

Ecole Nationale de la Santé Publique

LA STRATEGIE D'ANTICIPATION
DU CENTRE HOSPITALIER SAINTE-ANNE
A LA PROCEDURE D'ACCREDITATION

Maya VILAYLECK
Elève Directeur d'Hôpital
Promotion 1998/2000

SOMMAIRE

SOMMAIRE	2
LISTE DES SIGLES UTILISÉS	4
INTRODUCTION	6
I/ FAIRE ACCEPTER L'IDÉE DU CHANGEMENT DANS UN ÉTABLISSEMENT DE SOINS : L'EXEMPLE DE L'ACCREDITATION	9
A/ L'IDÉE D'ACCREDITATION : UNE RÉVOLUTION CULTURELLE ET ORGANISATIONNELLE	9
1) <i>POUR LES ÉTABLISSEMENTS DE SOINS EN GÉNÉRAL</i>	9
Qualité, évaluation, accréditation : concepts et contraintes	9
La complexité des organisations de soins	12
La spécificité des valeurs culturelles hospitalières	13
2) <i>POUR LE CHSA EN PARTICULIER</i>	15
De la difficulté d'évaluer en psychiatrie	15
Présentation synthétique du CHSA	17
Le CHSA et la démarche qualité	20
B/ LES CHOIX STRATÉGIQUES DE LA DIRECTION POUR FAIRE ACCEPTER LE PROJET QUALITÉ	22
1) <i>L'ACCREDITATION, AXE ESSENTIEL DU PROJET D'ÉTABLISSEMENT</i>	22
La démarche qualité doit être resituée dans une approche globale	22
Le Projet d'Etablissement permet de donner des repères aux acteurs hospitaliers	23
Le choix des coordinateurs : la DPAM, la Permanence Qualité et la Cellule Accréditation	25
2) <i>DÉFINIR ET EXPLICITER LES OBJECTIFS DE LA DÉMARCHE, LES ÉCUEILS À ÉVITER</i>	29
Placer l'utilisateur au centre de la démarche	29
Le patient : la seule approche vraiment consensuelle pour bâtir une démarche qualité	31
Repérer les dysfonctionnements organisationnels : clarifier la relation entre la structure et les processus	31

II/ CONDUIRE LE CHANGEMENT : UNE DÉMARCHÉ PARTICIPATIVE CENTRÉE SUR	
L'USAGER	35
A/ UNE MÉTHODOLOGIE RIGoureuse ET PRAGMATIQUE	35
1) <i>METTRE EN PLACE UN SYSTÈME PARTICIPATIF ET ADAPTÉ</i>	35
Le choix des thèmes de travail	35
La constitution des groupes de travail	42
Une méthode de travail rigoureuse	44
2) <i>RESTER PRAGMATIQUE ET EFFICACE</i>	50
Un recadrage sur le Manuel d'Accréditation de l'ANAES	50
Tenir compte d'une définition large de la prestation de soins	52
Des méthodes de travail distinctes selon les sujets à traiter	54
B/ RÉALISATIONS ET ENSEIGNEMENTS	57
1) <i>BILAN D'ÉTAPE</i>	57
L'architecture générale du dispositif	57
Les points faibles de la démarche	59
Les points forts de la démarche	61
2) <i>ENSEIGNEMENTS ET CONCLUSIONS</i>	63
La conception d'un projet qualité	63
La conduite d'un projet qualité	65
L'introduction d'un nouveau mode de management dans les établissements de soins	68
CONCLUSION	71
BIBLIOGRAPHIE	73
ANNEXES	77

LISTE DES SIGLES UTILISES

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

AP-HP : Assistance Publique - Hôpitaux de Paris

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

CAH : Comité Ad Hoc

CHSA : Centre Hospitalier Sainte-Anne

DPAM : Direction de la Prospective et des Affaires Médicales

REMERCIEMENTS

Ce mémoire n'aurait pas vu le jour sans l'implication et la disponibilité de certaines personnes que je tiens ici tout particulièrement à remercier :

-Monsieur Jean-Yves TEXIER, Directeur du Centre Hospitalier Sainte-Anne jusqu'en janvier 1999, qui m'a vivement engagée à traiter ce sujet et qui m'a fait partager les interrogations stratégiques de la Direction sur ce thème ;

-Madame Anne-Marie DE SAXCE, Directeur par intérim du Centre Hospitalier Sainte-Anne de janvier 1999 à septembre 1999 qui, grâce à l'expérience conduite au Centre Hospitalier BICHAT - CLAUDE BERNARD, a apporté un éclairage nouveau à la problématique de ce mémoire ;

-Monsieur Jean-Luc CHASSANIOL, Directeur du Centre Hospitalier Sainte-Anne à compter de septembre 1999, qui a bien voulu relire ce travail avec un regard critique et pertinent ;

-Madame Elisabeth TOME-GERTHEINRICH, Directeur de la Prospective, des Affaires Médicales et de l'Accréditation, auprès de laquelle quotidiennement j'ai discuté et construit ma problématique. Qu'elle soit ici chaleureusement remerciée pour ses conseils toujours judicieux.

-Monsieur Jean-Marie FESSLER, Délégué Général d'E.U.R.O.P.E. Management, mon directeur de mémoire, qui a accepté de superviser ce travail et de m'orienter dans mes recherches ;

-Mmes Sarah LE DORE et Stéphanie LYON, de la Permanence Qualité du Centre Hospitalier Sainte-Anne, qui m'ont communiqué toutes les informations utiles à l'élaboration et à la rédaction de ce mémoire ;

-Et tous ceux, médecins, soignants, administratifs qui ont toujours accepté avec beaucoup de gentillesse et de disponibilité de répondre à mes questions sur l'accréditation et la qualité tout au long de ce stage.

INTRODUCTION

L'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée a introduit le concept d'accréditation dans le milieu hospitalier français. Son article L 710-5 précise : « Afin d'assurer l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, tous les établissements de santé publics et privés doivent faire l'objet d'une procédure externe d'accréditation ». Cette procédure est conduite par un organisme accréditeur, l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES), à partir d'un manuel de référentiels établi par des professionnels du milieu hospitalier. Elle vise quatre objectifs majeurs, définis par l'ANAES, qui sont :

- Mise en valeur de la qualité des soins par la mesure des résultats et par l'évaluation des processus ;
- Appréciation de la capacité de l'établissement à prodiguer des soins de qualité de façon régulière ;
- Incitation à l'amélioration de la qualité des soins par une reconnaissance externe ;
- Volonté par l'auto évaluation, par la visite accréditive, par les recommandations et le suivi de l'ANAES de favoriser l'amélioration continue de la qualité.

L'accréditation est donc une procédure d'évaluation externe à un établissement de soins visant à évaluer l'ensemble de son fonctionnement et de ses pratiques. Chaque établissement doit s'être engagé dans cette procédure dans un délai de 5 ans à compter de la publication de l'ordonnance précitée, soit avant avril 2001.

Le CHSA a choisi de se préparer à cette procédure en mettant en place depuis janvier 1998 des démarches qualité transversales et pluridisciplinaires. La direction de cet établissement a élaboré une véritable stratégie d'anticipation à la procédure d'accréditation : inscription de ce projet dans la stratégie globale de l'hôpital, définition d'objectifs à atteindre et d'écueils à éviter, détermination d'une méthode de travail spécifique, etc.

Dans ce contexte, l'objectif de ce mémoire est double :

-il s'agit, d'une part, en exposant et en analysant la stratégie du CHSA, de voir dans quelle mesure la démarche pré accréditative qu'il a engagée peut aboutir à la mise en place d'un système d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins conforme aux exigences de l'ANAES ;

-mais il s'agit également, d'autre part, d'étudier comment un tel projet peut faire émerger un nouveau mode de management des ressources humaines et un nouveau type de pratique décisionnelle au sein des établissements de soins.

La mise en place d'un système qualité viable et pérenne au CHSA est en effet un projet ambitieux et novateur qui ne peut faire l'économie de toute une réflexion sur la conduite du changement stratégique dans les établissements de soins. L'obligation réglementaire que constitue la procédure d'accréditation peut, à cet égard, être l'occasion d'amorcer un nouveau type de gestion collective au niveau de l'hôpital, davantage participative et concertée. C'est vraisemblablement le choix qui a été fait au CHSA et nous essaierons d'analyser les conditions de réussite de ce double projet : dans quelle mesure ces deux projets, mise en place d'un système qualité efficient et amorce d'un nouveau mode de management des ressources humaines, sont-ils intimement liés ? Le succès de l'un peut-il aller sans la conduite de l'autre ?

Cette double problématique est d'autant plus intéressante à développer, nous semble-t-il, dans le contexte particulier du CHSA, « hôpital du cerveau » très réputé, à la tête duquel se sont succédés depuis le lancement de la démarche qualité trois directeurs d'établissement.

« Mémoire professionnel » d'un futur directeur d'hôpital, ce travail s'efforcera de développer cette double problématique en répondant aux exigences pédagogiques définies par l'Ecole Nationale de la Santé Publique : à visée opérationnelle, notre réflexion envisagera plusieurs scénarios de résolution de la problématique identifiée et s'attachera à tirer de l'expérience étudiée des enseignements généraux et éventuellement transposables à d'autres établissements de soins.

Notre propos s'articulera en deux parties :

-dans un premier temps, nous exposerons les réflexions préalables qui ont été menées au sein de la Direction et la stratégie finalement adoptée pour faire accepter le projet qualité et sa conduite par la Direction de la Prospective et des Affaires Médicales ;

-dans un second temps, nous analyserons la démarche participative mise en œuvre au CHSA en précisant dans quelle mesure elle peut déboucher sur un nouveau type de management.

I/ FAIRE ACCEPTER L'IDEE DU CHANGEMENT DANS UN ETABLISSEMENT DE SOINS : L'EXEMPLE DE L'ACCREDITATION

A/ L'IDEE D'ACCREDITATION : UNE REVOLUTION CULTURELLE ET ORGANISATIONNELLE

1) POUR LES ETABLISSEMENTS DE SOINS EN GENERAL

Qualité, évaluation, accréditation : concepts et contraintes

Alors que la qualité constitue depuis fort longtemps un enjeu essentiel pour le développement de l'industrie, puis pour les entreprises prestataires de services, ses perspectives de développement ne sont apparues que très récemment dans le domaine hospitalier français.

C'est en effet la Loi Hospitalière du 31 juillet 1991 qui fait la première obligation aux établissements de santé de garantir la qualité des soins au travers notamment d'une « politique d'évaluation des pratiques professionnelles, de l'organisation des soins et de toute action concourant à la prise en charge globale du patient ».

Cinq ans plus tard, l'Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée marque un pas supplémentaire pour le développement des méthodes d'amélioration de la qualité à l'hôpital car, au-delà des principes, elle introduit l'idée que « la qualité de la prise en charge des patients est un objectif essentiel pour tout établissement de santé » (article L.710-1-1). Désormais, la qualité des soins passe avant tout par une réponse adéquate aux attentes des patients et les hôpitaux sont tenus de procéder régulièrement à l'évaluation de la satisfaction de leurs usagers.

En l'espace de cinq ans, on est donc passé d'une vision de la qualité assez restrictive (la définition et l'application de normes professionnelles arrêtées entre pairs) à une vision entièrement centrée sur le patient. Cette orientation correspond par ailleurs à une des définitions les plus connues de la qualité, celle donnée par l'International Organization for Standardisation (ISO) selon laquelle la qualité se définit comme « l'aptitude d'un produit ou d'un service à satisfaire les besoins explicites ou implicites des utilisateurs ». Cette définition donne de la qualité une vision prospective, dynamique et relative dans la mesure où elle est présentée comme un résultat à atteindre en fonction des besoins d'un client qui doivent être préalablement parfaitement compris et décrits.

La qualité se distingue donc de la certification ou de l'assurance qualité qui sont plus des processus de mise en conformité systématique à des normes préalablement établies. La norme ISO 9000 par exemple est considérée souvent comme un outil statique, seulement capable de mesurer la capacité d'une entité à respecter des procédures standardisées. C'est un outil d'accréditation dont les conclusions « oui - non » sont parfois mal adaptées à l'évaluation d'un processus de soins. Rigides et invariables, les procédures ISO ne permettent pas forcément l'innovation et certains avancent même l'idée selon laquelle la certification pourrait mener les établissements au résultat inverse de l'amélioration continue de la qualité des soins, en introduisant un immobilisme dans les procédures. En effet, une fois la conformité obtenue, la structure hospitalière peut rester sur ses acquis sans évoluer et le risque existe alors de s'en remettre à des outils capables de mesurer ce qui se faisait hier ou avant-hier, sans pouvoir anticiper sur ce qui se fera demain.

Or la démarche d'accréditation telle qu'elle est introduite par l'ordonnance précitée vise à assurer la sécurité et la qualité des soins donnés au malade et à promouvoir une politique de développement continu de la qualité au sein des établissements publics comme privés. Il s'agit autrement dit de mettre en place une démarche qualité qui s'auto-alimente et qui conduise à la pérennisation d'un véritable système qualité, défini comme l'ensemble de l'organisation, des responsabilités, des procédures, des processus et des moyens nécessaires pour mettre en œuvre la gestion de la qualité. La conformité à des normes réglementaires, professionnelles fait naturellement partie de cette démarche, mais elle n'est pas en soi suffisante pour mettre en place un système qualité global.

L'accréditation « à la française » est une évaluation externe, portée par l'ANAES à partir d'un manuel de références, qui vise à vérifier que les établissements de santé publics et privés se remettent en cause et mettent en œuvre des actions d'amélioration de la qualité des soins.

L'introduction de cette notion de qualité totale dans le milieu hospitalier français peut être considérée comme une véritable révolution culturelle et il est clair que plusieurs aspects de cette démarche novatrice vont remettre en cause largement les pratiques observées dans les établissements de soins.

En premier lieu, l'usager est placé au cœur de la démarche qualité. C'est en fonction de ses besoins et de ses attentes que doivent être pointés les dysfonctionnements de l'établissement et engagés les plans d'action correspondants. D'une certaine façon, c'est l'usager qui est la norme, si une norme se définit comme étant ce par rapport à quoi on se détermine et on agit. Or, ainsi que le souligne Edgar MORIN dans l'ouvrage intitulé De la complexité des organisations de soins, « ce qui est complexe [à l'hôpital], c'est que les malades sont à la fois des objets et des personnes. Et le problème de la non-complexité, c'est de voir le malade comme un objet et d'oublier que c'est une personne » (p 41). Il est vrai que l'hôpital n'a pas toujours considéré le patient comme le client de ses prestations. Or, l'essence de la prestation de service hospitalier consiste en ceci que l'hôpital réalise des prestations de service dont la production et la consommation sont simultanées. Cet élément est essentiel car cela signifie que les bénéficiaires sont impliqués dans la prestation de soins : ils sont à la fois sujet, objet et acteur. Et l'insertion du patient en tant qu'acteur a un impact déterminant sur sa perception de la prestation. C'est cette perception qu'il conviendra de recueillir pour mettre en place un système qualité centré sur le patient.

L'une des principales difficultés de la démarche qualité consiste à tenir compte de ces éléments subjectifs (la qualité perçue) à côté d'indéniables éléments plus objectifs (le respect de spécifications techniques notamment). Les différents recueils de normes et de références sont là pour aider les professionnels des établissements hospitaliers à se conformer à une qualité objective de la prestation de soin. Les normes permettent en effet de réduire la variabilité des pratiques professionnelles et donc de réduire les risques d'accidents. Elles certifient que l'activité de soin est assise sur des protocoles écrits et donnent à chaque acteur une certaine garantie dans l'exécution de son métier au quotidien. Mais encore faut-il que ces normes soient

reconnues et acceptées par les professionnels du service hospitalier. Or, la norme est encore souvent vécue dans les hôpitaux comme une contrainte pas forcément pertinente car pas forcément adaptée et qui, en outre, fait intrusion dans la relation privilégiée entre un patient et l'équipe chargée de sa prise en charge, voire qui pervertit le colloque singulier entre un médecin et « son » patient.

Enfin, l'application de normes professionnelles suppose qu'à un moment ou à un autre celle-ci soit contrôlée, vérifiée. Or, ces politiques d'évaluation absolument indispensables dans toute démarche qualité, qu'elles soient menées par des équipes extérieures à l'établissement ou même en interne s'apparentent encore bien souvent pour certains à un pur contrôle - inspection.

Ainsi, le concept de qualité tel qu'il a été introduit par l'ordonnance n°96-346, se décline en une série de notions (normalisation, évaluation, subjectivité des attentes des patients) qui heurtent souvent de plein fouet les pratiques professionnelles observables dans les établissements de soins. Les professionnels sont en général réticents à appliquer des normes élaborées par d'autres et à devoir faire évaluer leur travail par des équipes extérieures. Ceci est d'ailleurs valable autant pour le personnel soignant et médical que pour le personnel technique et administratif. Ces difficultés à penser la qualité totale sont en outre renforcées par la complexité des organisations de soins.

La complexité des organisations de soins

L'hôpital est une organisation complexe d'abord parce que c'est une organisation en général divisée culturellement et cloisonnée opérationnellement. Comme le fait remarquer Edgar MORIN dans l'ouvrage précité : l'hôpital, « c'est évidemment la compartimentation, les postes bien spécialisés, chacun étant souverain dans son poste et n'empiétant pas sur les autres ; c'est la hiérarchie qui fait que l'on ne peut prendre aucune initiative sans en avoir référé à l'échelon supérieur, l'infirmière à la surveillante, la surveillante au médecin de garde, le médecin de garde au chef de service, etc. » (p 41).

L'hôpital est une structure qui juxtapose des territoires indépendants et qui est soumise à des forces centrifuges considérables car le sentiment d'appartenance à un groupe professionnel l'emporte sur celui d'appartenance à l'organisation. Chaque groupe professionnel a

tendance à s'organiser de manière corporatiste et surtout à ne pas analyser la prise en charge du patient comme un processus global. Or, la mise en place d'un système de qualité à l'échelle de l'établissement, telle qu'elle est requise par l'ordonnance de 1996 précitée (rappelons que ce n'est pas tel ou tel service qui sera accrédité mais bien l'établissement dans son ensemble) ne peut faire l'économie d'une conception globale de la prise en charge.

Or, comme le souligne encore une fois Edgar MORIN, « le problème de l'hôpital, c'est le refus de voir la complexité des problèmes qui se trouvent posés » (p 40 de l'ouvrage précité). Une démarche qualité nécessite d'adopter une approche de type processus dans l'organisation du travail à l'hôpital car la prestation de soins peut être considérée comme une succession chronologique d'évènements qui suppose l'articulation de nombreuses contributions intervenant tout au long d'un processus. C'est bien souvent à l'interface de ces différentes contributions que sont repérés les dysfonctionnements préjudiciables au patient. Or, à l'hôpital, la qualité du service rendu a longtemps été confondue avec la compétence des professionnels dispensant les soins. Cette compétence, indispensable, ne suffit plus. Ce que Michel CREMADEZ et François GRATEAU, dans leur ouvrage sur Le management stratégique hospitalier, appellent le nécessaire « changement du paradigme de la médecine » peut s'énoncer de la façon suivante : désormais, un médecin ne peut plus agir seul et décider seul de ce qui est bon pour le patient, bref parler à sa place. Avec la démarche qualité, le médecin doit considérer l'individu dans son environnement. L'efficacité de son action ne se cantonne plus seulement à un geste technique correct mais dépend aussi de sa capacité à associer des compétences non médicales, soignantes et administratives, à son action et à intégrer les attentes des usagers par rapport à un service rendu, bref à travailler en équipe.

L'implantation et la conduite d'une démarche qualité globale ne peut faire l'économie d'une réflexion sur la complexité des organisations de soins car elle devra s'en accommoder, voire l'utiliser pour faire aboutir ses projets.

La spécificité des valeurs culturelles hospitalières

Par ailleurs, un projet qualité doit veiller à faire des valeurs culturelles propres au milieu hospitalier un atout et non tenter de les nier au profit d'une approche trop normative et

contraignante de la qualité. Plusieurs aspects des identités professionnelles du monde de la santé doivent être pris en compte au moment de l'élaboration d'un projet qualité.

D'une part, les identités professionnelles infirmières, médicales, paramédicales, sont très marquées et s'assimilent à des cultures de métier, transmises par les pairs, souvent par voie orale et véhiculant des valeurs liées à la qualité. D'où une certaine réticence de ces professionnels à se voir imposer des normes écrites de bonne pratique qui peuvent sembler mettre en doute leur professionnalisme. L'interrogation suivante : « on me demande de m'investir dans une démarche qualité ; cela signifie t-il que je n'en faisais pas auparavant ? » est fréquente chez les professionnels hospitaliers confrontés à une démarche qualité.

D'autre part, tout projet de mise en place d'un système qualité global doit tenir compte d'un autre trait culturel important : la valorisation par les acteurs du soin de la responsabilité individuelle et de la prise de décision autonome, marque du professionnalisme qui ne saurait se laisser enserrer dans des normes trop contraignantes. Habités à travailler dans un cadre peu formalisé ou les relations de professionnel à professionnel n'ont rien de bureaucratique, les professionnels de l'hôpital ont tendance à considérer la formalisation comme un carcan inutile voire néfaste.

Ainsi que le souligne le Docteur G. NATHAN (Médecin Inspecteur de Santé Publique du CNEH), l'organisation hospitalière repose sur le pouvoir autonome des professionnels et il existe peu de moyens de corriger les déficiences que néglige le corps médical (défaut de coordination, de stratégie globale, de contrôle des compétences). L'autonomie professionnelle encourage à ignorer les besoins de l'organisation et renforce l'idée d'un découpage fondé sur des spécialités professionnelles indépendantes et régies selon un « système féodal de morcellement de la souveraineté ».

Face à cette complexité des organisations de soins, la question qui se pose au moment de mettre en place un projet qualité global est donc la suivante : Comment réussir l'implication d'acteurs confrontés à un changement culturel profond qui peut remettre leurs pratiques en cause ?

Le défi essentiel de la conduite d'une démarche d'amélioration continue de la qualité des soins réside donc dans la difficulté à promouvoir un mode de management qui respecte la spécificité organisationnelle et culturelle des établissements de soins. Ne pas tenir compte de cette spécificité déboucherait inéluctablement sur l'échec de cette démarche.

2) POUR LE CHSA EN PARTICULIER

De la difficulté d'évaluer en psychiatrie

La mise en place de politiques d'évaluation dans le secteur de la psychiatrie pose deux types de difficultés (qui n'ont pas empêché la conduite d'expériences tout à fait intéressantes dans ce domaine) :

-d'une part, l'évaluation des pratiques professionnelles est délicate parce qu'il est sans doute plus difficile de définir des indicateurs de bonne pratique en psychiatrie que par rapport aux services de médecine somatique,

-d'autre part, l'usager souffrant de maladie mentale est peut-être moins à même que des patients d'un service somatique d'exprimer des attentes et des besoins cohérents par rapport à l'établissement de soins qui l'accueille.

Concernant le premier de ces points, J-M. ANGLERAUD, Président de l'AERPSY en 1990, affirme dans un ouvrage sur l'Évaluation des soins en santé mentale : « Choisir des groupes de pathologies homogènes comme cela se fait parfois dans certains secteurs de la médecine somatique ? Inefficient. (...) Sous un même vocable nomenclaturé de la pathologie se trouvent des états de gravité extrêmement variables sous les angles du degré de la souffrance du malade, du retentissement relationnel ou social des troubles, enfin de leur pronostic. » L'évaluation en psychiatrie présente un intérêt à condition que l'on puisse mettre cette évaluation en perspective, en la comparant dans le temps à des pratiques antérieures ou dans l'espace par rapport à ce qui se fait dans d'autres structures de soins. Or, la définition de références communes en psychiatrie pose davantage de problèmes que pour tout ce qui a trait à la médecine

somatique, notamment parce que, ainsi que le souligne l'auteur précité : « (...) chacun sait bien que l'indication d'un traitement n'est qu'une apparence pseudo savante dans la rencontre singulière entre un patient et son (ou ses) thérapeute(s) » (p 125).

Plusieurs expériences de construction d'un manuel de références de bonnes pratiques spécifique à la psychiatrie ont été menées (on pense notamment au référentiel du Bureau d'Assurance Qualité de l'Hospitalisation Privée Psy, validé en 1997), mais de façon générale, ces référentiels sont rarement consensuels parmi les professionnels de la psychiatrie. C'est sans doute l'une des raisons pour lesquelles l'ANAES a choisi de n'élaborer qu'un seul manuel de références, valable pour tous les établissements et tous les types de structures de soins.

D'autre part, les démarches qualité placent le patient au cœur de leurs travaux. Elles visent à répondre aux attentes et besoins objectifs et subjectifs exprimés par les patients afin d'augmenter leur niveau de satisfaction. Or, en psychiatrie, l'expression et le recueil des besoins des patients peuvent poser problème. J-M. ANGLERAUD, dans l'ouvrage cité plus haut indique : « Ce critère [la satisfaction des patients] devrait être le plus élevé, le plus pertinent. Seulement tous ceux qui en ont un tant soi peu l'expérience savent combien il est ardu d'obtenir une estimation stable du degré de confort psychique du patient par lui-même tant sa réponse est sujette à fluctuation en fonction des conditions de recueil de l'information. Et de toute manière, rendre le patient seul juge de lui-même revient à nier les contraintes de la dynamique conflictuelle de la personnalité, génératrices obligées d'incontournables zones aveugles. »

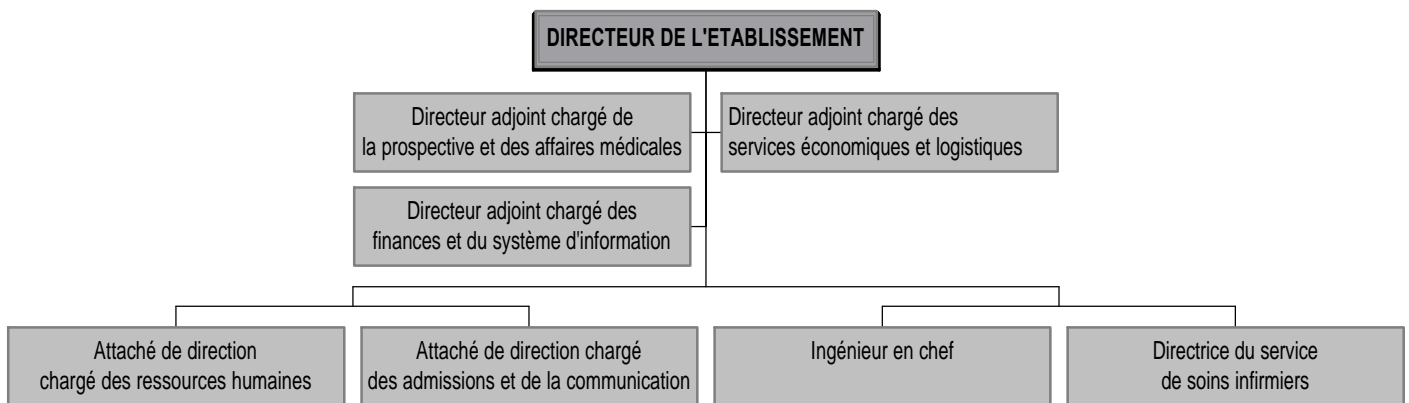
Sans vouloir développer davantage une problématique complexe on peut donc s'interroger sur la capacité des patients de psychiatrie à exprimer des besoins et sur la meilleure façon dont leurs interlocuteurs peuvent les recueillir et les traiter pour en faire le critère principal d'une démarche d'amélioration de la qualité des soins.

Présentation synthétique du CHSA

De façon très schématique, il nous semble important de présenter en quelques items le CHSA avant d'analyser sa situation et le ressenti de son personnel par rapport aux démarches qualité.

La direction

Elle est organisée de manière assez classique et présentée dans l'organigramme suivant:



Le personnel

	Total 1998
Personnel non médical	2228
Administratif	258
Soignant éducatif	1601
Technique	291
Médico-technique	78
Personnel médical	417
TOTAL GENERAL	2645

L'organisation médicale

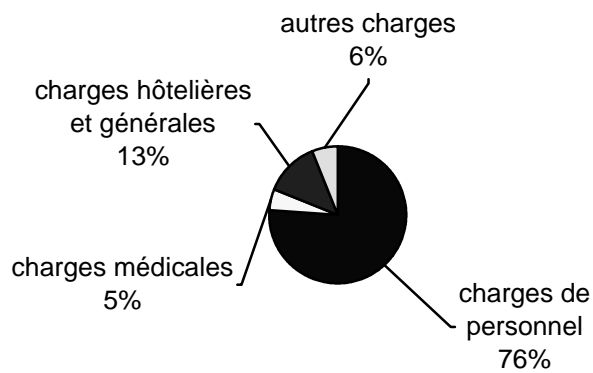
Services	Nombre de lits et places au 01/01/99
<p>Les services psychiatriques</p> <p>-L'hôpital Sainte-Anne répond aux besoins de santé mentale des personnes domiciliées dans cinq arrondissements parisiens (5^e, 6^e, 14^e, 15^e, 16^e) se répartissant en sept secteurs adultes et deux inters secteurs infanto-juvéniles.</p> <p>-L'hôpital Sainte-Anne dispose également de deux services hospitalo-universitaires : le SHU (service hospitalo-universitaire de santé mentale et de thérapeutique) et la CMME (clinique des maladies mentales et de l'encéphale).</p> <p>-Le Centre Psychiatrique d'Orientation et d'Accueil (CPOA) reçoit les urgences psychiatriques de la région parisienne 24h/24h.</p> <p>-Le Service Médico Psychologique Régional (SMPR) prend en charge les patients détenus à la maison d'arrêt de la Santé.</p>	<p>402 lits d'hospitalisation à temps complet</p> <p>58 lits d'hospitalisation de semaine</p> <p>21 lits d'hospitalisation de nuit</p> <p>91 lits de foyers de post-cure</p> <p>130 places d'hôpital de jour</p> <p>10 places en centre d'accueil</p> <p>4 lits en centre de crise</p> <p>17 places en accueil familial thérapeutique</p>
<p>Les services médico-chirurgicaux</p> <p>Quatre services ou départements sont regroupés dans le centre Raymond Garcin :</p> <ul style="list-style-type: none"> -La neurologie -La neurochirurgie -La chirurgie -La neuro-réanimation 	<p>50 lits de neurologie (dont 13 lits de semaine, 8 lits réservés aux patients victimes d'AVC et 2 places d'hôpital de jour)</p> <p>45 lits de neurochirurgie (dont 16 lits de semaine)</p> <p>23 lits de chirurgie (dont 3 lits de semaine)</p> <p>19 lits de neuro-réanimation</p>
<p>Les services médico-techniques</p> <p>Le centre Raymond Garcin dispose de plusieurs services médico-techniques :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Un département d'imagerie morphologique et fonctionnelle composé de 4 grands secteurs d'activité (médecine nucléaire, neurophysiologie clinique, neuroradiologie conventionnelle, unité vasculaire diagnostique et thérapeutique) -Le laboratoire d'anatomie pathologique -Le laboratoire de biologie -La pharmacie -La rééducation fonctionnelle et la balnéothérapie 	
<p>Les consultations externes</p> <p>Des consultations pour les patients hospitalisés ou extérieurs sont organisées dans différentes spécialités : dermatologie, gynécologie, cardiologie, rhumatologie, ORL, ophtalmologie, médecine générale, urologie, phlébologie, etc.</p>	

Le budget

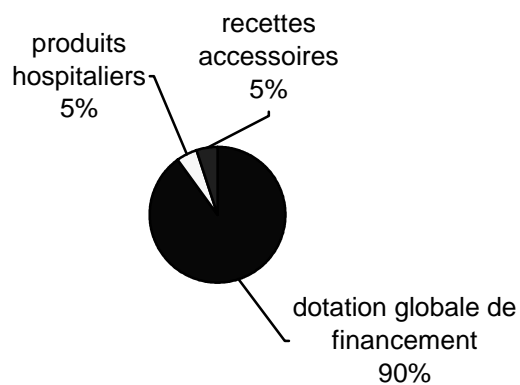
Budget d'investissement 1998 : 145 943 000 F

Budget d'exploitation 1998 : 829 679 000 F

Une dépense de 100 F du CHSA se répartit comme suit :



Le financement de cette dépense de 100 F est assuré comme suit :



Le CHSA et la démarche qualité

Le CHSA est un établissement de soins complexe, spécialisé dans le traitement d'un organe, le cerveau. C'est un établissement réputé, dont l'histoire est vieille de plus de trois siècles, et au sein duquel le corps médical dispose d'un pouvoir relativement important. Toute démarche qualité doit tenir compte de cet environnement particulier.

De l'avis de la direction, il n'existait jusqu'à ce jour aucune véritable « culture qualité » dans l'établissement. Sans doute, de nombreuses actions ponctuelles ont-elles été menées dans le but d'améliorer la qualité et la sécurité des soins et des prestations hospitalières dans différents services de soins ou dans des services techniques et administratifs. Mais ces actions ont généralement été conduites par des groupes de travail restreints voire par des personnes isolées (tel médecin pour les patients dont il s'occupe plus particulièrement par exemple) sans véritable cohérence à l'échelle de l'établissement et souvent sans associer activement les utilisateurs aux projets engagés. A ce titre, on ne pouvait donc effectivement pas parler de « culture qualité » propre au CHSA. C'est également un élément essentiel à prendre en compte lors des réflexions préalables sur la façon la plus appropriée de conduire une démarche qualité.

D'une façon générale, la grande majorité du personnel du CHSA a développé une attitude d'emblée assez suspicieuse par rapport au projet de la direction sur l'accréditation. Des entretiens menés avec différentes catégories de personnel sur la façon dont ils avaient perçu les prémices de la démarche mettent en évidence leurs réticences ou leurs craintes.

Qu'ils soient soignants, médecins, administratifs ou techniques, les membres du personnel de l'établissement appréhendent généralement ce qu'ils considèrent comme un encadrement contraignant de leurs pratiques professionnelles. Ils dénoncent le fait que cet encadrement empêche les nécessaires adaptations sur le terrain et tous redoutent ce qu'ils appellent une « inspection » de leur travail. Parfois l'accréditation est perçue comme un moyen déguisé pour l'administration de faire de nouvelles économies budgétaires et de diminuer des effectifs, voire de fermer des services entiers de l'établissement.

Dans les services de psychiatrie, le personnel se pose plus particulièrement la question de l'adaptation du Manuel de l'ANAES à la diversité des prises en charge psychiatriques et à la pratique de secteur.

Les personnels administratifs et techniques, moins habitués que les personnels soignants et médicaux à travailler en étroite collaboration avec le patient, redoutent l'intrusion de ce nouveau critère, la satisfaction du patient, dans l'appréciation qui pourra être faite de leur travail.

Quand ils ne sont pas craintifs, les membres du personnel sont souvent dubitatifs par rapport à ce projet. Certains soignants et médecins s'interrogent sur la légitimité et sur la capacité de la direction à piloter un projet qui les intéresse au premier chef. Un des médecins interrogés a évoqué le « bachotage accréditation » mis en place uniquement pour se conformer sur le papier à une obligation réglementaire sans tenir compte de tout ce qui avait déjà été accompli sur l'établissement.

Nombreux enfin sont ceux qui doutent qu'un tel projet puisse déboucher sur des résultats concrets et visibles dans les services. Certains ont cité l'exemple des questionnaires de sortie, utilisés depuis longtemps et jamais exploités. « Beaucoup de bruit pour rien » est un sentiment encore assez répandu lors du lancement de la démarche.

Bien sûr, l'ensemble du personnel hospitalier n'est pas réfractaire à la démarche lancée par l'administration. Nous avons rencontré des médecins, notamment, tout à fait enthousiastes par rapport à ce projet et qui ont travaillé en étroite collaboration avec la direction pour le mettre en place et le conduire. Mais d'une façon générale, le personnel du CHSA n'a pas compris d'emblée l'intérêt de ce projet, comme en témoigne le faible taux de réponses enregistrées suite à un questionnaire envoyé à l'ensemble du personnel et relatif aux principales questions faisant problème dans l'établissement (CF infra p 36 et questionnaire en annexe n°5).

B/ LES CHOIX STRATEGIQUES DE LA DIRECTION POUR FAIRE ACCEPTER LE PROJET QUALITE

A l'issue d'une longue période de réflexions sur tous les aspects qui viennent d'être évoqués, le Directeur de l'établissement a effectué un ensemble de choix méthodologiques sur lesquels il convient maintenant de se pencher.

Si l'on considère que la stratégie est l'art d'organiser les relations entre une organisation et son environnement et qu'une démarche stratégique a pour objet d'organiser l'action collective en orientant la dynamique des acteurs vers la recherche de synergies, on peut affirmer sans aucun doute qu'au CHSA une véritable « stratégie qualité » a été élaborée et mise en place afin de transformer la démarche accréditation, qui pouvait être vécue comme une menace, en une opportunité garante de l'avenir de l'établissement.

1) L'ACCREDITATION, AXE ESSENTIEL DU PROJET D'ETABLISSEMENT

D'emblée, le choix a été fait de présenter la démarche accréditative comme un élément essentiel conditionnant le devenir de l'établissement. La globalité, la transversalité et la complexité d'une telle démarche, ainsi que la volonté de la direction de fixer des repères pour l'implication des acteurs de l'hôpital ont conduit la direction du CHSA à faire ce choix.

La démarche qualité doit être resituée dans une approche globale

D'une part, en effet, il semble difficile de ne pas lier l'accréditation et la stratégie globale des établissements de soins. Un projet qualité ne peut être qu'un projet transversal, mis en œuvre sur l'ensemble de l'établissement et qui implique une mobilisation tous les acteurs de l'hôpital. Son succès dépend donc fortement de sa capacité à sensibiliser et à impliquer tous les professionnels et de ce succès dépendra indéniablement le devenir de l'établissement. Même si officiellement il n'y a pas de lien entre le rapport produit par l'ANAES et le budget global alloué

à un établissement, on imagine mal que les Agences Régionales de l'Hospitalisation destinataires de ces rapports ne s'en servent pas au moment de faire des arbitrages financiers. Les conclusions de ces rapports seront par ailleurs à la disposition du public et dans un environnement hospitalier de plus en plus concurrentiel, un établissement non accrédité verra inéluctablement diminuer ses « parts de marché ».

La démarche accréditative est donc un élément essentiel pour la survie des établissements hospitaliers et elle peut s'inscrire parfaitement dans une stratégie d'établissement en ce qu'elle est à même de fédérer les différents aspects d'un tel projet autour de la satisfaction du patient et donc de le rendre cohérent. En effet, La stratégie globale des établissements de santé a résulté pendant longtemps de l'addition de stratégies médicales individuelles (celles d'individus) ou fractionnées (développer tel service, tel équipement), sans cadre coordonné et cohérent. Or, le contexte législatif récent impose une véritable stratégie collective aux établissements. L'allocation des moyens étant limitée, la stratégie collective ne peut plus être perçue comme moyen de développement global de chaque projet individuel. Elle devient un moyen de développer l'institution hospitalière, celle-ci devant alors réaliser collectivement des choix et les prioriser. La démarche qualité qui s'impose à tous avec une obligation de résultats et qui suppose une collaboration étroite entre individus et entre services, entre l'administration et le personnel soignant devrait incontestablement jouer le rôle d'élément fédérateur de la stratégie globale de l'établissement.

Le Projet d'Etablissement permet de donner des repères aux acteurs hospitaliers

D'autre part, les acteurs hospitaliers se positionnent certes avant tout en fonction des perspectives concrètes de leur propre devenir, mais celui-ci est indissociable des perceptions qu'ils ont des enjeux de l'institution à laquelle ils appartiennent. Autrement dit, concernant le thème de la qualité, chaque acteur de santé peut se dire : « satisfaire les patients, très bien, mais que va devenir mon établissement, mon activité, ma situation de travail ? » Face à ces interrogations bien légitimes, le projet qualité du CHSA se devait de donner aux professionnels de l'établissement une visibilité de l'évolution de celui-ci par rapport à laquelle ils auraient à se positionner. Ce projet ne peut réussir que si le personnel dans sa très grande majorité y adhère. Or, ainsi que le soulignent CREMADEZ et GRATEAU dans Le management stratégique hospitalier,

cette adhésion suppose la restauration d'un « contrat psychologique [entre l'établissement et son personnel] fondé sur des images positives et gratifiantes, sur une plus grande maîtrise par les acteurs du devenir de leur institution » (p. 277). A ce titre, le Projet d'Etablissement est un excellent moyen de redéfinir ce « contrat psychologique » et la démarche qualité peut être un excellent vecteur d'images positives.

L'enjeu essentiel de la direction consistait donc à ce stade à faire de la qualité un point essentiel du Projet d'Etablissement élaboré de concert avec le corps médical, ceci afin de permettre aux acteurs de l'hôpital de situer la qualité non pas comme une idée abstraite mais comme un projet global mobilisant.

Le Directeur du CHSA s'est donc attaché, lors des travaux préparatoires à l'élaboration du Projet d'Etablissement à rencontrer et à sensibiliser chacun des chefs de service à la démarche qualité et à l'enjeu qu'elle représentait pour l'établissement. Un discours très clair a été tenu : face à un environnement concurrentiel de plus en plus exacerbé, la qualité est un facteur clef de la stratégie des établissements. L'environnement hospitalier est certes caractérisé par un resserrement des contraintes économiques. Mais celles-ci peuvent être associées à une dynamique positive si elles s'accompagnent d'une adaptation des modes d'action montrant que l'on est toujours en mesure de progresser. Or, la qualité est une opportunité fabuleuse de démontrer que l'on peut encore progresser et se moderniser et de cette modernisation va dépendre le devenir de l'établissement. La direction de l'établissement s'est donc efforcée d'adopter un discours objectif et positif par rapport à la démarche qualité en prenant garde à ce que celle-ci ne se limite pas dans l'imaginaire du personnel du CHSA à un simple outil de rationalisation des coûts.

A l'issue de la campagne de sensibilisation menée par la direction, essentiellement auprès des chefs de service de l'établissement, le principe d'une nécessaire démarche qualité à l'échelle de l'hôpital semblait acquis.

Le Projet d'Etablissement du CHSA adopté en 1997 et intitulé « Au service du malade : s'adapter pour progresser » se décline en quatre axes transversaux :

- «-se rapprocher des usagers
- humaniser
- soigner en toute sécurité
- s'engager dans une démarche qualité »

Le leitmotiv de la qualité et de la sécurité des soins est sous-jacent dans l'ensemble de ce document, qu'il s'agisse du projet médical ou du projet administratif. Mais pour que ce leitmotiv ne reste pas lettre morte, encore convenait-il de confier cette mission à une structure qui soit à la fois reconnue comme légitime et compétente pour la mener à bien.

Le choix des coordinateurs : la DPAM, la Permanence Qualité et la Cellule Accréditation

La stratégie d'anticipation à l'accréditation a été d'emblée confiée à la Direction de la Prospective et des Affaires Médicales (DPAM). Pourtant le choix de confier cette mission à un responsable administratif et en particulier à la DPAM n'allait absolument pas de soi.

En effet, on aurait pu imaginer, ainsi que cela s'est vu dans de nombreux établissements, de faire appel à une société extérieure de consultants, dont certaines sont désormais spécialisées dans le domaine de la qualité hospitalière. Cette solution est souvent privilégiée car elle présente de nombreux avantages : objectivité et indépendance d'un regard extérieur à l'établissement, expertise reconnue et expériences multiples permettant de trouver la solution la plus adaptée à un établissement en particulier. De fait, la plupart des établissements français qui se sont lancés dans la procédure d'accréditation ont fait appel, à un moment ou à un autre de leur démarche, à une société extérieure, notamment pour réaliser un audit qualité mais aussi parfois pour conduire l'ensemble de la démarche.

Au CHSA, le corps médical s'est toujours montré absolument réfractaire à l'idée de recourir à des sociétés extérieures et chaque fois que cela a été fait, cela a conduit inéluctablement à l'échec du projet en question. Les médecins du CHSA vivent en effet comme une ingérence l'appel à des sociétés extérieures et à des individus jugés incapables de « comprendre la culture Sainte-Anne ». D'emblée, le recours à un consultant privé pour conduire la démarche accréditation au CHSA a donc été écarté.

Par ailleurs, certains médecins s'étaient depuis longtemps formés à la qualité des soins et pouvaient donc prétendre assurer le rôle de pilote de la démarche du CHSA. En effet, les premières expériences d'évaluation dans le domaine de la santé en France ont concerné les technologies médicales et les médecins, conscients de l'impact que la recherche accrue d'économies pourrait avoir sur leur liberté d'exercice, se sont lancés dans des démarches de qualité destinées à démontrer le bien fondé de leurs stratégies thérapeutiques et l'intérêt d'une autorégulation dans ce domaine.

P.F CHANOIT, président de l'Association Française de Psychiatrie et de Psychopathologie Sociales (en 1990), dans L'évaluation des soins en santé mentale explique : « les forces qui imposent l'évaluation de nos pratiques sont incontournables et nous obligent à réfléchir et à participer à ce processus. Si nous n'y sommes pas associés, il se fera sans nous, sur des bases et des données qui ne seront pas forcément dans l'intérêt de nos malades » (p. 10). Au CHSA, de nombreux médecins s'étaient faits la même réflexion et s'étaient donc formés, grâce aux travaux des sociétés savantes, aux démarches de qualité des soins et pouvaient donc penser faire figure d'experts en la matière et prétendre éventuellement animer une démarche de ce type au CHSA.

Cette solution est cependant rapidement apparue comme inenvisageable car il était essentiel que cette mission, en raison de son caractère stratégique pour l'établissement, apparaisse comme pilotée par la direction générale de l'établissement. Par ailleurs, l'optique strictement scientifique et technicienne retenue par les médecins aurait été insuffisante pour évaluer et contribuer à renforcer la satisfaction des patients.

La direction était donc placée devant la problématique suivante : le principe de l'accréditation avait été accepté par le corps médical mais celui-ci refusait l'idée de faire appel à une société extérieure, ne reconnaissait à l'administration de l'établissement aucune expertise dans ce domaine, à juste raison d'ailleurs, et certains membres du corps médical prétendaient conduire eux-mêmes cette démarche.

Face à cette situation a priori inextricable, c'est finalement la Direction de la Prospective et des Affaires Médicales (DPAM) qui a été investie, en collaboration étroite avec la Direction Générale, de la mission de préparer le CHSA à l'accréditation.

En effet, vu la complexité et la transversalité de la démarche à conduire, il est apparu judicieux de charger la même direction qui avait préparé le Projet d'Établissement de mener la démarche qualité du CHSA. A cette occasion, le responsable de cette direction transversale, Elisabeth TOME-GERTHEINRICHS avait en effet accumulé un « capital confiance » précieux auprès des médecins et des soignants en général et elle avait surtout fait la preuve de sa capacité à mener à bien des projets novateurs. Madame TOME-GERTHEINRICHS connaissait en outre parfaitement l'établissement y exerçant successivement les fonctions de Directeur des Finances et de Directeur des Ressources Humaines dans lesquelles elle avait toujours été grandement appréciée.

Se posait alors toujours la question de la compétence de l'administration en matière de démarche qualité : comment acquérir et surtout comment faire reconnaître l'expertise de l'administration dans un domaine si novateur ?

Cette question a été réglée en deux temps :

Dans un premier temps, Madame TOME-GERTHEINRICHS a suivi plusieurs formations aux démarches qualité afin d'acquérir les outils méthodologiques essentiels pour se positionner comme « experte qualité » vis-à-vis des médecins et pour imaginer et concevoir une méthodologie d'action adaptée au CHSA.

Dans un second temps, une Permanence Qualité rattachée à la DPAM a été créée. Le choix a été fait d'intégrer dans cette structure à la fois quelqu'un qui connaisse bien l'établissement et qui ait été sensibilisé aux difficultés des services et quelqu'un qui puisse être reconnu comme véritable « expert qualité » aux yeux du personnel de l'établissement.

Cette Permanence est donc composée de deux personnes à temps plein qui sont chargées d'apporter une aide méthodologique, d'animer et de planifier les travaux :

- Un jeune adjoint des cadres qui a commencé sa mission à la Permanence Qualité en effectuant un stage de six mois dans tous les services de l'établissement afin d'observer leur fonctionnement quotidien mais aussi de sensibiliser le personnel à la démarche accréditation.

Cette personne a été choisie parce qu'elle n'était pas encore « enfermée » dans le système administratif.

- Une « experte qualité » anglo-saxonne, recrutée à la fin de l'année 1997 et dont l'expérience passée (la conduite de démarches qualité notamment dans un établissement similaire au CHSA à Newcastle) est le gage d'une certaine compétence en la matière.

Enfin, une « Cellule Accréditation » regroupant tous les chefs de service de l'établissement ainsi que les responsables des différentes directions fonctionnelles, des représentants des usagers et des cadres supérieurs a été créée au tout début de l'année 1998. Cette Cellule Accréditation (CF composition, annexe 3) est en quelque sorte la « tête pensante » de la démarche devant laquelle devront être validés à la fois les thèmes de travail retenus et les choix méthodologiques opérés. Elle se réunit une fois par trimestre et réalise un bilan régulier de la démarche en cours.

En définitive, l'enjeu essentiel de toute cette période de réflexions préalables a résidé dans la difficulté à convaincre que la direction de l'établissement pouvait se prévaloir d'une véritable expertise en matière d'accréditation et était donc légitime pour conduire cette mission. Le pari a été fait que la DPAM et elle seule, dans le contexte particulier du CHSA, était en mesure d'initier cette stratégie, grâce au crédit dont bénéficiait son responsable auprès des médecins de l'établissement et notamment du président de la Commission Médicale d'Etablissement.

La première « journée accréditation » organisée par le CHSA le 9 janvier 1998 a marqué le coup d'envoi de la démarche accréditation dans l'établissement. Elle a été l'occasion de tester la réactivité du personnel à cette question et de vérifier que les choix faits par la direction avaient été pertinents. Le succès de cette journée, l'écho qu'elle a eu dans les services et l'intérêt qu'y ont porté les médecins l'ont largement démontré. Preuve était faite à l'issue de cette journée que l'ensemble de l'administration s'était finalement imposé comme acteur légitime pour conduire le projet d'accréditation au CHSA.

2) DEFINIR ET EXPLICITER LES OBJECTIFS DE LA DEMARCHE, LES ECUEILS A EVITER

Un projet de l'ampleur de celui de la qualité a toutes les chances d'échouer si ses fins ultimes ne sont pas précisées et sans cesse rappelées. Peu important les moyens mis en œuvre, si les acteurs impliqués dans une démarche qualité, autrement dit l'ensemble du personnel d'un établissement de soins, ne perçoivent pas de façon très clair les objectifs d'une telle démarche, celle-ci est certainement vouée à l'échec.

Placer l'utilisateur au centre de la démarche

L'hôpital n'a pas toujours considéré le patient comme le client de ses prestations. Il est vrai que le contexte de dépendance dans lequel est placé l'utilisateur d'un service médical s'oppose souvent à sa reconnaissance en tant qu'interlocuteur à part entière de l'équipe soignante chargée de sa prise en charge.

La spécialisation croissante des compétences et des technologies d'investigation et de soins, le nombre croissant d'intervenants médicaux et paramédicaux, la taille de plus en plus importante des établissements, en bref, l'éclatement et la complexité de l'hôpital conduit à ce que l'attention des personnels est finalement peut-être parfois plus centrée sur des actes techniques, souvent standardisés et répétitifs, au détriment de l'objectif : le service du patient.

Au total, on perd de vue plusieurs éléments fondamentaux pour assurer aux usagers une prise en charge de qualité :

-on oublie l'importance relative des tâches les unes par rapport aux autres ;

-on ne prend pas en considération le fait que la prise en charge est une action collective, au cours de laquelle chaque acteur détient seulement une partie du savoir et des ressources nécessaires à la satisfaction du patient ;

-on ne tient pas compte de la cohérence globale, dans un processus de prise en charge, entre les activités de soins et les autres.

Sur le plan réglementaire au demeurant, les premiers textes relatifs aux démarches qualité, et aux démarches d'assurance qualité surtout, n'ont pas mis d'emblée l'utilisateur au centre de la démarche. C'est peu à peu que le discours du législateur a évolué d'une incitation à l'évaluation médicale (1991) vers l'obligation d'évaluer régulièrement la satisfaction des patients d'une part par rapport au service de base, la prestation de soins et d'autre part au regard du service associé à cette prestation, l'hôtellerie notamment.

Mettre l'utilisateur au centre de la démarche qualité suppose en effet d'explorer 3 domaines de la prise en charge :

-les besoins physiologiques bien sûr, qui sont encore souvent le seul domaine pris en considération en raison d'une vision techniciste de la médecine,

-les besoins psychologiques à la fois du patient et de ses accompagnants éventuels,

-les besoins sociaux enfin : on considère fréquemment que leur prise en compte doit incomber à l'administration. C'est faux et c'est d'autant moins vrai dans les établissements psychiatriques qui doivent faire face à une demande de plus en plus sociale en plus de la demande sanitaire traditionnelle.

Il est absolument fondamental dans un souci de qualité de la prise en charge que le patient soit donc reconnu dans toutes ses dimensions : physiques, intellectuelles, morales et sociales. Mais cela ne suffit pas. Le pas décisif à franchir consiste à donner réellement la parole à l'utilisateur.

L'écueil majeur à éviter en la matière serait de parler à la place du patient en prétendant « savoir ce qui est bon pour lui ». C'est trop souvent cette attitude qui a prévalu dans un souci d'efficacité et de rapidité : certaines personnes, souvent haut placées dans la hiérarchie hospitalière, étaient considérées comme dépositaires d'un savoir incontestable qui les autorisait à prendre la parole à la place de l'utilisateur. Or personne ne peut prétendre connaître avec certitude le point de vue des patients. Le Professeur TERRA, psychiatre et expert de l'ANAES, qui est intervenu à plusieurs reprises au CHSA aime à raconter l'anecdote suivante : la question de savoir quelle était la première attente des patients hospitalisés dans un établissement

psychiatrique a été posée à un grand nombre de médecins psychiatres ; leurs réponses étaient souvent les mêmes : « être soigné », « aller mieux », « pouvoir mener une vie normale », etc. Or, en interrogeant les patients de psychiatrie, on s'aperçoit que dans la grande majorité des cas la réponse que eux apportent est celle-ci : « être pris au sérieux ».

Le patient : la seule approche vraiment consensuelle pour bâtir une démarche qualité

Placer le patient au cœur de la démarche est indispensable pour ne pas biaiser dès le départ la démarche qualité. Cette approche présente en outre l'avantage essentiel de fédérer les différents acteurs d'une démarche qualité autour de l'idée a priori consensuelle, de la satisfaction des patients.

L'analyse des processus de soins permet en effet, en se plaçant du point de vue de l'utilisateur, de concilier, en les hiérarchisant par rapport aux besoins du patient et non par rapport aux logiques de métier qui les sous-tendent, des niveaux de contraintes distincts. Seule la satisfaction du patient peut permettre de réconcilier en théorie des points de vue et des approches différentes.

Repérer les dysfonctionnements organisationnels : clarifier la relation entre la structure et les processus

Dans une organisation complexe, c'est le plus souvent aux interfaces des différents processus à l'œuvre que l'on repère les principaux dysfonctionnements qui compromettent la qualité. Cela est d'autant plus vrai dans les organisations de soins en raison du fort cloisonnement qui persiste entre les différents services de soins et entre ceux-ci et les services logistiques et administratifs en général. Chacun peut bien effectuer sa mission sans pour autant que la qualité de la prestation hospitalière soit satisfaisante si la jonction entre les différentes étapes du processus de soin ne se fait pas correctement.

C'est ainsi que dans le monde industriel, pionnier en matière de politique de qualité, on est passé de la rationalisation de l'organisation de la production à la réorganisation des processus : initialement la responsabilité de la qualité incombait au producteur professionnel ou à l'agent

maîtrisant le processus de production ; la qualité était alors le fruit d'une responsabilité individuelle. Petit à petit cette vision a évolué vers l'idée d'une responsabilité collective de la qualité maîtrisée par tous de façon transversale.

Le Docteur DEMING, dans ses très importants travaux sur la qualité (Hors de la crise, Eonomica, 1991), a ainsi établi la distinction fondamentale qui existe entre les deux grands types de causes de dysfonctionnement d'une organisation. Il a identifié, d'une part les causes spéciales dues à la personne, et, d'autre part, les causes communes dues au système. Le résultat de ses études est le suivant : les causes communes de dysfonctionnement dues au système et dont le management est responsable représentent 94% des problèmes identifiés, et les causes spéciales, dont on peut rendre responsables les individus, seulement 6%.

Ainsi, de plus en plus, la qualité qui doit être recherchée est celle de la coordination des processus entre eux et donc de l'organisation dans son ensemble. Mettre l'accent sur les dysfonctionnements organisationnels apparaît à la fois primordial car c'est là que l'essentiel se joue, aux interfaces de la complexité, mais cette optique permet, en outre, d'éviter de mettre en cause les compétences et les comportements des individus. Une telle mise en cause compromettrait l'ensemble de la démarche qui serait alors perçue comme une véritable inspection pouvant déboucher in fine sur des sanctions disciplinaires individuelles.

Comme nous l'avons développé plus haut, le cloisonnement entre les services est l'un des éléments caractéristiques des organisations de soins. Avec la notion de structure de prise en charge, l'hôpital se décline encore souvent en unités territoriales distinctes regroupant des équipes soignantes se dédiant à une activité (centrée sur un organe ou sur une pathologie). Les processus de prise en charge de tel ou tel service sont perçus comme indépendants de ceux mis en place dans des structures connexes.

Or, l'évolution des prestations hospitalières rend ce schéma caduc car le bon déroulement des prestations hospitalières est de plus en plus contraint par des phénomènes qui prennent naissance hors des structures de soins mais à l'interface de ces structures. Ainsi, un service de consultations et un service d'imagerie médicale peuvent être parfaitement organisés en interne, mais si aucune réflexion n'a été menée sur le circuit du patient entre ces deux services, celui-ci aura toutes les chances de ne pas être satisfait de la prestation dont il bénéficie.

La mission de l'administration et de la direction fonctionnelle investie du projet qualité sera de convaincre le personnel qu'il faut prioritairement se pencher sur ces dysfonctionnements organisationnels. Mais cet objectif nécessite toute une étude sur l'organisation du travail et sur les interdépendances entre fonctions et entre services.

A ce stade, c'est en général les médecins qu'il faut convaincre de l'intérêt de cette approche. Ils sont en effet, parmi les soignants, peut-être moins sensibles et moins formés que les paramédicaux à l'organisation du travail et ils sont également plus soucieux de leur indépendance. Ils sont souvent hostiles à la formalisation qui leur paraît une tâche subalterne et un facteur de restriction de leur liberté d'action. Contrairement au corps infirmier, un certain nombre d'entre eux n'est pas préparé à assurer des tâches d'encadrement et d'organisation du travail. Les paramédicaux y sont en général mieux préparés mais le fait qu'ils ne soient pas considérés comme légitimes pour organiser globalement le travail de l'ensemble des intervenants nuit à l'efficacité de leur action.

Les services logistiques pour leur part commencent à adopter cette culture de formalisation des processus (mise en place au CHSA d'une démarche HACCP à la cuisine centrale par exemple) mais ils restent encore trop isolés du contexte soignant. Les efforts qu'ils fournissent ne débouchent donc pas systématiquement sur un surcroît de satisfaction pour l'usager (ainsi, par exemple, le contrôle de la qualité de la restauration s'arrête à la porte des offices des services de soins).

Le pari de la direction du CHSA consistait donc à partager avec l'ensemble du personnel de l'établissement cette vision globale de l'établissement afin, d'une part d'être efficace, autrement dit de repérer les dysfonctionnements majeurs de l'hôpital et d'y remédier, et, d'autre part, de bien faire comprendre à chacun que la démarche accréditative n'allait pas être l'occasion de remettre en cause les compétences ou la façon de faire des individus. Cet aspect de la démarche est absolument essentiel dans la mesure où la méthodologie qui a été choisie pour conduire le projet qualité au CHSA visait à impliquer le plus grand nombre de personnes possible. Pour la première fois, la parole a été donnée à la « majorité silencieuse » de l'établissement, autrement dit à l'ensemble du personnel qui auparavant était rarement consulté sur les grands enjeux de l'hôpital. Le fait de donner ainsi la parole au plus grand nombre présente tous les

avantages d'une démarche participative (en termes de d'adhésion au projet, d'actions consensuelles, d'implication personnelle notamment) mais présente également l'inconvénient suivant : le risque existe indéniablement de voir pointer des propos accusateurs et délateurs sur la façon de faire d'un tel ou d'un tel, propos qui doivent être bannis a priori dans le cadre d'une démarche visant à repérer et à remédier aux dysfonctionnements organisationnels au sein de l'établissement.

La réflexion sur les objectifs de la démarche et sur les différents écueils à éviter ainsi que la présentation des conclusions de cette réflexion à l'ensemble du personnel de l'établissement constitue donc l'une des étapes essentielles de la mise en place d'un projet qualité. Au CHSA, le discours a été clair dès le début : le but de la démarche était d'améliorer de façon continue la qualité et la sécurité des soins en donnant à l'utilisateur une place centrale et en remédiant aux dysfonctionnements organisationnels.

En définitive, le Docteur MAGUEREZ, de l'ANAES, identifie trois facteurs clefs pour initier un projet d'amélioration de la qualité :

- un niveau d'engagement de l'établissement suffisant
- la précision des objectifs du projet
- le charisme du responsable de projet

A l'issue de cette première partie de notre propos sur la meilleure façon de faire accepter un changement majeur dans un établissement de soins, on peut considérer que les trois conditions énoncées par le Dr MAGUEREZ ont été remplies. L'engagement dans la procédure d'accréditation constitue en effet un axe essentiel du Projet d'Etablissement du CHSA, ses objectifs ont été régulièrement clairement affirmés et enfin la personne investie de cette mission jouit d'un crédit important auprès de l'ensemble du personnel de l'établissement et particulièrement auprès du corps médical. La première étape de ce projet, faire accepter l'idée d'une démarche qualité menée à l'échelle de l'établissement, avait donc toutes les chances d'être franchie avec succès. De fait, la forte implication d'un certain nombre de membres du personnel dans la démarche, de même que l'absence de contestation du principe même du projet qualité initié à compter de janvier 1998 témoignent largement de l'acceptation de celui-ci par la majorité du personnel du CHSA.

II/ CONDUIRE LE CHANGEMENT : UNE DEMARCHE PARTICIPATIVE CENTREE SUR L'USAGER

C'est une chose de faire accepter l'idée d'accréditation dans un établissement de santé, mais cela en est une autre de conduire ce projet au quotidien. La mobilisation des acteurs ne se décrète pas et afin que ceux-ci s'investissent dans la démarche qualité, il convient qu'ils y soient associés dès le départ. Le pari de la direction du CHSA a consisté à mettre en place un système aussi participatif que possible, autrement dit qui implique le plus grand nombre de personnels sur l'établissement, tout en suivant une méthodologie de travail rigoureuse et pragmatique.

La conduite du changement doit en effet se placer dans une perspective résolument empirique. Opportuniste et réactive, elle consiste à affronter et à contourner la résistance au changement que tous les individus concernés manifestent inéluctablement, car ils doutent de la pertinence du modèle qui leur est proposé et de la nécessité de changer de modèle.

A/ UNE METHODOLOGIE RIGOUREUSE ET PRAGMATIQUE

1) METTRE EN PLACE UN SYSTEME PARTICIPATIF ET ADAPTE

Le choix des thèmes de travail

C'est en janvier 1998 que la démarche qualité a été officiellement lancée au CHSA, lors de la première « journée accréditation » et avec la mise en place de la Cellule Accréditation dont il a été question dans la première partie de notre travail. A cette époque, une première version expérimentale du manuel de l'ANAES était en cours de publication et certains établissements avaient engagé des démarches qualité dont le CHSA aurait pu s'inspirer. Pourtant le choix a été fait de mener une démarche propre au CHSA, sans se baser sur ce qui avait pu être fait ailleurs et surtout de déterminer des thèmes de travail en interne, sans être guidés par des référentiels

du type de celui de l'ANAES. Plutôt que de mobiliser le personnel du CHSA autour du Manuel de l'ANAES, il s'est agi de le mobiliser sur la « performance qualité » de l'hôpital, telle qu'elle pouvait être appréciée par l'utilisateur. Ainsi, il est apparu plus judicieux d'impliquer le personnel du CHSA dans la détermination de ces thèmes d'action prioritaires plutôt que de « plaquer » en quelque sorte des références ou des normes de qualité issues d'autres institutions. Pour parvenir à provoquer des changements en profondeur, il faut en effet s'attaquer au vécu quotidien des acteurs par des approches simples et concrètes leur permettant d'identifier les besoins des usagers.

Cette identification des principaux thèmes à traiter s'est faite à partir de trois sources d'information principalement :

❶ Un questionnaire à l'attention des usagers de l'établissement a été élaboré par un sous-groupe de la Cellule Accréditation. Il n'y a pas eu de questionnaire spécifique pour la psychiatrie mais en revanche des questions particulières ont été élaborées selon le type de service (hospitalisation, consultations ou examens médico-techniques, CF annexe 4). Très détaillés (de 50 à 80 questions pour les services d'hospitalisation), ces questionnaires anonymes se déclinaient en différentes rubriques : premier contact avec l'hôpital, accueil, respect de la personne, information, prise en charge médicale et soignante, conditions de séjour, conditions de sortie notamment. Les usagers ont été interrogés sur le site de l'hôpital ainsi que dans ses structures extérieures pendant une période de deux semaines. Les équipes d'« enquêteurs » ont été formées et étaient principalement composées d'étudiants en médecine pour les consultations et des agents d'accueil du CHSA pour les hospitalisations. Au total, 650 questionnaires ont été remplis et dans le traitement de ces questionnaires, un item était considéré comme faisant problème dès l'instant qu'au moins 25% des usagers se déclaraient « peu satisfaits ».

❷ Un second questionnaire destiné à l'ensemble du personnel du CHSA et leur demandant de pointer les dysfonctionnements qu'ils identifiaient concernant la prise en charge des patients a été élaboré par un deuxième sous-groupe de la Cellule Accréditation. Ce questionnaire comportait les rubriques suivantes (CF annexe 5) : organisation de l'établissement et gêne du patient, communication et information, environnement du malade, qualité de vie du malade. Ce questionnaire d'environ cinquante questions a été

joint à la feuille de paie du mois de mai 1998 et envoyé à tout le personnel de l'établissement, soit plus de 2500 personnes. Seulement 200 réponses sont parvenues à la Permanence Qualité et ce faible taux de réponse (moins de 10%) peut s'expliquer de différentes façons : on peut penser que le questionnaire personnel a été utilisé à un moment où le personnel de l'établissement n'était pas encore suffisamment sensibilisé à la démarche qualité et donc que ce questionnaire est arrivé trop tôt. En outre, les items de ce questionnaire concernaient essentiellement la prise en charge du patient, et beaucoup de membres du personnel, notamment ceux des services administratifs et techniques ne se sont pas sentis concernés par ce questionnaire.

③ Enfin, une série de documents administratifs pouvant apporter des informations sur les dysfonctionnements préjudiciables au patient ont été analysés par un troisième sous-groupe de la Cellule Accréditation. Il s'agissait, pour les deux dernières années, des notes de service diffusées par la direction et les services, des plaintes des patients centralisées au service des admissions, des questionnaires de sortie des patients, et des initiatives d'amélioration de la qualité recensées dans les différents services de l'établissement.

L'analyse de toutes les informations ainsi recueillies a pris un certain temps puisque ce n'est qu'au mois de septembre 1998 qu'un document de synthèse présentant les résultats de ces différentes analyses (réalisées là encore par des membres de la Cellule Accréditation) a été présenté. Trois types d'informations ont pu être dégagés:

① Certains problèmes soulevés ont été jugés comme ne relevant pas des travaux de la Cellule Accréditation et des sous-groupes de travail qu'elle allait mettre en place. En effet ces problèmes n'étaient pas transversaux à l'échelle de l'établissement et apparaissaient plutôt comme relevant d'une direction fonctionnelle. Il s'agit notamment de tout ce qui concerne les repas (la direction des services économiques et logistiques est en l'occurrence principalement compétente) et les locaux (question du ressort de la direction des services techniques essentiellement). Les dysfonctionnements de ce type ont donc été transmis aux directions correspondantes, à charge pour elles d'engager des actions d'amélioration de la qualité dans ces domaines et d'en rendre compte à la Cellule Accréditation régulièrement.

② Une deuxième série d'informations a été mise en évidence : il s'agit d'un ensemble de principes qui revenaient très fréquemment à la lecture des questionnaires. Il a été décidé que ces principes ne pouvaient constituer des thèmes de travail mais seraient plutôt considérés comme les fils conducteurs de la réflexion de tous les groupes de travail mis en place. Il s'agit des impératifs suivants : le respect du patient, le respect du secret professionnel, la qualité de l'accueil, le fait de mieux penser l'organisation inter - services et inter - équipes. Chaque groupe de travail mis en place devra rendre compte de la façon dont il intègre ces différents principes.

③ Enfin, des thèmes de travail proprement dit ont été mis en évidence : l'organisation des consultations et des examens, l'accès et l'accueil du patient dans l'établissement et ses structures ainsi que sa sortie, l'information du personnel sur tout ce qui est en relation avec le patient, l'information du patient, les conditions de vie du patient pendant son séjour. Ces différents thèmes ont été hiérarchisés en fonction de cinq critères :

- La gêne potentielle ou réelle pour le patient
- La gravité du dysfonctionnement (danger potentiel pour le patient)
- La fréquence du dysfonctionnement
- La curabilité du dysfonctionnement
- La pertinence du thème au regard des référentiels de l'ANAES

En pondérant ces critères de hiérarchisation, on obtient les résultats suivants :

	Fréquence	Gêne	Gravité	Curabilité	Pertinence	TOTAL
Information du personnel	3	4	3	3	4	17
Examens et consultations	3	3	2	3	4	15
Accès, accueil, sortie	3	3	2	4	3	15
Information du patient	3	3	1	3	4	14
Conditions de vie	3	3	1	3	3	13

Remarque : Pondération des critères de 1 à 4 : 1=peu ; 2=assez ; 3=fréquent, gênant, etc ; 4=très

Cette hiérarchisation des principaux dysfonctionnements a permis de mettre en évidence 3 thèmes prioritaires sur lesquels il convenait de se pencher immédiatement :

- L'information du personnel sur tout ce qui est en relation avec le patient
- L'organisation des consultations et des examens
- L'accès et l'accueil du patient dans l'établissement, ainsi que sa sortie

Indéniablement, le fait que ces questions posent problème dans l'établissement n'était pas nouveau et toute personne un peu observatrice aurait été en mesure de les pointer comme les principaux dysfonctionnements préjudiciables au patient, d'autant que ce sont ces questions qui reviennent dans la très grande majorité des hôpitaux. Il aurait été plus simple et moins long que la direction du CHSA les propose comme thèmes de travail et les fasse valider par la Cellule Accréditation. Ce n'est pourtant pas cette option qui a été retenue. Il était en effet indispensable, aux yeux de la direction, que ces thèmes soient mis en évidence à l'issue de vastes enquêtes auprès des usagers et également auprès du personnel de l'établissement. Auprès des usagers cela va de soi ; ils sont, on l'a dit, au cœur de la démarche qualité. Auprès du personnel de l'établissement, cela apparaissait essentiel pour que le personnel s'approprie la démarche, fasse sien ce projet.

L'enjeu de la participation porte en effet sur une amélioration collective des modes d'action, mais celle-ci a peu de chances d'aboutir si au préalable on ne recherche pas une vision collective des orientations à suivre. Il faut intéresser les acteurs au changement en leur montrant qu'ils en garderont le contrôle, et cela dès la première étape du processus de changement. L'idée majeure de la direction au moment de définir des thèmes d'action prioritaires était donc la suivante : on ne part pas de problèmes a priori clairement identifiés (en général par la hiérarchie), mais on recherche collectivement ce qui peut faire obstacle au bon fonctionnement de l'organisation. Le but ultime de cette démarche est de construire progressivement une rationalité collective : ce sont les acteurs qui décident des thèmes de travail, des indicateurs, des actions prioritaires, des critères d'évaluation, etc.

Le fait d'impliquer le personnel au stade de la détermination des thèmes de travail prioritaires est d'autant plus essentiel que dans un établissement de soins cloisonné et marqué par un fort corporatisme, toute orientation de travail imposée par la direction peut apparaître comme suspecte et masquant une volonté de l'administration de faire passer un projet autre que celui officiellement affiché.

Dans l'imaginaire individuel et collectif, le pourquoi du changement est toujours incarné par un modèle organisationnel qui a ses partisans et ses détracteurs. Dans le domaine hospitalier, le modèle de « l'hôpital entreprise » occupe à cet égard une place privilégiée car il symbolise la perte de spécificité, la prédominance de l'économique sur le sanitaire et le social. Tout agent de changement sera par conséquent soupçonné de vouloir implanter ce modèle et sommé de se justifier. Le fait d'impliquer les acteurs du changement au stade initial de ce changement contribue certainement à atténuer cette difficulté.

Chaque acteur va mobiliser ses ressources sur un objectif s'il en perçoit l'utilité et si le projet lui paraît en accord avec ses valeurs et son professionnalisme. Au CHSA, ce sont les acteurs principalement concernés par la démarche (toutes les catégories professionnelles, quel que soit le stade auquel elles interviennent dans le processus de prise en charge du patient) qui vont finalement définir leurs objectifs de travail. Cette option garantit autant que possible que les acteurs vont s'approprier le projet à conduire.

Par ailleurs, on ne peut s'impliquer dans une démarche que si l'on a été au préalable informé et sensibilisé à l'intérêt de cette démarche. L'information est un facteur essentiel de réussite d'un tel projet. Dans un premier temps, le « public cible » de la direction était prioritairement les médecins de l'établissement car de leur adhésion dépendait toute la suite de la démarche. Mais il est vite apparu primordial de mener une véritable campagne de sensibilisation sur le thème de l'accréditation auprès de l'ensemble du personnel du CHSA.

En effet, ainsi que l'affirment Michel CREMADEZ et François GRATEAU dans leur ouvrage sur Le management stratégique hospitalier : « le management stratégique se fonde sur la diffusion, au plus profond de l'organisation, des préoccupations que la division verticale du travail attribue uniquement aux échelons supérieurs de la Direction » (p 12).

Une campagne de sensibilisation à destination de l'ensemble du personnel s'est donc révélée absolument nécessaire. Cette campagne s'est appuyée sur différents supports :

- Plusieurs « journées accréditation » ont été organisées à l'attention de l'ensemble du personnel. En général, la matinée était consacrée à rappeler le contexte réglementaire dans lequel s'inscrit la démarche. Ce point était notamment l'occasion de réaffirmer l'indépendance officielle de l'ANAES par rapport aux Agences Régionales de l'Hospitalisation, sans masquer pour autant que les rapports d'accréditation de l'une pouvaient être transmis aux autres et donc avoir des conséquences en termes financiers pour les établissements. Cette politique du « parler vrai » a sans doute eu le mérite de clarifier nombre d'interrogations que pouvait avoir le personnel. Systématiquement, l'ensemble des étapes de la démarche du CHSA était rappelé, ainsi que l'architecture du dispositif en place. L'après-midi était en général consacré à l'intervention de personnalités extérieures, soit des membres de l'ANAES (le Professeur TERRA par exemple), soit des personnes ayant conduit des expériences de démarche qualité dans d'autres établissements (CHS de Rouffach, Institut Montsouris, etc.). L'intérêt de ces interventions est double : d'une part, elles démontrent que plusieurs angles d'attaque sont envisageables par rapport à l'accréditation et enlèvent ainsi à celle-ci son caractère de contrôle strict en référence à une norme, d'autre part, elles permettent d'apporter des faits probants et concrets pour convaincre les sceptiques.

- Un numéro spécial de la revue Sainte-Anne Magazine a été publié en mars avril 1998 sur le thème de l'accréditation (diffusion à 3 500 exemplaires) dans lequel interviennent à la fois des experts extérieurs de la question, la Permanence Qualité, mais aussi des médecins et les responsables des directions fonctionnelles de l'établissement.
- La Permanence Qualité s'est déplacée dans chacun des services de l'établissement (structures internes et externes) pour expliquer à l'ensemble du personnel (soignants, administratifs, techniques) le concept d'accréditation et afin de bien préciser à tous les objectifs de la démarche.
- Une rubrique accréditation doit être prochainement insérée dans le Flash Infos joint systématiquement aux feuilles de paie du personnel.

Au total, si on ne peut affirmer avec certitude que l'enjeu que représente l'accréditation pour le CHSA est désormais perçu par l'ensemble du personnel de l'établissement, celui-ci a été informé à maintes reprises sur la procédure en cours. De ce fait toute personne intéressée par cette démarche, quelle que soit sa catégorie professionnelle, a pu se manifester auprès de la Permanence Qualité et se porter volontaire pour participer aux travaux qualité. En septembre 1999, près de 300 personnes, toutes catégories professionnelles confondues, sont impliquées activement dans la démarche qualité du CHSA.

La constitution des groupes de travail

Dans un premier temps, la constitution d'un groupe de travail (appelé « Comité Ad Hoc » : CAH) par thème identifié a été retenu. Trois premiers CAH ont donc été mis en place à la fin de l'année 1998 (CF les critères de hiérarchisation énoncés supra) :

- CAH 1 : L'information du personnel sur tout ce qui est en relation avec le patient
- CAH 2 : L'organisation des consultations et des examens
- CAH 3 : L'accès et l'accueil du patient dans l'établissement et ses différentes structures, ainsi que sa sortie

La constitution de ces comités s'est faite selon des critères très précis. Partant des principes que la hiérarchie n'était pas dépositaire d'une expertise particulière dans le domaine de la qualité et que les principaux dysfonctionnements observables sur l'établissement étaient des dysfonctionnements organisationnels, la Direction de la Prospective et des Affaires Médicales a souhaité que toutes les catégories professionnelles concernées par un thème soient représentées au sein des CAH. Ceux-ci sont donc à la fois pluridisciplinaires et transversaux (de par le choix des thèmes). Des représentants des usagers ont également été sollicités, notamment par le biais de l'UNAFAM (Union Nationale des Amis et Familles de Malades Mentaux).

Ainsi, pour exemple, le CAH 2 sur l'organisation des consultations et des examens est composé de la façon suivante (CF annexe 6):

-Médecins :	12
-Infirmiers et cadres infirmiers :	9
-Médicaux Techniques :	6
-Psychologues, assistantes sociales :	3
-Autres, services de soins :	4
-Administratifs :	12
-Usagers :	1
Total :	47

Par ailleurs, l'équilibre entre les personnels des services de soins somatiques (Centre Raymond Garcin) et les personnels de psychiatrie a été préservé : 20 membres (représentant 13 services) de ce CAH travaillent à Raymond Garcin et 12 membres représentent 6 services de psychiatrie.

Sur le papier, une telle composition semble garantir la pluridisciplinarité et la transversalité de ce Comité. Encore faut-il que la participation de tous aux discussions du groupe de travail soit effective. Or, ce n'est pas chose facile que de faire réfléchir ensemble des médecins et des aides-soignants, des soignants et des administratifs. L'angle d'attaque d'un problème sera différent selon que l'on est au contact direct du patient et de ses attentes ou que l'on se charge par exemple du secrétariat administratif. Par ailleurs, les médecins, habitués à

prendre la parole en public, ont tendance à monopoliser le temps de parole et il faut beaucoup de fermeté et de doigté à l'animateur du groupe pour distribuer la parole équitablement. A partir du moment où l'on considère que le point de vue de tous est important, il faut apprendre aux uns à écouter les autres et notamment à prendre du recul par rapport à leur secteur d'intervention privilégié et à leurs propres tâches.

La constitution des groupes de travail a demandé un certain temps puisqu'elle s'est effectuée suite à un appel à candidatures et qu'elle a été soigneusement étudiée afin de ménager les susceptibilités des uns et des autres, d'éviter les conflits de personnes. Mais le temps passé à composer ces groupes garantit ultérieurement leur pérennité et leur légitimité à parler au nom de l'ensemble de l'établissement. De fait, l'animation des différentes réunions n'a pas posé de problème particulier mais cela est également dû à la méthodologie de travail à la fois participative et rigoureuse qui a été mise en place.

Une méthode de travail rigoureuse

Un principe essentiel a présidé au choix de la méthodologie de travail du projet accréditation : ne pas se laisser enserrer dans des règles ou dans des normes, autrement dit aborder le travail sous l'angle des processus et non des modèles, inapplicables tels quels tant il est vrai que chaque établissement de soins imagine et construit sa propre démarche qualité en fonction de ses spécificités.

En effet, l'un des principaux écueils d'une telle démarche serait de « plaquer » des schémas préconçus dans un environnement qui ne peut pas les adapter. Penser par exemple que l'on peut décortiquer de façon très précise tous les processus en vigueur dans un établissement de soins et qu'on peut les formaliser et exiger de l'ensemble du personnel qu'il s'y conforme reviendrait à céder au mythe de « l'entreprise programmable ». Celui-ci veut nous faire croire que l'on peut réduire toute intervention humaine à des comportements prédéterminés et cette idée a traversé toute la pensée organisationnelle occidentale depuis le début du XXe siècle et a inspiré nombre de projets qualité, notamment dans le secteur industriel. Or, cette idée, appliquée à un établissement de soins, est à la fois dangereuse et contradictoire.

Elle est dangereuse car, dans un hôpital, la satisfaction des besoins des patients résulte d'une multitude de gestes, de coordinations entre tous les professionnels du soin et surtout de leur capacité d'adaptation permanente à des situations non totalement prévisibles. Certes, le travail doit être encadré par des procédures strictes, mais la capacité de réaction et d'adaptation des acteurs de santé est un facteur essentiel de sécurité et de qualité des soins. Tenter de la limiter, c'est s'exposer à des situations de non-qualité.

Cette idée est par ailleurs contradictoire car on ne peut en même temps appeler à l'intelligence et à la capacité d'adaptation des individus en leur demandant de travailler sur un projet novateur et enserrer leurs pratiques dans des procédures perçues comme contraignantes et déresponsabilisantes.

Tout projet qualité doit donc trouver un équilibre entre la logique de conformité à des normes, favorisant la sécurité et la qualité, et la production par les acteurs de repères utiles à leur prise de décision autonome.

Concrètement, il s'agit de faire en sorte que la démarche qualité partiellement formalisée sous forme de procédures apparaisse à l'ASH, au cuisinier, au médecin comme un outil utile, qui encadre et facilite sa pratique quotidienne, et non comme un carcan technocratique. D'où le choix qui a été fait dès le départ par la direction de ne se référer a priori à aucune norme ou référence, quitte à vérifier dans un second temps que les principales exigences en matière de sécurité et de qualité des soins sont effectivement respectées.

Ce choix, associé au fait que les groupes de travail ont été composés comme on l'a vu de toutes les catégories professionnelles intéressées directement par le thème en question, présente un risque certain : que le groupe de travail se transforme en un forum de discussions stériles voire en un lieu privilégié de revendications ou de délations. Pour éviter cet écueil, la DPAM a proposé trois principes de travail qui ont été validés par la Cellule Accréditation :

- La formation des membres des CAH
- L'élaboration d'un plan de travail en dix étapes commun à tous les CAH
- La désignation de copilotes dans chacun des CAH

➤ La formation

Comme on l'a noté dans la première partie de ce mémoire, l'intervention de sociétés extérieures pour conduire le projet qualité sur l'établissement a été d'emblée écartée en raison de la réticence des médecins et de la volonté de la direction de rester maître de ce projet lourd d'enjeux pour l'hôpital. Pour autant, la direction n'a jamais perdu de vue l'idée de faire appel à un moment ponctuel de la démarche à un consultant extérieur. En effet, le fait de recourir à une personne complètement étrangère à l'établissement présente plusieurs avantages : d'une part, l'établissement bénéficie ainsi d'un regard neuf sur la démarche ; d'autre part, pour certains membres du personnel, cette intervention extérieure est aussi le gage d'une certaine objectivité ; et enfin, une formation est toujours valorisante pour les membres du personnel et il était important de mettre des moyens en regard des objectifs ambitieux que l'on s'était fixé.

L'idée d'une journée de formation assurée par un consultant extérieur pour chacun des membres participant aux comités ad hoc a été finalement retenue par la direction. La formation a été conçue comme ne devant porter que sur la méthode de travail. Le consultant extérieur (Virginie BLANCHOT- Conseil & Formation), choisi par la Cellule Accréditation à la suite d'une mise en concurrence, a apporté des conseils de processus plus que des conseils de contenu. Son atout principal est d'ordre méthodologique. En une journée, Madame BLANCHOT a rappelé les différents concepts de la qualité puis s'est attachée à présenter une méthode de travail rigoureuse permettant de repérer les principaux dysfonctionnements organisationnels et de remédier à ceux-ci à travers l'élaboration de procédures écrites. Son exposé a toujours été illustré d'exemples propres au milieu hospitalier, ce qui a permis aux personnels de mieux percevoir les implications concrètes de la démarche sur leur travail quotidien. Dans cette formation, l'un des objectifs essentiels de l'intervenant consistait donc aussi à favoriser l'émergence de représentations collectives positives. Le consultant intervient comme un révélateur et s'emploie à changer la perspective collective et individuelle dans le but que la satisfaction des objectifs de l'établissement soit considérée, par ses membres, comme leur mode privilégié de réalisation personnelle.

➤ Un plan de travail commun aux comités

A la suite de ces journées de formation, la Cellule Accréditation a décidé de valider le plan de travail proposé par Madame BLANCHOT et de demander à chacun des groupes de travail de le respecter afin de maintenir une certaine cohérence méthodologique dans le dispositif mis en place. Ce plan de travail comporte dix étapes :

- ❶ Poser l'objectif global du thème de travail
- ❷ Lister les sous-thèmes et leurs objectifs
- ❸ Faire l'état des lieux et décrire les processus en vigueur
- ❹ Identifier les dysfonctionnements et analyser leurs causes
- ❺ Affiner les objectifs et construire les indicateurs de résultats
- ❻ Elaborer de nouvelles procédures
- ❼ Tester les procédures
- ❽ Faire valider les nouvelles procédures par la Cellule Accréditation
- ❾ Mettre les nouvelles procédures en application
- ❿ Evaluer l'efficacité des nouvelles procédures à partir des indicateurs de résultats préalablement définis

Ce plan de travail est assez classique. Il respecte le schéma désormais traditionnel, connu sous le sigle « PDCA », élaboré par le Docteur DEMING qui comporte quatre phases :

- Plan : Définition d'une politique et planification des objectifs associés
- Do : Mise en œuvre des dispositions présentées dans le plan
- Check : Vérification et évaluation des résultats et progrès obtenus
- Act : Passer en revue pour constamment améliorer le système

➤ La désignation de copilotes dans chacun des comités

La désignation de copilotes dans chacun des comités mis en place répondait à deux objectifs majeurs :

-il s'agissait, d'une part, de faire animer les réunions de travail par des personnes issues du comité, là encore pour bien démontrer que la direction ne souhaitait pas avoir une mainmise complète sur ces travaux ;

-mais, d'autre part, la désignation de copilotes répondait au souci d'impliquer réellement des responsables desquels pouvait dépendre la suite des travaux et notamment la mise en application effective d'actions d'amélioration de la qualité. L'objectif était d'éviter que ces responsables soient pris au dépourvu et qu'ils ne puissent pas assumer leur rôle de leader en n'étant pas en mesure de donner des orientations dont la détermination leur incombe. Répondre à ce souci semble particulièrement important lorsque l'on touche à des questions transversales qui nécessiteront un ajustement entre responsables pour identifier les interfaces à gérer en commun. Cela explique que les copilotes ont été choisis souvent parmi des médecins ou des responsables de structures transversales comme l'un des cadres de la Cellule Hygiène de l'établissement. Ces personnes ont bien sûr également été désignées en fonction de leur intérêt par rapport à la démarche qualité et de leur esprit de conciliation qui fait d'eux souvent d'excellents médiateurs. Afin de pouvoir remplir leur rôle de copilote (en parallèle avec la Permanence Qualité), ces personnes ont suivi une formation plus longue que celle dispensée à l'ensemble des membres participant aux comités puisqu'elles ont également été formées aux techniques d'animation de groupe de travail. Une prochaine formation à la rédaction documentaire (élaboration de procédures notamment) est également programmée.

Une fois les comités constitués, les copilotes désignés et l'ensemble des participants formés aux outils de la démarche qualité, les travaux ont véritablement pu commencer.

Etape ❶ : Afin de poser l'objectif global du groupe de travail, chaque participant a pu exprimer, auprès du comité :

- la raison de son appartenance au groupe, relativement au thème retenu
- le champ d'application du thème, dans son secteur ou service
- une traduction en mots plus simples, plus concrets, du thème concerné

Le rôle du copilote à ce stade est de bien vérifier que chaque participant identifie clairement le cadre de réflexion du groupe, éventuellement en reformulant le libellé du thème et de s'assurer qu'aucun aspect du thème n'a été oublié.

Etape ② : Pour lister les sous-thèmes de réflexion, c'est la méthode du « brainstorming » qui a été retenue. Ce système de collecte d'idées permet de recueillir, en groupe pluridisciplinaire, le plus grand nombre d'idées à propos d'un sujet donné. L'idée est d'exploiter la créativité de chacun en favorisant l'expression de chaque participant. Chacun émet des idées, par écrit (phrases courtes et concrètes signalant un dysfonctionnement) et sur des post-it qui sont ensuite rassemblés et classés par sous-thème. Dans le Comité Ad Hoc n°2 sur « l'organisation des consultations et des examens », près de 150 post-it ont ainsi été recueillis lors de deux réunions auxquelles chacun a participé.

Etape ③ : Par ailleurs, des représentants des comités se sont ensuite déplacés dans tous les services de l'établissement pour faire valider ces dysfonctionnements et éventuellement en relever d'autres qui sont venus se rajouter à la liste initiale. A ce stade, on a pu considérer que l'état des lieux était réalisé. Pour le CAH 2 sur « l'organisation des consultations et des examens », les dysfonctionnements identifiés ont été regroupés au sein des 9 sous-thèmes de travail suivants:

- avant l'accueil du patient pour sa consultation ou son examen
- premier contact avec l'établissement
- la consultation et l'examen
- circulation architecturale
- circuit du dossier
- circuit de l'information
- organisation du service prestataire
- problèmes de protocoles
- évaluation de la prestation

A la date de rédaction de ce mémoire (septembre 99), les trois premiers comités mis en place sur l'établissement en sont à la quatrième étape de la méthodologie, autrement dit à l'analyse des causes des dysfonctionnements. Les comités ont évolué à des rythmes différents,

certaines étant plus dynamiques que d'autres, mais tous appliquent la même méthode en 10 étapes exposée plus haut. Cette méthodologie rigoureuse encadre leurs travaux et permet notamment d'éviter des phénomènes de revendications et/ou de délations que l'on pouvait craindre au départ. En effet, l'étude des processus en vigueur permet de se concentrer sur des dysfonctionnements organisationnels sans remettre en cause le savoir-faire de tel ou tel individu ; par ailleurs, cette méthode empêche de proposer des solutions avant d'avoir analysé les causes très précisément.

2) RESTER PRAGMATIQUE ET EFFICACE

Un recadrage sur le Manuel d'Accréditation de l'ANAES

Comme nous l'avons vu plus haut, la démarche qualité engagée au CHSA ne s'est pas appuyée d'emblée sur un ensemble de référentiels ou de normes prédéterminés car la Direction est partie du principe que la logique dominante d'un projet aussi stratégique que celui de la qualité ne pouvait être la soumission à une norme extérieure, même élaborée par des professionnels du milieu hospitalier. Cette option permet indéniablement une plus large adhésion du personnel au projet qualité mais peut également être critiquée :

-D'une part, comment garantir une nécessaire objectivité des travaux du personnel du CHSA ? La composition pluridisciplinaire des groupes de travail mis en place ainsi que la méthodologie rigoureuse adoptée suffisent-ils pour se libérer de tout a priori réducteur ? Un projet adapté aux réalités de terrain, à l'histoire de l'établissement et à ses spécificités, respectera-t-il en outre des normes objectives de qualité ?

-D'autre part, la démarche qualité engagée au CHSA s'inscrit dans un cadre réglementaire obligatoire et vise un objectif bien précis : l'accréditation de l'établissement par les experts visiteurs de l'ANAES avant la date butoir de 2001 (date limite de dépôt de la demande d'accréditation). A cet égard, comment garantir que les actions d'amélioration continue de la qualité mises en place dans l'établissement respecteront les exigences exposées par l'ANAES dans son Manuel d'Accréditation ?

Ces différentes questions, la direction de l'établissement se les était posées lors des réflexions préalables à la démarche. Le choix avait été fait, alors, de laisser de côté temporairement le Manuel de l'ANAES (d'autant que seule sa version expérimentale était alors publiée) et de s'y référer une fois que le projet était bien avancé, afin de vérifier que l'on était sur la bonne voie. L'arrivée d'un nouveau directeur dans l'établissement a sans doute accéléré le recadrage sur le Manuel de l'ANAES. Madame de SAXCE, directrice par intérim du CHSA à compter du mois de février 1999, a eu en effet une vision plus pragmatique de ce que devait être la stratégie d'anticipation à la procédure d'accréditation. Forte de l'expérience conduite à l'hôpital BICHAT- CLAUDE BERNARD, établissement dans lequel l'état des lieux a été réalisé Manuel d'Accréditation en main, Madame de SAXCE a souhaité savoir comment se situait le CHSA par rapport aux références du Manuel édité par l'ANAES.

Afin de répondre à cette attente, plusieurs options ont été retenues :

- Dans un premier temps, un « référent Manuel d'Accréditation » a été désigné dans chacun des comités mis en place. Aidé de la Permanence Qualité, ce référent s'est imprégné du Manuel d'Accréditation et a restitué de façon synthétique à l'ensemble de son comité le contenu de ce Manuel. Dans le courant des travaux du groupe, le référent Manuel a également pour rôle de vérifier que les discussions ne s'éloignent pas des exigences du Manuel en s'assurant que chacune des références du Manuel est directement ou indirectement abordée dans le cadre des travaux du groupe. C'est ainsi par exemple que, lors des séances de « brainstorming » au cours desquelles ont été recueillis tous les dysfonctionnements repérables dans l'établissement pour le thème concerné, le référent Manuel s'est efforcé de vérifier qu'aucun des aspects évoqués dans le Manuel de l'ANAES n'avait été oublié. Quand cela était le cas, ces aspects étaient introduits dans la discussion, également par le biais de post it écrits et donc recensés comme dysfonctionnements à traiter. De fait, de très rares aspects afférents au Manuel avaient été oubliés mais la difficulté consistait à le vérifier dans la mesure où les grands thèmes de travail validés au départ par la Cellule Accréditation ne recoupaient pas les têtes de chapitre du Manuel de l'ANAES.
- Le travail des référents Manuel a été ensuite synthétisé et complété dans un document élaboré par la Permanence Qualité qui met en regard chacune des références du Manuel de

l'ANAES avec le comité chargé de la traiter. Ce tableau de correspondances (CF annexe 8) a permis de constater que des pans entiers du Manuel restaient à traiter. C'était notamment le cas des chapitres sur la Gestion des Fonctions Logistiques, la Gestion des Ressources Humaines, la Gestion du Système d'Information ou la Surveillance et la Prévention des Risques. Les cinq thèmes d'action prioritaires retenus au CHSA fin 1998 font référence exclusivement à la prise en charge soignante du patient et recouvrent donc tous les aspects relatifs à la prestation de soins mais entendue au sens stricte du terme.

L'arrivée d'un nouveau directeur au CHSA s'est donc traduite par un recadrage sur le Manuel d'Accréditation de l'ANAES des différents groupes de travail déjà constitués. Dans les faits, ce recadrage n'a pas bouleversé la méthodologie de travail adoptée jusque là; en revanche, le discours de la direction a davantage mis l'accent, à compter de février 1999, sur l'issue de cette démarche et sur la prochaine visite des experts visiteurs de l'ANAES. Lors du lancement de ce projet, en janvier 1998, le choix avait été fait de ne pas trop insister sur cette échéance, lointaine, afin de ne pas faire de l'amélioration de la qualité une démarche ponctuelle, imposée de l'extérieur et qui s'arrêterait une fois la visite des experts de l'ANAES effectuée. De ce choix a découlé une série d'options méthodologiques (choix de thèmes de travail propres à l'établissement et arrêtés en interne, comités de travail aussi larges et participatifs que possible, etc.) qui nous semblent tout à fait pertinentes pour mener une véritable dynamique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins. Et le recadrage sur le Manuel d'Accréditation, tardif, n'a pas bouleversé la philosophie du projet initial du CHSA; à ce stade de la démarche, il l'enrichit et rappelle que ce projet s'inscrit dans un cadre obligatoire et comporte une obligation de résultats.

Tenir compte d'une définition large de la prestation de soins

L'arrivée d'un nouveau directeur a donc été l'occasion de mener un bilan d'étape de la démarche accréditation à l'hôpital Sainte-Anne et à la suite de ce bilan, le choix a été fait de créer de nouveaux comités de travail sur l'accréditation à côté de ceux déjà lancés autour de la prise en charge du patient.

Le premier d'entre eux se penche sur la Gestion des Fonctions Logistiques et Techniques, essentielles pour assurer une prise en charge de qualité aux patients. Lors de la première étape

de la démarche accréditation au CHSA, on se souvient qu'une vaste enquête de satisfaction auprès des patients avait été menée. L'analyse de ces questionnaires avait montré que toute une série de problèmes relevés par les usagers étaient du ressort principalement de deux directions fonctionnelles : la direction des services économiques et logistiques concernant la qualité des repas, de la blanchisserie, etc, et la direction des services techniques pour tout ce qui avait trait à la vétusté et à l'inconfort des locaux. Ces questions avaient donc été retransmises aux directions fonctionnelles compétentes qui ont commencé à travailler sur ces problèmes.

Afin de donner une certaine cohérence au dispositif accréditation du CHSA et de garantir une orientation de travail commune à toutes les actions d'amélioration de la qualité, notamment par l'association d'usagers dans les travaux, la décision a été prise de créer un comité particulier sur les prestations logistiques et techniques (CAH 6).

De même, la gestion des ressources humaines avait été complètement laissée de côté dans un premier temps. Or, de cette gestion dépend énormément la qualité de la prise en charge des patients de l'établissement. En effet, la gestion des ressources humaines concerne à la fois la gestion des effectifs en quantité et en qualité (notamment en termes d'offre de formation continue pour répondre aux nouveaux besoins des services de soins) ou les conditions de travail, qui sont autant d'aspects essentiels pour garantir aux patients une prestation de qualité.

La création de ces deux nouveaux comités (les CAH 6 et 7) a été entérinée par la Cellule Accréditation et leur animation a été confiée à l'élève-directeur en stage au CHSA. La composition de ces comités s'est effectuée selon les mêmes critères que pour les comités relatifs à la prise en charge soignante du patient : pluridisciplinarité et transversalité. Ces comités ont donc associé à la fois des personnes des directions fonctionnelles correspondantes mais aussi des représentants des services de soins qui ont forcément un regard pertinent sur ces questions, soit qu'ils participent à un processus de prestation logistique (les ASH qui servent les repas, les intendantes qui font appel au garage pour transporter des patients, etc), soit parce qu'ils sont les usagers de la direction des ressources humaines notamment. Au total, chacun de ces comités est composé de plus de 30 personnes (CF annexe 7 : liste des membres du CAH 6). Ils devront par ailleurs travailler en étroite collaboration avec les services usagers.

De la même façon, toujours dans le souci de se référer plus directement au Manuel d'Accréditation de l'ANAES, la Sous-Commission Informatique en place au CHSA depuis plus d'une dizaine d'années et notamment chargée de l'élaboration du Schéma Directeur Informatique de l'établissement, a été investie du dossier « accréditation des systèmes d'information ». Cette mission lui a été confiée après vérification que la composition et surtout la façon de travailler de cette commission respectait également les principes arrêtés pour les autres comités et notamment associait systématiquement des utilisateurs. Le choix de confier cette mission à la Sous-Commission Informatique répondait au souci de ne pas créer de doublons et d'utiliser les structures déjà pérennes dans l'établissement plutôt que de multiplier les groupes de travail.

Au total, trois chapitres du Manuel d'Accréditation de l'ANAES ont fait l'objet de nouveaux travaux suite à l'arrivée d'un nouveau directeur sur l'établissement : la *Gestion des Fonctions Logistiques*, la *Gestion des Ressources humaines* et la *Gestion des Systèmes d'Information*.

Des méthodes de travail distinctes selon les sujets à traiter

Tout en respectant le plan de travail en dix étapes commun à l'ensemble des comités accréditation mis en place sur l'établissement, des choix méthodologiques différents ont été effectués selon les thèmes traités.

On a vu plus haut que, pour les comités tournés autour de la prise en charge soignante du patient, la détermination des sous-thèmes de travail avait été réalisée à partir de la méthode de « brainstorming » qui permet de passer en revue de façon exhaustive l'ensemble des aspects afférents à un thème bien précis. Cette méthode était justifiée par la complexité des thèmes relatifs à la prise en charge du patient et surtout par la transversalité de ces thèmes.

En revanche, concernant les prestations logistiques, la gestion des ressources humaines et la gestion du système d'information, il est apparu à la fois plus judicieux et plus simple de partir du Manuel Accréditation comme base de travail. C'est ainsi que l'on a considéré d'emblée que chaque référence du Manuel constituait un sous-thème de travail et que pour chacun des sous-thèmes, un sous-groupe allait être mis en place. Ce choix a été fait pour plusieurs raisons : d'une part parce que les références correspondantes du Manuel de l'ANAES sont relativement

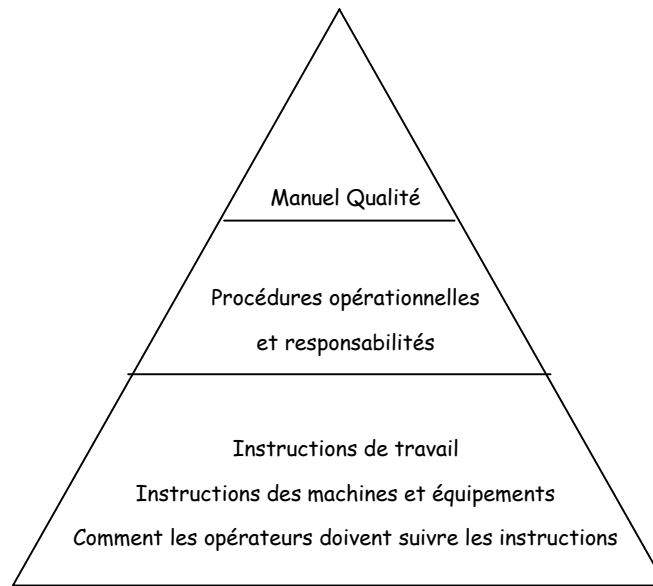
lisibles et exhaustives, d'autre part parce que les services administratifs et techniques, principalement concernés, sont sans doute davantage habitués que les services de soins à travailler à partir de textes réglementaires qui les mobilisent.

Le Comité 6 sur les prestations logistiques correspond par exemple au chapitre II-3 du Manuel d'Accréditation. Ce chapitre comporte 10 références déclinées en critères. Chacune de ces références est considérée comme un sous-thème de travail et pour chacune d'entre elles doit être constitué un sous-groupe de travail. Le principe de dix sous-groupes de travail, uniquement pour ce comité, a donc été arrêté. Ces dix sous-thèmes et sous-groupes sont les suivants :

- approvisionnements et équipements
- sécurité et maintenance
- fonction restauration
- fonction blanchisserie
- nettoyage des locaux et des équipements
- fonction transport
- élimination des déchets
- sécurité des biens et des personnes
- sécurité incendie
- évaluation des prestations logistiques

L'optique est ainsi absolument différente de celle qui a été retenue pour les cinq comités sur la prise en charge du patient. Pour la gestion des fonctions logistiques, la gestion des ressources humaines et la gestion des systèmes d'information, le Manuel de l'ANAES est utilisé comme support de travail des groupes mis en place. Ce choix méthodologique permet ainsi pour ces trois comités, mis en place plus tardivement que les autres, de passer directement à l'étape 3 du plan de travail en 10 étapes : état des lieux. Pour réaliser cet état des lieux, une identification des processus en vigueur dans l'établissement est préalablement réalisée à partir des mots clefs de chaque référence. Dans un second temps, une grille de lecture de la référence, qui fera office de grille d'auto évaluation sera construite et diffusée dans certains services afin d'auditer les différents processus repérés. Des procédures seront élaborées et mises en place pour répondre à des dysfonctionnements clairement identifiés et analysés.

En définitive, concernant ces secteurs d'activité, on a mis en place une « pyramide qualité » assez classique qui comporte 3 niveaux :



Source : C. BOISSIER RAMBAUD, M.N. CHAMPION DAVILLER, J. NEBESAROVA, B. BARBIN, J.M. FESSLER : Hôpitaux, cliniques : de l'accréditation à la qualité, Ed LAMARRE, 1998

Ces trois niveaux correspondent à trois types de documents qui soutiennent la démarche qualité mise en place.

Le fait d'avoir choisi deux optiques différentes pour repérer les principaux sous-thèmes de travail des comités mis en place est assez intéressant d'un point de vue méthodologique. Au terme de la démarche et en fonction des premiers résultats obtenus, on pourra tirer des conclusions sur la méthode la plus judicieuse, en terme d'implication et d'adhésion du personnel, mais aussi de respect des normes de qualité édictées.

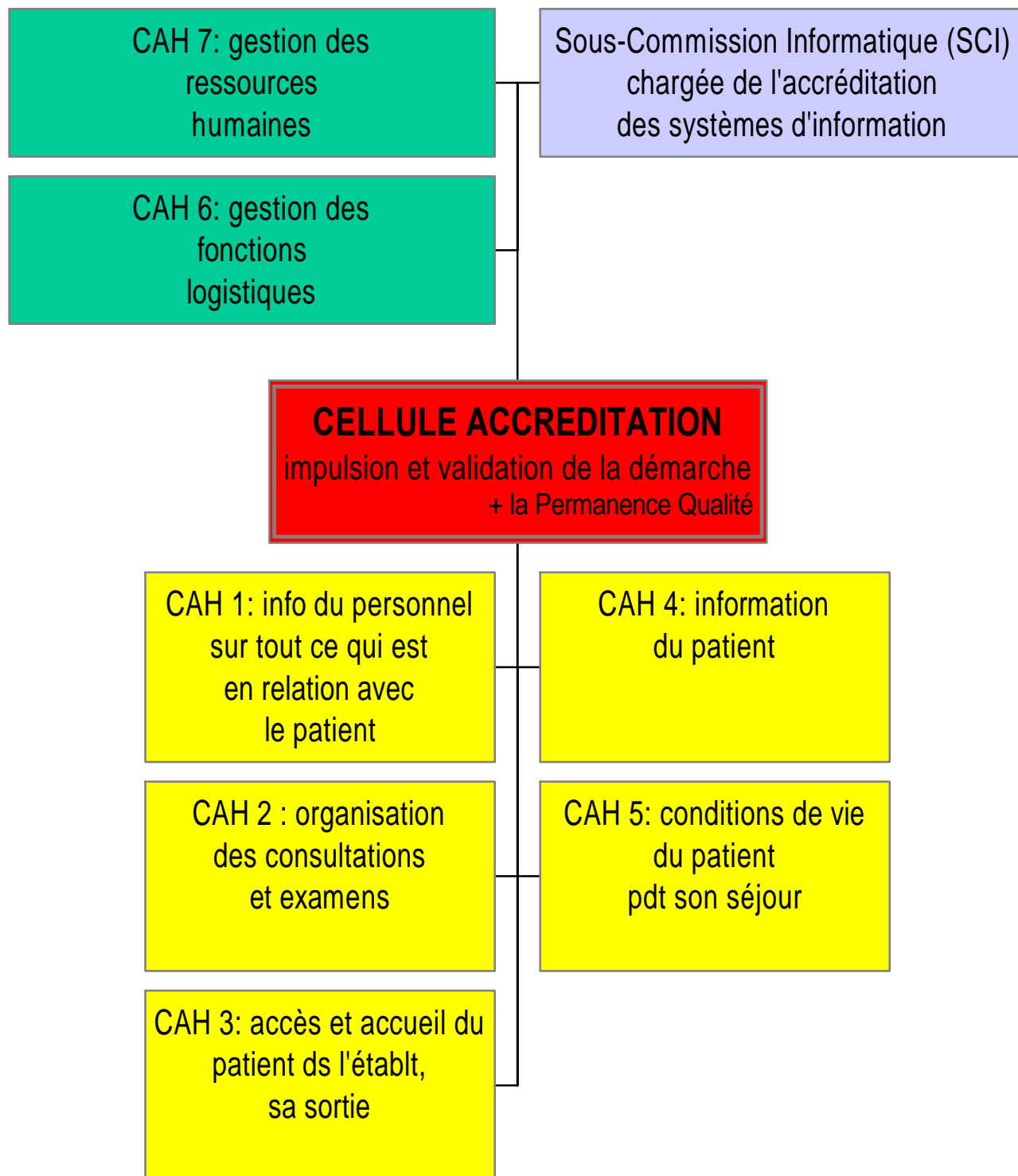
B/ REALISATIONS ET ENSEIGNEMENTS

1) BILAN D'ETAPE

Ce bilan d'étape sera axé, moins sur les résultats proprement dits, en termes d'actions d'amélioration engagées par les groupes de travail mis en place (il est de toute façon trop tôt pour se prononcer vu l'état d'avancement de la démarche), que sur la méthodologie retenue dont l'objectif était notamment de mettre en place, dans une organisation hospitalière complexe, un véritable système participatif.

L'architecture générale du dispositif

La stratégie d'anticipation du CHSA à la procédure d'accréditation a été lancée officiellement en janvier 1998. Moins de deux ans après, 8 comités sont en place et travaillent activement à la réalisation de l'état des lieux de l'existant sur l'établissement (étape 3 du plan de travail en 10 étapes). On peut visualiser le dispositif d'accréditation en place sur le schéma suivant :



Au total, ce sont près de 300 personnes impliquées activement dans la démarche et formées aux outils de la qualité et plus de 50 réunions tenues sur ce thème. Trois journées d'accréditation destinées à l'ensemble du personnel ont été organisées, un numéro spécial de Sainte-Anne Magazine a été publié et une lettre d'information sur les avancées de la démarche devrait être envoyée très prochainement à tous les agents de l'établissement.

Les points faibles de la démarche

Ils ont été mis en évidence au cours d'entretiens menés avec certains membres du personnel et peuvent être de plusieurs ordres :

-Par rapport à d'autres établissements qui se sont engagés à peu près en même temps que le CHSA dans la démarche, ce dernier en est au seul stade de l'état des lieux. Parmi les membres du personnel de l'établissement, certaines voix s'élèvent pour dénoncer le fait que l'on ait passé près de 6 mois à identifier des thèmes de réflexion prioritaires alors qu'au final on a sélectionné des thèmes intuitivement connus de tous depuis longtemps.

A cette critique, on peut toutefois opposer plusieurs arguments : d'une part, ce choix de prendre le temps nécessaire pour identifier les sous-thèmes de réflexion a été fait consciemment par la direction de l'établissement et il s'inscrit dans la méthodologie adoptée d'emblée selon laquelle les membres du personnel devaient participer activement à toutes les étapes de la démarche, y compris dans la détermination des thèmes prioritaires. Cette détermination consensuelle garantit autant que possible l'acceptation par tous des sujets finalement retenus. D'autre part, la stratégie de la direction ne se cantonne pas au respect ponctuel d'une réglementation obligatoire mais vise à implanter un système qualité pérenne sur l'établissement. C'est la raison pour laquelle elle s'est engagée relativement tôt dans la démarche par rapport à la grande majorité des établissements qui n'ont encore pas initié grand chose.

-Certains membres du personnel continuent de se poser la question : « l'accréditation, mais à quoi ça sert, qu'est-ce que ça cache ? ». Sans doute est-il impossible de convaincre tout le monde du bien fondé de cette démarche, il existera toujours, au sein des établissements, des

individus réfractaires au changement. Toutefois, pour tenter de convaincre les plus réticents et pour démontrer aux autres que la démarche avance, il semble fondamental que l'on puisse noter rapidement des changements dans les services. Le retour sur le terrain apparaît essentiel pour assurer la crédibilité de ce projet. En contrepartie de l'implication que l'on requiert d'eux, notamment en termes d'investissement en temps, il est important que l'ensemble du personnel perçoive assez rapidement les conséquences positives de la démarche engagée. Or, mais encore une fois en raison des choix méthodologiques qui ont présidé au lancement de la démarche, aucune évolution n'est aujourd'hui notable dans les services du CHSA. Pour répondre à ce souci, des « vigilants qualité » vont être désignés de façon imminente dans chaque service. Référents qualité en liaison directe avec la Permanence Qualité, leur rôle sera de sensibiliser l'ensemble des personnes de leur service au projet qualité en cours et de les rassurer quant à ses implications concrètes.

-Certains membres du personnel (en général ceux-là mêmes qui critiquaient le principe du projet ou sa conduite par l'administration) dénoncent le fait qu'une véritable « usine à gaz » a été mise en place à l'échelle de l'établissement. Ils critiquent à la fois la « dispersion » des réflexions en cours et la multiplicité des réunions qui les accompagnent. On peut leur rétorquer qu'un projet stratégique aussi ambitieux que celui mis en place ne peut faire l'économie d'un tel dispositif surtout si on souhaite qu'il débouche sur un nouveau mode de prise de décision, davantage participatif.

-Enfin, entre l'adhésion intellectuelle à un projet et la modification des comportements, il y a une certaine distance qui n'est pas franchie aisément. En dépit de toutes les précautions méthodologiques prises, de l'importante campagne de sensibilisation menée, la résistance au changement se manifeste encore au CHSA. Il est particulièrement intéressant de noter que cette résistance est parfois plus forte chez les personnels administratifs que chez les personnels soignants. Il est vrai que la direction a essentiellement dirigé son discours vers les agents des services de soins sans lesquels rien ne pouvait être fait.

On observe ainsi de la part des responsables des différentes directions fonctionnelles impliquées dans la démarche une certaine réticence à travailler de concert avec la Direction de la Prospective et des Affaires Médicales. Parmi les directeurs fonctionnels, certains n'ont toujours pas assimilé l'idée que l'accréditation devait être un projet transversal et ils vivent comme une

ingérence ou une dépossession de leurs compétences le fait que la DPAM pilote des groupes de travail sur des sujets qui les intéressaient auparavant au premier chef. Le risque de voir perverties certaines démarches qualité s'en trouve accru. Ainsi, on a pu entendre un responsable de direction fonctionnelle parler à ses agents d'une véritable « inspection - contrôle » et de « désagréables inspecteurs de l'ANAES » en évoquant la future visite des experts visiteurs de l'ANAES, mettant ainsi à plat tous les efforts de la DPAM et de la Permanence Qualité dont le discours a toujours été de dire que cette visite se ferait dans un esprit de partenariat et de collaboration. Faute peut-être d'arbitrages rendus au plus haut niveau de la hiérarchie de l'établissement (présence d'un directeur intérimaire pendant 7 mois), chaque responsable fonctionnelle a tenté de ramener à lui la couverture de la qualité risquant d'enlever ainsi de sa cohérence au dispositif arrêté initialement. C'est l'un des points que nous soulignerons dans la dernière partie de ce mémoire sur les enseignements de cette démarche, mais nous pouvons d'ores et déjà dire que le succès de celle-ci dépend beaucoup de l'implication réelle (et non pas simplement de l'adhésion au projet) et conforme aux principes méthodologiques arrêtés de l'ensemble de l'équipe de direction. Or, à cet égard, les responsables des directions fonctionnelles peuvent constituer un obstacle de taille dont on n'a pas forcément mesuré l'importance lors du lancement du projet.

Les points forts de la démarche

A côté de ces différents éléments négatifs, il existe toute une série de points positifs qui font que le bilan de la démarche accréditation engagée depuis début 1998 est largement favorable.

-On l'a vu, un dispositif cohérent a été mis en place de façon pragmatique et participative. Un plan de travail en 10 étapes a été retenu pour l'ensemble des comités mais des options méthodologiques différentes ont pu être arrêtées selon le degré de difficulté des thèmes abordés.

-Au total, on peut considérer que 80 % des thèmes du Manuel sont couverts par les travaux en cours au CHSA. Tout en privilégiant une « méthodologie maison » et en définissant des thèmes d'action issus du vécu des services et des observations des usagers, la démarche d'accréditation du CHSA n'a pas perdu de vue les exigences du manuel de l'ANAES. Un gros chantier reste toutefois à ouvrir, celui de la prévention des risques. Un certain nombre de structures fonctionnent depuis longtemps dans l'établissement (comités de matériovigilance, de lutte contre les infections nosocomiales, d'hémovigilance notamment), mais un dispositif complet et cohérent de recueil des accidents et de prévention des risques mériterait d'être mis en place rapidement.

-L'élément positif sur lequel il convient particulièrement d'insister réside dans la sensibilisation et la mobilisation réussies de l'ensemble du personnel du CHSA : plus de 300 personnes impliquées activement dans la démarche et sans doute une très large majorité du personnel de l'établissement au courant des avancées et des enjeux de ce projet pour l'établissement. Ce point est fondamental : dans certains hôpitaux, l'auto évaluation préalable à la visite des experts de l'ANAES a été réalisée rapidement en petit comité, au sein d'une structure de moyenne importance rassemblant principalement des représentants de la hiérarchie hospitalière. Efficace a priori, cette méthode ne peut pas déboucher sur l'implantation d'un système d'amélioration continue de la qualité des soins qui suppose l'implication des acteurs du terrain. Par ailleurs, cette méthode ne semble pas correspondre aux attentes de l'ANAES dont les experts visiteurs, lors de leur visite d'accréditation, s'attacheront à interroger des membres du personnel croisés au hasard de leur chemin afin de vérifier qu'une véritable « culture qualité » est en voie d'installation dans l'établissement. Grâce à la campagne de sensibilisation menée à l'attention du personnel on peut considérer que d'une certaine façon celui-ci s'est approprié la démarche qualité impulsée par la direction et cet élément est un facteur essentiel de réussite.

-Il est sans doute encore trop tôt pour le démontrer mais on peut d'ores et déjà affirmer que la méthodologie adoptée pour faire accepter et conduire le projet qualité sur l'établissement a fait émerger des perspectives nouvelles en matière de mode de management et de prise de décision collective, ce qui était également un des objectifs de cette démarche. Il convient d'insister tout particulièrement sur la collaboration étroite entre la DPAM et certains médecins et soignants très impliqués dans la démarche.

Au total, et vu l'état d'avancement des travaux, le CHSA peut raisonnablement envisager le calendrier suivant pour se conformer aux échéances indiquées dans l'Ordonnance de 1996 :

- Fin 1999 : première synthèse des travaux des comités ad hoc mettant en évidence les points forts et les points faibles du CHSA et les actions prioritaires à entreprendre.
- Premier semestre 2000 : réalisation d'une accréditation « à blanc » par des experts de l'ANAES ou de l'AP-HP à partir de la production d'un rapport écrit.
- Engagement officiel du CHSA auprès de l'ANAES pour une accréditation fin 2000.

2) ENSEIGNEMENTS ET CONCLUSIONS

Cette dernière partie de notre propos vise à répondre à l'un des objectifs assignés au mémoire de fin de formation des élèves-directeurs d'hôpital de l'École Nationale de la Santé Publique : dans quelle mesure peut-on, à partir de l'expérience observée dans un hôpital, tirer des enseignements ou des conclusions qui soient valables et transposables pour les établissements de soins en général ?

La conception d'un projet qualité

Un véritable projet qualité, c'est-à-dire dont l'objectif ultime est de mettre en place une politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, ne peut être qu'un projet global, pensé à l'échelle de l'établissement. Il doit s'inscrire dans la stratégie à long terme de l'hôpital, éventuellement à travers sa formalisation dans le Projet d'Etablissement et nécessite une longue période de réflexions préalables permettant de bien mesurer les conséquences de ce projet et la façon la plus appropriée de le conduire.

Son impulsion doit venir de la tête de l'établissement, de la direction générale. Le fait pour le CHSA d'avoir eu une direction un peu « flottante » pendant quelques temps (intérim de 7 mois) a sans doute ralenti la dynamique de son projet qualité qui suppose une implication importante des plus hautes instances de l'établissement. Celles-ci doivent être prioritairement informées et sensibilisées aux enjeux de la stratégie d'anticipation à l'accréditation car rien ne peut se réaliser sans elles. Les instances médicales ou administratives peuvent constituer un important facteur de résistance au changement si elles ne sont pas associées de façon très active aux préliminaires de la démarche (nécessaires communications régulières à la Commission Médicale d'Établissement, au Conseil d'Administration, à la Commission de Soins Infirmiers notamment).

Projet global, un projet qualité doit également être adapté à un établissement, autrement dit être conçu pour répondre aux spécificités de cet établissement. Il peut utilement s'inspirer des expériences menées dans d'autres organisations de soins, mais il ne peut faire l'économie d'une réflexion méthodologique propre. Un projet qui viserait simplement à « plaquer » un modèle issu d'une autre réalité hospitalière aurait toutes les chances d'échouer. En raison de la spécificité de chaque établissement et de la complexité des organisations de soins que l'on a développées plus haut, il nous semble difficile de penser un projet d'une telle ampleur en se référant seulement à des normes établies par d'autres. A cet égard, le Manuel de l'ANAES, même s'il a été élaboré par des professionnels du milieu hospitalier et conçu pour être appliqué indifféremment dans tous les types de structures de soins, ne peut servir que d'outil de travail pour une démarche qualité et ne saurait constituer une fin en soi. Il constitue un moyen, un support permettant à l'établissement de mettre en place un système qualité. Et c'est bien dans cet esprit qu'il a été élaboré puisqu'il indique régulièrement que si un établissement a mis en place d'autres solutions pour se conformer à telle ou telle référence, « il lui appartient d'en faire état ». Chaque établissement doit faire la preuve de sa capacité à se remettre en cause en présentant les actions d'amélioration qu'il a mises en place pour répondre aux dysfonctionnements qu'il a identifiés.

Par ailleurs, un projet qualité doit être basé sur un système participatif. Pour que l'ensemble du personnel y adhère et le fasse sien, il convient que l'ensemble du personnel y participe, se sente partie prenante au changement. Vouloir impliquer le plus grand nombre de personnes possible fait certes naître des risques : risque que les groupes de travail se

transforment en forum de revendications multiples et de délations, en lieux de règlements de compte, risque de mise en place d'un dispositif qui s'apparente à une véritable « usine à gaz ». Pourtant, dans un projet où l'usager est au centre des préoccupations, on ne peut faire l'économie de demander à tous ceux qui gravitent autour de l'usager au quotidien de donner leur point de vue sur telle ou telle question. Cette étape est en outre indispensable pour faire accepter les changements dans l'organisation des soins qui ne manqueront pas de suivre. Il convient donc de contourner les risques préalablement énoncés en canalisant les réflexions des groupes de travail. C'est ce qui a été fait au CHSA où l'accent a été mis d'emblée sur les dysfonctionnements organisationnels (et non pas sur les incompétences individuelles) et où on a tenté de garder une certaine cohérence méthodologique au dispositif mis en place.

En définitive, un projet qualité doit être conçu de façon globale, transversale (aucun aspect de l'activité de l'établissement ne saurait être laissé de côté, au moins dans la conception du projet), participative et spécifique à l'établissement dans lequel il va être conduit. Cette période de conception et de réflexion préalable est fondamentale et il convient de lui réserver le temps nécessaire car elle conditionnera largement la suite du projet. L'un des atouts du CHSA est de s'être engagé relativement vite dans la démarche et de s'être octroyé ce temps de réflexion nécessaire. Un dispositif cohérent et adapté a ainsi été imaginé. L'avantage d'anticiper sur des échéances réglementaires réside également dans le fait que la Direction est alors en mesure de présenter le dit projet comme non contraint dans le temps par des obligations nationales souvent vécues comme des menaces par le personnel hospitalier. Anticiper, c'est déjà marquer des points, c'est se donner l'occasion de présenter ce qui pourrait être vécu comme une menace en véritable opportunité.

La conduite d'un projet qualité

Conduire avec succès un projet qualité dans un établissement complexe suppose d'anticiper sur les réactions des acteurs de soins et d'apporter des réponses aux questions qu'ils se posent tout au long de la démarche. Les professionnels de l'hôpital sont la ressource essentielle de la démarche qualité. Pour eux, le projet qualité va se traduire concrètement par un lourd investissement en temps et sa mise en œuvre peut entraîner une prise de risques.

D'une part, en effet, les acteurs de l'hôpital sont tous très sollicités dans le cadre d'une démarche participative qui requiert de nombreuses réunions et qui leur demande un important investissement temps pour élaborer le diagnostic de l'établissement, répondre à des dysfonctionnements par la rédaction de procédures, etc. Deux questions se posent à ce stade :

-Comment mobiliser le temps et l'énergie de professionnels si le contexte quotidien est marqué par la pénurie d'effectifs, la gestion dans l'urgence, un fonctionnement souvent cloisonné et centralisé des différents services de l'établissement ?

-Comment éviter que la qualité ne soit perçue par les professionnels comme une tentative de leur en faire faire plus dans la gestion du quotidien sans que rien ne change dans le management global et la gestion des ressources humaines ?

Pour répondre à ces deux questions, les responsables du projet qualité doivent s'assurer que les différentes ressources humaines nécessaires sont bien mobilisables, autrement dit vérifier que le projet tient compte de la réalité du fonctionnement des services impliqués, des ressources existantes et des contraintes des situations de travail. Par ailleurs, ils doivent identifier les objectifs réellement atteignables et mettre en place des politiques d'accompagnement du projet qualité : opérations de communication et de formation notamment.

Par ailleurs, pour tout acteur de l'hôpital, la mise en œuvre d'un projet qualité peut entraîner une prise de risque :

-chaque acteur doit mettre à plat son mode de fonctionnement professionnel, autrement dit se rendre plus évaluable ;

-chaque acteur peut devenir personnellement responsable en cas d'erreur et donc plus vulnérable ;

-chaque acteur doit se soumettre à des règles et à des procédures dans lesquelles il ne se reconnaît pas forcément parce qu'elles ont été écrites par d'autres, dans un langage qui n'est pas le sien ;

-chacun doit enfin se confronter aux autres acteurs concernés à propos de la maîtrise du projet qualité et de son contenu, en ayant l'impression que son point de vue n'est peut-être pas défendu et pris en compte.

Pour minimiser ces risques et pour répondre aux interrogations que se posent légitimement les professionnels de l'hôpital, le responsable du projet qualité doit leur démontrer que la démarche qualité n'est pas un jeu à somme nulle, qu'elle peut concilier la satisfaction des patients, de l'institution et de ses acteurs. Certes, les besoins du patient sont le fil conducteur de la démarche, mais il importe que les responsables du projet qualité se préoccupent de l'impact que cette approche peut avoir sur la conception que les acteurs hospitaliers ont de leur métier et sur la satisfaction qu'ils peuvent retirer de leur exercice professionnel. Leurs compétences et leur motivation sont au cœur de la performance de l'institution. Tout un travail sur la gestion des ressources humaines est nécessaire sous la forme d'une politique d'accompagnement de la démarche. La Direction de l'établissement peut ainsi, parallèlement au projet qualité, concevoir des modalités d'évaluation de la charge de travail et de détermination des effectifs plus pertinentes, adapter les indicateurs de performance individuelle et faire émerger la notion de performance collective, concevoir des plans de formation conciliant les besoins institutionnels, les nécessités professionnelles et les attentes individuelles. Associée à l'organisation du travail, la formation des acteurs est en effet un levier majeur d'évolution et le facteur principal d'adaptabilité des professionnels du milieu hospitalier. Mais il convient désormais d'élargir l'évaluation de la formation : jusqu'à aujourd'hui centrée uniquement sur l'impact en terme de performances individuelles, il convient de l'élargir à l'impact sur les performances de l'institution. Dans cette perspective, les plans de formation doivent rechercher la compatibilité, l'équilibre et la convergence entre trois et non plus deux types d'objectifs : des objectifs de développement personnels, des objectifs de développement professionnels et des objectifs de développement institutionnels. Ils visent à développer le potentiel de l'organisation en agissant sur l'aptitude de ses membres à intégrer leurs compétences personnelles et professionnelles dans un cadre collectif de fonctionnement.

Par ailleurs, au niveau de l'institution, il est clair que la démarche qualité peut déboucher sur une rupture d'équilibre dans le fonctionnement des unités de travail. La phase de diagnostic va notamment inévitablement dévoiler des modes de fonctionnement informels dans les services : arrangements sur les plannings, assouplissement de consigne pour faire plaisir à un malade,

transgression d'une procédure pour résoudre un problème plus rapidement, etc. Toute démarche qualité doit tenir compte de ces arrangements informels, pas forcément pour les valider, mais en tous cas pour mesurer l'impact des changements à mettre en œuvre sur les situations de travail. La conduite d'un projet qualité doit donc être pragmatique et se pencher sur des processus et non des modèles.

L'un des enseignements essentiels que nous tirons en définitive de l'expérience menée au CHSA est que le projet qualité d'un établissement doit être absolument un projet accompagné, d'où vient encore une fois la nécessité qu'il soit impulsé par la Direction de l'établissement, seule à même de prévoir et de mettre en œuvre ces différentes politiques d'accompagnement dans le domaine de la gestion des ressources humaines, de la formation et de la communication.

L'introduction d'un nouveau mode de management dans les établissements de soins

Au total, on peut, à partir de l'observation de l'expérience menée au CHSA, tirer quelques conclusions plus générales sur les conditions de réussite d'un projet stratégique dans une organisation de soins complexe et sur les conditions d'émergence, dans ces établissements, d'une nouvelle pratique décisionnelle, davantage participative.

Dans un premier temps, il convient d'insister sur l'idée qu'une opération bien lancée initialement, quelles que soient ses vicissitudes par la suite, conserve de bonnes chances de succès, alors que les effets d'un démarrage raté sont très difficiles à surmonter. La phase d'initiation du projet stratégique doit donc être à forte dominante pédagogique. Vouloir changer les structures, les processus de décision, modifier l'identité d'une organisation, sans avoir explicité et communiqué les fondements stratégiques du changement souhaité est pratiquement impossible. A ce stade, la direction d'un établissement de soins se doit de communiquer sur les enjeux mais aussi sur l'impact des changements en termes de gains ou de pertes pour chaque acteur, de contreparties.

Par ailleurs, il faut se donner du temps pour mener à bien le changement. On ne doit priver aucun des acteurs de l'organisation du temps nécessaire à l'apprentissage de nouveaux modes de fonctionnement, surtout dans ce domaine de la qualité. La « chronobiologie » de

l'établissement doit être respectée et il convient d'y adapter le rythme et la conduite du changement.

Enfin, il faut aussi faire la preuve que les choses bougent dans le bon sens, autrement dit que l'organisation dispose de marges de liberté et qu'elle les utilise. Le fait d'obtenir rapidement des résultats concrets comporte une valeur symbolique considérable.

De façon plus générale, et pour reprendre la terminologie des sociologues, on ne peut que se méfier du paradigme du « changement rationnel », dont l'application semble inappropriée dans les organisations de soins. Ce paradigme se base sur trois postulats principaux :

- l'inadéquation de l'organisation aux enjeux auxquels elle est confrontée
- la proposition d'une solution optimale sous la forme d'un nouveau modèle d'organisation
- l'organisation est un acteur rationnel unique incarné par la direction générale qui a la responsabilité d'identifier les changements, la légitimité pour choisir les solutions et l'autorité pour en obtenir la mise en œuvre

Dans cette perspective, le changement est considéré comme le passage d'un modèle inadapté à un modèle adapté. La grande majorité des acteurs de l'établissement de soins n'ont pas leur mot à dire et la conduite du changement se définit comme un but à atteindre identifié par la seule direction. Le risque dans un tel contexte est de voir émerger une forte résistance au changement.

M. CREMADEZ et F. GRATEAU, dans leur ouvrage sur Le management stratégique hospitalier, préconisent au contraire de mener des inflexions stratégiques par le biais de ce qu'ils appellent le « développement organisationnel » : dans ce cas de figure, le changement n'est pas centré sur un modèle mais sur un processus. Le « développement organisationnel » affirment-ils, est « un effort programmé, global (c'est-à-dire au niveau de l'ensemble de l'organisation ou d'une sous-unité de l'ensemble), encouragé et animé par les dirigeants au sommet, en vue d'améliorer l'efficacité et la santé de l'organisation, au moyen d'interventions sur les processus de fonctionnement de l'organisation, qui font appel aux apports des sciences humaines » (p 316). Cette théorie s'inspire de la sociologie des organisations qui nous apprend qu'un meilleur contrôle de l'organisation sur son devenir ne passe pas par la limitation des degrés de liberté que les

individus se sont procurés, mais par une meilleure capacité à exploiter la dynamique qui en résulte. L'ambition qui préside à l'implantation du management stratégique, c'est de réconcilier la rationalité et le besoin d'autonomie des individus au sein d'une organisation.

Dans cette optique, la mise en œuvre d'un projet stratégique peut être l'occasion de mettre en place une nouvelle pratique décisionnelle, davantage participative. On l'a constaté au CHSA : l'introduction du management stratégique en matière de qualité modifie l'exercice du pouvoir, car il change les processus et les pratiques décisionnelles, tant dans les services de soins que dans les services administratifs. On peut désormais observer une amorce de prise de décision collective ou en tout cas de réflexions collectives : on a donné la parole à tous les acteurs du système qui le souhaitent, et en conséquence, les pratiques décisionnelles apparaissent plus intégratives. D'une certaine façon, le management stratégique rompt la dissociation entre le stratégique et l'opérationnel. Grâce à la diffusion des préoccupations stratégiques au sein de l'organisation, il détruit la division verticale du travail entre les stratèges et les opérationnels. Le défi de ce type de management est de réussir à décroiser les services et les professions au sein de l'hôpital en créant une communauté de vue sur le long terme, en partageant le « savoir sur l'avenir » grâce à l'ouverture de la capacité légitime d'initiative de toutes les catégories d'acteurs de l'hôpital.

CONCLUSION

Ainsi que nous l'avions annoncé dans le propos introductif de ce travail, l'objectif de ce « mémoire professionnel » était double :

-il s'agissait, d'une part, de présenter et d'analyser la stratégie d'anticipation à la procédure d'accréditation imaginée et mise en place au CHSA ;

-il s'agissait, d'autre part et plus généralement, de voir comment un tel projet pouvait déboucher sur un nouveau mode de management des ressources humaines et sur un nouveau type de pratique décisionnelle au sein des établissements de soins.

Concernant le premier point, la stratégie d'anticipation à l'accréditation du CHSA peut être appréciée au regard des objectifs qui lui étaient assignés : la pertinence de la démarche engagée par rapport aux exigences de l'ANAES et la mise en place d'un système pérenne d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins.

Ces objectifs sont aujourd'hui en passe d'être atteints. Ainsi que nous l'avons montré, un dispositif qualité cohérent et rigoureux a été mis en place à l'échelle de l'établissement et l'ensemble du personnel est désormais sensibilisé à ce thème. Huit groupes de travail transversaux et pluridisciplinaires étudient activement les différents dysfonctionnements organisationnels repérés sur l'établissement et la meilleure façon d'y remédier. Lors de sa visite prochaine, l'ANAES pourra ainsi constater la capacité de l'établissement à remettre en cause ses usages et ses pratiques ainsi que sa volonté de les améliorer pour une satisfaction accrue des patients.

La Direction du CHSA a su ainsi gérer un changement de taille dont le succès n'était pas acquis d'avance. Toute organisation répond en effet au besoin de sécurité des individus qui la composent. La satisfaction de ce besoin a longtemps été assimilée à plus de stabilité, stabilité qu'il fallait préserver. Tout changement était alors vécu comme une rupture et s'effectuait dans la douleur. Le défi du CHSA était le suivant : arriver à fonder la satisfaction du besoin de

sécurité de son personnel sur la maîtrise du changement. Pour ce faire, il a choisi d'intéresser les acteurs au changement en leur montrant qu'ils en garderaient le contrôle et il a favorisé une réflexion collective qui traduit les préoccupations des différentes catégories professionnelles de l'établissement.

Désormais, l'évaluation continue de la qualité et la réalisation des changements nécessaires sont considérés comme une activité permanente du CHSA, c'est-à-dire tout le contraire d'un processus périodiquement déclenché par diverses influences extérieures.

Mais l'opportunité d'un tel projet stratégique consistait également à créer les conditions d'émergence d'une dynamique globale génératrice d'une nouvelle forme d'interaction entre les différents acteurs de l'hôpital. Indéniablement, après deux années de réflexions et de travaux en commun sur le thème de la qualité, la façon de penser l'organisation « CHSA » est modifiée. La réflexion stratégique, pluridisciplinaire et transversale qui a été menée conduit à ce que, à tous les niveaux de la hiérarchie et quel que soit le secteur d'activité de l'établissement, la structuration de l'établissement en territoires distincts a tendance à s'estomper. On constate notamment une évolution des relations entre administratif et médical (un des principaux clivages de l'hôpital) de la lutte d'influence vers la collaboration. La démarche qualité engagée au CHSA a favorisé la rencontre des métiers dans l'établissement et la prise de conscience du rôle de chacun dans le parcours du patient.

Au-delà donc de la mise en place d'un système qualité viable et pérenne, le CHSA a su profiter de ce projet stratégique pour amorcer un nouveau type de management plus participatif et plus moderne: il est indiscutablement en train de passer d'un système de décision hiérarchique et réactif (qui réagit par rapport à l'environnement) à un comportement décisionnel octroyant la plus large part possible à la concertation et à l'anticipation.

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES

- G. ARBUZ, D. DEBROSSE, Réussir le changement à l'hôpital, Liège, InterEditions, Masson, 1996

- C. BOISSIER RAMBAUD, M-N. CHAMPION DAVILLER, J. NEBESAROVA, B. BARBI N, J-M. FESSLER, Hôpitaux, cliniques : de l'accréditation à la qualité, Moulins-lès-Metz, Ed. Lamarre, 1998

- M. CREMADEZ, en collaboration avec F. GRATEAU, Le management stratégique hospitalier, Paris, InterEditions, Masson, 1992

- sous la dir. de P.F. CHANOIT et J. de VERBIZIER, Evaluation des soins en santé mentale, Albi, coll. Psychiatrie et Société, Ed. Eres, 1990

- D. FROMENTIN, en collaboration avec J. BRUN et J. LENGART, Santé et assurance qualité : vers l'accréditation, Paris, Paris, Berger-Levrault, 1998

- K. ISHIKAWA, La gestion de la qualité, Paris, Ed. Dunod, 1997

- H. LETEURTRE, V. VANDENMERSCH, M-F. BLONDIAU, L'accréditation hospitalière. Gestion et services de soins, Paris, Berger-Levrault, 1996

- E. MORIN, J-L. LE MOIGNE, Comprendre la complexité dans les organisations de soins, Lille, ASPEPS Edition, 1997

- sous la dir. de C. SEGOUIN, L'accréditation des établissements de santé, Les dossiers de l'AP-HP, DOIN Editeurs, 1997

ARTICLES

-C. AUBERT, « L'expérience de l'Institut Mutualiste de Montsouris », Technologie et Santé, novembre 1998, n° 34, pp 31-36

- Y. BENANTEUR, « L'évaluation de la qualité des pratiques professionnelles : une démarche au long cours », Technologie et Santé, novembre 1998, n° 34, pp 71-75

-N. BASS, « Non, la qualité n'est pas une mode », Technologie et Santé, décembre 1997, n°32, pp 11-18

-C. BRUNEAU, C. LACHENEY-LLANAS, V. MOUNIC, L. PAZART, Y. MATILLON, « La procédure d'accréditation », Technologie et Santé, décembre 1997, n°32, pp 77-80

-C. CHOUAID, M. MOREL, L. CANIS, J-C. WATRIN, E. VIEL, « Qualité et accréditation dans les établissements de santé : application de l'expérience acquise en milieu industriel », Gestions Hospitalières, mars 1998, n°374, pp 223-227

-Y. DERENNE, Dr P. MARREL, M. MOREL, Dr C. PRIVAT-PAIN, « Les expériences françaises d'accréditation sont intéressantes ! », Gestions Hospitalières, mars 1998, n°374, pp 194-198

-M. GUESNIER, Dr A. FOURCADE, Dr P. RAVAUD, P. GUEZ, « Qualité, évaluation, accréditation : les concepts », Technologie et Santé, décembre 1997, n°32, pp 5-11

-J-Y. JACOB, « Accréditation et qualité. Le point de vue de l'ARH », Gestions Hospitalières, mars 1998, n°374, pp 186-188

-V. KOVESS, M. GELLY, F. HANIQUAUT, « En marche vers l'accréditation », Gestions Hospitalières, mars 1998, n°374, pp 206-217

- V. KOVESH, F. BERTRAND, D. CAUSSE, C. DELAUNOY, C. FROMENT, J. MARESCAUX, J-C. PENOCHET, A. PIDOLLE, I. ROBINEAU, « Accréditation : la démarche en psychiatrie », Entreprise Santé, juillet-août 1998, n°16, pp19-26
- Dr D. LUSIGNAN, D. REYNAUD, « Accréditation en psychiatrie : contribution du BAQHP Psy à l'installation d'une démarche qualité des établissements de santé privés », Technologie et Santé, novembre 1998, n° 34, pp 9-17
- Dr G. MAGUEREZ, « Les Programmes d'Amélioration de la Qualité, accompagnement méthodologique de 63 projets : éléments de réflexion », Technologie et Santé, novembre 1998, n° 34, pp 21-24
- Dr G. MAGUEREZ, « La mise en place d'un programme d'amélioration de la qualité : quelle démarche choisir ? », Technologie et Santé, décembre 1997, n°32, pp 42-45
- D. MATHIEU , « Démarche de gestion de la qualité des risques au CH d'Angoulême », Gestions Hospitalières , mai 1999, pp 329-333
- V. MAURAGE, « L'implication des acteurs de santé dans les démarches qualité , une simple affaire de formation ? » ; Gestions Hospitalières, mai 1999, pp 334-336
- J. MOREAU, « L'accréditation dans le domaine de la santé publique : acte juridique ou acte prospectif ? », Gestions Hospitalières, mars 1998, n°374, pp 181-184
- Dr G. NATHAN, « De l'évaluation à la qualité dans le domaine de la santé en France », Technologie et Santé, décembre 1997, n°32, pp 18-26
- Dr G. NATHAN, «Du projet d'établissement à l'amélioration continue de la qualité : gérer le changement », Technologie et Santé, décembre 1997, n°32, pp 50-54
- F. PERRET, « La démarche d'audit interne du CHU de Nice en vue de l'accréditation », Gestions Hospitalières, mars 1998, n°374, pp 218-222

-M. REYNAUD, « Accréditation : une expérience à suivre », Gestions Hospitalières, mars 1998, n°374, pp 202-205

-C. SEGOUIN, « Les grandes tendances de l'accréditation », Gestions Hospitalières, mars 1998, n°374, pp 174-181

DOCUMENTS ANAES

-Bilan de l'expérimentation, ajustements du Manuel et perspectives de la démarche d'accréditation, intervention de l'ANAES le mercredi 10 mars 1999, Centre Hospitalier BICHAT-Claude BERNARD

-« Préparer et conduire votre établissement à l'accréditation: un guide pratique » (version expérimentale, septembre 1998)

-Communiqué de presse de l'ANAES du 16 février 1999: « bilan de l'expérimentation de la procédure d'accréditation auprès de 40 établissements »

DOCUMENTS AP-HP

-« Bilan de l'expérimentation de l'accréditation au niveau national », Service Evaluation et Qualité, Direction de la Politique Médicale de l'AP-HP

RAPPORTS DIVERS

-« Qualité et accréditation dans les hôpitaux d'Ile-de-France », Congrès de printemps. URHIF, 10 juin 1999

ANNEXES

-ANNEXE 1 : Rappel chronologique des différentes étapes clés de la stratégie d'anticipation du CHSA à la procédure d'accréditation (p. 78)

-ANNEXE 2 : Architecture générale du dispositif Accréditation mis en place au CHSA (p. 80)

-ANNEXE 3 : Composition de la Cellule Accréditation du CHSA (p. 81)

-ANNEXE 4 : Questionnaire de satisfaction des usagers (hospitalisés) diffusé en avril 1998 (600 retours) (p. 82)

-ANNEXE 5 : Questionnaire à l'attention du personnel du CHSA diffusé fin avril 1998 (200 retours) (p. 90)

-ANNEXE 6 : Liste des membres du Comité Ad Hoc n° 2 : « Organisation des consultations et des examens » (p. 96)

-ANNEXE 7 : Liste des membres du Comité Ad Hoc n° 6 : « Gestion des Fonctions Logistiques » (p. 97)

-ANNEXE 8 : Tableaux de correspondances entre les références du Manuel de l'ANAES et les Comités Ad Hoc mis en place au CHSA (p.99)

Annexe 1 :

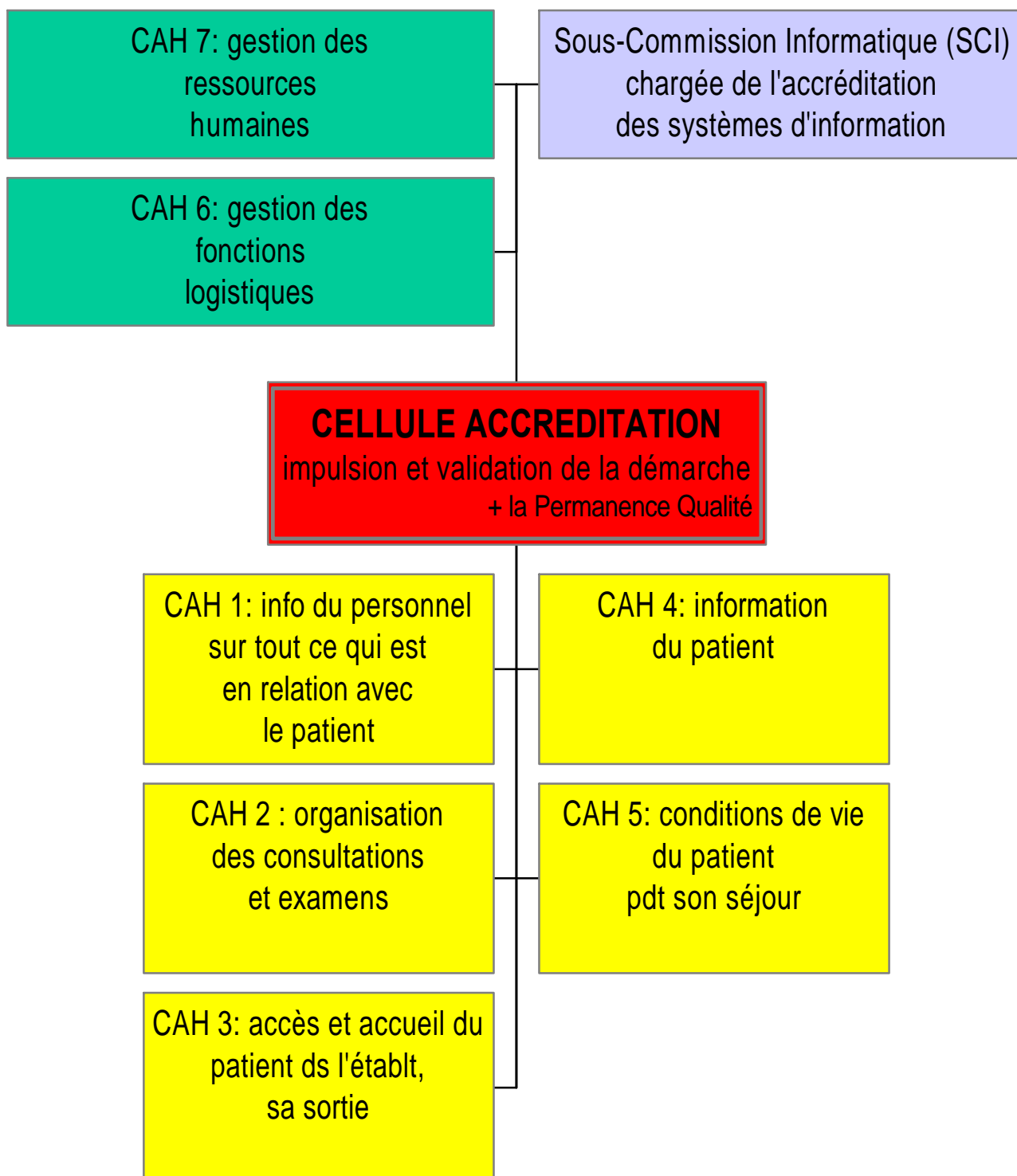
Rappel chronologique des différentes étapes clés de la stratégie d'anticipation du CHSA à la procédure d'accréditation

Janvier 1998	Création et installation de la Cellule Accréditation du CHSA (réunions trimestrielles)
Janvier 1998	Recrutement d'une « experte-qualité » au CHSA et installation de la Permanence Qualité
8 janvier 1998	Première « Journée Accréditation » organisée par la DPAM à destination de l'ensemble du personnel
Mars 1998	Publication d'un numéro spécial de <u>Sainte-Anne Magazine</u> sur l'accréditation
Avril 1998	Choix des premiers thèmes de travail à partir de : <ul style="list-style-type: none">➤ Elaboration et diffusion du questionnaire usagers➤ Elaboration et diffusion du questionnaire personnels➤ Analyse des documents administratifs (plaintes, notes, etc)
Septembre 1998	Production par la Cellule Accréditation du rapport sur l'analyse des questionnaires usagers, personnels et sur l'étude des différents documents administratifs
Fin 1998	Choix de cinq thèmes de travail prioritaires et création de trois « Comités Ad Hoc » sur la prise en charge du patient (réunions bi-mensuelles): <ul style="list-style-type: none">➤ Information du personnel sur tout ce qui est en relation avec le patient (CAH 1)➤ Organisation des Consultations et des Examens (CAH 2)➤ Accès et accueil du patient dans l'établissement, sa sortie (CAH 3)
Février 1999	Publication de la deuxième version du Manuel de l'ANAES
Février 1999	Nomination de Madame DE SAXCE, directeur par intérim du CHSA : recadrage sur le Manuel de l'ANAES

19 mars 1999	Deuxième « Journée Accréditation »
Avril 1999	Formation des membres des CAH 1, 2 et 3 aux outils de la qualité (Virginie BLANCHOT - Conseils & Formation)
Juin 1999	Création d'un nouveau « Comité Ad Hoc » (réunions bi-mensuelles): ➤ La Gestion des Fonctions Logistiques (CAH 6)
Juillet 1999	Création d'un nouveau « Comité Ad Hoc » (réunions bi-mensuelles): ➤ La Gestion des Ressources Humaines (CAH 7)
Juillet 1999	La Sous-Commission Informatique est chargée de l'accréditation des Systèmes d'Informations
Septembre 1999	Nomination de Monsieur CHASSANIOL, directeur du CHSA
Septembre 1999	Formation des membres des CAH 4, 5 et 6 aux outils de la qualité (Virginie BLANCHOT - Conseils & Formation)
Octobre 1999	Troisième « Journée Accréditation »
Octobre 1999	Formation des membres du CAH 7 et de la Sous-Commission Informatique aux outils de la qualité (Virginie BLANCHOT - Conseils & Formation)

Annexe 2 :

Architecture générale du dispositif accréditation au CHSA



Annexe 3 :

Composition de la Cellule Accréditation du CHSA

Madame AMORICH-CIS-SECTEUR 13
Madame BADORC-CIS-SECTEUR 17
Madame BÉNAZET-Adjoint des Cadres-DSEL
Monsieur BERTAUX-Adjoint technique-UCP - DSEL
Madame BICHET-CI-CELLULE HYGIÈNE
Monsieur BLETON-CMT-UNITÉ DE KINESITHÉRAPIE
Madame le Docteur BOITEUX--SECTEUR 16
Madame BONNARDEL-Cadre socio éducatif-SERVICE SOCIO EDUCATIF
Madame le Docteur BOUSQUET--LABORATOIRE CENTRAL
Madame BRISORGUEIL DOUZIECH-Infirmière-SECTEUR 17
Monsieur le Docteur CHICHE-Chef de Service-CHIRURGIE
Monsieur le Professeur CHODKIEWICZ-Chef de Service-NEUROCHIRURGIE
Monsieur le Docteur CONTEJEAN-Chef de Service-INTERSECTEUR 8
Madame COSTANTINI-Infirmière-NEUROPHYSIOLOGIE FONCTIONNELLE
Madame le Docteur COTLENKO--INTERSECTEUR 6
Monsieur le Docteur COUSIN-Chef de service P/I-SECTEUR 3 (SM 5)
Madame DAGNEAUX-CIS-BLOC OPÉRATOIRE
Madame le Professeur DAUMAS DUPORT-Chef de Service-ANATOMO-PATHOLOGIE
Madame DECEA-Chef de projet-DAFSI
Madame DEJOUET-Infirmière Générale-DSSI
Madame le Docteur DILOUYA-Chef de Service-MÉDECINE NUCLEAIRE
Madame le Docteur DORMOY-Chef de Service-SMPR
Madame ÉPITER-CIS-CPOA
Monsieur le Docteur GARNIER--SECTEUR 18
Madame GERARD CHALET-Directeur des Affaires Financières et du Système d'Information
Monsieur GOURCI-CIS-CHIRURGIE
Madame GOUZE-Représentante des Usagers-UNAFAM
Monsieur le Docteur GURY--PHARMACIE
Madame JOUANCHICOT CHARLET-Ingénieur Subdivisionnaire-DST
Madame KOEHL-CIS-NEUROCHIRURGIE
Monsieur LAURET-Directeur des Ressources Humaines
Madame LE DALL-CIS-STOMATOLOGIE
Madame LE DORE-Adjoint des Cadres-DPAM
Monsieur LE GUENNEC-Ingénieur-DST
Madame LEEMAN-CIS-SECTEUR 15
Monsieur LITTAUER-Chef de bureau P/I-DIRECTION DES ADMISSIONS
Madame LYON-Chargée de mission-DPAM
Monsieur le Professeur MAS--NEUROLOGIE
Monsieur le Professeur MEDER--NEURORADIOLOGIE
Madame le Docteur MEIGNAN--ANESTHÉSIE REANIMATION
Monsieur le Docteur MERIENNE--DIM
Monsieur le Docteur MOHR--DIM PSYCHIATRIE
Monsieur PERPOIL-Gérant de tutelle-SERVICE DES MAJEURS PROTÉGÉS
Madame PERRIN-Directeur des Admissions et de la Communication
Monsieur le Docteur PETITJEAN-Chef de Service-SECTEUR 17
Monsieur le Professeur SAMUEL LAJEUNESSE-Chef de Service-CMME
Monsieur le Docteur SIMONNET-Chef de Service-SECTEUR 3 (SM 4)
Madame SIMOES-CIS-DSSI
Monsieur le Docteur SPADONE--SECTEUR 14
Madame TISSIER-Directeur de l'IFSI
Madame TOME GERTHEINRICHs-Directeur de la Prospective et des Affaires Médicales
Monsieur le Docteur TOUREAU--CELLULE HYGIÈNE
Monsieur le Docteur TREVIDIC-Chef de Service-CHIRURGIE
Madame VILAYLECK-Élève Directeur-DPAM
Madame VO-DINH-Directeur des Services Économiques et Logistiques
Monsieur le Professeur ZUBER--NEUROLOGIE

Annexe 4 :
Questionnaire à l'attention des usagers (Hospitalisés)

VOTRE AVIS NOUS INTERESSE ...

HOSPITALISATIONS

Ce questionnaire est anonyme.

**I - PREMIER CONTACT AVEC L'HOPITAL ET/OU SES STRUCTURES
EXTERIEURES**

1- Quel a été votre premier contact avec l'hôpital ?

- 1) téléphonique 2) physique

2- Comment était -il ?

- 1) insatisfaisant 2) peu satisfaisant 3) satisfaisant 4) très satisfaisant 5) ne sait pas

3- Avez-vous obtenu des informations sur l'hôpital avant votre arrivée ?

- 1) OUI 2) NON

Si oui,

4- Avez-vous obtenu des informations sur votre séjour ?

- 1) OUI 2) NON

5- Les informations que vous avez reçues étaient-elles suffisantes ?

- 1) OUI 2) NON

6- Par quel moyen de transport êtes-vous arrivé à l'hôpital ?

- 1) voiture 2) transports en commun 3) SAMU 4) police 5) autre

7- Estimez-vous avoir été bien accueilli et suffisamment orienté à l'entrée de l'hôpital ?

- 1) pas du tout 2) pas suffisamment 3) assez bien 4) tout à fait 5) pas concerné

8- Avez-vous trouvé facilement le service où vous vouliez vous rendre ?

- 1) OUI 2) NON 3) pas concerné

9- La signalisation était-elle claire ?

- 1) OUI 2) NON 3) pas concerné

II - ACCUEIL

10- Avez-vous été accueilli dans le service de soins ?

- 1) OUI 2) NON

11- Savez-vous par qui vous avez été accueilli (par ex : infirmier, médecin)?

.....

12- Les membres de l'équipe se sont-ils présentés et ont-ils expliqué leur fonction ?

- 1) aucun 2) quelques uns 3) presque tous 4) tous

13- Vous a-t-on donné le livret d'accueil dans les 24 heures après votre arrivée à l'hôpital ?

- 1) OUI 2) NON

14- Si oui, par qui vous a-t-il été remis ? (médecin, infirmier,...)

.....

15- Avez-vous eu la possibilité de faire appel à un interprète ?

- 1) OUI 2) NON 3) pas concerné

16- Les conditions de votre accueil étaient-elles adaptées à vos besoins spécifiques (mise à disposition d'un fauteuil roulant, aveugle...) ?

- 1) Pas du tout adaptées 2) peu adaptées 3) assez adaptées 4) tout à fait adaptées 5) pas concerné

17- Que pensez-vous de la qualité de votre accueil en général ?

- 1) insatisfaisante 2) peu satisfaisante 3) assez satisfaisante 4) très satisfaisante

18- Que pensez-vous de la qualité de l'accueil de la personne vous accompagnant ? (famille, ami...)

- 1) insatisfaisante 2) peu satisfaisante 3) assez satisfaisante 4) très satisfaisante 5) pas concerné

19- En dehors des aspects évoqués ci-dessus, que suggérez-vous pour améliorer la qualité de l'accueil ?

.....
.....

20- Combien de temps avez-vous attendu au bureau des admissions ou à la caisse ?

- 1) n'a pas attendu 2) -15 mn 3) + de 15 mn 4) ne sait pas 5) pas concerné

21- Combien de temps avez-vous attendu entre votre arrivée dans la structure et votre accueil ?

- 1) n'a pas attendu 2) -15 mn 3) + de 15 mn 4) ne sait pas

22- Combien de temps avez-vous attendu la disponibilité de votre chambre ?

- 1) n'a pas attendu 2) -15 mn 3) + de 15 mn 4) ne sait pas

Si vous avez attendu:

23- Vous a-t-on expliqué les raisons de votre attente ?

- 1) OUI 2) NON

24- Si oui, quelles étaient les raisons ?

.....
.....
.....

25- Avez-vous attendu dans des conditions confortables ?

- 1) pas du tout 2) moyennement 3) assez 4) très

26- L'attente vous a-t-elle paru compatible avec votre état de santé ?

- 1) OUI 2) NON

III - RESPECT DE LA PERSONNE

27- Avez-vous été accueilli dans le respect de la confidentialité et l'intimité ?

- 1) pas du tout 2) très peu 3) assez 4) tout à fait

28- Votre intimité a-t-elle été respectée lors des : soins/visites médicales/consultations /examens ou traitements médico-techniques/autres ?

- 1) pas du tout 2) très peu 3) assez 4) tout à fait

29- A-t-on selon vous suffisamment respecté la confidentialité des données médicales et personnelles vous concernant ?

- 1) pas du tout 2) très peu 3) assez 4) tout à fait

30- Si pas du tout ou très peu, pouvez-vous expliquer pourquoi ?

.....
.....

31- Si vous avez fait l'objet de présentation aux étudiants ou personnels médicaux ou paramédicaux, a-t-on demandé votre consentement préalable ?

- 1) OUI 2) NON 3) pas concerné

32- Avez-vous eu la possibilité de pratiquer votre religion dans la mesure du possible et dans le respect des autres patients ?

- 1) pas du tout 2) très peu 3) assez 4) tout à fait 5) pas concerné

33- Pensez-vous être en sécurité à l'hôpital ?

- 1) pas du tout 2) très peu 3) assez 4) tout à fait

34- Si non, que suggérez-vous pour améliorer le sentiment de sécurité ?

.....
.....

35- En dehors des aspects évoqués ci-dessus, que nous suggérez-vous pour améliorer la qualité du respect de la personne ?

.....
.....

IV - INFORMATION

36- Vous a-t-on communiqué la liste des associations présentes à l'hôpital et offrant une prestation aux malades et à leur famille (ex : bibliothèque pour tous, UNAFAM...)?

1) OUI 2) NON

37- Vous a-t-on informé sur les modalités de prise en charge financières du séjour à l'hôpital ?

1) pas du tout 2) très peu 3) assez 4) tout à fait

38- Votre famille ou accompagnant ont-ils été informés des possibilités qui leur étaient offertes de séjourner à l'hôpital, de leurs modalités pratiques et financières ?

1) pas du tout 2) très peu 3) assez 4) tout à fait 5) ne sait pas, pas concerné

39- Etiez-vous au courant de la possibilité de recourir à une assistante sociale ?

1) OUI 2) NON

40- Etait-il simple d'accéder aux visiteurs bénévoles, aux représentants des cultes etc. ?

1) je n'étais pas au courant 2) pas très simple 3) assez simple 4) très simple 5) pas concerné

41- Estimez-vous avoir été informé sur votre bilan et sur le traitement mis en œuvre ?

1) pas du tout 2) très peu 3) assez 4) tout à fait

42- Etiez-vous en désaccord avec certains aspects de votre traitement ?

1) OUI 2) NON

Si oui,

43- Avez-vous pu l'exprimer ?

1) OUI 2) NON

44- Considérez-vous que votre avis a été pris en compte ?

1) OUI 2) NON

45- Avez-vous souhaité accéder aux informations et documents qui vous concernent ?

- 1) OUI 2) NON

Si oui,

46- Lesquels ?

.....

47- Comment était l'accès ?

- 1) insatisfaisant 2) peu satisfaisant 3) assez satisfaisant 4) très satisfaisant

48- Avez-vous reçu les informations nécessaires sur l'organisation de votre prise en charge, y compris le nom de vos interlocuteurs ? (médecin, infirmier, psychologue, assistante sociale référent...)

- 1) OUI 2) NON

49- En dehors des aspects évoqués ci-dessus, quelle amélioration de la qualité de l'information souhaiteriez-vous voir ?

.....

.....

V - PRISE EN CHARGE

50- Que diriez-vous de la disponibilité des équipes médicales ?

- 1) pas du tout disponibles 2) peu disponibles 3) assez disponibles 4) tout à fait disponibles

51- Que diriez-vous de la disponibilité des équipes paramédicales ?

- 1) pas du tout disponibles 2) peu disponibles 3) assez disponibles 4) tout à fait disponibles

52- Avez-vous subi une gêne due à un manque de coordination ?

entre les services ?

- 1) OUI 2)NON

au sein de votre service (ex : changement d'équipe...)

- 1) OUI 2)NON

avec l'extérieur (médecin traitant)

- 1)OUI 2)NON

53- A-t-on suffisamment tenu compte de votre handicap (aide à la locomotion, assistance pour les repas...)?

- 1) pas du tout 2) très peu 3) assez 4) tout à fait 5) pas concerné

54- Etiez-vous satisfait de la prise en charge de votre douleur physique et/ou psychique ?

- 1) pas du tout 2) très peu 3) assez 4) tout à fait 5) pas concerné

55- Avez-vous interrompu votre séjour volontairement?

- 1) OUI 2) NON

56- Si oui, pour quelle(s) raison(s) ?

.....
.....

57- Pensez-vous avoir été suffisamment informé sur les possibilités d'activités ?

- 1) OUI 2) NON

58- Auriez-vous souhaité participer à d'autres activités ?

- 1) OUI 2) NON

59- Si oui, lesquelles ?

.....
.....

60- La question de l'hygiène est essentielle pour l'hôpital. Que diriez-vous à ce sujet ?

.....
.....
.....

61- Avez-vous des observations complémentaires à apporter sur votre prise en charge ?

.....
.....
.....

VI - LES CONDITIONS DE SEJOUR

62- Votre chambre était-elle :

- B - calme** 1) pas du tout 2) très peu 3) assez 4) tout à fait
C - chauffée/aérée 1) pas du tout 2) très peu 3) assez 4) tout à fait
D - meublée 1) très peu 2) assez 3) tout à fait
E - adaptée à votre état de santé 1) pas du tout 2) très peu 3) assez 4) tout à fait
F - bien entretenue ? 1) pas du tout 2) très peu 3) assez 4) tout à fait 5) ne sait pas

63- Si la chambre est peu calme ou peu adaptée à votre état de santé, pouvez-vous expliquer pourquoi?

.....
.....

64- En dehors des aspects évoqués ci-dessus, que nous suggérez-vous pour améliorer la qualité du confort des chambres ?

.....
.....
65- Les repas étaient-ils :

A - bien présentés 1) pas du tout 2) très peu 3) assez 4) tout à fait

B - diversifiés 1) pas du tout 2) très peu 3) assez 4) tout à fait

C - à bonne température 1) pas du tout 2) très peu 3) assez 4) tout à fait

D - servis à des heures qui vous convenaient

1) pas du tout 2) très peu 3) assez 4) tout à fait

E - servis dans des conditions calmes

1) pas du tout 2) très peu 3) assez 4) tout à fait

F - servis dans des conditions d'hygiène suffisantes

1) pas du tout 2) très peu 3) assez 4) tout à fait

G - adaptés à vos goûts, habitudes alimentaires ou régime spécial

1) pas du tout 2) très peu 3) assez 4) tout à fait

66- En dehors des aspects évoqués ci-dessus, que suggérez-vous pour améliorer la qualité des repas ?

.....
.....

67- Avez-vous eu connaissance des services tels que :

téléphone, cafétéria, chapelle, bibliothèque

1) OUI 2) NON

68- Avez-vous utilisé le service de dépôt ?

1) OUI 2) NON

69- Si oui, avez-vous pu récupérer vos biens quand vous l'avez souhaité ?

1) OUI 2) NON

70- Avez-vous perdu des biens pendant votre hospitalisation ?

1) OUI 2) NON

71- Que nous suggérez-vous pour améliorer la qualité des prestations de ces services ou pour de nouveaux services dont vous auriez aimé profiter ?

.....
.....
.....

VII - SORTIE

72- Vous a-t-on communiqué l'information nécessaire concernant les modalités de votre sortie de l'hôpital?

- 1) pas du tout 2) très peu 3) assez 4) tout à fait

73- Vous a-t-on communiqué l'information nécessaire concernant la continuité des soins assurés à l'extérieur de l'hôpital ?

- 1) pas du tout 2) très peu 3) assez 4) tout à fait 5) pas concerné

74- Vous a-t-on communiqué l'information nécessaire concernant le suivi social assuré à l'extérieur de l'hôpital ?

- 1) pas du tout 2) très peu 3) assez 4) tout à fait 5) pas concerné

75- En dehors des aspects évoqués ci-dessus, que nous suggérez-vous pour améliorer vos conditions de sortie ?

.....
.....

VIII - EN CONCLUSION

76- Sur l'ensemble de la prise en charge, quels sont d'après vous les points forts et les points faibles ?

.....
.....

IX - QUELQUES INFORMATIONS VOUS CONCERNANT

77- Vous étiez pris en charge :

- 1) dans une unité de psychiatrie 2) dans une unité de R. Garcin 3) ne se prononce pas

78- Connaissez-vous votre mode d'hospitalisation ?

- 1) OUI 2) NON

79- Si oui, quel est-il ?

- 1) Hospitalisation libre 2) Hospitalisation sous contrainte

80- Que pensez-vous de ce questionnaire ?.....

.....

Annexe 5 :

Questionnaire à l'attention du personnel

VOTRE AVIS NOUS INTERESSE ...

Ce questionnaire porte sur la manière dont l'hôpital est organisé pour servir au mieux le malade. Ce questionnaire est facultatif. Merci à chacun de prendre le temps de le remplir. L'avis de chacun compte, car l'amélioration de la qualité des prestations de services est pour le bien de tous, les malades et les personnels. Si vous préférez limiter votre réponse à certaines questions, vous pouvez le faire. Votre réponse sera traitée au même titre que les autres.

I - ORGANISATION

1- Qu'est-ce qui, d'après vous, satisfait le mieux les patients soignés à Sainte-Anne ? (hospitalisés, consultants en intra et en extra hospitalier)

.....
.....
.....

2- Qu'est-ce qui d'après vous est novateur et/ou performant dans la prise en charge des patients, dans l'hôpital ou dans votre structure ?

.....
.....
.....

3- Savez-vous ce qui a été mis en place dans les derniers six mois pour améliorer la qualité du séjour, de la consultation, de l'examen du malade, dans votre service ou ailleurs dans l'hôpital?

1) OUI 2) NON

4- Si oui, à quel sujet ?

.....
.....
.....

5- Avez-vous constaté que le bien-être du patient a été gêné durant son séjour, sa consultation ou son examen par une organisation défaillante du service ou dans l'hôpital ?

1) OUI 2) NON

6- Si oui, à quel sujet ?

.....
.....
.....

7- Quelles propositions précises feriez-vous pour y remédier ?

.....
.....
.....

8- Avez-vous constaté des difficultés évoquées ou pas par le malade avant ou après sa prise en charge dans l'unité ?

1) OUI 2) NON

9- Si oui, lesquelles ?

.....
.....
.....

10- Que suggérez-vous à ce sujet ?

.....
.....
.....

11- Que suggérez-vous pour améliorer les conditions d'accueil du patient et de sa famille sur votre lieu d'exercice ?

.....
.....
.....

II - COMMUNICATION ET INFORMATION

121- Savez-vous où et comment obtenir les différents renseignements et informations dont vous avez besoin pour votre travail ? (juridiques, administratifs, médicaux...)

1) OUI 2) NON

13- Leur accès vous est-il facile ?

1) OUI 2) NON

14- Considérez-vous qu'il y a des sujets sur lesquels vous devriez être informé pour mieux exécuter vos fonctions dans les intérêts des patients ?

1) OUI 2) NON

15- Si oui, lesquels ?

.....
.....
.....

16- Connaissez-vous la charte du patient hospitalisé ?

- 1) OUI 2) NON

17- Pensez-vous que le secret professionnel est bien respecté dans l'intérêt du malade ?

- 1) pas du tout 2) un peu 3) oui assez 4) tout à fait 5) ne se prononce pas

18- Pensez-vous être suffisamment informé sur tous les protocoles en usage ou en cours (protocole sur l'intervention de la police, protocoles d'hygiène...)

A- Dans l'hôpital

- 1) pas du tout 2) un peu 3) oui assez 4) tout à fait 5) ne se prononce pas

B- Dans votre unité

- 1) pas du tout 2) un peu 3) oui assez 4) tout à fait 5) ne se prononce pas

19- Considérez-vous que le patient reçoit toutes les informations qu'il devrait recevoir ?

A- sur les soins et le traitement

- 1) pas du tout 2) un peu 3) oui assez 4) tout à fait 5) ne se prononce pas

B- Sur les procédures administratives

- 1) pas du tout 2) un peu 3) oui assez 4) tout à fait 5) ne se prononce pas

C- Sur la prise en charge financière

- 1) pas du tout 2) un peu 3) oui assez 4) tout à fait 5) ne se prononce pas

20- Le patient est-il suffisamment informé de toutes les possibilités d'accès aux soins sur l'ensemble du CHSA ?

- 1) pas du tout 2) un peu 3) oui assez 4) tout à fait 5) ne se prononce pas

21- Si vous répondez par la négative à une ou plusieurs des questions précédentes (15 à 18) quelles propositions pouvez-vous faire ?

.....
.....
.....

22- Toujours dans l'optique d'une bonne prise en charge du patient, que diriez-vous :

A- de la coordination entre les services :

1) pas très bonne 2) bonne 3) excellente 4) ne sait pas

B- de la coordination entre les équipes

1) pas très bonne 2) bonne 3) excellente 4) ne sait pas

C- de la coordination entre les secteurs d'activités (secteurs de soins, secteurs logistiques, secteurs administratifs, etc.)

1) pas très bonne 2) bonne 3) excellente 4) ne sait pas

D- Dans le cas où la coordination vous semble insuffisante, quelle proposition simple feriez-vous ?

.....
.....
.....

III - ENVIRONNEMENT DU MALADE

23- Estimez-vous que les locaux recevant les malades :

A- sont adaptés à l'accueil des malades et de leur famille ?

1) pas du tout 2) un peu 3) oui assez 4) tout à fait 5) ne se prononce pas

B- sont propices à des soins délivrés dans de bonnes conditions d'hygiène, de sécurité et de confort ?

1) pas du tout 2) un peu 3) oui assez 4) tout à fait 5) ne se prononce pas

24- Que suggérez-vous pour améliorer la qualité des locaux dans l'intérêt des patients ?

.....
.....
.....

25- Considérez-vous que les repas du malade sont suffisamment :

A- adaptés à ses goûts ou habitudes alimentaires

1) pas du tout 2) un peu 3) oui assez 4) tout à fait 5) ne se prononce pas

B- bons 1) pas du tout 2) un peu 3) oui assez 4) tout à fait 5) ne se prononce pas

C- bien présentés 1) pas du tout 2) un peu 3) oui assez 4) tout à fait 5) ne se prononce pas

D- diversifiés 1) pas du tout 2) un peu 3) oui assez 4) tout à fait 5) ne se prononce pas

E- suffisants 1) pas du tout 2) un peu 3) oui assez 4) tout à fait 5) ne se prononce pas

F- à bonne température

1) pas du tout 2) un peu 3) oui assez 4) tout à fait 5) ne se prononce pas

G- servis à des heures convenables

1) pas du tout 2) un peu 3) oui assez 4) tout à fait 5) ne se prononce pas

H- servis dans des conditions calmes

1) pas du tout 2) un peu 3) oui assez 4) tout à fait 5) ne se prononce pas

I- servis dans des conditions d'hygiène suffisantes

1) pas du tout 2) un peu 3) oui assez 4) tout à fait 5) ne se prononce pas

26- Avez-vous des observations complémentaires ?

.....
.....
.....

27- Considérez-vous que les malades ont accès aux services suivants facilement : bibliothèque des malades, lieux de culte, cafétéria, bureau de tabac ?

1) pas du tout 2) un peu 3) oui assez 4) tout à fait 5) ne se prononce pas

28- Que nous suggérez-vous pour améliorer la qualité des prestations de ces services ou pour de nouveaux services ?

.....
.....
.....

IV - QUALITE DE VIE DU MALADE

29- Considérez-vous que l'intimité du malade est respectée ?

1) pas du tout 2) un peu 3) oui assez 4) tout à fait 5) ne se prononce pas

30- Si non, pourquoi ?

.....
.....
.....

31- L'organisation du temps est-elle satisfaisante pour le malade ?

1) pas du tout 2) un peu 3) oui assez 4) tout à fait 5) ne se prononce pas

32- Si non, pourquoi ?

.....
.....
.....

33- Que suggérez-vous pour l'améliorer ?

.....
.....
.....

34- Considérez-vous que le malade est soigné dans un endroit calme ?

1) pas du tout 2) un peu 3) oui assez 4) tout à fait 5) ne se prononce pas

35- Si non, que suggérez-vous à ce sujet ?

.....
.....
.....

V - EN CONCLUSION

36- Y a-t-il d'autres points à améliorer sur l'ensemble du « parcours » du malade ?

.....
.....
.....

VI - QUELQUES INFORMATIONS VOUS CONCERNANT

37- Vous travaillez dans une unité :

1) de Psychiatrie 2) de Raymond Garcin 3) autre

38- Vous êtes dans unité spécialisée dans la prise en charge des urgences (CPOA, Neurologie, Neurochirurgie, centre Garancière, SAU) ?

1) OUI 2) NON

39- Quel est votre fonction ?

.....
.....

40- Que pensez-vous de ce questionnaire ?

.....
.....

Annexe 6 :

Liste des membres du Comité Ad Hoc n°2

« Organisation des consultations et des examens »

Monsieur ABBADIE-Kinésithérapeute-UNITE DE KINESITHERAPIE
Madame le Docteur BOUSQUET--LABORATOIRE CENTRAL
Monsieur le Docteur BOUVET--SECTEUR 14
Madame CADIER-Technicienne de laboratoire-LABORATOIRE CENTRAL
Monsieur CHARBAUT-Infirmier-CPOA
Madame COLSON-CI-CMME
Monsieur le Docteur DAVID--STOMATOLOGIE
Monsieur DEBAETS-Cadre supérieur Imagerie-DIMF
Madame DECEA-Chef de projet-DAFSI
Madame DEJOUET-Infirmière Générale-DSSI
Monsieur le Docteur DETRUIT--CHIRURGIE
Madame DIARD-Infirmière-SECTEUR 18
Madame le Docteur DILOUYA-Chef de Service-MEDEGINE NUCLEAIRE
Madame FREDY-Secrétaire médicale-NEURORADIOLOGIE
Madame GIBON-CI-CONSULTATIONS DE CHIRURGIE
Madame GOSSENS-CI-NEUROCHIRURGIE
Madame GOUZE-Représentante des Usagers-1 rue Alphonse DAUDET 75014 PARIS
Madame HENRY M.Françoise-Surveillante-SECTEUR 3
Monsieur JAMET-Contremaître-Transports - DSEL
Madame JURCZKAK--LABORATOIRE CENTRAL
Madame LE DALL-CIS-STOMATOLOGIE
Madame LE DORE-Adjoint des Cadres-DPAM
Madame LE VERGER-Conseillère en analyse et organisation de moyens-DRH
Madame LITOR--NEUROLOGIE
Monsieur LITTAUER-Chef de bureau P/I-DIRECTION DES ADMISSIONS
Madame LYON-Chargée de mission-DPAM
Madame MARILLER-CMTS-ANATOMO-PATHOLOGIE
Madame MASTIER-Infirmière-SECTEUR 14
Monsieur le Professeur MEDER--NEURORADIOLOGIE
Madame MENARD-Secrétaire médicale-SECTEUR 16
Monsieur le Docteur MERCUEL--SECTEUR 13
Madame MOLAC-Infirmière-NEUROPHYSIOLOGIE FONCTIONNELLE
Madame MOLLO-AS-SECTEUR 15
Monsieur le Docteur PASSARD--SECTEUR 16
Madame PUJOS-Manipulateur-MEDEGINE NUCLEAIRE
Monsieur REMOND-Brancardier-CONSULTATIONS DE CHIRURGIE
Madame RIGAUD--MEDEGINE NUCLEAIRE
Madame ROCHET-Technicienne de laboratoire-PHARMACIE
Monsieur le Docteur SERMET--ANESTHESIE REANIMATION
Madame TOME GERTHEINRICHs-Directeur de la Prospective et des Affaires Médicales-
Monsieur le Docteur TURAK--NEUROCHIRURGIE
Madame VIGNETTA-CI-NEUROCHIRURGIE
Madame VILAYLECK-Elève Directeur-DPAM
Monsieur YAHIAOUI-Agent d'accueil-Accueil - DIRECTION DES ADMISSIONS
Monsieur le Professeur ZUBER--NEUROLOGIE

Annexe 7:
Liste des membres du Comité Ad Hoc n° 6
“Gestion des Fonctions Logistiques”

1- Approvisionnements et équipements

Mme Sabine FRANKUM -intendante Secteur 18
Mme Aline DUVERT - DSEL (cellule marchés)
Mme Agnès MICHEL - DSEL
Mme Annie IDJEDD - DSEL
Mme VO DINH - Directeur des Services Economiques
Mme DAGNEAUX - CIS - Bloc opératoire
Mr JP DAUBERCIES - DST

2- Sécurité et maintenance

Mr Hervé SELLIN - DST
Mr Richard TURION - Sécurité
Mme Catherine FONTAINE - DSEL (secteur biomédical)
Mme Brigitte DRAY - DSEL
Mr Stéphane PIERREFITE - Ingénieur biomédical
Mr BOUTROS - DST
Mr KACPRZACK - DST
Mme PARISEAU - CI - NEUROCHIRURGIE (SI)

3- Restauration

Mme BICHET - Cellule Hygiène
Mr BERTAUX - Responsable de la cuisine centrale
Mme COLSON- CI- CMME
Mme FRANKUM CI-Intendante Secteur 18
Mme JOUANCHICOT- Ingénieur subdivisionnaire adjoint
Mme Bérengère LEPAPE - UCP
Mme QUELLEC-CI-NEUROLOGIE
Mme TURION-CI -Intendante Neurochirurgie
Mr VAVON- Cellule Hygiène
Mme MOISAN
Mme Rosy AUGUSTE - ASH- CMME
Mr Hocine BENAHMED - SELF -
Mme VO-DINH- Directeur des Services Economiques
Mme Claude BENAZET - DSEL
Mme ESTOUP - Diététicienne -

4- Blanchisserie

Mme Françoise TOUTIN - Blanchisserie
Mme BENAZET, DSEL
Mme COTTIN - Blanchisserie (adjointe Mme TOUTIN)
Mme Patricia MAZURET- Blanchisserie
Mme MEYSSIGNAC - Intendante - S 17
Mr JAMET - Transports intérieurs
Madame PAGE - Aide-soignante - Neurochirurgie

5- Nettoyage des locaux et des équipements

Mme Anne BEAUPOUX - DSEL
Mr Alain MIROUX - Salubrité
Mr Philippe LECELLIER- ASH - Secteur 18 -
Mme CELESTE - ASH- Secteur 17
Mr CLODIC - DST
Mme Laurence JOUANCHICOT CHARLET- Ingénieur subdivisionnaire
Mme MAZOYER - CI - SM 5
Mr VAVON- Cellule Hygiène

6- Transports

Mr DISEURS - Transports intérieurs - DSEL
Mr GUILLEUX - Transports intérieurs
Mr JAMET - Transports intérieurs
Mme Claude BENALET - DSEL
Mr BLANCONNIER - Transports intérieurs
Mr RUTTER - Cadre Infirmier Intendant S 16
M. NEVER - responsable garage
M. SICOT - chauffeur garage
Catherine DEMIANNEY - DSEL
Mme Irène QUELLEC - CI - Neurologie
Mme COULON - CI - SHU
Mme VO -DINH - Directeur des Services Economiques

7- Elimination des déchets

Mme Aline DUVERT - DSEL
Mr Jean-Philippe VAVON - Cellule Hygiène
Mme LE HIR - Infirmière - Stomatologie
Mr MOISAN - DST
Mr LAUNAY - DST
Mr LASSERE - Transports intérieurs - DSEL
M. PICHARD - AS - Neuroréanimation
M. ANGOT - AS- Bloc opératoire
Mme BENALET - DSEL

8- Sécurité des biens et des personnes

Mr Richard TURION - Sécurité
Mr Yann GUERIN - Sécurité
Mr LOZACH - DST
Mr LAUNAY- DST
Mme LITOR - CI - Neurologie
Mme ALEXANDRE - Infirmière - SMPR

9- Sécurité incendie

Mr Christophe WOLFF - Sécurité
Mr LOZACH - DST
Mme MASSON - CI - SM 4
Mr HORY - DST (sécurité incendie)

10- Evaluation des prestations logistiques

Mme Laurence VO DINH- Directeur des Services Economiques
Mme Laurence JOUANCHICOT CHARLET - Ingénieur subdivisionnaire
Mr Jean-Philippe VAVON - Cellule Hygiène
Mme Claude BENALET - DSEL
Mr Hervé SELLIN - DST
Mr BELLEMARE - CIS - IS 8

Annexe 8 :

Tableaux de correspondances entre les références du Manuel de l'ANAES et les travaux des Comités Ad Hoc au CHSA

LES REFERENTIELS

I. LE PATIENT ET SA PRISE EN CHARGE

1. Droits et information du patient
2. Dossier du patient
3. Organisation de la prise en charge des patients

II. MANAGEMENT ET GESTION AU SERVICE DU PATIENT

1. Management de l'établissement et des secteurs d'activité
2. Gestion des ressources humaines
3. Gestion des fonctions logistiques
4. Gestion du système d'information

III. QUALITE ET PREVENTION

1. Gestion de la qualité et prévention des risques
2. Vigilances sanitaires et sécurité transfusionnelle
3. Surveillance, prévention et contrôle du risque infectieux

LES COMITES AD HOC DU CHSA

CAH 1: INFORMATION DU PERSONNEL SUR TOUT CE QUI EST EN RELATION AVEC LE PATIENT

CAH 2: L'ORGANISATION DES CONSULTATIONS ET DES EXAMENS

CAH 3: L'ACCES ET L'ACCUEIL DU PATIENT DANS L'ETABLISSEMENT ET SES DIFFERENTES STRUCTURES, ET SA SORTIE

CAH 4: L'INFORMATION DU PATIENT

CAH 5: LES CONDITIONS DE VIE DU PATIENT PENDANT SON SEJOUR

CAH 6: GESTION DES FONCTIONS LOGISTIQUES

CAH 7: GESTION DES RESSOURCES HUMAINES

SCI: SOUS-COMMISSION INFORMATIQUE

I. LE PATIENT ET SA PRISE EN CHARGE

1. Droits et information du patient (DIP)

REFERENCES DU MANUEL DE L'ANAES	TRAVAUX EN COURS AU CHSA
Réf 1 : L'établissement inscrit les droits et l'information du patient dans ses priorités	CAH 1, CAH 4
Réf 2 : L'établissement assure à tous l'accès aux soins	CAH 3
Réf 3 : Le patient reçoit une information claire, compréhensible et adaptée sur les conditions du séjour	CAH 2, CAH 3 CAH 4
Réf 4 : Le patient reçoit une information claire, compréhensible et adaptée sur ses soins et son état de santé	CAH 2, CAH 4
Réf 5 : Le consentement du patient et/ou de son entourage est requis pour toute pratique le concernant	CAH 2, CAH 5
Réf 6 : Le respect de l'intimité et de la dignité du patient ainsi que sa liberté sont préservés tout au long de son séjour ou de sa consultation	CAH 2, CAH 3, CAH 4 et CAH 5
Réf 7 : Le respect de la confidentialité des informations personnelles, médicales et sociales et de la vie privée est garanti au patient	CAH 2, CAH 3 et CAH 5
Réf 8 : Les réclamations et/ou plaintes des patients font l'objet d'une gestion particulière	CAH 1, CAH 4
Réf 9 : L'établissement évalue le degré de prise en considération des droits du patient, y compris du droit à l'information	Fil conducteur des travaux des CAH (surtout CAH 4), responsabilité de la Cellule Accréditation

CAH 1: Information du personnel sur tout ce qui est en relation avec le patient

CAH 2: L'organisation des consultations et des examens

CAH 3: L'accès et l'accueil du patient dans l'établissement et ses différentes structures, et sa sortie

CAH 4: L'information du patient

CAH 5: Les conditions de vie du patient pendant son séjour

CAH 6: Gestion des fonctions logistiques

CAH 7: Gestion des ressources humaines

SCI : Sous-Commission Informatique

2. Dossier du patient (DPA)

Ce chapitre relève prioritairement des travaux du CAH 1 (lien avec le groupe de travail de la DSSI sur l'évaluation du dossier de soins)

REFERENCES DU MANUEL DE L'ANAES	TRAVAUX EN COURS AU CHSA
Réf 1 : L'établissement définit et met en œuvre une politique du dossier du patient dans l'ensemble des secteurs d'activité	CAH 1, CAH 2, CAH 4
Réf 2 : La politique du dossier du patient associe dans sa définition et sa mise en œuvre les instances et personnels concernés	CAH 1
Réf 3 : Les informations contenues dans le dossier du patient sont soumises au respect des règles de confidentialité	CAH 1, CAH 4
Réf 4 : La tenue du dossier du patient permet une gestion fiable des informations	CAH 1, CAH 2
Réf 5 : Le contenu du dossier du patient permet d'assurer la coordination de la prise en charge entre professionnels et entre secteurs d'activité	CAH 1, CAH 2
Réf 6 : La gestion du dossier du patient est organisée de façon à assurer l'accès aux informations	CAH 1, CAH 2
Réf 7 : Le dossier du patient fait l'objet d'un dispositif d'évaluation et d'amélioration continue	CAH 1

CAH 1: Information du personnel sur tout ce qui est en relation avec le patient

CAH 2: L'organisation des consultations et des examens

CAH 3: L'accès et l'accueil du patient dans l'établissement et ses différentes structures, et sa sortie

CAH 4: L'information du patient

CAH 5: Les conditions de vie du patient pendant son séjour

CAH 6: Gestion des fonctions logistiques

CAH 7: Gestion des ressources humaines

SCI : Sous-Commission Informatique

3. Organisation de la prise en charge du patient (OPC)

REFERENCES DU MANUEL DE L'ANAES	TRAVAUX EN COURS AU CHSA
Réf 1 : L'établissement définit une politique visant à assurer l'organisation de la prise en charge des patients	Direction, CAH 5
Réf 2 : L'accès à l'établissement et à ses différents secteurs d'activité est organisé, facilité, et fait l'objet d'une information claire	CAH 3, CAH 2, CAH 4, CAH 5
Réf 3 : L'établissement met en œuvre une politique d'accueil du patient et de son entourage	CAH 3, CAH 2, CAH 1, CAH 4, CAH 5
Réf 4 : La prise en charge du patient est établie en fonction d'une évaluation initiale et régulière de son état de santé	CAH 2, CAH 1
Réf 5 : Les besoins spécifiques du patient sont identifiés et pris en charge	CAH 2, CAH 4, CAH 5
Réf 6 : La prise en charge du patient est coordonnée au sein des secteurs d'activité cliniques	CAH 2, CAH 1, CAH 5
Réf 7 : La continuité des soins est assurée	CAH 2, CAH 1, CAH 5
Réf 8 : Les professionnels intervenant dans les blocs opératoires, les autres secteurs interventionnels et les secteurs d'activité cliniques déterminent en commun leurs règles de fonctionnement	CAH 1, CAH 2, CAH 5
Réf 9 : Les professionnels de la pharmacie et des secteurs d'activité cliniques déterminent en commun leurs règles de fonctionnement	CAH 1, CAH 2, CAH 5
Réf 10 : Les professionnels des laboratoires de biologie et des secteurs d'activité cliniques déterminent en commun leurs règles de fonctionnement	CAH 1, CAH 2
Réf 11 : Les professionnels des secteurs d'imagerie médicale ou d'exploration fonctionnelle et des secteurs d'activité cliniques déterminent en commun leurs règles de fonctionnement	CAH 1, CAH 2
Réf 12 : La sortie du patient est planifiée et coordonnée	CAH 3, CAH 2, CAH 4
Réf 13 : Le décès du patient fait l'objet d'un accompagnement	CAH 3
Réf 14 : Les secteurs d'activité cliniques et médico-techniques utilisent des protocoles diagnostiques et thérapeutiques	CAH 2, CAH 1
Réf 15 : Les secteurs d'activité cliniques et médico-techniques évaluent les pratiques professionnelles et les résultats obtenus	CAH 2

II. MANAGEMENT ET GESTION AU SERVICE DU PATIENT

1. Management de l'établissement et des secteurs d'activité

(MEA)

REFERENCES DU MANUEL DE L'ANAES	TRAVAUX EN COURS AU CHSA
Réf 1 : L'établissement dispose d'un projet d'établissement ou d'orientations stratégiques	
Réf 2 : La direction, le Conseil d'Administration (CA) et les instances de l'établissement exercent pleinement leurs attributions	
Réf 3 : L'établissement met en œuvre une politique de communication	
Réf 4 : La politique financière et budgétaire concourt à l'atteinte des objectifs de l'établissement	
Réf 5 : L'établissement a des outils de pilotage de sa gestion permettant l'implication des secteurs d'activité	
Réf 6 : Le management interne de chaque secteur d'activité contribue à favoriser l'amélioration de la prise en charge du patient	
Réf 7 : La place et le rôle des professionnels sont identifiés. Les responsables des secteurs d'activité indiquent les objectifs à atteindre et participent activement aux activités d'amélioration de la qualité	
Réf 8 : Chaque secteur d'activité suit et évalue ses ressources	
Réf 9 : La réalisation des objectifs de l'établissement et des secteurs d'activité, en regard du projet d'établissement ou des orientations stratégiques, est évaluée à périodicité définie	

CAH 1: Information du personnel sur tout ce qui est en relation avec le patient

CAH 2: L'organisation des consultations et des examens

CAH 3: L'accès et l'accueil du patient dans l'établissement et ses différentes structures, et sa sortie

CAH 4: L'information du patient

CAH 5: Les conditions de vie du patient pendant son séjour

CAH 6: Gestion des fonctions logistiques

CAH 7: Gestion des ressources humaines

SCI : Sous-Commission Informatique

2. Gestion des ressources humaines (GRH)

REFERENCES DU MANUEL DE L'ANAES	TRAVAUX EN COURS AU CHSA
Réf 1 : L'établissement élabore et met en œuvre un projet social conforme à ses valeurs, à sa mission et à sa stratégie	CAH 7
Réf 2 : Le dialogue social est organisé et intégré dans la politique de gestion des ressources humaines	CAH 7
Réf 3 : La Commission médicale d'établissement exerce pleinement ses compétences sur les questions de gestion des ressources humaines la concernant	CAH 7
Réf 4 : La gestion prévisionnelle des ressources humaines permet l'adaptation des ressources humaines aux évolutions de l'établissement	CAH 7
Réf 5 : Le recrutement tient compte des profils de poste et donne lieu à une vérification des conditions d'exercice	CAH 7
Réf 6 : Des procédures d'accueil et d'intégration des professionnels et des stagiaires sont en place	CAH 7
Réf 7 : Des procédures périodiques d'évaluation du personnel sont en place	CAH 7
Réf 8 : La formation continue permet d'assurer l'amélioration du niveau de compétence des personnels	CAH 7
Réf 9 : La gestion administrative du personnel assure la confidentialité, la qualité et la sécurité des informations individuelles concernant le personnel	CAH 7
Réf 10 : L'amélioration des conditions de travail des personnels s'inscrit dans le projet social de l'établissement	CAH 7
Réf 11 : Des processus sont en place afin d'examiner et d'améliorer la qualité de la gestion des ressources humaines	CAH 7

CAH 1: Information du personnel sur tout ce qui est en relation avec le patient

CAH 2: L'organisation des consultations et des examens

CAH 3: L'accès et l'accueil du patient dans l'établissement et ses différentes structures, et sa sortie

CAH 4: L'information du patient

CAH 5: Les conditions de vie du patient pendant son séjour

CAH 6: Gestion des fonctions logistiques

CAH 7: Gestion des ressources humaines

SCI : Sous Commission Informatique

3. Gestion des fonctions logistiques (GFL)

REFERENCES DU MANUEL DE L'ANAES	TRAVAUX EN COURS AU CHSA
Réf 1 : L'établissement dispose d'approvisionnements et d'équipements adaptés aux besoins de son activité	CAH 6
Réf 2 : L'établissement est organisé pour assurer la sécurité et la maintenance des bâtiments, des équipements et des installations	CAH 6
Réf 3 : La fonction restauration respecte les règles d'hygiène, l'équilibre nutritionnel et recherche la satisfaction des consommateurs	CAH 6
Réf 4 : La fonction blanchisserie est organisée pour traiter le linge de façon adaptée	CAH 6
Réf 5 : Le nettoyage des locaux et des équipements est conforme à la politique de sécurité et d'hygiène	CAH 6
Réf 6 : La fonction transport est organisée et coordonnée	CAH 6
Réf 7 : L'établissement assure l'élimination des déchets	CAH 6
Réf 8 : L'établissement dispose d'une organisation et de personnels chargés d'assurer la sécurité des biens et des personnes	CAH 6
Réf 9 : L'établissement est organisé pour assurer la sécurité des personnes contre l'incendie	CAH 6
Réf 10 : Une évaluation des prestations logistiques est réalisée auprès des secteurs d'activité utilisateurs	CAH 6

CAH 1: Information du personnel sur tout ce qui est en relation avec le patient

CAH 2: L'organisation des consultations et des examens

CAH 3: L'accès et l'accueil du patient dans l'établissement et ses différentes structures, et sa sortie

CAH 4: L'information du patient

CAH 5: Les conditions de vie du patient pendant son séjour

CAH 6: Gestion des fonctions logistiques

CAH 7: Gestion des ressources humaines

SCI : Sous-Commission Informatique

4. Gestion du système d'information (GSI)

REFERENCES DU MANUEL DE L'ANAES	TRAVAUX EN COURS AU CHSA
Réf 1: Une politique des systèmes d'information est définie et mise en œuvre	SCI
Réf 2: Les mesures nécessaires à la protection de la confidentialité, à la sécurité des informations concernant les patients et au respect de leurs droits dans la gestion de l'information sont prises	SCI
Réf 3: Un secteur d'activité chargé de l'information médicale, le DIM ou son équivalent, est en place pour organiser au sein de l'établissement le recueil et la gestion de l'information médicale	SCI
Réf 4: Le système d'information répond aux besoins des professionnels utilisateurs et fait l'objet d'une politique d'amélioration continue de la qualité	SCI

CAH 1: Information du personnel sur tout ce qui est en relation avec le patient

CAH 2: L'organisation des consultations et des examens

CAH 3: L'accès et l'accueil du patient dans l'établissement et ses différentes structures, et sa sortie

CAH 4: L'information du patient

CAH 5: Les conditions de vie du patient pendant son séjour

CAH 6: Gestion des fonctions logistiques

CAH 7: Gestion des ressources humaines

SCI : Sous-Commission Informatique

III. QUALITE ET PREVENTION

1. Gestion de la qualité et prévention des risques (QPR)

REFERENCES DU MANUEL DE L'ANAES	TRAVAUX EN COURS AU CHSA
Réf 1 : L'établissement initie, pilote et soutient une politique qualité s'appuyant sur la gestion de la qualité et la prévention des risques	
Réf 2 : Un processus de gestion de la qualité prévoyant une prise en compte des besoins des " clients " est en place	
Réf 3 : La gestion de la qualité permet la maîtrise des processus, des métiers et des documents	
Réf 4 : Un programme de prévention des risques est en place	
Réf 5 : L'efficacité du programme de gestion de la qualité et de prévention des risques est évaluée	

CAH 1: Information du personnel sur tout ce qui est en relation avec le patient

CAH 2: L'organisation des consultations et des examens

CAH 3: L'accès et l'accueil du patient dans l'établissement et ses différentes structures, et sa sortie

CAH 4: L'information du patient

CAH 5: Les conditions de vie du patient pendant son séjour

CAH 6: Gestion des fonctions logistiques

CAH 7: Gestion des ressources humaines

SCI : Sous-Commission Informatique

2. Vigilances sanitaires et sécurité transfusionnelle (VST)

REFERENCES DU MANUEL DE L'ANAES	TRAVAUX EN COURS AU CHSA
Réf 1 : La politique de vigilance sanitaire et de sécurité transfusionnelle associe dans sa définition et sa mise en œuvre les instances et professionnels concernés	
Réf 2 : Les vigilances sanitaires sont opérationnelles dans l'établissement	
Réf 3 : Les professionnels sont informés et formés à périodicité définie en ce qui concerne les vigilances sanitaires et la sécurité transfusionnelle	
Réf 4 : L'établissement met en œuvre les règles de sécurité transfusionnelle	
Réf 5 : Les activités de vigilance sanitaire et de sécurité transfusionnelle font l'objet d'évaluations et d'actions d'amélioration	

CAH 1: Information du personnel sur tout ce qui est en relation avec le patient

CAH 2: L'organisation des consultations et des examens

CAH 3: L'accès et l'accueil du patient dans l'établissement et ses différentes structures, et sa sortie

CAH 4: L'information du patient

CAH 5: Les conditions de vie du patient pendant son séjour

CAH 6: Gestion des fonctions logistiques

CAH 7: Gestion des ressources humaines

SCI : Sous-Commission Informatique

3. Surveillance, prévention et contrôle du risque infectieux (SPI)

REFERENCES DU MANUEL DE L'ANAES	TRAVAUX EN COURS AU CHSA
Réf 1 : L'établissement initie et met en œuvre une politique coordonnée de maîtrise du risque infectieux chez les patients et les professionnels	
Réf 2 : La politique de maîtrise du risque infectieux associe dans sa définition et sa mise en œuvre les instances et les professionnels concernés	
Réf 3 : Le programme de lutte contre le risque infectieux associe les professionnels compétents	
Réf 4 : Le programme de lutte contre le risque infectieux comporte une surveillance	
Réf 5 : Le programme de lutte contre le risque infectieux comporte des actions de prévention	
Réf 6 : Le programme de lutte contre le risque infectieux comporte des dispositions sur le bon usage des antibiotiques en vue de maîtriser la résistance bactérienne	
Réf 7 : Un programme de prévention et de prise en charge des infections touchant les professionnels, établi en collaboration avec la médecine du travail, est élaboré	
Réf 8 : Le risque infectieux lié à l'utilisation des dispositifs médicaux et équipements à usage multiple est maîtrisé	
Réf 9 : Le risque infectieux lié à l'environnement est maîtrisé	
Réf 10 : Des procédures concernant la manipulation, le stockage, la préparation et la distribution des aliments sont mises en œuvre	
Réf 11 : La réalisation et l'efficacité du programme de prévention et de maîtrise du risque infectieux sont évaluées à périodicité définie	

CAH 1: Information du personnel sur tout ce qui est en relation avec le patient

CAH 2: L'organisation des consultations et des examens

CAH 3: L'accès et l'accueil du patient dans l'établissement et ses différentes structures, et sa sortie

CAH 4: L'information du patient

CAH 5: Les conditions de vie du patient pendant son séjour

CAH 6: Gestion des fonctions logistiques

CAH 7: Gestion des ressources humaines

SCI : Sous-Commission Informatique