



**EHESP**

---

**Attaché d'Administration Hospitalière**

Promotion : **2016**

Date du Jury : **Décembre 2016**

---

**Amélioration continue de la qualité :  
l'enjeu de l'implication des  
professionnels dans un établissement  
de santé**

---

**Eugénie REYNE**

---

# Remerciements

---

En premier lieu, je tiens à remercier Monsieur Nicolas FUNEL, adjoint à la direction générale, grâce à qui j'ai pu réaliser mon stage au sein de l'hôpital Ste Musse.

Je remercie Jean-Marc GIANGUALANO pour m'avoir accueilli au sein de la Direction Qualité, Gestion des Risques et Communication comme un membre à part entière du service et m'avoir donné l'opportunité d'effectuer des missions intéressantes et enrichissantes.

Je tiens également à exprimer mes remerciements et ma reconnaissance à Lucie BELLEC et Jacques MALAUDAUD pour m'avoir accompagné et soutenu durant toute la durée du stage. Grâce à eux, je me suis sentie intégrée à l'équipe. Ils ont toujours été disponibles pour répondre à mes interrogations et m'ont grandement aidé dans l'élaboration de ce mémoire. Tout comme ma collègue attachée d'administration hospitalière Floryse VERHEYDEN en stage à la direction stratégie et politiques territoriale qui a toujours été là pour me soutenir et m'aider dans les moments de doute.

J'exprime ensuite ma gratitude à l'ensemble du Service Qualité, Gestion des Risques et Communication et notamment au Docteur Isabelle GRANIER et Joëlle MONGE grâce auxquelles j'ai appris énormément.

Enfin, je tiens à remercier Choumicha ORTS qui a été très pédagogue à mon encontre et avec qui j'ai grandement apprécié de travailler.

---

# Sommaire

---

<b>Introduction.....</b>	<b>1</b>
<b>1 L'amélioration continue de la qualité au sein d'un établissement de santé.....</b>	<b>5</b>
1.1 Démarche qualité et établissement de santé .....	5
1.1.1 Concept et démarche qualité.....	5
1.1.2 Les démarches d'amélioration de la qualité au sein d'un établissement de santé ....	6
1.2 La mise en œuvre de la démarche qualité au sein du C.H.I.T.S. ....	9
1.2.1 Cadre général de l'établissement.....	9
1.2.2 Méthodologie appliquée au C.H.I.T.S. ....	11
<b>2 L'implication des professionnels de santé pour l'amélioration continue de la démarche qualité .</b>	<b>14</b>
2.1 Identification des professionnels de santé dans l'amélioration continue de la qualité .....	14
2.1.1 Engagement de la direction et pilotes institutionnels .....	14
2.1.2 Equipe opérationnelle et accompagnement des professionnels de santé par des référents qualité.....	16
2.2 Une implication par la diffusion de la culture qualité et les outils qualité .....	17
2.2.1 La diffusion de la culture qualité .....	17
2.2.2 Les outils qualité.....	19
<b>3 Professionnels de santé et démarche qualité : enjeux et limites .....</b>	<b>22</b>
3.1 Les enjeux de l'implication des professionnels de santé dans l'amélioration continue de la qualité .....	22
3.1.1 Implication des professionnels de santé et amélioration de la qualité de la prise en charge du patient.....	22
3.1.2 Les gains de l'amélioration continue de la qualité .....	24
3.2 Limites et leviers d'action des professionnels de santé dans l'amélioration continue de la qualité .....	25
3.2.1 Limites des méthodes et outils de la démarche qualité au sein d'un établissement de santé .....	25
3.2.2 Leviers d'actions et perspectives.....	26
<b>Conclusion.....</b>	<b>29</b>
<b>Bibliographie.....</b>	<b>31</b>
<b>Liste des annexes.....</b>	<b>33</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

**AAH** : Attaché d'Administration Hospitalière

**C.H.I.T.S.** : Centre Hospitalier Intercommunal Toulon-La Seyne-sur-Mer

**CLEIAS** : Comité de Lutte contre les Evènements Indésirables Associés aux Soins

**CME** : Commission Médicale d'Etablissement

**CREX** : Comité de Retour d'Expérience

**CSP** : Code de la Santé Publique

**DPC** : Développement Professionnel Continu

**DQGRC** : Direction Qualité Gestion des Risques et Communication

**EIG** : Evénement Indésirable Grave

**EIO** : Elément d'Investigation Obligatoire

**EPP** : Evaluation des Pratiques Professionnelles

**GHT** : Groupement Hospitalier de Territoire

**HAS** : Haute Autorité de Santé

**IFAQ** : Incitation Financière à l'Amélioration de la Qualité

**ISO** : Organisation Internationale de Normalisation

**IPAQSS** : Indicateur Pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins

**PAQSS** : Programme d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins

**PDCA** : Plan-Do-Check-Act

**RMM** : Revue de Mortalité et Morbidité

## Introduction

« *La qualité est l'affaire de tous* »<sup>1</sup>. Si la notion de qualité a longtemps été associée au secteur industriel, elle est désormais étendue à de nombreux domaines et notamment à celui de la santé. La qualité a donc un caractère pluridimensionnel, ce qui la rend difficile à définir.

Elle peut alors être appréhendée à travers des oppositions telles que la qualité interne et externe ou encore la qualité délivrée par le producteur et la qualité perçue par le client<sup>2</sup>. Cependant certaines institutions ont tenté d'en apporter une définition. Il est alors possible de retenir celle de la Haute Autorité de Santé (HAS) : « *La qualité d'un système de santé augmente lorsque les soins prodigués sont aussi efficaces, sûrs et accessibles que possible, dans des conditions aussi équitables et efficientes que possible* ». Ainsi, la qualité est à l'heure actuelle un enjeu majeur au sein des établissements de santé, c'est pourquoi le Centre Hospitalier Intercommunal Toulon-La Seyne-sur-Mer (C.H.I.T.S.) est fortement engagé dans une démarche d'amélioration continue de la qualité et de gestion des risques<sup>3</sup>.

Le C.H.I.T.S. est le premier établissement hospitalier non universitaire en Provence-Alpes-Côte-d'Azur avec une capacité de près de 1300 lits. Son offre de soins est déployée sur trois sites :

- L'hôpital Sainte Musse à Toulon, établissement de santé référent pour la grande agglomération toulonnaise regroupant près de 500 000 habitants et lieu d'implantation d'un plateau technique lourd dont la réanimation, la néonatalogie, le SAMU 83 et les urgences.
- L'hôpital George Sand de La Seyne-sur-Mer considéré comme l'hôpital de proximité pour l'Ouest Var avec un service d'urgences et des activités de médecine polyvalente et de rééducation.
- L'hôpital Clemenceau à La Garde spécialisé en gériatrie, pôle de référence sur les questions du grand âge.

---

<sup>1</sup> William Edwards Deming

<sup>2</sup> Cours EHESP, J. ORVAIN, avril 2016

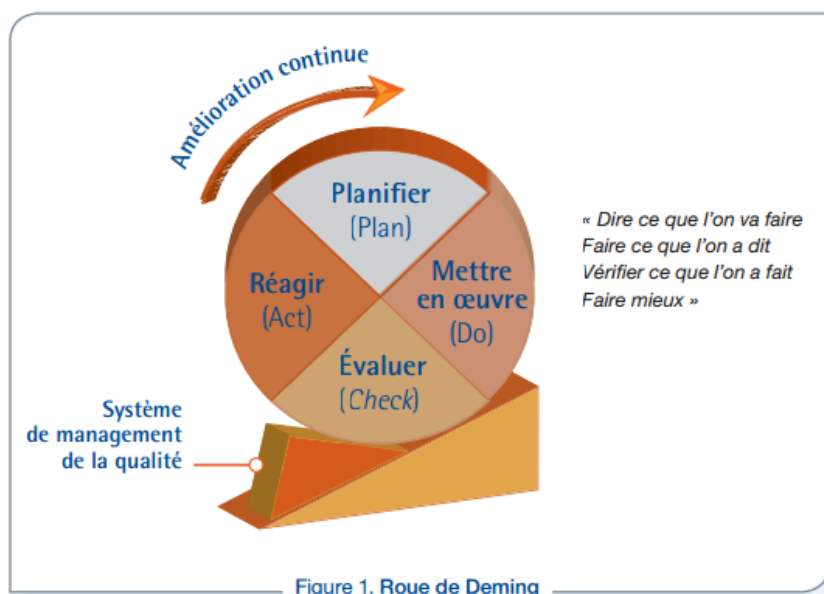
<sup>3</sup> Site internet : <http://www.ch-toulon.fr/?id=643> [visité le 29/08/2016]

Ainsi, il dispose d'une offre de soins complète avec 10 pôles cliniques et 3 pôles médicotecniques. Le pôle support regroupe quant à lui le pôle ressources humaines, le pôle ressources supports, le pôle administration et ressources financière et le pôle direction générale.

En outre, le C.H.I.T.S. s'inscrit dans des politiques de coopérations hospitalières. A ce titre, une coopération ancienne et variée est mise en œuvre avec l'Hôpital d'Instruction des Armées. Une Communauté Hospitalière de Territoire Var-Ouest regroupe depuis 2012 plusieurs établissements dont le Centre Hospitalier de Hyères avec lequel le C.H.I.T.S. est en direction commune depuis le 17 avril 2015. Enfin, le C.H.I.T.S. est devenu l'établissement support dans le cadre du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) « Var » regroupant 8 établissements publics de santé depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2016.

Avec une capacité de près de 1300 lits et plus de 3900 employés, le C.H.I.T.S assure une démarche d'amélioration continue de la qualité en tant qu'établissement public de santé. En effet, selon l'article L. 6112-1 du Code de la Santé Publique (CSP) ces derniers *« élaborent et mettent en œuvre une politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et une gestion des risques visant à prévenir et traiter les évènements indésirables liés à leurs activités »*. Mon positionnement en tant qu'Attachée d'Administration Hospitalière (AAH) au sein de la Direction Qualité, Gestion des Risques et Communication m'a permis de prendre conscience de la mise en œuvre de la politique d'amélioration continue de la qualité au sein de l'établissement. Mais qu'appelle-t-on amélioration continue de la qualité ? Il s'agit de la capacité à satisfaire aux exigences pour la qualité de façon permanente. Ce principe est également décrit sous le nom de PDCA (Plan, Do, Act, Check) ou roue de Deming en 4 temps :

- Plan (Planifier) : établir une politique qualité
- Do (Mettre en œuvre) : réaliser ce qui a été prévu
- Check (Vérifier) : évaluer
- Act (Améliorer) : réagir



Lors de mon arrivée en stage, j'ai pu observer que l'établissement était engagé dans diverses démarches qualité. Ces dernières, nombreuses et variées, impliquent les professionnels. Les établissements de santé doivent disposer des moyens adéquats pour dispenser des soins de qualité et procéder à l'évaluation de leur activité<sup>4</sup>. Par ailleurs, depuis plusieurs années les démarches d'évaluation et d'amélioration continue de la qualité se sont développées et ont fortement été favorisées par les procédures de certification. A titre d'illustration, le C.H.I.T.S. était en pleine préparation de la visite de certification de la Haute Autorité de Santé V2014 ayant lieu en mars 2017. J'ai donc décidé assez rapidement d'orienter ce mémoire sur l'amélioration continue de la qualité au sein d'un établissement de santé.

Concernant la méthodologie de ce travail, j'ai dans un premier temps étudié les lois, réglementations, rapports ou encore guides concernant ce sujet pour pouvoir ensuite analyser les différentes démarches qualités existantes et mises en œuvre au sein du C.H.I.T.S. principalement par la D.Q.G.R.C. J'ai pu assister à de nombreuses réunions concernant les procédures de certification HAS et ISO. Ces réunions sont très enrichissantes car elles permettent de collecter un grand nombre de données. En outre, c'est notamment durant ces réunions avec les pilotes, co-pilotes et référents qualité désignés que j'ai pu me rendre compte de la nécessité d'associer et d'impliquer les professionnels dans une démarche qualité qui doit devenir un outil de travail et non une contrainte.

<sup>4</sup> Article L. 6113-1 du code de la santé publique.

Cette méthodologie appliquée et observée lors de mon stage m'ont alors permis d'établir une problématique : **La démarche participative favorise-t-elle l'amélioration continue de la qualité d'un établissement de santé ? Quels sont les enjeux et limites de l'implication des professionnels de santé notamment à travers la démarche de certification de la Haute Autorité de Santé ?**

Pour répondre à cette problématique, il convient d'analyser dans une première partie ce qu'est l'amélioration continue de la qualité au sein d'un établissement de santé (Partie 1) avant d'identifier qui sont les professionnels impliqués dans cette démarche et comment ils sont impliqués (Partie 2). La troisième partie permettra alors de déterminer les enjeux et limites de cette implication (Partie 3).



# 1 L'amélioration continue de la qualité au sein d'un établissement de santé

La démarche d'amélioration continue de la qualité s'est fortement développée au sein des établissements de santé depuis ces dernières années. Il convient d'en définir les contours (1.1) avant d'analyser sa mise en œuvre au sein du C.H.I.T.S. (1.2).

## 1.1 Démarche qualité et établissement de santé

Les contours du concept de qualité et de la démarche qualité nécessitent d'être définis (1.1.1) avant de distinguer les différentes démarches pouvant être mises en œuvre au sein d'un établissement de santé (1.1.2).

### 1.1.1 Concept et démarche qualité

La notion de qualité peut être reliée à la notion d'excellence, de valeur, de conformité et de satisfaction. Elle apporte des « *renseignements à la fois sur les résultats, sur les processus mis en œuvre, sur les manières d'y arriver et sur la satisfaction du destinataire* »<sup>5</sup>.

La qualité est un concept ancien qui a longtemps été restreint au secteur industriel et des entreprises en étant mis en œuvre par des ingénieurs. En effet, la première approche de la qualité consistait au « *contrôle de la conformité des produits aux spécifications préétablies* »<sup>6</sup>. La préoccupation principale était d'améliorer la qualité des pièces produites pour éviter les défaillances. Par la suite, la qualité s'est développée au sein de différents secteurs tels que les secteurs de services.

La démarche qualité vise à améliorer les pratiques, les évaluer et gérer les risques. Et que ce soit dans le secteur de l'industrie ou de la santé, un des principes d'une démarche qualité consiste en la satisfaction des attentes et des besoins des clients<sup>7</sup>. Quatre dimensions ont été identifiées par Stephen Shortell pour qu'une démarche qualité soit appliquée de façon efficace et pérenne : la dimension stratégique (objectifs et orientations stratégiques dans le champ de la qualité), la dimension technique (compétences,

---

<sup>5</sup> Cours EHESP, J. ORVAIN, février 2016.

<sup>6</sup> Haute Autorité de santé, Principes de mise en œuvre d'une démarche qualité en établissement de santé, avril 2002, p.10

<sup>7</sup> Haute Autorité de santé, Principes de mise en œuvre d'une démarche qualité en établissement de santé, avril 2002, p.13

connaissances des méthodes et outils qualité et savoir-faire), la dimension structurelle (mise en place de structures de coordination : avec une composante politique et une composante opérationnelle) et la dimension culturelle (croyances, valeurs, normes et comportements).

En outre la démarche qualité fait souvent référence à un programme associant plusieurs principes. Il est alors nécessaire de collecter des données, les analyser et trouver des solutions, ce qui constitue la méthode du PDCA de Deming.

Plus récemment, le concept de qualité s'est développé dans le domaine de la santé en appliquant ces mêmes principes. Et plus précisément au sein des établissements de santé avec la mise en œuvre d'une démarche qualité. Cela peut s'expliquer à la fois par les crises sanitaires, les nouvelles attentes des usagers mais aussi par l'instauration des démarches d'évaluation et d'amélioration continue de la qualité. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé la démarche qualité est « *une démarche qui doit permettre de garantir à chaque patient la combinaison d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins* ». Elle concerne alors l'ensemble des professionnels de l'établissement et constitue ainsi un enjeu de santé publique.

Enfin, la démarche qualité a été fortement favorisée ces dernières années avec l'instauration de procédures réglementaires et notamment la procédure de certification avec l'ordonnance du 24 avril 1996<sup>8</sup>. En effet, elle incite les établissements de santé à entretenir de façon permanente une démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins. Cependant de nombreuses méthodes d'amélioration continue de la qualité existent en établissement de santé.

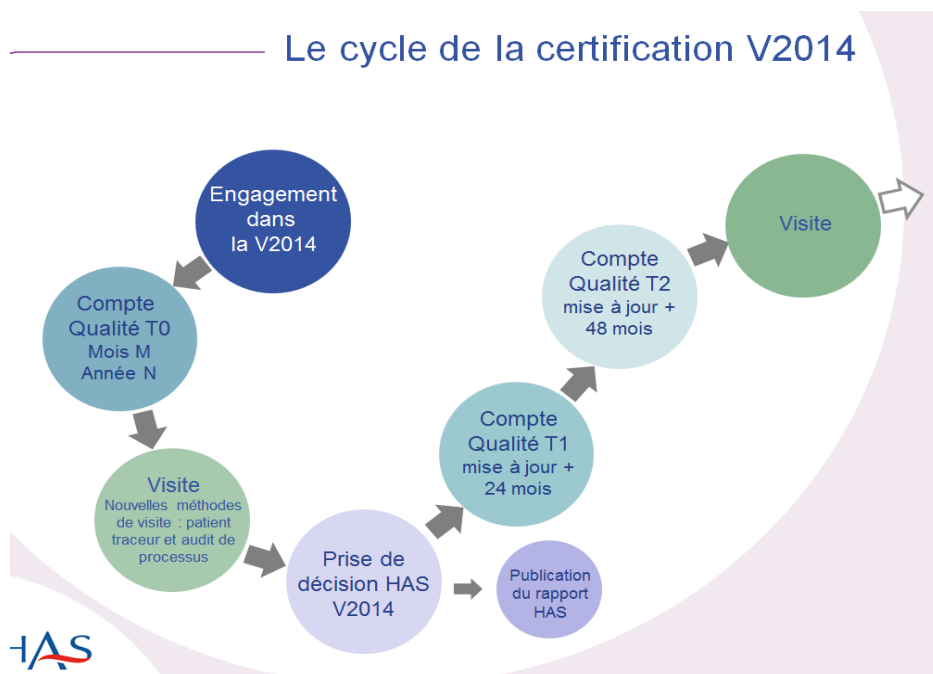
### **1.1.2 Les démarches d'amélioration de la qualité au sein d'un établissement de santé**

Afin d'optimiser l'amélioration continue de la qualité, plusieurs démarches peuvent être mises en place au sein d'un établissement de santé. Sans en faire une liste exhaustive, certaines d'entre elles peuvent être décrites : les procédures de certification, le Programme d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (PAQSS) et les indicateurs qualité.

---

<sup>8</sup> Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée  
Eugénie REYNE - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - 2016

Plusieurs procédures de certification d'un établissement de santé existent à ce jour, qu'elles soient réglementaires ou volontaires. Tout d'abord, concernant les procédures réglementaires, la certification de la HAS est une procédure ayant pour objet d'évaluer « *la qualité et la sécurité des soins dispensés et de l'ensemble des prestations délivrées, par services ou par activités, en tenant compte notamment de leur organisation interne ainsi que de la satisfaction des patients* »<sup>9</sup>. Elle vise à porter une appréciation indépendante sur la qualité de l'établissement notamment grâce à l'aide d'indicateurs, de critères ou encore de référentiels<sup>10</sup>. La dernière procédure (V2014) se réfère au manuel de certification V2010 mis à jour en janvier 2014. Les principaux apports concernent la mise en place du compte qualité et les nouvelles méthodes de visite : le patient traceur et les audits de processus. En outre, la HAS a choisi une approche par thématique concernant ces derniers éléments. Ainsi, une liste de thématiques a été établie<sup>11</sup> et regroupe l'ensemble des activités d'un établissement de santé. Le manuel de certification définit une organisation des éléments d'appréciation selon la méthode PDCA. Plusieurs étapes composent la procédure de certification<sup>12</sup> : l'engagement de l'établissement dans la procédure, l'élaboration et la transmission d'un compte qualité, la conduite de la visite réalisée par des experts visiteurs de la HAS et enfin la décision de certification et les modalités de suivi. Cinq décisions sont désormais possibles : la certification, la certification avec recommandation(s) d'amélioration, la certification avec obligation(s) d'amélioration, le sursis à statuer et la non certification.



<sup>9</sup> Article R. 6113-2 du code de la santé publique.

<sup>10</sup> Article L. 6113-2 du code de la santé publique.

<sup>11</sup> Annexe 1.

<sup>12</sup> Site internet : [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_968214/fr/les-etapes-de-la-procedure-de-certification](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_968214/fr/les-etapes-de-la-procedure-de-certification) [visité le 24/06/2016]

L'identification d'indicateurs s'inscrit dans cette démarche d'amélioration. Ce sont des variables décrivant des situations d'un point de vue quantitatifs et des outils d'aide à la décision. Ils permettent de mesurer la qualité et d'ainsi révéler des informations ou encore d'orienter des actions. Il en existe beaucoup dans le domaine de la santé, tels que les indicateurs de la qualité et de la sécurité de soins développés par la HAS dont les indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (IPAQSS). Ils évaluent la qualité des soins et la sécurité des patients et permettent d'améliorer les pratiques professionnelles. Ainsi, le recueil de certains de ces indicateurs est obligatoire et soumis à diffusion publique tels la tenue du dossier patient, le délai d'envoi des courriers d'hospitalisation ou encore la mesure de la douleur. L'établissement organise le recueil des IPAQSS/ IQSS selon le calendrier HAS. Ce recueil implique le personnel médical et paramédical et les résultats sont ensuite communiqués.

Ensuite, la certification des coordinations hospitalières de prélèvements d'organes et de tissus a été initiée par l'Agence de la Biomédecine en 2005. Elle participe à « *l'amélioration du recensement des donneurs et à la qualité et à la sécurité des prélèvements d'organes et de tissus* »<sup>13</sup>. Elle comporte une phase d'autoévaluation, d'une visite sur site et de la mise en place d'un plan d'amélioration de la qualité. De plus, il est possible de citer l'accréditation obligatoire des laboratoires médicaux par l'instance nationale COFRAC qui vise à garantir leur qualité. Il s'agit d'un contrôle afin d'attester de leur compétence pour réaliser des étalonnages, des essais ou des inspections ou pour certifier des produits, des systèmes ou des personnes.

La certification ISO quant à elle est une démarche volontaire applicable à tout secteur d'activité qui permet de reconnaître la conformité d'un système aux exigences d'une norme qualité internationale ISO (organisation internationale de normalisation) par un organisme extérieur indépendant. Cette reconnaissance prend la forme d'un certificat subordonné à un audit externe. Les normes ISO 9000 (management de la qualité) participent à la définition d'un système de qualité pour différents types d'entreprises. Elles sont fondées sur les principes de management de la qualité (orientation client, leadership, implication personnel, processus, risques etc...)<sup>14</sup> et ont pour objet de s'assurer que le fournisseur de service a la capacité d'assurer la maîtrise de son processus et de contrôler la conformité aux différentes exigences. Concernant plus précisément la norme 9001 version 2015, elle établit les exigences relatives à un système de management de la qualité.

---

<sup>13</sup> <http://www.agence-biomedecine.fr/annexes/bilan2011/donnees/securite/02-certif/synthese.htm> [visité le 29/08/2016]

<sup>14</sup> Site internet : [http://www.iso.org/iso/fr/iso\\_9001-2015\\_-\\_how\\_to\\_use\\_it.pdf](http://www.iso.org/iso/fr/iso_9001-2015_-_how_to_use_it.pdf) [visité le 28/06/2016]  
Eugénie REYNE - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - 2016

La démarche d'amélioration continue de la qualité se compose également d'un PAQSS. Outil de management, il « traduit la volonté, le dynamisme et la capacité d'un établissement à améliorer sa politique globale d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins »<sup>15</sup>. Il regroupe les orientations stratégiques de l'établissement, les actions d'amélioration notamment celles mises en œuvre suite aux évènements indésirables, recommandations... et les indicateurs de suivi tout en regroupant et impliquant un grand nombre du personnel de l'établissement.

Cependant, il est encore possible de citer la mise en place d'un système d'évènements indésirables et d'un système de gestion documentaire.

## **1.2 La mise en œuvre de la démarche qualité au sein du C.H.I.T.S.**

Si la mise en œuvre de la démarche qualité s'effectue de façon hétérogène au sein des établissements de santé, le C.H.I.T.S. fait de l'amélioration de la qualité l'une de ses priorités. Cela peut s'expliquer à la fois par son cadre général et le déploiement des démarches (1.2.1) mais aussi sa méthodologie appliquée (1.2.2).

### **1.2.1 Cadre général de l'établissement**

Le C.H.I.T.S. bénéficie d'un pôle Direction Générale comprenant : la Direction des politiques territoriales, la Direction des affaires médicales, de la recherche clinique et des relations avec les usagers et la Direction Qualité, Gestion des Risques et Communications. Ainsi, en ayant intégré la DQGRC au sein du pôle de la direction générale, le C.H.I.T.S. donne une place centrale à l'amélioration de la qualité au sein de l'établissement. En outre, à l'heure des coopérations et des groupements, le C.H.I.T.S se doit de maintenir un niveau de performance optimale et de répondre aux exigences. En effet, en étant en direction commune avec le Centre hospitalier de Hyères et étant désormais l'établissement support dans le cadre du GHT, le C.H.I.T.S. doit faire de la qualité et gestion des risques une préoccupation majeure.

La DQGRC<sup>16</sup> a principalement pour mission de piloter les actions d'amélioration au niveau institutionnel, d'organiser et conduire les évaluations internes ou encore de participer à la démarche qualité de l'établissement<sup>17</sup>. Elle est composée d'un directeur, de

---

<sup>15</sup> Site internet : [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1023364/fr/critere-8a-le-programme-d-amelioration-de-la-qualite-et-de-la-securite-des-soins](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1023364/fr/critere-8a-le-programme-d-amelioration-de-la-qualite-et-de-la-securite-des-soins) [visité le 29/08/2016]

<sup>16</sup> Annexe 2.

<sup>17</sup> Site internet : <http://www.ch-toulon.fr/?id=1727&MP=318-617> [visité le 24/06/2016]

deux cadres supérieurs de santé, une qualitiennne, un responsable d'exploitation et un adjoint des cadres chargé de communication. Direction à laquelle est désormais associée l'équipe de Hyères avec un ingénieur, une assistante qualité et un responsable qualité. De plus, la direction travaille au quotidien aux côtés du médecin coordonnateur gestionnaire des risques et responsable des vigilances sanitaires, le médecin hygiéniste et le médecin coordonnateur du système de management du circuit du médicament. La DQGRC a également pour objectif d'organiser et de coordonner la gestion des risques au sein de l'établissement en travaillant de manière transversale avec les services. Par ailleurs, deux instances contribuent à la mise en œuvre des missions du service : le Comité de Gestion des Risques qui effectue des bilans sur la maîtrise des risques ayant été identifiés comme prioritaires et le Comité de Lutte contre les Evénements Indésirables Associés aux Soins (CLEIAS). Ce dernier en tant que sous-commission de la Commission Médicale d'Etablissement (CME) a entre autres pour mission de centraliser les signalements internes et externes, définir des programmes de formation ou encore d'actualiser le PAQSS. Il regroupe les professionnels engagés dans la gestion des risques en démarche préventive et curative. De surcroît, la DQGRC participe à l'animation et au déploiement des différentes démarches qualité existantes dans l'établissement. A ce titre, l'établissement bénéficie d'une politique qualité gestion des risques. Cette dernière a été rédigée pour 2016-2020. Elle fera l'objet d'une évaluation annuelle sur les déclinaisons des orientations stratégiques et la mise en œuvre du PAQSS.

Ensuite, le C.H.I.T.S. est engagé dans différentes démarches de certifications externes, aussi bien réglementaires que volontaires. En 2013, suite à la visite de certification de la HAS V2010, l'établissement a été certifié après suivi et avec 4 recommandations concernant : la prise en charge aux urgences, le dossier patient en médecine-chirurgie-obstétrique (MCO), la prise en charge médicamenteuse du patient et le déploiement des évaluations des pratiques professionnelles (EPP). Par ailleurs, concernant le Centre Hospitalier de Hyères avec lequel le C.H.I.T.S. est en direction commune, il a déjà fait l'objet de la visite de certification V2014 en mars 2015. Le rapport a conclu à une obligation d'amélioration et 3 recommandations.

Le C.H.I.T.S. a également décidé de s'engager dans la démarche volontaire ISO par l'organisme de certification AFAQ AFNOR (Agence Française d'Assurance Qualité) dans le but d'améliorer ses performances en matière de qualité et gestion des risques pour plusieurs de ses services supports. A ce jour, plusieurs services sont certifiés ISO 9001 (système management de la qualité) : la fonction stérilisation (Réception, Nettoyage, Conditionnement, Stérilisation et libération, Mise à disposition) et la fonction technique

(regroupant 5 activités : sécurité incendie et sûreté, maintenance préventive, maintenance corrective, gestion économique de l'énergie et travaux). Et la certification des fonctions stérilisation et technique a été renouvelée ISO 9001 version 2015 suite à la dernière visite de l'auditeur en mars 2016. Un audit interne est réalisé chaque année par le service QGDRC auprès des services certifiés.

Ensuite, la coordination hospitalière des prélèvements d'organes et de tissus est certifiée sans recommandation par l'Agence de Biomédecine depuis mars 2012. Cependant, la visite de renouvellement a lieu en septembre 2016. Le laboratoire du C.H.I.T.S. est quant à lui accrédité par l'organisme extérieur COFRAC depuis février 2014.

### **1.2.2 Méthodologie appliquée au C.H.I.T.S.**

Dans le cadre de la mise en œuvre de la démarche qualité, le C.H.I.T.S. opte pour une certaine méthodologie. Et plus précisément concernant les certifications externes HAS et ISO, la méthodologie appliquée est une approche par processus intégrant la méthode PDCA et une approche par risques. L'approche par processus permet de s'assurer que l'établissement a les ressources adéquates et des actions d'amélioration. Et l'approche par risque quant à elle, permet de mesurer les écarts des processus par rapport aux résultats attendus. Elle permet ainsi de définir des priorités correspondant aux vrais enjeux de l'établissement. Les certifications HAS et ISO sont liées donc les actions mises en œuvre pour répondre aux non conformités ISO sont des risques identifiés pour la HAS.

La HAS a choisi une approche par thématique et chaque thématique est rattachée à des critères qui sont eux-mêmes déclinés selon la méthode PDCA. Ainsi, dans le cadre de la préparation à la V2014, des fiches d'identité processus<sup>18</sup> ont été élaborées pour chacune des 20 thématiques du manuel. Celles-ci sont rédigées selon la méthode PDCA pour répondre aux critères de la HAS. Ainsi, la partie "Prévoir" comprend la définition de la stratégie et l'organisation interne, la partie "Mettre en œuvre" : la mobilisation des équipes et la disponibilité des ressources, la partie "Evaluer" : l'évaluation du fonctionnement du processus. Cette partie identifie les risques prioritaires de la thématique qui sont cotés selon leur fréquence, gravité et niveau de maîtrise, ce qui permet de hiérarchiser ensuite par risques prioritaires.

---

<sup>18</sup> Annexe 3

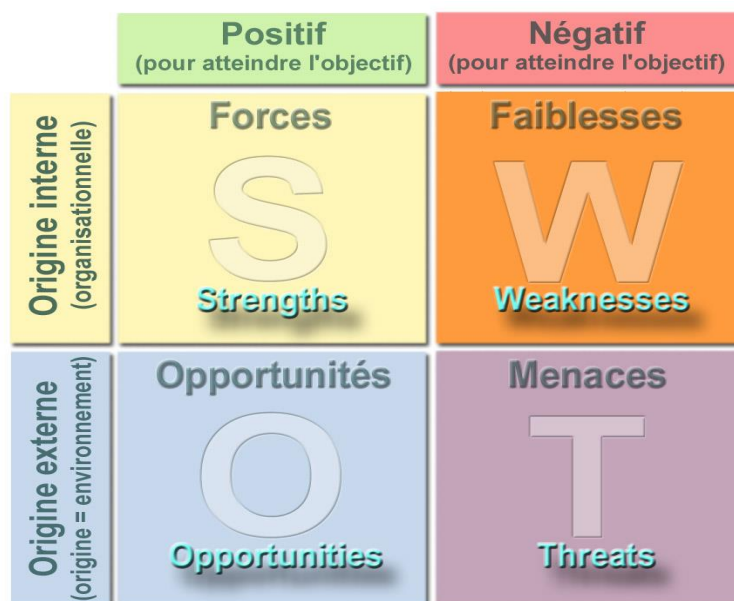
## ECHELLE DE COTATION DES RISQUES ET DU NIVEAU DE MAITRISE

Fréquence		Gravité	
1	Très improbable ou « jamais vu »	1 mineure	Conséquences mineures sans préjudice
2	Très peu probable ou « vu une fois dans ma carrière »	2 significative	Incident avec préjudice temporaire
3	Peu probable ou « vu dans d'autres établissements »	3 majeure	Incident avec impact
4	Possible/probable, possible dans l'établissement	4 critique	Conséquences graves
5	Très probable à certain, « vécu dans mon secteur d'activité »	5 catastrophique	Conséquences très graves (ex. : décès)
Niveau de maîtrise			
1	On sait faire face, bonne maîtrise : plans avec exercices et formations, veille, contrôle, amélioration continue		
2	On a tout prévu : plans d'action en place avec indicateurs		
3	On a organisé : organisation en place sans évaluation		
4	On est en alerte : quelques actions mais insuffisantes - veille mais sans actions		
5	On découvre le risque : aucune action en place - études en cours - actions inefficaces ...		

Enfin, la partie "Agir" comprend les actions d'amélioration associées à leur pilote, leur échéance et leurs modalités de suivi.

Une deuxième illustration de la méthodologie du C.H.I.T.S. concernant la certification ISO peut être décrite. Suite à la visite de l'auditeur AFNOR en mars 2016, trois non-conformités ISO ont été retenues dans le cadre de la version 2015 concernant : la démarche qualité gestion des risques pour les processus supports, l'engagement de la direction et les ressources humaines. Pour répondre à ces non conformités, des fiches processus ont été mises à jour au regard des attendus de la norme ISO 9001 version 2015. A cette fin, une méthodologie a été proposée : la réalisation d'un SWOT (Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats). Le SWOT consiste en une analyse des forces, faiblesses, opportunités et menaces. La méthodologie du SWOT ayant déjà été adoptée au sein du C.H.I.T.S lors de l'élaboration du projet de soins ou encore dans le service de stérilisation et la fonction technique, il permet de développer la stratégie et constitue ainsi une étape avant de mettre en œuvre des actions. La colonne de gauche correspond aux éléments ayant une incidence positive sur l'objet étudié et la colonne de droite les éléments ayant une incidence négative ou défavorable.





Au sein de ces fiches de processus sont identifiés les risques prioritaires, les parties prenantes, les exigences (implicites, explicites et réglementaires), les moyens, les protocoles (validés par le service qualité et gestion des risques) et les indicateurs de suivi. Par ailleurs, le travail effectué pour répondre aux non conformités ISO permet alors d'être utilisé pour la préparation à la certification HAS et inversement.

Dans tous les cas, la méthodologie appliquée au sein du C.H.I.T.S. demeure une méthodologie collaborative impliquant différents acteurs.

## **2 L'implication des professionnels de santé pour l'amélioration continue de la qualité**

L'optimisation de la qualité suppose une mobilisation et une implication de l'ensemble du personnel autour d'une démarche qualité. L'implication du personnel est l'un des principes du management de la qualité de la norme ISO. Mais comment les faire adhérer ? Il convient en premier lieu d'identifier les professionnels associés (2.1) avant de mettre en avant les outils qualités dont ils disposent pour les impliquer (2.2).

### **2.1 Identification des professionnels de santé dans l'amélioration continue de la qualité**

La direction et les pilotes institutionnels sont tout d'abord identifiés dans la mise en œuvre de l'amélioration continue de la qualité (2.1.1) aux côtés des équipes opérationnelles, dont l'attaché d'administration hospitalière, accompagnées par des référents qualité (2.2.2).

#### **2.1.1 Engagement de la direction et pilotes institutionnels**

Dans le domaine de la qualité et de la gestion des risques, le pilotage est institutionnel avec la Direction Générale, le Président de la CME et le Coordonnateur Général des Soins. En effet, depuis la loi du 21 juillet 2009<sup>19</sup> le directeur « *décide, conjointement avec le président de la commission médicale d'établissement, de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers* »<sup>20</sup>. Leur implication est déterminante dans la réussite de l'amélioration continue de la démarche qualité au sein d'un établissement de santé. En effet, l'engagement de la direction et son positionnement face aux démarches qualité aura une grande influence sur la culture qualité de l'établissement. Ils sont d'ailleurs considérés comme des pilotes obligatoires de certains processus pour la certification HAS V2014 tels « Qualité, gestion des risques » ou encore « Management, stratégique et gouvernance ».

---

<sup>19</sup> Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

<sup>20</sup> Article L. 6143-7 code de la santé publique

De quelle façon l'engagement de la Direction et des pilotes institutionnels se manifeste-t-il ? Tout d'abord, par leur disponibilité, la transparence des décisions mais aussi la communication de l'information. Egalement par le fait de « *fixer des buts à un groupe de personnes et à mobiliser celles-ci dans une action commune* »<sup>21</sup>. Ainsi, il semble nécessaire de fixer des objectifs clairs et précis. La conduite de réunions peut alors s'avérer comme un outil efficace pour mener à bien la démarche qualité.

A titre d'illustration, pour favoriser l'engagement de la direction et des pilotes institutionnels, le lancement de la certification V2014 au sein du C.H.I.T.S. a fait l'objet d'une présentation par la Direction Générale, le président de la CME et la Coordinatrice Générale des soins à la fois auprès des chefs de pôle mais aussi des pilotes. Lors de ces présentations, des explications sur le déroulement de la certification, ses attendus et enjeux ont été données. De plus, ce sont lors de réunions comme celles-ci que la nécessité d'une mobilisation de l'ensemble des professionnels est rappelée afin d'évaluer la performance hospitalière et de s'améliorer de façon permanente. Ensuite, l'engagement de la direction dans la politique d'amélioration continue de la qualité et de la gestion des risques a été formalisé par la rédaction d'une lettre de la Direction dans le cadre de la certification ISO mais également engagement répété dans la thématique « Management qualité gestion des risques » de la HAS exprimant l'engagement à promouvoir et faire appliquer cette politique.

La Direction Qualité, Gestion des Risques et Communication s'assure de la mise en œuvre et du suivi de cette politique qualité dans tous les domaines concernés. Plus précisément, le directeur QGRC rend compte à la Direction Générale de l'état d'avancement des différents projets. Par ailleurs, les directions fonctionnelles et les responsables relaient cet engagement auprès de l'encadrement intermédiaire et des acteurs de terrain. Elles sont alors directement impliquées dans leurs différents secteurs d'activité et permettent d'assurer la cohésion du système.

Les axes stratégiques sont ainsi fixés à un niveau institutionnel et leur mise en œuvre implique une démarche participative des équipes opérationnelles.

---

<sup>21</sup> Haute Autorité de santé, Principes de mise en œuvre d'une démarche qualité en établissement de santé, avril 2002, p.14

## 2.1.2 Equipe opérationnelle et accompagnement des professionnels de santé par des référents qualité

Aux côtés des pilotes institutionnels, l'ensemble des professionnels d'un établissement de santé doit être impliqué de façon concrète dans le cadre d'une démarche participative. Il est ainsi essentiel d'associer les professionnels dans toutes les étapes de la démarche. Les réunions permettent à ce titre de favoriser les réflexions, la prise de décisions et valorisent les actions entreprises. Il est nécessaire de garantir aux professionnels la possibilité de participer à des réflexions sur leurs pratiques vis-à-vis des objectifs fixés et demandés.

Les différents corps de métiers d'un établissement de santé sont ainsi concernés : médecins, infirmiers, cadres, administratifs, représentants des usagers etc... Et comme j'ai pu l'observer, l'Attaché d'Administration Hospitalière est amené à participer à cette démarche qualité.

Dans le cas où l'AAH exerce ses fonctions au sein du service Qualité et Gestion des Risques de l'établissement, il peut se voir confier plusieurs responsabilités sous l'autorité du directeur qualité comme cela a été le cas au sein du C.H.I.T.S. : la participation aux cotés des qualitiens et médecins gestionnaires des risques du service à la préparation de la certification V2014 et plus précisément à l'élaboration du compte qualité. Cette préparation se caractérisant principalement par la participation aux réunions sur les différentes thématiques et l'élaboration des fiches d'identité processus<sup>22</sup>. Il s'agit d'un travail nécessitant une véritable collaboration entre les personnes de l'équipe mais aussi les personnels des autres services cliniques, techniques, médicotechniques, logistiques et administratifs. Cette collaboration avec les personnes ressources est alors essentielle dans les missions de l'AAH qui devra suivre l'avancement des différents projets par la suite. Cependant la participation d'un AAH à la démarche qualité d'un établissement public de santé concerne également l'AAH exerçant dans les autres services. En effet, j'ai pu constater que la DQGRC a pu à diverses reprises travailler avec les attachés de service des ressources humaines ou encore du service des achats.

En outre, afin d'optimiser l'implication des professionnels, il est essentiel de désigner des pilotes opérationnels. Ce sont eux qui vont mettre en œuvre sur le terrain les différentes actions envisagées. Ainsi, au sein du C.H.I.T.S. dans le cadre de la certification HAS, les 20 thématiques<sup>23</sup> sont sous la responsabilité d'un pilotage (pilotes et copilotes) de 2 à 5

---

<sup>22</sup> Annexe 2.

<sup>23</sup> Annexe 1.

personnes environ. Ces pilotes volontaires ont tous été retenus sur la base de leurs compétences et de leur positionnement dans l'établissement. Chaque groupe de pilotage bénéficie d'un binôme référent du SQGRC, qui assure un temps de formation et un soutien méthodologique continu à cette démarche.

Par ailleurs, pour favoriser l'implication des professionnels un accompagnement par des référents qualité semble opportun. Ainsi, un réseau de référents qualité gestion des risques a été créé au sein du C.H.I.T.S. au niveau de chaque pôle d'activité. Il s'agit de référents médicaux et paramédicaux et en collaboration avec la DQGRC. Ils agissent a minima en binôme et ont bénéficié de formations. Ils apparaissent alors comme des acteurs pour le management opérationnel de la démarche qualité en mettant en œuvre des comités de retour d'expérience (CREX) et des revues de morbidité et de mortalité (RMM), en analysant les événements indésirables graves ou encore en assurant le suivi des cartographies des risques.

Cependant pour que l'implication de ces professionnels ait un réel impact dans l'amélioration continue de la qualité, ils bénéficient d'outils qualité.

## **2.2 Une implication par la diffusion de la culture qualité et les outils qualité**

Pour que les professionnels de santé s'impliquent réellement dans les démarches continues d'amélioration de la qualité, ces derniers ont besoin de concret. A ce titre, l'établissement de santé doit tout mettre en œuvre pour diffuser et faire comprendre la culture qualité aux professionnels (2.2.1) pour que l'utilisation des outils qualité soit alors optimale (2.2.2).

### **2.2.1 La diffusion de la culture qualité**

Si un établissement de santé veut impliquer l'ensemble des professionnels dans une démarche d'amélioration continue de la qualité, il est nécessaire qu'une réelle culture qualité soit pérenne au sein de l'établissement. Et surtout que le personnel comprenne le but de la démarche avant d'y adhérer et d'y contribuer. Cette culture qualité peut être diffusée de plusieurs façons.

Tout d'abord, la communication interne sur la qualité est essentielle au sein d'un établissement. Même si pour les professionnels soignants la qualité des soins est leur

priorité, il semble opportun de la renforcer au sein de tous les services. En s'appuyant sur l'exemple du C.H.I.T.S., la Direction Qualité, Gestion des Risques et Communication publie chaque mois un journal nommé « Qualité Street »<sup>24</sup> et qui est communiqué à l'ensemble du personnel de l'hôpital avec le bulletin de salaire. En fonction de l'actualité et des événements, des rappels ou des explications sont décrits au sein de ce journal comme par exemple les résultats des IPAQSS. Ainsi, le fait d'avoir un journal entièrement dédié à la culture qualité de l'établissement s'inscrit véritablement dans une démarche continue de l'amélioration de la qualité mais permet aussi de démontrer la transparence de l'établissement et de la direction. Ce qui contribue à installer une relation de confiance indispensable au sein d'un établissement de santé.

La culture qualité doit ainsi être diffusée de façon globale à l'ensemble de l'établissement afin qu'une véritable culture commune existe. Et un des outils essentiel qui reflète la place accordée à la qualité est le projet d'établissement. De plus, la culture qualité doit être diffusée à plus petit niveau au sein de chaque service. C'est d'ailleurs une des missions des référents qualités identifiés dans chaque service ou encore de l'attaché d'administration hospitalière. Ainsi, chacun doit percevoir le bien-fondé de sa participation dans la démarche qualité.

Cependant, pour que la culture qualité soit diffusée au sein d'un établissement et qu'elle implique les professionnels de santé de façon optimale, il est nécessaire de développer les compétences et la formation continue de ces derniers à la qualité. En effet, la formation permet aux professionnels de comprendre les méthodes, se les approprier et les mettre en œuvre. L'exemple de la déclaration des événements indésirables graves (EIG) au sein d'un établissement de santé peut alors être pris. La déclaration des EIG est un sujet complexe au sein des hôpitaux. En effet, de nombreux professionnels demeurent réticents à déclarer les EIG de peur que cela se retourne contre eux. Alors qu'en réalité, bien au contraire, les déclarations des EIG s'intègrent entièrement dans une démarche d'amélioration continue de la qualité puisqu'elles permettent à l'établissement de progresser. Ainsi, la direction ne doit pas s'ancrer dans une culture de l'erreur et de la faute mais au contraire pousser les professionnels à se remettre en question dans un objectif d'amélioration. C'est pourquoi, il est essentiel de mettre en place des formations au sein de chaque service sur la procédure de déclaration des EIG. A titre d'exemple le C.H.I.T.S. met en œuvre ces formations au sein des différents services par le médecin gestionnaire des risques. Ainsi, les fiches d'événements indésirables permettent d'impliquer les

---

<sup>24</sup> Annexe 4.

professionnels mais pour que cette implication ne soit pas en vain, un retour, une suite doit être donnée aux professionnels.

### 2.2.2 Les outils qualité

Au sein des établissements de santé, il existe des outils qualité concrets pour que les professionnels puissent s'impliquer dans les démarches qualité. Et la version V2014 de la certification HAS en a apporté des nouveaux.

La certification V2014 offre 2 nouveaux outils permettant d'impliquer les professionnels afin d'évaluer et de rendre compte de la réalité de l'activité de l'établissement : l'audit de processus et le patient traceur.

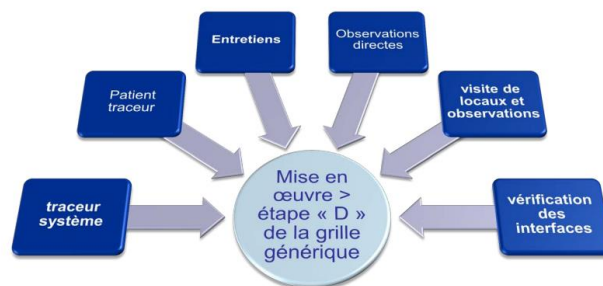
**L'audit de processus** est selon la HAS une « *méthode qui consiste à évaluer le management, l'organisation et la mise en œuvre effective d'un processus afin de mesurer sa conformité aux exigences et sa capacité à atteindre les objectifs* ». L'investigation par audit de processus se fait en 2 étapes et implique directement les professionnels.



- L'étape 1 permet aux experts visiteurs de réaliser un entretien avec le ou les pilotes de la thématique. A cet effet, ils fondent leur investigation selon une grille réalisée selon la méthode PDCA afin d'évaluer le système de pilotage et son efficacité. Et ils se basent sur les documents de pilotage, d'organisation et de traçabilité du processus que leur fournissent les pilotes. C'est pourquoi il est essentiel que les professionnels concernés réalisent des fiches d'identité processus optimales et qu'ils maîtrisent.
- L'étape 2 consiste à vérifier la mise en œuvre sur le terrain :

## Investigation par audit processus

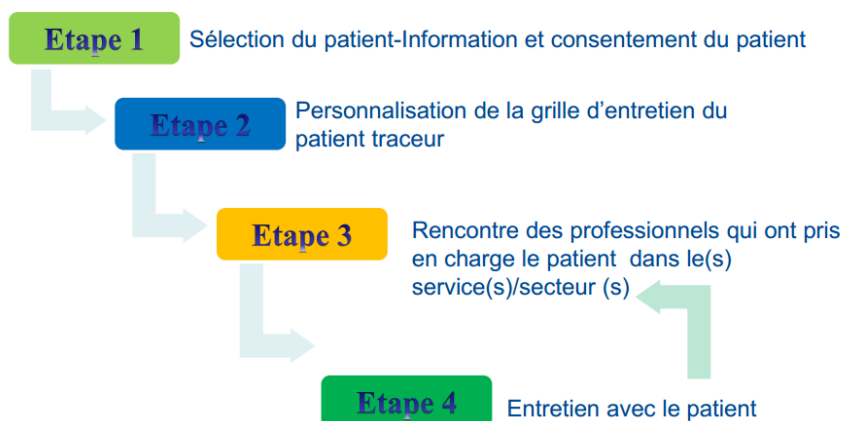
### Etude de l'application du processus sur le terrain



HAS

Présentation V2014 – L'audit de processus – Août 2014

Le second outil opérationnel est **le patient traceur**. Il s'agit d'une méthode d'évaluation rétrospective qui consiste, à partir d'un séjour d'un patient hospitalisé, à évaluer les processus de soins, les organisations et les systèmes qui concourent à sa prise en charge<sup>25</sup>. Elle permet ainsi un diagnostic de la qualité et de la sécurité de la prise en charge. Elle se compose de 4 étapes :



Selon la HAS la méthode du patient traceur a plusieurs objectifs. Elle permet<sup>26</sup> :

- ▶ d'intégrer le patient et son expérience ainsi que celle de ses proches dans l'évaluation de la prise en charge
- ▶ d'évaluer le parcours du patient, de l'amont de son hospitalisation jusqu'à l'aval
- ▶ de contribuer au diagnostic global de la qualité et de la sécurité de la prise en charge, en identifiant les points positifs et les points à améliorer

<sup>25</sup> HAUTE AUTORITE DE SANTE, *Guide méthodologique à destination des établissements de santé-Certification V2014*, p.9.

<sup>26</sup> HAUTE AUTORITE DE SANTE, *Le patient traceur en établissement de santé. Méthode d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Guide méthodologique*, 2014, p.6



► de travailler en équipe pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle à partir de la prise en charge d'un patient

Le déploiement de cette méthode permet à l'établissement de développer une culture qualité. Cette méthode est d'ailleurs reconnue comme une méthode de développement professionnel continu.

Enfin, la HAS a supprimé l'autoévaluation des établissements de santé pour la remplacer par un outil partagé : **le compte qualité**. Le compte qualité reflète l'engagement de l'établissement dans une démarche qualité gestion des risques en synthétisant ses risques, ses actions d'amélioration et sa démarche d'évaluation. Il se caractérise par une approche des risques a priori et a posteriori. De façon concrète, l'identification des risques prioritaires pour chaque thématique permet aux personnels de se remettre en question et d'être responsabilisés. Ainsi, la justification de leur choix est alors essentielle, pourquoi avoir choisi ce risque plutôt qu'un autre ? Dans quel but ? Cependant, pour que leur implication ait un sens il est nécessaire de donner de la valeur au travail effectué.

Dans tous les cas, il est surtout nécessaire, peu importe les outils utilisés par les professionnels, que ces derniers se les approprient.

### **3 Professionnels de santé et démarche qualité : enjeux et limites**

Si l'implication des professionnels dans une démarche qualité entraîne de véritables enjeux pour un établissement de santé (3.1), elle est cependant confrontée à certaines limites, ce qui permet alors de s'interroger sur des perspectives d'amélioration (3.2).

#### **3.1 Les enjeux de l'implication des professionnels de santé dans l'amélioration continue de la qualité**

L'implication des professionnels dans une démarche qualité ne peut être optimale que si des bénéfices sont attendus. Si les bénéfices concernent avant tout les patients dans le cadre d'une amélioration de leur prise en charge (3.1.1), ils restent multiples pour l'établissement de santé (3.1.2).

##### **3.1.1 Implication des professionnels de santé et amélioration de la qualité de la prise en charge du patient**

Le patient doit être placé au centre de la démarche qualité.

##### **► L'optimisation de l'accueil et de la prise en charge du patient**

L'objectif premier d'une démarche d'amélioration continue de la qualité au sein d'un établissement de santé demeure l'optimisation de l'accueil et de la prise en charge du patient. L'utilisateur doit bénéficier de soins de qualité. L'établissement de santé doit assurer la satisfaction des patients également appelés 'usagers' voire même 'clients' en répondant à leurs attentes et à leurs besoins. Il est alors essentiel d'évaluer de façon régulière la satisfaction des usagers pour mesurer la qualité du service rendu. Cela peut s'effectuer notamment par le biais de questionnaire de satisfaction.

De plus, une démarche d'amélioration continue de la qualité au sein d'un établissement de santé ne peut s'envisager sans un travail en lien avec les usagers eux-mêmes. En effet, le patient doit être directement intégré à la démarche lui permettant de devenir un acteur mais aussi les représentants des usagers. En tant que porte parole des usagers, leur rôle est essentiel. Ils ont l'occasion d'être associés aux différents programmes d'amélioration de la qualité de l'hôpital.

## ► La sécurité des biens et des personnes

Le deuxième enjeu d'une démarche qualité est de garantir la sécurité des biens et des personnes. Il s'agit alors de sécuriser les pratiques et d'assurer une bonne gestion des risques. A ce titre, la rédaction et la diffusion de protocoles est un bon outil pour assurer cette sécurité. Notamment lorsque les protocoles sont rédigés par le service même concerné et ensuite validé par le service qualité et gestion des risques de l'établissement. C'est d'ailleurs comme cela que le C.H.I.T.S. fonctionne et plus récemment avec le déploiement de la gestion électronique des documents qui regroupe l'ensemble de la base documentaire de l'établissement et donc les différents protocoles, le niveau de sécurité permet d'atteindre un niveau élevé de qualité. Par ailleurs, l'utilisateur désire alors une information de plus en plus transparente. Et la publication des rapports de certification de la Haute Autorité de Santé par exemple permet alors aux usagers d'obtenir des informations sur la qualité des soins de l'établissement.

## ► Le renforcement des droits des patients

De surcroît, la démarche qualité vise le renforcement des droits des patients. Notamment dans le cadre de la certification HAS la thématique obligatoire 'Droits des patients' permet véritablement à l'établissement de s'assurer du bon respect de ces droits. Elle englobe des thèmes essentiels tels le respect de la dignité et de l'intimité du patient, la prévention de la maltraitance, le respect des libertés individuelles, l'information du patient sur son état de santé et les soins proposés ou encore la prise en charge de la douleur. J'ai ainsi eu l'opportunité de travailler sur cette thématique avec les pilotes concernés au sein du C.H.I.T.S. Les risques associés à des actions d'amélioration ont été identifiés en concertation avec le groupe<sup>27</sup>.

Si la démarche qualité permet d'optimiser la prise en charge des patients et leurs parcours, elle entraîne d'autres bénéfices pour l'établissement de santé.

---

<sup>27</sup> Annexe 5.

### 3.1.2 Les gains de l'amélioration continue de la qualité

Sans faire une liste exhaustive, il est possible de citer les principaux gains de l'implication des professionnels dans l'amélioration continue de la qualité.

#### ► Gain financier

Tout d'abord, l'amélioration continue de la qualité entraîne-t-elle un gain financier pour l'établissement de santé ? Ce n'est que récemment que les pouvoirs publics se sont penchés sur cette question. En effet, en 2012 un programme d'incitation financière à l'amélioration de la qualité a été initié par la Direction Générale de l'Offre de Soins et la HAS. En quoi consiste-t-il ? Il s'agit d'une incitation financière à la qualité des établissements de santé fondée principalement sur des indicateurs. A la base, à titre expérimental (avec deux vagues d'expérimentations) le programme d'IFAQ est généralisé à tous les établissements de santé MCO en fonction de leurs résultats depuis le 1er janvier 2016. Pour être éligibles les établissements de santé doivent répondre à certaines conditions et le montant de la dotation est calculé en fonction des résultats de certification et des indicateurs obligatoires, de l'évolution de ces résultats et de l'activité de l'établissement. Ainsi, deux scores sont pris en compte : le niveau atteint et sa progression. Cette dotation complémentaire est alors versée aux établissements faisant de la qualité et de la sécurité des soins une priorité. Le montant plancher étant fixé à 15 000 euros et le plafond à 500 000 euros. Ce qui peut alors apparaître comme une motivation non négligeable pour que l'ensemble du personnel de l'établissement poursuivent au quotidien leurs efforts dans l'amélioration de la prise en charge des patients.

#### ► Eviter les coûts de la non qualité

Ensuite, s'impliquer dans une démarche qualité permet d'éviter les coûts de la non qualité. En effet, la non qualité a un coût, elle engendre des dépenses inutiles et peut même aller jusqu'à des procédures contentieuses nuisant à l'image de l'établissement. Les principaux coûts de la non qualité étant principalement entraînés par des événements indésirables prolongeant l'hospitalisation, des prescriptions inappropriées, des interventions et hospitalisations injustifiées ou encore des défauts dans le circuit du médicament. Il est alors nécessaire de sensibiliser les professionnels à la dimension économique de la qualité car la non qualité peut avoir de l'incidence dans des processus qui peuvent paraître secondaire. Ainsi, la qualité du repas servi peut avoir des effets sur la nutrition et provoquer un allongement de la durée du séjour.

## ► Amélioration des pratiques professionnelles

En outre, la démarche qualité permet d'améliorer les pratiques de professionnels notamment par le biais du développement professionnel continu (DPC). En tant que dispositif d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, c'est un élément de garantie de qualité qui réunit la formation continue et l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP). Il s'adresse à l'ensemble des professionnels de santé et constitue une obligation individuelle. Il a pour objectif d'analyser les pratiques des professionnels et de perfectionner leurs connaissances. Le DPC a ainsi pour objectif d'inviter les professionnels à s'engager chaque année dans un programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

### 3.2 Limites et leviers d'action des professionnels de santé dans l'amélioration continue de la qualité

La participation des professionnels à l'amélioration continue de la qualité rencontrant des limites (3.2.1), il est alors possible d'envisager des leviers d'actions et perspectives d'amélioration (3.2.2).

#### 3.2.1 Limites des méthodes et outils de la démarche qualité au sein d'un établissement de santé

Même si les démarches d'amélioration continue de la qualité se développent ces dernières années au sein des établissements de santé et que la qualité fait partie du quotidien des professionnels, il est possible de remarquer que l'implication de ces derniers pour la qualité semble parfois limitée. Quels sont les freins à cette implication ?

En observant et en interrogeant les professionnels de santé, un des freins à leur volonté de s'impliquer à la démarche qualité d'un établissement de santé est la multiplication et la redondance des travaux de groupe. Et des travaux qui manquent souvent de valorisation par la suite. En effet, beaucoup de professionnels ont des difficultés à percevoir l'intérêt et la finalité de leur travail en qualité. Du moins, ils ont l'impression de faire un travail qui n'aura pas de suivi ou de retour. En outre, le nombre de sujets et de problèmes à régler peuvent devenir rapidement important. Et ainsi une nouvelle limite apparaît comme le manque de temps, des difficultés méthodologiques et des équipes non prêtes.

Ensuite un des autres freins peut être l'absence d'accompagnement par la hiérarchie. D'où la nécessité que les responsables institutionnels expriment leur engagement et que des référents qualité soient nommés.

Concernant les procédures de certification et plus précisément la certification de la HAS, il est possible de se demander s'il s'agit d'un véritable outil d'amélioration et d'évaluation ou plus un outil d'inspection ? En effet, en tant que procédure réglementaire et obligatoire, certains la voit sous un aspect plutôt négatif. Ils la considèrent plus comme une contrainte, un jugement inquisiteur qu'un outil permettant d'améliorer la prise en charge. De plus, les procédures sont en perpétuelle évolution, avec des nouvelles versions de certification, un changement constant qui apporte de nouveaux outils, de nouvelles exigences et de nouvelles attentes. Ils ont ainsi le sentiment de refaire le même travail à chaque certification.

Ainsi, la liberté des professionnels dans les démarches qualité semble parfois nuancée. A titre d'exemple, il y a la nécessité de lier les risques prioritaires identifiés pour une thématique avec les éléments d'investigations obligatoires (EIO). Certes les professionnels peuvent identifier leurs propres risques mais les EIO devront nécessairement être pris en compte, car systématiquement investigués par chaque expert-visiteur.

### **3.2.2 Leviers d'actions et perspectives**

Afin que l'implication des professionnels pour l'amélioration continue de la qualité soit optimale au sein d'un établissement de santé, il est possible d'envisager des propositions et leviers d'action.

Avant tout, la première chose est que la qualité soit du quotidien, un réflexe pour chaque professionnel de l'établissement de santé et non une contrainte. Et cela est fortement influencé par l'engagement de la direction sur ce point et la culture qualité qu'elle souhaite diffuser et communiquer. La mise en place de réunions d'information peut alors s'avérer très efficace avec également la diffusion des différents comptes-rendus. En effet, les comptes-rendus que j'ai eu l'occasion de rédiger suite aux réunions étaient appréciés par les personnels car ils leur permettent d'avoir un retour, de s'assurer de la bonne compréhension des éléments discutés, de fixer des objectifs et des échéances précises pour les réunions et jours à venir mais surtout de faciliter le suivi.

De plus, deux outils concrets permettent d'impliquer au quotidien les professionnels et apparaissent indispensables à développer au sein d'un établissement de santé : les revues

de mortalité et morbidité (RMM) et les comités de retour d'expérience (CREX). Les RMM permettent d'analyser collectivement et rétrospectivement les cas ayant entraînés un décès ou une complication et ont ainsi pour objectif de mettre en œuvre et suivre des plans d'action pour améliorer la prise en charge du patient. Les CREX ont exactement les mêmes objectifs en partant de l'analyse d'un événement indésirable en équipe pluriprofessionnelle pour les gérer et les prévenir. Ils participent ainsi à l'amélioration des pratiques. Il est donc nécessaire de garder une dynamique pour inciter et motiver les personnels sans ajouter à la pénibilité du travail et une surcharge de travail.

La mise en place du compte qualité avec la certification V2014 peut faire s'interroger sur son impact dans l'amélioration continue de la qualité. En effet, en tant qu'outil de suivi inscrit dans un cycle plus continu, il doit être adressé à la HAS tous les 2 ans. En fixant des échéances et en identifiant des responsables pour mettre en œuvre les actions d'amélioration, il apparaît comme un véritable outil de continuité permettant à l'établissement et aux services de s'engager dans une démarche continue d'amélioration de la qualité. Ainsi, le programme d'action devient visible et le fait de retenir entre 3 et 10 priorités est plus mobilisateur que de simples paroles. De plus, il peut ne pas seulement se limiter au domaine de la certification. Servir par exemple de base pour prendre des décisions sur les priorités retenues ou encore favoriser la simplicité et l'efficacité en évitant les nombreux supports. A titre d'illustration, le C.H.I.T.S. a choisi d'utiliser la plateforme du compte qualité SARA de la HAS pour y inscrire son PAQSS, ce qui permet d'avoir tout réuni dans le même document et accessible à tous les pilotes des processus identifiés comme relecteurs.

Ensuite, un des leviers d'actions pour optimiser l'amélioration continue de la qualité est le choix de l'équipe pour les processus et thématiques. Comme dit précédemment au C.H.I.T.S. des pilotes et co-pilotes ont été identifiés dans le cadre des certifications mais l'on peut s'interroger sur le choix de ces personnes. Par exemple, pour la thématique « Management de la prise en charge médicamenteuse du patient » les pilotes identifiés sont le chef de pôle de pharmacie, le médecin responsable du circuit du médicament, la cadre supérieur de santé du pôle pharmacie et des pharmaciens. Cependant, ne serait-il pas opportun de désigner également une infirmière pour avoir leur point de vue dans le cadre de la préparation et de l'administration du médicament au patient ? Car étant la personne directement en contact avec les patients.

Parmi les leviers d'action, l'importance d'un suivi et d'un retour semble primordiale. En effet, certains professionnels ont l'impression d'être sollicités et impliqués seulement

deux, trois mois avant une visite de certification, la rédaction de politique qualité ou autre mais qu'une fois passé il n'y a plus rien ou n'ont pas de retour. Il est donc nécessaire que la démarche participative avec l'ensemble des équipes soit entreprise en continu. Une proposition peut alors être envisagée sur la possibilité de désigner au sein du service Qualité, Gestion des Risques un référent pour chaque service de l'hôpital qui viendrait alors de façon fréquente (par exemple semestriellement) directement voir le suivi des actions envisagées et faire un retour sur les points concernant le service. Ce qui permet alors de valoriser le travail de chacun.



## Conclusion

Les établissements de santé sont aujourd'hui engagés dans de nombreuses démarches d'amélioration et évaluation de la qualité et impliquent à ce titre l'ensemble du personnel.

Cependant, pour que cette implication favorise véritablement l'amélioration continue de la qualité au sein d'un établissement de santé, il est nécessaire que la démarche qualité devienne un outil de travail pour les professionnels. Que ces derniers soient reconnus comme acteurs de la démarche qualité et que leur travail soit valorisé. Ainsi, il est essentiel que la direction exerce un management guidé par un objectif de qualité car de son engagement, il en découlera l'intérêt et la motivation des équipes opérationnelles. Et la démarche qualité n'a d'ailleurs de sens que si elle est approuvée par l'ensemble du personnel.

En outre, les établissements de santé ne sont pas les seuls impliqués dans des démarches d'évaluation. En effet, depuis la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, les établissements et services sociaux et médico-sociaux doivent « *procéder à l'évaluation de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent* »<sup>28</sup>. Et cette évaluation s'inscrit dans une démarche qualité avec une évaluation interne et externe.

Néanmoins, peu importe la structure, les démarches d'amélioration continue de la qualité nécessitent alors la coordination et la collaboration de l'ensemble des acteurs.

Une collaboration qui devra d'ailleurs être de plus en plus renforcée avec la perspective d'une certification unique dans le cadre des groupements hospitaliers de territoire (GHT) introduits par la loi de modernisation de notre système de santé<sup>29</sup>. En effet, en 2020 tous les établissements d'un GHT seront soumis à une certification commune. Elle permettra alors de fédérer les professionnels autour des enjeux de qualité et sécurité de soins. De plus, face à la compétitivité entre établissements publics de santé et établissements privés, le respect des critères qualité de la HAS peut alors devenir un élément important dans le choix des usagers quant à la qualité des soins dispensés.

---

<sup>28</sup> Article L. 312-8 du Code de l'Action Sociale et des Familles

<sup>29</sup> Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé



---

# Bibliographie

---

## GUIDES ET RAPPORTS

---

- HAUTE AUTORITE DE SANTE, *Manuel de certification des établissements de santé V2010*, janvier 2014, 112p.
- HAUTE AUTORITE DE SANTE, *Guide méthodologique à destination des établissements de santé-Certification V2014*, mars 2016, 118p.
- HAUTE AUTORITE DE SANTE, *Liste des thématiques V2014*, 2p.
- HAUTE AUTORITE DE SANTE, *Procédure de certification des établissements de santé et des structures visées aux articles L.6133-7, L.6321-1, L.6147-7 et L.6322-1 du Code de la santé publique*, Juin 2015, 11p.
- HAUTE AUTORITE DE SANTE, *Principes de mise en œuvre d'une démarche qualité en établissement de santé*, avril 2002, 77p.
- HAUTE AUTORITE DE SANTE, *Le patient traceur en établissement de santé. Méthode d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Guide méthodologique*, 2014, 62p.
- HAUTE AUTORITE DE SANTE, *Le compte qualité*, novembre 2014, 24p.
  
- AGENCE NATIONALE DE L'ACCREDITATION ET L'EVALUATION EN SANTE, *Principes et mise en œuvre d'une démarche qualité en établissement de santé*, avril 2002, 77p.

## DOCUMENTS INTERNES

---

- Livret d'accueil des usagers
- Politique qualité et gestion des risques 2016-2020

## MEMOIRES

---

- BATOKILE M., 2015, *La pérennisation des démarches qualité au sein des établissements de santé : l'enjeu de la certification de la Haute Autorité de Santé*

- MODULE INTERPROFESSIONNEL EHESP, 2011, L'intégration des établissements médico-sociaux dans une démarche d'évaluation est-elle un gage d'une prise en charge de qualité ?

## **COURS**

---

- ORVAIN J., *Contrôler ou manager la qualité*, février 2016, 8p.

## **TEXTES LEGISLATIFS**

---

- Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé
- Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires
- Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée
- Code de la Santé Publique

## **SITES INTERNET**

---

- <http://www.has-sante.fr/>
- <http://www.agence-biomedecine.fr/>
- <https://www.cofrac.fr>
- <http://www.ch-toulon.fr>
- <http://www.iso.org>
- <http://documentation.ehesp.fr>

---

## Liste des annexes

---

**Annexe 1** : Liste des 20 thématiques V2014

**Annexe 2** : Organigramme fonctionnel de la Direction Qualité Gestion des Risques

**Annexe 3** : Fiche d'identité processus

**Annexe 4** : « Qualité Street » Juillet 2016

**Annexe 5** : Extrait du compte qualité C.H.I.T.S. thématique « Droits des patients »

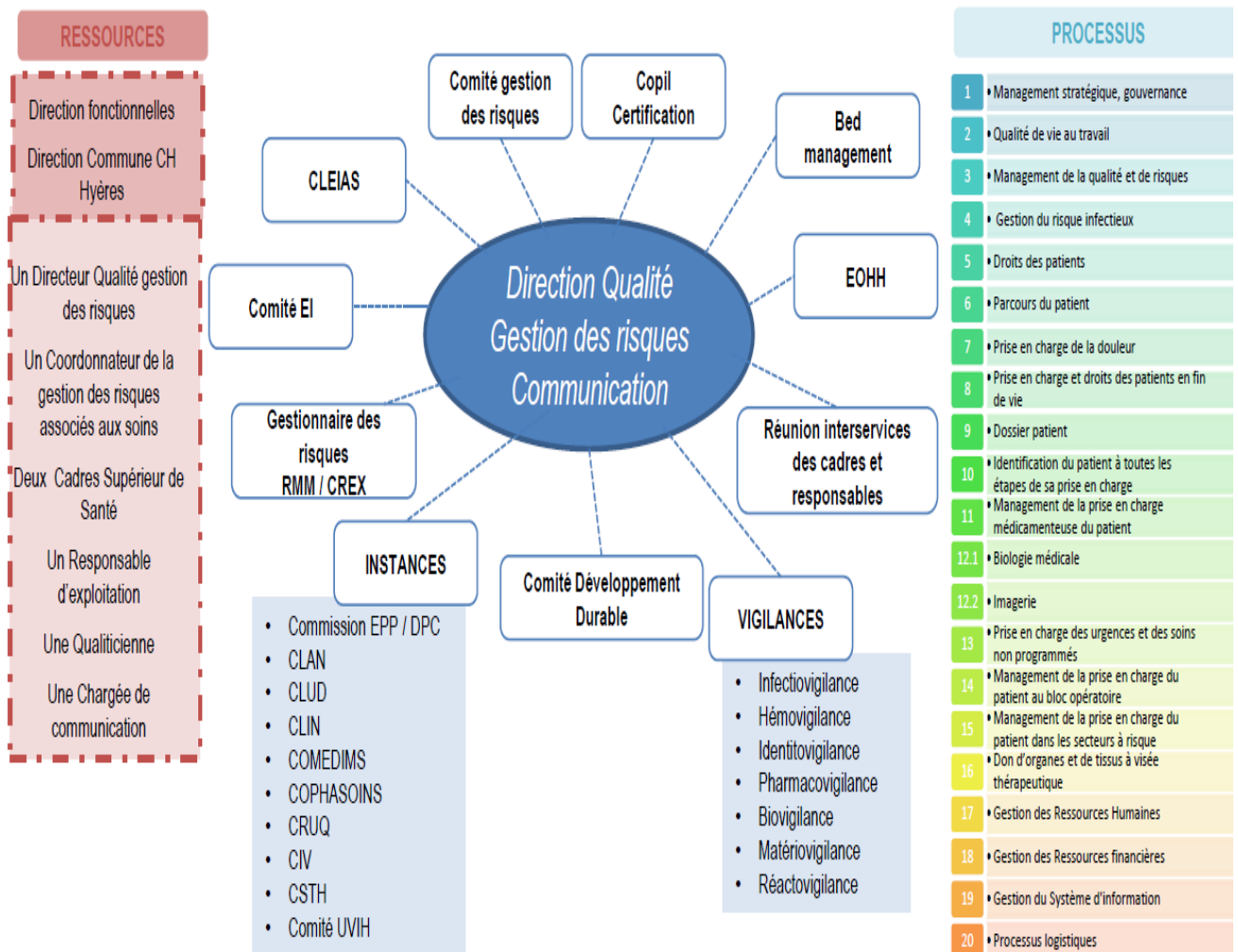
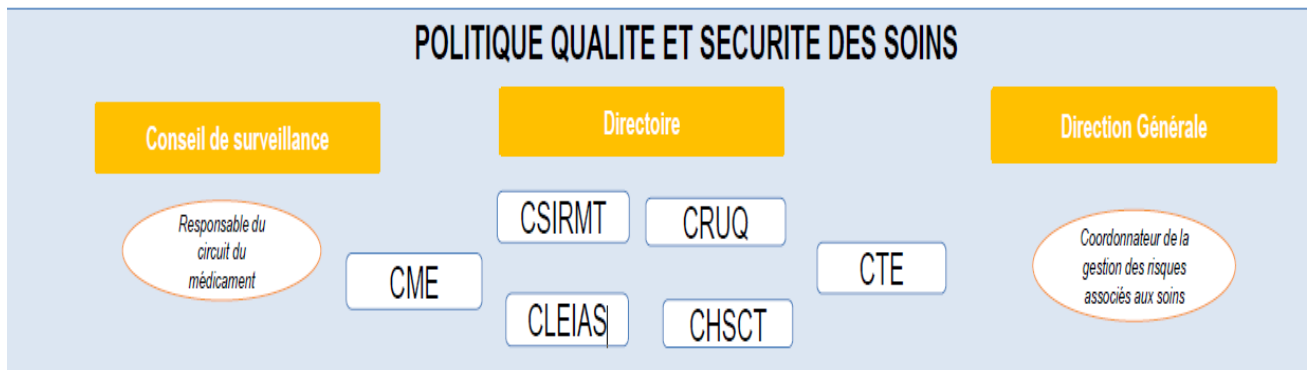


## Annexe 1 : Liste des 20 thématiques V2014

	<u>THEMATIQUES</u>
<b>MANAGEMENT</b>	<b>1. Management stratégique et gouvernance</b>
	<b>2. Qualité de vie au travail</b>
	<b>3. Management qualité gestion des risques</b>
	<b>4. Gestion du risque infectieux</b>
<b>PRISE EN CHARGE</b>	<b>5. Droits des patients</b>
	<b>6. Parcours du patient</b>
	<b>7. Douleur</b>
	<b>8. Fin de vie</b>
	<b>9. Dossier patient</b>
	<b>10. Identification</b>
	<b>11. Management de la prise en charge médicamenteuse du patient</b>
	<b>12.1 Biologie médicale</b>
	<b>12.2 Imagerie</b>
	<b>13. Prise en charge des urgences</b>
	<b>14. Prise en charge du bloc opératoire</b>
	<b>15. Prise en charge dans les secteurs à risque</b>
	26b. Médecine nucléaire
	26b. Imagerie / Cardiologie interventionnelle
	26b. Endoscopie
	26b. Salle de naissance
<b>16. Dons d'organes</b>	
<b>FONCTIONS SUPPORTS</b>	<b>17. Gestion des RH</b>
	<b>18. Gestion des ressources financières</b>
	<b>19. Gestion du système d'information</b>
	<b>20. Processus logistiques</b>
	6a. Sécurité des biens et des personnes
	6b. Gestion des infrastructures et des équipements
	7a. Gestion de l'eau
	7b. Gestion de l'air
	7c. Gestion de l'énergie

## Annexe 2 : Organigramme fonctionnel de la Direction Qualité Gestion des Risques

### ORGANIGRAMME FONCTIONNEL DE LA DIRECTION QUALITE GESTION DES RISQUES





### Annexe 3 : Fiche d'identité processus

<b>Processus n° :</b>		
<b>1 Plan – Planification</b>		
<b>Politique et stratégie P1</b>	<b>Finalité du processus</b>	
	<b>Critères associés</b>	
	<b>Définitions (glossaire)</b>	
	<b>Exigences / RPB</b> <small>Recommandations des Bonnes Pratiques - Références légales et réglementaires</small>	
<b>Organisation interne P2</b>	<b>Pilote du processus</b> <b>Co-pilote du processus</b>	
	<b>Membres de l'équipe opérationnelle</b>	
	<b>Ressources</b>	Humaines
	<b>Ressources</b>	Matérielles
<b>Ressources</b>	Organisationnelle <small>S (instances, comités...)</small>	
<b>Documents associés</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Niveau politique stratégique</li> <li>- Niveau organisationnel terrain</li> </ul> <p style="text-align: center;">Annexe 1</p>
<b>Impact</b>	<b>Economique</b>	Majeur <input type="checkbox"/>
<b>Impact</b>	<b>Social</b>	Fort <input type="checkbox"/>
<b>Impact</b>	<b>Environnemental</b>	Moyen <input type="checkbox"/>
		Faible <input type="checkbox"/>

<b>2 Do - Mise en œuvre</b>	
<b>Etapes de réalisation</b>	
<b>Mobilisation des équipes</b>	
<b>Disponibilité des ressources</b>	
<b>Effectivité de la mission</b>	

## Identification des risques prioritaires

Id de donnée s liées (thématique)	Id du risque	Libellé du risque	Fréquence	Gravité	Criticité	Dispositif de maitrise en place	Niveau de maitrise	Origine de l'identification du risque
	R1							
	R2							
	R3							
	R4							
	R5							

### 3 Check – Evaluation

Indicateurs	
Modalités de suivi (IPAQSS, audits, enquêtes...)	
Périodicité de révision du processus (bilan)	

### 4 Act – Amélioration

Plan d'actions	Annexe 2						
Communication des résultats (Supports, périodicité)							
Objectif(s)	Action(s) d'amélioration	Pilote	Début prévu	Echéance prévue	Modalités de suivi	État d'avancement	
1							
2							
3							
4							
5							



CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL  
TOULON - LA SEYNE SUR MER

Publication mensuelle  
de la Direction Qualité,  
Gestion des Risques,  
Communication

# QUALITÉ STREET

QUALITÉ STREET : n° 14 - juillet 2016



## Résultats des IPAQSS

mesure où nos dossiers sont bien tenus.

Vous trouverez dans ce numéro de Qualité Street les résultats des IPAQSS 2016 sur la base desquels se définissent les grands axes de travail à réaliser pour l'amélioration de la qualité.

**Jean-Marc GIANGUILLANO**  
Directeur-Adjoint  
Qualité, Gestion des Risques  
Communication

pris en compte dans la démarche de certification de la Haute Autorité de Santé.

De plus, la mise en place de l'Inclination Financière à l'Amélioration de la Qualité (IFAQ) pour conduire à l'obtention d'une enveloppe pouvant aller jusqu'à 500 000 € pour un établissement selon les résultats de la certification.

Les IPAQSS, comme l'ensemble de la démarche de certification peuvent avoir un impact très positif dans la

Comme chaque année, le printemps a été marqué par le recensement des IPAQSS.

Ces Indicateurs Pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins sont recueillis conjointement par le Service Qualité-Gestion des Risques et les acteurs médicaux ou paramédicaux des parcours de soins d'un établissement de soins patients tirés au sort.

Non seulement les IPAQSS constituent une obligation réglementaire pour les établissements de Santé, mais ils sont

**SUPPO... SITION**

*Et si... les IPAQSS servaient à Inviter les Personnels à Agir au Quotidien pour la Saugarde des Sous !...*



QUALITÉ STREET : n° 14 - juillet 2016



## Administration La règle des 5 "B"

**LES 5 TYPES DE QUESTIONS A SE POSER A CHAQUE ADMINISTRATION DE MEDICAMENT**

**Bon moment**

A quel moment ?  
A quelle fréquence ?  
Dans quelle(s) condition(s) :  
- à jeun, en cours de repas,  
- à broyer ou non... ?  
Le cas échéant, ai-je besoin de la vitesse du bolus, de la vitesse de la perfusion ?

**Bon patient**

Est-ce que le dossier que j'ai consulté est bon ?  
A qui est destiné le médicament (patient, autres) que j'ai en main ?  
L'identification est-elle sans ambiguïté ?

**Bonne dose**

La prescription indique-t-elle la dose ?  
Suis-je surpris(e) par la dose prescrite ?  
Le cas échéant :  
- la concentration ou la quantité totale du médicament dans le contenant est-elle précisée ?  
- le diluant et le liquide de perfusion sont-ils renseignés ?  
- le nom et le volume de diluant et/ou du liquide de perfusion sont-ils indiqués ?

**Bon médicament**

S'agit-il de la bonne prescription ?  
S'agit-il du bon médicament ?  
S'agit-il d'un générique ?

**Bonne voie**

La prescription indique-t-elle la voie ?  
Le médicament prescrit concorde-t-il avec la voie spécifiée ?  
La voie spécifiée est-elle adaptée à la situation clinique du patient ?  
Si besoin, le médicament peut-il être écrasé ?



## Des éléments essentiels

La bonne tenue du dossier du patient est un élément important de la qualité et de la coordination des soins dans le cadre d'une prise en charge pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire.

### La lettre de liaison

A compter de janvier 2017, la lettre de liaison rédigée par le médecin hospitalier qui a pris en charge le patient devra être remise au patient le jour de sa sortie de l'établissement en s'assurant que les informations utiles à la continuité des soins ont bien été comprises. Parallèlement à ce dispositif, la lettre de liaison est transmise le même jour au médecin traitant et/ou autre praticien par tout moyen garantissant la confidentialité des données (loi Santé, Décret n° 2016-995 du 20 juillet 2016 relatif aux lettres de liaison).

- La lettre de liaison doit contenir différents éléments :
- l'identification du patient,
  - l'identification du médecin traitant, ainsi que celle du médecin de l'établissement,
  - les dates et les modalités d'entrée et de sortie d'hospitalisation,
  - le motif de l'hospitalisation,
  - la synthèse médicale du séjour mentionnant les éventuels événements indésirables,
  - l'identification ou l'absence de micro-organismes multi-résistants ou émergents,
  - l'administration ou pas de produits sanguins ou dérivés de sang, la pose d'un dispositif médical implantable,
  - les traitements prescrits à la sortie de l'établissement et ceux arrêtés durant le séjour ainsi que le motif de cet arrêt-sont aussi ajoutés.

Enfin, la lettre doit préciser si des

résultats d'exams ou d'autres informations sont attendus et les suites à donner, "y compris d'ordre médico-social", comme les actes prévus ou à programmer, la surveillance ou les recommandations particulières

### La traçabilité de l'évaluation de la douleur

La douleur doit être systématiquement évaluée et « toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur » (article L1110-5 du CSP).

Il est reconnu et admis de tous qu'affin de mieux dépister, quantifier et suivre l'évolution de la douleur ressentie, il est nécessaire d'utiliser des méthodes fiables et reproductibles.

Chaque mesure de la douleur doit être effectuée avec une échelle validée. A minima, il est attendu qu'une première mesure ou « mesure diagnostique » soit réalisée pour évaluer la présence ou l'absence de douleur chez le patient et qu'une deuxième mesure (ou « mesure de suivi ») succède à la mesure diagnostique de la douleur chez le patient algique.

### Le dépistage des troubles nutritionnels

En France, le dépistage des troubles nutritionnels s'inscrit dans les priorités de santé publique et fait partie du Programme National Nutrition Santé (PNNS).

La notification du poids ou la justification de l'impossibilité de peser le patient, la variation de poids (ex : le patient a beaucoup maigri, prise de poids d'environ 10 kg, poids stable ou la justification de l'impossibilité de retrouver cette information (patient non cohérent ou état végétatif et absence de l'entourage)) et de l'indice de Masse Corporelle (valeur ou classe de l'IMC (insuffisance pondérale, poids normal, surcharge pondérale, obésité et obésité morbide)) ou la justification de l'impossibilité de son calcul (impossibilité tracée de mesurer le poids et/ou la taille)) sont recherchés dans les éléments constitutifs du dossier patient.

### Le dossier d'anesthésie

Il constitue un élément essentiel de la continuité des soins en période péri-anesthésique et péri-interventionnelle et contribue au partage de l'information entre les différents médecins intervenant à chaque étape de la prise en charge anesthésique. La qualité de la tenue dossier d'anesthésie participe à la maîtrise du risque anesthésique.

La prise en charge de la douleur post-opératoire est considérée comme un élément primordial s'inscrivant dans une démarche de santé publique. Ainsi la traçabilité de la douleur doit être recherchée en SSP (à l'entrée et à la sortie du patient).

JOËLIE MONGE  
Cofondateur Supérieur de Santé  
Qualité, Gestion des Risques

## Les résultats des IPAQSS recueillis en 2016 sur des dossiers de 2015

Pour chaque indicateur, l'établissement doit obtenir une conformité minimum de 80 %.

Inférieur à 80 %

Supérieur ou égal à 80 %

Thème	Indicateur	MCO	SSR	PSY
Dossier Patient	Tenue du dossier patient	77%	86%	80%
	Délai d'envoi du courrier	74%	92%	56%
	Documents de sortie / Lettre de liaison	55%	-	-
Dossier d'Anesthésie	Traçabilité de la douleur	89%	65%	-
	Dépistage des troubles nutritionnels	81%	61%	85%
	Tenue du dossier d'anesthésie	85%	-	-
Réunions de Concertation Pluridisciplinaires	Traçabilité de la douleur	81%	-	-
		75%	-	-

**Annexe 5** : Extrait compte qualité C.H.I.T.S. Thématique « Droits des patients »

Identification des risques				Plan d'action							
LIBELLE DU RISQUE	FREQUENCE	GRAVITE	CRITICITE	NIVEAU DE MASTRISE	OBJECTIFS	ACTIONS D'AMELIORATION	RESPONSABLE	DEBIT PREV.	ECHANGE PREV.	MODALITE SUIVI	ETAT D'AVANCEMENT
	4	3	12								
Défaut d'information et de recueil du consentement aux soins dans certaines situations (urgences adultes, urgences pédiatriques, personnes vulnérables)	4	3	12	24	Améliorer l'information et la recherche du consentement éclairé	Relancer la formation "Droit des usagers".	CME / Direction des soins	janv-16	déc-16	Plan de formation Listes d'émargement	Le droit des patients, il est prévu 2 groupes d'une durée d'une journée de 18 participants par an de 2016 à 2018.
						Recenser des documents existants sur l'information des droits des patients.	SQGRC	janv-16	sept-16	Recensement tous les 2 ans des documents destinés aux patients.	



**Attaché d'Administration Hospitalière**

Promotion 2016

**L'amélioration continue de la qualité : l'enjeu de l'implication des professionnels dans un établissement de santé****Résumé :**

La qualité de la prise en charge au sein d'un établissement de santé est une préoccupation des pouvoirs publics mais aussi des usagers eux-mêmes qui sont de plus en plus exigeants. Ainsi, depuis quelques années, les démarches qualité se développent au sein des établissements de santé et ont pour objectif d'améliorer la qualité et la sécurité des soins mais aussi la prise en charge des patients. En effet, les établissements de santé doivent disposer des moyens adéquats pour dispenser des soins de qualité et procéder à l'évaluation de leur activité. Ces démarches sont nombreuses notamment avec les procédures de certification. Mais surtout elles associent et impliquent les professionnels de l'établissement et s'inscrivent ainsi dans une démarche participative.

Cependant, si la qualité fait partie du quotidien des professionnels d'un établissement de santé, leur implication peut parfois être nuancée. Il faut alors mettre en avant les méthodes pour faire adhérer les professionnels et dégager les intérêts de cette implication.

A travers l'exemple de la mise en œuvre des démarches qualité au sein du Centre Hospitalier Intercommunal Toulon la Seyne sur Mer, ce présent mémoire a pour objet de présenter les enjeux et limites de l'implication des professionnels dans une démarche d'amélioration continue de la qualité.

**Mots clés :**

Qualité, démarche qualité, certification, amélioration continue, évaluation, implication professionnels, établissement de santé, haute autorité de santé

*L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.*