephen¹⁰ et A.Fourcade¹¹, à propos du développement des programmes de qualité : une approche gestionnaire et une approche professionnelle. **Une approche gestionnaire**, qui vise à garantir des soins de qualité au patient, par une organisation et des procédures adaptées. C'est cette approche qui est privilégiée dans la procédure d'accréditation, alors que **l'approche professionnelle** se fait par l'évaluation des pratiques professionnelles.

L'approche gestionnaire pourrait correspondre à la réponse aux référentiels du Manuel, l'approche professionnelle, à celle de la préparation par l'analyse des pratiques.

Pour auto évaluer, les visiteurs de l'A.N.A.E.S. et les professionnels utilisent le Manuel d'accréditation qui leur sert de trame pour évaluer les pratiques et les organisations.

II - L'USAGE DE L'OUTIL DANS LE CONTEXTE INSTITUTIONNEL

L'usage du Manuel est étroitement lié au contexte institutionnel c'est à dire à ses différentes logiques, à la politique développée, aux structures mises en place et aux acteurs amenés à le remplir.

⁹ Roue de Déming . Egaleme nt appelée cycle P.D.C.A.

¹⁰ Dr J.C.Stephan – Sanesco – Boulogne Billancourt.

¹¹ Dr A.Fourcade – Service de l'évaluation – Direction de la Stratégie – A.P.H.P.

II 1 - L'outil :Le Manuel d'accréditation

Le Manuel de l'A.N.A.E.S. peut être analysé comme un **cahier des charges** type avec deux particularités :d'une part, il n'est pas à appliquer tel quel, mais il constitue une base pour les E.S., d'autre part, il n'est pas obligatoire de respecter toutes ses recommandations mais seulement ses objectifs.

Il expose les **différentes étapes** dont celle de l'auto évaluation ainsi que la **méthodologie adoptée** pour l'élaboration des référentiels et leurs caractéristiques

Il décline **trois grands chapitres** de référentiels transversaux :le patient et sa prise en charge, le management et la gestion au service du patient, la qualité et la prévention

Son objectif est double :accompagner des établissements qui se sont lancés dans la procédure et assurer une harmonisation de la démarche pour l'ensemble des E.S.

La procédure d'accréditation, et par là même l'auto évaluation, représente pour les organisations un **changement profond**, et ne peut se limiter à l'introduction d'outils et de méthodes. C'est une transformation progressive des schémas culturels, des modes de fonctionnement et d'organisation qui vont bouleverser le paysage institutionnel.

II 2 - le contexte institutionnel

Pour comprendre la situation de communication dans laquelle vont évoluer les acteurs pendant la phase d'auto évaluation, il convient d'aborder le contexte par une analyse stratégique mettant en jeu les différentes logiques hospitalières.

II 2 1 - Les différentes logiques institutionnelles face à l'auto – évaluation

« L'hôpital est une mosaïque de cultures diverses, tissée par des origines sociales, des métiers et des positions socio – professionnelles dont la cohabitation au sein de l'institution hospitalière n'a pas encore permis la construction d'une macroculture commune permettant aux microcultures d'exister ensemble »¹².

On considère **trois grandes logiques professionnelles** : administrative, médicale et soignante .

La logique administrative est une logique de **gestionnaire**. Les préoccupations financières imposent aux Directeurs d'hôpitaux d'adopter une stratégie de gestion, et à mobiliser tous les acteurs autour d'objectifs d'efficience. Les cadres de référence auxquels se réfèrent les directeurs ont été longtemps ignorés des médecins et des soignants qui n'ont pas suivi le même cursus de formation. Le directeur a une notion de service public s'appuyant sur des valeurs collectives de service à rendre à la population, et de gestion des fonds publics. Son objectif est de finaliser l'auto évaluation pour entrer dans la procédure d'accréditation le mieux préparé possible.

¹² J.Hart - à la recherche des différentes logiques institutionnelles à l'hôpital – p.39

La logique médicale est fondée sur une **profession**, qui constitue un sous-système dans le système hospitalier, lié à l'histoire de la représentation des médecins à l'hôpital. Encore aujourd'hui, leur position est affirmée au sein des établissements, car d'une part, c'est au sein de la Commission Médicale d'Établissement que sont décidées les orientations médicales, et d'autre part, c'est aux médecins que sont adressés les patients.

Jusqu'ici ils ont été tenus à une obligation de moyens et non de résultats. L'évaluation est apparue dans leurs pratiques avec le **Programme Médicalisé** du **Système d'Information**. Ils ont une notion du service public relative au patient, en tant qu'individu, et ils se situent dans une relation « équipe soignante-malade ». Leur stratégie est de se rapprocher des soignants donc du S.S.I..

Ainsi leur positionnement **ne facilite pas le développement d'actions collectives** et, a priori, l'évaluation dans le cadre de l'accréditation, car pour eux, l'auto – évaluation est un **regard porté** sur la qualité de **leurs pratiques** qu'ils estiment être seuls à pouvoir « juger ».

La logique soignante est centrée, quant à elle, sur la qualité des soins à apporter au patient. Les valeurs professionnelles des infirmières se distinguent des valeurs médicales, en ce sens qu'elles considèrent **l'individu dans sa globalité**, et non par rapport à l'organe malade. Elles s'inscrivent dans une démarche collective d'équipe, fondée sur la notion de continuité des soins, alors que la logique médicale s'inscrit dans une relation duelle avec le patient. Les cadres soignants sont situés au confluent des trois logiques et représentent, pour l'I.G., une ressource face à l'auto évaluation.

Ainsi le service de soins infirmiers est mieux préparé à l'approche transversale de l'auto – évaluation, sans pour cela avoir la crainte de ce regard extérieur et du devenir des résultats.

Dans l'auto évaluation accréditive, l'évaluation de la qualité des prestations apparaît comme le **résultat des organisations** mises en place dans l'établissement, et elle est en interaction avec **la politique** menée par ce dernier.

II 2 2 - La politique institutionnelle en matière de qualité

Celle-ci est entièrement dépendante des enjeux que recouvre l'accréditation, notamment vis à vis de l'A.R.H.¹³, elle se décline au travers du projet d'établissement et met en jeu les structures et les acteurs.

II 2 2 1 - L'accréditation: un instrument de dialogue entre l'E.S. et l'A.R.H., et un outil supplémentaire d'aide à la décision .

De nombreux observateurs ont souligné la convergence entre la création de l'A.N.A.E.S. et celle des A.R.H. La réglementation¹⁴ a prévu la transmission, par l'A.N.A.E.S., du rapport d'accréditation de chaque établissement de santé aux A.R.H. Celles – ci adhèrent au processus, mais ne semblent pas en attendre beaucoup à court terme. Cependant, plusieurs suppositions sont à examiner qui mettent en exergue les **répercussions possibles** à moyen et à long terme.

¹³ A.R.H. – Lire partout Agence Régionale de l'Hospitalisation.

Les A.R.H. pourraient être obligés de prendre le résultat en considération pour justifier la **dotation régionale** auprès du ministère chargé de la santé, et effectuer la répartition des moyens budgétaires entre les différents établissements de leur région. On peut penser que le rapport sera la base d'une réflexion pour un **Schéma Régional d'Organisation Sanitaire** cohérent, intégrant la dimension « qualité et sécurité » dans l'offre de soins.

Egalement au titre de l'argument « qualité-sécurité », les A.R.H. utiliseront vraisemblablement les données pour se prononcer sur les **Projets d'Etablissement** et mettre en œuvre une politique de restructuration.

Enfin, ils en tiendront sûrement compte dans la **politique contractuelle**. Actuellement, la plupart des Contrats d'objectifs et de moyens comportent déjà outre l'obligation d'un engagement dans une démarche d'accréditation, des objectifs de qualité en matière d'accueil et d'évaluation de la satisfaction des patients.

Certains Directeurs d'A.R.H., espèrent inciter les E.S. à développer les démarches qualité par un intéressement. Ainsi le D.A.R.H. de la Région Auvergne propose, pour positiver le système « *d'instaurer un prix de la qualité avec une allocation supplémentaire de crédits pour récompenser les efforts fournis* ». ¹⁵ Le Directeur de l'A.R.H. Midi Pyrénées s'exprime même en terme mercantile en disant: « *l'accréditation permettra de mieux savoir ce que valent exactement les services que nous achetons au bénéfice des malades* » ¹⁶

II 2 2 2 - Accréditation et Projet d'établissement

L'institution engage sa politique et la décline **dans le projet d'établissement (P.E.)**. Constitué de sous projets dont, les projets médical, de management, social, de soins infirmiers, de communication, le P.E. détermine pour les cinq ans à venir les évolutions de l'institution. La politique qualité engagée doit y être clairement énoncée. Il se présente comme un véritable contrat. Il constitue pour les équipes un document de référence. Etant donné la réglementation en matière de risques, il doit inclure un programme de prévention, et des actions de lutte contre ceux-ci dont le risque nosocomial.

II 2 2 3 - Les structures internes à l'établissement

Celles-ci émanent soit de la réglementation, soit d'un choix interne à l'institution.

Un **environnement** d'évaluation de la qualité a été **créé par notre réglementation**: les comités de lutte contre les infections nosocomiales (C.L.I.N.), les comités d'hygiène de sécurité et des conditions de travail (C.H.S.C.T.), les comités du médicament, les vigilances, le comité d'éthique, les commissions du Service de soins infirmiers et les structures opérationnelles en hygiène.

La création de ces structures met en évidence, le souci de construire une organisation plus participative et plus transparente dans ce domaine, qu'il convient d'utiliser dans la phase d'auto évaluation.

¹⁴ Code de la santé publique - article 710-5

¹⁵ J.Y.Jacob - Gestions Hospitalières - mars 1998-186.7

Afin de faciliter la coordination des équipes d'auto évaluation et d'assurer la cohérence du recueil, **des structures spécifiques** ont été mises en place dans les établissements, soit à l'occasion de l'engagement dans la procédure, soit antérieurement afin d'asseoir une politique qualité. Elles ont pour nom **Cellule, Direction, Délégation**, et sont diversement positionnées au sein des institutions, ce qui pose problème dans certains établissements.

II 2 2 4 - Les acteurs

La démarche d'auto évaluation étant **transversale et pluridisciplinaire**, elle implique tous les acteurs hospitaliers qui, toutefois, ne sont pas tous concernés au même niveau.

Selon Crozier¹⁷, c'est en tant que sujet agissant sur le système hospitalier qu'est considéré **l'acteur**. L'auteur dit que tout acteur est mobilisé dans son action par des intérêts.

Un certain nombre d'acteurs entrent en jeu dans l'auto évaluation, acteurs dont le rôle et les missions doivent être clairement définis et connus de tous. Il s'agit ici de **créer des acteurs collectifs**, organisés autour du projet d'accréditation. mais, « *créer des acteurs est un enjeu culturel* ¹⁸», et toute la question est de savoir comment associer au changement un maximum d'acteurs, quand certains sont légitimés et d'autres pas. Toute la subtilité est d'apprendre aux acteurs hospitaliers à reconnaître, et à accepter la logique et les valeurs des autres, au risque de remettre en question les leurs.

C'est une approche que l'infirmière générale doit prendre en compte dans son management, et l'institution, dans la constitution des groupes de travail. Il va falloir qu'ils trouvent **ensemble** les voies d'un projet commun à partir de ces diversités.

L'auditeur, est un nouvel acteur qui entre en scène.

D'après la norme internationale ¹⁹, « *l'auditeur qualité est une personne qui doit posséder des capacités et une expérience en matière de gestion, et disposer d'une autorité pour prendre des décisions relatives à la conduite de l'audit* ». La norme définit ses responsabilités et spécifie l'obligation d'être indépendant, impartial, non soumis à des influences qui pourraient affecter son objectivité, et agir en toutes circonstances selon la déontologie. Son objectif est d'obtenir des informations objectives et fiables.

Les **missions** de l'auditeur externe sont précisées dans le Manuel d'accréditation²⁰.

Comme le préconise le Manuel, « *la participation de l'ensemble des acteurs est indispensable pour l'acceptation des changements et l'appropriation des solutions. Il est essentiel que les différents acteurs soient associés à chaque étape de la démarche* ». Participer à l'auto – évaluation permet **l'ensemble du personnel hospitalier** de jeter un regard neuf sur ses propres activités professionnelles,

¹⁶ Gestions Hospitalières - Janvier 1999-p.16

¹⁷ Crozier-l'acteur et le système – Editions du seuil - 1977.

¹⁸ Schweyer-cours sur les métiers à l'hôpital - mars 1999.

¹⁹ ISO10011-161990(F)-P.417-18.

²⁰ Manuel d'accréditation des établissements de santé – février 1999 – p.20.

d'apporter des informations pertinentes, et de définir les dysfonctionnements et les actions correctrices à mettre en œuvre.

L'évaluation accréditive ne procédant pas à un contrôle des résultats, le **patient - usager** est un **grand absent** de l'auto évaluation. Or, qui peut mieux que lui, évaluer la qualité des soins qui lui sont prodigués, et donner des informations sur les dysfonctionnements qu'il perçoit dans les organisations. Il est donc important de se donner les moyens de recueillir ces informations.

Les pouvoirs publics ont réaffirmé sa place au cœur du système de soins Il a officiellement le moyen de s'exprimer dans l'E.S., par un **questionnaire de satisfaction** qui lui est distribué avec la charte du patient hospitalisé²¹ à son entrée, énonçant de façon solennelle ses droits et devoirs, lors de tout séjour hospitalier et par l'introduction de deux représentants des **usagers au Conseil d'administration**²². La création d'une **commission de conciliation**²³, lui offre la possibilité de se renseigner sur ses droits et les voies de recours. Elle constitue, pour les établissements, le moyen de prévenir les actions en contentieux.

Actuellement, la mesure de leur satisfaction se fait essentiellement à partir des questionnaires de sortie anonymes, mais est-ce suffisant, compte tenu que leurs préoccupations à ce moment sont souvent autres !

D'autres acteurs sont pressentis pour participer à la phase d'auto évaluation, ce sont **les experts**. Il existe actuellement une crise de confiance de leurs pairs, vis à vis de ces derniers dans les établissements. Ce sont des agents sortis du cadre hiérarchique conventionnel. Ils sont positionnés en transversalité, et travaillent en relation fonctionnelle avec les différents acteurs hospitaliers. Leur spécialisation dans un domaine particulier, leur permet une évaluation précise des pratiques qui sont de leur domaine, leur confère un rôle de relais dans les organisations, ce qui peut être considéré comme un « pseudo pouvoir » vis à vis de leurs collègues et de l'institution. Certains hôpitaux les font participer à l'auto évaluation, d'autres non.

Après avoir approché le contexte général de l'auto évaluation et l'usage du Manuel dans l'environnement institutionnel, nous abordons un **exemple de non qualité** qui nous servira de support concret dans notre enquête et dans les propositions d'actions, **le risque nosocomial**.

²¹ Charte du patient hospitalisé – décret du 6 mai 1995

²² Ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée

²³ Op cit.

III - LE RISQUE NOSOCOMIAL : UN RISQUE MAJEUR EN MILIEU HOSPITALIER

Le risque nosocomial fait partie d'un ensemble de risques que l'établissement de santé doit obligatoirement gérer. Afin de situer le risque nosocomial, et les aspects de sa gestion, il convient d'exposer en quoi consiste le risque, et quels sont les principaux risques en milieu hospitalier.

III 1- Les risques à l'hôpital

Le dictionnaire Robert définit **le risque** comme « *un danger éventuel plus ou moins prévisible* ». En milieu hospitalier le risque zéro n'existe pas. Les **principaux risques**²⁴ sont la matériovigilance, l'hémovigilance, la pharmacovigilance, le risque nosocomial et les accidents du travail.

La **gestion des risques** est la première étape d'une démarche de recherche de qualité et de sécurité des soins.

L'**Ordonnance** précitée fait apparaître une exigence forte en matière de sécurité. L'A.N.A.E.S. est ainsi amenée à évaluer les dispositifs mis en place par les E.S. en matière de vigilance et de prévention des infections nosocomiales.

Le législateur a renforcé les contraintes et la protection des patients par la mise en place de dispositifs d'observation et d'information concernant : la **matériovigilance**, l'**hémovigilance**, la **pharmacovigilance** et la vigilance liée à l'**anesthésie**.

A notre connaissance, plusieurs **présidents de C.L.I.N. de la région sud-est** revendiquent la mise en place d'une « **infectiovigilance** », ce qu'a fait l'établissement B de notre enquête.

Les démarches obligatoires de prévention déclinées dans les textes sur les vigilances, ne couvrent, selon la Société d'assurance S.H.A.M.²⁵, que 5% de la sinistralité enregistrée chaque année. La prévention des infections nosocomiales fait partie des 95% restant, pour lesquels la législation reste surtout du domaine des recommandations.

L'**infection nosocomiale** (IN), doit donc s'intégrer dans une **démarche globale de sécurité des soins**. La sécurité étant « *l'état dans lequel le risque de dommages corporels ou matériels est limité à un niveau acceptable* »²⁶. Elle constitue un **indicateur sentinelle de non qualité**, qu'il est difficile d'apprécier, et qui représente cependant un risque encore majeur dans les E.S.

III 2 – L'infection nosocomiale : ses caractéristiques

Après avoir défini l'infection nosocomiale, nous en présenterons les aspects épidémiologiques, socio - économiques, jurisprudentiel et réglementaire, et sa politique de gestion au plan national et local.

²⁴ Autres risques: les chutes, les effets iatrogènes des médicaments et l'incendie.

²⁵ Société Hospitalière d'Assurance Mutuelle - Technologie hospitalières - p.48.

²⁶ Norme iso 8402 relative au vocabulaire qualité .

III 2 1 – Définition et aspects épidémiologiques

L'infection nosocomiale (I.N.) **se définit**²⁷ comme étant « *une infection acquise par un patient dans un établissement de soins lors de son séjour. Elle est considérée comme nosocomiale si elle n'était ni manifeste, ni en incubation à son entrée, et si elle apparaît après un délais de 48 heures d'hospitalisation* » (délais à reconsidérer selon le contexte).

Pour mieux connaître l'infection nosocomiale il convient d'en présenter la fréquence d'apparition, et les circonstances de survenue.

Son impact est important dans les établissements de santé, car elle touche 6 à 8% des patients hospitalisés. Depuis 1990, les professionnels et les structures de coordination mettent à disposition des résultats **d'enquêtes, nationales ou régionales**, de prévalence ou d'incidence. Ces enquêtes sont des sources précieuses d'informations encore insuffisamment exploitées.

Les **enquêtes de prévalence** donnent une photographie de l'existant et permettent d'avoir une vision globale des infections. Une **enquête nationale** a été menée de mai à juin 1996 à l'initiative de la Direction Générale de la Santé et du Comité Technique national des I.N.(C.T.I.N.), dans 830 hôpitaux, représentant 77% des lits publics d'hospitalisation²⁸. Elle a concerné 236 334 patients et indiquent que le taux de patients atteints d'I.N. étaient de 6,7%, soit en valeur absolue 15798 patients.

Elle met en évidence des **variations entre établissements**. Elles sont notamment plus **élevées dans les C.H.U.** que dans les autres E.S., compte tenu de la gravité des pathologies qui y sont traitées

Cette même enquête montre également des **variations de taux d'un service à l'autre**. Les unités de réanimation viennent en tête avec 22% de patients atteints, suivies par les services de chirurgie (7%) et les secteurs de médecine (6,9%).

Ces chiffres ne surprennent pas les cliniciens, qui ont trouvé dans cette enquête la confirmation de leurs observations. Cependant, **sortis de leur contexte**, ils n'ont pas la signification que peuvent en donner des personnes non averties, comme les futurs usagers.

Au titre de la transparence, le Secrétariat d'Etat à la santé a tenu à les informer, ainsi que les professionnels. Monsieur Kouchner a diffusé en juin 1997 les résultats de l'enquête nationale, et récemment une rubrique « infections nosocomiales » a été créée dans le site internet du Ministère de l'emploi et de la solidarité, signalant les actions menées dans ce domaine.

Des enquêtes d'incidence sont réalisées à l'initiative des services. Elles fournissent des **informations plus pertinentes** que les enquêtes « un jour donné », car elles suivent le séjour du patient. Mais ce type d'enquête est coûteux et lourd, et les services volontaires s'éreintent s'ils ne reçoivent pas une aide informatique.

²⁷ Les 100 recommandations pour la surveillance et la prévention des I.N. – Ministère de l'emploi et de la solidarité – Secrétariat d'état à la santé et à l'action sociale – CTIN – Paris – 1999.

²⁸ Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire - Rapport et article-1997-n°36

Au delà du taux de patients infectés, **la multirésistance aux antibiotiques** des bactéries hospitalières est préoccupante dans notre pays, car la proportion de souches multirésistantes est parmi les plus élevées d'Europe. Cette situation peut être expliquée, en partie, par l'absence, en France, de stratégie de prescription des antibiotiques, en ville et à l'hôpital. Des Comités locaux du médicament se penchent sur ce problème, afin d'établir une stratégie harmonisée de prescription. Monsieur Kouchner a demandé au directeur du Réseau national de Santé Publique, de présider le groupe de travail national sur les problèmes posés par les phénomènes de résistance, et les réponses à apporter.

III 2 2 - Ses origines

L'infection nosocomiale a **des origines multiples** relevant de modes de transmission différents.

Elle peut être **d'origine « endogène »**, quand le patient s'infecte à partir de ses propres germes à la faveur d'un acte invasif, d'un traitement médicamenteux (antibiotique, immunosuppresseur), ou en raison de sa fragilité.

Mais elle provient le plus souvent d'une **origine « exogène »**, c'est à dire transmise d'un patient à l'autre soit par les mains du personnel soignant, ou par l'intermédiaire d'un instrument de travail du personnel médical ou paramédical, ou liée à la contamination de l'environnement : air, eau, surfaces, alimentation.

Les principales I.N. sont, par ordre décroissant, l'infection urinaire (un tiers des infections), l'infection pulmonaire, les infections du site opératoire et les septicémies avec les infections sur cathéter.

Les aspects épidémiologiques précédemment décrits ont une incidence non négligeable en terme d'incidence économique et sociale.

III 2 3 - Aspects économiques et sociaux

En France, la mortalité due aux I.N. est estimée entre 7000 à 10000 décès par an. 2 à 5% des journées d'hospitalisation seraient liées à l'existence de ces infections, et plus d'un tiers du budget des antibiotiques est dépensé pour leur traitement. L'augmentation de la durée de séjour peut atteindre 4 à dix jours, voire plus .

Certes la qualité coûte cher, mais *« il existe quelque chose de plus coûteux que la qualité :son absence »*²⁹. Au-delà des conséquences pour les patients eux-mêmes, ces infections ont un impact économique considérable.

L'environnement et la jurisprudence ont fait évoluer la réglementation

III 2 4 - Jurisprudence et réglementation liée aux IN

Le **mouvement associatif** s'organise et multiplie les recours devant les juridictions, en sensibilisant l'opinion publique. Leur objectif est d'aider les patients à faire valoir leurs droits, contribuant

²⁹ P.Jocou - Au cœur du changement, une autre démarche de management :la qualité totale-« Les enjeux économiques »- Dunod 1992-p.43 à 71.

ainsi à l'évolution de la législation et de la jurisprudence. On note trois avancées essentielles en faveur des victimes des I.N. :

- le *renversement de la preuve* incombant désormais aux établissements,
- l'*obligation d'information préalable* du patient sur les risques encourus, même en cas de risque exceptionnel,
- l'instauration d'*une obligation de résultat* en matière de sécurité (tribunal de Grande Instance de Paris-octobre-1998).

Nous nous posons la question de la prise en charge future des patients à risque. Hormis le manque de moyens énoncés, une discrimination semble déjà se profiler par la spécialisation de certaines cliniques dans la chirurgie légère.

En 1997, la S.H.A.M., qui assure mille hôpitaux publics ou participant au service public, n'a eu à traiter que 70 dossiers, pour la plupart réglés à l'amiable, sur environ 1900 sinistres. Cette société qui a un département « gestion du risque » important, associe les **I.N.** à l'**aléa thérapeutique**. Une observation est avancée pour expliquer le peu de recours. Considérant jusqu'ici, que l'I.N. est un risque qui ne peut être totalement évité, et de toute façon difficile à évaluer, les patients hésitent à ester en justice afin de demander réparation.

La transparence des pouvoirs publics risque maintenant de faire évoluer les mentalités, comme on peut l'observer aux Etats Unis où les avocats sont submergés de plaintes plus ou moins justifiées.

L'aléa thérapeutique est considéré comme étant un **risque à caractère exceptionnel**. En effet, un arrêt en Conseil d'Etat du 9 avril 1993, dit arrêt Bianchi³⁰, le définit comme « *un risque dont l'existence est connue, mais dont la réalisation est exceptionnelle et dont aucune raison ne permet de penser que le patient y soit particulièrement exposé* ».

Cette jurisprudence met en exergue le **risque inhérent à l'activité médicale**. Jusqu'ici, c'était au patient de faire la preuve du manque d'information de la part du médecin, maintenant, c'est au médecin d'apporter la preuve qu'il a respecté son devoir d'information. Un arrêt en Cours de Cassation du 6 juillet 1999 a jugé les médecins responsables des dommages subis par l'infection nosocomiale. C'est une avancée pour les patients, qui pose aux médecins, un problème d'assurabilité. Pour les assurances, il va falloir **concilier garantie de réparation des dommages** pour les malades et **sérénité** pour les médecins.

L'infection nosocomiale est ainsi un véritable **problème de santé publique** et une préoccupation des Politiques. Annoncée comme une des principales priorités de la Conférence Nationale de Santé de 1997, elle apparaît dans la Loi de veille sanitaire du 1er juillet 1998.

³⁰ Monsieur Bianchi a été hospitalisé pour subir une artériographie cérébrale et est resté atteint d'une tétraplégie suite vraisemblablement à une embolie artérielle consécutive à l'exploration ou à l'injection de produit de contraste.

Le **cadre réglementaire** formalise les obligations en matière de lutte contre les infections nosocomiales et présente cinq axes ³¹:

- une **généralisation à l'ensemble des établissements** de santé. La Loi de veille sanitaire rend obligatoire l'instauration des C.L.I.N. dans les cliniques privées.

- une **sensibilisation des professionnels** par la diffusion large de l'actualisation des « 100 recommandations » et des documents de référence sur l'isolement septique et la désinfection des dispositifs médicaux par exemple.

- un **contrôle plus rigoureux** par le lancement d'un plan d'inspection visant à vérifier l'application effective des procédures et des bonnes pratiques dans les établissements.

- des **moyens renforcés** en consacrant 180 millions de francs sur trois ans aux hôpitaux pour mener des actions d'hygiène hospitalière.

- une **politique de transparence**, en instaurant un mécanisme de recueil et de signalement par la Loi précitée, qui doit être mis en place par décret en 1999.

Un volet important du Manuel est consacré à « la surveillance, à la prévention et au contrôle du risque infectieux ».

III 3 - La gestion du risque nosocomial

Gérer le risque infectieux revient à gérer la qualité par la **réduction de la non qualité**.

La gestion de ce risque revêt le double objectif, de mettre en place des actions correctives quand apparaissent des dysfonctionnements ou événements indésirables, de suivre leur efficacité, et de mettre en place des actions de prévention et un système d'alerte.

Sa prévention est une **méthode de management** débouchant sur la responsabilité basée sur l'écrit, la transparence, la **traçabilité** et la **reconnaissance du droit à l'erreur**.

Le docteur Deming, mathématicien américain, a dit que les dysfonctionnements liés à la qualité étaient pour 94% dûs au système et 6% liés aux hommes.³²

Il n'en est pas de même pour le risque nosocomial, pour lequel on attribue à 85% la responsabilité aux hommes, en ce qui concerne les infections d'origine **exogène**.

III 3 1 - La politique nationale de lutte contre les I.N. : une mise en place récente

Un dispositif législatif, national, inter régional et local a été mis en place afin de renforcer la politique de prévention et de lutte contre les I.N. et renvoie à l'utilisation de l'outil.

A l'**échelon national**, deux structures sont créées : le *Comité Technique des I.N. (C.T.I.N)*, et une *cellule « infections nosocomiales »*.

Un *plan quinquenal* a été lancé en novembre 1994 dans l'objectif de réduire de 30% les I.N., et de diminuer la fréquence des bactéries multirésistantes en cinq ans.³³

Un *alinéa* concernant l'I.N. a été inclus dans la *Loi de veille sanitaire* précitée.

³¹ Document du Ministère chargé de la santé - La lutte contre les infections nosocomiales : recommandations aux établissements de soins – 29-septembre 1998.

³² E.U.R.O.P.E.-B.Barbin-approche de la qualité-intervention du 14-janvier 1998

A l'échelon inter régional, cinq C.C.L.I.N.³⁴, sont créés.

Au plan local, le C.L.I.N.³⁵, a pour mission essentielle la prévention, la surveillance et la formation du personnel. Se pose la question de savoir s'il doit participer à l'auto-évaluation accréditive ou non.

Malgré la mise en place de ce dispositif, qui a permis aux E.S. de développer la prise en compte du risque infectieux, « *certaines points restent à améliorer : la réalisation d'audits de pratiques, l'élaboration de protocoles, la surveillance du bon usage des antibiotiques et la surveillance des I.N. qui est encore peu fréquemment utilisée dans les E.S. en dehors des centres hospitaliers universitaires* ». ³⁶.

La prise de conscience des professionnels lors de l'auto-évaluation accréditive, devrait permettre de **combler ces manques** par la réflexion qu'elle engendre.

III 3 2 - La politique interne de l'établissement

La politique de gestion des risques doit permettre à l'établissement, de développer un environnement sécuritaire et d'assurer ses missions.

En matière d'I.N., l'ensemble du personnel est concerné, et chacun constitue un maillon de la chaîne de prévention. L'I.N. est la résultante entre l'évaluation du risque encouru par le patient (ou le personnel) et les actions de prévention menées dans l'E.S. L'évaluation du risque nosocomial se fait par l'intermédiaire des audits de pratiques et de la surveillance des infections . L'**audit** est souvent la première étape de la démarche qualité. Il a pour objectif d'identifier les points forts et les points critiques d'une activité, afin de mettre en place des actions d'amélioration ciblées sur la résolution des dysfonctionnements.

La **surveillance des I.N.** permet une traçabilité essentielle, et constitue, si elle est bien menée, un véritable système d'alerte, sur lequel les acteurs s'appuient pour déclencher rapidement des interventions et réajuster leurs pratiques.

III 4 - Les principaux acteurs hospitaliers de la prévention

La prévention et la lutte contre les I.N. nécessite une approche transversale et multidisciplinaire dont les principaux acteurs sont les suivants.

Le laboratoire de bactériologie a un rôle important de « vigilance » à jouer. Sa position privilégiée à la source de l'identification des germes, lui permet de mettre en place une surveillance épidémiologique informatisée à partir des prélèvements biologiques des patients, et de réaliser un véritable système d'alerte.

La pharmacie intervient à la fois dans la politique de bon usage des antibiotiques et des antiseptiques, et dans le respect des normes de stérilisation.

³³ D'après Senic Project.- USA.

³⁴ C.C.L.I.N. – Comité de coordination et de lutte contre les IN.

³⁵ Décret du 6- mai 1988 relatif à l'organisation et à la lutte contre les I.N.

³⁶ Lutte contre les I.N. - Recommandations aux E.S. p 7.

Les services cliniques sont sollicités par les C.L.I.N., pour mettre en œuvre le programme de surveillance des infections , dans leur secteur. Actuellement ce sont les services de réanimation ,services les plus à risques, qui répondent le mieux à l'appel.

Les équipes opérationnelles de lutte contre les I.N. « *Pour la réalisation de ses missions, le C.L.I.N. est assisté d'une équipe constituée de personnels médical et paramédical spécialisés en hygiène hospitalière* ». La composition de cette équipe et ses missions, sont décrites dans la circulaire du 19 avril 1995.³⁷.

Le Département d'information médicale est un acteur dans le traitement et la centralisation des données. A noter que l'I.N. possède un code spécifique dans le Programme Médicalisé du Système d'Information, depuis 1997.

Selon Donabédian, l'évaluation doit porter sur les structures, les procédures et les résultats.

Les **résultats** de la politique de prévention sont évalués à partir de la surveillance, et les **procédures** par les audits. Procédures et résultats sont actuellement plus ou moins pris en charge par les structures en place. L'auto évaluation accréditive propose, quant à elle, une évaluation des organisations et par là même des **structures**. Elle apporte ainsi une complémentarité à la politique d'évaluation menée.

Cependant les établissements de santé sont peu préparés à cette étape. L'auto évaluation accréditive représente pour eux un investissement, tant au niveau structurel qu'au niveau des acteurs. Procédure amenée de l'extérieur, elle doit s'inscrire dans la politique menée et faire l'objet d'une acceptation et d'une appropriation de la part des principaux acteurs.

C'est ce que nous allons étudier dans notre enquête.

³⁷ Circulaire du 19 avril 1995 relative à la lutte contre les I.N. dans les Etablissements de Santé publics ou privés participants à l'exécution du service public.

DEUXIEME PARTIE L'ENQUÊTE

Avant d'aborder l'enquête et ses résultats, nous présentons dans un premier temps la méthodologie utilisée afin d'explorer notre hypothèse.

I - METHODOLOGIE DE L'ENQUÊTE

Elle expose le cadre de l'étude et la méthode d'approche

I 1 - Le cadre de l'étude :

I 1 1 - Lieu d'enquête.

Le travail d'enquête de terrain s'est déroulé essentiellement dans **deux C.H.U.**. Le choix s'est porté sur les établissements suivants, car ils présentaient tous deux un intérêt certain et complémentaire pour le sujet.

Le C.H.U. A s'est préparé à l'auto évaluation accréditive, mais n'a pas été retenu pour l'expérimentation en 1998.

Le C.H.U. B ne s'est pas proposé pour l'expérimentation, mais se prépare, en interne, à la procédure d'accréditation dans laquelle il s'est engagé.

I 1 2 - Période

L'enquête s'est déroulée de mars à juin 1999, avec une concentration des **observations** en mai, durant notre stage dans le C.H.U. B.

I 1 3 - Population concernée

Pour les interview

Nous avons interviewé les principaux acteurs de l'auto – évaluation que sont :

6 directeurs administratifs dont un directeur général(D.G.), un directeur général adjoint, un directeur d'établissement et trois directeurs qualité.

6 infirmiers généraux: 2 D.S.S.I., 4 I.G. de deuxième classe.

8 cadres infirmiers supérieurs, dont deux experts en hygiène et deux en qualité.

4 cadres infirmiers , dont un à la Direction des Soins Infirmiers.

2 médecins : un président de C.L.I.N. et un responsable d'une « cellule d' infectiovigilance ».

Pour les observations

Nous avons assisté à **4 réunions** d'auto évaluation et **2 entretiens** de synthèse.

- 2 réunions organisées par le cadre infirmier avec son équipe en cardiologie (3 Infirmiers, 2 aides soignants, 1 agent des services hospitaliers et un étudiant infirmier de troisième année).

- 2 réunions organisées par le cadre infirmier supérieur de psychiatrie avec 5 cadres infirmiers de son secteur.

- 2 entretiens de synthèse entre le C.I.S. de cardiologie et un Cadre de son secteur.

I 2 - Méthode d'approche

Compte tenu de notre hypothèse de départ, portant sur la présomption que *la pertinence des résultats de l'auto évaluation accréditive est étroitement liée au choix de la politique qualité institutionnelle de l'établissement dans lequel elle se déroule*, nous poursuivons notre **schéma d'approche outil- contexte**.

Notre enquête a donc pour objet d'analyser comment les acteurs se préparent à l'auto évaluation, et comment ils utilisent le Manuel d'accréditation. Nous nous sommes aperçue, que certaines structures de l'établissement B avaient fabriqué leurs propres outils. Il existe en effet, dans ce C.H.U., un questionnaire C.L.I..N et un questionnaire service de soins infirmiers. Nous nous sommes alors posé la question, pourquoi et dans quel objectif ?

Nous proposons dans un premier temps d'étudier et de comparer **les trois outils d'auto évaluation**, sur le fond, la forme et l'utilisation qui en est faite. Nous porterons ensuite notre analyse sur les résultats de leur utilisation dans le cadre de l'accréditation.

Nous avons exploré **le contexte d'usage** au travers **d'entretiens, d'observations et d'analyse documentaire** spécifique à l'expérimentation, phase qu'il nous a été impossible d'observer.

Nous avons choisi des **entretiens** semi directifs sur le fond et non directifs sur la forme, afin de permettre à notre interlocuteur de pouvoir s'exprimer librement sur le sujet, tout en respectant nos objectifs. Ceux-ci ont été pour la plupart très riches, les personnes interrogées étant visiblement intéressées par l'aspect pratique du sujet centré sur l'outil et son utilisation, plutôt que sur l'accréditation qui les « *irrite quelque peu par un phénomène de saturation* ».

Nous avons été amenée à compléter les entretiens par des **observations** sur le terrain, afin d'évaluer le plus objectivement possible le type de difficulté rencontrées par les équipes. Elles se sont déroulées après avoir volontairement présenté uniquement nos objectifs généraux. Dans un premier temps, nous nous sommes positionnée, en retrait, en observateur « muet », afin de ne pas induire les attitudes et les réactions des observés. Dans un deuxième temps, quand l'auto évaluation était terminée, nous sommes intervenue à la demande des observés pour leur faire part de nos observations. Cette manière de procéder nous a permis de mieux nous intégrer en tant qu'observateur dans les équipes

Nous avons enfin exploré des **documents de niveau d'information différent**. Ce sont :

- **des documents de synthèse**, pour lesquels nous ne possédons pas les informations de base, qui nous auraient peut-être aidée à affiner notre analyse sur certains points particuliers. Nous les avons utilisés pour compléter et argumenter notre propre enquête.

- **un compte rendu de réunion** des D.S.S.I. de C.H.U., réalisé en 1998, dont le thème est : « *Place de la D.S.S.I. dans la préparation de la mise en place de l'accréditation* ».

- **les résultats de l'enquête menée par l'observatoire Français d'accréditation hospitalière** auprès des Etablissements Tests de la procédure d'accréditation par l'A.N.A.E.S.. Nous avons obtenu ce document au moment où nous avons finalisé un questionnaire d'enquête sur le sujet, portant sur la façon dont les 40 établissements s'étaient préparés à l'auto-évaluation, et comment ils avaient vécu l'expérimentation. Afin de ne pas être redondante auprès des hôpitaux ayant répondu à l'enquête de l'A.N.A.E.S., nous avons préféré ne pas l'envoyer.

- **le Manuel de L'A.N.A.E.S.**, outil valide national.

- **trois outils locaux** qui sont au cœur même de notre enquête. Un outil du C.H.U. A, deux outils du C.H.U. B, émanant pour l'un du C.L.I.N., pour l'autre du S.S.I. Le questionnaire infirmier était en cours de remplissage, ce qui nous a permis de réaliser nos observations. L'enquête du C.L.I.N. se terminait et nous n'avons pu en analyser les réponses.

La **difficulté de cette enquête d'observation** a été, d'être présente au bon moment, quand les équipes étaient prêtes et disponibles. Les rencontres se sont souvent faites au moment des relèves, et ont dû parfois être reportées.

La conjoncture de deux enquêtes simultanées dans le même établissement nous a permis de recueillir les informations liées au contexte d'usage, quasiment en extemporané, ce qui est intéressant quant à la véracité des informations recueillies. Il convient toutefois d'analyser celles-ci avec prudence et avec le recul suffisant.

Un **tableau récapitulatif** des méthodes d'enquête adoptées, en fonction des objectifs poursuivis est situé en annexe 1.

II - REALISATION DE L'ENQUÊTE ET RESULTATS

L'enquête porte sur le contexte général d'élaboration des différents outils d'auto-évaluation, sur leur méthode d'élaboration et leur présentation, et sur la réalisation de l'auto-évaluation et les résultats qui en découlent.

II 1 - Le contexte général

La politique générale développée en matière de qualité s'exprime certes dans le P.E. et le Contrat d'Objectifs et de Moyens, mais il s'appuie également sur la signification et l'importance que donnent, la Direction, ainsi que les différents acteurs, à la procédure d'accréditation.

Directeurs, médecins et encadrement infirmier s'expriment à ce sujet.

II 1 1 - Intérêt des différents acteurs pour la procédure

Pour le **directeur du C.H.U. A**, l'objectif essentiel est avant tout managérial au niveau des structures et des hommes: « *il faut faire de l'accréditation un processus de management interne et un processus de certification, en descendant des services cliniques, vers les unités* ». C'est pour lui également « *un moyen d'impliquer les médecins et les personnels* ». Un directeur d'établissement de ce même C.H.U. s'exprime à ce sujet. Il émet d'abord quelques réserves en disant qu'il « *n'en pense pas d'emblée le plus grand bien* ». Il met en évidence l'aspect dimensionnel de la procédure, avec son application dans le milieu de la santé, où la culture ne se prête pas d'emblée à l'évaluation, en ajoutant que « *le processus qui démarre est un chantier important, qui modifiera les comportements à long terme* ».

Il trouve l'approche de l'auto évaluation accréditive intéressante par le fait que les établissements soumettent leurs procédures à « *un œil extérieur* ». Ce mode de management permet en effet ce que les industriels appellent le « **bench marking** », méthode qui permet une évaluation plus objective, en soumettant les procédures à l'évaluation d'une tierce personne n'étant pas impliquée dans le domaine. Cette analyse relève d'une forme de management que ne partagent pas tous les professionnels sur le terrain. En effet ce sont **leurs** pratiques que l'on évalue.

Le D.G.adjoint du C.H.U. B reconnaît que la procédure a des effets bénéfiques sur la prise en charge de la qualité dans les Etablissements de soins, car « *elle provoque un effet positif d'émulation, et à terme elle imposera des méthodes de travail* ».

Il émet cependant certaines réserves. Il pense que « *l'accréditation n'est pas forcément un plus pour les hôpitaux* », et que « *la mise en œuvre de la procédure entraîne des dépenses d'énergie folles* ». Il rejoint en cela l'aspect « surdimensionné » évoqué par un directeur du C.H.U. A.

Il nous met en garde quant aux répercussions que peut avoir la mise en place d'une telle procédure si, elle est poussée à l'extrême, en prenant pour exemple le Canada. « *Il faut faire attention à ce qu'elle ne devienne pas une fin en soi* », car les professionnels ont trouvé là-bas des « niches », dit-il ayant entraîné l'accentuation des phénomènes. D'autre part, « *saura-t-on à l'avenir encore prendre des risques!* ».

Nous pourrions ajouter, jusqu'à quelle limite? C'est la question que nous nous sommes posée dans la première partie de notre travail. En effet les C.H.U. reçoivent des patients de plus en plus fragilisés, pour lesquels les risques de prise en charge sont multiples, tout au long de leur hospitalisation. Où se situe la limite entre la prise de risque et le bénéfice attendu, sachant que le risque zéro n'existe pas dans le domaine de la santé? Une décision qui est bien difficile à prendre à l'heure où la responsabilité des praticiens est de plus en plus engagée dans ce domaine.

Le directeur de la qualité de ce même établissement montre l'importance de l'impact de l'accréditation. Il argumente cependant qu'il n'a pas impulsé le volontariat de son établissement pour l'expérimentation, d'une part, parce qu'il a déjà effectué un audit organisationnel récent sur l'établissement, et qu'il souhaite d'abord réduire les écarts liés aux dysfonctionnements, et d'autre part,

parce que l'expérimentation n'était pas suivie de l'accréditation. Ceci argumente le fait que les audits ne doivent pas se succéder sans être suivi d'actions, on ne doit pas « auditer pour auditer », sous peine de désengager l'ensemble des acteurs qui ne voient plus dans l'audit qu'une procédure de plus.

Médecins et encadrement infirmier émettent les mêmes **craintes** quant aux répercussions de l'accréditation sur le contexte des restructurations. Celles-ci touchent directement le système par des modifications d'activité et chacun pense pouvoir être directement ou indirectement touché, en fonction des résultats de l'auto-évaluation accréditive des différentes unités d'un même secteur.

Ils craignent de « subir » les résultats de leurs collègues et que des sanctions soient prises. Comme l'exprime un médecin du C.H.U. A, « *si l'accréditation du service d'à côté, qui soigne la même pathologie, n'est pas bonne, est-ce que cela va nous pénaliser ?* ». Un cadre du C.H.U. B, exprime, en réunion de service avec le C.I.S., des craintes liées à la restructuration de l'établissement, et fait le lien avec les résultats de l'accréditation en disant : « *notre souci est de ne pas payer pour les autres. L'accréditation sera donnée globalement : pour les services pris en défaut, fermera-t-on des lits, et pour ceux qui travaillent correctement !* »

Toutefois le personnel infirmier voit dans l'accréditation des **aspects très positifs**, même si, comme le spécifie un C.I.S. de l'Institut de Formation des cadres de santé du C.H.U. A, sur le plan culturel il y a un blocage à l'utilisation d'un référentiel qu'on n'a pas élaboré tel le Manuel d'accréditation. Des Cadres infirmiers du C.H.U. B notent que l'accréditation est une démarche incitative, car « *on s'aperçoit qu'on a beaucoup travaillé mais qu'il reste encore beaucoup à faire* ». Cette évaluation leur a permis de remettre en question leurs pratiques professionnelles et de revoir les organisations mettant en évidence les glissements de fonction.

Le C.I.S. précité évoque les aspects positifs que sont **l'apport méthodologique**, et le fait que **l'évaluation de la qualité est à la mode**, que le monde hospitalier se doit d'y entrer et d'en accepter les niveaux d'appréciation. Les aspects méthodologiques évoqués sont d'une part, l'acceptation de l'évaluation, et d'autre part l'utilisation d'un outil référentiel avec des critères et d'indicateurs. En effet, « *la profession manque de rigueur méthodologique* » s'exprime t-il.

Concernant **la mode de l'évaluation**, il plagie les articles parus dans la presse spécialisée : « *C'est une classification incontournable, car les médias l'ont fait avant nous Si ce n'est pas le top 50 des hôpitaux, c'est bien un classement par rapport à la qualité et à la sécurité. La transparence vient du fait que les professionnels se prennent en charge et font leur propre évaluation* ».

L'ancienne directrice d'école actuellement à la **direction qualité du C.H.U. A**, a pu vérifier que la procédure d'auto - évaluation accréditive enclenchait une **dynamique**, par le fait de la préparation très en amont, même si celle-ci ne prépare pas à l'accréditation. Ce C.H.U. a en effet fait le choix de ne pas informer le personnel de sa demande de participation à l'expérimentation, afin de ne pas le décevoir si celle-ci n'était pas acceptée, ce qui s'est produit. On aurait pu penser que le manque de formalisme soit

un handicap à la motivation et à l'implication du personnel, il en a été tout autrement. C'est une réflexion que l'I.G. doit mener pour toute action nouvelle à mettre en œuvre. En effet un lien est nécessaire à faire entre l'obligation d'une part, et l'intérêt des acteurs d'autre part, pour obtenir un management efficace et accepté.

Ces remarques mettent en évidence les **différences d'appréciation** et les **réactions** vis à vis d'une procédure qui vient de l'extérieur, du monde industriel où l'objectif final est le zéro défaut, et les craintes qu'elle procure dans le monde de la santé.

L'accréditation représente **des objectifs différents pour les C.H.U. A et B.**

Pour le C.H.U. A., l'objectif priorisé est l'impulsion du management des hommes, par l'implication des médecins et du personnel, la modification des comportements à long terme et le fait de se soumettre à une évaluation externe. Pour le C.H.U. B, l'accréditation est un aboutissement des audits internes, c'est également une aide au management des hommes par ses effets d'émulation mais c'est surtout un moyen d'imposer une méthode de travail.

Tous deux mettent en exergue l'aspect surdimensionné de la procédure. Tous les acteurs évoquent l'obstacle culturel de l'évaluation. Ils reconnaissent cependant la répercussion positive de la procédure d'auto-évaluation et par là-même de l'accréditation, par l'enclenchement d'une dynamique interne, la remise en question des pratiques, une révision des organisations et l'acquisition d'une méthodologie.

D'un côté le **C.H.U. A** évoque l'auto évaluation comme **une aide au développement interne**, de l'autre, **le C.H.U. B** voit l'auto évaluation comme **une stratégie** pour réunir les acteurs autour d'une méthode de travail.

La politique qualité menée dans les établissements concernés a donc inévitablement un impact sur l'implication des différents acteurs hospitaliers.

II 1 2 - La politique des établissements concernés en matière de qualité

Les C.H.U. A et B, ont mis en place une structure spécifique, et ont tous deux développé depuis plusieurs années une politique de gestion de la qualité.

II 1 2 1 - Une structure spécifique

La Direction générale (D.G.) du **C.H.U. A**, a initié une politique qualité partenariale depuis cinq ans, actuellement pilotée et soutenue avec la participation de la C.M.E. et de la D.S.S.I.. La D.G. s'est engagée à soutenir « *les actions permettant de relever les défis de la qualité dans laquelle s'investissent des responsables et des professionnels* »(note d'information de la direction générale du 14 juillet 1994). Pour traduire son engagement :

- elle a mis en place une direction qualité en juillet 1994, devenue direction de la qualité et de la stratégie en juin 1997, compte tenu du profil du directeur occupant cette fonction.
- elle a affirmé sa volonté en se portant candidate pour expérimenter le référentiel de l'A.N.A.E.S. et entreprendre la procédure d'accréditation en 1998
- elle a installé le conseil d'accréditation, auquel participe la D.S.S.I.

Un organigramme positionne les différentes structures, et met en évidence un souci de cohésion et une volonté de partenariat entre les principaux acteurs hospitaliers.

Deux conseils interviennent dans la validation et le suivi de la politique qualité : le conseil de l'accréditation et le comité de gestion des risques.

Trois structures sont chargées de la mise en œuvre de la politique : la direction de la qualité et de la stratégie, le bureau de l'évaluation médicale et la direction du service de soins infirmiers. La direction de la formation aide à la formation des responsables qualité notamment pour les projets de certification.

Le positionnement et les missions de chacun sont présentées en annexe 2.

Nous remarquons que l'établissement A, inclue dans son organigramme, la direction de la qualité, la D.S.S.I. et le bureau d'évaluation médicale, **au même niveau**, tous trois sous le pilotage d'un conseil de l'accréditation.

Le C.H.U. B s'est engagé dans une politique de qualité, par un audit organisationnel. Un bref historique nous décrit **le contexte de politique générale** de l'établissement aboutissant à la création de l'actuelle Direction de l'audit, de la qualité et de l'accréditation.

Une direction assurance qualité a été créée en avril 1996 avec pour mission de développer des programmes assurance qualité dans l'établissement. Une nouvelle mission d'accréditation l'a enrichie en avril 1998, entraînant la fusion en **direction de l'audit, de la qualité et de l'accréditation** en décembre 1998. Celle-ci est structurée sur un modèle de gestion purement administrative. Elle se compose de trois départements : un département d'audit interne, un département qualité et accréditation, et un département de veille juridique .

Un organigramme est présenté en annexe 3.

Les principes de fonctionnement sont déclinés en **chartes** : une charte de l'audit interne et une charte de l'assurance qualité.

La charte de l'audit interne précise les missions du département concerné, son positionnement au sein de l'institution, son organisation, ses normes de fonctionnement et l'esprit dans lequel elle s'engage à travailler. Elle précise également « *qu'elle n'a pas pour objet de contrôler les hommes, mais celui d'améliorer les procédures* ». Nous pensons que ces termes ont été inclus, en partie, pour lever toute inquiétude du personnel soignant, qui a vu arriver d'un « mauvais œil » une direction pour s'occuper de la qualité.

La charte de l'assurance qualité se veut fédératrice en renforçant le message de nécessaire coopération et de compréhension réciproque, par une inscription dans sa philosophie, des mots de coopération, clarté, transparence, et ouverture dans le respect de chacun.

Nous avons relevé quelques réflexions qui reflètent les **réticences du personnel vis à vis d'une direction**, étayées par la dangereuse interprétation qui peut en être faite, et les répercussions possibles sur le personnel, quand c'est un responsable de secteur qui les exprime.

Une I.G. de « l'ancienne génération » exprime **ses craintes du pouvoir administratif sur le Service de Soins Infirmiers**, en argumentant le manque de crédibilité de la Direction par : « *le nombre pléthorique actuel des directeurs, en comparaison avec le nombre de personnel, et l'ajout de nouvelles professions comme les ingénieurs* », qu'elle considère comme appartenant au monde industriel et non à celui de la santé. Elle renforce son argumentaire en spécifiant le rôle de « *manager de projet* » que jouent les directions fonctionnelles qui « *avant, étaient des prestataires de service* ». Elle donne à ce titre l'exemple de la restauration, qu'elle présente comme faisant partie des soins, domaine pour lequel elle ne reconnaît aucune compétence particulière à la direction, hormis l'aspect gestionnaire.

Une autre I.G. met en évidence la scission qu'elle ressent entre les directions en général et les unités de soins en particulier, « *les initiés* » dit-elle et « *ceux qui bossent* », en argumentant « *qu'ils sont à cent lieues des préoccupations* ».

La méconnaissance du travail de chacun, et le clivage qui existe entre les différentes logiques hospitalières en trouvent ici une des expressions les plus représentatives.

Certains membres du S.S.I. du même établissement, pensent qu'**une cellule de coordination qualité, au lieu d'une direction**, incluant les différents partenaires C.M.E., C.L.I.N., D.S.S.I., aurait permis **une meilleure communication**. Un cadre infirmier exprime ici sa crainte mêlée de sous-entendus en disant « *le mot de direction n'est pas dénué de sens, par rapport à la finalité visée* ». Il utilise même le terme de « *maladresse originelle* » de la part de la direction générale, le fait d'avoir instauré une direction. D'autres disent travailler avec la direction de la qualité, « *sans état d'âme, la finalité étant le patient* »

Une I.G., met toutefois en garde de « **ne pas faire de la qualité un combat, comme jadis pour la gestion du personnel, avec l'arrivée des Directions des ressources humaines.**

Les acteurs médicaux et soignants observent une certaine **crainte** liée, peut être, à l'interprétation des missions que l'on peut donner à une **structure nommée « Direction »**, et surtout à la personne qui en assure la responsabilité. Les plus anciens pensent qu'une direction poursuit des objectifs cachés, même si ceux-ci sont clairement énoncés.

Ces interprétations proviennent de l'époque des trente glorieuses, où la communication n'était pas à la transparence, et la concertation pas de mise. Elles sont souvent véhiculées par un personnel qui participe peu à l'évolution des organisations et aux actions de formation. Cet état de fait nous interpelle quant à la dangereuse interprétation qui peut être faite des messages, et l'impérieuse nécessité d'établir un circuit d'information écrit et oral, touchant directement les différents acteurs.

Ceci nous amène à dire, qu'on ne doit pas baser **une démarche qualité uniquement sur les hommes, mais sur les organisations**. Les hommes ont des personnalités qui influent en positif ou en négatif sur les réactions et les comportements des personnes avec lesquelles ils travaillent. L'infirmière générale doit tenir compte de cet aspect, notamment dans le choix des personnes relais de l'information, comme les cadres infirmiers experts, qui sont reconnus et intégrés dans une logique administrative et de management, mais pas toujours par leurs pairs.

Hormis la mise en place d'une structure spécifique, la politique qualité s'inscrit dans le P.E.

II 1 2 2 - Une politique qualité inscrite dans le projet d'établissement et le contrat d'objectifs et de moyens

Le projet d'établissement (P.E.) ainsi que le contrat d'objectifs et de moyens (C.O.M.) conclu avec l'A.R.H., sont le reflet de la politique qualité menée dans les C.H.U. concernés.

Le contrat d'objectifs et de moyens du C.H.U. A retrace **comme le P.E. de deuxième génération**, les grands objectifs qualité poursuivis par l'établissement: installation des différents comités, poursuite du travail effectué par la direction de la qualité et de la stratégie et par le bureau d'évaluation médicale, ainsi que la poursuite active de 25 démarches qualité. Une annexe au C.O.M. définit les indicateurs de suivi dont 15, relèvent de la satisfaction des usagers, de la sécurité et de la qualité des soins.

Le projet d'établissement de deuxième génération du C.H.U. B, inclue un projet « offre de soins », constituant la colonne vertébrale du projet, concept plus large que le projet médical. L'ancien projet ne prenait pas en compte l'environnement. « *Celui-ci est un projet d'évolution et d'adaptation aux besoins de la population* » dit le D.G.A. de cet établissement, « *la prise en compte des besoins de la population est beaucoup plus importante que les besoins médicaux internes. Il est ainsi mieux intégré dans le Schéma d'organisation sanitaire* ». Il met en évidence la place qui est ainsi donnée au patient qui se trouve désormais au centre du projet, alors que dans le projet précédent, la place centrale était donnée au projet médical. « *La qualité est partout* », dit-il dans le nouveau P.E., « *la gestion des risques est quant à elle intégrée dans le projet management* ».

Le fonctionnement des structures qualité des établissements A et B met en évidence des **similitudes** et des **divergences de stratégie institutionnelle**.

L'approche de la politique générale de qualité des établissements concernés au travers du P.E., met en évidence la **volonté de donner une place centrale au patient**, et de **mieux s'intégrer dans le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire**, ainsi que le préconise la réglementation. Les nouveaux P.E. donnent également une **place plus grande à l'ensemble des acteurs hospitaliers**. Si la qualité n'apparaît pas en tant que telle, elle est en filigrane des différents projets, sinon comme dit le D.G.A. du C.H.U. B. « *on risque de mal la gérer* ».

Tous deux ont une **antériorité de démarches qualité**, toutefois plus organisée et structurée dans le C.H.U. B, par la mise en œuvre d'audits qualité organisationnels sur l'ensemble de l'établissement. Ils disposent tous deux d'**une structure qualité** reconnue par l'ensemble des acteurs dans l'établissement A, mais pas par les soignants dans l'établissement B. Les **principaux acteurs** apparaissent dans l'organigramme de la structure du C.H.U. A, mais pas dans celui du C.H.U. B si bien que les soignants se sentent intégrés dans la démarche du premier C.H.U., mais pas dans le second, ce qui leur fait peur.

Le contexte politique étant décrit, il convient d'appréhender l'outil à travers sa préparation. Là encore nous observons des **divergences liées à la politique menée** dans l'établissement.

II 2 - L'outil d'auto évaluation : un instrument découlant de la politique institutionnelle en matière de qualité

Les différents outils d'auto évaluation que nous allons explorer, ont été élaborés pour chacun d'eux dans un environnement particulier, avec des objectifs précis ciblant une population déterminée. Les tableaux comparatifs sont situés en annexe 4.

II 2 1 - Le contexte d'élaboration

Le C.H.U. A est entré dans la démarche d'accréditation par l'auto – évaluation, le **C.H.U. B** par l'audit interne .

Le **contexte** dans lequel se sont élaborés les outils est différent.

Il revêt un aspect **réglementaire** pour le C.H.U. A , celui-ci se préparant à l'expérimentation. Le contexte du C.H.U. B est quant à lui lié à la **conjoncture interne**, et a fortement induit les décisions du C.L.I.N. et de la D.S.S.I. de cet établissement, d'**élaborer leur propre questionnaire d'évaluation**. Nous en exposons ici les principaux aspects.

L'audit interne effectué par la direction de la qualité de l'établissement B , avant la parution du Manuel d'accréditation, ne couvre que 80% de ce dernier. La gestion du risque infectieux, le parcours du patient et les soins infirmiers, représentent les 20% du champ non couvert par l'audit. Ceci a amené les deux structures à construire **leur propre outil**, ce qui n'a pas manqué de provoquer des **réactions corporatistes** et de préservation de **territoire**.

II 2 1 1 - Un outil spécifique au C.L.I.N.

Le D.G. a demandé au C.L.I.N. de faire une **auto évaluation professionnelle** concernant le risque infectieux, dans l'objectif « *d'avoir une idée de la perception du personnel* ». Investis par cette demande, le Président du C.L.I.N. et le médecin responsable de la « cellule d'infectiovigilance », ont établi un questionnaire ciblant les différentes catégories professionnelles, afin de recueillir la perception de chacun.

Tous deux ont travaillé seuls « *pour une meilleure compréhension* » disent-ils et par manque de temps. Ils sont partis du référentiel S.P.I.(surveillance, prévention et contrôle du risque infectieux) du

Manuel, et ont décliné les 11 références en critères, en utilisant un vocabulaire qui puisse être compris par tout le personnel.

N'ayant pas participé à son élaboration, le service de soins infirmiers a quelques **réactions** comme : « *c'est un questionnaire médical, constitué de termes difficiles à comprendre* » dit un cadre infirmier de la D.S.S.I. Le questionnaire reprend pourtant les mêmes termes que le Manuel, mais comme il s'adresse aux différentes fonctions dont les aides soignants et les agents de service hospitalier, ce cadre craint qu'ils n'en comprennent les termes.

Ce **travail en « autonome »**, a été mal vécu par les deux cadres infirmiers supérieurs en hygiène, car ceux-ci, ainsi que le chef du service d'hygiène, n'ont été conviés qu'à une relecture, « *par manque de temps* » argumente le président du C.L.I.N..

II 2 1 2 - Un outil spécifique au service de soins infirmiers

Pour le questionnaire du service de soins infirmiers, le contexte institutionnel est le même que pour le questionnaire du C.L.I.N., avec toutefois une variante. En effet, **le D.G. n'a pas demandé** à la D.S.S.I. d'auto-évaluer ses propres pratiques. Nous avons donc étudié ce qui a pu amener cette dernière à élaborer un questionnaire spécifique d'auto-évaluation des pratiques soignantes.

La problématique est ici ce que nous qualifions de **jeu des principaux acteurs** institutionnels. En nous appuyant sur l'approche théorique des différentes logiques hospitalières et sur les entretiens et observations menées lors de notre enquête, nous proposons l'**analyse suivante**.

Le C.H.U. B mène une politique d'audit interne **managée** depuis plusieurs années par des **administratifs**. Quatorze cadres participaient alors en tant que personnes interpellées individuellement, pour ce qui concerne les soins infirmiers, sous la responsabilité directe de la direction qualité. Celle-ci énonce l'argument méthodologique de l'audit, qui est qu'on « *ne peut pas être juge et partie* ». Une différence est en effet à faire, entre la conduite de l'audit et celle de l'auto évaluation. Si cette dernière doit être effectuée par les professionnels eux même, l'audit qualité est, quant à lui, un examen méthodique et indépendant, réalisé selon la norme internationale, par des personnes n'ayant pas de responsabilité directe dans le secteur à auditer.

Cette stratégie paraît donc conforme. Elle laisse toutefois apparaître une manœuvre de contournement de la D.S.S.I. dans sa mise en place.

En effet, quand le Manuel d'accréditation est arrivé, le directeur de la qualité a fait rapidement une comparaison avec les outils d'audit interne, **sans interpellier préalablement la D.S.S.I.**, ni les autres directions fonctionnelles. Il est allé dans les unités de soins, sans prévenir l'encadrement. En réaction, la D.S.S.I. a demandé la création d'une cellule de coordination qui permettrait de faciliter un travail de collaboration. Cette proposition n'étant pas retenue, et en réaction de protection, elle **décide** d'élaborer **un outil d'auto-évaluation propre au service de soins infirmiers**.

Ce sont les cadres infirmiers supérieurs et le cadre situé à la D.S.S.I. qui l'ont élaboré. « Un outil professionnel, élaboré par des professionnels », paraît a priori souhaitable. Cependant, il convient

d'apprécier la qualité et la sécurité des soins que le personnel soignant dispense au patient, au regard de sa prise en charge globale. Nous pensons qu'il aurait été souhaitable d'intégrer dans cette évaluation les médecins membres de l'équipe « de base » dans les unités, ainsi que les autres acteurs. La plupart des questions sont d'ordre transversal, et **la qualité ne peut s'évaluer au seul regard des soins infirmiers.**

Cet état de fait a provoqué d'ailleurs les **réactions de deux médecins** qui se sont exprimés dans un groupe de travail mis en place par la Direction de la qualité . N'ayant pas participé à l'élaboration du questionnaire, ils ont enlevé les items qui n'étaient pas exclusivement infirmiers. Peut-on avoir dans ce cas une réelle évaluation de toutes les pratiques infirmières?

Le président du C.L.I.N. n'a pas été sollicité, en réaction au fait que le service de soins infirmiers n'a pas été convié à l'élaboration du questionnaire du C.L.I.N., et qu'il n'apparaît pas dans l'organigramme des acteurs du C.L.I.N.

Ces constatations nous amènent **plusieurs réflexions**, concernant d'une part, la notion de temps, souvent évoquée comme « excuse » à un oubli ou à la non réalisation d'actions, ici à un « manquement stratégique », et d'autre part, l'influence du jeu des acteurs sur le degré de participation des différents partenaires.

Le temps est un élément précieux à prendre en considération dans toute démarche d'ampleur comme l'auto évaluation accréditive. Nous l'avons vu plus haut, cette étape doit être suffisamment dimensionnée pour s'effectuer dans de bonnes conditions. Cette situation n'est pas exceptionnelle, car les professionnels hospitaliers sont souvent pris dans un système, où les priorités sont différentes pour les acteurs des différentes logiques. La concertation en amont se trouve ainsi parfois court-circuitée, au bénéfice de délais trop courts

Cet état de fait nous évoque surtout **la conséquence du jeu des acteurs sur le degré de participation** des différents partenaires, C.L.I.N. - service d'hygiène **et de la politique institutionnelle** en hygiène

La non participation des **cadres experts** met en évidence leur positionnement inconfortable entre, le service de soins infirmiers, le service d'hygiène et le C.L.I.N.. Les cadres concernés se posent le problème de la réelle reconnaissance de la structure d'hygiène et de la **dualité service d'hygiène - C.L.I.N.**

Nous avons été amenée, durant notre parcours professionnel, à faire la même observation de cette dualité. C'est un phénomène qui se reproduit dans plusieurs établissements de France.

L'objectif final des deux structures est pourtant le même, la prévention des infections nosocomiales, et l'objet, le patient. Mais le contexte de l'action est différent, entraînant un comportement souvent radicalement opposé, lorsque le chef du service d'hygiène appartient au « courant dit traditionnel ».

Pour mieux comprendre cet état de fait, nous avons essayé de traduire les éléments qui différencient les deux structures sur un **diagramme « causes-effets »**, que nous avons reporté en annexe 5.

Nous nous sommes appuyée sur nos entretiens, notre expérience professionnelle, et l'analyse documentaire pour établir ce diagramme.

Le président du C.L.I.N. du C.H.U. B précise les **deux grands courants** qui existe en France et qui divisent les responsables en hygiène. Il explique ainsi que le premier est constitué des « traditionnels de l'Ecole Maisonnét », sur laquelle s'appuient les chefs de service d'hygiène les plus anciens. Elle donne essentiellement des recommandations concernant la surveillance de l'environnement et le choix des personnes compétentes dans ce domaine.

Le second courant est un courant épidémiologique, que suivent les responsables en hygiène de la jeune génération, s'appuyant sur des indicateurs de structures, de procédures et de résultats, tels les infections nosocomiales.

Le service de soins infirmiers est souvent pris entre ces **deux rationalités différentes**, auxquelles il devra répondre le mieux possible, tant au niveau du positionnement des experts infirmiers en hygiène, qu'au niveau des services cliniques. Ces derniers ont des difficultés à se repérer et n'ont que faire des querelles internes. L'intérêt de l'institution est de positionner les différentes structures et leurs missions respectives au sein de l'établissement, afin d'asseoir une véritable politique de gestion du risque infectieux.

Cet exemple doit nous mettre en éveil, quant à la **nécessaire inclusion des différents acteurs** hospitaliers, au démarrage de toute démarche, et quant à **l'inévitable impact de leur personnalité sur les processus**.

D'une part, le fait de ne pas inclure un acteur clé dans l'élaboration d'un document, ne peut que susciter une *réaction première de rejet*.

D'autre part, lorsque certaines décisions stratégiques obéissent à des *objectifs individuels*, elles risquent de provoquer des *réactions en chaîne*, qu'il peut être alors difficile de contenir.

Le D.G.A. du C.H.U. A va dans ce même, sens. Il signale la difficulté à réunir les différents acteurs autour d'un même projet. « *Il faut s'entourer de certaines précautions avant d'appliquer la procédure au système hospitalier* » dit-il, « *l'hôpital est un lieu de fragmentation professionnelle, où chacun a la légitimité de son rôle vis à vis de lui-même et non du client C'est une culture par corps, et par fonction dans les corps, à l'hôpital comme dans l'armée, par rapport à une identité professionnelle forte* ». En cela, l'accréditation pourra, peut-être, permettre de fédérer les acteurs et de travailler par rapport à une globalité. « *L'accréditation est le bon choix pour améliorer le fonctionnement de l'hôpital, avec pour conséquence de débloquer l'isolement* », dit ce même directeur. Nous pensons que cela est sûrement possible au niveau des structures mais certainement moins au niveau des acteurs

II 2 2 - L'objet du questionnaire et objectifs poursuivis (cf annexe 4)

Les objectifs poursuivis sont directement liés au contexte et aux préoccupations des principaux acteurs.

L'objet même du questionnaire du C.H.U. A est d'effectuer une *évaluation transversale des organisations*, qui réponde, par là même, à l'objectif du Manuel.

Le questionnaire du C.L.I.N., a pour but *d'évaluer une activité* qui est celle de la prévention, de la surveillance, et du contrôle du risque infectieux.

Le questionnaire infirmier est ciblé, quant à lui, sur *l'évaluation des pratiques* infirmières.

Des buts différents, qui se traduisent par des objectifs spécifiques.

Pour le C.H.U. A, les objectifs sont de préparer le personnel à la procédure d'accréditation, avant de la tester en temps réel, dans l'expérimentation pour laquelle il s'est porté volontaire.

Les questionnaires C.L.I.N. et S.S.I. ont des objectifs plus ciblés sur les activités et les pratiques respectives. Tous deux ont le souci de faire le lien avec la procédure d'accréditation. L'outil doit leur servir, à l'un comme à l'autre, de support à la mise en place d'actions spécifiques dans leur domaine respectif. Mais tous deux poursuivent des objectifs qui leur sont propres.

L'**objectif spécifique du C.L.I.N.** est double. D'une part, élaborer un outil qui facilite *l'appropriation* du référentiel SPI du Manuel d'accréditation *par les professionnels*, et d'autre part, *vérifier la connaissance* que le personnel a des mesures de prévention conduites, afin de mettre en place un plan d'information efficace.

Pour **le S.S.I.**, l'objectif est également double. *Insuffler une participation et une dynamique* dans la mise en œuvre du P.E. et avoir un support à l'élaboration du futur projet de soins. Mais c'est aussi dit la D.S.S.I., « *faire reconnaître et valoriser un outil élaboré par le service de soins infirmiers* ».

Pour renforcer la reconnaissance du S.S.I, et afin que l'institution et les médecins la considère comme une véritable partenaire, la D.S.S.I a souhaité la **création d'une vigilance des pratiques infirmières**. Cette demande a été entériné par la direction. Cette même demande a également été formulée par le service d'hygiène. Le cadre infirmier à la DSSI pense que « *les vigilances ont été des moyens de défense des différents acteurs* », pour préserver leur territoire, tout en respectant la politique institutionnelle.

En effet, la constitution des différentes vigilances entre dans le cadre de la politique menée, qui porte un intérêt particulier pour celles-ci, « *non au sens des vigilances sanitaires, mais de démarches de vigilance ayant pour objectif d'éviter les risques et les plaintes* » précise le D.G.A. de cet établissement. Ainsi chaque vigilance vérifie la cohérence des actions menées en corrélation avec le Manuel, et en coordonne la mise en œuvre.

L'institution prévoit de créer un **comité de coordination** des vigilances comprenant les vigilances réglementaires (hémato, matério, pharmacovigilance), la cellule d'infectiovigilance, qui a été créée suite à la Loi de veille sanitaire, et institutionnalisée par un arrêté interne de février 1999. La vigilance des

pratiques infirmières est en cours de création, ainsi que la surveillance de l'hygiène centrée sur les patients, attribuée au service d'hygiène, et la surveillance des risques ciblée sur le personnel, suivie par les médecins du travail.

Les vigilances internes ont pour objectif, comme les vigilances sanitaires, la traçabilité. La vigilance des pratiques infirmières sera coordonnée par un cadre infirmier supérieur expert en hygiène. « *Ceci est une preuve de la reconnaissance institutionnelle du S.S.I.* » s'exprime le cadre concerné.

En tant qu'infirmière générale, nous devons nous poser la question de **la traçabilité**, qui est **essentielle en terme d'évaluation et de responsabilité**. Nous avons noté dans l'approche théorique, le manque de traçabilité en ce qui concerne les problèmes infectieux dans les E.S. « *Il manque souvent des observations concernant la pose des cathéters courts dans les dossiers* », fait par exemple remarquer le cadre supérieur en hygiène. La surveillance et la gestion des risques impliquent une organisation institutionnelle, s'appuyant sur un système d'information efficace, dont chaque acteur est un maillon. Le manque d'information, à un niveau de la chaîne, peut mettre en péril tout le système de prévention et de contrôle, en empêchant de retrouver la source.

Les C.H.U. A et B n'ont, pour le moment, pas de système d'alerte d'incidents. Le C.H.U. A en élaborait un au moment de notre enquête.

II 2 3 - La population cible (cf annexe 4)

Pour atteindre les objectifs poursuivis, les outils d'auto-évaluation ciblent une population spécifique.

L'enquête concerne l'ensemble des acteurs hospitaliers pour le C.H.U. A, ainsi que pour le questionnaire du C.L.I.N. du C.H.U. B.

Pour le **C.H.U. A**, elle concerne 12 services volontaires répartis sur tous les sites de l'établissement.

Le questionnaire du **C.L.I.N.** du **C.H.U. B**, s'adresse à l'ensemble du personnel de tous les secteurs d'activité, avec la particularité de viser chaque catégorie professionnelle soignante, afin de pouvoir répondre à l'objectif de vérifier la connaissance des acteurs, et de pouvoir mettre en place un plan d'information efficace.

Le questionnaire **infirmier** cible, quant à lui, les équipes soignantes de toutes les unités de soins.

II 2 4 - Les documents de référence

Les documents de référence sur lesquels se sont appuyés les acteurs pour construire leur outil, ont un impact sur leur constitution.

Le **C.H.U. A**, a réalisé un travail préliminaire avant la parution du Manuel, à partir de deux documents, l'un canadien, l'autre provenant de l'A.P.H.P.³⁸. Le choix s'est porté sur ces deux manuels

³⁸ Assistance Publique des Hôpitaux de Paris.

car ils sont tous deux en échelle de cotation 4, « *ce qui convenait le mieux pour une évaluation de la qualité* » dit l'ancienne directrice de l'I.F.C.S..

Le référentiel canadien intitulé « *normes à l'intention des établissements de santé de courte durée* » a paru intéressant, car il est centré sur le parcours du patient. C'est d'ailleurs celui qui semble avoir le plus inspiré l'A.N.A.E.S.

Celui de l'A.P.H.P. est centré exclusivement sur l'information aux patients et balaie le sujet avec précision.

Le manuel des centres de lutte contre le cancer existait avant la parution du Manuel. Il est centré sur toutes les pratiques, mais correspond à une utilisation standard spécifique et non générale. Le C.H.U. A ne l'a pas retenu afin d'éviter des erreurs méthodologiques.

A la parution du Manuel d'accréditation, un réajustement a été effectué.

Le C.H.U. B est parti des outils qu'il a élaboré pour effectuer les différents audits internes: audit organisationnel initial de tous les services de l'établissement en 1996 et 1997, audits récurrents en 1998 et 1999., et simulation d'accréditation réalisée sur le thème de l'accueil et de l'information, de septembre à décembre 1998.

Les deux structures qui nous intéressent, C.L.I.N. et S.S.I., sont parties directement du Manuel, sans tenir compte des outils internes d'audit. Bien qu'ils ne soient pas en corrélation avec le Manuel, ils comportent des éléments qui auraient pu être intégrés. Le C.L.I.N. a utilisé le référentiel du Manuel intitulé « surveillance, prévention et contrôle du risque infectieux », le service des soins infirmiers, l'ensemble du Manuel.

II 3 - Présentation des outils

Les outils se présentent **différemment** tant par leur forme que par leur contenu. Un tableau situé en annexe 6 les compare au Manuel d'accréditation.

II 3 1 - La forme

Celle-ci est explorée au niveau du volume du document, de sa couleur et de sa présentation générale.

Les documents se présentent avec **des volumes différents**, ce qui correspond au nombre de référentiels à renseigner pour le C.H.U. A, et pour le questionnaire du C.L.I.N. du C.H.U. B. A noter que ce dernier comporte toutefois un volume du référentiel surveillance, prévention et contrôle du risque infectieux, double de celui du Manuel, compte tenu de la déclinaison de ce référentiel en critères.

Le volume du **questionnaire infirmier** est **important**. Cet aspect a été souligné lors des réunions d'auto – évaluation auxquelles nous avons participé. « *Le nombre important de pages à renseigner le rend rébarbatif à première vue* » font remarquer six cadres infirmiers d'un même secteur.

La couleur de la couverture peut paraître, a priori, un élément anodin . Dans notre enquête, elle peut permettre une interprétation qui nous est propre.

La couleur adoptée pour le **C.H.U. A** est *neutre*. L'objectif visé étant la préparation à l'auto-évaluation accréditive, le questionnaire est pour eux un document préparatoire, qui doit servir à remplir le questionnaire définitif de l'A.N.A.E.S.

Le questionnaire du **C.L.I.N.** a une couverture *jaune*, reproduisant intégralement les 11 références du Manuel. Une « similitude » de couleur qui assure une certaine continuité.

Le questionnaire du **S.S.I.** présente une couverture *saumon*. Ne reprenant que certaines références du Manuel, il se différencie de lui, ainsi que des autres outils d'auto-évaluation circulant dans l'établissement. Nous pensons toutefois que la couleur retenue est un élément supplémentaire de distinction pour le S.S.I.

Tous les trois ont une **présentation** claire. Le questionnaire du C.H.U. A, n'était toutefois pas finalisé au moment de l'enquête. La **mise en page** en « paysage » pour les deux outils de l'établissement B en facilite l'utilisation, et permet d'intégrer une colonne « commentaires », pour spécifier les éléments de preuve ou toute autre information.

Cette **colonne commentaires** a servi d'outil pour véhiculer des informations, parfois du domaine du « non dit », que les structures destinataires n'auraient pas eues, si le remplissage avait été effectué avec l'aide d'un référent de ces structures. Nous avons pu noter, que cette colonne a été utilisée dans le questionnaire du C.L.I.N., par plusieurs médecins qui souhaitaient faire passer **des messages forts** de politique et des **conseils** de management de la prévention. Dans le questionnaire du S.S.I., elle a servi à argumenter les réponses non adaptées ou les compléter. Il est essentiel de laisser un espace d'expression pour toute enquête portant sur les comportements et les pratiques, car il est parfois difficile d'en faire l'évaluation, à partir des seules réponses cochées.

Pour les trois outils étudiés, **la page de couverture** met en évidence des éléments essentiels de repérage des personnels quant à leur intégration dans la politique menée. Tous trois mettent en évidence la provenance interne et la date d'élaboration. Le titre qui y apparaît est le reflet du contenu annoncé. Toutefois le titre de « questionnaire d'auto-évaluation professionnel » utilisé par le C.L.I.N. et le S.S.I., est un message plus direct s'adressant aux professionnels eux-mêmes.

L'adressage du questionnaire du C.L.I.N., ciblé sur les catégories professionnelles a eu un impact. Certains agents ont hésité avant d'apporter une réponse, celle-ci mettant en jeu leur propre responsabilité vis à vis de leur fonction.

La référence du Manuel n'apparaît pas sur la couverture du questionnaire infirmier, mais dans le corps de texte où un lien est fait avec la procédure d'accréditation.

II 3 2 - Le contenu

Nous avons ciblé les informations générales et spécifiques consignées dans l'outil pouvant apporter une aide à son utilisation. (cf annexes 7 et 8)

II 3 2 1 - Informations générales

Les informations générales contenues dans les différents outils sont utiles pour son usage. Elles sont, particulièrement personnalisées pour les outils C.L.I.N. et Infirmier. Un tableau descriptif et comparatif est mis en annexe 7.

Le questionnaire infirmier du C.H.U. B a retenu notre attention par l'aspect méthodologique de son contenu .

Il décrit avec précision la méthode à suivre. Il adjoint trois outils organisationnels : un planning de Gantt, un schéma récapitulatif des différentes phases de la procédure, et un exemplaire de contrat d'objectif et de moyens à usage interne, C.I.S./I.G. d'établissement devant déboucher sur un plan d'action par secteur d'I.G..

II 3 2 2 - Référentiels, références, critères et indicateurs

Les trois outils n'explorent pas les mêmes référentiels, intègrent des niveaux d'appréciation différents, des références et critères.

Le questionnaire du **C.H.U. A** porte sur **cinq référentiels**, l'organisation de la prise en charge des patients, la gestion des fonctions logistiques, la gestion de la qualité et la prévention des risques, les vigilances et la surveillance et la prévention du risque nosocomial

En ce qui concerne le **C.H.U. B** :

- le questionnaire du **C.L.I.N.** concerne **uniquement le référentiel** surveillance, prévention et contrôle du risque infectieux.

- le questionnaire du **S.S.I.** explore **l'ensemble des référentiels** du Manuel, retenant uniquement les références impliquant directement les soins infirmiers.

Les niveaux d'appréciation sont différents d'un outil à l'autre.

L'échelle est **à 4** pour l'outil du C.H.U.A, et celui du S.S.I. du C.H.U. B.

Le C.L.I.N. a adopté quant à lui une évaluation de type **binaire**, « oui, non ». Cette forme d'appréciation correspond à l'objectif de connaissance qu'il s'est fixé. La réponse est oui si le consensus du groupe est obtenu, et non si ce n'est pas le cas.

Hormis le fait d'être du type binaire ou à 4, les niveaux d'appréciation sont argumentés avec des **termes propres à chacun**.

Un tableau récapitulatif est situé en annexe 8.

Un gros travail a été réalisé par **le C.H.U. B** sur les **indicateurs de mesure**.

Pour le questionnaire du **C.L.I.N.** ils concernent la **connaissance** des actions mises en place et les documents de prévention existants.

Pour le questionnaire d'évaluation des **pratiques professionnelles infirmières**, il s'agit d'**indicateurs de processus** directement liés à l'organisation des soins infirmiers. Ceux-ci sont appréciés selon quatre critères : écrit, connu, utilisé, évalué. Cette évaluation est certes conforme à celle

d'un critère, mais risque de venir en interaction avec l'appréciation des références par son même niveau à quatre.

II 4 - Utilisation de l'outil :réalisation de l'auto – évaluation

Nous exposons dans un premier temps, la période et le choix du terrain. Dans un deuxième temps, nous explorons la réalisation de l'auto-évaluation au travers de la politique de communication et d'accompagnement.

II 4 1 – Le choix du terrain

Les C.H.U. A, B, ont fait des choix en relation avec les objectifs poursuivis.

Pour le **C.H.U. A**, l'expérimentation s'est effectuée de fin septembre 1998 à mi janvier 1999. L'établissement a fait le choix d'expérimenter à **trois niveaux**: en *transversal*, sur *un établissement*, au sein de *services* volontaires.

3 groupes transversaux ont ainsi été constitués: un groupe management, gestion et logistique, un second qualité, prévention des risques et vigilance, et un troisième, surveillance, prévention et contrôle du risque infectieux

L'**établissement** d'enfants a évalué le dossier patient

12 services répartis sur tous les sites se sont portés volontaires: 8 d'entre eux ont opté pour l'évaluation de l'organisation de la prise en charge du patient.

Le **C.H.U. B** a effectué son auto évaluation, pour le questionnaire du C.L.I.N., en avril 1999, et pour les pratiques infirmières en avril et mai 1999.

Le **C.L.I.N.** a effectué la procédure sur **l'ensemble des unités fonctionnelles**, le **S.S.I.** sur **l'ensemble des unités de soins**.

II 4 2 - La politique de communication

Une politique de communication a été mise en place dans les deux structures et se différencie par les circuits adoptés.

Le **C.H.U. A**, développe une information concernant la politique qualité et ses objectifs, qui s'adresse à tout le personnel. Elle a été **largement diffusée** et s'est faite par le biais de publications internes: lettre mensuelle avec la fiche de paie, articles dans le journal interne, le rapport de gestion annuel. Les articles parlent de l'ensemble des démarches qualité développées sur l'établissement, urgences 2000, lutte contre les infections nosocomiales, materiovigilance, satisfaction des patients et questionnaire de sortie.

Elle a été **minutieusement préparée**. Cinq réunions ont été organisées pour informer tout le personnel médical et para médical des services tests, et constituer les groupes de travail par service. Une première réunion a eu lieu, en juillet 1998, quand le Manuel est paru. Elle a permis la présentation de la méthodologie de la démarche, et l'appropriation du référentiel par les participants.

Une formation à la gestion des risques a été organisée pour 8 personnes par un cabinet extérieur spécialisé dans ce domaine.

Le C.H.U. B, a instauré une politique de communication de la démarche qualité sur tout l'établissement, pour une nécessaire appropriation de cette démarche par les acteurs. Pour cela, la direction a engagé **plusieurs actions de mobilisation**:

- un **programme de formations actions** qualité à deux niveaux :

*à l'intention de **l'encadrement**, avec la réalisation systématique d'un projet qualité.

Ainsi, 30 cadres experts qualité ont été formés: 1/3 médecins, 1/3 cadres infirmiers, 1/3 personnel administratif, techniques et médico-techniques (formation de 11 jours en groupe interprofessionnel).

*à l'intention de **correspondants qualité** constitués de tous les cadres d'unités (formation de trois jours).

- **une technique de « maillage- essaimage »** a été mise en place, afin d'ancrer l'esprit qualité au sein de l'institution.

C.L.I.N. et S.S.I. ont réalisé leur propre auto - évaluation dans ce cadre de politique générale, et ont assuré **leur propre information**. Une information qui s'est avérée efficace pour le questionnaire du S.S.I., mais moins pour le questionnaire du C.L.I.N.

En ce qui concerne **le questionnaire du C.L.I.N.**, l'information s'est faite en réunion plénière, dont les comptes rendus sont diffusés à ses seuls membres. Ainsi l'encadrement infirmier s'est plaint d'avoir eu peu d'information à ce sujet. D'autre part, seuls les chefs de service ont été destinataires du Manuel de l'A.N.A.E.S., et peu d'entre eux leur ont communiqué, ce qui ne leur a pas permis de faire le rapprochement avec la démarche générale de l'établissement. Ainsi lorsque le questionnaire est arrivé à destination des personnels, les cadres ont réagi viscéralement, pensant qu'ils avaient été court-circuités, et se sont sentis en difficulté pour l'expliquer face à leur équipe.

En ce qui concerne **le questionnaire du S.S.I.**, l'information a été faite par l'encadrement supérieur qui a participé à son élaboration, directement auprès du personnel des unités, ce qui s'est avéré efficace.

II 4 3 - L'accompagnement

L'accompagnement ne s'est pas fait de la même manière pour les différents documents concernés, à la fois au niveau du pilotage de l'action et au niveau de la réalisation même de l'auto-évaluation.

Pour le **C.H.U. A**, le pilotage a été effectué par la structure qualité en place.

En ce qui concerne le **C.H.U. B**, le **pilotage exclusif des deux structures**, en lien très distant de la direction qualité, nous paraît regrettable.

L'accompagnement du questionnaire du C.L.I.N. s'est fait principalement par les correspondants en hygiène que le président du C.L.I.N. a sollicités, pensant qu'ils devaient être les

coordonnateurs afin, dit-il, «de ne pas avoir de réponses porteuses de connotations hiérarchiques et avoir la vérité ». Le président du C.L.I.N. a toutefois spécifié que les agents pouvaient aller voir le cadre infirmier s'ils ne comprenaient pas, ce qu'ils ont pu faire.

Dans ce genre d'enquête de connaissances, il est toujours difficile d'amener des réponses dans un cadre hiérarchique. Ce que nous avons pu mesurer en assistant aux séances de remplissage de questionnaires infirmiers, où certains cadres se sont trouvés en difficulté face à leurs équipes.

L'accompagnement du questionnaire infirmier s'est fait à deux niveaux : cadre infirmier, et cadre infirmier supérieur essentiellement, avec une coordination par un cadre infirmier de la D.S.S.I. Le cadre infirmier a pour mission d'animer les réunions d'équipe, et le C.I.S. de faire la synthèse des réponses de son secteur. Le cadre expert en hygiène n'est pas intervenu, car dit la personne concernée «son rôle est de ne pas assister aux réunions pour laisser le cadre animer son équipe ». D'autre part, il risque de fausser les réponses en les explicitant.

Le contexte de politique générale en matière de qualité a eu, nous l'avons vu, un impact sur l'élaboration des outils et leur finalité. Il convient d'examiner quels sont les résultats de leur utilisation.

II 5 – Résultats de l'auto évaluation

Les résultats mettent en évidence les points forts et les points faibles des outils et du contexte d'usage.

Nous avons évalué les résultats de l'auto-évaluation au travers de la participation des différents acteurs, de l'utilisation de l'outil sur la forme et le fond, du comportement des utilisateurs et des actions que la procédure a engendrées. Cette évaluation est présentée dans ce qui réunit les outils et ce qui les différencie.

II.5.1 - Ce qui réunit les outils

Les éléments qui réunissent les outils sont le fort taux de participation, des points positifs et certaines difficultés rencontrées sur le fond et la forme.

Le taux de participation à l'auto-évaluation a été important. Pour le C.H.U. A., on observe 80% d'assiduité aux réunions. En ce qui concerne le questionnaire du S.S.I., le nombre de questionnaires renseignés correspond au nombre d'unités de soins. Pour le questionnaire du C.L.I.N., on observe 75% de retour, et le président évalue à 1200 le nombre de personnes censées s'être regroupées autour du questionnaire.

Les observations sur la forme et le fond

Globalement les effets sont positifs quant à la dynamique engagée, les points faibles concernent plus particulièrement les niveaux d'appréciation des références et des critères.

Points positifs

Ceux-ci sont mis en évidence par l'appréciation de la libre expression des équipes professionnelles, et l'enthousiasme pour avoir participé à la démarche

Les trois expériences ont permis d'impulser une dynamique, et d'aboutir à la mise en place d'actions dans l'ensemble des secteurs. L'utilisation des référentiels par l'encadrement, a mis l'accent sur la nécessité de prioriser les risques au sein des unités. En psychiatrie, par exemple, le cadre a ciblé les chutes et le risque incendie.

L'intérêt de fournir des éléments de preuve a permis une remise en question des équipes sur la validité des documents existants ou leur manque.

Les difficultés rencontrées

Le temps passé à renseigner l'outil est variable, mais en tous cas considéré comme **lourd** par l'ensemble des équipes. La durée est liée non seulement à la lourdeur de l'outil, mais aussi au temps que les équipes ont pu y consacrer. Le temps moyen relevé est en moyenne de *4 heures* pour le questionnaire infirmier. Le C.H.U. A évalue à *6 à 8 heures le renseignement d'un seul référentiel*, le C.L.I.N. donne quant à lui une évaluation de *90 minutes pour le sien*.

Les résultats mettent en évidence la difficulté du **niveau d'appréciation**, même si les groupes engagés sont pluriprofessionnels, ainsi que la difficulté à coter, les critères « existe-il » par une appréciation à quatre niveaux.

Des remarques sont faites quant à la **pertinence de certains critères** et à la **redondance** de certains d'entre eux. Ce qui rejoint les observations des établissements ayant participé à l'expérimentation, décrits dans le rapport de l'Observatoire Français de l'Accréditation Hospitalière.

La fiabilité des indicateurs

Celle-ci a été mesurée au travers du référentiel « *surveillance, prévention et contrôle du risque infectieux* ». La formulation concernant l'organisation est large. Il y a très peu d'indicateurs mesurables.

II.5.2 – Ce qui les différencie

Il convient d'analyser plus particulièrement les résultats de chaque outil car ils amènent des éléments difficilement comparables.

Les éléments de différenciation sont les niveaux d'appréciation utilisés, le rôle de l'encadrement dans le management de l'auto évaluation, et la réponse aux objectifs poursuivis.

Les éléments suivants ont été recueillis, pour le CHU A, lors d'une réunion de synthèse avec le groupe d'auto évaluation.

II.5.2.1 – Les niveaux d'appréciation utilisés

S'ils ont, a priori, posé peu de problèmes au C.H.U. A, hormis ceux décrits plus hauts, les observations réalisées dans le CHU B mettent en évidence les difficultés.

Le questionnaire du C.L.I.N. :

Les **niveaux d'appréciation à 2** ne permettent qu'une appréciation purement quantitative, et ont posé problème au personnel pour remplir les différents items.

L'**intérêt des non réponses** est soulevé par le président du C.L.I.N., par le fait qu'elles génèrent une interrogation et l'obligation de faire un audit de pratiques, ou de rencontrer les équipes en fonction des items renseignés

L'**interprétation des oui sans preuve** paraît intéressante au président pour analyser l'impact de l'information sur le personnel, en comparant les réponses avec l'existence des documents sur le C.H.U.

Le questionnaire du Service de Soins Infirmiers

Il comporte **un même niveau d'appréciation à 4**, mais **avec des significations différentes** pour les références, critères et indicateurs (cf annexe 8)

Pour aider au remplissage des niveaux d'appréciation, il convient de répondre pour les **indicateurs**, aux critères « écrit, connu, utilisé et évalué » et pour les **références et critères**, « très satisfaisant, satisfaisant, partiellement satisfaisant, non satisfaisant ». Ce système de cotation interfère sur la bonne conduite de l'évaluation, car le Cadre est sans cesse en train de calculer pour cocher la bonne case, au détriment du management de son équipe et du contenu des réponses.

Les critères « connu et évalué » posent problème

Le critère **connu** est systématiquement rempli sans poser la question, mais sur un principe sans vérification auprès du personnel, ce qui pose là encore le problème de remplissage par le service lui-même, sans la présence d'une personne extérieure. L'objectif de faire s'interroger sur les pratiques est rempli, mais celui de l'auto évaluation n'y est pas.

En ce qui concerne le critère « **évalué** » les cadres ont peu d'outils d'évaluation à leur disposition dans les unités. En ce qui concerne par exemple le critère DIP.6.e.-indicateur 4³⁹, les infirmières et les cadres répondent 4, alors qu'un travail préliminaire n'a pas été fait sur ce qu'on entend par *conseil concernant la continuité des soins*. Le C.I.S. doit réajuster à 3.

La plus forte cotation l'emporte

Pour les indicateurs d'une même référence, si un indicateur est à 4, et les autres « non adapté », les Cadres codifient systématiquement 4, ce qui fausse l'interprétation que l'on peut en faire.

Le terme « non adapté » pose un problème d'interprétation, car lorsque le cadre ne peut répondre à la question, il a tendance à utiliser cette réponse.

Le manque d'élément de preuve

Pour l'ensemble des réponses, il n'est pas demandé d'élément de preuve, ce qui pose le problème de la validation de certaines d'entre elles, notamment pour ce qui concerne l'organisation des soins.

Les **réflexions suivantes peuvent s'appliquer à tous les outils dont le Manuel**, mais ont été observées uniquement pour le questionnaire infirmier.

Le problème du renseignement des indicateurs :

Lorsque ceux-ci **ne sont pas renseignés par les experts** ou les **personnes directement concernées**, cela entraîne des réponses non fiables. Par exemple pour le processus de la chaîne du froid, seule l'infirmière répond dans le secteur de cardiologie, or les deux aides soignants présents, n'ont pas osé s'exprimer de peur de se tromper, alors que ce sont eux qui distribuent les repas dans le service.

Quand tous les indicateurs ne peuvent être renseignés, la commande est de faire une moyenne entre ceux qui ont pu effectivement l'être pour renseigner le critère, ce qui pose le problème du crédit à allouer à une pondération globale. L'indicateur perd ici toute sa spécificité.

La compréhension et la connaissance des répondants

Certains mots mériteraient d'être explicités. La signification du mot gestion a dû l'être par le cadre de cardiologie à son équipe.

L'introduction de mots ou de sigles propres à l'institution, au lieu de faciliter la compréhension, a posé problème au cadre précité, le mettant en difficulté vis à vis de son équipe, car c'est l'aide soignant qui a apporté la réponse. Ce qui renforce la nécessité de la présence d'un accompagnant, et de l'adjonction d'un glossaire pour une meilleure fiabilité des résultats.

L'interprétation des termes utilisés

Certains indicateurs sont mal compris ou sujets à interprétation. Ils ont quelquefois été remplis entraînant des réponses erronées.

Quand le cadre ne sait pas répondre, il note non adapté. Il sera nécessaire à l'encadrement supérieur de réajuster ces réponses, lors de l'entretien de synthèse avec le cadre concerné.

Le problème des questions d'ordre général

Quand la question est d'ordre général, et concerne la politique de l'établissement, le personnel pense que ce n'est pas à lui d'y répondre, il répond donc inadapté. Ceci met en évidence, que les questions d'ordre politique et stratégique ne peuvent pas être remplies uniquement par le personnel des unités, et nécessite un remplissage avec l'aide d'une personne connaissant bien le fonctionnement de l'établissement. Si de surcroît, le cadre n'ajoute pas de commentaire, comme nous avons pu l'observer, les réponses sont difficilement interprétables.

II.5.2.2 – Le rôle de l'encadrement dans le management de l'auto évaluation :

L'encadrement a été diversement intégré dans la procédure.

Le management a été coordonné par la structure qualité en place, dans **le CHU A.**, qui a constitué un groupe pluridisciplinaire de représentants de différentes catégories professionnelles concernées par

³⁹ DIP.6.e.-Le patient peut à tout moment quitter l'établissement après avoir été informé des risques, qu'il court.
Indicateur 4 : l'infirmière donne les conseils nécessaires à la continuité des soins et à la surveillance dans son domaine de compétences.

le processus à évaluer, en intégrant l'encadrement infirmier. Ce procédé a mis en évidence une complémentarité enrichissante, et a permis de traiter les interfaces entre les différents secteurs.

La **participation d'un consultant** de la direction de la qualité et de l'audit a permis l'expression au sein des groupes et un accompagnement méthodologique pour la clarification des critères, l'objectivation de certains d'entre eux et la précision des réponses. Les référentiels de l'A.N.A.E.S. comportent tous des références de politique générale, qui ne peuvent être évaluées seulement au niveau des secteurs d'activité.

En ce qui concerne le **CHU B**, le management a reposé essentiellement sur l'encadrement pour le questionnaire du S.S.I., et sur les correspondants en hygiène pour le questionnaire du C.L.I.N.

***Le management du questionnaire du S.S.I.**, comporte des points forts et des points faibles.

Les points forts

La coordination par les cadres infirmiers supérieurs :

Ceux-ci ont obtenu le reflet de la qualité et de l'organisation des soins dans leur secteur.

Ils ont pu réajuster les réponses des cadres, par leur distanciation des événements de l'unité. Leur présence a certes renforcé l'inquiétude du personnel, mais a également donné le sentiment d'être écouté par l'institution.

La possibilité d'expression des personnels autour de l'outil, au sein des unités.

Le cadre infirmier a laissé s'exprimer largement les membres de l'équipe. Se pose cependant le problème du consensus, car lorsque le questionnaire est rempli en équipe, tout le monde n'est pas au même niveau d'information, et n'a pas la même perception de l'évaluation de ce qui est fait.

Les points faibles

La censure de l'encadrement, pour les items concernant l'information.

L'objectivité a ses limites, quand ce sont les cadres infirmiers du secteur qui auto évaluent leurs propres pratiques, telles les items concernant **l'information**.

Le Cadre se sent remis en question quand un agent ne connaît pas ce qui est du domaine de l'information. Par exemple, nous avons pu observer qu'un A.S.H. nouvellement arrivé ne connaissait pas les informations affichées dans l'unité, et qu'il n'a pas eu d'information personnelle. Le faisant remarquer au cadre, celui-ci considère que l'agent est informé et note 4. Ceci met en évidence la fiabilité du niveau d'appréciation, qui peut être différent d'un cadre à l'autre.

Des niveaux de cotation différents entre les C.I. et les C.I.S. Les premiers portent une évaluation en référence à leur service, les seconds par rapport à leur secteur ou à l'établissement, ce qui génère des problèmes de consensus. Pour le critère concernant la garantie de non divulgation de la présence d'un patient, un cadre cote le critère par rapport à son service, le C.I.S. réajuste vis à vis de l'établissement en lui montrant la procédure institutionnelle.

Un effet de mimétisme

Le système de cotation pour les indicateurs difficilement mesurables, implique une évaluation du cadre liée à son appréciation. Un cadre nouvellement nommé a coté partout à 4, quand elle a vu que ses collègues cotaient à 3, elle a changé toutes ses réponses.

Ceci pose le problème de la non fiabilité de certains critères, s'ils ne sont pas associés à des indicateurs de mesure, et qui de ce fait, ne peuvent être renseignés objectivement. Le Manuel de l'A.N.A.E.S. en comporte un certain nombre.

*Le management du questionnaire du C.L.I.N. fait apparaître la non association des cadres à la procédure.

Le remplissage par chaque catégorie de personnels, sans que quelqu'un soit garant de la méthodologie adoptée et de la compréhension des items a posé problème. Le président argumente que si le personnel ne comprend pas les termes du questionnaire, il ne comprendra pas les procédures, car ce sont les même termes qui sont utilisé dans les documents institutionnels.

Par leur regard porté sur les réponses du personnel, l'auto-évaluation a permis aux cadres de faire émerger leurs manques en matière de prévention des infections nosocomiales, et de constituer un classeur « sécurité avec les éléments contenus dans le questionnaire.

II 5 2 3 – La réponse aux objectifs poursuivis.

Les objectifs ont été diversement atteints selon les outils.

En ce qui concerne **le C.H.U. A**, l'objectif d'effectuer une évaluation transversale des organisations est atteint, pour les référentiels choisis d'être testés par les groupes transversaux. L'expérimentation a permis aux différents groupes d'engager des démarches d'amélioration de la qualité dans leur secteur. « *L'accréditation, par service* », expose la direction de la qualité, « *concrétise la méthodologie sous forme de formation action et permet de travailler en profondeur sur leurs propres pratiques* ».

Pour le **CHU B**, l'objectif est partiellement atteint en ce qui concerne le questionnaire du S.S.I., et le questionnaire du C.L.I.N. **Ce dernier** permet :

- **trois niveaux d'analyse :**

**globale* / loi des nombres, ce qui donne les axes prioritaires.

**par service* / chacun a sa propre analyse et peut travailler au cas par cas avec l'équipe opérationnelle

**par fonction* / degré d'information de chaque catégorie de personnel.

- **une interprétation du cheminement de l'information** au sein d'un même service.

Etant donné le mode de recueil des données, le cheminement de l'information : médecin, infirmier et aides soignant est intéressant à analyser

- **d'affiner la stratégie de communication** en comparant les niveaux d'information des différents personnels.

Une analyse des résultats, par fonction, était en cours au moment de notre enquête, ce qui ne nous a pas permis d'approfondir notre réflexion à ce sujet.

Le président du C.L.I.N. compte sur les résultats pour **enclencher une politique de prévention**. Or, en basant son questionnaire sur des items en terme de connaissance, il n'aura **pas de réponses fiables** par rapport aux actions réellement menées dans l'unité et ne pourra pas renseigner le Manuel.

II.5.3 – Les aspects pratiques

Le **CHU A** fait remarquer la difficulté de tester plusieurs référentiels en même temps.

Le volume du questionnaire du SSI du **CHU B**, a été un handicap à la bonne conduite de l'auto évaluation par l'encadrement, qui n'a pu réserver le temps nécessaire à un remplissage correct. Il est apparu lourd en temps et en investissement.

Dés la 90^{ème} page pour les deux équipes observées, le remplissage s'accélère et les derniers référentiels sont remplis superficiellement. Ceci pose la problématique des renseignements de mauvaise qualité obtenus lorsqu'un questionnaire est trop long, car il génère un phénomène de lassitude. Or, le questionnaire concernant le référentiel surveillance, prévention et contrôle du risque infectieux arrive en fin de Manuel. Ceci plaide en faveur d'un **remplissage, par référentiel**, par des équipes différentes.

II.6 – Vérification de l'hypothèse

Nous rappelons ici notre hypothèse de départ qui est : la pertinence des résultats de l'auto évaluation accréditive est liée au choix de la politique qualité institutionnelle.

II.6.1 – La pertinence des résultats

Nous avons évalué la pertinence des résultats par un ensemble de critères figurants sur le tableau suivant. Nous proposons une comparaison entre les différents outils, en sachant qu'elle ne constitue qu'une approche globale, compte tenu des informations disponibles et du manque de recul. C'est la raison pour laquelle nous avons utilisé un niveau d'appréciation à 3:

++ : satisfaisant /+ : satisfaisant / - : non satisfaisant

La pertinence des résultats

Critères	Outils	CHU B	
		Outil CLIN	Outil SSI
Approche transversale	++	++	++
Réponse aux objectifs institutionnels	++	+	+
Fiabilité	++	-	+
Niveau d'appréciation en cohérence avec le Manuel	++	-	+
Résultats d'un consensus / professionnels institutionnels	++	-	-
Identification des dysfonctionnements	++	+	++
Facilitation du processus de changement	+	+	++
Aide pour asseoir une politique qualité et sécurité des soins	+	+	+
Enclenchement d'actions d'amélioration	+	+	+

II.6.2 – Une politique qualité favorable

Afin de vérifier notre hypothèse, il convient d'examiner la politique qualité institutionnelle, en définissant ce que nous entendons par une politique favorable à la réalisation de l'auto évaluation. Nous

avons réuni dans le tableau ci-dessous les éléments d'appréciation que nous avons considéré comme déterminants

Une politique qualité favorable

Outils	CHU A	CHU B	
Eléments d'appréciation			
Lien avec le projet d'établissement	++	++	
Démarches antérieures de qualité	+	++	
Positionnement des structures et acteurs Missions définies	++	+	
Positionnement DSSI dans l'organigramme	++	-	
Rassemble les différentes logiques hospitalières	++	-	
Maîtrise du jeu des acteurs	+	-	
Démarche participative	++	+	
Démarche de communication	++	+	
Cohérence avec la procédure d'accréditation	++	-	
Engagement des acteurs	++	++	
Action de formation associée	+	++	
Accompagnement du questionnaire	++	CLIN +	SSI ++

A priori, les 2 tableaux mettent en évidence une corrélation entre ce que nous avons défini comme étant un contexte favorable et des résultats pertinents.

La **politique institutionnelle donne du sens et de la cohérence**, à la démarche et aux actions menées.

Les 2 établissements concernés ont fait un choix stratégique apparemment identique sur un plan conceptuel, mais qui s'avère différent dans sa mise en œuvre.

Dans le **CHU A**, le management participatif initié dès la mise œuvre de la démarche, a entraîné une adhésion de l'ensemble des acteurs, ce qui a permis d'obtenir des résultats fiables et utilisables pour la mise en œuvre d'axes d'amélioration.

Le **CHU B**, a centré sa politique qualité, sur le management de la Direction qualité, tout en essayant de préserver l'autonomie des différents acteurs. Il s'agirait dès lors, d'améliorer son management des structures jouant un rôle déterminant dans l'auto évaluation, que sont : la direction de la qualité, le CLIN, le service d'hygiène. Il conviendrait par ailleurs qu'il intègre dans l'organigramme qualité, la D.S.S.I et les médecins qui sont les principaux acteurs.

L'impact de cette politique menée a été de provoquer chez les professionnels une perte de sens. Ils se sont réfugiés dans leur territoire qui leur a donné des repères. Cet état de fait a abouti à l'émergence de « vigilance » dans de nombreux domaines, et surtout à l'élaboration d'outils spécifiques d'auto évaluation. Un manque de cohérence qui va à l'encontre de l'accréditation.

La direction de cet établissement procède actuellement à la mise en place **d'un comité stratégique** réunissant les différentes logiques hospitalières. Il permettra un réajustement vers **une politique véritablement partenariale et de cohésion**.

TROISIEME PARTIE CONTRIBUTION DE L'I.G. AU MANAGEMENT DE L'AUTO EVALUATION ACCREDITIVE

La réussite de la phase d'auto évaluation passe par une politique qualité institutionnelle volontariste, une gestion préliminaire des risques, un accompagnement efficace de la procédure. L'I.G. apporte sa contribution à ces différents niveaux.

I - LA POLITIQUE QUALITE : UNE VOLONTE DE L'EQUIPE DE DIRECTION

L'engagement dans la démarche qualité doit partir d'une volonté de l'équipe de direction qui doit l'impulser, et en assurer la rigueur. La nécessaire structuration de la politique qualité, dans laquelle s'inscrit l'auto évaluation accréditive, passe obligatoirement par son inscription au P.E., une politique développée de communication et de formation, une cohésion des acteurs, la participation indispensable du patient et un outil d'auto évaluation unique, gage de cohérence.

I 1 - Un engagement de l'institution en phase avec le Projet d'Etablissement (P.E.)

La stratégie d'amélioration de la qualité doit être définie comme partie intégrante de la politique institutionnelle. Toute politique qualité passe par une définition précise des objectifs à atteindre, des moyens pour y parvenir et des indicateurs de suivi. Ceux-ci doivent apparaître clairement dans le P.E., afin de mobiliser les acteurs sur des objectifs institutionnels.

I 1 1 - Le Projet d'Etablissement : un temps fort de travail collectif.

L'élaboration du P.E. repose sur un diagnostic stratégique.

Celui-ci permet de mettre en évidence **les déterminants externes** pour l'avenir de l'hôpital, c'est-à-dire sa situation vis à vis de l'environnement sanitaire de la région (démographie, besoins de la population, concurrence et partenariat possible) et permet un cadrage préalable indispensable.

En interne, il permet de mesurer les **forces et les faiblesses** pour bâtir les stratégies. Il s'agit ici de rechercher ce qui fonctionne bien autant que les dysfonctionnements.

La **participation de l'ensemble des professionnels** est indispensable, car il porte sur les activités, la qualité de l'organisation et les compétences des différents acteurs, ce qui peut entraîner un « choc » pour l'établissement.

Le fait de les faire participer au diagnostic, permet de **développer une « culture » de l'établissement** et de faire partager les contraintes, les objectifs et les axes d'amélioration.

Il est préférable que ce diagnostic soit conduit par un **consultant externe** comme cela se fait dans de nombreux établissements. Celui-ci provoque une dynamique, et permet de porter un regard

distancié vis à vis de la situation. Il permet également de préserver la direction d'établissement vis à vis des décisions difficiles, en sachant que c'est le chef d'établissement qui doit rester maître du projet.

Le **choix** du consultant est **important** car il est très rare que les cabinets soient compétents en tout.

Les outils utilisés pour le diagnostic stratégique sont souvent lourds, nécessitant un accompagnement méthodologique que peut apporter le consultant, mais que doit relayer l'Infirmière Générale au niveau de l'encadrement infirmier qui anime les groupes de travail.

En effet, il y a un risque d'essoufflement si le diagnostic dure trop longtemps. L'infirmière Générale doit maintenir la mobilisation du personnel par une information régulière de l'avancée des travaux et faire en sorte que les premières actions correctrices se mettent en place rapidement.

1 2 - Un Projet d'Etablissement intégrant un « projet de soins » ou « offre de soins »

En plaçant le patient au centre des préoccupations, l'approche de la qualité des soins se fait obligatoirement par la transversalité et par la participation de l'ensemble des acteurs.

C'est pourquoi nous pensons que le projet de soins infirmiers ne doit plus se singulariser, mais au contraire se fondre en un « *projet de soins* » (médecins et infirmières), ou encore en un projet « *offre de soins* » comme le préconise le CHU B, en incluant d'autres acteurs. La qualité du soin est difficile à définir, et ne peut être évaluée au travers d'un seul projet professionnel.

Une politique qualité à court terme ne sert à rien, car la démarche qualité est une démarche de longue haleine, qui nécessite des changements de comportements. Une politique qualité déjà inscrite dans les Projets d'Etablissement de première génération, a permis d'instaurer une culture qualité dans l'établissement . Cependant, **le renforcement de cette politique** est nécessaire et doit faire **partie intégrante du P.E. de deuxième génération** et les suivants.

I.2 - Une politique claire, appuyée et transparente de communication et de formation.

Celle-ci doit aider à développer la culture de la qualité et de l'évaluation.

La communication est un outil de pilotage qui donne de la cohérence et évite la rumeur, lorsque l'on introduit de nouvelles procédures. La formation est un formidable outil de changement.

1.2.1 - La communication : un outil de pilotage essentiel

Elle est essentielle pour implanter la démarche et faciliter une appropriation par les professionnels. Pour cela, l'institution dispose de deux outils majeurs : le manuel qualité et l'informatisation de l'information.

1.2.1.1-L'implantation de la démarche : une information à deux niveaux

L'auto évaluation est une procédure que le personnel connaît peu. Le fait qu'elle prenne une orientation stratégique et déterminante, dans le cadre de l'accréditation, mérite que l'information se fasse

très en amont et qu'elle touche l'ensemble des personnels. Elle doit se faire à deux niveaux : institutionnel et professionnel.

Institutionnel par l'intermédiaire d'une lettre d'engagement de la direction associé au bulletin de salaire, par le journal interne, et au niveau des instances, afin de toucher tout le personnel.

Au niveau **professionnel**, l'I.G. doit susciter l'intérêt et la motivation, en permettant l'expression de chacun au sein de la C.S.S.I, par le journal du S.S.I et en faisant remonter les observations par l'encadrement.

Par **son contenu** l'information doit donner, les enjeux pour l'institution et le SSI et le bénéfice escompté pour les professionnels, quant à la reconnaissance du travail effectué. Elle doit situer l'auto évaluation, en tant qu'étape d'amélioration de la qualité des soins apportés aux patients.

L'information donnée en amphithéâtre par le groupe de pilotage, et au sein des secteurs par le CIS, permet de limiter les craintes et les appréhensions par la possibilité d'échanges oraux. Cette phase d'information est capitale et prend du temps. Elle doit être **suffisamment dimensionnée** pour permettre d'atteindre un maximum de personnes.

I 2 1 2 - Deux outils de communication institutionnelle majeurs : le manuel qualité et l'informatisation de l'information

Le manuel de la qualité de l'établissement doit comporter la charte qualité, gage d'engagement de l'institution, les étapes de la procédure d'accréditation , ainsi que les outils méthodologiques. Il constitue une référence qui doit être diffusée à l'ensemble du personnel. Il peut être le support de communication au sein des équipes.

Une **charte de la qualité** signe l'engagement de l'institution. Elle doit être diffusée à l'ensemble du personnel, car pour réussir la mise en œuvre des actions d'amélioration issue du Projet d'Etablissement, il faut obtenir une fédération de l'ensemble des acteurs.

L'informatisation du système d'informatisation

L'informatisation du système d'informatisation est une **aide au traitement** de celle-ci et à sa gestion. Elle permet à la fois le traitement des informations et leur **diffusion**.

En effet, une centralisation des informations est nécessaire pour alimenter les décideurs institutionnels et les inciter à prendre des mesures correctives et préventives adéquates.

Les recueils d'informations sont nombreux, et ne peuvent être utilisés faute de pouvoir les traiter en temps réel. Ainsi le **relevé des infections nosocomiales** incombe au CLIN, or celui-ci ne dispose pas de moyens pour le traiter et devra souvent faire appel du **Département d'Information Médicale**. Il en est de même de l'analyse des **audits de pratiques** réalisés par les experts en hygiène, ce qui génère des réajustements à distance des dysfonctionnements. Une communication de ceux-ci, en temps réel, favorise un traitement immédiat aux différents niveaux stratégiques.

Une **accessibilité** à une documentation informatisée permet une diffusion de protocoles, des démarches qualité existantes ou les travaux de recherche en cours et par la même la rend facilement utilisable par les soignants.

I 2 2 - La formation : un formidable outil de changement

La formation a pour double objectif, d'une part, de *développer les connaissances, la culture en matière de qualité* ainsi que *l'apport d'outils méthodologiques*. D'autre part, elle permet de *préparer à l'auto évaluation accréditive par la conduite du changement*.

Des actions de formation sont introduites dans le plan de formation institutionnel. Les instituts de formation en soins infirmiers et de cadres de santé, doivent intégrer dans leur projet pédagogique un partenariat avec l'établissement à ce sujet.

I 2 2 1 - Un plan de formation en cohérence avec le P.E.

Une articulation est nécessaire entre le plan de formation et le projet d'accréditation, afin de permettre le développement des compétences dans ce domaine. Tous les professionnels doivent pouvoir accéder aux différentes actions qualité proposées, y compris le personnel médical.

L'intégration à la formation, d'une expérience d'auto évaluation sur le terrain, permet de mesurer les difficultés rencontrées dans l'utilisation du référentiel du Manuel d'accréditation, et de travailler sur les différents niveaux d'appréciation avec les futurs acteurs.

La formation doit s'adresser, dans un premier temps, aux principaux acteurs de l'auto évaluation désignés par l'établissement, acteurs qui seront **les animateurs des équipes de travail thématiques**. Dans un second temps, elle doit permettre de créer un maillage institutionnel, en formant **des correspondants qualité** dans les unités fonctionnelles, relais indispensable au développement des démarches qualité. Pour **l'encadrement**, un renforcement en méthodologie du management est capital (écoute active, conduite de réunions, négociation).

I 2 2 2 – La formation en Institut

Institut de Formation en Soins Infirmiers

La démarche qualité est déjà intégrée au programme. Il est indispensable qu'un lien soit fait entre l'institut et le terrain. Les correspondants qualité des unités pourraient travailler en collaboration avec les enseignants, et assurer un tutorat du personnel nouvellement recruté.

Institut de Formation des Cadres de Santé (I.F.C.S.)

La méthode de l'auto évaluation accréditive peut être introduite dans le module de management, avec validation de mise en situation professionnelle et travaux écrits. Cette approche pédagogique a été utilisée par l'I.F.C.S. du CHU A, où les étudiants ont réalisé l'enquête d'auto évaluation dans plusieurs services de l'établissement.

I 3 - Une cohésion des acteurs

Pour mener à bien la procédure d'auto évaluation, il est nécessaire de créer du lien social en engageant les instances, en positionnant les structures et les acteurs et en maîtrisant le jeu qui peut exister entre eux.

I 3 1 - Engager les instances.

L'engagement des instances dans l'équipe projet, se manifeste par la présence du président de la Commission Médicale d'Etablissement, de la D.S.S.I. et du Directeur des Ressources Humaines. Celui-ci est essentiel afin de déboucher sur **une cohésion en aval**.

I 3 2 - Positionner les structures et les acteurs de la qualité.

Lors de l'analyse détaillée des activités, les interactions entre professionnels peuvent révéler des conflits. Il est indispensable d'intégrer les principaux acteurs et structures dans l'organigramme de la politique qualité, et de définir clairement les missions et les rôles de chacun. La DSSI doit apparaître au niveau stratégique avec les médecins et la structure qualité.

Les 3 logiques médicales, administratives et soignantes doivent être représentées pour faciliter le changement. Les structures intervenant dans la gestion de la qualité, et notamment le rôle du CLIN et du service d'hygiène, doivent être clairement identifiées.

Un **responsable qualité** est souvent nommé par la Direction de l'établissement. Les arguments en faveur d'une direction ou d'une délégation relèvent d'un choix stratégique.

Le **rôle** de ce responsable est **essentiel** dans la phase d'auto évaluation accréditive. Il doit apporter une aide méthodologique pour la bonne réalisation de la procédure, et coordonner les actions, mais ne doit en aucun cas être un « monsieur qualité ». **Son choix est important** car il doit être le garant de la mise en œuvre effective de la démarche qualité. Il est en relation avec l'ensemble des services de l'établissement. Il doit posséder des compétences méthodologiques, mais aussi et surtout, **un sens relationnel développé**, qui l'amène à se faire accepter de l'ensemble des professionnels.

La contribution de l'I.G. dans le positionnement des acteurs se situe dans le choix et le positionnement des experts infirmiers dans le domaine de la qualité. L'Infirmière Hygiéniste doit être rattachée hiérarchiquement à l'I.G. d'établissement. Travaillant en liaison fonctionnelle avec l'ensemble des acteurs, son choix est essentiel. Par son activité transversale, elle doit posséder des qualités techniques et relationnelles majeures.

I 3 3 - Maîtriser le jeu des différents acteurs

L'auto évaluation révèle des **enjeux de pouvoir** et pose le problème en terme de collaboration. Elle nécessite de faire **travailler ensemble** les différentes catégories professionnelles, qui ont souvent existé côte à côte sans se connaître. En effet, l'évaluation s'adresse à des acteurs qui ont une **conception différente** du système hospitalier et qui ont jusqu'ici peu eu l'occasion de véritablement collaborer.

L'auto évaluation peut être génératrice de conflits, mais aussi d'alliance. L'équipe de direction ne peut qu'essayer de freiner les **antagonismes professionnels** majeurs, tels que ceux qui peuvent exister entre le CLIN et le service d'hygiène, ou entre la direction qualité et les soignants, comme nous l'a démontrée notre enquête. Elle doit pouvoir proposer une forte mobilisation afin d'en atténuer les effets. Pour cela, il convient d'impulser et de guider le résultat à travers l'évolution, pour éviter la résistance au changement. Une approche de la gestion par l'évaluation et l'appréciation des processus, peut s'avérer efficace. La mise en place de groupes de travail pluridisciplinaires permet de favoriser la communication, en associant les principaux acteurs.

I 4 - La participation indispensable du patient.

Celui-ci est **un grand absent** de la procédure d'auto évaluation, en ce sens qu'on ne recueille peu ou pas son avis. Les informations dont dispose l'établissement sont consignées au niveau des questionnaires de sortie. Un questionnaire téléphonique de satisfaction à distance, 3 semaines après l'hospitalisation, en complément du questionnaire de sortie, permet de recueillir des informations complémentaires et plus objectives.

Cependant, celles-ci concernent peu les soins, mais surtout les prestations hôtelières. On pourrait envisager d'**inclure des représentants des usagers** dans les groupes d'auto évaluation, notamment dans le référentiel concernant son information.

La **gestion des insatisfactions** du patient doit se faire au plus près de ceux-ci, dans les unités. L'I.G. doit impulser la création d'un support permettant de les répertorier au niveau des unités et des secteurs de CIS afin de détecter les dysfonctionnements chroniques et d'y remédier.

Le traitement des insatisfactions au niveau des unités permet d'éviter d'un arriver à la plainte qui est alors plus difficile à gérer au niveau institutionnel.

I 5 - Un outil d'auto évaluation unique, gage de la cohérence de la politique qualité.

Une politique institutionnelle cohérente, rassemblant les différents acteurs autour de la qualité et de la procédure d'accréditation se décline obligatoirement par la constitution d'un outil unique d'auto évaluation. La « volonté » institutionnelle doit être ferme à ce sujet.

Celui-ci est élaboré à partir de documents de référence internes, et obligatoirement le Manuel. La constitution d'équipes d'auto évaluation pluri professionnelles, volontaires pour la mission, et dont les membres sont reconnus, est indispensable. Le Manuel donne un cadre, il faut le débobiner en indicateurs permettant de donner la mesure. Ces derniers sont peu nombreux dans les établissements. Il est donc nécessaire d'en construire. Ce niveau d'élaboration doit être laissé aux experts du domaine.

II – CONTRIBUTION DE L'IG A LA POLITIQUE DE PREVENTION DES RISQUES APPLIQUEE AU RISQUE NOSOCOMIAL.

Le **traitement de la non qualité** est le premier objectif de l'accréditation et la première étape d'amélioration de la qualité. Le dépistage des dysfonctionnements **motivé**, car il touche chacun dans son travail au quotidien. C'est un moyen **d'enclencher une dynamique de changement**.

Un **programme opérationnel de prévention** doit permettre de développer des axes d'amélioration car il identifie les situations de non qualité, susceptibles de faire courir un risque au patient ou au personnel, et d'agir sur lui en prenant des mesures préventives et correctives.

La prévention des risques prépare ainsi à l'auto évaluation accréditative. Le rôle de l'IG repose sur un comportement de vigilance. Celle-ci contribue activement à l'évaluation des risques et à leur gestion.

II 1 – La gestion des risques : une exigence

Pour l'IG, gérer la qualité et la non qualité est à la fois une **exigence éthique** vis à vis des droits du patient, une **exigence professionnelle** liée au coût des soins, à leur complexité, à la mise à jour permanente des connaissances, à la variabilité des pratiques et une **obligation légale**.

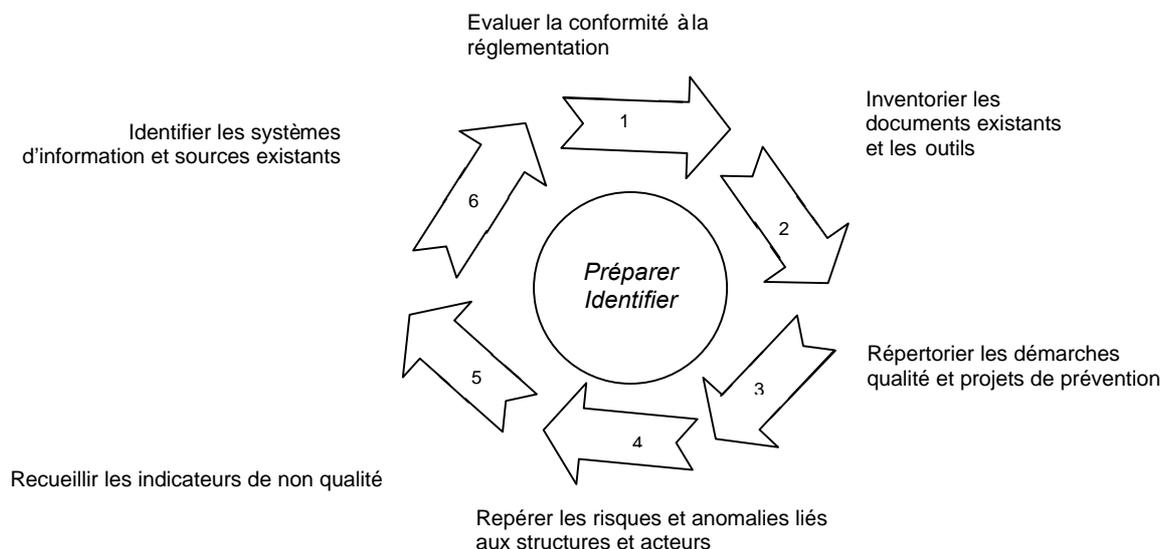
Les missions de l'Infirmière Générale situent son rôle dans la gestion de la qualité et de la non qualité. Par une recherche de qualité et de sécurité soins, la gestion des risques devient un **comportement de vigilance** vis à vis des habitudes et de la routine.

Gérer les risques permet de **limiter les craintes** de l'auto évaluation par l'élimination des dysfonctionnements, et d'enclencher une **dynamique de changement**.

La gestion des risques passe inévitablement par un état des lieux, mettant en évidence les différents éléments de dysfonctionnement, afin de mieux les prévenir. Nous proposons d'articuler ces différents aspects autour du cycle de Deming.

II 2 – L'évaluation des risques : une approche systémique

Le rôle stratégique de l'I.G. est d'évaluer la situation de départ en collaboration avec ses partenaires, car on ne peut améliorer que ce qui a été mesuré. L'état des lieux doit être abordé en terme de pertinence, de rationalisation et de sûreté de fonctionnement. Celui-ci peut comporter 6 étapes décrites et argumentées ci après.



II 2 1 - Evaluer la conformité à la réglementation par rapport aux vigilances, aux règles professionnelles. Vérifier la qualification et les compétences des personnels en poste. Contrôler que le questionnaire de sortie des patients soit bien distribué et recueilli. Vérifier que toutes les fiches de poste soient élaborées.

II 2 2 - Inventorier les documents et outils existants.

C'est la porte d'entrée la plus facile. De nombreux documents circulent en matière de qualité, dont certains sont inexploités. **L'harmonisation des pratiques** est indispensable à la bonne conduite d'une démarche qualité. Recenser les protocoles, les fiches techniques, les modes opératoires. Vérifier qu'ils soient bien validés. Parmi ceux-ci, distinguer ceux centrés sur le produit (exemple le sondage urinaire) et ceux ciblés sur les organisations.

II 2 3 - Répertoire les démarches qualité et les projets de prévention en cours.

Tenir compte des démarches engagées permet de **fédérer** tout le monde. Les projets de prévention peuvent être à visée institutionnelle ou locale. Nous proposons une analyse des démarches de qualité et des projets de prévention selon le schéma suivant à 3 niveaux : lien avec le contexte, efficacité attendue, méthodologie utilisée.

Analyse des démarches qualité et projet de prévention

Thème	Contexte			Efficacité sur le risque				Méthodologie		
	Cohérence / Projet d'Etablis. / Projet de Soins	Intérêt pluri disciplinaire	Volonté : . de changer . de progression	Gain économique	Impact sur la fréquence d'apparition	Gain pour le patient	Conséquences externes d'amélioration	Résultats attendus	Référentiel utilisé . externe - interne	Adaptation au thème

Cette évaluation peut être faite par un groupe de 6 à 8 personnes comprenant une personne compétente en méthodologie (un cadre de la Formation Continue, une infirmière hygiéniste, un cadre expert en soins infirmiers), un chef de projet (un cadre de la direction du service de soins infirmiers ou responsable d'une mission transversale), une personne ayant un pouvoir décisionnel, et une personne référente dans le domaine concerné.

II 2 4 - Repérer les risques et anomalies liés aux structures et aux acteurs

Identifier les pratiques occasionnelles, car la personne qui les effectue, constitue un maillon faible pour l'amélioration de la qualité. Nous proposons de mettre en évidence les pratiques dans chaque unité fonctionnelle, selon la spécificité de la pathologie prise en charge et les techniques utilisées, dans un tableau de bord réunissant les acteurs (infirmiers, aides-soignants, agents des services hospitaliers), et les pratiques en cours dans l'unité.

Tableau de bord : identification des pratiques occasionnelles

Acteurs IDE – AS -ASH	Action 1	Action 2	Action 3	Action
A	+	+	+	
B	+	+	-	
C	+	+	±	

+ Peut le faire
- Ne peut pas le faire
± Le fait occasionnellement

Le tableau met en évidence les manques. L'analyse se fait en croisant les actions effectuées, avec les compétences des acteurs, évaluées en fonction des diplômes, des formations suivies, de l'ancienneté et en utilisant l'évaluation annuelle de chaque agent. Celle-ci permet en effet de le situer dans son poste de travail, et dans ses capacités à progresser.

Vérifier que les rôles et missions des infirmiers ou cadres en mission transversale soient bien définies, et qu'ils soient correctement positionnés dans l'organigramme.

Identifier les fonctionnements CLIN – Service d'Hygiène afin de mieux positionner les Infirmières Hygiénistes vis à vis de ces structures.

II 2 5 - Recueillir les indicateurs de non qualité.

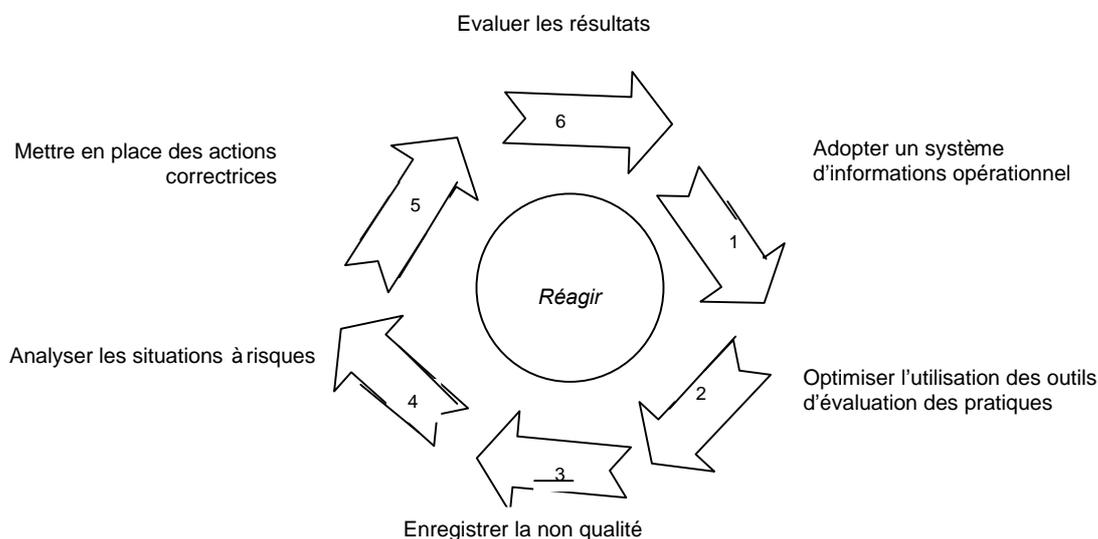
Parmi ces informations, les accidents exposant au sang, les infections nosocomiales, les escarres et les chutes sont des indicateurs précieux.

II 2.6 - Identifier les systèmes et sources d'information.

Cette étape permet d'évaluer les sources d'information et les moyens que l'I.G. peut utiliser pour mener à bien la gestion des risques. Des documents sont disponibles tels que le **bilan social** mettant en évidence les risques par rapport au personnel, le **rapport du CLIN, du CHSCT**, ainsi que les **rapports d'activité des unités**. Une documentation centralisée ainsi que les résultats des questionnaires de sortie des patients, permettent de fournir des éléments essentiels comme nous l'avons vu plus haut. L'évaluation du coût de la non qualité peut éventuellement être fournie par le D.I.M. et donner de précieuses indications en terme de gestion de moyens.

II 3 – La gestion des risques : une contribution de l'Infirmière Générale à la politique qualité de l'établissement

Une fois l'état des lieux réalisé, l'infirmière générale dispose d'informations essentielles, qui vont lui permettre de réagir vis à vis des dysfonctionnements identifiés, et d'apporter sa contribution pour traquer la non qualité avec les différentes structures et acteurs hospitaliers. Nous proposons une gestion des risques en 6 étapes argumentées.

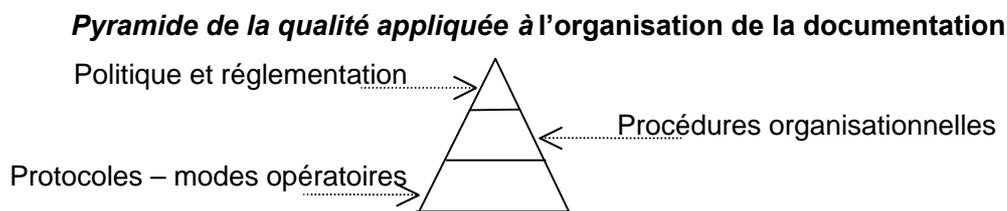


Etape 1 - Adopter un système d'information opérationnel qui serve de référentiel au S.S.I.

L'I.G. doit **redonner du sens** aux outils existants dont le dossier de soins et le résumé de soins infirmiers.

Elle doit travailler en collaboration avec le service de documentation centrale pour constituer une base de données essentielle à la bonne conduite de la démarche qualité. Souvent, ces centres sont à

disposition des directions, des étudiants des instituts et des écoles, et peu, voire pas du tout, accessibles au personnel des unités. L'organisation de la documentation peut se faire selon la pyramide de la qualité et se décliner en 3 parties



Le 1^{er} tiers : le référentiel politique et réglementaire

Il comprend :

- la politique qualité de l'établissement, les objectifs précis (comme la baisse du pourcentage des infections nosocomiales), les moyens, l'organigramme de l'institution avec le positionnement des responsables et les données économiques.

- le Manuel d'accréditation

- la réglementation concernant les textes professionnels et les vigilances.

Le 2^{ème} tiers : Les procédures organisationnelles transversales.

Elles définissent et précisent les rôles et responsabilités de chacun, ainsi que la qualification requise. Y inclure :

- les profils et fiches de poste du personnel.

- les procédures générales organisationnelles telles la chaîne du froid, la dispensation des médicaments. Elles doivent notifier qui fait quoi, quand, comment, sous la responsabilité de qui, et en apporter les preuves.

- les procédures des actions préventives et curatives des dysfonctionnements : attitude à adopter en cas d'exposition au sang, en cas de problèmes infectieux par exemple.

Le 3^{ème} tiers : Les protocoles et modes opératoires.

Ils sont créés par les personnels de terrain, et validés par les instances pour les protocoles (C.L.I.N – C.S.S.I), et par les référents médicaux, paramédicaux et logistiques, pour les techniques et les modes opératoires. Ces documents sont utilisés à 2 niveaux, institutionnel et local.

Etape 2 - Optimiser l'utilisation des outils d'évaluation des pratiques

Les audits concernant l'environnement et les circuits vont permettre d'analyser la structure, son organisation (approvisionnement/désapprovisionnement), les équipements et l'entretien des locaux. Ce travail de réflexion doit être mené en partenariat étroit avec la direction des Travaux, la direction d'établissement, le service d'hygiène et le service de soins infirmiers.

L'I.G. doit encourager la réalisation d'**audits de pratiques** dans les secteurs.

Ceux-ci doivent porter sur l'organisation des soins, les effectifs en relation avec la charge en soins. Ils doivent être réalisés par des personnes extérieures au service audité. Afin de mobiliser les équipes, et les préparer à l'auto-évaluation accréditive, elle doit **introduire le « Benchmarking »**, en

organisant **un système d'audit inter services** sur l'ensemble de l'établissement. Les audits en hygiène sont menés par l'infirmière hygiéniste en collaboration avec l'encadrement.

L'outil d'audit doit être simple et facilement utilisable, afin qu'il soit un outil d'auto évaluation pour les professionnels de terrain, relayés par l'infirmière hygiéniste. Un « *very quick audit* » permet d'évaluer uniquement un geste, comme l'aspiration bronchique, ou une recommandation, tel le respect du système de drainage urinaire clos, par exemple.

Etape 3 – Enregistrer la non qualité

Dans les unités de soins, les grilles de relevé des incidents et dysfonctionnements journaliers sont des éléments de communication, que le cadre peut utiliser avec son équipe, pour travailler à des axes d'amélioration. Certains outils existent déjà au niveau institutionnel que l'I.G.doit encourager à utiliser comme par exemple les **fiches de signalement d'incidents et d'accidents**. Ces documents sont traités à différents niveaux, et le circuit de signalement doit être obligatoirement suivi. L'I.G doit insister sur la fiabilité et la précision des informations à y consigner.

Etape 4 - Analyser, en équipe, les situations à risques.

Des tableaux de bord peuvent être créés au sein des unités et analysés aux différentes strates de l'organisation du S.S.I. et de l'institution. Nous proposons un tableau de bord simple à constituer.

Analyse des situations à risque

Date	Evénement	Circonstances de survenue	Qui	Niveau de gravité	Actions correctives
	Description	Moment Environnement	Fonction	Mineur Majeur Critique	

L'analyse de la gravité permettra de mettre en place des actions immédiates. Si l'incident est mineur, il peut se traiter au sein de l'unité ; s'il est majeur ou critique, il doit être immédiatement signalé. C'est un outil qui permet de communiquer en équipe, de sensibiliser l'ensemble du personnel et **d'instaurer une vigilance**.

Pour un dysfonctionnement transversal, comme un problème d'infection post opératoire par exemple, l'analyse sera complétée par **l'étude du parcours du patient**, depuis son accueil jusqu'à sa sortie, en collaboration avec les différents acteurs. Cette étude permet de mettre en évidence les points critiques, par une analyse méthodique du processus. IL est possible d'établir un diagramme causes /effets, et de travailler au niveau des **interfaces** avec les partenaires autour du processus.

Etape 5 - Mettre en place des actions correctrices.

Le **patient** doit être considéré comme le **point d'ancrage essentiel** dans la définition des points critiques et des solutions à mettre en œuvre, **mais aussi le personnel** dans son aptitude à maîtriser les processus et les actions définis.

Les **C.I. de proximité**, ici encore, ont **un rôle primordial**, en jugulant les dysfonctionnements à la source. Une collaboration est essentielle avec le CLIN et le service d'hygiène, pour les questions qui

concernent le risque nosocomial. L'équipe opérationnelle en hygiène, dont l'infirmière hygiéniste, est une aide précieuse pour accompagner les équipes.

Etape 6 - Evaluer les résultats .

Ici encore, l'I.G apporte sa contribution. Elle dispose de **3 indicateurs** :

- **l'analyse des questionnaires de satisfaction** des patients donne des informations quant à l'amélioration des prestations. Celle-ci est fournie par la structure qualité. L'infirmière Générale doit en extraire les informations qui intéressent plus particulièrement le S.S.I.et en faire l'analyse avec l'encadrement.

- **l'évolution des plaintes et recours** qu'elle doit suivre avec la Commission de Conciliation et en tirer les conséquences et actions à mener. L'I.G. peut proposer un cadre infirmier qui a des qualités de **médiateur**, pour aller à la rencontre des patients ou des familles, dès qu'une insatisfaction apparaît. La source même de cette insatisfaction est souvent liée à un manque d'information, qu'il est alors aisé de combler.

- **les résultats d'enquêtes de surveillance des infections nosocomiales** permettent de cibler les services et les procédures à risque, et de mettre en place des actions correctives et de prévention. Il est souhaitable que ce ne soit pas uniquement l'équipe opérationnelle en hygiène qui y participe, mais les acteurs eux-mêmes, médecins, cadres de proximité et infirmières. Une analyse des données au niveau de l'établissement permet au CLIN de construire la politique de prévention. Une analyse au sein de l'unité de soins, constitue un outil de communication sur l'auto évaluation des pratiques.

III – ACCOMPAGNEMENT DE L'AUTO EVALUATION PAR L'IG

La réussite de la phase d'auto évaluation passe par la gestion de l'obstacle pratique de l'utilisation de l'outil, un management dynamique et engagé misant sur les hommes, en assurant un environnement propice à leur motivation.

III 1 – La gestion de l'obstacle pratique de l'utilisation de l'outil.

Dans notre enquête, nous avons observé des éléments qui posent problème. Ils concernent l'appropriation du Manuel d'accréditation et les modalités pratiques d'organisation. Des aménagements peuvent être apportés qui en faciliteraient l'utilisation.

III 1 1 - L'appropriation de l'outil par le personnel

Le Manuel a été élaboré afin d'évaluer les organisations. Il nécessite une approche transversale, que n'ont pas les personnels des unités de soins. D'où la nécessité pour l'IG de fournir des explications par l'intermédiaire de l'encadrement, et de faire élaborer des indicateurs aux équipes.

Il est nécessaire d'**expliquer les objectifs** poursuivis par l'ANAES, **la façon dont le Manuel est structuré** et **la non exhaustivité des critères** présentés, afin de ne pas bloquer le personnel dans son travail de réflexion.

Le Manuel est un guide d'évaluation quantitatif, ce qui oblige à traduire les critères du référentiel en indicateurs, afin de permettre une lecture qualitative. L'utilisation pratique du Manuel nécessite donc de reprendre la présentation, référence par référence, et critère par critère.

L'évaluation des activités infirmières est difficile à isoler, la qualité du soin étant le résultat des actions de différents acteurs. On peut ainsi difficilement déterminer des indicateurs qui soient uniquement infirmiers, sauf en terme de sécurité et d'efficacité. Un travail partenarial est indispensable, afin de cibler les bons indicateurs et les prioriser.

Comme l'indique le Manuel, il faut les utiliser avec beaucoup de prudence. Ils doivent être significatifs, définis clairement, observables et mesurables, testés et élaborés en équipe et adoptés par tous.

Cette déclinaison doit être présentée sous la forme d'**un seul document institutionnel**, divisé par référentiel, afin que chaque groupe thématique puisse travailler dans le même sens, et faciliter la synthèse globale à l'issue de l'auto évaluation. L'utilisation du Manuel nécessite d'établir **un glossaire** des termes sujets à interprétation.

III 1 2 - Les modalités pratiques d'organisation de l'auto évaluation.

L'I.G.doit veiller au paramétrage de la procédure et au respect des modalités pratiques de recueil.

III 1 2 1- Le paramétrage est élaboré en groupe de pilotage.

Il doit définir les différentes étapes de la procédure, et les objectifs poursuivis. Il doit constituer une grille de repérage des acteurs, leur place dans l'organigramme, leurs responsabilités, les niveaux fonctionnels, et spécifier le nom des animateurs.

Un planning de Gantt donne le calendrier de déroulement de toutes les phases, et planifie les actions de mise en œuvre et de suivi de la démarche d'auto évaluation par semaine. Il donne ainsi un repère temporel, permettant au personnel soignant de s'organiser et de suivre le déroulement de la procédure.

III 1 2 2- Les modalités pratiques de recueil sont organisées à la fois au niveau institutionnel et local. **Le choix du lieu** est déterminant pour faciliter les échanges pertinents entre les différents acteurs du groupe pluridisciplinaire. Il doit être le plus neutre possible, sans connotation symbolique, afin de ne pas favoriser la parole des uns et « étouffer » celle des autres. Les salles de réunions banalisées semblent être le bon choix.

Un équipement en matériel logistique tel que paperboard, tableau, est indispensable pour animer un travail de production.

Le moment le mieux adapté est difficile à déterminer. Les médecins sont plus disponibles en fin de journée, le personnel infirmier en début d'après-midi, après la relève. Les horaires sont donc à alterner. Il faut veiller à ce que les réunions ne dépassent pas 2 heures pour maintenir une productivité maximale.

III 1 3- Faire de l'auto évaluation un outil de progrès.

Hormis l'utilisation de la procédure dans le cadre de l'accréditation, il convient d'en faire une analyse des résultats à 2 niveaux, institutionnel pour déterminer les axes prioritaires d'amélioration, au niveau des services, pour travailler au cas par cas les dysfonctionnements.

III 1 4- Propositions d'amélioration

Etendre l'auto évaluation par secteur d'activité.

Nous proposons d'élargir l'auto évaluation, au-delà de la prise en charge du patient et de la politique générale, en établissant un référentiel par secteur d'activité, ce qui permettrait de « le balayer » et d'évoluer ainsi vers une certification.

Faciliter l'appréciation selon les 4 niveaux préconisés par le Manuel

Nous proposons une approche par le système SAMI : **S**atisfaisant - **A**ceptable - **M**oyen - **I**nsuffisant, qui explicite mieux les degrés d'appréciation (*cf annexe 9*).

Critères nécessitant une réponse en terme d'existe ou n'existe pas.

Ceux-ci font encore partie de la version du Manuel de février 1999. Pour ce type de critère, il serait souhaitable de les reformuler ou d'inclure des réponses de type binaire.

Des critères de faisabilité et d'efficacité aideraient à la mise en place d'une politique.

III 2- Un management dynamique et engagé misant sur les hommes.

L'infirmière générale, par son management basé sur le changement, rassemble le personnel autour de la procédure, en recentrant sur la finalité des soins. Elle s'appuie pour cela sur des ressources internes au service de soins infirmiers et adopte une stratégie de mobilisation. Afin de développer la transversalité, elle s'attache à favoriser le décroisement.

III 2 1- Rassembler autour de la finalité du soin.

L'auto évaluation est une opportunité pour l'IG, d'effectuer un bilan et de **redonner du sens à l'action collective**. Une charte du S.S.I permet de rappeler les valeurs professionnelles à partager, les règles déontologiques, les exigences et l'engagement du service de soins infirmiers. Celle-ci doit être distribuée à tous et donnée lors du recrutement.

Repenser les soins infirmiers à partir de l'évaluation, car lorsque l'évaluation est permanente, elle devient stratégie.

C'est un moyen de recentrer les activités en clarifiant le rôle et les missions de chacun, dans la prise en charge du patient.

III 2 2 - Avoir une stratégie de mobilisation

Celle-ci doit être centrée sur l'information, se traduire à différents niveaux, se manifester par un management participatif et le développement des compétences.

III 2 2 1 - La mobilisation par l'information

Elle passe obligatoirement par un véritable **dialogue social**, développé, nous l'avons vu, au niveau institutionnel, mais que l'IG doit prolonger par un **management de transparence**, dans les rapports qu'elle a avec l'encadrement et le personnel.

Dans son management, elle doit **être prévisible et accessible**, en réservant des moments connus pour des rencontres. Elle doit communiquer régulièrement l'état d'avancée des travaux et restituer les résultats, ce qui renforce le sentiment d'appartenance à l'institution.

Elle doit exprimer clairement les intentions et les enjeux de l'auto évaluation pour le SSI, **ne pas juger les hommes, mais les faits**, et admettre le dysfonctionnement non comme une faute, mais comme une erreur à analyser afin d'éviter qu'elle ne se reproduise.

III 2 2 2 - Une mobilisation à différents niveaux.

Celle –ci commence dans le **projet d'unité** qui doit reposer sur un management participatif et viser 3 axes : un axe d'amélioration de la qualité des soins, un axe de réduction des dysfonctionnements et un axe de progrès, induisant le changement.

Le projet de service vise à mobiliser les ressources des différentes unités, en synergie avec le projet d'établissement, au sein des conseils de service, et permet de faire un diagnostic des points forts et des points faibles.

Le **niveau institutionnel** est représenté par la participation à l'élaboration du projet de soins, comme nous l'avons vu plus haut, et par une généralisation de l'auto évaluation accréditive à l'ensemble de l'établissement et non par service.

III.2.2.3 - Un management participatif

Celui-ci doit être **de consultation** mais aussi **de négociation, de responsabilisation et de délégation**, à tous les niveaux de la hiérarchie.

Le management participatif s'appuie sur l'encadrement, et sur la volonté de l'IG de l'associer aux décisions, et à la mise en œuvre des orientations du projet de soins. Il s'appuie également sur la dynamisation des équipes autour des projets de service.

L'engagement des cadres sur les stratégies de l'établissement est le point central du management de l'I.G., d'où la nécessité d'avoir un encadrement homogène, pour mettre en œuvre la procédure d'auto évaluation dans de bonnes conditions.

L'encadrement de proximité constitue un relais au sein des unités et des services. L'IG doit impulser la capacité d'expression des équipes et leur écoute. Les cadres doivent donner les moyens d'objectiver les faits, car l'expression consensuelle des représentants du S.S.I au sein des groupes d'auto évaluation s'appuie sur des observations.

Afin de favoriser les aptitudes au changement, l'IG doit **renforcer la professionnalisation** des cadres infirmiers supérieurs dans 3 domaines (l'économie, le management, le changement), par des actions de formation, et réajuster leur rôle et missions.

La formation des cadres de proximité leur donne maintenant les moyens d'appréhender un management des ressources efficace, mais ils sont moins outillés pour gérer le quotidien.

III 2 2 4 – Le développement des compétences.

Il passe, nous l'avons vu, par un plan de **formation** en phase avec les objectifs poursuivis. Mais il passe également par une **dynamique de recrutement**, en collaboration avec la direction des ressources humaines. L'entretien de recrutement permet de repérer les compétences particulières, de mettre en évidence les capacités des agents à s'adapter, et à évoluer.

Le fait de favoriser l'expression et la concertation de ses collaborateurs, positionne l'Infirmière Générale dans une dynamique d'évolution permanente et accroit, par là même, leur niveau d'exigence et d'attente qualitative.

III.2.3 - Favoriser le décloisonnement.

L'auto évaluation est une procédure transversale qui nécessite un travail partenarial et de concertation. L'Infirmière Générale peut favoriser le décloisonnement en développant les transversalités.

III.2.3.1 - Le partenariat une synergie d'acteurs.

Le partenariat se développe dans les actions menées au quotidien, comme l'étude du circuit d'un patient qui va à un examen radiologique par exemple, et qui nécessite une réflexion entre partenaires soignants et médico techniques.

La constitution des groupes d'auto évaluation doit respecter la parité, et l'animateur **favoriser l'expression** de chacun, car chaque acteur n'est pas concerné de la même façon par l'auto évaluation. Tous sont à un moment ou à un autre, partenaire du malade, et sont porteurs d'informations pertinentes.

La disponibilité des personnes est à prendre en compte. Certains sont susceptibles de s'investir au moment prévu, plus que d'autres, qui peuvent être momentanément accaparés par d'autres obligations. Ce que l'IG ne doit pas traduire obligatoirement par un désengagement, ou une démobilisation.

III.2.3.2.- Développer la transversalité favorise la communication.

Développer la transversalité, c'est aller d'un fonctionnement hiérarchique vers un fonctionnement transversal, où tout le monde travaille sur la qualité. L'I.G peut coordonner et renforcer les liaisons interfonctionnelles par la mise en place d'experts en hygiène, de cadres en mission transversale, ce qui permet de favoriser les échanges, d'harmoniser les pratiques, et de faciliter l'atteinte des objectifs institutionnels.

L'I.G peut participer au développement du travail en réseau avec les infirmiers à domicile, en les invitant à des réunions de travail, et en impulsant l'élaboration d'outils de liaison pour une meilleure continuité des soins.

III.3 - Un management assurant un environnement propice à la motivation.

L'I.G doit donner aux équipes les moyens de développer leur motivation dans un climat et un environnement de travail favorable, car la motivation au travail est liée à la perception que l'on a de son environnement. Or, l'accréditation et les restructurations provoquent **une rupture**, car le changement ne s'attaque pas seulement aux éléments du système, mais au système lui-même.

L'I.G doit faire en sorte que le soignant vive **son poste de travail** comme **un élément de considération et de progression**. L'évaluation annuelle permet de suivre les évolutions de l'agent, et constitue pour lui un apprentissage à l'auto évaluation. Elle permet au cadre de clarifier les objectifs de l'institution, et de montrer à l'agent, en quoi le projet a une incidence sur son poste de travail, d'établir avec lui les indicateurs de progrès, et d'identifier ses besoins de formation. Elle permet une visibilité à un an et plus, et procure à l'I.G. des informations alimentant une politique d'anticipation.

Maintenir la motivation des équipes quand l'auto évaluation accréditive est réalisée, est un « challenge » pour l'IG compte tenu de la dimension temporelle du projet. Il va falloir qu'elle suive les actions mises en place, qu'elle maintienne la dynamique de progrès, en incluant dans les groupes de travail, relais des groupes d'auto évaluation, à la fois des personnes qui ont participé à la procédure et d'autres n'ayant pu y participer, et en valorisant les efforts fournis.

L'I.G. a un rôle essentiel à jouer dans la phase d'auto évaluation. **Sa contribution** et **son implication** dans le processus, permettent de faire adhérer le personnel soignant à la démarche.

Pour cela, elle ne doit pas baser son management uniquement sur les hommes, mais sur l'organisation des hommes, et les conditions qui permettent à cette organisation de limiter les causes d'erreur.

CONCLUSION

A l'heure où les yeux sont tournés vers le système hospitalier, et sa logique dorénavant ciblée sur la satisfaction du patient, mais aussi sur l'efficience et la compétitivité, l'établissement de santé doit plus que jamais axer son projet sur la qualité et la sécurité des soins.

Ce dernier doit maintenant faire face, d'une part à un citoyen qui a une perte de confiance en lui, et d'autre part au problème d'assurabilité.

L'accréditation est pour lui une procédure nouvelle, dans laquelle il doit obligatoirement s'engager. Celle-ci génère **des craintes** de la part des différents acteurs, risque de provoquer des **réactions d'une certaine forme de corporatisme** et d'**exacerber les jeux de pouvoir**, que l'établissement doit anticiper.

L'établissement de santé est **constitué de logiques**, dont chacune est construite à partir des origines culturelles des différents acteurs, et de leur positionnement à l'intérieur du système. Ils ont toujours été contraints de cohabiter, sans forcément développer un mode de communication commun.

L'auto évaluation accréditive porte **un regard** sur les pratiques organisationnelles de l'établissement, et par là même, sur les pratiques spécifiques aux acteurs. Par son approche transversale, elle est un moyen de réunir les différentes logiques autour d'un outil et d'une méthode.

Aussi, pour réussir cette étape, l'établissement doit adopter une politique qualité claire et engagée, s'appuyant sur **des valeurs** et **des principes**, et qui donne du sens et de la cohérence, à la fois au niveau des acteurs et des actions menées.

Un objectif de management des hommes, adjointe d'une politique de participation de l'ensemble des acteurs, ne peut qu'avoir un impact sur l'enclenchement d'une dynamique interne.

Médecins et soignants sont rassemblés autour d'une finalité « le soin au patient ». Ils sont conscients de leur responsabilité vis à vis de la qualité et de la sécurité des soins. Mais leur motivation passe avant tout, par leur reconnaissance au sein de l'institution.

Une politique essentiellement centrée sur une structure spécifique ôte toute motivation et génère de l'insécurité, provoquant des réactions de rejet et de protection. Celles-ci se sont traduites dans notre étude, par l'élaboration d'un outil spécifique pour atteindre leurs propres objectifs.

L'équipe de direction, doit mesurer **les répercussions** qu'une telle procédure peut avoir sur les acteurs, afin de mieux les gérer.

Nous ne pouvons que recommander la mise en place d'une réflexion en amont afin de les associer, car si on ne les intègre pas très tôt dans le processus, ils s'en échappent. Si on veut que la procédure aboutisse, il faut qu'ils puissent donner le meilleur d'eux même

La conduite de l'auto évaluation accréditive est **un exemple de management partenarial**, et l'occasion pour l'équipe de direction **d'impulser une dynamique de changement**.

Elle doit être un enjeu, non seulement pour l'établissement, mais aussi pour les professionnels. C'est une procédure qui modifiera les comportements à long terme

Une opportunité que l'équipe de direction doit saisir, pour enclencher le décroisement et fédérer les acteurs autour du projet institutionnel

L'auto évaluation est à la fois **un « challenge » institutionnel, individuel et collectif**. Sa réussite dépend de la politique menée au niveau institutionnel, et de la volonté des acteurs de porter un autre regard sur leurs pratiques.

BIBLIOGRAPHIE

LIVRES

BARBIN B., BOISSIER RAMBAUD C., CHAMPION DAVILLER M.N., FESSLER J.M., NEBESAROVA J.

Hôpitaux, cliniques: De l'accréditation à la qualité

Editions Lamarre-août 1997.

BOELLE P.Y. ,FOURCADE A., GARNERIN P., HERGON E., RICOUR L.

La démarche qualité dans un établissement de santé

Doin Editeurs/Assistance Publique-Hôpitaux de Paris.-1997.

CROZIER M., FRIEDBERG E.

L'acteur et le système

Editions du seuil-1977.

CONTANDRIOPOULOS A. P., SOUTEYRAND Y

L'hôpital stratège

Editions John Libbey Eurotext-1996.

SEGOUIN C.

L'accréditation des établissements de santé : de l'expérience internationale à l'application française

Doin Editeurs/APHP.

VIENS G., ANHOURHY P.

Gérer la qualité et le risque à l'hôpital

ESF Editeurs-1994

REVUES

ALLUARD E., Dr BAUBEAU D., BAUDURET J.F., CAYSAC D., CLEMENT J., Dr LABRAM C, Pr LECOUTOUR X., Dr MARREL

L'évaluation en milieu hospitalier (définitions et enjeux);
Gestions Hospitalières-n° 326-mai 1993;390-393.

BANGA B.

Accréditation, an II

Décision santé-n° 142-1-15 mars 1999

BURGAIN P.

Le dossier de soins infirmiers : traçabilité et sécurité de l'information

Technologie santé – n°34 – novembre 1998 – 63-70

CHARVET-PROTAT S., JARLIER A.,PREAUBERT N.

Dossier:Le coût de la qualité et de la non qualité à l'hôpital

A.N.A.E.S. Service évaluation économique

Gestions hospitalières-novembre 1998;719-746.

DELZERS F.

Les infections nosocomiales: bilan et perspectives

Objectif soins-février 1995

DEROUBAIX D.

Agences régionales de l'hospitalisation, contexte et grands enjeux

Revue Hospitalière de France-n°1-janvier-février 1998.

DEVREESE E.

L'A.R.H., le juge et l'accréditation

Gestions Hospitalières-janvier 1999

Dire, écouter, faire, pour tendre vers l'excellence de la qualité

Le Cahier du Management

Objectif Soins-n°62-mars 1998.

ETOURNEAU C.

Les infections nosocomiales face aux juges

Décision S-n°113-mai 1997.

FONTENEAU R.

Partenariat interne et qualité des soins

Soins Formation Pédagogie Encadrement-n° 18-2ème Trimestre 1996;5-10.

GELLY M., KOVESS V.

La sécurité, un préalable à la démarche qualité: le projet MGEN

Revue Hospitalière de France-n°1-janvier-février 1998

GUIMBAUD B

La SHAM, une alliée pour la mise en place d'une démarche de gestion des risques

Technologie Santé-n° 34-novembre 1998-47-53.

HERREROS G.

Changements, pouvoirs et logiques d'action à l'hôpital
Gestions hospitalières-décembre 1996.

JACOB J.Y.

Accréditation et qualité: le point de vue de l'A.R.H.
Gestions Hospitalières-mars 1998;186-187.

La gestion des risques ou la première étape vers la démarche qualité

Le Cahier du Management-
Objectif Soins-n° 69-novembre 1998.

La qualité à l'hôpital

Numéro spécial
Technologie santé-n° 32-décembre 1997.

LAMBERT G.

Hôpital: le péril infectieux
Univers santé n° 25-Décembre 1997

L'audit qualité dans le domaine de la qualité de service
Séquence: "utilisation de l'audit à l'hôpital"
Euro Maillage Consulting-7 juin 1995.

LEGRAND C.**Du projet de soins infirmiers à l'accréditation**

Soins Formation Pédagogie Encadrement-n° 25-1er Trimestre 1998-22-27.

LETEURTRE H., RONZIERE N.**Une démarche de pré-accréditation**

Soins Formation Pédagogie Encadrement-n° 25-1er Trimestre 1998;28-33.

MOREAU C**L'auto-évaluation, l'étape prioritaire pour l'accréditation**

Hygiène en milieu hospitalier-n° 17-avril 1999;10-15.

PATIER X.

Le point de vue d'un D.A.R.H.
Gestions Hospitalières-janvier 1999.

PRADEAU F. et M.C., RAFFY F., IMBS P.**"Qu'est-ce que les A.R.H. feront de l'accréditation?"**

Gestions Hospitalières-janvier 1999.

RAISON-DADRE L..

La gestion des risques à la française: l'expérience de l'hôpital de la croix rousse à Lyon
Revue Hospitalière de France-n°1-janvier-février-1998.

Se préparer à l'accréditation pour réorganiser l'hôpital

Le Cahier du management
Objectif Soins-n° 55-juillet août 1997-

STEPHAN J.C., FOURCADE A.

Evaluation et gestion de la qualité. L'accréditation à l'hôpital

Gestions Hospitalières-n° 326-mai 1993;382-385.

65ème congrès de l'UHSO

Les communautés hospitalières et les groupements de coopération sanitaire. La coopération sanitaire: une démarche qualité?

Revue Hospitalière de France-n°1-janvier-février 1998.

I- TEXTES ET DOCUMENTS OFFICIELS

Loi n° 98-535 du 1er juillet 1998 relative au renforcement de la veille sanitaire et du contrôle de la sécurité sanitaire des produits destinés à l'homme-Titre 1er-articles 2 et 4.

Circulaire D.G.S./VS/VS2-DH/EO1-n°17 du 19 avril 1995 relative à la lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé publics ou privés participants à l'exécution du service public.

Norme internationale ISO 10011-1:1990(F)
Lignes directrices pour l'audit des systèmes qualité-partie 1;415-421

Décret du 6 mai 1988 relatif à l'organisation et à la lutte contre les infections nosocomiales.

Manuel d'accréditation des Etablissement de santé – Direction de l'accréditation – Février 1999.

II- DOCUMENTS NON PUBLIES

HART J.

A la recherche des différentes logiques hospitalières

Mémoire de maîtrise de sociologie - 1992.

E.N.S.P.

L'infection nosocomiale aujourd'hui dans le champ de la santé publique

Module interprofessionnel de management du système de santé-Les priorités de santé publique-1998.

ROUSSEL P.

La mise en oeuvre d'un système qualité en établissement sanitaire

Thèse de doctorat de l'université Rennes I-mention biologie et sciences de la santé-décembre 1998.

E.N.S.P.

Guide méthodologique d'accompagnement des équipes d'auto-évaluation

Session de formation centre Hospitalier de Versailles-juin 1999.

BEAUDET-POUPLIER A.

L'accréditation à l'hôpital: les enjeux pour le service de soins infirmiers

Mémoire de fin d'étude-Formation des infirmiers généraux-novembre 1997.

III- AUTRES SOURCES

SCHWEYER F.X.
Les métiers à l'hôpital

Cours E.N.S.P.-7 avril 1999

SCHWEYER F.X.
Sociologie des organisations et de l'action collective
Cours E.N.S.P.-janvier 1999

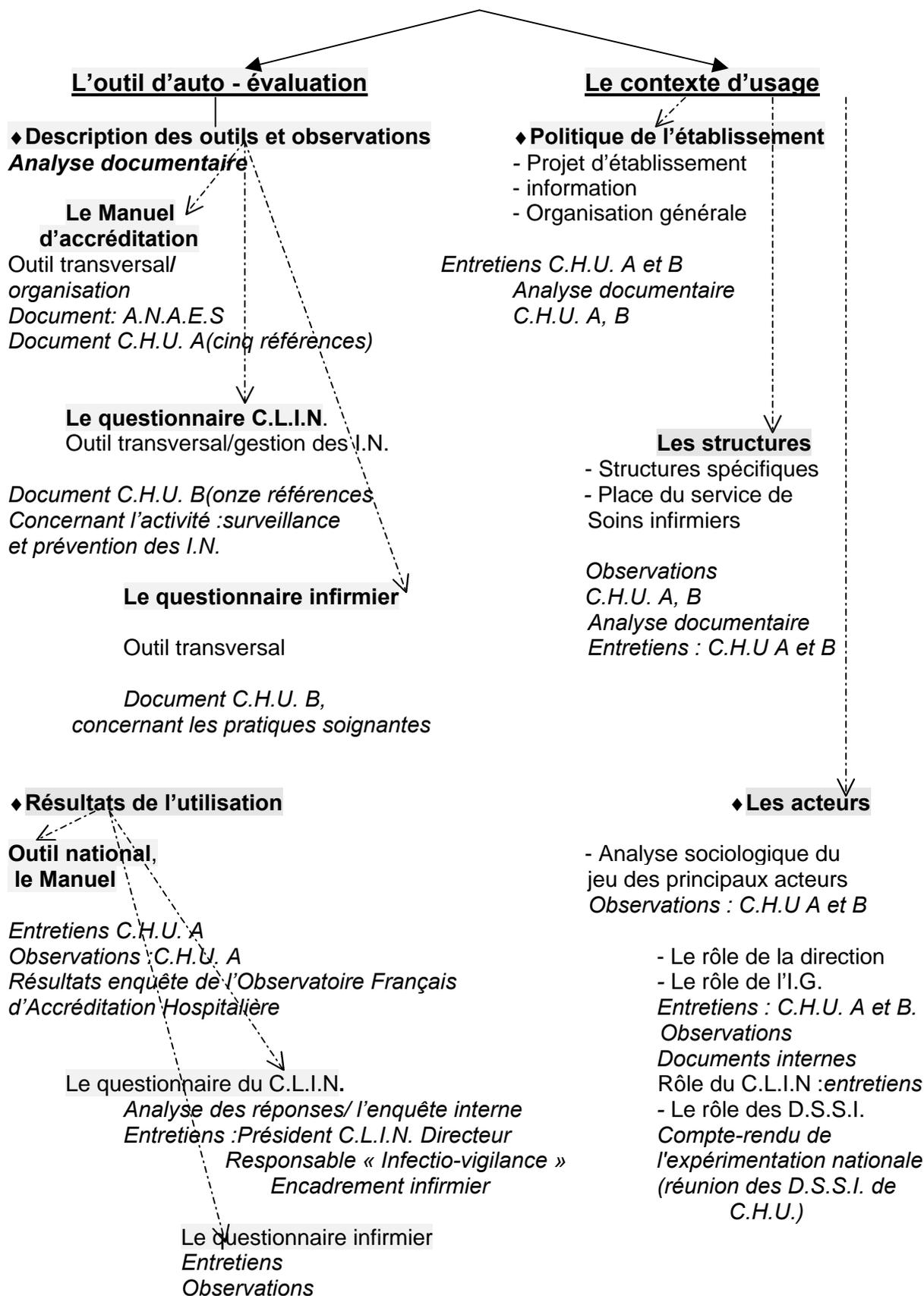
BARBIER N., PETIT-BOULONGNE M.
La démarche d'accréditation à la française
Cours E.N.S.P.-avril 1999.

ANNEXES

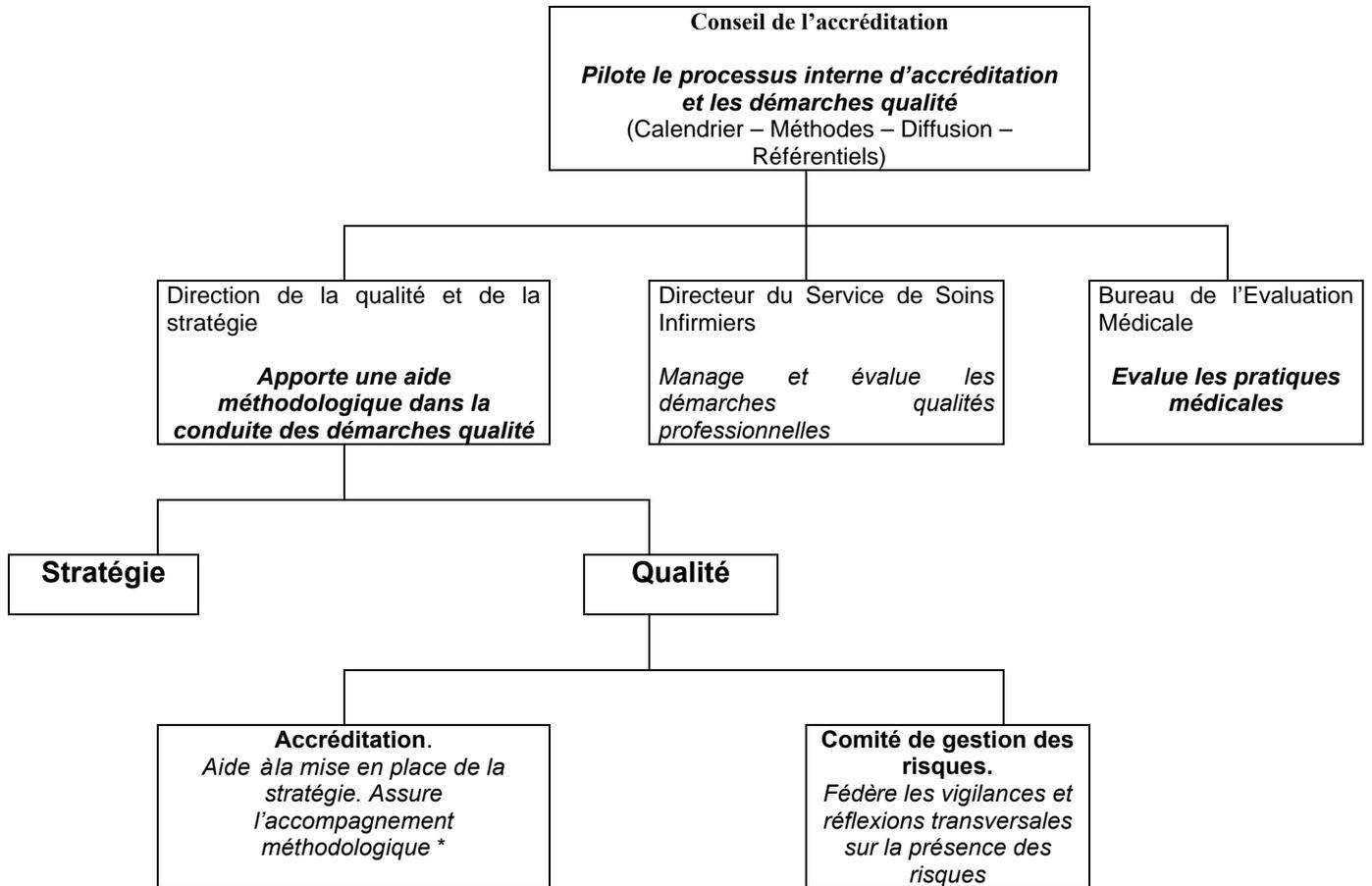
Annexe 1 à Annexe 9

Annexe 1

TABLEAU RECAPITULATIF DES METHODES D'ENQUÊTE ADOPTEES

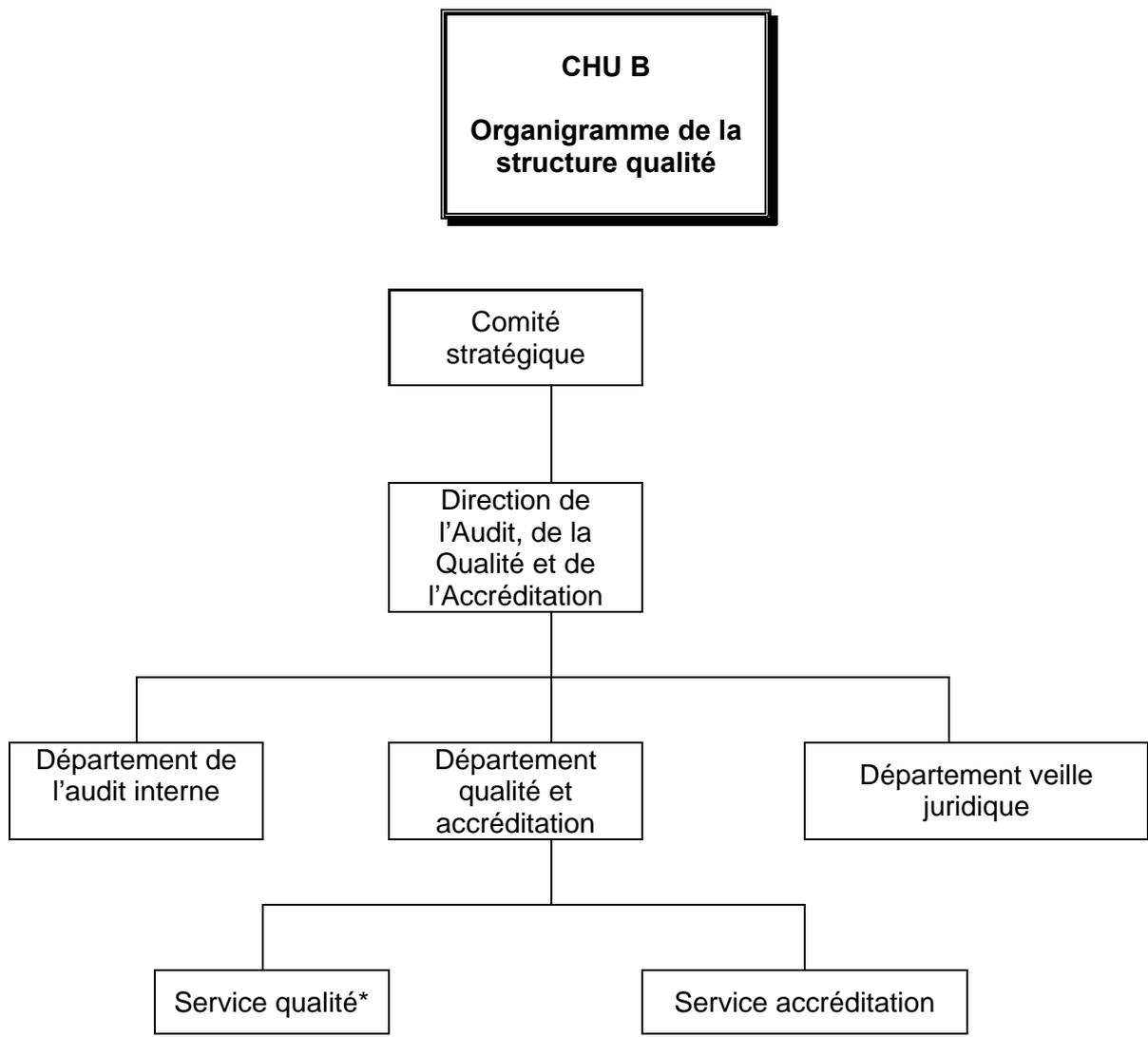


CHU A
Organigramme / Préparation à l'accréditation



Une ancienne Directrice d'IFSI Document de synthèse élaboré à partir de documents de la direction qualité de l'établissement

Annexe 2



*1 CIS +1 CI

Un comité stratégique a été créé fin mai 1999 qui n'apparaît pas encore sur l'organigramme.

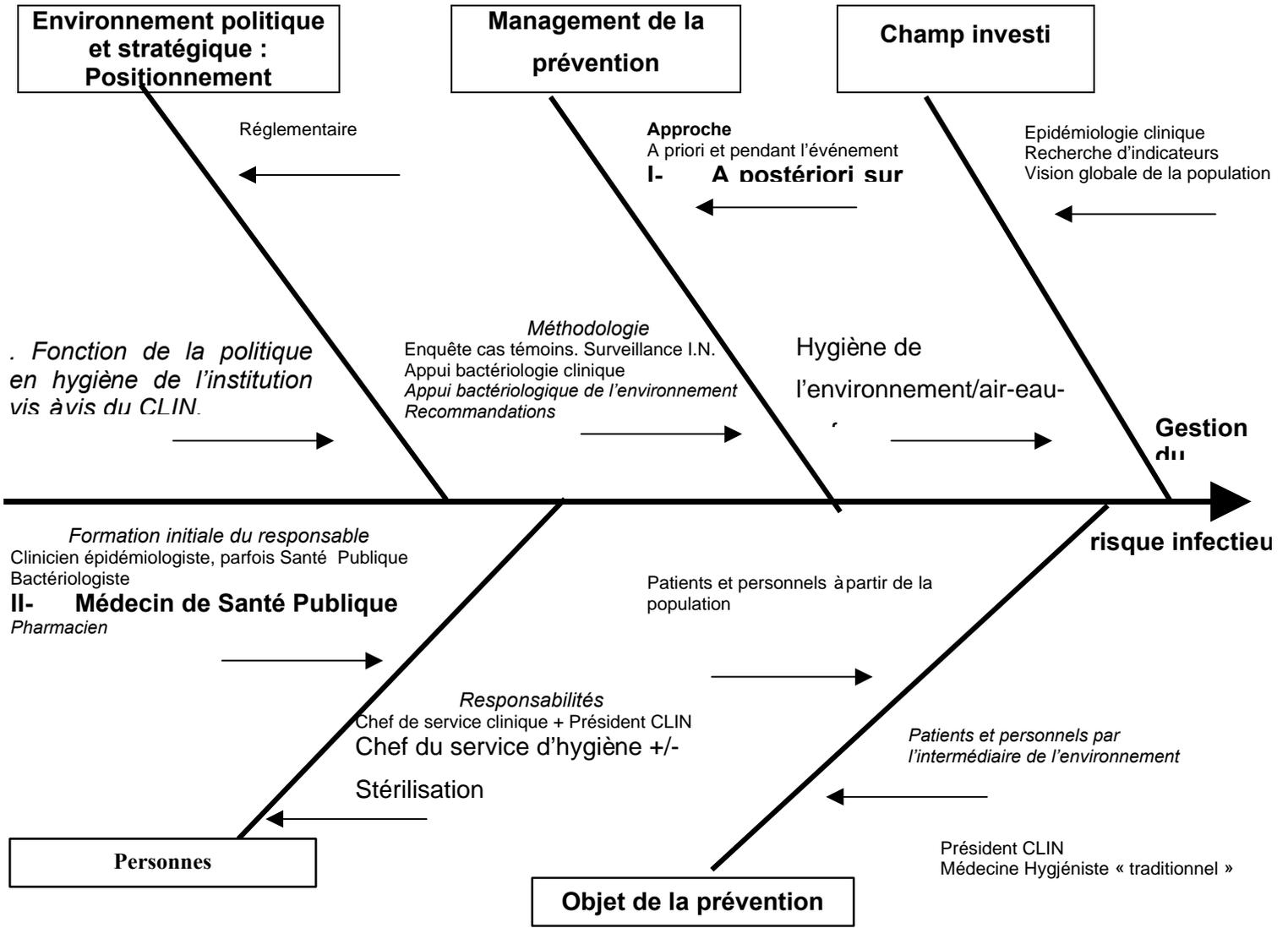
Annexe 3

**TABLEAU COMPARATIF DES OUTILS :
PREPARATION DE L'OUTIL D'AUTO
EVALUATION**

IV- V- Outil	CHU A	CHU B	
		CLIN	Service de Soins Inf.
Caractéristiques			
Le contexte Quel point d'appel	Préparation à l'auto évaluation accréditive non retenue / expérimentation	Demande du Directeur Général au CLIN : faire l'auto évaluation des pratiques concernant le risque infectieux. Elaboration d'un questionnaire / activité SPI du Manuel	Décision D.S.S.I. : Elaboration d'un questionnaire de Soins Infirmiers
Les personnes ayant participé à l'élaboration	Equipes pluridisciplinaires. Groupe d'auto évaluation	Président du CLIN. Responsable de l'infectio vigilance	Les C.I.S. et Direction du S.S.I.
Objet du questionnaire	Transversal sur 5 référentiels	Transversal / une activité	Transversal / pratiques professionnelles
Objectifs poursuivis	Sensibiliser les professionnels à la démarche. Tester la faisabilité et identifier les conditions de réussite	Avoir la perception du personnel sur les actions conduites. Faciliter l'appropriation par les professionnels du référentiel SPI du Manuel. Faciliter l'auto évaluation des pratiques de prévention.	<i>Généraux</i> : Insuffler une participation et une dynamique dans la mise en œuvre du PE de 2 ^{ème} génération. Etablir un lien direct entre accréditation et projet de soins <i>Spécifiques</i> : Avoir un support à l'élaboration du futur projet infirmier Faire reconnaître et valoriser un outil élaboré par le SSI.
Population concernée	Ensemble des acteurs des 12 services volontaires et de l'établissement d'enfants	Les Directions fonctionnelles, d'établissement, écoles et instituts professionnels. Président de la CME Les personnels des services de soins clinique par fonction. Pour chaque service : . médecins . le CIS (inf. et médico - techn.) de chaque secteur . 1 groupe d'infirmier/unité . 1 groupe AS – ASH / unité	Les équipes des unités de soins.

Annexe 4

DIAGRAMME CAUSES- EFFETS :
Principales causes ou facteurs pouvant expliquer les difficultés de fonctionnement CLIN – Service d’Hygiène



**PRESENTATION GENERALE DES OUTILS
EN REFERENCE AU MANUEL
D'ACCREDITATION**

Outil Critères d'évaluation	MANUEL D'ACCREDITATION	CHU A	CHU B	
			CLIN	Service de Soins Inf.
Volume global	118 Pages	15 pages (5 références)	29 pages	161 pages
Volume questionnaire	59 pages (8 pages S.P.I.)	12 pages	16 pages (1 référence)	134 pages
Couverture : couleur	Jaune	Blanc	Jaune	Saumon
Provenance	Direction accréditation	Groupe d'auto évaluation	Cellule d'infectio vigilance	D.S.S.I.
Titre	Manuel d'accréditation des établissements de santé	Référentiel d'auto évaluation pour les secteurs d'activité	Questionnaire d'auto évaluation professionnel + titre de la référence	Questionnaire d'auto évaluation des pratiques professionnelles Soins Infirmiers
Référence	ANAES	Extrait du manuel d'accréditation de l'ANAES (version expérimentale)	Manuel d'accréditation (version expérimentale) + références internes CLIN – DSSI – DIM – Direction qualité	Procédure d'accréditation des Etablissements de soins
Date	Février 1999	Janvier 1999	Mars 1999	Février 1999
Mise en page	Page	Page	Paysage	Paysage

Annexe 6

**TABLEAU COMPARATIF DES
OUTILS EN REFERENCE AU MANUEL:
INFORMATIONS GENERALES ET
SPECIFIQUES**

Outils Informations	Manuel	CHU A	Questionnaire CLIN	Questionnaire Infirmier
Objectifs	x		Personnalisés	Personnalisés / implication du personnel
Procédure d'accréditation	x	Référence	x	x
. principes	x	au Manuel		
. engagements	x		x	Un contrat d'objectifs et de moyens CIS et IG
. échéance	x		x	Calendrier / planning de Gantt / mise en œuvre et suivi
Les différentes étapes de l'accréditation	x		x	x
Dont l'auto évaluation	x	Déf. Sa place / démarche qualité	x	Tableau de synthèse des différentes phases
Services concernés			x	x
Destinataires			x	x

Annexe 7

Niveaux d'appréciation des références, critères et indicateurs

Outil Appréciation	Manuel	C.H.U. A	C.H.U. B C.L.I.N.	C.H.U. B S.S.I.
Echelle	à 4 niveaux	idem	à 2 niveaux	à 4 niveaux pour références et critères
Termes utilisés selon les niveaux de la référence	<ul style="list-style-type: none"> • 4 → A : satisfait à la référence 3 → B : satisfait en grande partie 2 → C : satisfait partiellement 1 → D : ne satisfait pas NA : non applicable 	<ul style="list-style-type: none"> 4 : conformité totale 3 : grande conformité 2 : conformité très partielle 1 : non conformité NA : non applicable 	<ul style="list-style-type: none"> Oui Non Ne sait pas 	<ul style="list-style-type: none"> 4 : très satisfaisant 3 : satisfaisant 2 : peu satisfaisant 1 : insatisfaisant Non adapté
Niveaux des critères	Idem référence	Idem référence
Niveau des indicateurs	Idem référence	<ul style="list-style-type: none"> 4 critères : écrit, connu, utilisé, évalué. Cotation à 4 4 : si 4 critères satisfaits 4 : si 3 " 2 : si 2 " 1 : si 1 "

· Les cotations 4-3-2-1-de la version expérimentale ont été remplacés par les niveaux A-B-C-D dans la version de Février 1999

Annexe 8

L'évaluation de la qualité : critères d'évaluation selon quatre degrés(1)''

Système SAMI(2)			Système ANAES(3)	
Satisfaisant	Bonne maîtrise des facteurs de qualité. Pas d'écart constaté. Formalisme adéquat.	S	A	L'établissement satisfait à la référence.
Acceptable	Bonne maîtrise des facteurs de qualité. Pas d'écart constaté. Formalisme inadéquat pouvant entraîner des écarts mineurs(écarts dont la conséquence est détectée en interne).	A	B	L'établissement satisfait en grande partie à la référence.
Moyen	Quelques défauts de maîtrise des facteurs de qualité. Risques d'écart à conséquence limitée(pouvant échapper à la détection interne, mais n'ayant pas de conséquence grave sur l'utilisation).	M	C	L'établissement satisfait partiellement à la référence.
Insuffisant	Hors maîtrise : écarts majeurs entraînant des conséquences graves chez l'utilisateur et un mécontentement immédiat du client	I	D	L'établissement ne satisfait pas à la référence.
Non applicable		NA	NA	

(1) Ne pas utiliser de score numérique en raison de ses effets pervers potentiels.

(2) Source :Vandeville P, Gambier C, *Conduire un audit qualité*, AFNOR, Paris La Défense, 1995.

(3) Source :ANAES, *Manuel d'accréditation des établissements de santé*, février 1999.

◆ Guide méthodologique des équipes d'auto évaluation – ENSP – Département MATISS – 18 juin 1999 – p.40.