



**ENSP**

ÉCOLE NATIONALE DE  
LA SANTÉ PUBLIQUE

**RENNES**

---

**INFIRMIER GÉNÉRAL**

*Octobre 2001*

---

**L'auto évaluation préliminaire  
à une démarche d'accréditation :  
une opportunité pour un DSSI.  
Au sujet d'un cas**

---

**Sophie FEUERSTEIN**

# SOMMAIRE

## SOMMAIRE

<b>INTRODUCTION</b>	<b>1</b>
<b>CHAPITRE 1 : PROBLEMATIQUE</b>	<b>2</b>
<b>CHAPITRE 2 : LE CADRE THEORIQUE :</b>	<b>4</b>
<b>A. LE CONCEPT « D'ÉVALUATION »</b>	<b>4</b>
1. L'évaluation, un concept polysémique	4
2. Les facteurs principaux ayant influencé le développement de l'évaluation en France et plus particulièrement à l'hôpital	5
3. Les finalités de l'évaluation ou pourquoi évalue-t-on ?	17
4. Les différentes formes d'évaluation	18
5. L'acteur principal d'une démarche d'évaluation : l'évaluateur	21
6. Les effets de l'évaluation	23
7. Conclusion	24
<b>B. LE CONCEPT « D'AUTO ÉVALUATION »</b>	<b>25</b>
1. L'émergence de l'auto évaluation dans le monde de l'éducation	26
2. L'auto évaluation dans le domaine de la santé	28
3. Les différents types d'auto évaluation	29
4. Conclusion	31
<b>CHAPITRE 3 : LES HYPOTHESES DE TRAVAIL</b>	<b>31</b>
<b>CHAPITRE 4 : LE CADRE OPERATOIRE</b>	<b>32</b>
<b>A. PRESENTATION DU CADRE D'ANALYSE</b>	<b>33</b>
1. Le CHU de X	33
2. La structure qualité du CHU de X	34
3. La démarche d'auto évaluation à « blanc ou préliminaire » réalisée au CHU de X	35
<b>B. LES RESULTATS DU TRAVAIL D'ANALYSE</b>	<b>40</b>
Hypothèse 1 :	40
1. Introduction	41
2. Méthodologie utilisée dans le cadre de ce travail d'analyse	42
3. Résultats obtenus	42
4. Conclusion	50
Hypothèse 2 :	51
1. Introduction	51
2. Méthode d'investigation	51
3. Du point de vue technique	51

<b>4. Les résultats</b>	<b>52</b>
<b>5. Conclusion</b>	<b>58</b>
<b>C. Les propositions d'actions</b>	<b>58</b>
1. « L'après » auto évaluation du point de vue méthodologique	59
2. « L'après » démarche d'auto évaluation ou comment faire durer ses effets ?	61
 <b>CONCLUSION</b>	 <b>69</b>
 <b>ANNEXES</b>	
 <b>BIBLIOGRAPHIE</b>	

## INTRODUCTION

Introduite au sein du système de santé français par l'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme hospitalière et précisée par le décret n°97-311 du 7 avril 1997, la procédure d'accréditation a pour objectif de s'assurer que les établissements de santé développent une démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins délivrés aux patients.

Cette démarche révolutionnaire pour les établissements de santé de par la méthodologie qu'elle impose (auto évaluation, visite d'experts, conclusion d'un collège et suivi de la mise en œuvre des actions correctrices) peut constituer une opportunité pour les décideurs hospitaliers dans la mesure où elle fait des professionnels, des acteurs d'un changement dont le principal bénéficiaire doit être le patient.

Au courant de l'année 1998, le CHU de X a choisi de réaliser une démarche d'auto évaluation préliminaire à sa future démarche d'accréditation et cela dans un triple objectif qui était :

- D'inscrire les professionnels dans une démarche qualité
- De positionner l'établissement en regard des critères contenus dans le manuel de l'ANAES
- De déterminer les actions correctrices à mettre en place éventuellement avant la démarche officielle.

L'expérience menée et à laquelle nous avons participé activement, a eu des effets allant au delà de ces objectifs.

## Chapitre 1 : PROBLEMATIQUE

L'étape essentielle dans la procédure d'accréditation, telle que la définit l'ANAES, est l'auto évaluation. Durant cette phase « l'ensemble des professionnels d'un établissement de santé effectue sa propre évaluation de la qualité, en regard des référentiels contenus dans le manuel ». Elle aboutit à l'élaboration de « plans d'actions d'amélioration continue de la qualité » qui garantissent la mise en œuvre des actions correctrices par les professionnels eux mêmes jugées nécessaires , en regard des références et critères retenus par l'ANAES.

Dès la fin de l'année 1998, la direction générale du CHU de X, a souhaité réaliser une « auto évaluation préliminaire » (en dehors de la démarche officielle d'accréditation), convaincue que cette dernière pouvait constituer un levier de changement tant au niveau des organisations que des pratiques professionnelles. Lorsque ce projet a été envisagé, aucun établissement de taille et de configuration similaire au C.H.U. de X n'avait encore mené une telle démarche.

Le choix méthodologique s'est porté sur une démarche service par service, dans tous les secteurs d'activité, sur les 4 sites du C.H.U. tout en sachant que celle préconisée par l'ANAES reposait sur une évaluation transversale des établissements de santé. Ceci pour une raison qui apparaissait primordiale aux promoteurs du projet : qu'un maximum de professionnels confrontent leurs pratiques, leurs organisations aux standards de l'ANAES, participent à la détermination des plans d'amélioration continue de la qualité nécessaires (PACQ) et deviennent ainsi de réels acteurs du changement.

L'ensemble de cette démarche s'est déroulée pendant plus de 2 ans et a atteint ses objectifs.

Comme nous occupions un poste dans la structure qui avait pour mission principale de réaliser cette démarche, il nous a été donné de suivre l'ensemble de cette démarche.

Dans le cadre de ce travail de fin d'étude, nous avons souhaité revenir sur cette expérience et cela pour diverses raisons :

- Compte tenu de notre intégration à l'ENSP, 5 mois après l'achèvement de cette auto évaluation préliminaire, nous n'avions pas eu le temps d'analyser les données que nous avons collecté : ce travail nous paraissait indispensable pour vérifier l'efficacité du dispositif que nous avons élaboré et mis en œuvre. De plus, nous étions convaincues

qu'en « relisant » cette expérience nous pourrions tirer des conclusions riches d'enseignement pour notre fonction future d'infirmière générale.

- Tout au long des deux années durant lesquelles s'est déroulée cette démarche, nous nous sommes posées des questions tant sur l'intérêt en interne d'une telle démarche que sur son impact sur les équipes de professionnels qui l'ont investi. Compte tenu de la charge de travail, nous n'avons pas été en mesure d'approfondir ces questions et nous voulons profiter de ce travail de fin d'étude pour le faire.
- Bien que travaillant déjà précédemment dans le domaine de l'évaluation, nous avons pris conscience de la nécessité que nous avons d'enrichir nos connaissances théoriques dans ce domaine d'autant plus qu'il constitue un des champs d'activité d'une infirmière générale (art 714-26 de la loi de 1991).
- Convaincue que la démarche d'accréditation, telle qu'elle a été conçue par l' ANAES, constitue un formidable moyen pour améliorer le service rendu au patient, nous souhaitons démontrer que cela ne peut se faire que si la phase d'auto évaluation reste l'affaire du plus grand nombre de professionnels.
- Ayant observé des effets non attendus tant au niveau de l'organisation de l'établissement que des relations entre les hommes, nous voulons tenter de montrer que l'accréditation peut avoir d'autres intérêts pour un hôpital que ceux prévus par le législateur.

C'est dans ce dernier point qu'est née la question qui guide ce travail de recherche : **l'accréditation étant un dispositif lourd et coûteux, l'hôpital ne peut-il pas en tirer d'autre utilité que celle prévue par le législateur ?**

Nous sommes conscientes que la limite principale de ce travail réside dans le fait qu'il ne concerne qu'une expérience, celle du CHU de X, et que nous n'avons pas vérifié, faute de temps, son degré de reproductibilité. Nous argumentons ce choix méthodologique par le fait que notre priorité dans le cadre de ce travail, et dans la perspective de notre future fonction, est d'analyser notre expérience et non de mesurer les limites d'un dispositif d'évaluation dans le cadre d'une réflexion de méthodologique.

Le cadre conceptuel choisi pour ce travail de recherche ne repose pas sur l'accréditation mais sur l'auto évaluation. Toutefois au travers de nos recherches bibliographiques nous avons constaté que l'auto évaluation est un concept très peu traité sauf en pédagogie et qu'il nous est nécessaire de revenir tout d'abord sur celui de l'évaluation afin de mieux le comprendre. C'est ainsi que nous traiterons tout d'abord de l'évaluation en tentant de définir ce concept, de comprendre la réalité qu'il revêt à l'hôpital,

d'aborder les différentes méthodes, les effets qu'il induit et dans un second temps nous investirons le concept d'auto évaluation en tentant de mettre en exergue ses spécificités.

## Chapitre 2 : LE CADRE THEORIQUE :

### A. LE CONCEPT « D'ÉVALUATION »

#### 1. L'évaluation, un concept polysémique

L'évaluation est l'un de ces vocables à la mode que l'on retrouve partout et qui est considérée par certains comme étant un tout. Paul Valéry disait que « l'évaluation est un de ces mots qui font tous les métiers » ( industrie, santé, éducation...).

Difficile à définir de part son caractère polysémique, le concept d'évaluation endosse de nombreux rôles ou fonctions, c'est ainsi qu'il permet de : dresser des bilans, légitimer des avis, produire de l'information, opérer des jugements, assurer des classements, donner des autorisations, allouer des budgets...

Mais connaître les fonctions de ce concept s'avère insuffisant pour comprendre pleinement sa portée. En se tournant vers l'étymologie du mot « évaluation », nous découvrons que c'est « la valeur » sa composante principale. En effet, le mot évaluation correspond à l'action d'évaluer : verbe qui renvoie à l'estimation de la valeur. Dans cette définition, il s'agit de valeur au sens latin de *valere* : être fort, bien portant, la valeur de la force, l'intégrité de l'être, les qualités physiques, intellectuelles et morales. Mais également de *valoir*, terme apparu dans notre langue à la fin du 11<sup>e</sup> siècle qui se conjugue avec un sujet et qui traduit la valeur d'un objet ( ... une chose qui vaut pour ce prix...). Le terme « évaluation » naît dans cette famille de mots. C'est ainsi qu'il évoque à la fois des notions de grandeurs mesurables, de prix mais également de jugement<sup>1</sup>.

Sa déclinaison contemporaine, nous propose une dimension plus instrumentale : l'évaluation devenant un corpus de méthodes et d'outils nous permettant d'atteindre des objectifs qualitatifs ou quantitatifs.

Tâche infinie et laborieuse qui est toujours affaire de méthode, l'usage de l'évaluation est, le plus souvent, engendrée par une situation complexe dont elle essaie de prendre la mesure.

---

<sup>1</sup> J.Vogler – L'évaluation –Paris- Edition Hachette- Collection former, organiser pour enseigner- Novembre 1997, 368 p.

C'est ce qui la différencie du simple jugement. Comme le souligne très justement J.Vogler « le besoin d'évaluation naît au moment charnière où l'opacité cernée, les pièces essentielles du puzzle reconnues, la perspective d'un travail patient se substitue à l'impression désagréable d'incompréhension ». Evaluer devient, dans un tel contexte, un verbe qui rassure lorsque pointe l'interrogation mais également un outil de gestion et/ou de management qui permet de procéder à l'analyse d'une réalité.

L'accréditation, en tant que nouvel outil d'évaluation, associe à la fois la dimension de « reconnaissance d'une valeur » en rendant lisible les actions entreprises par les hôpitaux et celle d'instrument d'investigation en proposant une méthode innovante de recueils d'informations.

Le développement, quelque fois exponentiel, de l'évaluation en France, ces trente dernières années, dans des domaines aussi divers que l'industrie, l'éducation, la politique publique et la santé, s'est fait sous l'influence de différents facteurs sociologiques, philosophiques, politiques... L'analyse de ces différents facteurs peuvent participer, selon nous, à une meilleure compréhension des différentes réalités que peut revêtir le concept d'évaluation.

## **2. Les facteurs principaux ayant influencé le développement de l'évaluation en France et plus particulièrement à l'hôpital**

A partir des années 60' et surtout 70' s'amorcent une évolution des mentalités dans la société française qui va progressivement entraîner la mise en cause des formes traditionnelles d'évaluation et l'apparition de formes nouvelles. Les facteurs principaux qui y ont contribué sont de natures différentes et trouvent leur point d'ancrage dans des cadres théoriques tels que la pensée systémique, la sociologie des organisations, la gestion des entreprises et l'éducation.

### 2.1. Les facteurs externes à l'hôpital :

#### 2.1.1. La pensée systémique :

La pensée systémique est un mode de pensée qui s'est progressivement constitué entre 1950 et 1960 et qui se situe à l'interconnexion de différents champs scientifiques tels que la thermodynamique, la biologie, l'économie, la théorie des probabilités et la cybernétique. Conçue aux Etats Unis, par Jay W.Forrester, cette pensée a été très largement diffusée en France au travers des écrits de M.Crozier.<sup>2</sup> L'apport essentiel de l'approche systémique

---

<sup>2</sup> M.Crozier – Le phénomène bureaucratique – Paris - Edition du seuil - 1969



réside dans le fait qu'elle complète, voire dépasse, les méthodes analytiques traditionnelles qui isolaient jusqu'alors les éléments et les variables pour les étudier une par une et qui, de ce fait, ne permettaient pas d'appréhender la globalité et la complexité d'une réalité (« un tout n'est pas réductible à la somme de ses éléments »).

Dans son ouvrage, le *Macroscopie*<sup>3</sup>, J. de Rosnay s'appuie sur cette pensée pour développer que « toute structure (organisation) est constituée d'un ensemble d'éléments en interaction dynamique qui s'organisent selon un but . De ce fait, elle est à considérer et à analyser comme un système pour lequel toute la complexité de son approche réside dans la détermination des éléments internes, externes et dans l'étude des interactions ».

Cette pensée a fait passer le concept d'évaluation, et le corpus méthodologique qui y est attaché, d'une conception individuelle (analyse d'éléments isolés) à une évaluation de l'ensemble d'un système.

### 2.1.2. La sociologie des organisations :

La sociologie des organisations (la confluence de la pensée systémique et de la psychosociologie) s'est implantée en France dans les années 60 et ceci grâce à M.Crozier.<sup>4</sup> Au travers de ses travaux, il a renouvelé, notamment, la vision de l'administration comme système bureaucratique c'est à dire «comme un système d'organisation dans lequel le circuit erreurs-informations-corrrections fonctionne mal et où il ne peut y avoir, de ce fait, correction et réadaptation rapides des programmes d'actions, en fonction des erreurs commises ; en d'autres termes, une organisation bureaucratique serait une organisation qui n'arrive pas à se corriger en fonction des erreurs ».

Cette mise en évidence des limites de l'organisation de l'administration française par M. Crozier a servi de base à un grand mouvement dit du « renouveau du service public » impulsé par M. Rocard en 1989 et qui comprend un volet important consacré à l'évaluation de la politique et de l'action publique.

L'autre apport fondamental que nous devons à la sociologie des organisations est l'élaboration d'un cadre d'analyse des organisations intitulé « Analyse stratégique »<sup>5</sup>. Il part du postulat que « le fonctionnement d'une organisation ne peut être compris en tenant compte uniquement des règlements explicites qui le gouvernent et que les indications qu'ils

---

<sup>3</sup> J.de Rosnay – Le Macroscopie – Edition du seuil - 1975

<sup>4</sup> M.Crozier – Le phénomène bureaucratique – Edition du seuil – Collection « Points » - 1971

<sup>5</sup> M. Crozier, E. Friedberg – L'acteur et le système – Editions du Seuil – Collection « points » - 1992

fournissent doivent être complétées, voire corrigées, par une analyse des relations informelles découlant des motivations, des comportements et des stratégies des acteurs en présence, dont les intérêts et les objectifs ne coïncident pas toujours avec les fins officiellement poursuivies par l'organisation ». <sup>6</sup> L'analyse stratégique offre une grille d'analyse des organisations mais avec cette spécificité d'investir des domaines jusqu'alors ignorés par les méthodes classiques d'évaluation c'est à dire : le pouvoir (ses formes, ses modalités...), les systèmes d'actions concrets des acteurs et les zones d'incertitudes. Elle impose à l'évaluation une démarche plus systémique avec une préoccupation forte qui est d'investir les comportements des acteurs.

### 2.1.3. L'évolution de la gestion des entreprises

Les nouvelles conceptions de gestion des entreprises qui ont émergé dans les années 70' ont amené avec elles une conception différente de l'évaluation : d'outil de contrôle (vérification d'une conformité) elle devient levier de changement.

Cette nouvelle gestion des entreprises se caractérise essentiellement en trois points :

- Décentralisation des lieux de décision en vue d'améliorer la réactivité des organisations aux nouvelles contraintes : adaptation rapide aux modifications de l'environnement, exploitation optimale des ressources... Cette nouvelle forme de répartition du pouvoir constitue une rupture avec le modèle hiérarchique pyramidal de commandement présent dans le modèle classique de gestion des entreprises et sous-entend la mise en place d'un système de recueils d'information efficient (audit de l'existant, état des lieux à partir de référentiels, développement des tableaux de bords...).
- L'émergence de la direction par objectifs qui consiste en une déclinaison des objectifs généraux en objectifs opérationnels à tous les échelons intermédiaires de décision : levier de mobilisation des agents. Cette nouvelle forme de gestion comprend un volet évaluation qui améliore la lisibilité des dispositifs existants (développement des plans d'actions incluant des indicateurs de suivi et de résultats...)
- La prise en compte du facteur « motivation des agents » dans les réflexions menées dans le cadre d'une optimisation du fonctionnement des organisations : on passe de la gestion d'un ensemble d'individus de l'entreprise Taylorienne à celle de groupes en interaction (théorie de K. Levin). Cette phase correspond au développement de « la gestion des ressources humaines » au sein des entreprises. Les notions d'évaluation des compétences et des performances apparaissent et avec elles de nouveaux outils : grilles

---

<sup>6</sup> J. Chevalier, D. Loschak – Sciences administratives - Encyclopédie Universalis - 1993

de performances, référentiels de métiers, la Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences ( GPEC)....

#### 2.1.4. Le développement de l'évaluation dans le domaine de l'éducation :

C'est probablement dans le monde de l'éducation que nous pouvons constater la réflexion la plus importante concernant l'évaluation, ses modalités et ses conséquences (pour témoin la littérature importante qui y est consacrée). Il est difficile de déterminer précisément si c'est le monde économique qui a influencé le monde éducatif dans ce domaine mais le fait est que des outils tels que l'autoévaluation, l'évaluation par objectifs sont utilisés dans les deux univers.

L'apparition et le développement du concept d'évaluation à l'hôpital s'est fait, comme pour toute organisation, sous l'influence de ces différents facteurs mais également sous la pression d'autres éléments spécifiques à son champ d'activité

#### 2.2. Les facteurs ayant influencé le développement de l'évaluation dans le monde hospitalier

Le développement du concept d'évaluation dans le domaine hospitalier s'est fait sous la pression du législateur (traduisant pour l'essentiel l'évolution de la société), des professionnels eux-mêmes, des usagers voire des organismes internationaux.

##### 2.2.1. La politique du renouveau du service public

Le 23 février 1989<sup>7</sup>, M.Rocard lance une opération par voie de circulaire intitulée le « Renouveau du Service Public ». Ce document contient une stratégie qui peut se résumer en 4 axes : la mise en place d'une politique de travail rénovée au sein des services de l'état, le développement d'une politique des responsabilités au niveau des fonctionnaires et des agents de l'état, le devoir d'évaluation des politiques et des institutions publiques, la mise en œuvre d'une politique d'accueil et de service à l'égard des usagers.

Cette circulaire a pour objectif de fournir des éléments de réponse à la crise que traversent les institutions de l'état au début des années 80' et qui se traduit, notamment, par une remise en cause de leurs légitimités traditionnelles : elles ne sont plus considérées comme étant de droit et deviennent sujet de débats, d'analyses et de controverses au niveau de l'état lui-même, de leurs partenaires mais également de l'opinion publique.

---

<sup>7</sup> Ministère de la fonction publique, circulaire du 23 février 1989, sélections des textes officiels, 1990, pp 5-18

Dans le cadre du décret n° 90-82 du 22.01.1990 qui fait suite à cette circulaire, il apparaît clairement que pour le législateur, l'évaluation :

- est nécessaire car elle constitue une exigence de la démocratie. Mais pour que ce jeu démocratique soit effectif il faut que les démarches d'évaluation soient transparentes et donc les résultats portés à la connaissance des évalués.
- permet une meilleure connaissance et participe à la quête d'efficacité et d'efficience qui doit être une des priorités des institutions publiques. En effet, l'évaluation renseigne les acteurs sur le degré d'efficacité de leurs actions (pression interne de l'évaluation) mais elle permet également l'information des usagers qui pourront adopter une attitude poche du consommateur averti (pression externe de l'évaluation)
- est une pression sociale devenue incontournable.

La loi hospitalière de 1991 et les Ordonnances d'avril 1996 n'ont fait que reprendre ces préoccupations en les déclinant d'une manière adaptée au monde de l'hospitalisation.

### 2.2.2. La loi n° 91-748 portant réforme hospitalière du 31 juillet 1991

La loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière rend obligatoire le développement de démarches d'évaluation et d'amélioration de la qualité dans les hôpitaux : ces deux thèmes sont omniprésents dans l'ensemble du texte de loi.

Toutefois, deux articles, présents dès la deuxième section de la loi, résument son état d'esprit dans ce domaine :

*Art. 710-3 : « Afin de dispenser des soins de qualité, les établissements de santé, publics ou privés, sont tenus de disposer de moyens adéquats et de procéder à l'évaluation de leur activité »*

*Art. 710-4 : « Les établissements de santé, publics ou privés développent une politique d'évaluation des pratiques professionnelles, des modalités d'organisation des soins et de toute action concourant à une prise en charge globale du malade afin notamment de garantir la qualité et l'efficience ».*

Pour ce qui est des volets « qualité - évaluation », cette loi a pour objectifs de :

- promouvoir la sécurité dans les établissements de santé,
- améliorer le niveau des indicateurs de santé français ,
- mieux contrôler les dépenses hospitalières en stimulant les établissements de santé à quantifier économiquement leur propre activité,

*Art. 710-5 : « Les établissements de santé procèdent à l'analyse de leur activité : dans le respect du secret médical et des droits des malades, ils mettent en œuvre des systèmes*

*d'information qui tiennent compte notamment de pathologies et des modes de prise en charge en vue d'améliorer la connaissance et l'évaluation de l'activité et des coûts et de favoriser l'optimisation de l'offre de soins »*

- responsabiliser les professionnels évoluant dans ces établissements en leur rappelant le devoir qu'ils ont à l'égard du patient c'est à dire lui dispenser des soins de qualité et conformes aux normes de sécurité sanitaire,
- introduire des outils et des concepts nouveaux tels que le renforcement des connaissances des professionnels et l'évaluation de leurs pratiques (déclinaison de la circulaire du 23 février 1989),
- encadrer méthodologiquement les démarches menées tant dans le domaine de l'évaluation que de la promotion de la qualité en positionnant l'ANDEM (Agence nationale de Développement de l'Evaluation Médicale), déjà existante, comme structure référente  
*Art. 710-6 : « Pour favoriser la mise en œuvre des dispositions prévues aux deux articles 710-4 et 5, l'ANDEM à la validation et à la mise en œuvre des méthodes et des expérimentations nécessaires, ainsi qu'à la diffusion de leurs résultats. Elle contribue également à la formation des professionnels concernés et assure une fonction de conseil auprès des établissements de santé ».*

Les volets « qualité – évaluation » de cette loi répondent, notamment, à trois difficultés majeures que rencontrent les décideurs du monde hospitalier ( tutelles, directeurs..) au début des années 90' :

- l'absence d'un système d'information exhaustif, sensible et centralisé portant sur l'activité des Hôpitaux : limitant la surveillance, par la tutelle, de l'utilisation des fonds alloués aux établissements . En effet, une fois le budget accordé, la tutelle disposait de peu de moyens pour vérifier s'ils étaient bien utilisés aux fins qu'elle jugeait souhaitable.

S. Cueille et A. Renucci considèrent que ce «manque de transparence dans la relation entre les établissements et la tutelle va dans le sens d'une limitation de la responsabilisation de ces derniers, à la fois en termes d'efforts pour améliorer les coûts et la qualité, et d'affectation des coûts alloués »<sup>8</sup>. C'est ainsi que ces mêmes auteurs, considèrent que là où l'hôpital paraissait démuné de pouvoir à l'égard des tutelles, il en obtient de part cette asymétrie d'information et cette absence de centralisation des données, qui privent cette tutelle de moyens d'actions efficaces. Si on se réfère aux

---

<sup>8</sup> S.Cueille, A.Renucci - Responsabilisation des acteurs dans les hôpitaux publics français et management – Revues politiques et management public— Volume 18,n°2, juin 2000

théories économiques<sup>9</sup>, cette situation peut engendrer deux difficultés dans le cadre de l'allocation des budgets :

- ✓ L'anti sélection : ignorant les capacités exactes des établissements qu'elle doit financer, la tutelle risque de prendre de mauvaises décisions en accordant des financements à ceux qui n'offrent pas les caractéristiques souhaitées en matière de qualité fournie par exemple. Face à ce risque, la révélation des informations concernant l'activité et la réalisation de procédures d'audit peuvent permettre de réduire le problème d'anti sélection.
- ✓ L'aléa moral<sup>10</sup> c'est à dire qu'une fois le budget alloué, l'établissement peut être amené à ne pas se comporter conformément à ce qu'en attendait la tutelle.  
Le PMSI rendu obligatoire en 1989<sup>11</sup> n'était à l'époque de la promulgation de la loi qu'au début de sa mise en place
- L'absence de lisibilité du niveau de la qualité des soins et de la sécurité dans les hôpitaux. Que ce soit pour les décideurs ou les professionnels eux-mêmes, il n'existait pas de démarches d'audits en dehors de commandes spécifiques à des cabinets conseils ou des visites de contrôles de conformité assurées par les tutelles. Toutefois, les expériences étrangères et notamment nord américaines constituaient la preuve que de telles démarches pouvaient être menées à l'hôpital
- L'absence de levier efficient à activer au niveau de la communauté médicale et soignante pour développer l'évaluation des pratiques et le développement de références professionnelles. Dans les années 1990, il existait une réelle résistance de la part de nombreux professionnels à s'engager dans de telles démarches : les arguments invoqués étant la difficile observabilité des résultats en terme de qualité des prestations dans le domaine du soin et des efforts déployés par l'hôpital dans l'accomplissement de ses obligations<sup>12</sup>. Lorsque ces démarches existaient, elles étaient laissées à la bonne volonté de ceux qui les mettaient en œuvre : il n'y avait ni procédures de contrôle, ni dispositif incitatif de la part d'organismes extérieurs (ordres professionnels, tutelles...) et rarement des références méthodologiques. L'ANDEM n'avait dans ce contexte qu'un rôle d'expert. Par conséquent, et comme en témoigne la littérature professionnelle et grise de ces années<sup>13</sup>, il existait une réelle hétérogénéité au niveau du territoire : certains

---

<sup>9</sup> Mas- Colelle et all in Responsabilisation des acteurs dans les hôpitaux publics français et management – Revues politiques et management public— Volume 18,n°2, juin 2000

<sup>10</sup> Grossman S. et Hart.O (1983), « An analysis of a principal – agent problem », *Econometrica*, vol.51, pp 7-45

<sup>11</sup> Circulaire DH/PMSI n°303 du 24 juillet 1989

<sup>12</sup> S.Cueille, A.Renucci - Responsabilisation des acteurs dans les hôpitaux publics français et management – Revues politiques et management public— Volume 18,n°2, juin 2000

<sup>13</sup> Pour exemple l'ouvrage collectif qui a été écrit sous la direction de Y.Matillon , P.Durieux - L'évaluation médicale – Du concept à la pratique — Collection Médecine – sciences – Edition Flammarion – novembre 1994 – p.160

établissements (ex. Centre de lutte contre le cancer) ou certaines spécialités étant exemplaires dans ce domaine et d'autres ne témoignant d'aucune démarche.

Le régime juridique d'évaluation et d'amélioration de la qualité a débuté par la loi portant réforme hospitalière de 1991 et s'est trouvé renforcé par l'ordonnance du 24 avril 1996.

### 2.2.3. L'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996

Cette ordonnance qui s'inscrit dans un dispositif plus général prévoyant également la maîtrise médicalisée des soins et l'organisation de la sécurité sociale<sup>14</sup> ne gomme pas les orientations de la loi n° 91-748 du 31 juillet 1991, bien au contraire, elle approfondit un certain nombre d'aspects tels que le respect des droits des patients, l'évaluation, la maîtrise des dépenses et la contractualisation.

Au travers de cette ordonnance, le législateur franchit un cap en matière d'évaluation et de promotion du développement de la qualité, en prévoyant un dispositif visant à évaluer le respect des droits du patient et la capacité des établissements à répondre aux attentes en matière de qualité et de sécurité de ses clients : l'accréditation. De plus, il crée sur la base de l'ancienne ANDEM une agence indépendante qui a en charge à la fois l'évaluation et l'accréditation et ceci dans un souci de ne pas dissocier les deux démarches : l'ANAES.

Dans ce même texte de loi sont créées les Agences Régionales de l'Hospitalisation publique et privée (ARH) dont les missions principales de répartition des crédits alloués au plan régional par le gouvernement et de mise en œuvre des Contrats d'Objectifs et de Moyens reposent sur une collecte d'informations exhaustive et sensible qui s'inscrit dans une politique générale d'évaluation (Programme de Médicalisation du Système d'Information, Statistiques d'Activité des Etablissements, Grilles de spécialités CNAM ou issues des sociétés savantes, rapport d'accréditation, rapport d'activité...). Il est à noter également que le dispositif introduit par la présente ordonnance qui « prévoit que les équipes médicales et paramédicales peuvent constituer à leur initiative des centres de responsabilité » sous - entend le développement de démarches d'évaluation efficaces faisant appel notamment à la comptabilité analytique.

On retrouve dans cette ordonnance, que ce soit dans la démarche d'accréditation ou dans les centres de responsabilité, une des préoccupations du législateur qui est de restreindre

---

<sup>14</sup> Ordonnance n°96-344 portant mesures relatives à l'organisation de la sécurité sociale et Ordonnance n°96-345 relative à la maîtrise médicalisée des soins

l'asymétrie d'information qui existe entre les tutelles et les établissements au travers du développement de l'évaluation.

#### 2.2.4. Le développement de « l'évaluation de la qualité des soins »

Depuis le début des années 80', l'Evaluation de la Qualité des Soins ( EQS) fait l'objet d'un intérêt croissant en France sans toutefois pouvoir répondre pleinement aux objectifs fixés aux hôpitaux dans ce domaine par la loi portant réforme hospitalière de 1991. Nous avons choisi volontairement de consacrer un volet important à cette méthode d'évaluation, car la méthode d'accréditation française fait appel tant à sa philosophie qu'à de nombreux de ses outils.

##### *2.2.4.1. Définitions*

L'Organisation Mondiale de la Santé a défini l'EQS comme étant un outil devant « permettre de garantir à chaque patient l'assortiment d'actes, ..., qui lui assurera le meilleur résultat en terme de santé,..., au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogénique et pour sa plus grande satisfaction...C'est une procédure scientifique et systématique ».

On retrouve dans cette définition, les domaines principaux de l'EQS qui sont :

- la réalisation concomitante de l'évaluation de la qualité des soins et des résultats des actions correctrices destinées à améliorer cette qualité
- l'évaluation de l'impact des stratégies diagnostiques et thérapeutiques envisagées pour le patient,
- l'évaluation des compétences des professionnels,
- l'évaluation du degré de satisfaction des usagers.

De plus, cette définition positionne l'EQS comme une procédure scientifique et systématique ce qui l'oppose aux démarches empiriques, intuitives et ponctuelles menées jusqu'alors dans de nombreux établissements.

D'autres auteurs, tel que A. Donabedian, proposent de l'EQS une définition plus opérationnelle : « l'EQS est la mesure d'un écart entre une référence (ou un standard de qualité) et ce qui est réellement délivré au patient, ainsi que l'ensemble des actions correctrices destinées à combler cet écart. Cette action est faite de façon scientifique et systématique ». Une telle approche de l'EQS permet de décomposer l'action d'évaluation en une démarche en 6 étapes : identification des déficiences, objectivation de celles ci, repérage de leurs mécanismes, mise au point des actions correctrices et choix d'une



stratégie d'application, application du protocole d'intervention, vérification que les actions développées apportent le bénéfice attendu et la pérennisation des actions correctrices.<sup>15</sup>

Trouvant ces racines à la fois dans des obligations déontologiques (serment d'Hippocrate...), juridiques (arrêt Mercier 1837...), dans des paradigmes industriels (qualité Totale) et des expériences étrangères notamment nord américaines (JCAO -1950), l'EQS recouvre quatre grands domaines d'évaluation et mobilise des outils spécifiques.

#### *2.2.4.2. Les domaines d'évaluation concernés par l'EQS*

La force de l'EQS réside dans le fait qu'elle permet une évaluation exhaustive et sensible d'un établissement de santé dès lors qu'elle investit l'ensemble de ses quatre domaines. Il est à noter que la réalité hospitalière, notamment d'avant 1996, montre qu'il est très rare de trouver des établissements qui réalisent de l'EQS totale.

##### *2.2.4.2.1. L'évaluation des structures et/ou des ressources*

Cette forme d'évaluation concerne aussi bien les éléments matériels qu'humains (effectifs, formation...). sa mise en œuvre repose sur l'utilisation de référentiels (ex. Guide d'audit des CLCC, référentiels SFUM, manuel de l'ANAES...) et des tableaux de bords ( ex. Grilles CNAM, SAE). De mise en place relativement lourde (chronophage) et onéreuse, ce type d'évaluation n'est réalisable que d'une façon ponctuelle et s'inscrit le plus souvent dans une stratégie de réorganisation, d'allocations budgétaires, d'obtentions ou de maintien d'autorisations...

##### *2.2.4.2.2. L'évaluation des procédures*

Elle concerne tout ce qui est prescrit, administré et fait dans un but diagnostic et/ou thérapeutique par l'ensemble des professionnels participant à la prise en charge des patients. On décrit donc des procédures diagnostiques globales ( ex. prise en charge d'une pathologie), spécifique d'un acte, mais également de prise en charge (ex. démarche de spécification de la nature des interventions des différents soignants). Les outils qui sont le plus fréquemment utilisés dans ce type d'évaluation sont : le suivi d'examens types, le profilage des patients, l'élaboration de plans de soins types avec mesure d'écarts, le suivi de pathologies traceuses, l'opportunité de la décision d'hospitalisation, la revue de dossiers et l'analyse de la trajectoire.

---

<sup>15</sup> In L.Gerbaud, PH.Y.Glanddier – L'évaluation de la qualité des soins- Gestions hospitalières n°317 – Juin Juillet 1992 – p 468- 473

#### 2.2.4.2.3. L'évaluation des résultats

Cette forme d'évaluation se situe en aval de la prise en charge du patient et est réalisée à partir d'indicateurs tels que des taux (mortalité, morbidité...), d'analyse d'incidents (analyse des chutes...) ou d'événements indésirables (infections nosocomiales, escarres...). Cette méthode pose la question de la référence dans la mesure où elle a pour objectif de mesurer l'écart existant entre une réalité et un étalon. Ces références sont communément établies à partir de la recherche fondamentale, le contexte réglementaire, la recherche clinique, les consensus médicaux, les recommandations de bonnes pratiques, recommandations médicales opposables...Elles doivent être explicites, objectives, pertinentes, compréhensibles, sensibles, reproductibles et aisément utilisables.

L'évaluation des résultats trouve sa légitimité dans le fait que les réponses données en regard des références reposent sur des preuves ce qui n'est pas toujours le cas des deux autres types d'évaluation qui elles reposent sur le recueils de déclarations et le fruit d'observation. Les outils utilisés dans ce type de démarches sont pour exemple les enquêtes de prévalence, le suivi des tableaux de bords composés d'indicateurs de résultats, l'analyse d'événements sentinelles ou indésirables....

#### 2.2.4.2.4. Les enquêtes d'évaluation du degré de satisfaction des usagers ( EDSU)

Dans le cadre de l'EQS, les enquêtes de satisfactions sont considérées comme un outil majeur dans la mesure où elles permettent d'obtenir de l'information sur une certaine réalité hospitalière à travers un filtre que constitue l'utilisateur qu'il soit patient ou partenaire. En rappelant la place centrale qu'occupe le patient dans le dispositif de soins dans le cadre de la loi de 1991, le législateur a fait de l'EDSU un outil incontournable et obligatoire pour les hôpitaux.

Bien que l'EQS connaisse encore des difficultés quant à sa diffusion homogène dans les ETS, certains facteurs militent pour son développement :

- la place donnée par les différents textes réglementaires publiés depuis 1991 (régime des autorisations et du renouvellement de matériel...),
- la complexité croissante des capacités diagnostiques et thérapeutiques qui entraîne une sur spécialisation de l'activité médicale,
- la densification du travail à la fois qualitative et quantitative,
- le contexte de relative rareté économique

- la création de l'ANAES qui remplit de multiples fonctions telles que la constitution d'une banque de données de référence, l'élaboration de recommandations de pratiques cliniques, la promotion et la diffusion de travaux de recherches, le pilotage de méta analyses, la réalisation d'audits cliniques et depuis peu l'élaboration et la mise en œuvre de la procédure d'accréditation,
- la démarche d'accréditation dans la mesure où la philosophie de la méthode sur laquelle elle repose est très proche de l'EQS et que le manuel fait appel à la fois à des méthodes d'évaluation de structures, de procédures, de résultats et d'EDSU. Cette nouvelle contrainte qui s'impose aux hôpitaux constitue une plate forme idéale de diffusion de l'EQS.

#### 2.2.5. Les pressions médiatiques :

La santé est devenue en 20 ans, un thème à « débats publics » et les médias de tous ordres s'en sont emparés. Ils participent ainsi à l'élaboration et à la diffusion d'un discours qui a pour effets d'influencer à la fois l'opinion publique, les usagers et les acteurs hospitaliers eux-mêmes. L'évaluation à titre d'outil permettant de produire de l'information soutient et légitime ce discours.

Le rôle joué par ces médias diffère selon qu'ils sont spécialisés ou non.

En ce qui concerne les médias spécialisés, on constate qu'ils participent :

- au débat général sur la santé, sur l'efficacité de l'hôpital,
- à une diffusion large des travaux des professionnels et participent ainsi au renforcement de leurs compétences,
- à la diffusion et à la vulgarisation des préoccupations qui animent les professionnels de la santé.

Dans ce panorama, l'évaluation occupe une place importante notamment au titre de supports des études scientifiques (essais thérapeutiques...), des études médico - économiques (études, coût efficacité, coût utilité, QALY...) et des démarches de détermination des niveaux de performances (audits organisationnels, démarches d'autorisations...)

Les médias non spécialisés, pour leur part, entretiennent le débat public (articles et émissions consacrés à des problématiques liées à la santé) mais offrent, également, une plate forme d'expression pour des usagers qui deviennent des évaluateurs en portant des

jugements et des consommateurs avertis en ayant accès à une information jusqu'alors indisponible.

### 3. Les finalités de l'évaluation ou pourquoi évalue-t-on ?

« La finalité de l'évaluation est l'ensemble des raisons qui motivent la démarche d'évaluation »<sup>16</sup> et ce sont ces raisons qui vont permettre d'énoncer les objectifs réels à atteindre, de déterminer les objets et de choisir les informations à collecter dans le cadre de l'évaluation.

Les finalités d'une démarche d'évaluation sont multiples. Afin d'établir un panorama qui se veut nullement exhaustif de ces finalités, nous allons nous référer à cinq auteurs chacun spécialiste de l'évaluation mais dans des domaines différents : C. Hadji (monde de l'éducation), F. Alföldi (évaluation dans le milieu sanitaire et sociale), J. Leca (Président du conseil scientifique en 1992) et M. Legros et G. Poquelt (évaluation dans le milieu sanitaire et social)

- Pour C. Hadji<sup>17</sup> les finalités de l'évaluation sont : jauger la réalité, apprécier une réalité, une personne, un processus ou un produit par rapport à des normes ou des valeurs prédéfinies, construire un système d'interprétation propre à rendre intelligible une réalité ou un passé, renvoyer aux acteurs une certaine réalité de leurs actes ou comportements et participer à leur formation, soutenir les mouvements de professionnalisation, renforcer une stratégie de progression collective et de promotion soit individuelle ou collective. Pour cet auteur l'évaluation ne peut pas avoir pour finalité le contrôle puisqu'il considère que ce sont deux notions qui s'opposent.
- La conception de J. Leca<sup>18</sup> concerne l'évaluation en tant qu'outil, elle est plus instrumentale. C'est ainsi qu'il retient comme finalités : le jugement de la valeur des mesures étatiques, l'estimation de la pertinence des outils et critères utilisés, le moyen pour améliorer l'efficacité de la gestion en produisant de l'information lisible.
- F. Alföldi offre une vision plus pragmatique des finalités de l'évaluation et plus proche de la problématique de l'évaluation à l'hôpital : apprécier l'état d'un patient, partager la responsabilité diagnostique, activer la dynamique de changement, établir un état des lieux, prendre de la distance, valoriser, chercher à savoir si les moyens sont adéquats, construire un corpus de connaissances, certifier, réguler des processus, informer sur des

---

<sup>16</sup> Alföldi Francis- Evaluation en protection de l'enfance – Edition Dunod – Avril 2000 – p.31

<sup>17</sup> C.Hadji – L'évaluation règles du jeu- Edition ESF – 1995 – p.179

<sup>18</sup> Evaluation des politiques et transformations des pratiques professionnelles dans le domaine sanitaire et sociale – Actes des journées de l'ENSP- Edition de l'ENSP - Février 1992 – p. 27

stratégies d'approches, orienter et participer activement à la prise de décision. En ce qui concerne ce dernier point, l'auteur souligne, toutefois, que les concepts d'évaluation et de décision doivent être distingués : l'évaluation étant un élément de la décision.

- M. Legros et G. Pocquet <sup>19</sup> nous proposent une conception tridimensionnelle des finalités de l'évaluation : permet de mesurer le degré d'atteintes des objectifs en évaluant l'écart existant entre une réalité et une référence (étalon), est un régulateur de l'action en cours de mise en œuvre (un outil au service de la mise en place de démarches d'amélioration continue de la qualité) et un moyen pour connaître les effets des actions engagées. Elle permet la mise en évidence de stratégies gagnantes, l'élaboration de la corrélation entre des effets et des logiques d'actions.

Ces finalités vont orienter la stratégie qui va être mise en œuvre dans le cadre de la démarche d'évaluation et donc du choix du cadre méthodologique.

#### **4. Les différentes formes d'évaluation**

Quelque soit la méthode utilisée, l'évaluation reste un mode d'investigation non anodin de par les effets qu'elle induit. Un des obstacles majeurs rencontrés dans le cadre d'une démarche d'évaluation est celle que la réalité à investir est le plus souvent complexe c'est à dire multidimensionnelle<sup>20</sup> ce qui rend très souvent difficile la spécification du champ étudié et donc le choix des objets à étudier.

Deux questions sont récurrentes dans le monde de l'évaluation : la légitimité de la démarche et la pertinence de la méthode retenue. Ce dernier point n'est souvent pas le plus important mais c'est celui qui importe le plus.

##### **4.1. Les différentes méthodes utilisées dans le cadre d'une démarche d'évaluation**

Il existe de multiples méthodes à partir desquelles ont été élaborées des techniques. Afin d'en améliorer leur lisibilité nous n'en avons retenu que les principales :

- les évaluations externes dites hétérogènes. Elles font appel à des professionnels extérieurs à la structure qui présentent l'avantage de poser un regard nouveau sur l'objet à évaluer dans la mesure où ils sont dégagés de toute mémoire et de conflits. Elles n'ont

---

<sup>19</sup> M.Legros, G.Poquelt – Evaluer ou l'esprit de la méthode – Cahier de recherche – Edition Credoc – Septembre 1996, n°96, 71p.

d'intérêt que si les acteurs concernés s'approprient les résultats de l'évaluation c'est à dire que celles ci ont un sens pour eux,

- les évaluations internes dites auto évaluation : ce sont les acteurs concernés qui s'évaluent eux mêmes (à titre individuel ou collectif) ce qui les obligent à créer une certaine distance avec le « je » ou « nous ». Ces deux méthodes posent la question de la distance féconde<sup>21</sup> qui doit exister dans une démarche d'évaluation entre l'évaluateur et l'objet (ou l'individu) évalué,
- les évaluations ponctuelles sont limitées dans le temps et encadrent généralement la réalisation concrète d'une action (ex. évaluation des besoins, d'effets...),
- les évaluations intégrées<sup>22</sup> sont des dispositifs permanents d'évaluation intégrés dans la pratique et distincte en grande partie des contenus à évaluer,
- les évaluations mono ou pluridisciplinaires. Pour faire face à la complexité de la réalité, il est souhaitable que les démarches d'évaluation soient pluridisciplinaires pour qu'elles puissent faire appel aux différents corps de savoir, transdisciplinaires.

Ces méthodes d'évaluation peuvent être centrées sur les organisations (démarches d'audit), les acteurs (spécification et reconstitution des systèmes d'actions) ou interroger directement les usagers ( EDSU).

#### 4.2. Les différentes techniques utilisables dans le cadre d'une démarche d'évaluation

Les techniques d'évaluation utilisées dans le cadre de ces différentes méthodes sont essentiellement de 5 natures :

- les techniques normatives et critériées correspondent à deux grandes modalités possibles d'évaluation des comportements. Elles se différencient par le fait que la première détermine une performance réelle et que la seconde mobilise une performance cible avec mesure d'écarts<sup>23</sup>,
- les techniques diagnostiques permettent d'établir un état des lieux, de découvrir les forces et les faiblesses d'une structure (ou d'individus), d'explicitier certains

---

<sup>20</sup> R.E.Stake – l'évaluation des programmes d'enseignement – Paris – OCDE – 1976 - 101p

<sup>21</sup> P.Meirieu – Evaluation interne ou externe : un faux problème ? – Bulletin de l'association française des administrateurs de l'éducation,41, Janvier 1989, p. 23-28

<sup>22</sup> M.Legros, G.Poquelt – Evaluer ou l'esprit de la méthode – Cahier de recherche – Edition Credoc – Septembre 1996, n°96, 71p.

<sup>23</sup> C.Hadji – L'évaluation règles du jeu- Edition ESF – 1995 – p.47-48

dysfonctionnement. Pour J.M. Barbier<sup>24</sup> il serait plus juste de parler d'identification, de spécification plutôt que d'évaluation,

- les techniques sommatives consistent à établir un bilan (une somme) après une démarche, un cycle ou différentes séquences,
- les techniques formatives sont à visée pédagogique : leur caractère essentiel est d'être intégré à l'action de formation. Elles doivent assurer une fonction renforçatrice et correctrice. Pour C. Hadji, c'est une erreur d'opposer cette technique aux autres dans la mesure où toute technique d'évaluation peut revêtir un caractère formatif.

La question de la méthode et de la technique renvoie indéniablement à la question du support d'évaluation qui « conditionne la lecture de la réalité »<sup>25</sup>. Dans le cadre de cette approche théorique de l'évaluation nous choisissons volontairement de ne pas le développer dans la mesure où ce débat est très « outil dépendant ».

Mais quelle que soit la méthode employée celle-ci ne peut être valable que dans la mesure où non seulement elle est pratiquée sérieusement mais où elle est aussi au service d'une intention et d'objectifs qui sont clairement définis. Elle ne peut s'envisager en dehors d'une démarche d'évaluation dont la procédure serait élaborée avec précision sur le modèle de la démarche projet avec une phase préparatoire, une phase d'exécution, une phase d'exploitation et une phase de communication des résultats.

Mais quelque soit la méthode à partir de laquelle le dispositif d'évaluation a été conçu, quelques soient les techniques employées, l'évaluation met en scène des hommes dans 3 rôles possibles : le promoteur- concepteur de la démarche d'évaluation, l'évaluateur et l'évalué.

Compte tenu de l'objet de ce travail, il nous a semblé important de revenir sur celui de l'évaluateur dans la mesure où :

- il nous apparaît comme étant le plus complexe et ce encore plus dans une démarche dite d'auto évaluation
- nous avons constaté que des démarches d'évaluation n'ont pu atteindre leurs objectifs car des professionnels ont été désignés « évaluateur » sans y avoir été préparés et sans avoir réfléchi aux incidences d'un acte tel que celui d'évalué.

---

<sup>24</sup> J.M.Barbier- Evaluation ou identification – Cahiers de pédagogies, 256, septembre 1987, p. 6-7

<sup>25</sup> C.Hadji – L'évaluation règles du jeu- Edition ESF – 1995 – p.148

## 5. L'acteur principal d'une démarche d'évaluation : l'évaluateur

Compte tenu de la problématique posée par l'auto évaluation, qui représente dans sa phase de réalisation la distance existante entre l'évalué et l'évaluateur est limitée voir inexistante, nous avons choisi dans ce paragraphe d'analyser la réalité que recouvre le rôle d'évaluateur.

### 5.1. Qui sont les évaluateurs ?

La réponse à cette question est dans de nombreux domaines, et notamment celui de la santé, « des professionnels de terrain ».

C. Hadji pour sa part et concernant ces « évaluateurs professionnels » nous interroge sur leur légitimité : de quel droit sont-ils évaluateurs ?

Cette notion de légitimité qui doit être une préoccupation déontologique traitée dès la phase préparatoire de la démarche d'évaluation, repose pour cet auteur (et de nombreux sociologues) sur :

- la position qu'a l'évaluateur par rapport à la structure évaluée (ou le professionnel). En effet, s'il en est extérieur ou étranger cela lui permet de ne pas être impliqué dans les enjeux et donc d'être en mesure de prendre un certain recul nécessaire à la constitution d'un jugement d'évaluation ajusté à l'objet. Dans l'autoévaluation, l'évaluateur relève de la structure (ou est l'un des pairs voire l'évalué lui même) ce qui sous entend que sa légitimité devra se fonder sur un autre élément que celui de sa position,
- ses compétences qu'elles relèvent du domaine théorique ou qu'elles soient exprimées au travers de son comportement.

### 5.2. Les fonctions d'évaluateur

L'évaluateur a pour fonction principale de rendre crédible une démarche d'évaluation, de construire un jugement communicable<sup>26</sup> : c'est à dire de rendre lisible des données recueillies dans une réalité complexe. Pour cela, il applique une méthode rigoureusement adaptée à la situation en mettant en œuvre les techniques et les outils adéquats.

---

<sup>26</sup> F. Alföldi - Evaluation en protection de l'enfance – Edition Dunod – Avril 2000 – p.46



Selon la procédure d'évaluation choisie, l'évaluateur intervient dès le choix de la méthodologie d'investigation (au titre d'expert en évaluation) ou alors uniquement dans la phase opérationnelle de recueils, de traitement voire de communication des données.

L'évaluateur peut être également un acteur dans une dynamique évolutive induite par la démarche d'évaluation. Il peut imposer sa marque dans le cours des choses à travers des contacts qu'il a avec les évalués : capacité à convaincre ces derniers, d'investir la démarche (compliance au projet) et de s'approprier les résultats.

A. Hadji a une vision plus philosophique et donc moins méthodologique de l'évaluateur. C'est ainsi qu'il l'apparente à un médiateur dont le travail est comparable à celui du funambule et du tisserand car « il se meut dans un espace entre un « être » toujours en mouvement et un « devoir d'être » difficile à cerner... tout en créant des liens ».<sup>27</sup>

### 5.3. Les compétences requises pour assurer les fonctions d'évaluateur

Ces compétences sont de deux ordres :

- Théoriques : des connaissances théoriques pointues concernant le champ de l'évaluation « peuvent ne pas être indispensables ; en revanche l'appropriation des méthodes à utiliser en vue d'un maniement rigoureux est requise »<sup>28</sup>. En effet, un déficit méthodologique de la part de l'évaluateur réduit sa pratique à une évaluation intuitive privilégiant le jugement subjectif,
- Comportementales : les démarches d'évaluation, notamment en santé, concernent le plus souvent une réalité multi référentielle et transdisciplinaire, l'évaluateur doit faire preuve d'une certaine ouverture d'esprit et d'une culture personnelle afin d'être en mesure d'assurer si nécessaire une approche théorique diversifiée.

### 5.4. La situation spécifique de « l'évalué - évaluateur »

Une des spécificités de l'auto évaluation réside dans le fait que l'évaluateur s'évalue lui même par l'un de ses pairs dans sa structure de rattachement.

Cette caractéristique méthodologique pose la question très largement traitée en sociologie clinique qui est celle de la distanciation existante entre l'objet évalué et l'évaluateur. Dans

---

<sup>27</sup> C.Hadji – L'évaluation règles du jeu- Edition ESF - 1995

<sup>28</sup> Stuffelbeam in F. Alföldi - Evaluation en protection de l'enfance – Edition Dunod – Avril 2000

l'auto évaluation cette distance étant limitée voire nulle, il est nécessaire de tenir compte de cette réalité :

- dans l'analyse des données : existence de biais,
- dans le choix des techniques d'investigation avec une priorisation des démarches reposant sur des productions de preuves,
- dans la nature des données recueillies : lorsque l'évaluateur est l'évalué, les données concernent essentiellement le fonctionnement, les valeurs, les comportements et rarement des résultats (atteinte d'objectifs)<sup>29</sup>.

## 6. Les effets de l'évaluation

Les effets d'une démarche d'évaluation sont multiples. Nous avons choisi d'aborder dans ce paragraphe les effets qui peuvent être observables dans une démarche type « auto évaluation » telle que celle qui est développée dans le cadre d'analyse.

C'est ainsi que nous avons retenu qu'une démarche d'évaluation peut permettre de :

- renseigner les professionnels impliqués, d'une manière la plus précise qui soit, dans cette démarche sur leurs pratiques, leurs comportements, les résultats obtenus, la réalité de leur environnement. Cet effet sera évalué au travers de l'estimation de la rentabilité informative de la démarche d'évaluation,
- faciliter la maturation des projets en les légitimant (mise en évidence au travers de l'évaluation de la nécessité de les réaliser), en clarifiant les objectifs, en facilitant la mise en place des conditions favorables à leur réussite (stratégie adaptée à une réalité spécifiée au travers de l'évaluation),
- conforter les pratiques et/ou les organisations en les mesurant à des références,
- spécifier les éventuels écarts existants et d'argumenter la nature (et la nécessité) des actions correctrices,
- dédramatiser le concept d'évaluation : les professionnels y étant engagés découvrent une logique de fonctionnement qui privilégie l'analyse des effets et le pilotage de l'action. Ils s'approprient ainsi une culture de l'évaluation, de nouvelles méthodes de travail voire un comportement stratégique,
- l'émergence d'une grande rigueur dans la gestion des établissements : cette dernière s'appuyant sur un système d'information fiable et accessible qui profite à la fois aux professionnels des établissements et aux décideurs. Ces démarches d'évaluation

---

<sup>29</sup> JM Barbier in C. Hadji – l'évaluation règles du jeu- Edition ESF - 1995

participent ainsi au traitement de la problématique posée par « l'asymétrie de l'information » et donc à plus de transparence.

Les effets qui viennent d'être développés sont à considérer comme moteur. Ils en existent d'autres qui pour leur part peuvent devenir « contre productifs ». Ces effets sont à considérer comme des risques :

- « Le risque de dévoiler ses éventuelles carences et se placer dans l'obligation morale de tirer les conséquences en terme d'actions remédiatrices »<sup>30</sup> : cela concerne les évalués
- l'utilisation détournée des résultats : en rendant accessibles les informations, celles ci peuvent être utilisées de manière partielle ou partiale en fonction des intérêts propres des utilisateurs. Ces effets concernent à la fois ceux qui délivrent l'information (les évalués), ceux qui la collectent (les évaluateurs) et les responsables de la démarche d'évaluation,
- le développement, par les professionnels évalués, de « conduites de conformité aux attentes ». Dans un tel contexte l'évaluation a alors une fonction normative avec des effets réducteurs tel que la survalorisation de la norme accompagnée le plus souvent d'une dévalorisation de tout ce qui échappe à cette norme,
- une interprétation erronée des résultats. Cette situation peut être liée soit à une mauvaise utilisation du cadre méthodologique (manque de rigueur) soit à une mauvaise analyse des données recueillies (intentionnelle ou non) : elle risque de décrédibiliser l'ensemble de la démarche d'évaluation,
- la confusion entre la valeur des résultats et celle de l'instrument de mesure : la légitimité de la démarche étant souvent proportionnelle à la sophistication de l'outil utilisé et non à la pertinence des résultats obtenus.

## 7. Conclusion

L'accréditation des établissements de santé, telle qu'elle a été conçue par l'ANAES, est une démarche d'évaluation qui a pour objectif d'améliorer la qualité des prestations assurées aux usagers en utilisant comme levier celui de la responsabilisation des professionnels : d'où l'importance de la phase d'auto évaluation durant laquelle ces professionnels peuvent mesurer la conformité de leurs actes, de leurs organisations et de leurs comportements aux standards retenus (critères du manuel de l'ANAES).

Si on se réfère à ce cadre théorique nous pouvons conclure que l'accréditation :

---

<sup>30</sup>M.Legros, G.Poquelt – Evaluer ou l'esprit de la méthode – Cahier de recherche – Edition Credoc – Septembre 1996, n°96

- s'inscrit dans la démarche dite de « renouveau du service public » déclinée au niveau du monde hospitalier dans la loi hospitalière de 1991
- est un modèle d'évaluation qui se situe dans la continuité des nouvelles formes de gestion des organisations : utilisation du modèle de la gestion par objectifs dans le cadre des PACQ, décentralisation des lieux de décisions notamment en matière d'amélioration, responsabilisation des acteurs, renforcement des connaissances des professionnels, atténuation du phénomène « asymétrie de l'information » entre les décideurs ( directeurs d'établissements, responsables de service, ARH, ANAES voire usagers) et les acteurs
- vient compléter les dispositifs déjà existants dans le domaine de l'Evaluation de la Qualité des Soins
- est une méthode d'évaluation qui est à la fois diagnostique, normative, formative et sommative
- répond pleinement à la définition latine du mot « évaluer » (*valere*) en donnant la possibilité aux professionnels de mettre en valeur la qualité des prestations offertes aux usagers et leur capacité à répondre aux attentes de ces derniers.

La phase d'auto évaluation, qui représente une des originalités du modèle français d'accréditation des établissements de santé constitue la pièce maîtresse du dispositif : c'est elle qui fait de l'accréditation « à la française » un outil d'évaluation aussi achevé.

Cette étape fait appel au concept d'auto évaluation qui trouve ses racines bien évidemment dans celui de l'évaluation mais recouvre également une réalité spécifique que nous allons tenter de montrer maintenant.

## **B. LE CONCEPT « D'AUTO EVALUATION »**

Dans le champ théorique de l'évaluation, qu'il concerne le monde industriel ou celui de la santé, l'auto évaluation est une technique d'investigation. En revanche lorsqu'on prend pour référence les sciences de l'éducation on constate que c'est un concept à part entière.

Compte tenu de la place qu'occupe la phase d'auto évaluation dans le dispositif général d'accréditation, il nous a semblé important d'aller plus loin que l'analyse critique de l'outil en tentant de comprendre la réalité que revêt toute démarche d'auto évaluation. C'est pourquoi nous avons choisi d'explorer la littérature consacrée à l'évaluation dans le domaine de l'éducation plus fourni sur ce thème.

## 1. L'émergence de l'auto évaluation dans le monde de l'éducation

Dans les années 1970 et 1980 de nombreux chercheurs tels que Allal, Nunziati et Perrenoud<sup>31</sup> ont voulu trouver des perspectives plus dynamiques au modèle de l'évaluation formative élaboré par Bloom en 1968. Leurs nombreux travaux ont eu pour objectif principal de déplacer le but de l'évaluation formative qui était jusqu'alors « d'informer l'apprenant sur le chemin qui lui reste à parcourir pour atteindre le degré de maîtrise souhaité » à celui « d'établir un diagnostic, au sens médical, qui permette de comprendre l'écart existant et ainsi de déterminer les actions correctrices pertinentes à mettre en place ».<sup>32</sup>

Ces travaux ont été complétés par ceux d'auteurs tels qu'Hadji (1989) et Campanale (1996) qui ont permis de démontrer que lorsqu'un élève établit de lui même la distance existante entre ce qu'il est/ ou ce qu'il fait et ce qu'on attend de lui (référentiel), il trouve et met en œuvre avec moins de réticences les actions correctrices adaptées.

Cette « correction spontanée », pour Campanale<sup>33</sup>, repose sur trois mécanismes de régulation, chacun étant emboîté dans ceux de niveau supérieur<sup>34</sup>:

- le recul : le sujet évalue un produit par rapport à un référentiel et introduit des rectifications de surface pour assurer la conformité du produit aux critères. On retrouve ici la notion d'auto contrôle développée par Herzberg dans sa stratégie d'enrichissement de la tâche,
- la distanciation : le sujet confronte son produit à un référentiel et, en outre, explicite avec l'aide d'autrui les procédures qu'il a mises en œuvre ; la régulation porte sur sa démarche et peut conduire à un produit assez fortement remanié
- la décentration : à travers l'interaction avec autrui, le sujet élabore des modèles interprétatifs qui permettent une transformation de ses représentations plus profondes, sa base d'orientation de l'action, lui permettant d'envisager de nouveaux produits et des procédures transformées. C'est la phase la plus achevée de l'auto évaluation.

En dehors du champ constitué par la recherche en sciences de l'éducation, c'est dans celui de la psychologie (recherche sur la métacognition et la cognition) que nous trouvons des

---

<sup>31</sup> in C.Depover, B.Noël – L'évaluation des compétences et des processus cognitifs – Edition De Boeck Université – Collection pédagogies en développement – 1999 – p. 37 à 40.

<sup>32</sup> in C.Depover, B.Noël – L'évaluation des compétences et des processus cognitifs – Edition De Boeck Université – Collection pédagogies en développement – 1999 – p. 38

<sup>33</sup> F.Campanale – Auto évaluation et transformations des pratiques pédagogiques – Revue Mesure et évaluation en éducation – 1997, n°20 – pp 1-24

<sup>34</sup> in C.Depover, B.Noël – L'évaluation des compétences et des processus cognitifs – Edition De Boeck Université – Collection pédagogies en développement – 1999 – p. 41

éléments qui peuvent nous permettre de comprendre les processus activés par « l'évalué-évaluateur » dans une démarche d'auto évaluation.

Pour des chercheurs tels que L. Allal, P. Meirieu et M. Grangeat, l'auto évaluation relève d'un processus d'autorégulation intentionnelle et active . C'est ainsi qu'ils considèrent qu' « en s'auto évaluant, l'individu est amené à expliciter ses représentations, à réfléchir sur ses stratégies, à confronter ses démarches à celles d'autres individus, à intégrer des critères externes dans ses cadres de référence, à gérer activement les relations entre les différentes tâches à accomplir »<sup>35</sup>.

D'autres auteurs élargissent ces fonctions de l'auto évaluation en les reliant au concept de la motivation<sup>36</sup> et ceci au travers de deux notions :

- la motivation d'accomplissement : l'individu ne s'engage dans la démarche d'auto évaluation que si elle l'intéresse, s'il s'approprie les objectifs, s'il perçoit qu'il est capable de la mener à bien (théories des buts) et s'il perçoit qu'il est en mesure d'exercer un contrôle direct sur celle ci. Cette motivation d'accomplissement sera d'autant plus forte que le commanditaire de la démarche réalise une rétroaction sur les résultats (écarts, erreurs, objectifs atteints ...) et que la démarche d'évaluation prévoit des mécanismes de gestion du stress face aux obstacles ou face à l'incertitude
- la motivation proactive qui est une des conséquences d'une démarche d'évaluation. Elle trouve son point d'ancrage dans la réalité décrite par A. Bandura <sup>37</sup> qui est « que l'être humain se motive non seulement en cherchant à réduire l'écart qui le sépare du but à atteindre, mais aussi en créant de nouveaux écarts ». Ceci étant facilité par trois facteurs qui sont l'auto évaluation, le sentiment d'efficacité personnelle dans l'atteinte du but et l'ajustement des critères personnels d'évaluation.

L'auto évaluation bien que source de réflexion dans les sciences de l'éducation, ne connaît qu'un développement récent et limité dans le domaine de la santé.

---

<sup>35</sup> in C.Depover, B.Noël – L'évaluation des compétences et des processus cognitifs – Edition De Boeck Université – Collection pédagogies en développement – 1999 – p. 44

<sup>36</sup> C.Hadji – L'évaluation démystifiée – Paris - ESF éditeur, 1997

<sup>37</sup> C.Depover, B.Noël – L'évaluation des compétences et des processus cognitifs – Edition De Boeck Université – Collection pédagogies en développement – 1999 –p.64

## 2. L'auto évaluation dans le domaine de la santé

Comme nous l'avons déjà souligné, l'auto évaluation est présentée dans le champ de l'évaluation en santé comme une technique d'investigation. Très peu d'articles développent son utilisation en dehors de celle faite dans la démarche d'accréditation. Nous retiendrons dans ce domaine ceux concernant l'évaluation du niveau douloureux par les patients eux-mêmes (utilisation d'échelles visuelles analogiques), l'évaluation de l'impact des protocoles sur les pratiques professionnelles à partir de grilles d'auto évaluation <sup>38</sup>et d'une manière récente ceux concernant les démarches d'auto évaluation menées dans le cadre de la démarche d'accréditation.

Lorsque le choix méthodologique se porte sur des actions d'auto évaluation, il est généralement motivé par les raisons suivantes :

- seule la personne concernée est en mesure d'évaluer : c'est le cas de l'évaluation du niveau douloureux où l'on considère que seul le patient est en mesure de déterminer ce niveau,
- la réalité est trop complexe pour que des individus extérieurs puissent l'appréhender,
- l'effet Nintendo<sup>39</sup> où la motivation proactive est recherchée,
- ce choix a été fait au préalable dans une démarche quasi identique et il prouvé sa pertinence,
- il n'est pas possible de mener une évaluation externe faute de moyens humains et matériels et de temps.

A noter que le choix méthodologique qui a été fait par l'ANAES de placer l'auto évaluation au centre du dispositif repose sur le succès des expériences canadiennes dans ce domaine, le fait qu'elle s'inscrit dans une démarche globale d'amélioration continue de la qualité dont le professionnel est le moteur (effet Nintendo) et qu'elle n'était pas en mesure d'assurer une démarche d'évaluation externe dans un délai compatible avec l'esprit de la démarche dans l'ensemble des établissements de santé.

---

<sup>38</sup> Y. Matillon, P. Durieux - L'évaluation médicale – Du concept à la pratique — Collection Médecine – sciences – Edition Flammarion – novembre 1994

<sup>39</sup> D. Laveault – Auto évaluation et régulation des apprentissages – in L'évaluation des compétences et des processus cognitifs – Edition De Boeck Université – Collection pédagogies en développement – 1999 – p.60

### 3. Les différents types d'auto évaluation

Dans le cadre de l'élaboration de ce cadre théorique spécifique à l'auto évaluation, nous avons tenté de mettre en évidence les différents types d'auto évaluation.

Nous reposant sur les travaux d'Allal, Michel et Hadji<sup>40</sup> nous avons à en définir trois : l'auto évaluation mutuelle, l'auto évaluation au sens strict et la coévaluation.

#### 3.1. L'auto évaluation mutuelle

Deux professionnels ou plus (le plus souvent des pairs) évaluent leurs productions et/ou leurs procédures respectives et conjointes, en se servant d'un référentiel externe : les interactions entre évalués et évaluateurs peuvent induire un effet de régulation (retour sur soi) chez chaque interlocuteur.

A titre d'exemples hospitaliers, on relève des démarches d'auto évaluation mutuelle dans le cadre d'audits inter ou intra services et de démarches d'évaluation collective de l'impact de protocoles.

Ce type de démarches présente les avantages et les inconvénients suivants :

- Avantages : d'être plus objectif que l'auto évaluation au sens strict, de renforcer la dynamique des équipes au travers des échanges ( voir p.51), d'être moins coûteuses que des démarches d'évaluation externe
- Inconvénients : elle n'est réalisable que dans des structures où les professionnels ont intégré les enjeux d'une telle démarche et font preuve d'une maturité professionnelle certaine pour accepter les remarques des pairs (phénomène généralement soutenu par la diffusion d'une culture forte de l'évaluation).

#### 3.2. L'auto évaluation au sens strict

Dans ce cas, l'individu évalue sa propre production en se servant éventuellement d'un référentiel externe. Le prolongement de sa conduite auto évaluative en autorégulation (ayant un effet sur ses représentations et ses démarches), se fait par le « retour sur soi ». Ce

---

<sup>40</sup> Linda Allal in C.Depover, B.Noël – L'évaluation des compétences et des processus cognitifs – Edition De Boeck Université – Collection pédagogies en développement – 1999 –p.41



mécanisme, ainsi qualifié par Allal, consiste à la détermination par le sujet d'une stratégie correctrice après une phase d'interprétation de données recueillies par le biais de la démarche d'évaluation.

A noter, que pour Allal le phénomène d'auto évaluation strict est observable dans toute démarche d'évaluation. En effet, il considère que la phase de restitution des résultats aux évalués suscite en eux une réaction auto évaluative qui participe à leur appropriation.

L'auto évaluation au sens strict, dans le milieu hospitalier, est très peu développée. Elle est surtout visible dans des démarches d'évaluation de l'impact des protocoles dans le cadre d'évaluation des pratiques professionnelles.

Lorsque ce type de démarche a lieu, à l'hôpital, elle présente comme :

- Avantages : facilité de mise en place dès lors qu'un référentiel d'évaluation est établi (peu de moyens sont nécessaires à sa mise en place), peu de résistances constatées chez les professionnels dans la mesure où elle ne contient pas de volet « contrôle par un élément extérieur »
- Inconvénients : le biais induit par l'absence de distanciation avec l'objet évalué dans la mesure où l'évalué est l'évaluateur (manque d'objectivité), le retour limité des résultats dans la mesure où en fonction du protocole, l'évalué/évaluateur n'est pas tenu de restituer les résultats.

### 3.3. La coévaluation

« L'évalué / évaluateur » confronte les résultats de l'évaluation (de sa production et/ou de ses procédures) à l'évaluation réalisée par un évaluateur extérieur ; les appréciations de chacun peuvent être basées ou non sur un référentiel externe. Dans une telle démarche, le retour sur soi opéré par « l'évalué/évaluateur » est soutenu par la mise en relation des deux évaluations.

Ce type d'auto évaluation s'avère être la plus achevée car elle combine à la fois une auto évaluation stricte ou mutuelle et une évaluation externe.

La phase d'auto évaluation telle qu'elle a été définie par l'ANAES dans la démarche d'accréditation est un exemple de co évaluation : une évaluation mutuelle se voulant transversale complétée par une évaluation externe assurée par des experts. La rétroaction est faite dans cette démarche par le biais des conclusions du collège d'accréditation.<sup>41</sup>

L'avantage principal que présente la co évaluation réside dans le fait que le jugement subjectif est confronté à un avis extérieur. En revanche, elle présente l'inconvénient d'être d'une mise en œuvre assez lourde et très souvent coûteuse (combinaison de deux dispositifs d'évaluation).

#### **4. Conclusion**

L'auto évaluation est une méthode d'évaluation qui présente un avantage majeur celui d'assurer le développement de l'autonomie de l'apprenant (en pédagogie) ou du professionnel et par conséquent de participer à leur responsabilisation en les obligeant à mesurer d'eux mêmes l'écart existant entre ce qu'ils sont (ou ce qu'ils font) et ce que « l'on » attend d'eux : situation favorisant hautement le changement.

L'ANAES en choisissant d'appuyer son modèle sur une phase d'auto évaluation (ce qui est différent du modèle de la JCAO des Etats-Unis), a fait le pari que seul un changement porté par les professionnels du monde de la Santé peut être opérant et bénéfique pour le patient : ce qui suppose que ces professionnels soient acteurs à part entière de ce changement.

### **Chapitre 3 : LES HYPOTHESES DE TRAVAIL**

Partant de la question de départ qui était «**l'accréditation étant un dispositif lourd et coûteux, l'hôpital ne peut-il pas en tirer d'autre utilité que celle prévue par le législateur ?** » et à la lumière du cadre théorique, nous avons retenu une hypothèse principale de travail qui est la suivante :

**La mise en œuvre d'une démarche d'auto évaluation préliminaire constitue une opportunité pour un Directeur des Services de Soins Infirmiers.**

Compte tenu de l'étendu du sujet nous avons défini deux hypothèses afin d'orienter le travail :

▄ **Hypothèse 1** : Une démarche « d'auto évaluation préliminaire », menée à partir des critères contenus dans le manuel de l'ANAES, permet de compléter un système d'information interne déjà existant à l'hôpital (rentabilité informative du dispositif) : devenant ainsi un outil intéressant pour une DSSI

**► Hypothèse 2: Une auto évaluation préliminaire, telle qu'elle a été menée dans le CHU de X, a un impact sur la dynamique des équipes**

Dans la dernière partie de ce travail de fin d'étude, nous nous attacherons à répondre à l'hypothèse principale tout en proposant des actions pouvant être mises en œuvre par une DSSI, une infirmière générale de 2° classe afin d'optimiser l'impact d'une telle démarche.

## **Chapitre 4 : LE CADRE OPERATOIRE**

Comme nous l'avons souligné dans la première partie de ce mémoire, la démarche de vérification des hypothèses repose sur une expérience menée entre 1999 et 2000 dans le Centre Hospitalier Universitaire de X et qui avait pour finalité la réalisation d'une démarche d'auto évaluation à blanc, service par service, tous secteurs d'activités confondus à partir des critères contenus dans le manuel de l'ANAES dans sa version expérimentale de Juillet 1998.

Principal protagoniste du projet « d'auto évaluation préliminaire à la démarche d'accréditation officielle » qui a été réalisé dans cet établissement, nous avons souhaité, dans le cadre de ce travail, analyser des données que nous avons collectées et qui n'avaient pas encore été traitées.

La méthode d'investigation que nous avons retenue dans le cadre de ce travail d'analyse repose sur :

- Une recherche documentaire dans le cadre de la vérification de l'hypothèse portant sur le système d'information : analyse des 30 rapports de synthèse établis pour chacun des services
- des entretiens libres avec l'infirmière générale du site de référence et la DSSI du CHU de X afin de compléter et de valider les résultats
- Une enquête d'opinion par questionnaires pour l'hypothèse se rapportant aux effets sur la dynamique des équipes : 253 questionnaires ont été traités selon la méthode des tris à plat
- Des entretiens semi - directifs réalisés tout au long des deux années de travail et durant la période d'analyse auprès de nos camarades de promotions, des intervenants de l'ENSP et de nos maîtres de stage.

Nous attacherons dans un premier temps à présenter l'établissement dans lequel a eu lieu l'expérience de référence, sa structure qualité qui a eu en charge le projet et la démarche d'auto évaluation en elle-même.

## **A. PRESENTATION DU CADRE D'ANALYSE**

### **1. Le CHU de X**

Le CHU de X est un établissement de 2200 lits répartis en 4 sites d'activités comprenant plus de 200 unités de soins :

- 2 sites à orientation « médecine, chirurgie et obstétrique » ( MCO)
- 1 site à orientation gériatrique
- 1 site à orientation psychiatrique.

Chacun de ces sites est placé sous l'autorité d'un directeur de site en relation hiérarchique directe avec le directeur général de l'établissement.

L'organigramme du service infirmier, dans cet établissement, se caractérise de la façon suivante : une Directrice du Service des Soins Infirmiers au niveau de la direction générale du CHU, 3 infirmiers généraux de 2<sup>o</sup> classe responsables de chacun des sites ( les sites gériatriques et psychiatriques sont placés sous l'autorité d'un même IG), des cadres supérieurs ayant 6 unités en charge en moyenne et des cadres d'unités tous titulaires du CCI.

L'expérience qui sert de cadre à ce travail concerne plus précisément un des deux sites MCO et ses 41 unités de soins réparties en 31 unités d'adultes et 10 unités pédiatriques.

On trouve sur ce site par spécialités: 2 unités de médecine interne, 3 unités d'hématologie (1 service d'hospitalisation conventionnelle, 1 secteur stérile et 1 secteur de consultation avec des soins ambulatoires), 2 unités de dermatologie, 2 unités de gastro - entérologie dont 1 unité d'interventionnelle, 3 unités de cardiologie dont une unité de soins intensifs, 3 unités de pneumologie, 5 unités de néphrologie (2 unités d'hospitalisation, 1 service de réanimation, 2 unités d'épuration extra rénale), 1 bloc opératoire (7 salles), 1 unité de soins intensifs post opératoires, 3 unités de réanimation polyvalente pour adultes, 1 unité de douleur, 1 unité de chirurgie cardio vasculaire (service de greffes cardiaques), 2 unités de chirurgie digestive, 2 unités d'urologie, 1 unité d'urgence pédiatrique, 6 unités d'hospitalisation (de la néonatalogie à l'adolescence), 2 réanimations pédiatriques, 1 unité de consultation pédiatrique.

La direction de ce site est assurée Mme C, ancienne DSSI de l'établissement et qui est également directeur de la cellule qualité.

L' infirmière générale de 2° classe du site Mme L, y est présente depuis 5 ans. Elle dispose d'une grande autonomie d'action qui lui est attribuée notamment par la DSSI et le directeur de site. Mme L. a sous son autorité directe 4 cadres supérieurs infirmiers et 34 cadres d'unités. Son mode de management est participatif. Elle a choisi depuis 1997 d'inscrire ses actions dans le cadre d'un projet du service de soins spécifiques au site (déclinaison du projet « central » de la DSSI).

Il est à noter, notamment pour le travail d'analyse venant en réponse à l'hypothèse concernant la rentabilité informative de la démarche d'auto évaluation préliminaire, que le CHU de X n'avait pas à sa disposition, en 1998 et 1999, un système d'information efficient : outre le PMSI et quelques tableaux d'activités, il n'existait pas de démarches de collectes de données routinières et en aucun cas à partir d'indicateurs de procédures.

Dans le cadre de ce travail d'analyse nous avons choisi volontairement :

- de ne traiter que les données concernant l'un des sites MCO. En effet, responsable de la mise en œuvre de la démarche d'auto évaluation sur ce site nous avons une source documentaire, une expérience et une base de données plus sensible et exhaustive que pour les 3 autres sites
- de ne pas analyser les données concernant les services médico-techniques et logistiques afin de limiter notre travail au champ de responsabilité du Directeur du Service des Soins Infirmiers (DSSI) et de l'infirmière générale de 2° classe.

## **2. La structure qualité du CHU de X**

Afin de placer le CHU dans la dynamique d'évaluation et de promotion de la qualité des soins voulue par la loi hospitalière de 1991 (renforcée par l'ordonnance d'avril 1996), la direction du CHU de X s'est doté d'une « structure qualité » et cela dès 1998.

La direction souhaitait que cette structure soit à la fois stratégique et opérationnelle. Sa première mission a été la réalisation d'une auto évaluation préliminaire à la démarche d'accréditation.

Trois entités la composaient :

- un bureau qualité : structure décisionnelle avec un nombre restreint de membres (5) dont le directeur général, le directeur de la CME et la DSSI
- une commission qualité : maître d'œuvre du dispositif. Cette commission était composée de 30 membres dont des usagers et des représentants de l'ensemble des secteurs d'activité. A noter que la direction avait souhaité que cette commission soit présidée par un médecin désigné par ses pairs dans le cadre de la Commission Médicale d'Etablissement ( CME). Au travers de cette décision, la direction voulait montrer qu'elle donnait une place importante à la communauté médicale dans ce projet qualité
- la cellule qualité : la cheville ouvrière de la structure était composée de 2 qualitiens et d'un cadre infirmier méthodologiste analyste (fonction que nous occupions). Cette cellule qualité a été placée sous la responsabilité de Mme C qui était également directeur de l'un des sites et ancienne DSSI de l'établissement.

### **3. La démarche d'auto évaluation à «blanc ou préliminaire » réalisée au CHU de X**

Dès la fin de l'année 1998, la direction du CHU de X a souhaité s'engager dans la démarche d'accréditation rendue obligatoire par l'ordonnance d'avril 1996 et précisée par le décret de 1997, convaincue qu'elle pouvait constituer un levier de changement tant au niveau des organisations que des pratiques professionnelles. Il est à noter qu'au moment où la direction de cet établissement a émis ce souhait, l'ANAES n'en était qu'à la phase de test, dans 40 établissements volontaires, du manuel et de la procédure générale pressentie.

C'est ainsi que la Direction Générale du CHU de X a fait le choix de réaliser une auto évaluation préliminaire qualifiée « d'auto évaluation à blanc » afin de :

- lui permettre de définir une « politique qualité » prenant en compte les spécificités de l'établissement et les projets des professionnels en ce qui concerne l'amélioration de la qualité des prestations
- apprécier l'esprit et la dynamique qualité présents au sein du CHU et si nécessaire d'insuffler cet esprit qualité (diffusion d'une culture qualité)
- valoriser les points forts de l'établissement et les nombreuses actions déjà entreprises en regard des critères contenus dans le manuel (à cette époque dans sa version expérimentale)
- dégager des axes d'amélioration

- d'établir une situation de référence (T°) qui permettra, lors de la démarche d'accréditation définitive, de mesurer le chemin parcouru
- de placer l'ensemble des professionnels dans une réflexion devant aboutir à une amélioration de la prise en charge des patients
- démystifier l'accréditation auprès de l'ensemble des professionnels
- déterminer le moment opportun où l'établissement devra demander officiellement son engagement dans la démarche d'accréditation auprès de l'ANAES.

### 3.1. Méthodologie de l'auto évaluation dite « préliminaire »

La méthodologie choisie pour l'auto évaluation préliminaire par les décideurs du CHU de X, sur les conseils des membres de la cellule qualité, a été celle d'une démarche service par service, dans tous les secteurs d'activité, sur les 4 sites du C.H.U. En privilégiant cette méthode différente de celle préconisée par l'ANAES (évaluation transversale des établissements de santé par un groupe pluridisciplinaire) les décideurs du CHU de X ont voulu qu'un maximum de professionnels confrontent leurs pratiques, leurs organisations aux standards de l'ANAES et participent eux mêmes à la détermination des plans d'amélioration continue de la qualité nécessaires (PACQ) .

La cellule qualité qui a eu pour mission principale l'organisation de cette auto évaluation préliminaire a défini la méthode, a réalisé les supports nécessaires, accompagné les équipes, établi les rapports de synthèse et dans certains services a participé à la mise en place des PACQ. Pour plus de facilité les membres de la cellule qualité (au nombre de 3) se sont répartis les 4 sites et il a été décidé de mener d'abord l'auto évaluation sur les 2 sites MCO puis 6 mois plus tard sur les sites gériatrique et psychiatrique.

Le principe retenu dans le cadre de cette auto évaluation préliminaire était que chaque service mène une réflexion quant à son positionnement en regard des critères (et non des références) qui le concernait dans le manuel de l'ANAES en valorisant les actions entreprises et détermine de lui-même les éléments devant être améliorés. Cette phase d'évaluation devait être réalisée par l'ensemble des professionnels de chacun des services : des groupes pluridisciplinaires (médecins, paramédicaux, rééducateurs, administratifs) se réunissant durant une vingtaine d'heures sur une période pressentie de trois mois. Les résultats de l'auto évaluation étaient transmis à la cellule qualité qui en faisait une synthèse. Une fois cette synthèse validée par les responsables médicaux et non médicaux des

services, elle faisait l'objet d'une présentation à l'ensemble des professionnels des services concernés et servait de point de départ à la mise en œuvre des PACQ.

Afin de faciliter le travail d'auto évaluation des professionnels des services, la cellule qualité avait créé des cahiers à thèmes : chaque secteur d'activité ayant dans le cahier les critères ANAES le concernant. Compte tenu que l'ensemble des services n'était pas équipé en postes d'ordinateurs, il n'a pu être envisagé d'utiliser le support informatique qui aurait constitué un gain de temps et une économie financière importante (l'impression des cahiers ayant générée une facture de plus de 45 000 francs).

Les 25 cahiers à thèmes qui ont été ainsi créés étaient constitués de grilles de saisies ( voir annexe 1) qui reprenaient systématiquement la référence à laquelle était rattachée le critère qui servait de base à la démarche d'évaluation et l'intitulé du critère avec son code ANAES. A gauche de la grille était prévu une zone dans laquelle les professionnels devaient faire apparaître : si le critère était non applicable au service, les motifs, les points forts du service en regard à ce critère et le cas échéant les perspectives d'amélioration retenues par le service (éléments repris dans les PACQ). Il était demandé également aux professionnels de faire apparaître la position du service sur une échelle numérique de 1 à 4 (1= le service ne satisfait pas au critère ; 4= le service satisfait totalement au critère).

A noter que les cahiers ont été créés à partir du manuel ANAES dans sa version expérimentale de Juillet 1998 et l'analyse des résultats ( voir annexe 7) à partir du référentiel définitif de février 1999. Les unités de soins, concernés par ce travail d'analyse, ont été invitées à traiter 129 critères des 298 contenus dans le nouveau manuel : 13 critères n'ont pas été traités car ils n'existaient pas dans l'ancienne version et 156 critères ne concernaient pas leur champ d'activité.

### 3.2. La mise en œuvre de la démarche d'auto évaluation préliminaire

La mise en œuvre de la démarche d'auto évaluation s'est faite selon un dispositif défini par la cellule qualité et validé par la direction en 8 étapes :

1. **Présentation du projet d'auto évaluation préliminaire aux différentes instances de l'établissement** (Comité de direction, CME, CTE, CA, CLIN, réunion de cadres...) par les membres de la cellule qualité : finalités, méthodes, calendrier ➡ 10 présentations. Ce dispositif de communication a été complété par un courrier envoyé par le directeur aux différents responsables médicaux de l'établissement



2. **Présentation du projet d'auto évaluation préliminaire aux différentes équipes des professionnels** concernés dans le cadre de réunions de services, de secteurs, de temps de relèves. Comme il a été souligné dans un paragraphe précédent ces différentes rencontres ont permis aux membres de la cellule qualité de diffuser des notions importantes en matière d'évaluation, d'assurance qualité et d'apporter des conseils personnalisés et adaptés en ce qui concerne la méthode à employer : ce qui n'aurait pas été le cas si le choix de la méthode à employer pour la présentation du dispositif s'était arrêté sur une « lettre circulaire ». En ce qui concerne le site MCO de référence à ce travail d'analyse, 48 réunions d'information ont été organisées. A noter que pour 22 services sur 41 que compte ce site, il a été réalisé en plus une présentation aux chefs de service et à leurs collaborateurs médicaux. Cette démarche, bien que chronophage, s'est avérée à moyen terme efficace dans la mesure où on a pu constater une participation plus soutenue des médecins à la démarche dans ces 22 services,
3. **Réalisation de la démarche d'auto évaluation préliminaire** par les équipes concernées. En ce qui concerne la méthode employée par les équipes de professionnels des 41 unités du site de référence, on relève que :
  - pour des raisons de proximité géographique (ex : 2 unités aux activités confondues en un même lieu), d'organisation générale du travail, 30 cahiers ont été complétés au lieu des 41 attendus. Pour ces unités, lorsqu'il ne pouvait y avoir de réponses uniques aux critères, les professionnels s'attachaient à faire apparaître sur les grilles de saisies les réponses spécifiques à chacune des unités
  - sur ces 30 groupes d'auto évaluation, 22 étaient pluridisciplinaires c'est à dire composés de médecins, de soignants, de secrétaires et selon le cas d'autres professionnels tels que diététiciennes, rééducateurs, pompiers... Les 8 autres groupes (qui correspondaient à 9 unités) ne contenaient pas de médecins : leur participation ne se limitant qu'à une validation des grilles de saisies. Lors de la restitution des résultats aux équipes, nous avons pu relever que dans 5 des 9 unités concernées, les médecins ont finalement déploré de ne pas s'être plus impliqués dans la démarche et sont devenus des moteurs pour la mise en œuvre des PACQ
  - les groupes d'auto évaluation ont fait preuve de beaucoup de sérieux dans le recueil et la retranscription des données portées dans les grilles de saisies. La méthode préconisée au départ par la cellule qualité ne prévoyait pas la production de preuves. Très rapidement après le lancement de la démarche, et à la lumière d'expériences similaires menées dans d'autres établissements, les membres de la cellule qualité se sont rendus compte que cela constituait une erreur méthodologique dans la mesure où dans la mesure où la légitimité et la véracité des données, contenues dans les grilles de

saisies, pouvaient être discutées car non « contrôlées ». Pour corriger cela, les membres de la cellule qualité ont décidé d'organiser des visites ponctuelles dans les différentes unités durant la période d'auto évaluation afin de vérifier la concordance entre les contenus des cahiers et la réalité des services. Les résultats ont permis de conclure à un bon niveau d'exhaustivité et de sensibilité des éléments présents dans les cahiers. De plus, il est à relever que le fait que les professionnels s'étaient attachés à mener la démarche d'une manière qui soit la plus efficace et rentable possible a entraîné une modification du calendrier prévisionnel : au lieu des 20 heures sur trois mois prévus au départ, les groupes d'auto évaluation ont pris en moyenne plus de 40 heures sur 6 mois (32 heures < x < 56 heures)

► 9 groupes d'auto évaluation ont mis en place des démarches d'audits (enquêtes de satisfaction, audits de dossiers, évaluation de pratiques...) pour améliorer la qualité des informations retranscrites sur les grilles de saisies sans aucune aide extérieure : en s'appuyant sur les compétences internes

4. **La restitution des cahiers complétés** et validés par les responsables médicaux et infirmiers des unités à la référente du site de la cellule qualité
5. **Réalisation d'un document de synthèse** d'une vingtaine de pages, par la cellule qualité, **reprenant les forces du service et les perspectives d'amélioration**. Ce document une fois établi était corrigé et validé par les responsables des unités avant d'être présenté aux équipes. Pour des raisons de confidentialité, demandé par la communauté médicale lors du lancement du projet, seules les équipes étaient destinataires du document de synthèse. A noter que pour 28 rapports, un travail complémentaire de collecte de données, par le référent de la cellule qualité, a été nécessaire. Un retard important a été pris par la cellule qualité durant cette phase car ce travail de synthèse s'est avéré fastidieux notamment car les données étaient sur support papier (plus de 25 heures par cahiers)
6. **Présentation de la synthèse aux équipes** dans le cadre de réunions ou de temps de relèves : 27 rendus de ce type ont été organisés. Ces temps, particulièrement intenses, avaient un triple objectif : restituer les résultats de la démarche à l'ensemble des membres des équipes (les groupes d'auto évaluation ne mobilisant pas tout le monde), valoriser les actions entreprises et les projets des équipes et enfin finaliser les PACQ et établir un Gant des actions . Cette phase de restitution s'est achevée à la fin du 1<sup>o</sup> semestre 2000 soit 18 mois après le lancement de la démarche
7. **Accompagner les équipes dans la mise en œuvre des PACQ** (aide méthodologique, allocation de moyens , encadrement logistique...). Le principal apprentissage que nous retirons de cette expérience réside très probablement dans cette phase. En effet, comme

nous l'avons déjà souligné, 11 groupes ont « spontanément » mis en œuvre des actions correctrices et cela sans attendre l'achèvement de la démarche d'auto évaluation. En revanche, il a fallu attendre le début du 2° semestre 2000 pour voir les autres groupes mettre en place les PACQ qu'ils avaient défini et cela sous l'effet d'une injonction du directeur général fin du 1° semestre 2000, le directeur général du CHU a demandé à tous les services du CHU de définir un projet de service, reprenant notamment les résultats de l'auto évaluation, en vue d'établir le projet d'établissement et de déterminer les budgets de service dans le cadre des futurs centres de responsabilité. Nous en concluons que compte tenu du caractère très peu institutionnel qu'avait au départ cette démarche et bien que les équipes se soient investies dans la phase d'évaluation, il a fallu d'une commande de la direction pour que les équipes entrent dans la phase de correction.

8. **Réalisation d'un rapport de synthèse anonymisé** pour l'ensemble des 41 unités du service et transmis à la direction du site et à la direction générale du CHU devant servir à la détermination d'un PACQ spécifique au site à la politique qualité du CHU.

En ce qui concerne les résultats de cette démarche d'auto évaluation préliminaire, comme nous l'avons déjà souligné, nous n'en aborderons que deux aspects au travers des deux hypothèses secondaires. C'est ainsi que nous tenterons tout d'abord d'évaluer la rentabilité informative d'un tel dispositif puis de mesurer son impact sur les équipes qui s'y sont engagées.

## **B. LES RESULTATS DU TRAVAIL D'ANALYSE**

### **Hypothèse 1 :**

**Une démarche « d'auto évaluation préliminaire », menée à partir des critères contenus dans le manuel de l'ANAES, permet de compléter un système d'information interne déjà existant à l'hôpital: devenant ainsi un outil intéressant pour un DSSI**

## 1. Introduction

« Sans information pas d'actions » : voici un adage qui est devenu depuis une vingtaine d'années une des principales préoccupations de tout décideur qui soit du monde hospitalier ou non. Le Directeur du Service de Soins infirmiers n'échappe en rien à ce phénomène bien au contraire.

Améliorer la qualité des soins, renforcer et maintenir la sécurité, prévenir les risques iatrogéniques, optimiser la capacité des organisations soignantes à répondre aux attentes des usagers, accroître la performance des hôpitaux sont des objectifs qui s'imposent aux DSSI comme à tout professionnel de la santé. Leurs atteintes ne peut se concevoir en dehors d'un système d'information performant c'est à dire qui soit capable de rendre disponible et lisible des données sensibles et exhaustives qui traduisent parfaitement une réalité : que c'est dernière concerne des organisations, des pratiques ou encore des comportements.

L'histoire du système d'information hospitalier se confond avec celle de l'évaluation dans le domaine de la santé ( voir cadre théorique) dans la mesure où sans évaluation il ne peut y avoir de collectes de données. Toutefois, et comme nous avons tenté de le montrer dans le cadre théorique, les systèmes d'informations telles que nous les connaissons classiquement dans nos établissements ne sont pas en capacité de produire toutes les données nécessaires. C'est ainsi que nous trouvons généralement des informations collectées à partir d'indicateurs « de résultats » et « de structures » et que très rarement à partir d'indicateurs de « procédures ».<sup>42</sup> Une des explications à ce phénomène est que les données recueillies à partir d'indicateurs de résultats et/ou de structures sont plus facilement collectables et analysables car généralement quantitatives ( utilisation de grilles de saisies couplées à un traitement de données) tant dis que celles obtenues à partir d'indicateurs de procédures sont qualitatives c'est à dire d'un maniement plus lourd.

Que les informations soient collectées dans le cadre du PMSI, de la SAE, des grilles CNAM, des tableaux de bord des tutelles ou encore des grilles d'activité spécifique à chaque établissement on se rend compte aujourd'hui qu'elles sont insuffisantes pour établir une photographie précise de la qualité effective des soins. Le challenge aujourd'hui pour un DSSI, notamment, est de trouver de nouvelles sources d'informations surtout en ce qui

---

<sup>42</sup> P.Lombrail,M.Naiditch, D.Baubeau, P.Cuneo – Les éléments de la performance hospitalière – les conditions d'une comparaison – Revue de la DREES – n° 42 – Décembre 1999- p1 à 8

concerne les pratiques, les manières de faire, les préoccupations des usagers et des professionnels, leurs souhaits, leurs valeurs...

L'expérience du CHU de X, nous a montré que la démarche d'accréditation peut constituer une source d'information nouvelle et intéressante en particulier pour un DSSI.

## **2. Méthodologie utilisée dans le cadre de ce travail d'analyse**

Comme nous l'avons déjà souligné, nous avons établi un document de synthèse ( voir annexe 7) à partir des 30 rapports qui ont été réalisés pour les 41 unités présentes sur le site de référence. Ce rapport suit le plan du manuel. Il a pour objectif de proposer une photographie des actions entreprises par les professionnels en regard des critères. Il nous a semblé pertinent, pour certains critères, de dissocier les réponses apportées par les unités d'adultes de celles ayant en charge des enfants.

Des entretiens ont été menés avec l'infirmière générale du site et la DSSI pour spécifier les informations jusqu'alors non disponibles.

## **3. Résultats obtenus**

Dans le cadre de ce travail d'analyse nous nous attacherons à mettre en évidence la rentabilité informative d'une démarche d'auto évaluation préliminaire à partir des critères ANAES . D'où notre choix de ne pas mener une démarche d'évaluation sur la qualité des réponses apportées mais d'analyser en quoi cette information rendue disponible peut être utile pour une DSSI comme à tout décideur hospitalier. Afin d'être en cohérence avec les résultats présentés en annexe 7, notre travail suivra le plan du manuel : « le patient et sa prise en charge », « le management et la gestion au service du patient » et enfin « la qualité et la prévention ».

### **Chapitre I : Le patient et sa prise en charge**

3 sujets sont traités dans ce chapitre : le respect des droits du patient et son information, le dossier du patient et l'organisation de la prise en charge du patient.

▪ **Le respect des droits du patient et son information ( code ANAES « DIP »)**

9 références sont traitées dans ce sous-chapitre qui sont elles mêmes déclinées en 35 critères. Sur ces 35 critères, 29 ont été traités par les unités : 5 étaient non adaptés et 1 ne figurait pas dans la manuel dans sa version de juillet 1998.

Dans ce chapitre sont traités tour à tour la question de la diffusion de la charte du patient hospitalisé, la formation du personnel aux droits du patient, le respect des droits du patient, l'information du patient et de ses proches , la gestion des plaintes et des réclamations.

Compte tenu du fait que le CHU de X n'avait jamais mené de démarche d'évaluation portant sur l'un de ces sujets, ce chapitre illustre parfaitement l'hypothèse 1 de notre travail de recherche. En effet, les rares procédures d'évaluation existantes, reposant pour l'essentiel sur le questionnaire de sortie et quelques enquêtes de satisfaction ponctuelles, n'étaient pas en mesure de fournir des données suffisantes pour positionner les unités en regard des critères.

C'est ainsi que l'auto évaluation a montré que :

► **La charte du patient hospitalisé** était diffusée, conformément à la réglementation en la matière, mais qu'en revanche les professionnels de l'ensemble des unités ne s'étaient pas appropriés son contenu et se disaient ne pas être en mesure de la « faire vivre dans leur pratique quotidienne ». Les informations collectées au travers des critères concernant la charte ont été corroborées par ceux concernant la connaissance par les professionnels des droits des patients.

La DSSI et l'IG ont repris ces données pour argumenter, dans le cadre de la commission du plan de formation, une augmentation des actions de formation « droit et responsabilité » qui existaient sur le CHU de X depuis une dizaine d'années.

A noter également que l'auto évaluation ayant montré que dans 8 équipes sur 30 des cadres organisaient des temps d'échanges à ce sujet (action jusqu'alors non valorisée), l'IG de site a souhaité les rencontrer pour s'appuyer sur ce groupe de cadres pour étendre cette expérience.

Il nous semble également intéressant de souligner que 22 équipes sur 30 ont déclaré que le traitement de ces critères a été l'occasion, pour elles, de relire collectivement la charte et de l'analyser : l'auto évaluation devenant dans une telle situation un temps d'auto formation

► **Le respect des droits du patient** (accès aux soins pour tous, prise en charge des personnes handicapées, des personnes étrangères, respect de l'intimité et des croyances...). Ce domaine est très difficile à évaluer tant les situations sont complexes et les

intervenants nombreux : les actions d'évaluation sur de tels sujets n'apportant que des données partielles ou ponctuelles.

L'auto évaluation a montré que les professionnels interrogés étaient tous préoccupés par ce sujet mais qu'ils rencontraient des difficultés pour garantir au patient le respect total de ses droits.

En regard de certains critères, des difficultés techniques ont été invoquées qui ont fait l'objet d'un PACQ à l'issue de la démarche . Pour exemple : la nécessité d'installer des voyants lumineux à l'entrée des chambres afin de mieux respecter l'intimité du patient. En revanche pour de nombreux critères, les professionnels ayant retenu que le respect des droits du patient ne relevait que d'une auto discipline et d'une meilleure cohésion au sein des équipes, les décideurs du site ont considéré que cela relevait des projets d'amélioration spécifique à chaque service.

L'analyse des cahiers ayant montré à quel point un nombre important d'équipes plaçait le respect des droits du patient comme prioritaire, la DSSI et l'IG ont décidé de considérer ce thème comme principal dans le projet du service des soins infirmiers.

►► **L'information du patient et de ses proches** (information concernant les modalités pratiques, les actes réalisés, les thérapeutiques entreprises, les risques encourus, le recueil de consentement...). Les résultats obtenus au travers de la démarche d'auto évaluation ont montré que globalement le CHU de X avait un positionnement moyen en regard des références retenus pour ce thème surtout pour ce qui est du respect de la législation en vigueur dans ce domaine.

Ces résultats sont à considérer comme surprenant pour un établissement dans lequel le service des soins infirmiers est à l'origine de très nombreuses actions de formations sur ce sujet. Dans le cadre de ce travail d'analyse nous avons tenté de comprendre cet état de fait. Les entretiens que nous avons pu avoir avec des professionnels et l'encadrement ont montré que finalement les actions de formations aussi nombreuses soient elles n'ont touché qu'un nombre restreint de professionnels : ambitieuses, ces formations étaient longues c'est à dire répétées dans le temps pour une même population.

A la vue de ces résultats et suite à des débats au sein du service infirmier et avec le Directeur des Ressources Humaines, la DSSI et l'IG ont décidé d'étudier de nouvelles actions de formation : plus courtes, plus ciblées mais pouvant atteindre un plus grand nombre de professionnels. Pour ce thème, le traitement des critères par les équipes a permis de mesurer l'impact « réel » des formations organisées par le service des soins infirmiers et a été à l'origine d'un débat de fond sur la pertinence du plan de formation engagé mais également sur la manière dont ces formations pouvaient être relayées sur le

terrain (débat interne au sein des équipes, présentation de synthèses aux autres membres..).

Il est à souligner également que l'IG du site a utilisé les données concernant l'information du patient pour mesurer l'état d'avancement de son projet «accueil ». En effet, l'IG avec l'encadrement du site avait inscrit, en 1999 et 2000, l'ensemble des équipes soignantes dans une démarche visant à améliorer l'accueil du patient. Ce projet contenait un volet « amélioration de l'information du patient à son arrivée et tout au long de son séjour ». Les résultats obtenus ont permis de montrer que le projet n'était pas encore finalisé et qu'une année supplémentaire était à prévoir .

►► **La gestion des plaintes et des réclamations** : le traitement de ces critères a permis de mettre en évidence qu'il n'existait pas de procédure homogène dans les services dans ce domaine et que de plus les professionnels méconnaissaient totalement l'existence des commissions de conciliation et leur mode de fonctionnement. A la vue de ces résultats, la direction du site a décidé de travailler avec la cellule qualité en vue d'établir une procédure et de mener une campagne d'information concernant les finalités et les modalités de fonctionnement des commissions de conciliation.

▪ **Le dossier du patient ( code ANAES « DPA »)**

7 références sont traitées dans ce sous chapitre qui sont elles mêmes déclinées en 23 critères. Sur ces 23 critères, 14 ont été traités par les unités : 9 étaient non adaptés aux unités de soins.

En référence à notre hypothèse de travail, nous pouvons dire que ce chapitre est l'un de ceux pour lequel l'auto évaluation a apporté le moins d'informations pertinentes pour les décideurs de l'établissement : en matière de « dossier patient », l'évaluation directe des dossiers constitue la méthode la plus rentable car elle permet une photographie précise du contenu des dossiers.

A noter toutefois qu'en ce qui concerne les données utilisables, l'IG du site a retenu que le développement des « transmissions ciblées » ne s'était pas fait comme elle l'avait souhaité : seulement 9 équipes sur 30 les utilisaient quotidiennement. Elle ne détenait pas jusqu'alors cette information car le cycle de formation n'étant pas terminé (il a débuté en 1998 et devait s'achever fin 2000), aucune démarche d'évaluation de son impact n'avait encore eu lieu. En



regard à ces résultats, l'IG a décidé de prendre contact avec l'organisme de formation pour tenter de comprendre les raisons de cette faible diffusion des acquis.

▪ **L'organisation de la prise en charge du patient ( code ANAES « OPC »)**

15 références sont traitées dans ce sous chapitre qui sont elles mêmes déclinées en 56 critères. 3 références n'ont pas été traitées par les unités de soins ainsi que 6 critères.

La démarche d'accréditation ayant pour objectif l'amélioration de la prise en charge des patients et de leur entourage, le chapitre OPC constitue la pièce centrale du manuel et celui qui a fourni le plus d'informations aux décideurs de l'établissement notamment aux responsables des soins : les médecins, la DSSI, l'IG et l'encadrement soignant.

Les informations obtenues au travers de ce chapitre peuvent être classées en quatre catégories :

1. **Les informations permettant d'évaluer l'impact de démarches en cours** : on retrouve dans ce chapitre des éléments permettant de mesurer l'état d'avancement et l'impact des actions déjà entreprises dans le cadre du projet accueil de l'IG du site et de certaines actions de formation tels que les « 5 premières minutes de l'urgence ».
2. **Les informations venant renforcer la vision qu'avaient la DSSI et l'IG du positionnement des équipes en regard des critères**
  - Pour exemple :
    - Le bon fonctionnement de la prise en charge des urgences
    - L'organisation « moyenne » des séjours des patients et de la prise en charge des patients agités, la qualité moyenne de la prise en charge des patients en fin de vie
    - Les difficultés au niveau des interfaces avec les services médico techniques (mauvaise transmission des informations, programmation des rendez vous à améliorer...)
    - L'absence de démarches d'évaluation des pratiques professionnelles et de l'impact des protocoles en vigueur.
3. **Les informations valorisant des actions entreprises par des équipes et autour desquelles aucune publicité n'avait été faite**
  - Pour exemple :
    - Les grilles de spécification des besoins utilisées en pédiatrie, en néphrologie...
    - Le travail mené par 4 équipes dans le cadre de l'accompagnement des patients en fin de vie (expérience pouvant servir d'exemple pour les autres services du site)

- Les nombreuses démarches éducatives assurées dans des services tels que l'endocrinologie pédiatrique, les services dialyse...

**4. Les informations traduisant une réalité méconnue par les décideurs de l'hôpital et en particulier la DSSI et l'IG ( les « scoops ») :** cette réalité pouvant être favorable pour le site ou bien au contraire désavantageuse.

- **Réalité favorable** : l'existence de filières de soins et de réseaux non formalisés avec des partenaires extérieurs (réalité non spécifiée jusqu'alors)
- **Réalité défavorable** : la prise en charge de la douleur aiguë et chronique ainsi que la souffrance psychique.

## **Chapitre II : Management et gestion au service du patient**

4 thèmes sont abordés : le management de l'établissement et des secteurs d'activité, la gestion des ressources humaines, la gestion des fonctions logistiques, la gestion du système d'information. Du point de vue de la méthode, il est à souligner que les informations collectées au travers de ce chapitre sont à «recouper » avec celles obtenues dans les cahiers des autres secteurs d'activité et ceux ci conformément à une logique d'évaluation « client- fournisseur ».

- **Le management de l'établissement des secteurs d'activité ( code ANAES « MEA »)**

Neuf références son contenues dans ce thème décliné en 22 critères dont 15 non pas été traités par les unités de soins : ce thème reprenant pour l'essentiel des standards concernant la gestion générale de l'établissement.

D'une façon globale on peut retenir de ce sous chapitre qu'il a eu un impact sur la gestion générale de l'établissement. C'est ainsi que ses références et ses critères ont :

- Suscité des débats au niveau des directions et notamment de sites au sein du CHU de X car en questionnant les dirigeants de l'établissement sur l'existence et la pertinence de leurs politiques (communication, gestion...), ce sous chapitre a été à l'origine d'une démarche de formalisation, d'écriture et de communication de ces dernières
- « Préparé » la demande qu'a faite le directeur début 2° semestre 2000 concernant l'élaboration des projets de services : le fait que le projet de service revienne à plusieurs reprises dans le manuel et qu'il soit présenté comme un cadre incontournable a appuyé la demande du directeur

- Relancé des travaux en cours tels que les livrets d'accueil pour nouveaux agents : ce travail impulsé par la DSSI a été finalisé par 16 équipes suite à la démarche d'auto évaluation
- Permis de mettre en évidence les lacunes de l'établissement en matière de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences.
- **La gestion des ressources humaines ( code ANAES « GRH »)**

Ce sous chapitre a été traité essentiellement par la DRH : c'est ainsi que seulement 10 critères sur les 25 ont été soumis aux équipes des unités de soins.

En matière de rentabilité informative, nous retenons que ce sous chapitre a permis :

- de mettre en évidence que la trame des profils de poste ne correspondaient pas aux attentes de l'encadrement ( 19 équipes souhaitaient un modèle plus adapté)
- de valoriser des expériences menées par certaines équipes en matière d'encadrement de nouveaux arrivants
- de relancer le débat sur l'encadrement des personnes recrutées sou Contrat Emploi Solidarité
- de rappeler aux dirigeants la nécessité de mettre en place un dispositif d'évaluation de la satisfaction du personnel.

La gestion des fonctions logistiques ( code ANAES «GFL ») et la gestion du système d'information ( code ANAES « GSI ») : ces deux chapitres n'ont pas été traités par les unités de soins.

### **Chapitre III : Qualité et prévention**

3 sous chapitres constituent cette partie : « gestion de la qualité et prévention des risques », vigilances sanitaires et sécurité transfusionnelle » et « surveillance, prévention et contrôle du risque infectieux ». D'une façon globale nous pouvons dire que la rentabilité informative de ce chapitre pour la DSSI et l'IG est faible.

- **Gestion de la qualité et prévention des risques ( Code ANAES « QPR »)**

Ce sous chapitre a permis de valoriser des démarches qualité entreprises dans 28 équipes sur 30 : ce qui traduisait un certain dynamisme de la part des professionnels et une préoccupation permanente d'améliorer les modalités de prise en charge des patients et de

leur entourage. Toutefois, les réponses apportées ont montré qu'il était nécessaire d'encadrer ces démarches d'un point de vue méthodologique. L'IG du site a pris acte de cette nécessité et a décidé, en partenariat avec la cellule qualité et en s'appuyant sur des cadres maîtrisant la méthode, de participer à la correction de cette situation (proposition d'aide méthodologique à certaines équipes développant un projet, accès favorisés à des formations portant sur la conduite de projet et/ou la démarche qualité...).

Par ailleurs, elle a demandé à l'encadrement de réaliser un recensement précis de l'ensemble des procédures et protocoles utilisés sur le site afin :

- D'établir une liste précise de ces documents
  - De vérifier leur validité
  - D'entreprendre des campagnes de réactualisation
  - De promouvoir la mise en place d'une démarche d'évaluation de leur impact sur les organisations et les pratiques.
- 
- **Vigilances sanitaires et sécurité transfusionnelle ( Code ANAES « VST »)**

Aucune des 5 références contenues dans ce sous chapitre n'a été traitée par les équipes concernées.

- **Surveillance, prévention et contrôle du risque infectieux (Code ANAES « SPI »)**

Ce sous chapitre est décliné en 11 références dont 9 n'ont pas été traitées par les services de soins : elles concernaient exclusivement le CLIN , les unités opérationnelles d'hygiène et le service de médecine du travail.

L'auto évaluation a permis de mettre en évidence que :

- Les protocoles établis par le CLIN (via l'unité opérationnelle d'hygiène) n'étaient que très peu utilisés par les professionnels soit par méconnaissance (6/30), par manque de lisibilité (8/30) ou parce qu'ils n'en disposent pas ( 5/30).
- Aucune évaluation de l' impact des protocoles CLIN ou des formations entreprises dans ce domaine n'avait été menée.

La DSSI, membre du CLIN, a participé activement à l'auto évaluation du CLIN et a été particulièrement moteur dans l'élaboration d'une nouvelle politique de maîtrise du risque infectieux et dans la mise en œuvre des plans d'action rattachés : dans cette démarche elle

a mobilisé les données acquises au travers de l'auto évaluation et a demandé aux IG de travailler avec les cadres pour que la lutte contre le risque infectieux devienne une priorité de « tous les instants ».

#### **4.Conclusion**

Compte tenu des résultats obtenus, nous pouvons en conclure que l'auto évaluation préliminaire, telle qu'elle a été menée au sein du Chu de X présente une bonne rentabilité informative : elle rend disponible des données qui échappaient jusqu'alors au système d'information en vigueur. Ces informations ont permis à la DSSI et à l'IG de compléter leurs connaissances du terrain, d'en corriger certaines, de connaître des démarches réalisées qui échappaient jusqu'ici à toute publicité, de connaître des zones critiques (thèmes ou services), d'évaluer l'impact des projets dont elles ont été à l'origine et de spécifier les préoccupations ou centres d'intérêts des professionnels soignants en vue d'adapter leur projet du service des soins infirmiers. La DSSI, l'IG et d'autres responsables de services des soins infirmiers, ayant été impliqués dans de telles démarches et avec lesquels nous avons pu nous entretenir, nous ont confié que la phase d'auto évaluation a été un « rappel » des bonnes pratiques et de la réglementation en vigueur qu'ils doivent, par ailleurs, faire appliquer dans le cadre de la prise en charge des patients et de la gestion des professionnels.

Du point de vue méthodologique, nous retenons que la problématique de la distanciation « évaluateur/ évalué » a engendré des biais très limités : les professionnels ayant fait preuve d'une grande sincérité tant dans les méthodes utilisées pour recueillir l'information que dans les réponses fournies. Ils n'ont pas vécu cette démarche d'évaluation comme un acte de contrôle. Nous retenons également qu'il n'existe pas de différence notable entre les réponses apportées par les professionnels évoluant dans le secteur adultes et ceux de pédiatrie.

Il ressort de ce travail que cette auto évaluation préliminaire a permis aux professionnels de se « réinterroger » sur ce qui constitue leur raison d'être professionnel : leur relation avec le patient et avec les autres professionnels.

Lors des échanges nombreux que nous avons pu avoir avec les professionnels du CHU de X et notamment lors des restitutions, nous avons pu percevoir que l'auto évaluation a eu un impact sur les individus et les équipes : d'où la seconde hypothèse de travail.

## **Hypothèse 2 :**

### **Une auto évaluation préliminaire, telle qu'elle a été menée dans le CHU de X, a un impact sur la dynamique des équipes**

#### **1. Introduction**

La démarche d'auto évaluation, telle qu'elle a été envisagée dans le CHU de X, a demandé en moyenne plus de 40 heures de réunions sur une période de 6 mois. Ces rencontres ont constitué une nouveauté pour la vie des équipes : en 1998, peu de services du CHU de X organisaient des conseils de services et/ou des réunions pluridisciplinaires. Lors de la restitution des résultats aux différentes équipes, de nombreux professionnels ont souligné l'impact qu'a eu cette démarche sur la vie des services et notamment sur la dynamique des équipes. Nous avons souhaité profiter de ce travail d'analyse pour comprendre la réalité que recouvrait ces réflexions : d'où notre seconde hypothèse.

#### **2. Méthode d'investigation**

Afin de vérifier notre seconde hypothèse, nous avons réalisé une enquête par questionnaires auprès de 253 soignants à l'issue des rendus des synthèses. Toutefois pour des raisons de calendrier ces données étaient restées inexploitées .

La construction du questionnaire s'est faite à partir de réflexions qui nous avaient été rapportées par des professionnels lors de nos différentes rencontres avec les équipes : l'enquête a eu pour objectif de mesurer si elles traduisaient l'opinion d'un nombre plus important de professionnels ( voir annexe 2)

#### **3. Du point de vue technique**

► Le questionnaire était composé de 12 questions à réponses « à choix multiples » : les réponses possibles étant contenues dans une échelle d'attitude en 5 points (tout à fait d'accord, modérément d'accord, indifférent, modérément en désaccord, tout à fait en

désaccord). Le questionnaire était en deux parties : la première visant à connaître l'impact de l'auto évaluation sur l'ensemble de l'équipe et la seconde sur l'enquêté lui même.

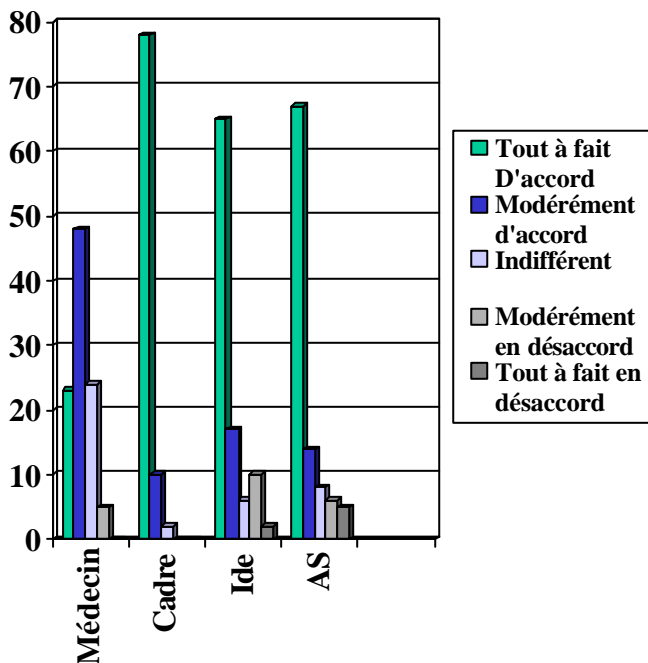
► Il n'y a pas eu « d'appareillage d'échantillon ». Nous avons retenu comme seuil de questionnaires à traiter : 45 pour les *médecins* (pour avoir un échantillon dont les résultats pouvaient être traduits en pourcentage), 28 pour les *cadres* (ce qui correspond à l'ensemble de la population présente lors de l'enquête), 90 pour les *Ides* et 90 pour les *AS* (soit 3x2 agents par équipes).

► Les résultats ont été obtenus à partir d'un tri à plat, les données arrondies à l'unité % la plus faible ( voir annexes de 3 à 6). En ce qui concerne la population des cadres, nous avons choisi de présenter les résultats en % bien que son effectif ne soit pas suffisant et ceci par souci de lisibilité.

#### 4. Les résultats

► En ce qui concerne les 8 questions se rapportant à l'impact sur l'équipe :

##### Proposition 1 : L'auto évaluation a provoqué des échanges au sein de l'équipe



Outre les médecins (23%), l'ensemble des professionnels considère que l'auto évaluation a permis des échanges au sein des équipes : ces résultats sont à mettre en relation avec le fait qu'il existait très peu de temps de rencontres organisées que ce soit en conseils de services ou en réunions pluridisciplinaires.

Dans le cadre des échanges que nous avons pu avoir, de nombreux professionnels nous ont fait part qu'ils ont eu « pour la première fois » l'occasion d'échanger longuement sur ce qui constitue leur raison d'être professionnelle : le patient et son entourage.

En ce qui concerne les cadres soignants, ils ont vécu cela comme une formidable opportunité sur laquelle la majorité s'est appuyée pour relancer des projets en cours.

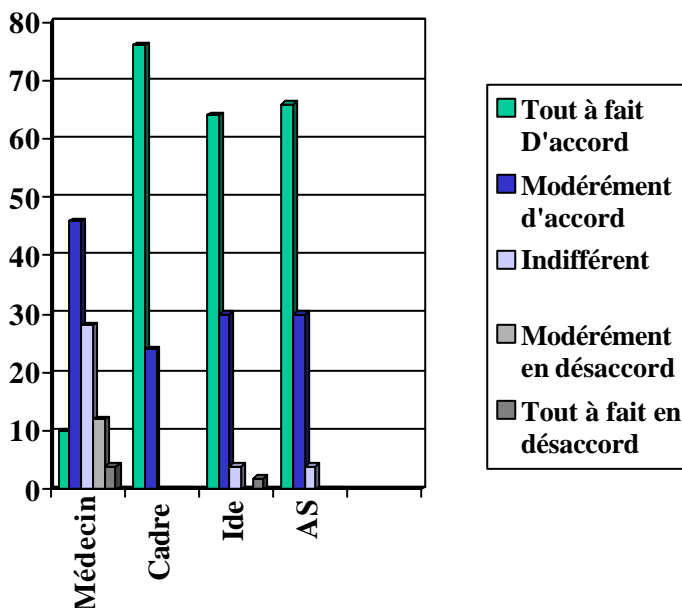
### Proposition 2 : L'auto évaluation a permis des échanges sur des thèmes jusqu'alors , peu ou jamais, abordés

On retrouve dans les réponses apportées par les professionnels en regard à cette proposition une répartition similaire des résultats à celle observée dans la précédente : les ides, les cadres et les AS vivant l'auto évaluation comme étant l'occasion de traiter de sujets qui ne l'étaient pas jusqu'alors.

Les sujets dont il est fait mention sont par exemple : les relations avec les autres professionnels tels que les médico techniques, l'information du patient, l'organisation de son séjour et dans de nombreux services la prise en charge effective de la douleur et des patients en fin de vie.

A noter que même si les scores enregistrés au niveau de la population médicale sont faibles (cette dernière se dit « modérément d'accord » avec les propositions 1 et 2), nous considérons ces résultats satisfaisants compte tenu de la résistance dont a fait preuve ce groupe professionnel pour intégrer la démarche.

### Proposition 3 : L'auto évaluation a permis de clarifier collectivement nos missions, nos valeurs, nos souhaits



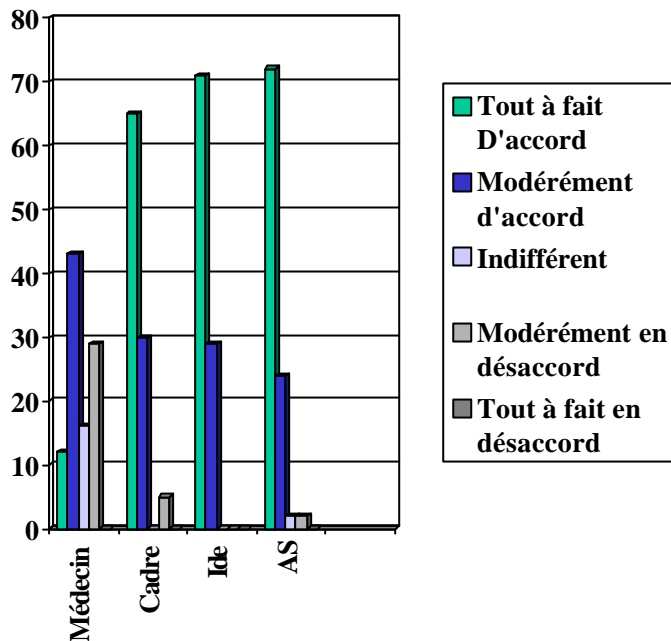
Les soignants non médicaux ont considéré l'auto évaluation comme un outil qui a permis de clarifier les missions et les objectifs spécifiques des services. Ces résultats ne sont pas surprenants dans la mesure où il n'existait que très peu de projets de services dans le CHU de X en 1998 et 1999.

Si on se réfère à la théorie de « la dynamique des équipes », on peut dire que cette démarche participe activement à renforcer l'un des trois principes auxquels doit répondre une équipe : celui de l'unicité.

En effet, une équipe doit être une entité c'est à dire avec des pratiques communes, des conceptions et des valeurs partagées tendue vers un objectif commun ( principe de finalité ) .



#### Proposition 4: L'auto évaluation a permis d'améliorer la coordination de l'équipe



Dans les nombreux entretiens libres que nous avons pu avoir avec les participants à la démarche, nous avons pu enregistrer d'une façon récurrente le fait que « grâce aux temps d'échanges et de la richesse de leur contenu l'auto évaluation a permis d'améliorer la coordination au sein de l'équipe en améliorant la qualité du dialogue entre ses membres ».

A noter que les ides et AS ont considéré que cette démarche a eu un impact fort sur la coordination avec les médecins. Toutefois à la vue des résultats, nous pouvons conclure que cette opinion n'était pas partagée par les médecins eux mêmes (12% de « tout à fait d'accord »).

En référence aux théories « de la dynamique des équipes », nous considérons que l'auto évaluation a un impact sur la cohésion technique des individus composant l'équipe : elle concourt à l'unité opérationnelle, en renforçant la synchronisation, les passages de relais, la planification...Mais également sur la cohésion humaine en agissant sur la coresponsabilité et le soutien.

#### Proposition 5: L'auto évaluation a permis de déterminer des objectifs communs pour le service

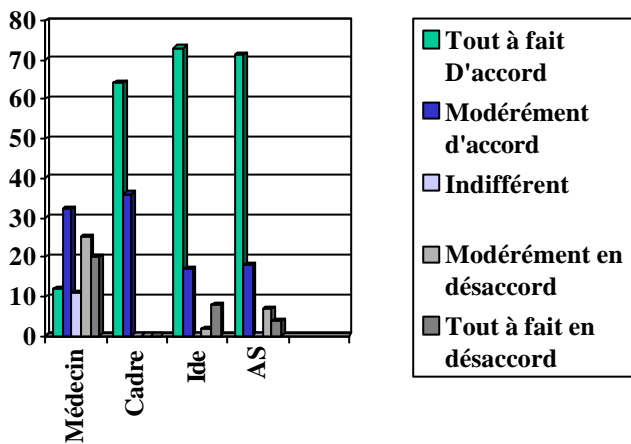
Cette proposition vient en complément de celle concernant les missions, les valeurs et les souhaits. Les résultats montrent que 72% des Ides, 68% des AS et 64% des cadres considèrent que l'auto évaluation a permis de déterminer des objectifs jusqu'alors non posés ou clarifiés.

En référence à la « théorie de la dynamique des équipes », nous pouvons conclure que l'auto évaluation soutient le principe «de finalité» auquel doit répondre une équipe : une équipe n'existe que face à un objectif à réaliser.

**Proposition 6 : L'auto évaluation a permis à l'équipe d'obtenir une plus grande maturité**

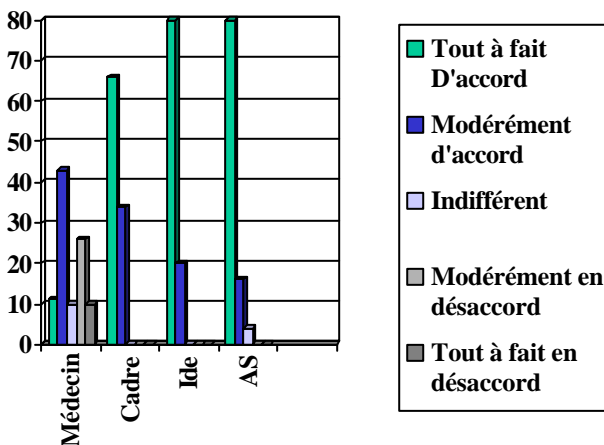
Cette proposition a été mal comprise et donc très mal renseignée : le concept de maturité étant trop flou. Les résultats sont par conséquent inexploitable.

**Proposition 7 : L'auto évaluation a permis de remettre en question le fonctionnement du service**



Voir analyse proposition suivante

**Proposition 8 : L'auto évaluation a permis de découvrir des situations à améliorer**

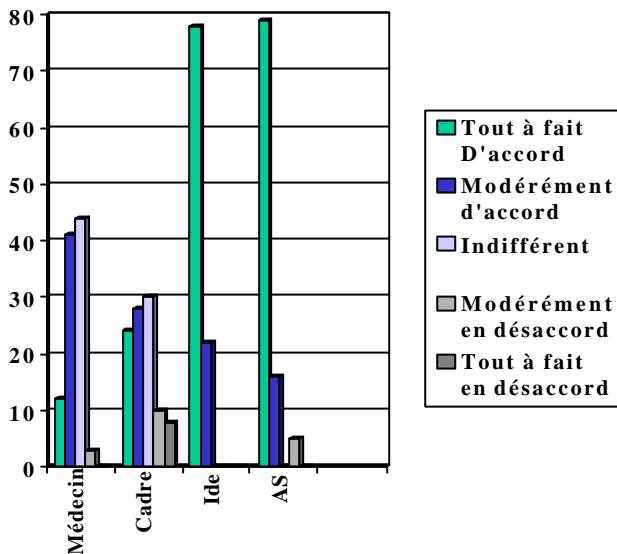


L'opinion des trois groupes de soignants non médicaux confirme ici une partie de l'hypothèse n°1 de ce travail d'analyse : c'est à dire que la démarche d'auto évaluation présente une rentabilité informative certaine.

Au travers du questionnaire qu'elle a induit, l'auto évaluation a permis une remise en question du fonctionnement des services (gage de qualité) et de mettre en évidence des zones critiques.

➔ Pour les professionnels eux mêmes :

**Proposition 1 : L'auto évaluation m'a permis de découvrir les centres d'intérêts, les préoccupations de mes collègues de travail**



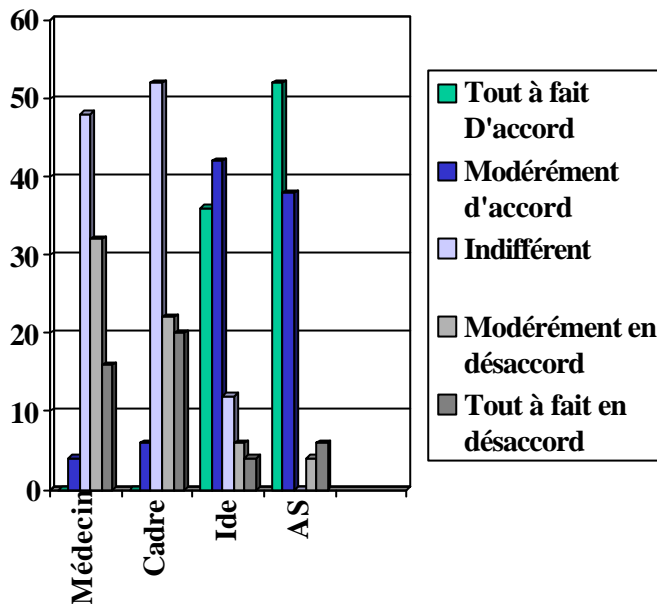
Les réponses obtenues en regard à cette proposition montre que l'auto évaluation a permis essentiellement aux Ides et AS de mieux se connaître. Cette position n'est pas partagée par les cadres et les médecins.

En référence aux « théories de la dynamique des équipes », nous pouvons retenir de l'auto évaluation qu'elle participe à soutenir le principe de diversité auquel doit répondre une équipe : l'équipe tirant sa substance des divers individus qui la compose et de leur diversité. Mais pour que ce principe soit efficient, il faut que cette diversité soit portée à la connaissance de tous et assimilée, ce qui peut être fait au travers de l'auto évaluation.

**Proposition 2 : L'auto évaluation a été, pour moi, un temps de formation en me rappelant certaines règles ou recommandations**

L'auto évaluation a été considérée par 69% d'Ides, 64% des AS et 74% des cadres comme étant un temps de formation. On retrouve ici une des caractéristiques de l'auto évaluation développée dans le cadre de l'hypothèse n°1, celle d'être également un temps d'auto formation .

**Proposition 3 : L'auto évaluation m'a permis de mieux comprendre ma place au sein de l'équipe**



Cette proposition a été « rejetée » par les cadres et les médecins : deux groupes à la légitimité établie. En revanche, pour les Ides et les AS, la démarche d'auto évaluation a permis de valoriser leurs actions au sein des services aux yeux des autres groupes professionnels.

En ce sens, nous pouvons conclure que l'auto évaluation participe au renforcement identitaire au sein de la structure : levier positif en matière de mobilisation.

**Proposition 4 : L'auto évaluation m'a permis de remettre en question ma pratique professionnelle voire mon comportement**

Cette proposition a été également rejetée par les médecins et faiblement acceptée par les cadres. En revanche les Ides et les AS ont considéré cette démarche d'auto évaluation comme un moyen de comparer leurs pratiques individuelles et leurs comportements personnels avec des standards .

Si on compare les résultats obtenus à la proposition n°7 concernant « la remise en question du fonctionnement du service », on peut en conclure que ces deux groupes de soignants reconnaissent à l'auto évaluation une capacité plus forte à remettre en question le fonctionnement du service que les pratiques individuelles.

## 5. Conclusion

L'auto évaluation, telle qu'elle a été pratiquée dans le CHU de X, concourt :

- Au renforcement des trois grands principes, sur lesquels se fonde une équipe, qui sont les principes d'unicité, de diversité et de finalité
- A améliorer les cohésions techniques et humaines des équipes
- A engager les membres des équipes dans une dynamique de « coaction » : le travail collectif devenant hautement stimulant pour chacun des participants
- A la spécification des processus objectifs et subjectifs tant des équipes elles mêmes que de chacun de ses membres : améliorant ainsi la lisibilité du système d'action de tous.

En ce qui concerne l'expérience analysée, nous pouvons conclure que l'auto évaluation a eu un effet dynamique sur les équipes soignantes dans cet établissement et a constitué un levier de mobilisation indéniable. Par conséquent nous considérons l'hypothèse n°2 comme étant exacte.

## C. Les propositions d'actions

Une démarche d'auto évaluation préliminaire, telle qu'elle a été menée au sein du CHU de X, constitue un levier de changement dans la mesure où elle a des incidences sur les professionnels tant d'un point de vue collectif (sur les équipes) qu'individuel.

Compte tenu de notre expérience, des résultats que nous avons pu observer et des témoignages que nous avons pu enregistrer, nous sommes convaincues qu'une telle démarche constitue une formidable opportunité pour une direction des services des soins infirmiers et que nous allons tenter de développer sous certaines conditions.

Nos propositions d'actions concerneront tout d'abord un aspect méthodologique (ce que nous retenons de la démarche de ce point de vue) et dans un second temps les actions à mettre en œuvre pour faire perdurer les « effets » d'auto évaluation.

# 1. « L'après » auto évaluation du point de vue méthodologique

## 1.1. L'auto évaluation, une œuvre collective

Une des forces de l'auto évaluation réside dans le fait qu'elle met en évidence une démarche visant à améliorer la prise en charge des patients et ne peut être que collective : ce qui sous entend des actions communes dépassant les clivages corporatistes.

Dans un tel contexte, il devient difficile d'imaginer des projets médicaux séparés du projet de la DSSI ou encore un projet émanant de la direction des ressources humaines conçu en dehors de celui de la DSSI.

Nous retenons de l'expérience du CHU de X, que l'hôpital du XXI<sup>e</sup> siècle ne peut plus être une juxtaposition de projets pour deux raisons essentielles qui font que cela :

- Entretient un certain manque de coordination entre les acteurs : chacun développant ses propres projets , il ne tient pas compte des projets de l'autre
- Entraîne un surcroît de travail pour les acteurs de terrain qui sont sollicités dans le cadre de projets multiples non coordonnés voire même quelques fois redondants.

Se pose alors la question pour un DSSI : comment coordonner son propre projet avec celui des autres partenaires hospitaliers ? C'est ici que nous pouvons trouver toute la force non plus d'un « projet du service des soins infirmiers » mais d'un « projet de prise en charge des patients » ou d'un « projet de soins » : la nuance résidant dans le fait que ce n'est plus un projet établi par le SSI et qui décline le projet médical et des orientations du projet d'établissement, mais un projet élaboré collectivement et mis en œuvre en partenariat avec les autres acteurs de soins ( médecins, rééducateurs, médico techniques...).

Certes en adoptant une telle démarche qui invite l'ensemble des acteurs concernés, on solutionne les problèmes de coordination mais cela suppose que :

- L'ensemble des professionnels adhère à cette conception et ait pris conscience de la force que revêt un tel dispositif en matière d'amélioration de la prise en charge : ce qui correspond dans bon nombre d'établissement à un changement culturel
- Une entité coordonne le tout, c'est à dire qu'elle soit en charge de la mise en œuvre d'un point de vue logistique et méthodologique :cette structure pouvant être la direction secondée par un cabinet conseil, une structure qualité ou une structure créée ponctuellement

- Les règles de fonctionnement soient clairement établis et qu'un comité type « pilotage » soit désigné dans lequel l'ensemble des principaux décideurs soit présent dont le DSSI
- Une planification précise des actions à mettre en œuvre soit établie et respectée afin d'éviter ces « pics » de surcroît de travail qu'ils concernent soient des individus ( « ce sont toujours les mêmes qui sont sollicités »), des groupes professionnels, des secteurs d'activité ou des périodes dans l'année. Cette planification sous entend également que les décideurs de l'établissement acceptent que soient traités des projets considérés comme prioritaires par la « communauté » au détriment d'autres qu'eux auraient souhaité voir finaliser plus rapidement.

D'une manière plus pratique, nous retenons également que la démultiplication des projets sous entend la mise en place d'un dispositif d'une régulation du temps consacré à leur réalisation : un DSSI étant garant de la qualité des soins mais également de la qualité des conditions de travail des professionnels placés sous sa responsabilité.

Par conséquent, il nous semble important que ces nombreux projets (de toute nature) rendus obligatoires par la réglementation ou l'évolution des organisations fassent l'objet d'une gestion et d'une planification centralisées au niveau de l'établissement afin d'en améliorer la coordination et d'obtenir une meilleure lisibilité des temps consacrés à leur réalisation (par services, par individus). Certains établissements ont établi des « quotas » de temps de réunions, afin de limiter les temps de présence hors services et un système de bordereaux à compléter et à faire valider par son hiérarchique « n+1 ». Il nous semble que c'est une piste à investir. En effet, le débat n'est pas de limiter les agents, mais d'éviter un absentéisme trop important : même si c'est pour une « bonne cause ». Dans le CHU de X, ce phénomène était particulièrement observable au niveau des cadres infirmiers ce qui a entraîné dans certains services une certaine désorganisation.

A noter toutefois, que cette désorganisation peut être très souvent jugulée par la mise en place de suppléants. En effet, si un établissement s'inscrit dans une démarche visant à planifier l'ensemble des réunions, il est peut être envisageable, notamment pour le personnel d'encadrement, de faire appel à des « n-1 » afin de les remplacer ou des pairs.

De telles démarches dont la mise en place apparaît comme aisée doivent faire l'objet d'un protocole validé par le directeur et diffusé à l'ensemble des professionnels ou d'une note de service afin que l'ensemble du personnel en soit informé. Nous considérons qu'il est du ressort du DRH et du DSSI de développer un tel dispositif et de vérifier son application.

## **1.2. L'auto évaluation : une méthode d'évaluation à exploiter au sein du CHU de X**

Si on s'appuie sur la qualité des données recueillies (exhaustivité, sensibilité), l'honnêteté avec laquelle les professionnels ont complété les cahiers (résultats de la démarche de vérification sur le terrain), le vécu de la démarche par les professionnels (pas de craintes de se dévoiler, pas le sentiment d'être contrôlé) et l'opinion globalement très positive de l'expérience (voir hypothèse n°2), nous considérons que les professionnels du CHU de X ont acquis la maturité professionnelle nécessaire pour que soit développée la méthode de l'auto évaluation dans le cadre de la campagne d'évaluation.

En tant que future IG, et si nous avons à intégrer un établissement tel que celui-ci, nous profiterions de cet acquis notamment pour développer des campagnes d'évaluation des pratiques (voir paragraphe suivant). En effet, et comme nous l'avons développé dans le cadre théorique, l'auto évaluation est une méthode qui présente comme avantage de placer l'évalué (évaluateur) dans une position bien plus propice au changement que d'autres méthodes d'évaluation, d'être moins coûteuse et plus facile à mettre en place : c'est une méthode que nous considérons comme étant très rentable et à laquelle nous croyons.

En revanche, si nous avons à intégrer un établissement dans lequel les professionnels ne sont pas « prêts » à s'engager dans des démarches d'auto évaluation, nous tenterions de travailler avec d'autres structures (Qualité, DIM, CLIN...) ou dans le cadre d'actions ponctuelles au sein du SSI afin de développer cet état d'esprit. Nous considérons, bien évidemment, que dans un tel projet, il ne suffit pas que nous en soyons, nous mêmes, convaincues mais qu'il est indispensable que l'ensemble de l'encadrement y adhère : ce qui peut sous entendre, en fonction de la réalité de l'établissement, des temps de formation et de sensibilisation orientés sur l'évaluation et l'auto évaluation.

## **2. « L'après » démarche d'auto évaluation ou comment faire durer ses effets ?**

### **2.1. En ce qui concerne son impact au niveau du système d'information**

L'auto évaluation « préliminaire » telle qu'elle a été menée au sein du CHU de X, est une démarche lourde et coûteuse : sa reproduction ne peut, en aucun cas, être imaginée en « routine ».



En tant que future IG, nous sommes très attachées à notre rôle de « garant de la qualité et de la sécurité » qui nous est dévolu et nous ne pouvons envisager notre future fonction sans un système d'information qui nous permette d'avoir à notre disposition des données complètes et contemporaines concernant les prestations assurées aux patients, l'état d'avancement de nos projets et l'impact de nos actions.

Nous considérons qu'il est de notre ressort de rendre disponible ces données, pour le patient, la direction, le SSI mais également l'ensemble de nos partenaires qu'ils soient la DRH, les autres directions fonctionnelles, les instances, les médecins...

A noter également que nous n'envisageons pas la réalisation et/ou la mise en œuvre de ce système d'information en dehors de celui existant déjà au sein de l'établissement et sans faire appel aux experts dans ce domaine : nous ne défendons pas un système propre à la DSSI mais un dispositif intégré au système général d'information.

De plus, à l'heure où les établissements de santé se dotent d'experts en qualité (pour l'accréditation), en évaluation (pour le PMSI), en informatique voire en statistique, il paraît inconcevable, à moins d'avoir des connaissances pointues dans ce domaine, que de tels dispositifs soient créés sans le concours de spécialistes. Ceci est un autre élément auquel nous sommes très attachées : le SSI doit évoluer dans son environnement, qu'il y soit totalement intégré et qu'il ne soit pas une entité isolée voire quelques fois un fief où des projets spécifiques sont développés.

Partant de l'expérience du CHU de X, nous retenons 2 actions majeures qui sont la réalisation d'enquêtes ponctuelles thématiques et la réalisation de tableau de bord.

### 2.1.1. La réalisation d'enquêtes ponctuelles thématiques

Ces enquêtes ponctuelles peuvent revêtir deux caractères : des enquêtes de vérification et des enquêtes d'investigation. Quelque soit l'objectif visé, les méthodes utilisables restent les mêmes c'est à dire soit les enquêtes par questionnaires ou par entretiens : le support étant conditionné par les moyens humains, techniques et financiers dont on dispose.

#### 2.1.1.1. Des enquêtes ponctuelles de vérification

Dans la pratique quotidienne, un DSSI ou un IG rencontre de multiples situations pouvant faire l'objet d'une telle démarche.

Pour exemple :

- Dans le cadre du CHU de X; il apparaît essentiel qu'à l'issue de la démarche d'auto évaluation, des enquêtes ponctuelles soient menées afin de vérifier certaines données acquises (sur le thème de la douleur par exemple) ou sur des thèmes pour lesquels le manuel ne paraissait pas suffisamment rentable comme le dossier du patient
- Dans le cadre de la mise en œuvre de projets, spécifiques au SSI ou concernant plus particulièrement le champ du SSI, de telles enquêtes peuvent être mobilisées afin de connaître leurs états d'avancement
- Dans le cadre de la mesure d'impact des décisions prises par la direction et concernant le champ du SSI ou celles prises directement par la DSSI ou l'IG
- Dans le cadre de démarche d'évaluation visant à déterminer le degré de conformité à une réglementation et/ou une recommandation. Ce point nous paraît important, et notamment à la lumière de l'expérience du CHU de X, car il est du ressort de la DSSI de vérifier si le domaine dont elle est responsable répond aux exigences de la loi et si le patient bénéficie des prestations « conformément aux règles de l'art ».

#### 2.1.1.2. Des enquêtes ponctuelles d'investigation

Ces enquêtes ponctuelles d'investigation ont pour objectif d'obtenir de l'information en vue d'orienter une action, des décisions, des projets...Elles se situent en amont et présentent l'avantage majeure de confirmer ou d'infirmer l'intuition du DSSI ou de l'IG et donc d'éviter des erreurs. Il est peut être à déplorer que cette méthode soit peu utilisée notamment dans le cadre de l'élaboration de projets.

Notre expérience dans le domaine de la qualité nous a montré que de nombreux projets sont « montés » à la hâte c'est à dire que la première étape qui est celle de la spécification de la problématique de départ n'est pas suffisamment respectée d'où très souvent des erreurs stratégiques qui peuvent aller jusqu'à l'échec du projet.

En guise de conclusion à ce paragraphe, nous souhaiterions souligner :

- L'importance que revêt l'encadrement de telles démarches par une méthode rompue, maîtrisée et efficiente ce qui sous entend que les promoteurs comme le DSSI ou l'IG ont une solide formation dans ce domaine ou s'encadrent d'experts

- La nécessité de mettre en place une réelle politique de gestion documentaire (en partenariat avec des spécialistes) afin que des documents tels que protocoles, modes opératoires soient mis à la disposition des professionnels et qu'ils soient utilisables car lisibles, validés, vérifiés et d'actualité
- Les résultats du CHU de X ont montré qu'il n'existait pas dans cet établissement de démarche visant à évaluer les pratiques : ce qui est le cas également dans de très nombreux établissements. Pour que ce type de démarches puisse être mené, il est nécessaire d'avoir à sa disposition des documents reflétant les standards afin de mesurer l'écart existant. Ces documents sont généralement soit des recommandations de sociétés savantes ou des protocoles : ce qui sous entend qu'en dehors d'une politique de gestion documentaire, une démarche d'évaluation des pratiques ne peut être envisagée. Nous considérons que le DSSI a une part importante à jouer tant dans l'élaboration de cette politique de gestion documentaire, dans sa mise en œuvre et dans la mise en place de campagnes d'évaluation des pratiques
- « Que trop d'évaluation tue l'évaluation » : c'est à dire que de telles démarches doivent être menées en concertation avec les autres acteurs de l'hôpital afin que les équipes ne soient pas noyées par des démarches d'évaluation et qu'elles doivent donc être également programmées dans le temps.

### 2.1.2. Les tableaux de bord

L'objectif des tableaux de bord est de produire de l'information en « routine » : c'est à dire d'une manière régulière.

Ces tableaux de bord, tels que nous les connaissons à l'hôpital sont très souvent construits à partir d'indicateurs de résultats nécessitant des réponses quantitatives. Pour exemple nous citerons : les tableaux de bord utilisés dans le cadre de la GPEC, la SAE, les tableaux d'activités des tutelles, les grilles urgences...

Partant de l'expérience analysée, nous pouvons imaginer l'utilisation de tableaux de bord dans le cadre d'évaluation thématique ou dans le cadre de l'évaluation d'un projet. Ce qui différencie ces tableaux de la méthode précédemment développée, c'est qu'ils sont complétés sur une période donnée et non ponctuellement.

Pour que ces tableaux soient renseignés, ils doivent être lisibles, compris de ceux qui doivent les compléter, rapides d'utilisation et aisément exploitables.

Pour exemple : il nous paraîtrait intéressant d'établir un tableau de bord sur la problématique posée au CHU de X sur la prise en charge de la douleur qui permettrait une photographie

des prises en charge sur des périodes de 3 mois à 1 an.. C'est ainsi que seraient retenus des critères tels que « nombre de patients, durant la période t, présentant un niveau douloureux supérieur à 5 sur une EVA », « la consommation d'antalgiques tels que XXX », « la consommation de dérivés morphiniques », « le nombre de patients sous PCA »...

Ces tableaux de bord peuvent être également utilisés dans le cadre d'évaluation de performances des services et servir à orienter des politiques de soutien, de formation, des campagnes de renforcement de moyens...En effet, un DSSI ayant à sa disposition des tableaux de bord complétés par l'ensemble des services peut, en croisant les données, établir une photographie du positionnement de chacun des services en regard des indicateurs et le cas échéant mieux orienter ses actions. Pour exemple : renforcer la formation de telle ou telle équipe dans un domaine précis au lieu de mettre en place une campagne plus générale de formation.

### 2.1.3. Le développement de l'évaluation des performances des professionnels sur le plan individuel

Nous venons de voir au travers des tableaux de bord, que des informations collectées peuvent être utilisées dans le cadre d'une démarche d'évaluation des performances des équipes et orienter les actions de la DSSI.

L'IG du CHU de X a, pour sa part, utilisé les résultats de l'auto évaluation pour réactualiser les profils de poste existants et améliorer le dispositif d'évaluation annuelle. Partant des informations collectées au niveau de chaque service notamment en ce qui concerne l'activité, les prestations offertes, les orientations prises, les valeurs défendues et les projets, elle a demandé à l'encadrement d'intégrer l'ensemble de ces données dans les profils de poste et les fiches d'accueil pour les nouveaux arrivants afin que :

- Les professionnels aient à leur disposition des informations complètes concernant le service et/ou le poste qu'ils souhaitent intégrer
- Les profils de poste constituent un support qui puisse être mobilisé dans le cadre d'une démarche d'évaluation annuelle : devenant ainsi un document de référence en ce qui concerne les attentes à l'égard des professionnels.

Cette démarche nous a semblé très intéressante et nous souhaitons nous en inspirer dans notre futur poste notamment parce qu'il fait des profils de poste un réel outil de gestion des ressources humaines.

## **2.2. En ce qui concerne la dynamique induite au niveau des équipes**

Comme nous avons pu le voir, notamment dans le cadre du traitement de l'hypothèse n°2, les professionnels reconnaissent à l'auto évaluation la capacité à avoir eu un impact sur la dynamique des équipes. Que ce soit un DSSI et/ou un IG, ils ne peuvent l'ignorer et nous pensons qu'il est de leur ressort d'entretenir cette dynamique afin de la faire perdurer.

Vouloir entretenir cette dynamique c'est être convaincu qu'une équipe doit être composée de professionnels qui doivent avoir le sens de l'objectif commun, qui sont autonomes, responsables, qui reconnaissent autrui, qui ont le sens de la coopération et qui acceptent le pouvoir de l'autre : autant d'éléments forts qui peuvent composer une politique managériale.

En matière de gestion des ressources humaines, nous avons l'intime conviction que c'est au DSSI, en cohérence avec le DRH, qui doit donner le ton. Par conséquent c'est au travers de la politique qu'il définit, de sa capacité à y faire adhérer l'encadrement, à donner les moyens aux cadres de s'approprier cette politique que le DSSI pourra être un acteur à part entière de la modernisation de nos structures : les faisant passer d'un état de structure balkanisée à une structure ouverte et orientée vers un objectif commun qui est la prise en charge du patient.

D'un point de vue pratique ceci suppose :

- Une définition lisible de la politique voulue par la DSSI
- Une mise en cohérence des choix en matière de politique managériale du DSSI avec celle du DRH : l'idéal étant que cette politique soit définie collégalement
- Un travail soutenu avec l'encadrement pour qu'il soit en mesure de faire vivre cette politique
- Une formation des cadres aux outils éventuellement nécessaires
- L'intégration de ce choix politique dans les profils de fonction des cadres afin d'orienter les campagnes de recrutement
- La mise en place, à moyen terme, d'un dispositif visant à évaluer l'impact réel de cette politique et du niveau de satisfaction des professionnels à ce sujet.

De nombreux professionnels ont témoigné de l'effet positif qu'a induit la mise en place des PACQ : le fait de mettre en œuvre des actions d'une manière collective étant reconnu comme étant un formidable moteur motivationnel.

Nous retenons de ces témoignages qu'il serait intéressant de mettre en valeur ces différentes actions afin :

- de les porter à la connaissance de l'ensemble des professionnels pour qu'elles servent de base de réflexion et/ou de références
- de valoriser les efforts de certains et la capacité d'entreprendre pour d'autres
- d'éviter les actions redondantes : sans cette publicité, il est fréquent de constater que des équipes différentes se mobilisent sur des projets similaires, ce qui constitue très souvent une perte d'énergie.

Nous considérons que des expériences telles que « des journées du service infirmier », des journaux ou gazettes internes ou encore le rapport d'activité du SSI constituent des supports à privilégier en matière de diffusion des actions réalisés par les professionnels relevant du SSI.

Dans une période de crise d'identité, il nous paraît important que le DSSI participe à la valorisation active du dynamisme du SSI .

### **2.3. La mise en œuvre des Programmes d'Améliorations Continues de la Qualité**

La démarche d'auto évaluation a permis de mettre en évidence des « zones critiques » pour lesquelles des actions correctrices doivent être mises en place tant au niveau des services que sur le plan institutionnel. La démarche retenue au CHU de X a reposé sur l'élaboration de PACQ et l'intégration de ces derniers dans les projets de services.

Ces « PACQ » sont un outil proposé en 1997 par l'ANAES et qui a été emprunté aux secteurs industriels. Ils présentent pour avantage d'offrir un canevas méthodologique dont le respect garanti la réalisation effective des projets (spécification de la problématique, détermination des objectifs, élaboration d'un plan d'actions avec planification, évaluations intermédiaires et finales). Cet outil, pour l'avoir utilisé, nous apparaît comme parfaitement performant et simple d'utilisation.

Pour un DSSI et/ou un IG, la question de la mise en œuvre des actions correctrices se décline de différentes manières :

- « Ce qui est su ne peut être ignoré ». En d'autres termes à partir du moment où un DSSI et/ou un IG a eu connaissance de l'existence de zones critiques, ils se trouvent dans l'obligation éthique, déontologique et réglementaire de mettre en œuvre les actions

correctrices qui sont nécessaires : soit elles relèvent de leur champ d'action et ils mettent en place les PACQ adaptés, soit ils portent à la connaissance des acteurs concernés les informations qu'ils détiennent. Ce qui signifie, que dès lors qu'un DSSI et/ou un IG ont en leur possession des rapports concernant des démarches tels que l'auto évaluation (préliminaire ou définitive) ou des audits, ils se trouvent dans l'obligation de tenir compte des résultats et de mener à bien les actions rendues nécessaires

- La prise en compte des PACQ spécifiques aux services comme étant une charge supplémentaire et importante qui incombent à l'encadrement et aux soignants relevant du SSI. Nous retrouvons, ici, la problématique de la planification des actions en cours et le souci que doit avoir un responsable du SSI de combiner « réalisation des projets » avec « limitation du surcroît de travail ». Il nous semble que l'usage des Gant (tableau de planification), constitue un outil intéressant qui permet de visualiser aisément aussi bien l'état d'avancement que les points de surcharge de travail
- La participation à l'élaboration et à la mise en oeuvre des PACQ transversaux c'est à dire qui concerne un site (comme au CHU de X) ou l'ensemble de l'établissement. Certaines actions correctrices ne relevant pas d'un service spécifique mais d'un secteur d'activité ou des interfaces, elles doivent être traités à une autre échelle qui est celle de l'établissement. Le DSSI et/ou les IG doivent être garants, là aussi, de la réalisation des PACQ établis et surtout veiller à ce qu'ils s'articulent harmonieusement avec les PACQ des services qui sont en cours.

## CONCLUSION

La démarche d'auto évaluation préliminaire telle qu'elle a été réalisée au sein du CHU de X a permis de rendre disponible des informations qui ne l'étaient pas par le système d'information existant. De plus et compte tenu de la méthodologie employée qui reposait sur des réflexions au sein de groupes pluridisciplinaires, cette même démarche a permis de renforcer la dynamique des équipes en influençant positivement la cohésion humaine et technique.

A la vue des résultats obtenus et des effets que nous avons pu observer au travers de notre expérience, nous pouvons conclure que cette démarche a réellement constitué un levier de changement pour cet établissement dont le bénéficiaire principal sera sans nul doute le patient.

Si nous souhaitons aller au delà de ces conclusions, recevables que dans le cadre du CHU de X, il serait nécessaire de vérifier la reproductibilité des résultats au niveau d'autres établissements.

Toutefois, et dans la perspective de notre future fonction, nous retiendrons :

- Qu'un projet, encadré méthodologiquement et mené à ses fins, est mobilisateur
- Que l'avenir de l'hôpital passera par le développement de projets pluridisciplinaires
- Que le changement ne peut se faire sans l'implication d'un maximum d'acteurs
- Que l'action d'un DSSI ne peut se concevoir sans un système d'information efficient
- Qu'une action d'évaluation sans la mise en œuvre de PACQ reste une démarche non finalisée
- Que le rôle de « garant de la qualité des soins aux patients », qui est dévolu au DSSI, est le fruit d'une alchimie complexe qui combine : évaluation, développement des performances individuelles et collectives, enrichissement des professionnels, formation continue et mobilisation permanente autour d'objectifs et de valeurs partagés.



# ANNEXE 1

## EXEMPLE DE GRILLES DE SAISIES ETABLIES PAR LA CELLULE QUALITE

(non fournie par l'auteur)

## **ANNEXE 2**

# **QUESTIONNAIRE UTILISE DANS LE CADRE DE L'ENQUETE PORTANT SUR L'IMPACT DE L'AUTO EVALUATION SUR LA DYNAMIQUE DES EQUIPES**

**Evaluation de l'intérêt  
de la démarche d'auto évaluation « à blanc »  
pour les professionnels du CHU**

**Vous venez de participer à la démarche d'auto évaluation de votre service, réalisée à partir des critères de l'ANAES. A l'issu de ce travail, nous aimerions connaître votre point de vue sur l'intérêt qu'a eu cette démarche pour vous et votre équipe.**

**Merci d'avance**

**Les membres de la cellule qualité**

Pourriez vous indiquer votre fonction ?

En ce qui concerne la démarche d'auto évaluation que vous venez de réaliser avec votre équipe, que pensez-vous des propositions qui se trouvent au recto de cette feuille?

Cochez la case correspondante

	Tout à fait d'accord	Modérément d'accord	Indifférent	Modérément en désaccord	Tout à fait en désaccord
<b><u>Pour l'équipe :</u></b>					
1. L'auto évaluation a provoqué des échanges au sein de l'équipe					
2. L'auto évaluation a permis des échanges sur des thèmes jusqu'alors , peu ou jamais, abordés					
3. L'auto évaluation a permis de clarifier collectivement nos missions, nos valeurs, nos souhaits					
4. L'auto évaluation a permis d'améliorer la coordination au sein de l'équipe					
5. L'auto évaluation a permis de déterminer des objectifs communs pour le service					
6. L'auto évaluation a permis à l'équipe d'obtenir une plus grande maturité					
7. L'auto évaluation a permis de remettre en question le fonctionnement du service					
8. L'auto évaluation a permis de découvrir des situations à améliorer					
<b><u>Pour moi :</u></b>					
1. L'auto évaluation m'a permis de découvrir les centres d'intérêts, les préoccupations de mes collègues de travail					
2. L'auto évaluation a été, pour moi, un temps de formation en me rappelant certaines règles ou recommandations					
3. L'auto évaluation m'a permis de mieux comprendre ma place au sein de l'équipe					
4. L'auto évaluation m'a permis de remettre en question ma pratique professionnelle voire mon comportement					

# **ANNEXE 3**

## **RESULTATS DE L'ENQUETE REALISEE AUPRES DES MEDECINS**

**Taille de l'échantillon : 45**

	Tout à fait d'accord	Modérément d'accord	Indifférent	Modérément en désaccord	Tout à fait en désaccord
<b><u>Pour l'équipe :</u></b>	<b>23%</b>	<b>48%</b>	<b>24%</b>	<b>5%</b>	<b>0</b>
9. L'auto évaluation a provoqué des échanges au sein de l'équipe					
10. L'auto évaluation a permis des échanges sur des thèmes jusqu'alors , peu ou jamais, abordés	<b>16%</b>	<b>46%</b>	<b>30%</b>	<b>6%</b>	<b>2%</b>
11. L'auto évaluation a permis de clarifier collectivement nos missions, nos valeurs, nos souhaits	<b>10%</b>	<b>46%</b>	<b>28%</b>	<b>12%</b>	<b>4%</b>
12. L'auto évaluation a permis d'améliorer la coordination au sein de l'équipe	<b>12%</b>	<b>43%</b>	<b>16%</b>	<b>29%</b>	<b>0</b>
13. L'auto évaluation a permis de déterminer des objectifs communs pour le service	<b>8%</b>	<b>48%</b>	<b>12%</b>	<b>30%</b>	<b>2%</b>
14. L'auto évaluation a permis à l'équipe d'obtenir une plus grande maturité	<b>6%</b>	<b>8%</b>	<b>40%</b>	<b>10%</b>	<b>36%</b>
15. L'auto évaluation a permis de remettre en question le fonctionnement du service	<b>12%</b>	<b>32%</b>	<b>11%</b>	<b>25%</b>	<b>20%</b>
16. L'auto évaluation a permis de découvrir des situations à améliorer	<b>11%</b>	<b>43%</b>	<b>10%</b>	<b>26%</b>	<b>10%</b>
<b><u>Pour moi :</u></b>	<b>12%</b>	<b>41%</b>	<b>44%</b>	<b>3%</b>	<b>0</b>
5. L'auto évaluation m'a permis de découvrir les centres d'intérêts, les préoccupations de mes collègues de travail					
6. L'auto évaluation a été, pour moi, un temps de formation en me rappelant certaines règles ou recommandations	<b>21%</b>	<b>36%</b>	<b>43%</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
7. L'auto évaluation m'a permis de mieux comprendre ma place au sein de l'équipe	<b>0</b>	<b>4%</b>	<b>48%</b>	<b>32%</b>	<b>16%</b>
8. L'auto évaluation m'a permis de remettre en question ma pratique professionnelle voire mon comportement	<b>4%</b>	<b>3%</b>	<b>62%</b>	<b>21%</b>	<b>10%</b>

# **ANNEXE 4**

## **RESULTATS DE L'ENQUETE REALISEE AUPRES DES CADRES INFIRMIERS**

**Taille de l'échantillon : 28**

	Tout à fait d'accord	Modérément d'accord	Indifférent	Modérément en désaccord	Tout à fait en désaccord
<b>Pour l'équipe :</b>	<b>76%</b>	<b>10%</b>	<b>4%</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
17. L'auto évaluation a provoqué des échanges au sein de l'équipe					
18. L'auto évaluation a permis des échanges sur des thèmes jusqu'alors , peu ou jamais, abordés	<b>75%</b>	<b>25%</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
19. L'auto évaluation a permis de clarifier collectivement nos missions, nos valeurs, nos souhaits	<b>76%</b>	<b>24%</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
20. L'auto évaluation a permis d'améliorer la coordination au sein de l'équipe	<b>65%</b>	<b>30%</b>	<b>5%</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
21. L'auto évaluation a permis de déterminer des objectifs communs pour le service	<b>64%</b>	<b>36%</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
22. L'auto évaluation a permis à l'équipe d'obtenir une plus grande maturité	<b>50%</b>	<b>32%</b>	<b>18%</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
23. L'auto évaluation a permis de remettre en question le fonctionnement du service	<b>64%</b>	<b>36%</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
24. L'auto évaluation a permis de découvrir des situations à améliorer	<b>66%</b>	<b>34%</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Pour moi :</b>	<b>24%</b>	<b>28%</b>	<b>30%</b>	<b>10%</b>	<b>8%</b>
9. L'auto évaluation m'a permis de découvrir les centres d'intérêts, les préoccupations de mes collègues de travail					
10. L'auto évaluation a été, pour moi, un temps de formation en me rappelant certaines règles ou recommandations	<b>74%</b>	<b>26%</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
11. L'auto évaluation m'a permis de mieux comprendre ma place au sein de l'équipe	<b>0</b>	<b>6%</b>	<b>52%</b>	<b>22%</b>	<b>20%</b>
12. L'auto évaluation m'a permis de remettre en question ma pratique professionnelle voire mon comportement	<b>24%</b>	<b>36%</b>	<b>15%</b>	<b>20%</b>	<b>5%</b>



# **ANNEXE 5**

## **RESULTATS DE L'ENQUETE REALISEE AUPRES DES INFIRMIERS (ES)**

**Taille de l'échantillon : 90**

	Tout à fait d'accord	Moderément d'accord	Indifférent	Moderément en désaccord	Tout à fait en désaccord
<b>Pour l'équipe :</b>					
25.L'auto évaluation a provoqué des échanges au sein de l'équipe	65%	17%	6%	10%	2%
26.L'auto évaluation a permis des échanges sur des thèmes jusqu'alors , peu ou jamais, abordés	68%	20%	4%	6%	2%
27.L'auto évaluation a permis de clarifier collectivement nos missions, nos valeurs, nos souhaits	64%	30%	4%	0%	2%
28.L'auto évaluation a permis d'améliorer la coordination au sein de l'équipe	71%	29%	0%	0%	0%
29.L'auto évaluation a permis de déterminer des objectifs communs pour le service	72%	26%	2%	0%	0%
30.L'auto évaluation a permis à l'équipe d'obtenir une plus grande maturité	38%	42%	3%	7%	10%
31. L'auto évaluation a permis de remettre en question le fonctionnement du service	73%	17%	0%	2%	8%
32.L'auto évaluation a permis de découvrir des situations à améliorer	79%	20%	0%	1%	0%
<b>Pour moi :</b>					
13. L'auto évaluation m'a permis de découvrir les centres d'intérêts, les préoccupations de mes collègues de travail	78%	22%	0%	0%	0%
14. L'auto évaluation a été, pour moi, un temps de formation en me rappelant certaines règles ou recommandations	69%	31%	0%	0%	0%
15. L'auto évaluation m'a permis de mieux comprendre ma place au sein de l'équipe	36%	42%	12%	6%	4%
16. L'auto évaluation m'a permis de remettre en question ma pratique professionnelle voire mon comportement	49%	38%	13%	0%	0%

# **ANNEXE 6**

## **RESULTATS DE L'ENQUETE REALISEE AUPRES DES AIDES SOIGNANTS**

**Taille de l'échantillon : 90**

	Tout à fait d'accord	Moderément d'accord	Indifférent	Moderément en désaccord	Tout à fait en désaccord
<b><u>Pour l'équipe :</u></b>					
33.L'auto évaluation a provoqué des échanges au sein de l'équipe	<b>67%</b>	<b>14%</b>	<b>8%</b>	<b>6%</b>	<b>5%</b>
34.L'auto évaluation a permis des échanges sur des thèmes jusqu'alors , peu ou jamais, abordés	<b>70%</b>	<b>16%</b>	<b>6%</b>	<b>6%</b>	<b>2%</b>
35.L'auto évaluation a permis de clarifier collectivement nos missions, nos valeurs, nos souhaits	<b>66%</b>	<b>30%</b>	<b>4%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>
36.L'auto évaluation a permis d'améliorer la coordination au sein de l'équipe	<b>72%</b>	<b>24%</b>	<b>2%</b>	<b>2%</b>	<b>0%</b>
37.L'auto évaluation a permis de déterminer des objectifs communs pour le service	<b>68%</b>	<b>31%</b>	<b>1%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>
38.L'auto évaluation a permis à l'équipe d'obtenir une plus grande maturité	<b>40%</b>	<b>46%</b>	<b>8%</b>	<b>6%</b>	<b>0%</b>
39.L'auto évaluation a permis de remettre en question le fonctionnement du service	<b>71%</b>	<b>18%</b>	<b>0%</b>	<b>7%</b>	<b>4%</b>
40.L'auto évaluation a permis de découvrir des situations à améliorer	<b>80%</b>	<b>16%</b>	<b>0%</b>	<b>1%</b>	<b>3%</b>
<b><u>Pour moi :</u></b>					
17. L'auto évaluation m'a permis de découvrir les centres d'intérêts, les préoccupations de mes collègues de travail	<b>79%</b>	<b>16%</b>	<b>0%</b>	<b>5%</b>	<b>0%</b>
18. L'auto évaluation a été, pour moi, un temps de formation en me rappelant certaines règles ou recommandations	<b>64%</b>	<b>36%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>
19. L'auto évaluation m'a permis de mieux comprendre ma place au sein de l'équipe	<b>52%</b>	<b>38%</b>	<b>0%</b>	<b>4%</b>	<b>6%</b>
20.L'auto évaluation m'a permis de remettre en question ma pratique professionnelle voire mon comportement	<b>51%</b>	<b>42%</b>	<b>0%</b>	<b>3%</b>	<b>4%</b>

# **ANNEXE 7**

## **RAPPORT DE SYNTHÈSE DE LA DÉMARCHÉ D'AUTO ÉVALUATION PRÉLIMINAIRE**

# SOMMAIRE

<b>I. LE PATIENT ET SA PRISE EN CHARGE .....</b>	<b>85</b>
<b>1 . Droits et informations du patient - DIP .....</b>	<b>85</b>
<b>2 . Le dossier du patient - DPA - .....</b>	<b>111</b>
<b>3 . Organisation de la prise en charge des patients - OPC - .....</b>	<b>121</b>
<b>II. MANAGEMENT ET GESTION AU SERVICE DU PATIENT .....</b>	<b>149</b>
<b>1 . Management de l'établissement et des secteurs d'activité - MEA - .....</b>	<b>150</b>
<b>2 . Gestion des ressources humaines - GRH - .....</b>	<b>155</b>
<b>3 . Gestion des fonctions logistiques - GFL - .....</b>	<b>162</b>
<b>4 . Gestion du système d'information - GSI - .....</b>	<b>164</b>
<b>III. QUALITE ET PREVENTION.....</b>	<b>165</b>
<b>1 . Gestion de la qualité et prévention des risques - QPR - .....</b>	<b>166</b>
<b>2 . Vigilances sanitaires et sécurité transfusionnelle - VST - .....</b>	<b>170</b>
<b>3 . surveillance, prévention et contrôle du risque infectieux - SPI - .....</b>	<b>171</b>
<b>ANNEXES .....</b>	<b>.....</b>

## 1 . Droits et informations du patient - DIP

**DIP - Référence 1 : L'établissement inscrit les droits et l'information du patient dans ses priorités.**

<b>Critère DIP.1.a DIP.1.b</b>	<b>Non soumis aux unités de soins.</b>
------------------------------------	--

<b>Critère DIP.1.c</b>	<b>L'existence de la charte est portée à la connaissance des professionnels et le document est disponible dans tous les secteurs d'activité.</b>
------------------------	--

N = 30

Secteurs Médecine/Chirurgie/Réanimation/Pédiatrie

Le résumé de la charte du patient hospitalisé est communiqué aux patients par le biais :

- De l'affichage,
- D'un résumé de la charte qui est affiché au niveau +1 de l'hôpital, face aux ascenseurs,
- D'un résumé de la charte qui est affiché dans la salle d'attente de 18 services et/ou dans la salle de détente. Dans ces 18 services, 4 l'affichent en plus dans chaque chambre.

Dans le secteur pédiatrique, la charte de l'enfant hospitalisé a été mise à la disposition des équipes courant novembre 2000.

➔ 23 services utilisent le livret d'accueil comme support de communication de la charte.

➔ Aucun service n'a à sa disposition la version "longue" ou complète de la charte, bien que le livret invite les patients à la demander aux professionnels des services.

En ce qui concerne les moyens utilisés pour porter à la connaissance des professionnels l'existence de la charte :

- La formation initiale est citée par l'ensemble des 30 services,
- Le livret d'accueil du C.H.U. pour 14 services,
- La formation continue (formations consacrées à la responsabilité, le respect des droits du patient, la formation accueil) dans 17 services.

➔ 2 services déplorent ne pas avoir bénéficié de temps de formations consacrés à ce sujet.

➔ 8 services ont mentionné des temps d'échanges, animés par l'encadrement, sur ce sujet.

Bien que formé au contenu, l'ensemble des services avoue ne pas s'être approprié le contenu et par conséquent, de ne pas la faire vivre au travers de sa pratique quotidienne. A noter que dans le cadre de l'écriture des projets de service (paragraphe "valeurs"), les équipes ont réinvesti le contenu de la charte et l'ont utilisé comme support de réflexion.

Actions d'améliorations proposées

- *La traduction de la charte dans les langues étrangères les plus pratiquées.*
- *Traduire le contenu de la charte en BRAYE et en plus gros caractères.*
- *Mettre à la disposition des équipes la version complète de la charte.*
- *Mettre en place un dispositif d'appropriation du contenu de la charte par les professionnels.*

**Critère DIP.1.d | Les professionnels sont formés à la question du respect du droit du patient.**

N = 30

Secteurs Médecine/Chirurgie/Réanimation/Pédiatrie

Les vecteurs de formation, en ce qui concerne la question du respect des droits du patient qui ont été cités :

- ➔ Dans 30 services, la formation initiale, dont pour 8 fois les études médicales,
- ➔ Pour 21 services, la formation continue, notamment les actions de formations destinées aux soignants : Accueil, Responsabilité juridique, ...
- ➔ Pour 8 services, les échanges souvent organisés par les Cadres au sein de l'équipe,
- ➔ Pour 6 services, les colloques professionnels,
- ➔ Pour 2 services, les revues professionnelles.

Actions d'améliorations proposées

- *Mettre en place des temps de formation qui abordent les situations quotidiennes dans lesquelles il existe une probabilité forte de non respect des droits du patient.*
- *Mettre en place un dispositif permettant aux professionnels de s'approprier le contenu des droits du patient et d'aborder les risques qu'ils encourent à ne pas les respecter.*

**Critère DIP.1.e | Non soumis aux unités**

**DIP - Référence 2 : L'établissement assure à tous l'accès aux soins.**



<b>Critère DIP.2.a</b>	<b><i>En cas d'urgence, l'établissement accueille toutes les personnes sans distinction et quelles que soient leurs conditions de couverture sociale.</i></b>
------------------------	---

N = 30

Secteurs Médecine/Chirurgie/Réanimation/Pédiatrie

Pour les 30 services, ce critère était considéré comme inutile dans la mesure où aucun critère de distinction n'intervient dans l'accueil des patients, que ce soit dans le cadre d'une urgence ou d'une admission programmée.

Lorsque le site est confronté à l'admission d'un patient non ressortissant français - non domicilié sur le territoire français, une procédure spécifique et codifiée est appliquée (accords préalables, versements de cautions) par le Directeur du site et le Bureau des Admissions.

En ce qui concerne les patients domiciliés en France et qui n'ont pas une couverture sociale suffisante ou incomplète, ils sont mis très rapidement en relation avec les Assistantes Sociales du site. L'ensemble des équipes a souligné la grande disponibilité des Assistantes Sociales.

Une solution est toujours recherchée afin que les patients puissent bénéficier des soins nécessaires tout en ne mettant pas en péril leurs moyens financiers de subsistance.

L'ensemble des services a une Assistante Sociale de référence. Selon les cas, il est fait appel à une Assistante Sociale dès le Pavillon d'Urgences.

Actions d'améliorations proposées

- ***Formaliser la procédure d'accueil sur le plan administratif d'un patient non ressortissant français - non CEE - non domicilié en France.***
- ***Faire disparaître des dossiers des patients le critère "religion".***

<b>Critère DIP.2.b</b>	<b><i>L'établissement dispose d'aménagements permettant l'accès et l'accueil des personnes handicapées.</i></b>
------------------------	---

N = 30

Secteurs Médecine/Chirurgie/Réanimation/Pédiatrie

Il existe des places de parking destinées aux personnes à mobilité réduite. Les professionnels du service de sécurité ont pour mission de veiller à leur respect par les personnes valides.

L'entrée principale du site est accessible en voiture : une dépose minute est organisée au niveau de la "raquette". Afin d'éviter les stationnements intempestifs rendant cette zone inaccessible, la Direction de a placé des plots.

L'ensemble des services et des chambres du site est accessible aux personnes en fauteuil roulant.

Il est à déplorer que les personnes à mobilité réduite, se rendant seules à l'hôpital Nord, doivent parcourir un trajet relativement long entre les zones de parking protégées et l'entrée principale de l'établissement.

Actions d'améliorations proposées

- ***Organiser des zones de stationnement protégées plus proches du bâtiment central.***
- ***Mettre à la disposition des personnes souffrant de mobilité réduite, des fauteuils roulants en bon état de marche et cela au niveau de l'entrée principale de l'établissement.***

**DIP - Référence 3 : L'établissement inscrit une information claire, compréhensible et adaptée sur les conditions du séjour.**

<b>Critère DIP.3.a</b>	<b><i>L'établissement prend des mesures pour faciliter l'expression et la compréhension des patients qui ne peuvent s'exprimer en français.</i></b>
------------------------	---

N = 30

Secteurs Médecine/Chirurgie/Réanimation/Pédiatrie

Ce critère n'a pas été soumis aux services des soins.

Toutefois, il a été fait mention dans 8 cahiers, au travers d'autres critères, qu'il existait au niveau du C.H.U., un dispositif, mis en place dans le cadre du Mondial de football qui :

- Permet de connaître l'identité et les coordonnées des professionnels du C.H.U. maîtrisant une langue étrangère.
- D'avoir les modalités d'appels (liste au niveau du service Formation),
- De prévoir les dédommagements possibles pour les professionnels sollicités.

Il est également prévu que lorsqu'un patient communique dans une langue pour laquelle il n'existe pas de personnes-ressources du C.H.U., il soit fait appel à une association d'interprètes.

Actions d'améliorations proposées

- ***Etablir une procédure formalisant les démarches à suivre lorsqu'il est nécessaire de faire appel à un traducteur.***
- ***Traduire la charte du patient hospitalisé voire d'autres documents, dans les langues étrangères les plus fréquemment parlées.***

**Critère DIP.3.b | Le patient reçoit des informations pratiques concernant son séjour.**

N = 30

Secteurs Médecine/Chirurgie/Réanimation/Pédiatrie

Dans l'ensemble des 30 services, le patient ou ses représentants légaux reçoivent les informations pratiques concernant leur séjour.

En ce qui concerne les modalités pratiques, hôtelières du séjour, cette information est faite :

➔ Dans 27 services, par le biais du livret d'accueil qui est remis au patient dès son arrivée.

➔ Dans 18 services, le livret est accompagné systématiquement d'un temps d'information et d'explicitation du contenu et/ou de certaines règles de fonctionnements propres au service. Ce temps est assuré généralement par les aides-soignantes.

➔ Dans 6 services, le livret est quelque fois accompagné d'informations données oralement, mais il n'existe pas une organisation spécifique systématisant cela.

➔ Dans 3 services, l'équipe relève qu'elle ne complète les informations contenues dans le livret d'accueil, que si le patient en fait la demande.

Afin d'améliorer la rentabilité informative du livret d'accueil du C.H.U., celui-ci a été complètement remanié courant 2000. Sa présentation actuelle, sous forme de feuillets mobiles, permet une réactualisation aisée des informations qui s'y trouvent.

Dans le cadre de ce nouveau livret, et pour répondre à un souci d'amélioration de l'information du patient, il a été demandé à chaque service d'établir une fiche de présentation

propre selon un modèle établi. Courant janvier 2001, l'ensemble des services auront à leur disposition, par le biais de l'A.I.R., ces fiches.

#### Actions d'améliorations proposées

- *L'accueil systématique, par un professionnel du service, de tous les patients admis.*
- *L'information des patients et/ou leur entourage, des modalités pratiques concernant le séjour.*
- *La diffusion du livret d'accueil.*
- *Finaliser le projet "amélioration de l'accueil sur le site", défini et mis en œuvre par Mlle L. afin que l'ensemble des patients admis dans les services d'hospitalisation de N :*
  - *Soit accueilli par un professionnel, sensibilisé à l'importance que revêt l'accueil dans le temps de l'hospitalisation,*
  - *Bénéficie d'informations précises quant au déroulement pratique du séjour,*
  - *Ait à sa disposition le livret d'accueil du C.H.U. et la fiche de présentation du service,*
  - *Puisse obtenir des réponses aux questions éventuelles.*
- *Etablir un règlement intérieur, en assurer sa diffusion et évaluer, à moyen terme son respect par les professionnels et les usagers.*

**Critère DIP.3.c**

***Le patient est informé des modalités de sa prise en charge administrative, des tarifs et du montant de sa participation financière éventuelle.***

N = 30

Secteurs Médecine/Chirurgie/Réanimation/Pédiatrie

Dans le cadre de la démarche permettant l'enregistrement administratif des patients, les professionnels du Bureau des Admissions informent, si cela est nécessaire, des frais et du montant de la participation financière éventuelle. Cette démarche est assurée aussi bien dans le cadre des pré-admissions que des admissions définitives et complètes.

Elle ne l'est pas ou est retardée en cas d'admission directe dans les services.

Les équipes déplorent que la réalisation des démarches administratives peuvent quelques fois retarder les patients, et que de plus, ils soient obligés de se rendre au Bureau des Admissions.

Certaines de ces informations sont reprises dans le livret d'accueil.

Une procédure concernant l'accès et les frais inhérents aux chambres particulières est affichée dans les services d'hospitalisation et au Bureau des Admissions.

Actions d'améliorations proposées

- *Certaines informations concernant le déroulement des démarches administratives, les frais voire les participations financières éventuelles, pourraient faire l'objet d'affiches apposées dans différents lieux (notamment d'attente) du site.*
- *La réalisation, au lit du patient, des démarches administratives éviteraient les déplacements des patients.*

**Critère DIP.3.d**

***Le patient est informé de la fonction et de l'identité des personnes intervenant auprès de lui.***

N = 30

Secteurs Médecine/Chirurgie/Réanimation/Pédiatrie

Le patient est informé de la fonction et de l'identité des personnes intervenant auprès de lui par le biais :

- Des badges reprenant l'identité et la fonction des professionnels qui sont présents sur les tenues "dédiées" (chaque agent à des tenues spécifiques).

Ce qui est le cas dans 22 services sur les 30 du site. En revanche des 8 services, le personnel a des tenues "bleues" sans badge ou avec une plaquette reprenant le prénom en Pédiatrie.

⇒ Dans les 27 services, le personnel médical se présente systématiquement. Ce qui n'est le cas, pour les professionnels soignants, que dans 20 services.

⇒ Dans 16 services, le personnel, dans son ensemble, s'attache à décliner sa fonction au téléphone.

Les services interrogés sont unanimes pour souligner que la sectorisation participe à une meilleure connaissance des interlocuteurs par les patients.

Actions d'améliorations proposées

- *La création, pour les professionnels ayant des tenues non dédiées, de badges amovibles.*
- *L'amélioration de la lisibilité des badges sur les tenues dédiées.*
- *La mise en place, voire la réactualisation, de panneaux d'affichage à l'entrée des services reprenant l'identité et la fonction des responsables.*
- *La mise à disposition des praticiens, qui en font la demande, d'ordonnances avec titres et fonctions de chacun.*
- *Dans le cadre du projet accueil, investir le champ de "l'accueil téléphonique".*

<b>Critère DIP.3.e</b>	<b><i>L'établissement favorise toute démarche permettant au patient de bénéficier de l'aide de services sociaux.</i></b>
------------------------	--

N = 30

Secteurs Médecine/Chirurgie/Réanimation/Pédiatrie

Les 30 services ont des Assistantes Sociales de référence.

Les patients ou leur famille sont informés de la procédure à suivre pour entrer en contact avec l'Assistante Sociale référante du service dans lequel ils sont hospitalisés par voie d'affichage dans 18 services et dans les 30 services par le biais de la fiche d'identité du service placée dans le livret d'accueil.

Pour des demandes ponctuelles, dans les 30 services, les Assistantes Sociales se rendent auprès des patients.

→ Dans 22 services, un travail conjoint existe entre les praticiens du service, le cadre infirmier, l'Assistante Sociale de référence, pour organiser d'une façon concertée les retours à domicile.

De plus, il existe :

- Des Assistantes Sociales référentes pour le Pavillon d'Urgences, d'où des interventions précoces,
- La possibilité, pour le personnel des Bureaux des Admissions et des services de Consultation, d'orienter les patients sur une permanence d'Assistants Sociales.
- Des permanences téléphoniques sont assurées par certaines Assistantes Sociales.

Les Assistantes Sociales de l'établissement travaillent en étroite collaboration avec leurs collègues extra-hospitaliers, notamment dans le cadre de la PMI.

Actions d'améliorations proposées

- ***Augmenter le temps de présence des Assistantes Sociales.***
- ***Déterminer une Assistante Sociale référente pour le Centre de la Douleur.***
- ***Améliorer la retranscription des informations concernant la situation sociale des patients dans les dossiers.***

**DIP - Référence 4 : Le patient reçoit une information claire, compréhensible et adaptée sur ses soins et son état de santé.**

<b>Critère DIP.4.a</b>	<b><i>Le patient ou son représentant légal désigne la ou les personnes qu'il souhaite voir informé(e)s.</i></b>
------------------------	---

N = 21

Secteurs Médecine/Chirurgie/Réanimation non applicable en pédiatrie

→ Des praticiens, dans 9 unités, ont considéré que ce critère allait à l'encontre des règles inhérentes au secret médical. Leur argumentaire s'appuyait sur le fait qu'un patient ne peut délier un praticien de ses règles.

Par ailleurs, à l'analyse des réponses, on a constaté qu'il existait une confusion entre "les personnes à prévenir" (élément qui apparaît au niveau du dossier administratif) et "personne désignée pouvant recevoir l'information concernant l'état de santé du patient".

→ 8 services interrogés posent distinctement la question au patient : "Personne à prévenir, personne désignée à recevoir l'information".

→ Pour les 13 autres services, 4 ont pour ligne de conduite que les informations importantes concernant l'état de santé, ne sont données qu'au patient lui-même, les 9 restant considèrent que la personne désignée est "la personne à prévenir".

*Actions d'améliorations proposées*

- ***Faire apparaître dans le livret d'accueil, que lors d'une admission, le patient a la possibilité de lui-même qu'il peut transmettre aux équipes l'identité et les coordonnées des personnes qu'il souhaite voir informées.***
- ***Systématiser, lors de l'entretien d'accueil, le recueil de l'identité et les coordonnées des personnes devant être informées sur l'évolution de l'état de santé du patient.***
- ***Analyser la pertinence de ce critère en regard des règles inhérentes au secret médical.***

<b>Critère DIP.4.b</b>	<b><i>Les professionnels informent le patient ou la(les) personne(s) qu'il a désigné(e)s sur son état de santé et sur les soins qui lui sont proposés.</i></b>
------------------------	--

N = 30

Secteurs Médecine/Chirurgie/Réanimation/Pédiatrie

Les professionnels des 30 services interrogés s'attachent à informer le patient ou les représentants de l'autorité parentale ou la personne qu'il va désigner sur son état de santé et sur les soins qui lui sont proposés.

Dans la majorité des services, cette démarche d'information est assurée conjointement par les soignants et les praticiens. Les soignants interviennent en ce qui concerne l'explicitation du déroulement des soins réalisés et des examens prescrits, voire dans certains cas le motif. Les praticiens pour leur part, se chargeant de transmettre les informations concernant les stratégies diagnostiques et thérapeutiques choisies, les diagnostics intermédiaires et définitifs ainsi que l'évolution de l'état de santé.

Ces démarches d'informations sont faites dans tous les services au quotidien, lors des visites médicales et sur demande du patient.

Il est à relever deux démarches qui paraissent exemplaires dans ce domaine :

- Celle du secteur de Pneumologie, qui organise des plages de rendez-vous durant lesquelles les patients et leur entourage peuvent rencontrer les praticiens du service (horaires affichés dans le service),
- Celle du secteur de Néphrologie, où tous les soirs les infirmières informent les patients des examens programmés pour le lendemain ainsi que leur déroulement.

#### *Actions d'améliorations proposées*

- *Mener une réflexion institutionnelle en ce qui concerne l'information du patient. Bien que le résultat de l'auto évaluation positionne l'établissement à un niveau III (répond globalement au critère), les résultats de l'enquête menée par OPTIMA, montrent que les patients considèrent n'avoir pas été très bien informés durant leur hospitalisation. Par ailleurs, les assises nationales des usagers en cancérologie nous apprennent d'une façon générale, que les professionnels des établissements de santé ne répondent pas pleinement aux demandes des patients en matière d'informations.*
- *Dans le cadre de la prescription d'examens radiologiques ou relevant des services d'exploration fonctionnelle, il serait nécessaire de codifier le déroulement de l'information du patient en ce qui concerne les modalités de réalisation de ces examens et les risques encourus.*
- *Le préambule de la Loi Hospitalière 1991 spécifie que les médecins et soignants ont un rôle partagé dans l'information du patient. Par conséquent, il est nécessaire de définir le champ de chacun des groupes professionnels.*
- *Sur les modèles des services de Pneumologie et de Néphrologie, mettre en place un dispositif garantissant au patient une information précise et régulière quant aux actes prescrits et réalisés et par ailleurs, l'organisation de plages horaires durant lesquelles le patient peut obtenir des réponses aux questions qu'il se pose dans des conditions d'intimité adaptées à un colloque singulier.*



**DIP - Référence 5 : Le consentement du patient et/ou de son entourage est requis pour toute pratique le concernant.**

<b>Critère DIP.5.a</b>	<b><i>Le consentement éclairé du patient est requis pour tout acte médical (excepté si son état rend nécessaire un acte auquel il n'est pas à même de consentir.</i></b>
------------------------	--

N = 21

Secteurs Médecine/Chirurgie/Réanimation

En regard de ce critère, les 21 services interrogés considèrent que le consentement éclairé du patient est requis pour tout acte médical. L'analyse des dossiers montre que pour 15 services, le patient est informé systématiquement de l'intérêt ou bénéfice des actes envisagés, mais que dans seulement 6 services, sont abordés les risques encourus.

➔ 15 services ont mentionné que dans certaines situations (transfusion, médicaments spécifiques, exploration fonctionnelle), des documents reprenant les "bénéfices-risques" sont signés par le patient.

➔ 4 services ont souligné que l'ensemble des décisions d'actes et d'exams est systématiquement pris en concertation avec les patients concernés.

N = 9

Secteur Pédiatrie

La problématique est identique que pour le secteur adulte, sauf que sont concernés en premier chef, les représentants de l'autorité parentale.

➔ 5 services ont souligné qu'ils informaient systématiquement de l'intérêt des actes envisagés.

➔ 4 services précisent que cette information aborde également les risques encourus.

Actions d'améliorations proposées

- **Mettre en conformité l'ensemble des services du site avec la réglementation en vigueur en matière d'information du patient "Code de déontologie", Arrêt du Conseil d'Etat 01/2000, futur projet de loi portant sur le droit à l'information.**
- **Codifier l'ensemble des actes pour lesquels un consentement écrit et signé est nécessaire de la part du patient. Dans le cadre du recueil de ce consentement, élaborer les documents qui seront nécessaires.**

**Critère DIP.5.b**

**Le patient inclus dans une recherche biomédicale donne son consentement de manière écrite.**

N = 21

Secteurs Médecine/Chirurgie/Réanimation

Dans les 21 services, les patients inclus dans une recherche biomédicale donnent leur consentement de manière écrite.

➔ Pour 17 services, les documents signés par les patients sont archivés, soit directement dans le dossier du patient, soit dans le bureau du Chef de service.

➔ 6 services soulignent les difficultés importantes d'archivage de ces documents (pertes de consentement).

➔ 14 services déclarent spontanément respecter les règles inhérentes à la loi HURRIET.

➔ 7 services soulignent que les recherches menées au sein du service ne le sont qu'avec l'autorisation du C.C.P.P.R.B.

N = 9

Secteur Pédiatrie

Très peu de recherches biomédicales ont été mentionnées. Lorsqu'elles ont eu lieu, la procédure en vigueur est rigoureusement appliquée.

Action d'amélioration proposée

- **Vérifier la qualité de l'archivage des documents de consentement dans certains services.**

<b>Critère DIP.5.c</b>	<b><i>Le patient mineur donne son avis, dont il est tenu compte dans toute la mesure du possible. En dehors de certaines dispositions particulières, les détenteurs de l'autorité parentale donnent leur consentement de manière écrite.</i></b>
------------------------	--

N = 21

Secteurs Médecine/Chirurgie/Réanimation

Ce critère est non applicable dans 14 services de ces secteurs.

→ Dans les 7 services concernés :

- 5 services font signer systématiquement au détenteur de l'autorité parentale, les documents d'autorisations nécessaires (sur la feuille d'admission),
- 2 services ne font pas signer automatiquement ce document, même pour des situations qui le rendent nécessaire,
- Pour 1 service, l'avis du mineur est pris en compte.

N = 9

Secteur Pédiatrie

→ Dans les 9 services concernés, le recueil du consentement auprès des détenteurs de l'autorité parentale est effectué par écrit pour les situations qui le rendent nécessaire.

→ Dans 4 services, l'avis du patient mineur est entendu. Il en est tenu compte dans toute la mesure du possible.

Actions d'améliorations proposées

- ***Systématiser le recueil du consentement auprès du détenteur de l'autorité parentale pour les situations qui le rendent nécessaire.***
- ***Mettre en conformité avec la réglementation en vigueur, le document permettant le recueil du consentement des détenteurs de l'autorité parentale (pour certaines situations, nécessité d'obtenir la signature des deux détenteurs).***

<b>Critère DIP.5.d</b>	<b><i>Les représentants légaux de l'incapable majeur donnent leur avis selon une procédure en place dans l'établissement.</i></b>
------------------------	---

N = 21

Secteurs Médecine/Chirurgie/Réanimation *Pédiatrie non concernée*

→ 5 services ont répondu qu'ils sollicitaient les représentants légaux des patients incapables majeurs hospitalisés.

→ 13 services mentionnent le fait qu'ils ne sont pas en mesure de déterminer avec précision les patients susceptibles d'être des incapables majeurs.

→ Pour 3 services, le critère n'est pas applicable.

Les professionnels interrogés ont répondu unanimement qu'ils méconnaissaient la procédure à appliquer dans le cadre de la prise en charge hospitalière des incapables majeurs.

#### Actions d'améliorations proposées

- **Elaborer une procédure commune à l'ensemble de l'établissement dans la prise en charge des incapables majeurs (relation avec les représentants légaux, recueil du consentement).**
- **Assurer un temps d'information destiné aux professionnels du site, en ce qui concerne la charge des incapables majeurs.**
- **Mener une réflexion avec le Service Social et le Bureau des Admissions afin que cela apparaisse sur le dossier des patients.**

<b>Critère DIP.5.e</b>	<b><i>L'établissement recherche l'expression de l'accord ou du refus préalable du patient pour le don et l'utilisation des produits du corps humain.</i></b>
------------------------	--

Ce critère n'a pas été soumis aux unités de soins.

Il est à noter que des professionnels ont été désignés comme coordinateurs dans le cadre des prélèvements d'organes.

Les services ont à leur disposition des procédures, élaborées par les coordinateurs et validées par la Direction Générale, reprenant les principes généraux et les conduites à tenir en ce qui concerne la recherche de l'expression de l'accord ou du refus préalable d'un patient pour le don et l'utilisation des produits du corps humain.

<b>Critère DIP.5.f</b>	<b><i>Le patient exprime son consentement pour les dépistages de certaines maladies infectieuses (V.I.H.) ou génétiques.</i></b>
------------------------	--

N = 30

Secteurs Médecine/Chirurgie/Réanimation/Pédiatrie

Dans l'ensemble des 21 services concernés relevant de la Médecine/Chirurgie/Réanimation, aucun dépistage de maladie génétique n'est effectué (ou cas rarissimes).

En ce qui concerne les dépistages de certaines maladies infectieuses, telles que le V.I.H., on relève :

- que 7 services ont intégré, dans leur bilan systématique d'entrée, le dépistage du V.I.H. Dans 5 de ces services, les patients n'en sont pas informés,
- 25 services ont pour ligne de conduite d'informer systématiquement le patient ou les parents lorsqu'un prélèvement V.I.H. va être effectué,
- Dans 4 services, il n'y a aucune démarche, ni information, ni de recueils de consentements auprès des patients ou des parents, lorsqu'un prélèvement V.I.H. est effectué.
  
- Sur ces 30 services, 23 nous ont signalé que lorsqu'un prélèvement V.I.H. est effectué dans le cadre d'un A.E.S., le recueil du consentement n'est jamais réalisé. Certains praticiens (dans 5 services) ont fourni des argumentaires précis concernant ce choix.

En ce qui concerne les dépistages de certaines maladies génétiques qui se font en Pédiatrie, les professionnels soulignent que les consentements sont requis.

Action d'amélioration proposée

- **Mettre le site en conformité à l'Article L 665-11 du Code de Santé Publique portant sur le recueil du consentement pour certains prélèvements.**

<b>Critère DIP.5.g</b>	<b><i>L'entourage du patient est préalablement informé des autopsies (hors recherche légale des causes de décès).</i></b>
------------------------	---

N = 30

Secteurs Médecine/Chirurgie/Réanimation/Pédiatrie

Dans les 30 services interrogés, l'entourage des patients est systématiquement et préalablement informé des autopsies (hors recherche légale des causes de décès).

**DIP - Référence 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.**

<b>Critère DIP.6.a</b>	<b><i>Le patient est examiné et peut obtenir les réponses aux questions qu'il se pose dans des conditions d'intimité adaptées à un colloque singulier.</i></b>
------------------------	--

N = 30

Secteurs Médecine/Chirurgie/Réanimation/Pédiatrie

➔ 11 services répondent pleinement au critère dans la mesure où les patients sont hospitalisés dans des chambres à un lit.

➔ Les 19 autres services nous ont signalé que le fait d'avoir essentiellement des chambres à deux lits ne permettait pas le respect systématique des conditions d'intimité adaptées au colloque singulier. Dans ces services, si l'état du patient voisin le permet, ce dernier est invité à quitter la chambre durant la visite médicale (ainsi que l'entourage présent)

Dans ce cadre, il est à signaler des expériences telles que celles menées en Pneumologie où le patient, si son état le permet, est invité à se rendre dans un bureau médical.

Actions d'améliorations proposées

- **Organiser au sein de chaque service des bureaux médicaux ou à défaut des locaux dans lesquels les praticiens pourraient recevoir les patients et ou leur entourage dans des conditions d'intimité adaptées à un colloque singulier.**
- **Mener un travail d'appropriation des conclusions des "états généraux des patients cancéreux" notamment en ce qui concerne les demandes exprimées en matière d'informations.**

**Critère DIP.6.b**

**Le patient dispose de ses effets personnels durant son séjour, sauf si des raisons de sécurité s'y opposent. Le dépôt et le retrait des objets personnels sont organisés.**

N = 30

Secteurs Médecine/Chirurgie/Réanimation/Pédiatrie

➔ Dans 24 services interrogés, les patients peuvent disposer de leurs effets personnels durant leur séjour, sauf si des raisons de sécurité s'y opposent.

Outre pour les services tels que la Réanimation Néphrologique, les Soins Intensifs Cardiologiques, la Réanimation, le SIPO, l'Hématologie (pour le secteur stérile) pour lesquels l'accès est contrôlé (sonnette, interphone), les professionnels déplorent de nombreux vols.

➔ 8 services ont émis, comme perspective d'amélioration, l'installation de cadenas sur les portes des armoires des patients.

Une organisation, portant sur le dépôt et le retrait des objets et valeurs, a été définie avec la Direction du site, le Service Infirmier, le Bureau des Admissions et la Perception.

Une procédure reprenant les points essentiels de cette organisation, élaborée par la Cellule Qualité et validée par la Direction du site, a été diffusée à l'ensemble des services.

➔ Les professionnels des 30 services interrogés connaissent le contenu de cette procédure.

➔ Les patients sont informés, dans 16 services sur 30, des risques qu'ils encourent à conserver des objets et valeurs auprès d'eux (par voie d'affichage, de distribution de documents, de fiche de présentation des services) 7 services font signer ces documents.

Actions d'améliorations proposées

- **Sécuriser les armoires des patients.**
- **Généraliser à l'ensemble des services, l'information portant sur les risques encourus par les patients à conserver des objets et valeurs.**

**Critère DIP.6.c | L'intimité du patient est respectée lors de la toilette, des soins, etc...**

N = 30

Secteurs Médecine/Chirurgie/Réanimation/Pédiatrie

L'ensemble des services interrogés a rencontré des difficultés pour donner leur positionnement précis en regard de ce critère.

Les arguments invoqués étaient qu'il existait un réel souci, partagé de tous, de respecter cette intimité du patient. Mais pour des raisons de cohabitation (chambre à deux lits), de va et vient fréquents dans les salles de soins ou les chambres, il est difficile de respecter cette intimité.

- ➔ 16 services sur 30 ont mis comme perspective d'amélioration l'installation, à l'entrée des chambres, d'un signal lumineux de présence.
- ➔ 7 services utilisent d'une façon régulière des paravents dans les chambres à deux lits. Ce type de matériel pose le problème de la désinfection, voire de la dangerosité dans certains services comme celui de Dialyse (risque de chute sur le patient branché).
- ➔ 8 services, organisés sous forme de box, sont équipés de stores permettant d'isoler le patient.

Actions d'améliorations proposées

- **Installer des signaux de présence à l'entrée de chaque chambre et des salles d'examen.**
- **Mener une réflexion institutionnelle en ce qui concerne l'application de l'arrêt Chantal NOBEL.**
- **Equiper les services, qui en font la demande, de paravents et voir avec l'Unité d'Hygiène la procédure de désinfection à appliquer à ce type de matériel.**

**Critère DIP.6.d | Le consentement du patient est recueilli pour les visites avec les étudiants.**

N = 30

Secteurs Médecine/Chirurgie/Réanimation/Pédiatrie

- ➔ 26 services interrogés déclarent, en regard de ce critère, ne jamais recueillir le consentement du patient pour les visites avec les étudiants en médecine.
- ➔ 11 services ont précisé que cette démarche leur paraissait aller à l'encontre des missions d'enseignement du C.H.U. 1 service a souligné que si un patient exprimait de lui-même le souhait de ne pas voir d'étudiant lors de sa visite médicale, sa demande serait respectée.

→ 4 services recueillent systématiquement le consentement du patient pour les visites avec les étudiants.

A l'analyse des cahiers, on constate, qu'en ce qui concerne les étudiants infirmiers, les professionnels référents les présentent systématiquement aux patients.

Action d'amélioration proposée

- ***Informers les patients de la mission d'enseignement du C.H.U. et de leur donner la possibilité de refuser la visite des étudiants.***

**Critère DIP.6.e**

***Les croyances du patient sont respectées. Le patient est informé qu'il peut faire appel au ministre du culte de son choix.***

N = 30

Secteurs Médecine/Chirurgie/Réanimation/Pédiatrie

Ce critère est non applicable pour 2 services.

→ En ce qui concerne les 28 services restant, les croyances des patients sont respectées dans la mesure du possible, tant au niveau alimentaire, que rituel.

Les patients ou les parents des enfants sont informés, par le biais du livret d'accueil, des fiches de présentation des services, des possibilités qu'ils ont d'accéder à un ministre du culte.

→ Une aumônerie œcuménique est présente sur le site. Une permanence y est assurée par deux aumôniers. Ces derniers se rendent quotidiennement, voire deux fois par semaine, dans 13 services interrogés et dans les 15 autres services, sur demande des patients.

Si les patients d'obédiences juives ou musulmanes souhaitent rencontrer un ministre de leur culte, les aumôniers se chargent de les contacter.

Un lieu de culte œcuménique (chapelle) est présent sur le site.

Dans le cadre des accompagnements en fin de vie, notamment en dehors des heures d'ouverture de l'aumônerie, le standard du C.H.U. dispose de coordonnées des ministres des différents cultes.



Dans le cadre du document "recommandations en cas de décès" qui sera transmis début 2001 à l'ensemble des services de l'Hôpital, apparaîtront les procédures d'appel des ministres des différents cultes.

Actions d'améliorations proposées

- **Assurer la diffusion du document "recommandations en cas de décès" contenant la procédure d'appel des ministres des différents cultes.**
- **Vérifier qu'il n'apparaît pas sur les dossiers de soins la religion du patient.**
- **Organiser des temps d'informations destinés aux professionnels et portant sur les caractéristiques des différentes religions.**

**Critère DIP.6.f**

***La liberté de circulation du patient est préservée, sauf si des raisons de sécurité ou des raisons réglementaires s'y opposent.***

Ce critère n'a pas été soumis aux services interrogés, dans la mesure où il n'apparaissait pas dans la version expérimentale qui a servi de base à l'auto évaluation à blanc

**Critère DIP.6.g**

***Le patient peut à tout moment quitter l'établissement après avoir été informé des risques qu'il encourt, sauf si des raisons réglementaires s'y opposent. La demande de sortie d'un patient contre avis médical est formalisée par l'établissement.***

N = 30

Secteurs Médecine/Chirurgie/Réanimation/Pédiatrie

5 services ne sont pas concernés par ce critère.

➔ Dans les 25 services restant, la procédure à appliquer est connue par l'ensemble des professionnels.

➔ Lorsqu'un patient souhaite quitter l'établissement, contre avis médical, il existe un dispositif commun au 25 services :

- Les professionnels appellent le médecin référent de l'unité : celui-ci informe le patient des risques qu'il encoure,
- Le patient est invité à signer une "décharge" (fiche d'admission),
- Une déclaration est faite à la Direction du site,

- si le patient "fugue" et que le praticien juge qu'il est en danger, des contacts sont pris avec les forces de police (via la Direction) afin que des recherches soient menées.

Action d'amélioration proposée

- ***Etablir une procédure concernant "la sortie d'un patient contre avis médical" et la diffuser à l'ensemble des professionnels.***

**DIP - Référence 7 : Le respect de la confidentialité des informations personnelles, médicales et sociales et de la vie privée est garanti au patient.**

**Critère DIP.7.a | Le patient bénéficie d'une garantie de la non divulgation de sa présence.**

N = 21

Secteurs Médecine/Chirurgie/Réanimation

En regard de ce critère, l'ensemble des 21 équipes a mentionné qu'il n'existait pas de tableau nominatif de présence et que les supports servant à la planification des soins se trouvaient dans les salles de soins, à l'abri des regards.

L'organisation du site permet à un patient qui fait la demande de bénéficier de la non divulgation de sa présence, de le faire grâce à des masques informatiques qui peuvent être activés dès son entrée administrative au Bureau des Admissions. Il est informé de cette possibilité par le livret d'accueil.

Lorsqu'une équipe a connaissance de ce souhait, celle-ci s'attachera à ne pas répondre aux questions quant à la présence de ce patient.

Cette demande apparaîtra dans le dossier de soins.

Les services ont souligné que cette situation est rarissime.

L'auto évaluation montre que les professionnels :

- Méconnaissent la procédure administrative de la non divulgation,
- Que la règle consistant à assurer la non divulgation de fait "au patient hospitalisé dans un service dont l'orientation pourrait donner des indication quant à la pathologie dont il souffre" n'est pas connue et par conséquent non appliquée.

A noter que les services dans lesquels l'accès est limité (obligation de se rendre à l'interphone, personnel venant accueillir le visiteur), le respect de cette notion de non divulgation est mieux respecté.

En dehors de situations exceptionnelles (mise en danger de l'individu, souhait clairement exprimé, hospitalisation sous X), le site n'est pas en mesure de répondre pleinement à ce critère.

N = 9

Secteur Pédiatrie

La problématique est identique pour le secteur de Pédiatrie.

Afin de compléter les données, il est à souligner que :

➔ Dans 5 services, il n'existe pas de tableau nominatif à l'entrée ou de noms sur les portes des chambres,

➔ 4 services ont répondu qu'ils n'ont jamais enregistré de telles demandes.

➔ 2 services ont complété leurs réponses en faisant apparaître que si les patients ou les parents souhaitent limiter les visites, l'équipe s'attachera à répondre à cette demande (réponse hors critère, mais à relever).

Action d'amélioration proposée

- ***Etablir une organisation permettant au patient de bénéficier d'une garantie de la non divulgation de leur présence (travail à mener d'une façon conjointe par les professionnels du Bureau des Admissions, du Service Informatique et des services de soins).***

**Critère DIP.7.b**

***Le secret professionnel est garanti et les moyens sont mis en œuvre à cet effet par l'établissement.***

N = 21

Secteurs Médecine/Chirurgie/Réanimation

L'ensemble des équipes interrogées s'attache à respecter les règles inhérentes au secret professionnel et met en œuvre des moyens à cet effet.

- ➔ Dans les 21 services, il n'existe pas de tableaux nominatifs.
- ➔ Pour 21 services, les professionnels ont été formés par le biais de la formation initiale ou continue aux règles inhérentes aux professionnels.
- ➔ Dans 15 services, les appels téléphoniques sont filtrés. Des précaution particulières sont prises systématiquement lors des échanges téléphoniques (vérification des interlocuteurs, limitation de la transmission des informations médicales).
- ➔ Pour 16 services, les dossiers des patients sont inaccessibles (salle fermée, secrétariat à accès contrôlé).
- ➔ Dans 11 services, les feuilles de température ou de surveillance journalière ne se trouve pas dans la chambre des patients.
- ➔ Dans 17 services, les demandes d'examens sont systématiquement transmises pli fermé.
- ➔ Dans 16 services, les règles inhérentes au respect du secret professionnel sont systématiquement rappelées par le Cadre à tous nouveaux professionnels ou stagiaires.
- ➔ 6 équipes ont souligné qu'elles s'attachent à respecter le code de déontologie dans ce domaine.
- ➔ A l'analyse des cahiers, on a retenu pour exemple des dispositions particulières qui ont été prises par 3 services :
  - Les informations d'ordre médical ne sont données que par les médecins et dans des conditions optimales de confidentialité,
  - Les informations concernant l'état du patient ne sont données qu'aux personnes référentes désignées par le patient lui-même, si son état le permet, ou par la famille. Les informations communiquées le sont systématiquement dans des conditions conformes à celles définies pour le colloque singulier (dans le bureau médical, en dehors de toutes personnes étrangères).

En conclusion, nous relèverons qu'il existe une réelle préoccupation chez les professionnels en ce qui concerne le respect du secret professionnel, mais la garantie totale paraît difficile.

N = 9

#### Secteur Pédiatrie

Conformément aux résultats obtenus en secteurs Médecine/Chirurgie/Réanimation, l'on relève une réelle préoccupation des professionnels à faire respecter les règles inhérentes au secret professionnel.

Les résultats montrent que dans :

- ➔ Les 9 services, les professionnels ont été formés à ces règles, soit pas le biais de la formation initiale ou continue (organisée par le C.H.U.) ou dans le cadre de programmes de

maintient des compétences (formations organisées sur le secteur de Pédiatrie par l'encadrement, informations assurées par des praticiens Chef de service).

- ➔ Dans 5 services, il n'existe pas de tableau nominatif et le nom de l'enfant n'apparaît pas sur les portes des chambres.
- ➔ Pour 9 services, les tableaux servant de support à l'organisation des soins sont à l'abri des regards.
- ➔ 5 services soulignent que les appels téléphoniques sont filtrés.
- ➔ Dans 9 services, seuls les parents sont destinataires des informations médicales concernant leur enfant.
- ➔ Les dossiers sont théoriquement inaccessibles dans 7 services.
- ➔ 3 services précisent qu'ils réalisent les relèves dans des endroits isolés phoniquement.
- ➔ Pour 3 services, les boxs facilitent le respect de ces règles.

Actions d'améliorations proposées

- *Mettre en place un dispositif sur l'ensemble du site visant à supprimer les feuilles de température ou de surveillance dans les chambres des patients (ou a défaut les mettre à l'abri des regards).*
- *Sécuriser les zones de stockages des dossiers dans l'ensemble des services du site.*
- *Sensibiliser les professionnels sur les conséquences possibles des informations médicales données dans les couloirs ou au self (présence possible de l'entourage du patient concerné).*
- *Intensifier la formation concernant les règles inhérentes au respect du secret professionnel des agent recrutés sur un mode Contrat Emploi Solidarité.*
- *Dans le secteur de Pédiatrie, lorsque les parents accompagnent les enfants aux examens, il serait souhaitable que le dossier qui leur est confié ne soit pas consultable (enveloppes fermées, ...).*

**DIP - Référence 8: Les réclamations et/ou les plaintes des patients font l'objet d'une gestion particulière.**

**Critère DIP.8.a**

***L'établissement facilite l'expression des suggestions, réclamations et/ou plaintes des patients.***

Ce critère n'a pas été soumis aux services de soins.

Toutefois, on peut mentionner en regard de ce critère :

- La réalisation d'une enquête visant à évaluer le degré de satisfaction des patients hospitalisés au niveau du C.H.U. durant l'été 2000 (470 interviews téléphoniques de patients sortis de deux sites),
- La réalisation d'une enquête restauration courant de l'année 2000 visant à connaître l'opinion des patients de l'ensemble du C.H.U. en ce qui concerne les repas,
- La présence d'un questionnaire de sortie (en cours de réactualisation) dans le livret d'accueil,
- La réalisation dans 9 services du premier site, d'enquêtes spécifiques portant notamment sur la qualité de l'accueil, l'information et le comportement des professionnels.

Actions d'améliorations proposées

- *Mettre en place un dispositif visant à traiter en routine le contenu des questionnaires de sortie et cela pour un des sites. Ce dispositif devra prévoir la transmission systématique des résultats aux équipes concernées.*
- *Réaliser pendant l'année 2001 des enquêtes thématiques qui auront une rentabilité informative supérieure à celle de l'enquête générale menée courant 2000.*

**Critère DIP.8.b**

***Les procédures de conciliation, dont les patients et les professionnels sont informés, sont organisées par l'établissement***

N = 30

Secteurs Médecine/Chirurgie/Réanimation/Pédiatrie

L'analyse des cahiers nous a montré une méconnaissance de la part des professionnels de l'existence, des objectifs, des modalités de saisies et du fonctionnement de la Commission de Conciliation.

La Commission de Conciliation fonctionne, mais contrairement aux textes réglementaires qui la régit, elle n'a pas mis en place les permanences prévues.

Les patients sont informés des modalités de saisies de la Commission de Conciliation par le biais du livret d'accueil.

Action d'amélioration proposée

- **Mettre en place sur le site de Nord, les permanences prévues pour la Commission de conciliation.**

<b>Critère DIP.8.c</b>	<b>Toutes les réclamations et/ou plaintes des patients sont analysées et ont une réponse.</b>
------------------------	---

N = 30

Secteurs Médecine/Chirurgie/Réanimation/Pédiatrie

Les 30 services interrogés ont souligné que toutes les réclamations ou plaintes des patients sont transmises aux responsables médicaux et/ou soignants du service. Selon la nature, les patients obtiendront une réponse directe (organisation d'une rencontre avec les responsables du service) ou par courrier.

Si les motifs de la plainte présentent une particulière gravité ou complexité, les responsables des services prennent systématiquement contact avec la Direction du site voire transmettent à cette dernière une copie des pièces pouvant apporter un éclairage à la situation.

<b>Critère DIP.8.d</b>	<b>Les secteurs d'activité concernés sont tenus informés de tout contentieux avec un patient.</b>
------------------------	---

N = 30

Secteurs Médecine/Chirurgie/Réanimation/Pédiatrie

➔ 25 des services interrogés considèrent être correctement informés des contentieux éventuels avec les patients dont ils ont eu la charge.

La Direction du site transmet systématiquement aux responsables des services une copie des lettres de plaintes ou de réclamations. Il est fréquent qu'elle demande des rapports circonstanciés.

La Direction du site applique le même dispositif en ce qui concerne les questionnaires de sortie sur lesquels apparaissent des réclamations.

➔ 6 services déplorent ne pas être toujours informés de la suite donnée aux plaintes.

➔ 7 services soulignent en regard à ce critère, la faiblesse de la rentabilité informative du questionnaire de sortie institutionnel.

**DIP - Référence 9: L'établissement évalue le respect des droits du patient.**

<b>Critère DIP.9.a</b> <b>DIP.9.b</b>	<b><i>Non soumis aux unités de soins.</i></b>
--	---



## 2 . Le dossier du patient - DPA -

**DPA - Référence 1 : L'établissement définit et met en œuvre une politique du dossier du patient dans l'ensemble des secteurs d'activité.**

<b>Critère DPA.1.a</b>	<b>Pour chaque patient, un recueil d'informations permet d'assurer la continuité des soins.</b>
----------------------------	---

N = 30

Secteurs Médecine/Chirurgie/Réanimation/Pédiatrie

Dans l'ensemble des 30 services, des démarches visant à recueillir des informations concernant les patients et destinées à assurer la continuité des soins, sont menées :

Ces démarches sont de natures différentes :

➔ 20 services analysent systématiquement les documents disponibles à l'admission du patient :

- Lettre du médecin traitant,
- Livret de liaison (patients chroniques),
- Dossiers venant des unités d'amont, qu'elles soient intra ou extra C.H.U.
- Les fiches de liaisons très souvent soignantes,
- Les fiches d'anesthésie, de salle de réveil, ...
- Les carnets de santé.

➔ 26 services mentionnent que ce recueil d'informations s'effectue essentiellement lors de l'admission du patient et qu'il est réactualisé au quotidien lors des visites médicales :

- Dans le cadre de l'observation médicale initiale,
- Dans le cadre de l'anamnèse soignante (14 services),
- Dans le cadre des entretiens d'accueils avec les patients et/ou l'entourage de celui-ci,
- Le secteur de Pédiatrie mentionne que cette démarche se fait dès l'admission à l'AMC.

➔ 12 services précisent l'utilisation de supports de recueils ou de retranscriptions des informations collectées :

- Les grilles d'entretien (5 services),
- Les diagrammes de soins (3 services),
- Les fiches spécifiques (1 service), fiche "présentation de bébés,
- Feuilles journalières de réa(2 services), qui intègrent ce type d'informations.

L'analyse des cahiers d'auto évaluation montre que de nombreux professionnels non médicaux déplorent la perte, par faute de retranscription sur le dossier du patient, d'informations collectées.

Par ailleurs, le fait qu'il n'existe pas de dossier unique, participe également à cette perte d'informations.

Cette remarque n'est pas valable pour le secteur de Pédiatrie qui utilise un dossier patient unique et qui par conséquent est transmis aux équipes concernées lors des mutations.

Actions d'améliorations proposées

- **Systématiser la conduite des entretiens d'accueil et la réalisation des anamnèses soignants.**
- **Elaborer et diffuser une grille d'entretien (souhait de 12 services).**
- **Diffuser la grille de préparation de l'opéré.**
- **Mener à bien le projet "dossier partagé".**

**Critères**  
**DPA.1.b**  
**DPA.1.c**  
**DPA.1.d**

**Non soumis aux unités de soins.**

DPA - Référence 2 : La politique du dossier du patient associe dans sa définition et sa mise en œuvre les instances et les professionnels concernés.

**Critères**  
**DPA.2.a**  
**DPA.2.b**

**Non soumis aux unités de soins.**

DPA - Référence 3 : Les informations contenues dans le dossier du patient sont soumises au respect des règles de la confidentialité.

**Critère DPA.3.a Les professionnels sont sensibilisés à la confidentialité.**

**N = 30**

Secteurs Médecine/Chirurgie/Réanimation/Pédiatrie

L'ensemble des professionnels évoluant dans les 30 services sont sensibilisés à la notion de confidentialité en ce qui concerne les informations contenues dans le dossier par le biais :

- De la formation initiale (26 nommées),
- De la formation continue, notamment pour les soignants, "formations accueil, responsabilités juridiques de l'IDE", ... (21 fois nommées),
- Des échanges qui ont lieu dans l'équipe ("d'une manière régulière" ➡ 8 fois nommées, "lors d'un incident" ➡ 6 fois),
- Par l'attention particulière que porte(nt) un ou des responsables du service à ce sujet (5 fois),
- Par la mise en place d'un programme de maintien des compétences, notamment dans le secteur de Pédiatrie.

Cette sensibilité au respect des règles de confidentialité se traduit essentiellement par la mise en place de dispositifs visant à :

- Entreposer les dossiers des patients dans des endroits non accessibles (voir critère DIP.7.b : problème de sécurité des zones de stockage),
- Placer les tableaux de planification des soins à l'abri des regards,
- Eviter de laisser les dossiers ou pièces de dossiers accessibles (voir DIP.7.b : feuille de température).

Action d'amélioration proposée

- ***Mener une réflexion avec les professionnels en vue de limiter l'accès des dossiers uniquement à ceux évoluant dans la sphère de soins des patients concernés (audit de dossiers, enquêtes, personnels contractuels, ...)***

<b>Critère DPA.3.b</b>	<b><i>Si son dossier est informatisé, le patient est informé de cette informatisation et de son droit d'accès et de rectification.</i></b>
------------------------	--

N = 30

Secteurs Médecine/Chirurgie/Réanimation/Pédiatrie

Le dossier du patient du C.H.U., pour sa partie médicale et de soins, est actuellement sur support papier.

En revanche, il existe un dossier administratif informatisé.

Dans ce cadre, les patients sont informés de cette informatisation et des droits qu'ils ont en matière d'accès et de rectification. Cette information est faite par le biais de l'affichage, notamment au Bureau des Admissions et au travers du Livret d'Accueil du C.H.U.

Actuellement, des équipes se sont engagées dans l'informatisation du dossier médical et de soins (Dermatologie, Néphrologie, ...)

L'analyse des cahiers ne permet pas de savoir si les patients en sont informés.

Actions d'améliorations proposées

- ***Vérifier que les affichettes concernant l'informatisation du dossier administratif soient présentes dans tous les lieux de saisies.***
- ***Vérifier qu'au niveau des services ayant déjà entrepris une informatisation des autres parties du dossier patient, cette démarche d'information existe.***

**DPA - Référence 4: La tenue du dossier du patient permet une gestion fiable des informations.**

<b>Critère DPA.4.a</b>	<b><i>Le dossier du patient comporte l'ensemble des éléments nécessaires à son identification.</i></b>
------------------------	--

N = 30

Secteurs Médecine/Chirurgie/Réanimation/Pédiatrie

Les 30 services interrogés ont mentionné que :

- La couverture cartonnée du dossier médical comporte systématiquement le logo du C.H.U., le nom du service, l'identité du patient voire ses dates d'entrées et de sorties lors de ses différents séjours.
- Dans le dossier de soins, la pochette cartonnée reprend les mêmes indications,

- En ce qui concerne les pièces se trouvant à l'intérieur des dossiers, elles comportent généralement le nom du patient, sa date de naissance voire son n° IPP, soit par le biais d'une étiquette ou de façon manuscrite.

➔ 11 services ont relevé qu'ils sont confrontés régulièrement à des pièces de dossiers dont ils ne peuvent identifier les patients concernés (notamment pour les observations médicales).

Action d'amélioration proposée

- **Mettre en place un dispositif de vérification afin que les différentes pièces des dossiers comportent l'ensemble des éléments nécessaires à leur identification.**

**Critère DPA.4.b**

**Les responsabilités des différents intervenants (infirmier(e)s, praticiens, internes, secrétaires médicales, étudiants hospitaliers, autres intervenant) sur la tenue du dossier du patient sont établies par écrit.**

N = 30

Secteurs Médecine/Chirurgie/Réanimation/Pédiatrie

Les 30 services interrogés ont souligné que les règles de tenue des dossiers et les responsabilités des différents intervenants sont connues par les professionnels concernés. Ces règles et principes sont communiqués oralement aux externes (par le biais du Livret de l'externe dans 6 services), aux internes (oralement), aux nouveaux professionnels soignants et/ou stagiaires.

Un seul service s'est doté d'une procédure à ce sujet.

Action d'amélioration proposée

- **Etablir pour chacun des services, une procédure reprenant les responsabilités des différents intervenants en ce qui concerne la tenue du dossier patient.**

**Critère DPA.4.c**

**Les prescriptions médicales sont rédigées par le praticien prescripteur, datées, et comportent le nom et la signature du praticien.**

N = 30

Secteurs Médecine/Chirurgie/Réanimation/Pédiatrie

Les résultats obtenus montrent que dans :

- ➔ 15 services, les prescriptions sont rédigées, datées, signées et comportent le nom du prescripteur,
- ➔ 6 services, les prescriptions sont rédigées, datées et comportent les initiales du prescripteur,
- ➔ 2 services, les prescriptions sont rédigées et datées,
- ➔ 4 services, elles sont uniquement rédigées,
- ➔ 3 services, elles sont dictées aux Cadres ou aux IDE Référent(e)s et rarement validées.
- ➔ Dans 10 cahiers, des praticiens ont souligné des difficultés en terme de temps et de supports pour être en conformité avec les règles dans ce domaine.

- ➔ 1 service a mentionné la "revalidation" systématique des prescriptions réalisées par téléphone la nuit.
- ➔ 3 services ont mentionné la mise en place d'un dispositif visant à écrire les prescriptions directement sur les feuilles de surveillance pour éviter les "recopiations".

Actions d'améliorations proposées

- **Prévoir les supports de prescriptions afin de faciliter les prescriptions et voire d'éviter les recopiations.**
- **Revoir les procédures de validation en ce qui concerne les prescriptions téléphoniques**
- **Mettre en conformité aux règles établies dans ce domaine, les prescriptions réalisées sur le site.**

**Critère DPA.4.d | Le dossier du patient est organisé et classé.**

N = 30

Secteurs Médecine/Chirurgie/Réanimation/Pédiatrie

Dans l'ensemble des 30 services, les dossiers des patients sont organisés et classés :

- Le dossier médical et le dossier de soins sont clairement identifiés et leurs lieux de stockage sont différents :
  - Le dossier médical : dans les bureaux médicaux, d'internes et/ou dans les secrétariats médicaux,
  - Le dossier de soins : dans les salles de soins.

➔ Dans 26 services, des chariots mobiles permettent le classement et le maniement des dossiers qu'ils soient médicaux ou de soins.

A l'intérieur du dossier médical se trouvent des intercalaires permettant de classer les différentes pièces du dossier (observations, résultats d'examens, de labo., ...)

Les différentes parties du dossier de soins ont des supports de couleurs différentes.

Action d'amélioration proposée

- **Sécuriser les lieux de stockage des dossiers.**

**DPA - Référence 5: Le contenu du dossier du patient permet d'assurer la coordination de la prise en charge entre professionnels et entre secteurs d'activité.**

**Critère DPA.5.a | Le dossier du patient comporte, sous l'autorité du praticien responsable, dans les meilleurs délais après son admission, les motifs d'hospitalisation et**

	<b>les conclusions de l'évaluation initiale de la situation du patient.</b>
--	---

N = 21

Secteurs Médecine/Chirurgie/Réanimation

En regard à ce critère, les réponses obtenues révèlent que dans :

- ➔ 15 services, le dossier médical comporte le jour même de l'admission les motifs d'hospitalisation et les conclusions de l'évaluation initiale de la situation du patient.
- ➔ 5 services, les observations initiales sont établies au moins dans les 48 heures qui ont suivie l'admission du patient.
- ➔ 1 service, cette démarche reste très aléatoire.
- ➔ 14 services, une anamnèse et recueil de données initiales sont établis et retranscrits dans le dossier de soins.
- ➔ 3 services considèrent que le champ investi par ce critère doit faire l'objet d'un programme d'amélioration.

N = 9-1

Secteur Pédiatrie

En ce qui concerne le secteur de Pédiatrie, les réponses obtenues ne l'ont été que dans 8 services :

- Les observations médicales initiales sont établies le jour de l'admission. Celles établies par l'AMC sont mises à la disposition des services d'aval,
- Un recueil d'informations concernant l'enfant et son entourage est réalisé et retranscrit dans le dossier de soins (ou certains supports spécifiques tels que feuilles journalières, fiche de présentation du bébé, ...).

Actions d'améliorations proposées

- **Systématiser les anamnèses et/ou les observations initiales dans le dossier de soins.**
- **Demander aux internes de garde de nuit de faire apparaître leurs observations initiales, notamment dans le dossier médical et non dans le dossier de soins.**

<b>Critère DPA.5.b</b>	<b>Le dossier du patient comporte des informations actualisées sur l'évolution de son état clinique et de sa prise en charge..</b>
------------------------	--

N = 21

Secteurs Médecine/Chirurgie/Réanimation

Ce critère investit le champ des observations intermédiaires.

L'analyse des synthèses d'auto évaluation montre que dans :

- ➔ 8 services, des observations médicales intermédiaires sont établies de façon quotidienne.

- ➔ 7 services, des observations médicales intermédiaires sont établies au moins tous les trois jours et plus si nécessaire.
  - ➔ 4 services, des observations médicales intermédiaires sont établies au moins une fois par semaine et plus si nécessaire.
  - ➔ 2 services, ces observations médicales intermédiaires sont établies de manière très aléatoire ("praticiens dépendants").
  - ➔ 21 services, il existe une réactualisation des informations contenues dans le dossier de soins à chaque relève (trois fois par jour)
- Dans ce cadre, 9 services utilisent les transmissions ciblées (mais pas le dispositif complet ➔ diagramme de soins).

N = 9                      Secteur Pédiatrie

Dans :

- ➔ 8 services sur 9, les observations médicales intermédiaires sont réalisées quotidiennement.
- ➔ 1 service, les observations médicales intermédiaires sont faites avec moins de régularité.
- ➔ 8 services, il existe une réactualisation des informations contenues dans le dossier de soins à chaque relève (trois fois par jour) ou sur les feuilles de réanimation, de surveillance, ...
- ➔ Aucun service n'utilise les transmissions ciblées.

Actions d'améliorations proposées

- **Enrichir les dossiers de soins de synthèses soignantes (pour patients à DMS longue)**
- **Finaliser le projet "Transmissions ciblées" et évaluer son impact.**
- **Intensifier les observations médicales intermédiaires.**
- **Mettre en place le projet "Dossier médical partagé"**

**Critère DPA.5.c**

**Le dossier du patient permet à tout moment de connaître les traitements, les examens et les soins reçus ou devant être reçus par le patient.**

N = 21                      Secteurs Médecine/Chirurgie/Réanimation

L'analyse des synthèses des 21 services montre qu'en regard de ce critère, c'est le dossier de soins (y sont inclus les fiches de planifications, les feuilles de surveillances journalières, ...) qui constitue la principale source d'information.

Dans la mesure où ces documents sont réactualisés au moins à chaque relève (soit trois fois par jour), ces documents sont considérés comme fiables.

A noter que se pose la question de la fiabilité de ces documents entre les temps de relèves.

Dans les services utilisant des fiches de surveillance quotidiennes, cette question ne se pose pas dans la mesure où il y est fait mention immédiatement de soins ou d'examen réalisés.

Dans les 9 services utilisant les transmissions ciblées, l'usage (actuel ou futur) des diagrammes de soins permet un suivi précis des soins réalisés et restant à faire.

N = 9 - 1                      Secteur Pédiatrie

Idem que dans les secteurs Médecine/Chirurgie/Réanimation

Actions d'améliorations proposées

- **Etendre l'utilisation des transmissions ciblées.**
- **Mener une réflexion au sein des services afin que soit mentionné le soin ou l'examen dès sa réalisation.**

<b>Critère DPA.5.d</b>	<b>Le dossier du patient comporte, lorsque sa prise en charge l'exige, des éléments d'information spécialisés.</b>
------------------------	--

N = 21

Secteurs Médecine/Chirurgie/Réanimation

Les 21 services interrogés ont répondu que lorsque la prise en charge du patient l'exige, les éléments d'information spécialisés sont présents, sauf en ce qui concerne :

- Les consentements écrits, ils ne sont pas tous présents puisque cette dynamique est globalement novatrice (exception faite des autorisations pour mineurs).
- Le dossier transfusionnel qui se trouve en HémoVigilance.

N = 9 - 1

Secteur Pédiatrie

Dans les 8 services de Pédiatrie concernés par ce critère, sont présents les différents éléments d'information spécialisés, notamment les autorisations parentales.

<b>Critère DPA.5.e</b>	<b>Le dossier du patient comporte la trace de la réflexion bénéfice-risque de la stratégie diagnostique et thérapeutique adoptée pour le patient avant chaque acte invasif.</b>
------------------------	---

N = 21

Secteurs Médecine/Chirurgie/Réanimation

➔ 5 services sur 21 retranscrivent d'une façon synthétique la réflexion bénéfice-risque de la stratégie diagnostique et thérapeutique adoptée pour le patient avant chaque acte invasif.

➔ En regard à ce critère, 12 services (et particulièrement leurs praticiens) ont mentionné lors des rendus que ces réflexions sont souvent menées dans le cadre staffs, colloques pluridisciplinaires, mais par faute de temps, leurs synthèses ne sont pas retranscrites dans le dossier médical.

➔ 4 services n'ont pas répondu à ce critère.

➔ 6 services ont précisé que dans le cadre de la mise en place de stratégies thérapeutiques spécifiques (notamment anti cancéreuses), la synthèse de ces réflexions bénéfices-risques est retransmise dans le dossier médical.

N = 9 - 2

Secteur Pédiatrie

Dans les dossiers médicaux de :

➔ 4 services du secteur de Pédiatrie est retranscrite, d'une façon systématique, la réflexion bénéfice-risque de la stratégie diagnostique et thérapeutique adoptée pour les enfants avant chaque acte invasif.

➔ 3 services ont mentionné, en regard à ce critère, que les dossiers sont revus quotidiennement. Les stratégies sont rediscutées avec la même périodicité.



Actions d'améliorations proposées

- **Systématiser la retranscription des réflexions bénéfice-risque des stratégies diagnostiques et thérapeutiques adoptées avant chaque acte invasif.**
- **Mener une réflexion quant à l'extension de cette démarche dans le cadre de gestes "mineurs" (VVC, CIP, ...)**

**Critère DPA.5.f** **Le dossier du patient comporte, après sa sortie, les conclusions du séjour et les éventuelles modalités de suivi.**

N = 21

Secteurs Médecine/Chirurgie/Réanimation

L'analyse de ces synthèses montre que dans :

- ➔ Les 21 services interrogés, apparaît systématiquement dans le dossier médical une conclusion de séjour (le plus souvent dans les 48 heures après la sortie du patient).
- ➔ En revanche, dans uniquement 15 services, ces conclusions sont accompagnées des éventuelles modalités de suivi.

N = 9 - 1

Secteur Pédiatrie

Dans les 8 services, les conclusions du séjour, avec les modalités de suivi, sont établies et retranscrites dans les dossiers des enfants.

Actions d'améliorations proposées

- **Compléter systématiquement les conclusions des séjours avec les modalités de suivi.**
- **Enrichir le dossier de soins d'une synthèse de séjour (RSI).**

**Critère DPA.5.g** **Le médecin désigné par le patient est destinataire d'un document écrit qui lui parvient dans un délai permettant la continuité de la prise en charge.**

N = 21

Secteurs Médecine/Chirurgie/Réanimation

Les résultats obtenus en regard de ce critère font apparaître que, dans la mesure où le patient désigne un médecin traitant de référence, les 21 services transmettent un document écrit permettant la continuité des soins.

En revanche, l'analyse montre que :

- ➔ 4 services s'attachent à transmettre les courriers dans les 48 heures qui suivent le départ du patient (courrier succinct complété dans un second temps par un courrier plus long, courrier type de soins, utilisation de fax, ...).
- ➔ 13 services enregistrent un délai de réalisation des documents allant de 3 à 10 jours.
- ➔ 4 services, ne transmettent les courriers au médecin traitant désigné qu'au delà de 10 jours.

A noter que les délais, quelques fois longs, s'expliquent, selon les professionnels, par la surcharge des secrétariats médicaux.

De plus, de nombreux professionnels ont souligné les délais d'acheminements très longs liés à l'utilisation par le C.H.U. du tarif lent pour l'envoi des courriers (plus de 5 jours).

➔ 3 services déplorent l'absence de réseaux informatiques vers l'extérieur du C.H.U. qui favoriseraient la transmission de données, notamment aux correspondants libéraux.

N = 9

Secteur Pédiatrie

Les médecins référents désignés par les détenteurs de l'autorité parentale sont informés des conclusions du séjour et des modalités de suivi dans :

➔ 4 services, dans un délai allant jusqu'à 8 jours.

➔ 4 services, dans un délai allant de 8 jours à 3 semaines.

Actions d'améliorations proposées

- **Mise en place de moyens de communication sécurisés avec les correspondant hors C.H.U.**
- **Renforcer les effectifs de certains secrétariat médicaux.**
- **Abandonner le tarif lent P.T.T.**

**DPA - Référence 6: La gestion du dossier du patient est organisée de façon à assurer l'accès aux informations.**

**Critère DPA.6.a | Le dossier du patient peut être localisé et accessible à tout moment.**

N = 21

Secteurs Médecine/Chirurgie/Réanimation

*Ce critère est à compléter par les professionnels du S.L.A.T.*

Pour les professionnels des 21 services interrogés, les dossiers des patients sont relativement facilement localisables et accessibles tant qu'ils sont dans les services où se trouvent les patients concernés.

➔ Toutefois, 4 services sur 21 soulignent les difficultés qu'ils rencontrent lorsque les dossiers sont dans des bureaux médicaux fermés.

➔ En revanche, 5 services précisent, qu'en fonction des moments où sont demandés les dossiers au S.L.A.T. (lieu d'archivage), les délais sont quelques fois longs (environ une journée).

Les services du secteur Médecine/Chirurgie/Réanimation ne sont pas dotés d'un système informatique de localisation des dossiers.

N = 9

Secteur Pédiatrie

Les 9 services de Pédiatrie ne rencontrent aucun problème en terme de localisation et d'accessibilité des dossiers, d'autant plus qu'ils ont à leur disposition un logiciel.

Action d'amélioration proposée

- **Pour les secteurs Médecine/Chirurgie/Réanimation, mettre en place un programme informatique permettant la localisation exacte des dossiers.**

<b>Critère DPA.6.b</b>	<b>Non soumis aux unités de soins.</b>
------------------------	--

**DPA - Référence 7 : Le dossier du patient fait l'objet d'un dispositif d'évaluation et d'amélioration continue.**

<b>Critère DPA.7.a</b> <b>DPA.7.b</b>	<b>Non soumis aux unités de soins.</b>
--	--

### 3 . Organisation de la prise en charge des patients - OPC -

**OPC - Référence 1 : L'établissement définit une politique visant à assurer l'organisation de la prise en charge des patients.**

<b>Critère OPC.1.a</b> <b>OPC.1.b</b>	<b>Non soumis aux unités de soins.</b>
--	--

**OPC - Référence 2 : L'accès à l'établissement et à ses différents secteurs d'activité est organisé, facilité, et fait l'objet d'une information claire.**

<b>Critère OPC.2.a</b> <b>OPC.2.b</b>	<b>Non soumis aux unités de soins.</b>
--	--

<b>Critère OPC.2.c</b>	<b>Selon leurs spécificités, les services s'organisent pour prendre en compte dans leur organisation les attentes du public.</b>
------------------------	--

N = 30

Secteurs Médecine/Chirurgie/Réanimation/Pédiatrie

Globalement ce critère a été très mal renseigné et dans le cadre de l'auto évaluation définitive, un travail d'investigation plus précis sur ce thème devra être mené.

➔ 16 services ont répondu à ce critère.

Sur les 16 services ayant répondu à ce critère :

➔ 12 services ont mentionné la création de structures telles que "hôpitaux de jour/hôpitaux de semaine/dispensaire" pour mieux répondre aux besoins de la population (prise en charge ambulatoire, DMS courte, ...)

➔ 7 services ont fait état de l'installation de distributeurs de boissons, d'organisation de salles d'attente, de salles de détente destinées à l'entourage des patients, ...

Action d'amélioration proposée

- **Investir d'une façon plus précise ce critère afin d'avoir des données plus exhaustives sur ce sujet.**

**Critère OPC.2.d** | **Les services sont signalés clairement à l'intérieur de l'établissement afin de faciliter la circulation de tous.**

N = 30

Secteurs Médecine/Chirurgie/Réanimation/Pédiatrie

Le signalement des services et leur positionnement existe :

- Au niveau de la zone des ascenseurs, niveau + 1, côté adulte,
- Dans la zone des ascenseurs à tous les étages du secteur Pédiatrie,
- A l'intérieur des ascenseurs destinés au public,
- A chaque étage, à la sortie des ascenseurs = tableau reprenant : les orientations des différents services présents à l'étage, les noms des responsables médicaux, des Praticiens Hospitaliers, quelques fois ceux des Chefs de Cliniques, des internes et des Cadres,
- A l'entrée de chaque service, un panneau existe, reprenant l'orientation du service.

En revanche, il n'existe pas au niveau de l'entrée principale du site et du secteur de Pédiatrie, un tableau lisible et accessible au premier regard, reprenant le signalement, le positionnement voire le nom des responsables des différents services.

Aux heures d'ouverture du Bureau des Admissions, cette absence est compensée par le fait que les usagers s'adressent aux professionnels de ce service.

Il est à noter également que 11 services déplorent que les signalisations du secteur Mère-Enfant et que celle du secteur Urgences du service de Réanimation, à partir de l'entrée principale, soient mal faites (beaucoup de personnes s'égarer). Cette remarque peut être aussi valable pour le service de Radiologie et le secteur de Consultations.

L'analyse des synthèses montre que globalement les professionnels considèrent cette signalisation comme imparfaite.

Action d'amélioration proposée

- **Révoir la signalisation interne du site.**

**OPC - Référence 3 : L'établissement met en œuvre une politique d'accueil du patient et de son entourage.**

**Critère OPC.3.a** | **Une permanence de l'accueil est assurée.**

N = 30

Secteurs Médecine/Chirurgie/Réanimation/Pédiatrie

*L'accueil administratif n'est pas abordé.*

L'ensemble des services interrogés ont répondu au-delà du critère. C'est à dire qu'ils n'ont pas uniquement abordé la notion de permanence, mais qu'ils ont évoqué le dispositif mis en place dans le cadre de l'accueil des patients.

Il est à noter qu'un travail important, portant sur l'accueil des patients, impulsé par Mlle L. est en cours de finalisation (mise en place de formations, élaboration de documents d'accueil, réflexions sur la place de l'accueil dans un dispositif de soins, ...)

Les réponses collectées au travers des démarches d'auto évaluation soulignent que :

- ➔ 27 services mentionnent que les professionnels qui y évoluent assurent un accueil des patients (adultes & enfants) et/ou de leur entourage, aussi bien :
  - Physiquement, 24H/24. 18 services ont précisé que cet accueil est assuré tant par les professionnels soignants que par les praticiens (seniors ou internes),
  - Téléphoniquement, soit au sein des services de soins, soit dans les secrétariats médicaux (via les secrétaires médicales).

Il est à noter que :

- ➔ 7 services ont souligné qu'il existe un message d'accueil sur les postes des secrétariats en dehors des heures d'ouverture.
- ➔ Dans 16 services, une bascule automatique est effectuée des postes des secrétariats médicaux en dehors de leurs horaires d'ouvertures vers les postes des unités de soins.
- ➔ Les 3 autres services assurent également un accueil physique et téléphonique mais pas 24H/24 compte tenu de leurs orientations.

- ➔ Les 30 services ont mentionné que des professionnels du service ont suivi des formations organisées par le C.H.U. et portant sur l'accueil.

En ce qui concerne le dispositif mis en place dans le cadre de cet accueil, l'analyse montre que :

- ➔ 18 services réalisent un accueil qualifié, par les professionnels eux-mêmes, de "personnalisé" :
  - Pour ces services, un professionnel (IDE ou AS) est dédié à ce temps d'accueil,
  - Un entretien d'accueil est mené afin de spécifier les demandes et les attentes des patients et/ou de leur entourage,
  - Une présentation du service est réalisée dans 11 services sur la base du livret d'accueil. 4 services font visiter les locaux, si l'état du patient le permet,
  - 4 services équipés d'interphone ont mentionné que le fait d'avoir une organisation limitant l'accès de l'unité, oblige un professionnel à assurer un accueil qui sera plus personnalisé que dans des conditions normales.
- ➔ 8 services ont placé l'amélioration de l'accueil dans les axes prioritaires.

Dans le cadre de l'accueil, sont à noter :

- La mise en place d'une organisation spécifique visant à garantir un accueil de qualité optimale : pour exemple, la mise en place d'une IDE d'accueil en Chirurgie Cardio Vasculaire,
- La réalisation d'une enquête portant plus particulièrement sur l'accueil et la qualité de l'information (en Réanimation Néphrologique).
- ➔ 28 services sur 30 ont réalisé des fiches de présentation des services qui pourront servir de bases d'échanges lors des temps d'accueil.
- ➔ 6 services déplorent que "l'accueil est souvent bâclé" par faute de temps.

Actions d'améliorations proposées

- **Finaliser le projet "Accueil" impulsé, par Mlle L.**
  - Dans ce cadre, établir "une charte du bon accueil" (comprenant un entretien d'accueil),
  - Valoriser le temps de l'accueil comme un temps de soin et mettre en place une organisation qui le permette.
- **Installer dans certains services, des sonnettes à l'entrée, pour que les patients et/ou leur entourage puissent signaler leur présence.**

<b>Critère OPC.3.b</b>	<b><i>L'accueil administratif est approprié pour une prise en charge rapide et fiable du patient.</i></b>
------------------------	---

Bureau des Admissions

Pour ce critère, il serait nécessaire d'investir les accueils administratifs réalisés dans d'autres secteurs que celui du Bureau des Admissions (secteur de Consultations AMC par exemple).

<b>Critère OPC.3.c</b>	<b><i>Le service organise sans délais la prise en charge de toute personne se présentant pour une urgence, en tenant compte du degré d'urgence.</i></b>
------------------------	---

N = 30

Secteurs Médecine/Chirurgie/Réanimation/Pédiatrie

Les services interrogés sont allés au-delà du critère dans leurs réponses et ont abordé le dispositif mis en place dans le cadre du traitement des urgences in situ.

L'organisation des urgences au C.H.U. repose sur :

- ➔ La présence d'un service d'Urgences (SAU) sur le site B.
- ➔ L'organisation des transferts des patients admis sur le site de B et devant être hospitalisés sur l'hôpital N (via le SAMU ou les ambulanciers selon l'état de santé du patient)
- ➔ Un service Porte Urgence Adulte sur le site et dépendant du service de Réanimation de Mr le Professeur A. (c'est le personnel du service de Réanimation qui couvre l'activité Urgences) A noter que cela est très mal signalé.
- ➔ Un service d'accueil des Urgences pédiatriques (AMC) situé géographiquement au secteur Mère-Enfant.

Ce service va être amené courant 2001 à investir des locaux plus adaptés que ceux qu'ils ont actuellement.

Dans ce cadre, une organisation sera définie, notamment en ce qui concerne le traitement des urgences Gynéco Obstétricales qui se présentent à l'AMC.

- ➔ Une formation du personnel aux "5 premières minutes de l'urgence" (mentionnée par 22 services).

- ➔ La présence de chariots d'urgences dans les services (24 services) :

Dans ce cadre, il a été nommé une IADE qui a en charge la formation des professionnels en ce qui concerne la tenue des chariots de réanimation.

21 services ont organisé la maintenance de ces chariots (procédure de vérification du contenu, des périmés, ...)

- ➔ Un numéro d'appel (le 19), en cas d'urgences vitales, a été communiqué à l'ensemble des services. Il permet d'entrer en contact avec l'équipe du service de Réanimation Polyvalente qui se rend en binôme au chevet du patient avec le matériel adéquat.

➔ La présence de médecins 24H/24 dans les services participe activement à la prise en charge des urgences.

Ces médecins sont, soit :

- Des médecins et/ou internes référents des services concernés (notamment le jour ou dans les services de réanimation où sont les praticiens qui assurent les gardes ou les astreintes),
- De nuit, des internes évoluant par secteur,
- Des médecins seniors assurant une permanence téléphonique (rester joignables) en dehors de toutes organisations "de gardes ou d'astreintes" (cité dans 8 services).

Certains services tels que l'Angiologie, les Explorations Fonctionnelles Digestives et Respiratoires, se rendent aux chevets des patients si l'état de santé de ces derniers empêche tout déplacement.

Actions d'améliorations proposées

- **S'assurer que l'ensemble des chariots d'urgences bénéficie d'une procédure de contrôles réguliers.**
- **Rendre accessible la formation "5 premières minutes de l'urgence" à tous les professionnels.**

<b>Critère OPC.3.d</b>	<b><i>Si la situation du patient ne relève pas de ses compétences, le service l'adresse à une structure appropriée.</i></b>
------------------------	---

N = 30 - 1

Secteurs Médecine/Chirurgie/Réanimation/Pédiatrie

Ce critère a suscité de nombreux commentaires de la part des professionnels, notamment des médecins.

➔ 9 services ont souligné que cela faisait partie de la démarche éthique de tout professionnel qui se doit de faire appel à d'autres compétences s'il se trouve en difficulté ou à la limite de ses propres compétences dans le cadre de la prise en charge du patient.

➔ Il est fait mention dans 29 cahiers : des correspondants médicaux ou paramédicaux internes au C.H.U. auxquels les services font appel fréquemment pour un avis complémentaire ou pour mobiliser une compétence particulière (ORL, Ophtalmologie, Dermatologie, Psychiatrie, Cardiologie, Stomathérapie).

➔ 16 services ont précisé que ces interlocuteurs se déplacent généralement aux chevets des patients.

➔ 8 services déplorent le fait que certains patients, notamment très fragilisés, se trouvent dans l'obligation de se rendre dans un autre établissement pour bénéficier de certaines prestations.

➔ 8 services soulignent la mutation de patients vers d'autres établissements présentant les compétences nécessaires pour assurer une prise en charge adaptée (ex. : Neuro Cardiologie, Réanimation Néonatalogique, ...)

➔ 11 services font état de mutations intra muros, notamment vers les services tels que le SIPO, les services de Réanimation Polyvalente, Néphrologique, Pédiatrique, Néonatalogique, quand l'état des patients s'aggrave.

Action d'amélioration proposée

- **Revoir le transport des patients infectés ou immunodéprimés se rendant sur d'autres sites.**

**Critère OPC.3.e** *Des dispositions sont prises pour réduire les délais d'attente*

N = 30

Secteurs Médecine/Chirurgie/Réanimation/Pédiatrie

A l'analyse des rapports de synthèses et lors des échanges qui ont eu lieu dans le cadre des démarches de restitutions, l'on constate que la diminution des délais d'attente est une préoccupation permanente chez les professionnels.

Pour atteindre ces objectifs, on relève que :

➔ 24 services ont souligné les efforts qu'ils déploient (notamment l'encadrement soignant) afin que l'organisation des temps d'hospitalisation soit telles qu'il n'existe pas de "temps perdu" :

- Un travail d'anticipation des prises de rendez-vous avant l'admission des patients, dans le cadre des hospitalisations programmées : prise de rendez-vous à la consultation ➔ 15 fois cités

- Une programmation réaliste des venues des patients, pour éviter les attentes dans les salles d'attentes ➔ 6 fois

- Une organisation, une programmation des départs afin qu'ils ne soient pas concomitants avec les admissions (organisation des temps de ménage, ...) ➔ 9 fois

- Une communication (voire une souplesse) des horaires afin que l'entourage n'attende pas dans les couloirs de l'hôpital ➔ 7 fois

- La mise en place d'une meilleure coordination entre l'équipe de brancardage et les équipes d'amont, les équipes des services médico-techniques, d'exploration fonctionnelle, des blocs opératoires, pour limiter les temps d'attente avant et après la réalisation d'examens et/ou d'interventions ➔ en cours

- La demande anticipée à la Pharmacie de certains produits (ex. chimiothérapie) afin que ces derniers soient disponibles dès l'arrivée du patient ➔ 3 fois

➔ 3 services relèvent que compte tenu des taux d'occupations des lits, les services sont en difficulté pour répondre aux demandes d'admissions exprimées par les praticiens extérieurs au C.H.U.

➔ 4 services ont mentionné qu'il existe une organisation mise en place dans les secteurs MCO en vue de limiter d'une façon significative les temps d'hospitalisation, mais compte tenu de la saturation évidente des plateaux techniques (Scanner, IRM, Echographies, ...), les équipes ne sont pas toujours en capacité de l'appliquer.

➔ 2 services ont témoigné de la mise en place d'une démarche visant à diminuer les temps d'attentes dans les secteurs de consultations (amélioration de la programmation des rendez-vous).



### Actions d'améliorations proposées

- **Renforcer les plages de rendez-vous pour les examens relevant de la Radiologie, tels que les IRM, les scanners et certaines échographies.**
- **Finaliser la démarche en cours portant sur l'amélioration de la programmation des rendez-vous dans les secteurs des consultations et dans le cadre des transports de patients.**
- **Entreprendre des actions correctrices au niveau des blocs opératoires afin d'améliorer le flux des patients et ceci afin, notamment, d'éviter les attentes dans les couloirs (mise en place, dans le cadre du Conseil de Bloc, d'une démarche visant à améliorer la programmation).**

<b>Critère OPC.3.f</b>	<b>Le séjour programmé est préalablement organisé au plan médical et administratif.</b>
------------------------	---

N = 30 - 5

Secteurs Médecine/Chirurgie/Réanimation/Pédiatrie

➔ 25 services constatent que les séjours programmés sont organisés tant au plan administratif que médical :

- Dès les secteurs de consultations et à partir des secrétariats médicaux ➔ 8 fois cités. Dans ce cadre 5 services ont mentionné que les dossiers des patients étaient "ouverts" dès la consultation.

- Des "pré-admissions" administratives peuvent être faites avant l'hospitalisation ➔ 14 fois

- De nombreux services ont défini une organisation reposant essentiellement sur l'encadrement, afin que les rendez-vous d'examens et/ou d'investigations soient programmés avant l'arrivée du patient ➔ 16 fois

- Il existe dans certains services des "profils de prise en charge" : c'est à dire qu'en fonction des situations ou des pathologies, des types de prise en charge ont été définis par les praticiens responsables ➔ 3 fois

- Les prescriptions d'examens complémentaires et des soins sont toujours programmées à partir d'un examen médical qui a eu lieu en consultation, dans un autre service ou par le médecin qui adresse le patient ➔ 18 fois

- A l'arrivée des patients dans les unités, les dossiers sont présents, c'est à dire qu'ils ont été demandés préalablement aux Archives Centrales ➔ 24 fois

- Le malade est attendu ➔ 21 fois

- La chambre est réservée dans 21 services, mais elle n'est effectivement disponible que dans 12 services.

De plus, les résultats de l'auto évaluation ont montré qu'il existe :

- Une réelle préoccupation de la part des professionnels médicaux et non médicaux, d'organiser d'une manière optimale les séjours des patients pour "ne pas perdre de temps",

- Des filières de soins au sein de l'établissement qui permettent l'amélioration de la prise en charge des patients et qui facilite l'organisation des séjours (relation entre unités de soins, secteurs de consultations, plateaux techniques, ...) ➔ 6 fois cités.

Au-delà de ce critère, 12 services ont abordé la prise en charge des patients en hospitalisation non programmée.

➔ Ces 12 services ont mentionné qu'ils sont :

- En capacité de prendre en charge des patients non programmés (bonne réactivité dans l'ensemble de la structure). Toutefois, compte tenu du taux d'occupation des lits (+ de 86 % tous secteurs confondus), les services ne sont pas en capacité de "bloquer" des lits pour les non programmés. Situation qui engendre une désorganisation importante pouvant aller jusqu'à la déprogrammation de "dernière minute" de patients prévus de longue date ➡ 8 fois cités
- Dans les périodes de forte activité au niveau du Service d'Urgence (épidémie, pics saisonniers,...) en difficulté lorsqu'ils sont amenés à prendre en charge des patients ne relevant de leur spécialité et pour lesquels il n'est pas possible d'avoir accès à des praticiens extérieurs (ex. : patients relevant de la médecine, mutés en secteur de chirurgie) ➡ 7 fois

Action d'amélioration proposée

- **Etendre les efforts entrepris dans le domaine de l'organisation des séjours, par une majorité des services, à l'ensemble des services du site.**

<b>Critère OPC.3.g</b>	<b>Les services proposent des solutions d'hébergement et de restauration aux accompagnants.</b>
------------------------	---

N = 30 - 2

Secteurs Médecine/Chirurgie/Réanimation/Pédiatrie

Les 28 services pour lesquels le critère était applicable ont mentionné, en ce qui concerne les possibilités de restauration proposée à l'entourage des patients, que :

- La possibilité, moyennant l'achat d'un ticket repas (d'une valeur de 49 frs), de se restaurer au Self du personnel ou dans 15 services, se faire servir un repas auprès du patient,
- La mise en place de fontaines d'eau et de distributeurs de boissons à l'AMC (secteur Pédiatrique),
- La présence d'un "relais H" de restauration rapide au niveau du hall central,
- La possibilité offerte dans 8 services, de bénéficier gratuitement d'un petit déjeuner (lorsque l'entourage a passé la nuit auprès du patient),
- L'organisation de "salles à manger / détente" équipées de micro-ondes dans 3 services de Pédiatrie. A noter que certaines de ces installations n'auraient pas pu être organisées sans l'aide d'associations, par exemple "Le Père Noël du lundi".

En ce qui concerne l'hébergement, les solutions proposées sont :

- La mise à disposition de chambres mères-enfants ➡ cité dans 6 services,
- L'installation de lits couchettes dans les services dont la taille des chambres le permet et dans des situations particulières (état grave des patients, éloignement du domicile, ...) ➡ cité par 11 services.

Actions d'améliorations proposées

- *Développer les lieux de détente et de restauration pour l'entourage des patients (ex. Pédiatrie).*
- *Améliorer l'accès aux "plateaux repas" le week-end notamment pour des parents en grande précarité qui restent auprès de leurs enfants.*
- *Créer des chambres de dépannage, notamment pour les personnes ayant des moyens financiers qui ne leur permettent pas de prendre une chambre d'hôtel.*
- *Augmenter le nombre de chambres mères-enfants.*
- *Améliorer la qualité des couchettes.*
- *Construire une maison parentale.*
- *Etablir une liste des hôtels avoisinants en précisant les prix et les modalités d'accès.*

**Critère OPC.3.h** *L'établissement met en œuvre une politique de prévention du tabagisme.*

Ce critère n'apparaissait pas dans le manuel expérimental de base.

Par conséquent, il sera à investir plus particulièrement par les groupes transversaux.

**OPC - Référence 4 : La prise en charge du patient est établie en fonction d'une évaluation initiale et régulière de son état de santé.**

**Critère OPC.4.a** *Les données issues d'une consultation préalable, d'une hospitalisation antérieure ou du passage au service d'urgences sont disponibles.*

N = 30 - 2

Secteurs Médecine/Chirurgie/Réanimation/Pédiatrie

Pour les professionnels des 28 services qui ont renseigné ce critère, il existe une démarche systématique de recueil des données issues :

- D'une consultation préalable, notamment si elle est pré anesthésique ou de pré hospitalisation. ➔ 6 services soulignent qu'il est plus difficile d'obtenir des comptes rendus de consultations qui n'ont pas un lien direct évident avec le motif d'hospitalisation.

- D'une hospitalisation préalable : Dans le cadre des hospitalisations programmées, les dossiers antérieurs sont recherchés (voir chapitre consacré aux dossiers des patients). Cette démarche est plus difficile à mener dans le cadre des hospitalisations non programmées.

➔ 11 services soulignent qu'il existe un archivage tampon dans les secrétariats (quelques fois jusqu'à un mois), ce qui facilite l'accès aux dossiers des patients ré-hospitalisés dans des délais très courts.

➔ 8 services ont cité, au titre des perspectives d'amélioration, l'informatisation des dossiers, car un des avantages de ce support permettrait un accès plus aisé et plus rapide aux informations qui y sont contenues.

- En ce qui concerne les données issues des passages aux services d'urgences ➔ 14 services soulignent la qualité des fiches de liaison établies par le Pavillon d'Urgences de B.

- Pour l'AMC, dans la mesure où le dossier de l'enfant y est "ouvert", les données sont disponibles.

Actions d'améliorations proposées

- **Finaliser le projet "dossier partagé".**
- **Améliorer l'accès aux dossiers archivés.**

**Critère OPC.4.b** **Les besoins du patient sont identifiés et pris en compte.**

N = 30

Secteurs Médecine/Chirurgie/Réanimation/Pédiatrie

L'ensemble des 30 services a répondu à ce critère que cette démarche entraine dans le cadre d'une préoccupation très forte de « personnalisation des soins ».

Les démarches de spécifications menées dans les 30 services interrogés sont de natures différentes :

- ➔ 15 services réalisent un recueil d'informations concernant les besoins et les attentes des patients au travers d'un entretien réalisé au moment de l'entrée dans l'unité ou dans les 24 heures qui suivent l'admission.
- ➔ Cette démarche est complétée dans 4 services, notamment de Pédiatrie, par une phase d'observation.
- ➔ 6 services (en plus des 15) réalisent cette démarche à partir d'une grille d'entretien.
- ➔ 4 services ont souligné que cette démarche était facilitée par le fait qu'ils avaient en charge des patients chroniques qui revenaient régulièrement.
- ➔ 2 services précisent que cette démarche de spécification des besoins de prise répondait à une préoccupation de prise en charge globale des patients.
- ➔ 18 services expliquent que cette démarche porte également sur l'analyse des documents disponibles (lettres de médecins traitants, dossiers antérieurs, fiches de liaisons, feuilles d'anesthésie, comptes rendus, ...).
- ➔ 3 services mentionnent le fait que l'identification des besoins est faite en partie par les praticiens dès la consultation dite de pré hospitalisation (ex. pour anticiper au niveau de l'organisation des soins de suite).
- ➔ 21 services réalisent une retranscription des différentes données ainsi collectées, que ce soit dans le dossier de médical et/ou dans le dossier de soins. Mais seulement 8 unités précisent réaliser systématiquement des anamnèses.

Actions d'améliorations proposées

- **Etendre les entretiens d'accueil, à partir de grilles formalisées, à l'ensemble des services.**
- **Retranscrire de manière exhaustive et précise, sur les dossiers des patients, les données recueillies dans le cadre des démarches de spécification des besoins (notamment en ce qui concerne le degré de dépendance et les conditions de vie).**
- **Etendre à l'ensemble des services l'utilisation des transmissions ciblées (réalisation de l'anamnèse, des diagrammes de soins qui sont source d'informations quant aux besoins des patients).**

**Critère OPC.4.c** **Les examens complémentaires et les soins sont programmés à partir d'un examen médical.**

N = 30

Secteurs Médecine/Chirurgie/Réanimation/Pédiatrie

- ➔ 27 services ont répondu que les examens complémentaires et les soins sont programmés systématiquement à partir d'un examen médical réalisé soit par un senior, soit par un interne.
- ➔ 3 services mentionnent des bilans systématiques d'entrée réalisés sans que les médecins voient au préalable les patients.

<b>Critère OPC.4.d</b>	<b><i>La réflexion sur les bénéfices et les risques d'un examen complémentaires et des soins est effectuée en relation avec le patient.</i></b>
------------------------	---

Ce critère n'a pas été soumis aux unités de soins dans la mesure où il n'apparaît pas dans le manuel expérimental de base.

Son investigation sera nécessaire dans le cadre de la démarche définitive, d'autant plus qu'il s'inscrit dans la philosophie de l'Arrêt de la Cour de Cassation de Juillet 2000 et surtout dans celui du futur Projet de Loi portant sur l'information.

<b>Critère OPC.4.e</b>	<b><i>L'état de santé du patient fait l'objet d'évaluations régulières et de réajustements de la prise en charge, si nécessaire.</i></b>
------------------------	--

N = 30

Secteurs Médecine/Chirurgie/Réanimation/Pédiatrie

Dans l'ensemble des 30 services qui ont renseigné ce critère, il existe des démarches d'évaluation de l'état de santé des patients et de réajustement de la prise en charge (stratégies diagnostiques, thérapeutiques, ...)

En revanche, la fréquence et les modalités changent selon l'orientation des services.

Pour la démarche médicale d'évaluation et de réajustement :

- ➔ 24 services mentionnent que cette démarche est facilitée par la présence permanente d'un interne.
- ➔ 14 services organisent une visite médicale quotidienne.
- ➔ 12 services ont en place une visite médicale bi-quotidienne.
- ➔ 4 services soulignent le fait qu'ils bénéficient d'une démarche permanente d'évaluation et de réajustement (ex. AMC).
- ➔ 8 services mentionnent une "grande visite" une fois par semaine.
- ➔ 3 services précisent que la "grande visite" est faite deux fois par semaine.

En ce qui concerne la démarche d'évaluation et de réajustement menée par les soignants :

- ➔ Dans 25 services, il existe trois temps de relèves (chevauchement d'équipes).
- ➔ 4 services ont mentionné qu'il existe des démarches régulières d'évaluation du niveau douloureux : les résultats de cette démarche sont consignés soit dans le dossier médical (observation intermédiaire), systématiquement dans le dossier de soins et selon l'orientation du service, sur des supports tels que des feuilles de surveillances (ex. Réanimation).

Actions d'améliorations proposées

- *Etendre la mise en place des transmissions ciblées à l'ensemble des services.*
- *Evaluer l'utilisation de ces transmissions ciblées.*

### **OPC - Référence 5 : Les besoins spécifiques du patient sont identifiés et pris en charge.**

<b>Critère OPC.5.a</b>	<b>Les services sont sensibilisés à la reconnaissance des situations nécessitant une prise en charge spécifique.</b>
------------------------	--

N = 30 - 1

Secteurs Médecine/Chirurgie/Réanimation/Pédiatrie

*N.B. A.N.A.E.S. : Les situations nécessitant une prise en charge spécifique sont par exemple : la violence, l'agitation, la tendance suicidaire. Les besoins spécifiques des enfants (école par exemple) et des personnes âgées sont identifiés.*

En regard à ce critère :

- ➔ 18 services ont souligné qu'ils étaient de plus en plus souvent amenés à prendre en charge des patients qui présentent des états d'agitation, des tendances suicidaires voire des états de violence.
- ➔ 12 services sur ces 18, dans lesquels les DMS sont particulièrement courtes, ont mentionné qu'ils rencontraient de grandes difficultés, notamment :
  - Par manque de personnes ressources pouvant les aider ou les orienter dans ces situations,
  - Parce que cela perturbe quelque fois d'une manière très importante l'organisation du reste du service,
  - Par manque d'expériences professionnelles dans des domaines tels que celui de la psychiatrie.
- ➔ 4 services ont noté qu'ils n'avaient pas toujours le sentiment d'être en capacité d'assurer la sécurité de ces patients, notamment pour les tentatives de suicide.

Quant aux 29 services qui ont répondu au critère, on relève que pour :

- ➔ 17 d'entre eux, des professionnels évoluant dans ces services ont bénéficié de formations complémentaires pouvant les aider dans de telles situations (ex. prise en charge des adolescents, la gestion du stress, la relation d'aide, les conséquences de la séparation des mères de leurs enfants, la personne âgée à l'hôpital, ...)
- ➔ 12 services, il existe la possibilité de faire appel à des personnes ressources (Psychiatres, Pédopsychiatres, Educatrices, Institutrices, Professionnel(e)s de la PMI, association spécialisée telle que le Père Noël du lundi ou association de malades)
- ➔ 5 services, des vacances de Psychologues ont été organisées.
- ➔ Toutefois, 14 services souhaiteraient avoir accès d'une façon plus régulière à des professionnels ressources, tant pour les patients, leur entourage que pour les équipes elles-mêmes (conseils, médiations, ...)

#### Actions d'améliorations proposées

- **Renforcer les connaissances des professionnels en ce qui concerne l'identification des situations particulières (ex. maltraitance).**
- **Etablir une procédure concernant les contentions.**
- **Accroître les possibilités d'accès aux psychologues et à d'autres personnes ressources dans ce domaine.**
- **Mettre en place des démarches en vue de renforcer la collaboration entre les professionnels des unités de soins et les personnes ressources.**
- **Instaurer, dans certains services, des consultations gériatriques avancées.**
- **Encadrer les interventions des associations au sein du C.H.U.**

<b>Critère OPC.5.b</b>	<b>Les douleurs aiguës ou chroniques et la souffrance psychique sont recherchées, prévenues et prises en charge.</b>
------------------------	--

N = 30

Secteurs Médecine/Chirurgie/Réanimation/Pédiatrie

Dans le domaine de la prise en charge des douleurs aiguës ou chroniques, de nombreuses actions sont menées, mais les résultats de l'auto évaluation montrent que les professionnels ne sont pas satisfaits des réponses apportées aux états douloureux exprimés par les patients.

Ce constat est à corroborer aux résultats de l'enquête de satisfaction qui a été menée courant 2000. Cette enquête montrait que les patients étaient moyennement satisfaits de la prise en charge de leurs douleurs quand elles existaient.

Le dispositif mis en place et visant à prendre en charge les douleurs aiguës ou chroniques des patients repose sur :

- La présence sur le site d'un Centre de lutte contre la douleur qui a une double fonction. La première de prendre en charge des patients en ambulatoire et la seconde, de participer à la prise en charge des patients hospitalisés sur le site qui présentent un état douloureux (conseils dans les choix thérapeutiques, ...) ➡ 7 fois cités.
- La formation et la sensibilisation des professionnels à ce sujet (démarches assurées par les MAR du site et les professionnels du Centre de la douleur, validation du DU douleur par des professionnels médicaux et soignants) ➡ 12 fois.
- L'utilisation systématique de certains produits à vocation antalgiques, lorsque des soins sont réalisés et réputés pour être douloureux.
- Elaboration et mise en œuvre dans ce domaine, de protocoles ➡ 7 services.
- Utilisation de PCA ➡ 7 services. Toutefois, 2 services déplorent que les patients passant par le SIPO y bénéficient d'une bonne couverture antalgique (via notamment les PCA) et que faute de matériel, ils ne sont pas en mesure de perdurer cette antalgie (rupture dans la prise en charge de la douleur).
- Utilisation de supports d'évaluation de la douleur (EVA, EVS, grilles spécifiques) ➡ 14 services.

7 services sur ces 14, soulignent que cette évaluation n'est pas systématiquement répétée tout au long de l'administration des antalgiques. Ils mentionnent qu'ils réalisent une première évaluation lorsque le patient exprime un état douloureux et qu'il arrive (mais pas toujours) que l'évaluation soit répétée après la première administration et qu'il est très rare qu'elle perdure.



Les échanges qui ont eu lieu sur ce sujet, lors des rendus de synthèses, ont montré que dans 14 services, les professionnels exprimaient une certaine méconnaissance de la pharmacocinétique de certains antalgiques.

➔ 4 services ont placé comme axe prioritaire d'amélioration, la prise en charge de la douleur.

### La prise en charge de la souffrance psychique

Les réponses obtenues en regard à cette partie du critère se retrouvent dans les réponses données au critère OPC.5.a.

Actions d'améliorations proposées

- ***Dans le cadre de la formation et de la sensibilisation des professionnels à la prise en charge de la douleur :***
  - *Développer la notion de "référénts douleur" dans les différentes équipes,*
  - *Etablir et diffuser des protocoles dans les services demandeurs,*
  - *Evaluer l'impact des protocoles mis en œuvre,*
  - *Renforcer les connaissances des ides en pharmacocinétique.*
- ***Mener une réflexion globale dans chacun des services en ce qui concerne la prise en charge de la douleur :***
  - *Généralisation des démarches d'évaluation (tout au long du traitement antalgique),*
  - *Administration de médicaments conformément à leur pharmacocinétique,*
  - *Evaluer précisément la prise en charge de la douleur.*
- ***Renforcer le parc de PCA.***
- ***Réaliser une enquête thématique institutionnelle destinée aux patients et portant sur "la prise en charge de la douleur au C.H.U."***

<b>Critère OPC.5.c</b>	<b><i>La prise en charge des besoins spécifiques du patient en fin de vie est assurée.</i></b>
------------------------	--

N = 30 - 12

Secteurs Médecine/Chirurgie/Réanimation/Pédiatrie

† ***Critères traités de façon concomitante par les équipes***

<b>Critère OPC.13.a</b>	<b><i>Les personnes à prévenir sont contactées en cas d'état critique du patient.</i></b>
-------------------------	---

<b>Critère OPC.13.b</b>	<b><i>Les volontés et les convictions du défunt sont respectées.</i></b>
-------------------------	--

<b>Critère OPC.13.c</b>	<b><i>Le médecin traitant est informé du décès.</i></b>
-------------------------	---

<b>Critère OPC.13.d</b>	<b><i>Un accompagnement psychologique de l'entourage est assuré.</i></b>
-------------------------	--

Dans les 18 services concernés par ce critère, les professionnels ont souligné que :



- Face à de telles situations, il existe une réelle démarche d'équipe ➡ citée 12 fois, réunissant médecins et soignants autour du patient et de l'entourage. "L'équipe entière s'épaule dans de telles situations" ➡ 4 fois.
  - Ils ont pu suivre des formations consacrées à ce sujet ➡ 8 fois.
  - Les personnes à prévenir sont systématiquement contactées en cas d'aggravation de l'état des patients : leurs identités et coordonnées sont relevées dès l'admission au niveau du Bureau des Admissions ou dans le cadre des entretiens d'accueil et retranscrites dans le dossier administratif ("Personnes à prévenir" ) ➡ 16 fois.
  - Dans la mesure du possible, l'ensemble des professionnels s'attache à respecter les volontés et les convictions du défunt (dès lors qu'elles sont connues de l'équipe) ➡ 16 fois
  - Si le service en a la possibilité, le patient en fin de vie est placé dans une chambre à un lit, ce qui facilite la présence de son entourage à son chevet ➡ 12 fois.
  - L'entourage du patient ou du défunt fait l'objet d'une attention particulière ➡ 14 fois.
- 4 services ont parlé de "prendre soin de l'entourage" et 8, de "s'adapter à ses demandes". L'entourage peut bénéficier d'un accompagnement psychologique assuré soit par les professionnels du service ➡ 11 services, soit par une personne ressource (UMSP, Psychiatre, membres d'associations telle que JALMAV) ➡ 7 fois.
- Dans le cadre de l'accompagnement des patients en fin de vie, des protocoles antalgiques ou concernant la dispensation d'antidépresseurs étaient utilisés ➡ 6 services
  - Pour faciliter les démarches administratives qui sont à réaliser, en partie par l'équipe lors d'un décès (transport de corps avant mise en bière, ...), six Cadres Soignants ont mis à la disposition des équipes des classeurs de procédures. Ces démarches ont servi de base à un travail institutionnel, impulsé par Mlle L., et devant aboutir fin 2000 à la diffusion d'un cahier "Recommandations en cas de décès" à l'ensemble des services du site.
    - ➡ 6 services déplorent ne pas être en mesure d'assurer un accompagnement de "qualité", c'est à dire conforme à leurs exigences dans ce domaine compte tenu de la charge de travail.
    - ➡ 2 services ont souligné les difficultés qu'ils rencontrent pour répondre dans un même lieu aux attentes des patients en soins curatifs et à ceux qui sont en soins palliatifs.
  - En ce qui concerne l'information aux médecins traitants, dans :
    - 11 services, par courrier dans un délai allant de deux à sept jours,
    - 4 services, ce délai va au-delà de huit jours,
    - 4 services n'ont pas renseigné ce critère.

#### Actions d'améliorations proposées

- ***Mettre à la disposition des équipes, qui en expriment le besoin pour le patient, l'entourage et/ou elles-mêmes, des personnes ressources :Psychologues, Psychiatres, membres d'associations, ... (personnes ressources de référence par service).***
- ***Répondre aux demandes de formations dans ce domaine.***
- ***Mener des actions de communication en ce qui concerne l'Unité Mobile de Soins Palliatifs : composition, missions, modalités d'interventions, ... (faire mieux connaître cette structure au niveau du site).***
- ***Organiser dans certains secteurs des salles de repos pour l'entourage des patients.***
- ***Diffuser le document institutionnel "Recommandations en cas de décès".***
- ***Assurer dans certains secteurs tels que la Pédiatrie, le suivi de l'entourage en deuil.***

N = 30 - 4

Secteurs Médecine/Chirurgie/Réanimation/Pédiatrie

D'une façon globale, l'on constate que l'ensemble des 26 services qui ont répondu à ce critère assure des actions de conseils et certains d'entre eux, d'éducation (11) en lien avec les pathologies ou les traitements administrés.

La différence, établie par les professionnels, entre une démarche de "conseil" et "d'éducation" est que la première est généralement ponctuelle et que la seconde s'inscrit dans un processus global répondant à un souci d'autonomisation des patients.

Les thèmes investis dans ces démarches d'éducation ➡ 11 services :

- Le diabète chez l'adulte ou l'enfant (notamment en Pédiatrie B qui en a fait une mission prioritaire du service) ➡ 4 fois cité.
- Les auto-sondages chez les patients porteurs d'anus de décharges. 6 services ont souligné l'efficacité et la disponibilité du stomathérapeute du site.
- La rééducation respiratoire assurée par l'équipe de kinésithérapie du site (chirurgie cardiaque, IRL, ...) Dans le cadre de l'éducation de l'IRC, il a été mentionné l'intervention d'une association de malade.
- L'éducation des patients greffés ➡ 4 services.
- L'éducation des patients et enfants asthmatiques ➡ 3 services.
- Consultation anti-tabac (secteur de pneumologie).

Dans le cadre des démarches de conseils ➡ 15 services :

- Conseils d'hygiène diététique ➡ 13 services, notamment pour les patients alcooliques, les patients présentant des troubles métaboliques, patients tabagiques, ...)
- Conseils en post consultation ou intervention (ex. AMC : surveillance des plâtres, surveillance TC / Chirurgie infantile pour les soins de suite) ➡ 16 services
- Dans le cadre de ces démarches, les équipes mobilisent des supports :
  - Papiers, documents établis par les services ➡ 4 fois cité, par des laboratoires ➡ 6 fois, des ordonnances détaillées ➡ 3 fois,
  - Vidéo ➡ 3 fois, et 3 autres services souhaiteraient avoir les moyens nécessaires.

➡ 2 services entament une démarche d'évaluation de l'impact de ces démarches éducatives et/ou de conseils.

Actions d'améliorations proposées

- *Intensifier les démarches éducatives sur le site et les accompagner systématiquement d'une démarche d'évaluation de leur impact.*
- *Etablir une "banque de données partagée" propre au site concernant les procédures mises en place dans ce domaine, les documents et/ou les grilles utilisées afin d'autres services puissent s'en servir.*
- *Organiser une meilleure couverture en kinésithérapie le week-end.*
- *Développer les supports vidéos et donner les moyens aux services qui veulent s'engager dans cette voie.*

<b>Critère OPC.5.e</b>	<b><i>Le patient bénéficie d'actions d'éducation pour la santé correspondant à ses besoins.</i></b>
------------------------	---

Ce critère n'a pas été soumis aux unités de soins, car il n'apparaissait pas dans le manuel expérimental de base.

Dans la démarche d'auto évaluation définitive, il sera nécessaire d'investir précisément ce champ car il concerne la prévention : thème prioritaire du Projet d'Etablissement.

**OPC - Référence 6: La prise en charge du patient est coordonnée au sein des secteurs d'activités cliniques.**

<b>Critère OPC.6.a</b>	<b><i>Des mécanismes de coordination entre professionnels médicaux et paramédicaux permettent d'assurer la prise en charge globale du patient au sein des services.</i></b>
------------------------	---

<b>Critère OPC.7.b</b>	<b><i>Des règles de présence, de concertation et de délégation, ainsi qu'un système de gardes et astreintes sont mises en place afin d'assurer la permanence 24h/24.</i></b>
------------------------	--

<b>Critère OPC.7.d</b>	<b><i>Des mécanismes de coordination permettent d'assurer le relais entre les équipes, qu'elles soient médicales ou paramédicales.</i></b>
------------------------	--

N= 30

Secteurs Médecine/Chirurgie/Réanimation/Pédiatrie

Critères traités en même temps par les équipes.

Les résultats obtenus en regard de ces critères montrent qu'en ce qui concerne la permanence des soins :

➔ L'ensemble des services de soins ont mis en place une organisation permettant une permanence des soins 24H/24.

#### La permanence médicale :

En dehors de certains services tels que les services de réanimation, de soins intensifs, ... où les gardes sont assurées par des praticiens de la discipline, il existe une organisation dite de "gardes générales" pour la nuit, les week-ends et les jours fériés. C'est à dire, qu'il y a sur le site, un interne de garde pour la médecine et un pour la chirurgie. Ces internes peuvent faire appel à des praticiens seniors d'astreintes.

Des "plannings" médicaux sont élaborés et disponibles.

Il existe au sein du C.H.U. de X, une Commission dite des "gardes et astreintes" chargée de coordonner la couverture médicale sur les différents sites : la nuit, les week-ends et les jours fériés.

#### Pour l'organisation de la couverture des soignants non médicaux :

Dans l'ensemble des services non concernés, des plannings sont établis par le Cadre Infirmier de l'unité. Il sont mis à la disposition des personnels concernés au moins trois semaines avant la période de travail concernée.

Une fois élaborés, ces plannings sont soumis aux Cadres Supérieurs et validés par l'Infirmière Générale du site.

#### La coordination des différents professionnels concourant à la prise en charge des patients :

La continuité de la prise en charge des patients est assurée :

##### Au sein de l'établissement :

- Des filières de prise en charge existent. Elles sont de structures multiples et reposent essentiellement sur la capacité qu'ont certains professionnels de secteurs différents à se coordonner. Ces filières ont très rarement un caractère officiel et ne font pas l'objet d'une démarche de formalisation à proprement dit ➔ 6 fois cités.

- Des démarches de transmission des informations concernant les patients existent en particulier dans le cadre de la prise en charge pré, per et post interventionnelle. Elles reposent sur des transmissions orales entre professionnels concernés ou écrites sur des supports spécifiques tels que la fiche d'anesthésie, les documents de demandes d'examens, les dossiers de soins et très rarement dans les dossiers médicaux ➔ 5 fois.

- A noter qu'il existe dans de nombreux services des "staffs multidisciplinaires" où sont conviés des praticiens d'autres services ➔ 13 fois.

- Les professionnels soulignent qu'il existe une certaine méconnaissance des activités développées sur les autres sites et leurs spécificités. Ce qui pourrait expliquer le fait que ces

filières et ses démarches de collaboration soient très efficaces au sein du site de Nord, mais beaucoup plus rarement de manière transversale sur l'ensemble du C.H.U. ➡ 5 fois.

#### Au sein des services du site :

Dans l'ensemble des services interrogés, des temps de transmission des informations sont organisés. Ces transmissions impliquent l'ensemble des équipes. Le scénario le plus répandu dans ce domaine est celui :

- D'une transmission médico soignante lors des visites médicales quotidiennes,
- D'une transmission orale strictement médicale entre les praticiens de jour et de gardes et dans le cadre des staffs quotidiens.
- Cette transmission orale est complétée par une retranscription des données recueillies et des résultats sur le dossier médical (cf. Chapitre consacré au dossier du patient).
- D'une transmission soignante lors de chaque "chevauchement" de postes (orale et écrite) (cf. Chapitre consacré au dossier du patient).

#### A l'extérieur de l'établissement :

- De nombreux services ont développé des relations privilégiées avec des structures extérieures (établissements de santé, médico sociaux, structures de soins de suite, ...) ➡ 6 fois.

- Certaines activités du C.H.U. s'inscrivent dans des réseaux de soins formalisés ➡ 5 fois.
- Les résultats concernant les "relations avec les médecins traitants" montrent qu'un effort particulier serait à mener sur les thèmes suivants :

La qualité et le type d'informations à transmettre (courriers types, ...) ➡ 8 fois,

Les délais de transmission des informations compatibles avec la continuité des soins ➡ 12 fois.

- Des dispositions particulières ont été prises, dans certains services, afin d'améliorer les transmissions des données concernant les patients dans le cadre des mutations dans d'autres structures de soins.

#### Les modes de concertation entre professionnels :

Globalement, on relève qu'il existe très peu de services qui ont mis en place des instances de concertation impliquant l'ensemble des professionnels du service.

Les scénarios les plus fréquents sont des réunions ou des rencontres organisées au sein du groupe des professionnels médicaux et parallèlement au sein des soignants non médicaux.

C'est ainsi que l'on constate l'existence :

- Des staffs multidisciplinaires (dans la plupart des services),
- Des réunions soignantes organisées par l'encadrement,
- Des réunions de secteur pour l'encadrement soignant,
- D'une Commission Consultative médicale sur chacun des sites et récemment de Conseils de Services.

A noter que depuis la réalisation de l'auto évaluation, des "Conseils de Service" ont été organisés au sein de chacun des services du site et ceci afin de mettre l'établissement en conformité avec la réglementation en vigueur (Décret 92-272 du 26 mars 1992) et permettre l'élaboration des Projets de Service.

Actions d'améliorations proposées

- *Rendre plus accessible les plannings médicaux des gardes et astreintes.*
- *Systématiser l'utilisation des transmissions ciblées.*
- *Renforcer les équipes soignantes de nuit avec du personnel ayant une certaine ancienneté (à déterminer).*
- *Mettre en place une gestion des effectifs sur 24 heures : décloisonnement jour/nuit.*
- *Formaliser les filières de prise en charge, notamment celles qui ont un caractère "inter sites".*
- *Améliorer la retranscription des informations dans le dossier du patient de manière à améliorer la coordination des différents professionnels.*
- *Améliorer la lisibilité des feuilles d'anesthésie.*
- *Entamer une réflexion sur l'informatisation du dossier et le partage des informations.*
- *Mette en place un dispositif permettant aux professionnels du C.H.U. de connaître les activités développées au sein du C.H.U. et ainsi de mieux connaître "les personnes potentiellement ressources".*

**Critère OPC.6.b**  
**OPC.6.c**

**Non soumis aux unités de soins.**

**Critère OPC.6.d** **En cours d'hospitalisation, l'information du médecin traitant est assurée.**

N= 30 - 14

Secteurs Médecine/Chirurgie/Réanimation/Pédiatrie

- ➔ 16 services ont signalé qu'en dehors de toute situation exceptionnelle, l'information au médecin traitant ne se fait qu'à sa demande ou à celle du patient.
- ➔ Les autres services n'ont pas renseigné ce critère.

Actions d'améliorations proposées

*Les pistes d'améliorations éventuelles seraient à inscrire dans une réflexion globale qui doit être menée par les praticiens du site en ce qui concerne les relations avec les médecins traitants.*

- *Réduire les délais d'envoi de courriers aux médecins traitants*
- *Donner la garantie aux praticiens que le courrier bénéficie d'un traitement postal permettant une transmission rapide.*
- *Développer les fiches de "synthèse de temps d'hospitalisation" (moins chronophages dans leurs réalisations que les lettres)*
- *Favoriser l'utilisation des fax et des courriers électroniques pour les transmissions des données (avec application des procédures sécuritaires dans ce domaine).*

**Critère OPC.6;e**

**Une coordination est organisée entre les professionnels chargés des prestations hôtelières et ceux assurant la prise en charge des soins.**

Ce critère devra être traité en "groupes transversaux" lors de l'auto évaluation définitive (réflexion "client - fournisseur", qualité des interfaces).

Dans le cadre de la démarche d'auto évaluation à blanc, les 30 services sont allés au-delà de ce critère en abordant "la prise en charge des besoins alimentaires des patients" (dans le cadre du critère OPC.4.b).

Les réponses ainsi obtenues montrent que :

- ➔ 26 services ont cité les interventions, très souvent quotidiennes, des diététiciennes référentes.
- ➔ 20 services ont mis en œuvre la réalisation d'enquête d'aversion par les aides-soignantes.
- ➔ 14 services ont un représentant de l'équipe à la Commission de restauration.
- ➔ 8 services ont élaboré des fiches de conseils diététiques.
- ➔ 2 services ont intégré l'organisation d'ateliers cuisine destinés à des enfants hospitalisés et dans le cadre des démarches éducatives.
- ➔ La présence d'un service de Biberonnerie au secteur de Pédiatrie (délivrance des biberons uniquement sur prescriptions médicales)

A noter que les services n'ont pas abordé l'alimentation parentérale des patients et les relations avec le Lactarium.

#### *Action d'amélioration proposée*

- *Répondre aux demandes des professionnels de 12 services qui souhaiteraient voir renforcées leurs connaissances en diététique.*

#### **OPC - Référence 7 : La continuité des soins est assurée.**

<b>Critère OPC.7.a</b>	<b><i>Non soumis aux unités de soins car absent du manuel expérimental de Juillet 1998.</i></b>
------------------------	---

<b>Critère OPC.7.b</b>	<b><i>Voir Référence 6</i></b>
------------------------	--------------------------------

<b>Critère OPC.7.c</b>	<b><i>Une organisation est en place pour faire face aux urgences vitales internes.</i></b>
------------------------	--

*NON SOUMIS AUX UNITES DE SOINS CAR ABSENT DU MANUEL EXPERIMENTAL DE JUILLET*

Toutefois, des réponses à ce critère se trouvent dans le critère OPC.3.c

<b>Critère OPC.7.d OPC.7.e</b>	<b>Voir Référence 6</b>
------------------------------------	-------------------------

<b>Critère OPC.7.f</b>	<b><i>Le transport des patients entre secteurs d'activité est organisé pour assurer la continuité des soins et du respect des règles d'hygiène, de qualité, de sécurité et de confidentialité.</i></b>
------------------------	--

N= 30

Secteurs Médecine/Chirurgie/Réanimation/Pédiatrie

Selon l'état de santé des patients et les spécificités des secteurs dans lesquels ils sont hospitalisés, les patients peuvent bénéficier de quatre types de transport :

Pour les transports au sein du site :

- Si leur état de santé ne nécessite pas une surveillance particulière, les patients bénéficient d'un transport adapté (couché, assis) assuré par le service de brancardage du site et le service ambulancier si les patients doivent changer de site.
- Si leur état requiert une surveillance particulière et/ou la mobilisation d'appareillages spécifiques, le transport est assuré par les professionnels des services eux-mêmes de N. (Pédiatrie, Réanimation, SIPO, ...) ➡ 8 fois cités

Pour les transports inter site :

- Selon l'état de santé du patient, ils sont assurés soit par le SAMU ➡ 4 fois cités ou les ambulanciers de B.

L'organisation des transports programmés repose sur l'utilisation par les services de bons de demandes (précisant la nature, les dates et horaires, les lieux, ...) et d'un service de régulation implanté sur le site.

Les résultats de la démarche d'auto évaluation ont montré qu'en ce qui concerne les transports intra site :

- La sécurité des patients n'est pas toujours assurée : les dispositifs indispensables tels que barrières ne sont pas toujours mises quand la situation le rend nécessaire, les brancardiers n'ont pas toujours les connaissances nécessaires pour prendre en charge un patient ayant une VVC ➡ 8 fois.
  - Le matériel indispensable au confort du patient (oreillers, couvertures, ...) n'est pas toujours utilisé ➡ 6 fois
  - Les dossiers des patients sont placés sur les lits de telle façon que l'on puisse prendre connaissance de l'identité du patient - non-respect de la confidentialité - ➡ 3 fois.
  - Des procédures de désinfection et d'entretiens du matériel (type chaises roulantes et brancards) ont été déterminées par le CLIN mais ne sont pas toujours appliquées. ➡ 12 fois.
- Les horaires de prise en charge dans les services d'amont et dans les services tels que la Radiologie, les Consultations,... ne sont pas toujours respectés, ce qui peut être dommageable à la fois pour le patient et pour l'organisation des services ➡ 14 fois.



Par ailleurs, les équipes déplorent que les brancardiers n'informent pas systématiquement les professionnels quand ils viennent prendre en charge un patient ou quand il le ramène dans le service ➡ 11 fois.

Actions d'améliorations proposées

- **Améliorer le transport des patients en ce qui concerne l'hygiène, la sécurité, le confort et la confidentialité.**
- **Revoir le transport des patients infectés ou immunodéprimés devant se rendre sur les autres sites.**
- **Tendre vers une professionnalisation de l'équipe des brancardiers (éviter le personnel non qualifié, ponctuel).**

**OPC - Référence 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.**

<b>Critère OPC.8.a</b>	<b><i>La prise en charge pré, per et post interventionnelle est organisée conjointement par les opérateurs, les anesthésistes, et l'encadrement des secteurs concernés.</i></b>
------------------------	---

N= 30 - 9

Secteurs Médecine/Chirurgie/Réanimation/Pédiatrie

<b>Critère OPC.8.b</b>	<b><i>Afin d'assurer la continuité de la prise en charge pré, per et post interventionnelle du patient, les différents professionnels concernés assurent, à chaque étape, une transmission écrite des informations.</i></b>
------------------------	---

N= 30 - 9

Secteurs Médecine/Chirurgie/Réanimation/Pédiatrie

Ces deux critères ont été très mal renseignés par les équipes consultées (exhaustivité et sensibilité des réponses discutables).

➡ 8 services ont déclaré organiser des staffs pluridisciplinaires dans lesquels prennent part les opérateurs, les anesthésistes voire l'encadrement des secteurs concernés.

En ce qui concerne la transmission écrite des informations en vue d'assurer la continuité des soins, celle-ci repose sur :

- La feuille d'anesthésie (considérée par 6 services comme étant illisible),
- Le dossier du patient quand il est transmis ➡ 6 fois cités,
- Des fiches de liaisons spécifiques ➡ 3 fois.

A noter que le groupe "Qualité du bloc opératoire" a mis en place un dispositif courant 2000 afin que ces transmissions soient améliorées.

➡ 7 services "clients" ont déjà constaté un changement.

Ce groupe a également réalisé une "check liste du patient opéré" qui devrait être diffusée courant 2001 et qui constituera un support d'information.

**OPC - Référence 9 : Les professionnels de la Pharmacie et les secteurs d'activité cliniques déterminent en commun leurs règles de fonctionnement.**

**OPC - Référence 10 : Les professionnels des Laboratoires et les secteurs d'activité cliniques déterminent en commun leurs règles de fonctionnement.**

**OPC - Référence 11 : Les professionnels d'Imagerie Médicale ou d'Exploration Fonctionnelle et les secteurs d'activité cliniques déterminent en commun leurs règles de fonctionnement.**

Les Références 9 - 10 - 11 concernant les services de Pharmacie, les Laboratoires, les secteurs d'Imagerie Médicale et d'Exploration Fonctionnelle seront à traiter en groupes transversaux lors de l'auto évaluation définitive (réflexion "client - fournisseur" - Qualité des interfaces).

Les réponses qui apparaissent dans les cahiers sont trop hétérogènes voire trop succinctes pour apprécier le positionnement du site en regard des critères contenus dans ces références.

**OPC - Référence 12 : La sortie du patient est planifiée et coordonnée.**

<b>Critère OPC.12.a</b>	<b><i>La planification de la sortie est envisagée dès l'arrivée du patient et actualisée en cours du séjour.</i></b>
-----------------------------	--

<b>Critère OPC.12.b</b>	<b><i>Le patient est orienté vers le circuit de prise en charge approprié à sa situation.</i></b>
-----------------------------	---

<b>Critère OPC.12.c</b>	<b><i>La sortie est organisée avec le patient et son entourage.</i></b>
-----------------------------	---

<b>Critère OPC.12.d</b>	<b><i>Le patient dispose à sa sortie des informations et des documents nécessaires pour assurer la continuité de sa prise en charge.</i></b>
-----------------------------	--

N= 30 - 1

Secteurs Médecine/Chirurgie/Réanimation/Pédiatrie

Critères traités conjointement par les équipes.

En regard du critère OPC.12.a, les services ont répondu que :

- Cette planification était réalisable dès l'entrée du patient et réactualisée quotidiennement, notamment lors des visites médicales ➡ 14 fois cités.

- Une date approximative était transmise au patient lors de son admission et réactualisée quotidiennement ➡ 5 fois.

- Selon l'orientation du service, ce critère n'était pas applicable ➡ 2 fois, services de consultations,...

- La confirmation de la sortie est réalisée 24 heures avant la date du départ du patient ➡ 5 fois.

- La confirmation de la sortie est faite au moins 3 jours avant la date du départ ➡ 4 fois.

➡ Les 14 autres services n'ont pas précisé cet élément.

➡ 4 services déplorent qu'ils se trouvent fréquemment dans la nécessité d'informer les patients de leurs départs imminents (deux heures avant la sortie) et ceci régulièrement par nécessité de rendre les lits disponibles pour les urgences.

Dans le cadre du critère OPC.12.b, l'ensemble des 29 services ont souligné qu'il recherche le circuit de prise en charge approprié à la situation du patient (retour à domicile sans aide ou avec, mutations inter C.H.U., extra C.H.U.).

Critère OPC.12.c : Dans le cadre des sorties planifiées, les différents modes de sortie sont organisés avec les patients et leur entourage (quand cela est possible). Cette tâche incombe généralement aux Cadres et aux Assistantes Sociales référentes des services) ➡ Cités 22 fois.

Critère OPC.12.d : Pour assurer la continuité des soins, les patients quittent les services du site avec les documents nécessaires pour assurer la continuité de la prise en charge :

- Les ordonnances nécessaires (jusqu'à la prochaine consultation avec les praticiens du service ou le médecin traitant) ➡ 29 fois cités.

- Une lettre destinée aux médecins traitants ➡ 7 fois.

- Des documents contenant des recommandations, des conseils ➡ 14 fois.

- Le carnet de santé complété ➡ 5 fois.

- Des carnets de liaisons avec les professionnels de santé extra hospitalier ➡ 3 fois.

- Dans le cadre de mutation vers un autre service ou un autre établissement de santé, les patients quittent les services avec des lettres destinées aux praticiens ➡ 12 fois, des copies de certaines pièces du dossier patient ➡ 6 fois, y compris clichés radiologiques ➡ 4 fois, et des fiches de liaisons destinées aux professionnels de la structure d'aval ➡ 12 fois.

Seul le secteur pédiatrique a souligné que le dossier de l'enfant suit lorsqu'il y a mutation à l'intérieur des différents secteurs de la Pédiatrie. Ce n'est pas le cas dans le secteur Adulte.

<b>Critère OPC.12.e</b>	<b><i>Le médecin traitant est informé du retour à domicile ; cette information est communiquée préalablement à la sortie lorsque l'état du patient requiert un suivi particulier.</i></b>
-----------------------------	---

N= 30 - 1

Secteurs Médecine/Chirurgie/Réanimation/Pédiatrie

Ce critère qui apparaît dans le nouveau manuel pose une nouvelle exigence par rapport à l'ancien OST.13.d (page 70 du manuel expérimental) : Celle que le médecin traitant bénéficie d'une information "préalablement" à la sortie lorsque l'état du patient requiert un suivi particulier.

Le médecin traitant est informé du retour à domicile du patient dans :

- ➔ 6 services, dans les trois jours (via quelques fois le fax).
- ➔ 4 services, au-delà de quatre jours.
- ➔ Les autres services n'ont pas renseigné ce critère.

<b>Critère OPC.12.f</b>	<b>La continuité de la prise en charge est assurée lors du transfert du patient.</b>
-----------------------------	--

*NON SOUMIS AUX UNITES DE SOINS CAR ABSENT DU MANUEL EXPERIMENTAL DE BASE.*

Toutefois, l'analyse des cahiers nous montre que :

- ➔ 12 services ont précisé que dans le cadre des mutations ou des retours à domicile, ils étaient fréquemment amenés à prendre contact avec les professionnels qui devront prendre en charge le patient (médecins, infirmier(e)s, kinésithérapeutes, ...)
- ➔ 4 services ont cité les nombreux contacts qu'ils ont avec la PMI.

Ce critère sera à approfondir lors de la démarche d'auto évaluation définitive.

Actions d'améliorations proposées

- **Systematiser à l'ensemble des services, l'usage des documents de liaisons dans le cadre des mutations.**
- **Diminuer les délais de transmission des courriers destinés aux médecins traitants.**

**OPC - Référence 13 : Le décès du patient fait l'objet d'un accompagnement.**

Traité dans le critère OPC.5.c

**OPC - Référence 14 : Les secteurs d'activité cliniques et médico-techniques utilisent des protocoles diagnostiques et thérapeutiques.\***

<b>Critère OPC.14.a</b>	<b>Les secteurs d'activité cliniques et médico-techniques utilisent les recommandations de pratiques cliniques adaptées à leur domaine d'activité</b>
-----------------------------	---

<b>Critère OPC.14.b</b>	<b>Les secteurs d'activité cliniques et médico-techniques élaborent des protocoles diagnostiques, thérapeutiques dans les domaines où ces protocoles sont justifiés.</b>
-----------------------------	--

<b>Critère OPC.14.c</b>	<b>Les secteurs d'activité cliniques et médico-techniques évaluent l'utilisation de ces protocoles.</b>
-----------------------------	---

N= 30

Secteurs Médecine/Chirurgie/Réanimation/Pédiatrie

L'analyse des cahiers montre une certaine hétérogénéité dans le positionnement des 30 services du site en regard de ce thème.

Pour exemple, on relève :

- ➔ 5 services ayant à leur disposition de nombreux protocoles à la fois médicaux, soignants, administratifs qui investissent le champ de la maîtrise du risque infectieux.
- ➔ 4 services qui n'ont à leur disposition que les protocoles du CLIN.

D'une façon globalisée, l'on peut considérer que le site ne répond que très partiellement à ce thème.

Les protocoles existants, mentionnés et utilisés par les professionnels investissent les champs suivants :

- La prise en charge de situations pathologiques spécifiques ➔ 11 fois cités.
- La thérapeutique : prescription et administration de certaines molécules spécifiques (ex. chimiothérapie), de traitements antalgiques, d'antibiothérapies ➔ 9 fois.
- La maîtrise du risque infectieux : protocoles du CLIN ou spécifiques aux services ➔ 9 fois.
- La prévention des risques professionnels ➔ 4 fois.
- Les recommandations juridiques ➔ 3 fois.

Les professionnels qui ont à leurs dispositions des protocoles les appliquent.

Les protocoles existants échappent, dans leur grande majorité, aux règles inhérentes à la gestion documentaire (validation, approbation, réactualisation, archivage, ...)

- ➔ 2 services se sont engagés dans une démarche d'évaluation de l'impact des protocoles sur les organisations et/ou les pratiques professionnelles.
- ➔ 18 services ont mentionné la nécessité d'investir les domaines des protocoles, notamment pour atteindre l'objectif "d'homogénéiser les pratiques professionnelles et les organisations".
- ➔ 10 services ont placé cette démarche dans les axes prioritaires d'améliorations.

### **OPC - Référence 15 : Les secteurs d'activité cliniques et médico-techniques évaluent les pratiques professionnelles et les résultats obtenus.\***

<b>Critère OPC.15.a</b>	<b>Les secteurs d'activité cliniques et médico-techniques entreprennent des démarches d'évaluation des pratiques professionnelles.</b>
-----------------------------	--

<b>Critère OPC.15.b</b>	<b>Les secteurs d'activité cliniques et médico-techniques définissent, recueillent et utilisent des indicateurs de résultats.</b>
-----------------------------	---

<b>Critère OPC.15.c</b>	<b>Les secteurs d'activité cliniques et médico-techniques déterminent les événements sentinelles qui doivent faire l'objet d'une analyse systématique et multiprofessionnelle.</b>
-----------------------------	--

<b>Critère</b>	<b>Les secteurs d'activité cliniques et médico-techniques ajustent leurs</b>
----------------	--

N= 30 - 9

Secteurs Médecine/Chirurgie/Réanimation/Pédiatrie

Ces trois critères ont été très peu renseignés par les équipes. Les différents échanges qui ont eu lieu lors des rendus de synthèses d'auto évaluation ont montré que cette notion "d'évaluation des pratiques" était novatrice pour les professionnels.

Il n'existe pas de politique institutionnelle dans ce domaine.

Les démarches d'évaluation des pratiques professionnelles recensées sont :

- La participation à des actions de recherche clinique dans le cadre de protocoles ➡ citées 6 fois
- Les publications à des congrès ou des manifestations professionnelles ➡ 5 fois.
- L'évaluation de l'impact des protocoles ➡ 2 fois.
- La mesure de la douleur ➡ 5 fois.
- La mesure de l'impact de démarches éducatives ➡ 2 fois.
- La mise en œuvre de protocoles nationaux avec mesures d'applications ➡ 4 fois.

En ce qui concerne le recueil et l'utilisation d'indicateurs de résultats, les données acquises par le biais de l'auto évaluation ne sont pas suffisantes.

- ➡ 8 services ont mentionné le suivi régulier des taux de morbidité et de mortalité.
- ➡ 6 services ont cité les résultats des enquêtes de prévalence réalisées par l'Unité opérationnelle d'Hygiène.
- ➡ 5 services : le suivi de l'activité.
- ➡ 7 services : l'analyse des DMPH.
- ➡ 2 services : la mobilisation d'indicateurs spécifiques à leurs spécialités.

Actions d'améliorations proposées

- *Définir et mettre en œuvre une politique "d'évaluation des pratiques professionnelles" dans tous les secteurs d'activité reposant entre autre chose, sur la mobilisation d'indicateurs de suivi et/ou de résultats.*
- *Réaliser un état des lieux précis des protocoles, modes opératoires médicaux et soignants.*
- *Elaborer et mettre en œuvre une politique de gestion documentaire pour les documents internes et externes.*
- *Former les professionnels concernés à "la gestion documentaire".*
- *Mesurer systématiquement l'impact des documents utilisés.*

\* N.B.1 - L'analyse des cahiers d'auto évaluation montrent que les différents critères contenus dans ces deux Références (-2, car ils n'étaient pas présents dans le manuel expérimental (voir N.B. - 2) n'ont été que très partiellement renseignés.

Compte tenu de l'importance que revêt le champ "des protocoles, de l'évaluation des pratiques cliniques et des prises en charge", il serait souhaitable qu'une attention particulière soit portée lors de l'auto évaluation définitive à ces deux Références.

N.B.2 - Les critères OPC.14.a et OPC.15.b qui n'apparaissent pas dans le manuel expérimental apportent deux notions nouvelles qui n'ont jamais été mentionnées par les équipes consultées : celles de l'utilisation de "recommandations de pratiques cliniques" et "d'événements sentinelles".

## **Chapitre 5 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 SYSTEME D'INFORMATION.**

<b>1 . MANAGEMENT DE L'ETABLISSEMENT ET DES SECTEURS D'ACTIVITE - MEA -</b>
---

**MEA - Référence 1 : L'établissement dispose d'un projet d'établissement ou d'orientations stratégiques.**

<b>Critère MEA.1.a MEA.1.b MEA.1.c</b>	<i>Non soumis aux unités de soins.</i>
--	--

**MEA - Référence 2 : La Direction, le Conseil d'Administration et les instances de l'établissement exercent pleinement leurs attributions.**

<b>Critère MEA.2.a MEA.2.b MEA.2.c MEA.2.d</b>	<i>Non soumis aux unités de soins.</i>
--	--

**MEA - Référence 3 : L'établissement met en œuvre une politique de communication.**

<b>Critère MEA.3.a MEA.3.b</b>	<i>Non soumis aux unités de soins.</i>
--	--

**MEA - Référence 4 : La politique financière et budgétaire concourt à l'atteinte des objectifs de l'établissement.**

<b>Critère MEA.4.a MEA.4.b</b>	<i>Non soumis aux unités de soins.</i>
--	--



---

**MEA - Référence 5 : L'établissement a des outils de pilotage de sa gestion permettant l'implication des secteurs d'activité.**

<b>Référence</b>	<b><i>Non soumis aux unités de soins.</i></b>
------------------	---

**MEA - Référence 6 : Le management interne de chaque secteur d'activité contribue à favoriser l'amélioration de la prise en charge du patient.**

<b>Critère MEA.6.a</b>	<b><i>Les objectifs et les types de prestations fournies par chaque service sont clairement définis en cohérence avec le Projet d'Etablissement et font l'objet d'un suivi et d'un bilan annuel.</i></b>
----------------------------	--

N= 30

Secteurs Médecine/Chirurgie/Réanimation/Pédiatrie

Les objectifs et les types de prestations sont clairement définis dans 21 Projets Médicaux et cela en cohérence avec le Projet d'Etablissement. 16 équipes de ces 21 services déplorent ne pas avoir eu connaissance du contenu.

Le positionnement actuel du site en regard de ce critère ne correspond plus à ce constat dans la mesure où il a été demandé à l'ensemble des services d'élaborer un Projet de Service qui développe, entre autre chose, les objectifs et les types de prestations fournies.

L'évaluation du contenu des Projets de Service qui sera réalisée sur le site pendant le mois de décembre permettra de :

- Connaître précisément les objectifs et les types de prestations fournies par chacun des services,
- D'établir s'ils ont été définis en lien avec la Note de Cadrage,
- Spécifier les outils qui seront mis en place par les services pour assurer un suivi et un bilan annuel en ce qui concerne la réalisation effective des Projets de Service.

<b>Critère MEA.6.b MEA.6.c</b>	<b><i>Traités dans les Références OPC 6 &amp; OPC 7</i></b>
--	---

<b>Critère MEA.6.d</b>	<b><i>Non renseigné par les équipes.</i></b>
----------------------------	--

**MEA - Référence 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.**

<b>Critère MEA.7.a</b>	<b>La structure organisationnelle des services est connue des professionnels.</b>
----------------------------	---

N= 30

Secteurs Médecine/Chirurgie/Réanimation/Pédiatrie

Les professionnels évoluant dans les 30 services interrogés connaissent la structure organisationnelle de leurs services. Toutefois, seulement 12 services ont réalisé un document formalisant cette structure organisationnelle.

Action d'amélioration proposée

- *Avec la mise en place des fiches de présentation des services (cf. "livret d'accueil") et la réalisation du document "polyvalence" (cf. Direction du Service des Soins Infirmiers - groupe de travail de la Commission du Service des Soins Infirmiers), les professionnels auront à leur disposition des informations précises sur la structure organisationnelle des services.*

<b>Critère MEA.7.b</b>	<b>Les compétences et les domaines de responsabilité des responsables des services et de l'encadrement sont clairement définis et écrit.</b>
----------------------------	--

N= 30

Secteurs Médecine/Chirurgie/Réanimation/Pédiatrie

Dans les 30 services consultés, il n'existe pas de "profil de poste du Chef de service". En revanche, il y a un "profil de poste du Cadre soignant", mais ceci pour l'ensemble du site.

➔ 16 équipes déplorent que ce profil de poste soit trop généraliste et soulignent qu'une démarche d'adaptation aux spécificités des différents services serait nécessaire.

Actions d'améliorations proposées

- *Etablir des profils de poste "Cadres soignants" pour chacun des services (notion de compétences attendues).*
- *Répondre aux demandes exprimées pour cinq Chefs de service qui seraient de définir les missions, les attendus, le champ du Chef de service.*
  - ➔ *4 Chefs de service ont exprimé le souhait de suivre une formation sur ces thèmes.*

<b>Critère MEA.7.c</b>	<b>Non renseignés par les unités de soins.</b>
----------------------------	--

**MEA - Référence 8 : Chaque secteur d'activité suit et évalue ses ressources.**

<b>Critère MEA.8.a</b>	<b><i>Le responsable du service connaît les coûts de fonctionnement de son secteur d'activité et sa situation par rapport aux ressources allouées.</i></b>
----------------------------	--

N= 30

Secteurs Médecine/Chirurgie/Réanimation/Pédiatrie

- ➔ 18 services déplorent ne pas avoir à leur disposition des informations précises quant aux coûts de fonctionnement.
- ➔ 19 services ont cité comme "coûts" connus, les DMPH, les consommations en produits dérivés du sang, du dispositif médicaux stériles, le prix de journée, les consommables émanant du magasin et de l'intendance.
- ➔ 16 services considèrent que les "listings" sur lesquels apparaissent ces données manquent de lisibilité.
- ➔ 8 services souhaiteraient connaître leur positionnement par rapport aux effectifs budgétés (ex. nombre de mensualités consommées).
- ➔ Aucun service ne connaît le montant des ressources qui lui sont allouées.

Actions d'améliorations proposées

- ***Améliorer la lisibilité des listings fournis par l'Informatique.***
- ***Etablir des tableaux de bord permettant le suivi des consommations.***
- ***Promouvoir les démarches d'analyse des consommations des services (réflexion sur la pratique et évaluation des surcoûts, ...)***

<b>Critère MEA.8.b</b>	<b><i>Le responsable du service connaît les compétences de son personnel et utilise ces informations pour une gestion prévisionnelle.</i></b>
----------------------------	---

N= 30

Secteurs Médecine/Chirurgie/Réanimation/Pédiatrie

- ➔ 16 Cadres ont répondu qu'ils connaissaient les compétences du personnel dont ils sont responsables, mais uniquement 12 d'entre eux ont mentionné qu'ils pouvaient mobiliser les connaissances dans le cadre d'une gestion prévisionnelle.

L'auto évaluation a montré une faible implication des responsables médicaux dans la gestion du personnel.

**MEA - Référence 9 : La réalisation des objectifs de l'établissement et des secteurs d'activité, en regard du Projet d'Etablissement ou des orientations stratégiques, est évaluée à périodicité définie.**

<b>Critère MEA.9.a</b>	<b><i>Des objectifs quantifiables sont définis et font l'objet d'une actualisation annuelle.</i></b>
----------------------------	--

<b>Critère MEA.9.b</b>	<b><i>Ce suivi fait l'objet d'une communication à l'établissement et aux secteurs d'activité concernés.</i></b>
----------------------------	---

Les réponses apportées aux deux critères contenus dans cette Référence ne sont plus pertinentes en regard de la démarche "Projets de service <-> Projet d'Etablissement"

Actions d'améliorations proposées

- ***Dans le cadre de la démarche d'auto évaluation définitive, il serait souhaitable qu'un bilan intermédiaire concernant la réalisation effective des Projets de service soit établi.***
- ***En regard à ces critères, ce bilan devra investir les champs "mobilisation d'objectifs quantifiables" et "communication des résultats".***

## 2 . GESTION DES RESSOURCES HUMAINES - GRH -

L'ensemble de ce chapitre sera à retraiter dans le cadre de l'auto évaluation définitive dans la mesure où :

➔ Seulement 10 critères sur 25 ont été renseignés par les professionnels des unités de soins.

➔ Les réponses obtenues ne correspondent qu'à un aspect de la problématique : celle des unités de soins et qu'il manque la phase de la "politique managériale du C.H.U." le "positionnement et politique du Département des Ressources Humaines", la "politique et actions de la Commission Médicale d'Etablissement et de la Direction du Service des Soins Infirmiers", ...

**GRH - Référence 1 : L'établissement élabore et met en œuvre un Projet Social conforme à ses valeurs, à sa mission et à sa stratégie.**

**GRH - Référence 2 : Le dialogue social est organisé et intégré dans la politique de gestion des ressources humaines.**

**GRH - Référence 3 : La Commission Médicale d'Etablissement exerce pleinement ses compétences sur les questions de gestion des ressources humaines la concernant.**

Non soumis aux unités de soins.

**GRH - Référence 4 : La gestion prévisionnelle des ressources humaines permet l'adaptation des ressources humaines aux évolutions de l'établissement.**

<b>Critère GRH.4.a GRH.4.b</b>	<b>Non soumis aux unités de soins.</b>
--	--

<b>Critère GRH.4.c</b>	<b>Une description actualisée des fiches de fonction et des profils de poste est effectuée. Les responsabilités et les exigences de tout poste font l'objet d'un document écrit et communiqué.</b>
----------------------------	--

N= 30

Secteurs Médecine/Chirurgie/Réanimation/Pédiatrie

➔ 25 services sur les 30 consultés ont à leur disposition des profils de postes en ce qui concerne la fonction "Cadre Infirmier", "Infirmier(e)", "Infirmier(e) de spécialité", "Aide-soignant(e)", "Agent des Services Hospitaliers".

➔ 7 services souhaitent étendre cette démarche aux postes de "Secrétaires médicales", "Orthophonistes" et "Kinésithérapeutes".

Lorsque les profils de poste existent, ils reprennent les responsabilités et les exigences.

➔ 19 services souhaitent réactualiser ces profils selon un cadre institutionnel qui soit plus précis que celui actuellement utilisé (compétences attendues, contraintes, ...)

➔ 12 services de ces 19 précisent que si les profils de postes étaient plus précis, ils pourraient être utilisés dans le cadre des démarches d'évaluation du personnel.

Actions d'améliorations proposées

- **Etablir un modèle "profil de poste" plus adapté aux attentes et aux contraintes actuelles.**
- **Faire de ces profils de poste un outil managérial.**
- **S'assurer que tout poste occupé à son profil définit.**

**GRH - Référence 5 : Le recrutement tient compte des profils de poste et donne lieu à une vérification des conditions d'exercice.**

<b>Critère GRH.5.a</b>	<b>Le recrutement est effectué sur la base des profils de poste.</b>
----------------------------	--

N= 30

Secteurs Médecine/Chirurgie/Réanimation/Pédiatrie

➔ 18 services ont mentionné qu'ils mobilisaient les profils de poste dans le cadre de campagnes de recrutements, mais compte tenu du peu de candidats, cette démarche est un peu biaisée.

<b>Critère GRH.5.b</b>	<b><i>Non soumis aux unités de soins.</i></b>
----------------------------	---

## **GRH - Référence 6: Des procédures d'accueil et d'intégration des professionnels et des stagiaires sont en place**

<b>Critère GRH.6.a</b>	<b><i>Non soumis aux unités de soins.</i></b>
----------------------------	---

<b>Critère GRH.6.b</b>	<b><i>Dans chaque secteur d'activité, une information d'adaptation au poste est fournie à tout professionnel ou stagiaire, concernant les exigences en matière de sécurité, le contrôle et la prévention du risque infectieux et les stratégies d'amélioration de la qualité des soins en place.</i></b>
----------------------------	--

N= 30

Secteurs Médecine/Chirurgie/Réanimation/Pédiatrie

### En ce qui concerne les nouveaux agents non médicaux :

Il existe un temps d'information orale dans l'ensemble des 30 unités de soins, concernant les exigences professionnelles, les tâches à réaliser, les horaires de travail, les référents hiérarchiques, ... C'est généralement le Cadre du service qui est en charge de cette démarche.

Ces temps d'information ne reprennent que très rarement les exigences en matière de sécurité, le contrôle et la prévention du risque infectieux ➔ 16 fois citées.

Dans ce cadre, deux démarches sont en cours de réalisation :

- L'une concerne l'établissement d'un livret d'accueil destiné aux nouveaux agents (groupe plus), démarche institutionnelle transversale;
- La seconde menée par la Commission du Service des Soins Infirmiers, concerne quant à elle l'élaboration d'un document de présentation des services dans le cadre du projet "polyvalence".

### En ce qui concerne le personnel médical :

Cette démarche d'information est assurée par le Médecin Chef de service.

### En ce qui concerne les étudiants ou stagiaires :

Conformément à la Circulaire de 1993 concernant l'encadrement des étudiants infirmiers et aides-soignants, certains services ont élaboré des protocoles d'encadrement. Ces

documents ont pour objet l'organisation des temps de stages en précisant l'identité des professionnels référents et les temps d'évaluation ➡ 6 fois cités.

Des services ont mis en place des livrets destinés aux externes ➡ 4 fois.

Actions d'améliorations proposées

- *Formaliser par service, le contenu des temps d'information, d'adaptation au poste, dans un souci d'homogénéisation, d'exhaustivité et de sensibilité.*
- *Revoir l'encadrement de certaines catégories professionnelles comme les CES (apports de connaissances sur la confidentialité, respect des règles professionnelles, ...)*
- *Finaliser et diffuser les documents en cours de réalisation : Livret du groupe Polyvalence et groupe +.*
- *Etendre à l'ensemble du C.H.U. le livret de l'étudiant en médecine.*
- *En ce qui concerne l'intégration des étudiants infirmiers et stagiaires aides-soignants, appliquer la Circulaire GIRARD de 1993 portant sur l'élaboration de protocoles d'encadrement dans tous les services de Nord.*

**GRH - Référence 7 : Des procédures périodiques d'évaluation du personnel sont en place.**

<b>Critère GRH.7.a</b>	<i>Un entretien annuel est effectué entre chaque membre du personnel et l'encadrement et un bilan est effectué.</i>
----------------------------	---

<b>Critère GRH.7.b</b>	<i>Les besoins individuels en formation sont identifiés.</i>
----------------------------	--

<b>Critère GRH.7.c</b>	<i>Des objectifs sont fixés pour l'année suivante.</i>
----------------------------	--

N= 30

Secteurs Médecine/Chirurgie/Réanimation/Pédiatrie

Critères traités conjointement par les unités de soins.

L'évaluation du personnel en ce qui concerne le personnel médical :

Il n'existe pas de démarche visant à évaluer le personnel médical.

Pour le personnel soignant :

Il existe une démarche d'évaluation annuelle de l'ensemble des agents. Elle se déroule en deux étapes :



- Un entretien annuel selon une grille établie pour l'ensemble du C.H.U. Cet entretien est individuel et mené par le Cadre Infirmier du service. Lors de cet entretien, un bilan de l'activité professionnelle de l'agent est réalisé (objectifs de l'année atteints, ceux restant en suspend et motifs), les objectifs de l'année à venir sont définis et les besoins individuels en formation sont déterminés. Généralement, le Cadre profite de ce temps d'échange pour rappeler à chaque membre de l'équipe les objectifs soignants du service.

- L'attribution d'une note et d'une remarque pour chaque agent par le Directeur de site, le Chef de service, l'Infirmière Générale de site, le Cadre Infirmier Supérieur et le Cadre Infirmier. Cette note et cette remarque sont versées au dossier administratif de l'agent et interfèrent dans le déroulement de sa carrière hospitalière.

➔ 12 Cadres souhaiteraient voir le modèle d'évaluation évoluer vers celui de "l'évaluation des compétences" d'après un "projet professionnel personnalisé".

➔ Les praticiens de 6 services apprécieraient pouvoir prendre part à ces démarches d'évaluation.

Action d'amélioration proposée

- ***Faire évoluer le modèle de l'évaluation annuelle vers celui de l'évaluation des compétences d'après un projet professionnel personnalisé.***

**GRH - Référence 8 : La formation continue permet d'assurer l'amélioration du niveau des compétences des personnels.**

<b>Critère GRH.8.a</b>	<b><i>Les besoins des personnels en matière de formation continue sont identifiés.</i></b>
------------------------	--

<b>Critère GRH.8.b</b>	<b><i>Un programme de maintien et d'amélioration du niveau de compétence adapté aux besoins identifiés des personnels de l'établissement est mis en place.</i></b>
------------------------	--

N= 30

Secteurs Médecine/Chirurgie/Réanimation/Pédiatrie

Critères traités conjointement par les unités de soins.

Les besoins du personnel en matière de formation continue sont identifiés dans l'ensemble des 30 services interrogés.

Pour le personnel médical :

Les demandes de formation sont traitées par la Direction des Affaires Médicales.

Dans la majorité des services interrogés, on constate la mise en place de temps de formations, assurés par le praticien du service et destinés aux étudiants en médecine, aux internes et aux Chefs de clinique ➡ 19 fois citées.

Pour le personnel soignant :

Les besoins en formation sont identifiés au cours de l'entretien annuel d'évaluation. Les demandes sont transmises au Service Formation. Les agents sont informés individuellement de la réponse donnée par la Commission de Formation.

De plus, des catalogues de formations sont mis à la disposition des agents ainsi qu'un plan de formation annuel. Le Service Infirmier arrête un Projet de formation spécifique à l'ensemble des soignants.

Toutefois, la majorité du personnel soignant regrette la disparition des temps de formations in situ assurés par les médecins ➡ 19 fois.

➡ 12 équipes interrogées ont déploré qu'elles n'étaient pas informées correctement sur les motifs de refus des demandes de formations et pas suffisamment tôt.

Actions d'améliorations proposées

- **Réactiver les programmes de maintien et d'amélioration du niveau de compétence dans l'ensemble des services (mobilisation des ressources internes).**
- **Améliorer la communication entre le Service Formation et certaines équipes du site.**

<b>Critère GRH.8.c</b>	<b>Non soumis aux unités de soins.</b>
----------------------------	--

**GRH - Référence 9 : La gestion administrative du personnel assure la confidentialité, la qualité et la sécurité des informations individuelles concernant le personnel.**

**GRH - Référence 10 : L'amélioration des conditions de travail des personnels s'inscrit dans le Projet Social de l'établissement.**

Non traités.

**GRH - Référence 11 : Des processus sont en place afin d'examiner et d'améliorer la qualité de la gestion des ressources humaines.**

<b>Critère GRH.11.a</b>	<b><i>Des enquêtes de satisfaction du personnel sont menées.</i></b>
-----------------------------	--

N= 30

Secteurs Médecine/Chirurgie/Réanimation/Pédiatrie

Dans aucun des services interrogés, il existe une démarche visant à évaluer le degré de satisfaction du personnel.

➔ 19 services ont mentionné que la politique "de gestion de proximité des équipes" développée par l'encadrement et les entretiens annuels permettent de connaître les points pouvant générer de l'insatisfaction ou à l'inverse répondre aux attentes des professionnels.

Action d'amélioration proposée

- ***Mettre en place un dispositif permettant de connaître le niveau de satisfaction du personnel.***

### 3 . Gestion des fonctions logistiques - gfl -

**GFL - Référence 1 : L'établissement dispose d'approvisionnements et d'équipements adaptés aux besoins de son activité.**

**GFL - Référence 2 : L'établissement est organisé pour assurer la sécurité et la maintenance des bâtiments, des équipements et des installations.**

**GFL - Référence 3 : La fonction restauration respecte les règles d'hygiène, l'équilibre nutritionnel, et recherche la satisfaction des consommateurs.**

**GFL - Référence 4 : La fonction blanchisserie est organisée pour traiter le linge de façon adaptée.**

**GFL - Référence 5 : Le nettoyage des locaux et des équipements est conforme à la politique de sécurité et d'hygiène.**

**GFL - Référence 6 : La fonction transport est organisée et coordonnée.**

**GFL - Référence 7 : L'établissement assure l'élimination des déchets.**

Non traités.

Ces 7 Références seront à traiter dans l'auto évaluation définitive, dans le cadre d'une réflexion "clients - fournisseurs" en mettant l'accent sur les interfaces existantes entre les différents secteurs d'activité.



## 4 . Gestion du systeme d'information - gsi -

***GSI - Référence 1 : Une politique des systèmes d'information est définie et mise en œuvre.***

***GSI - Référence 2 : Les mesures nécessaires à la protection de la confidentialité, à la sécurité des informations concernant les patients et au respect de leur droits dans la gestion de l'information sont prises.***

***GSI - Référence 3 : Un secteur d'activité chargé de l'information médicale, le DIM ou son équivalent, est en place pour organiser au sien de l'établissement le recueil et la gestion de l'information médicale.***

***GSI - Référence 4 : Le système d'information répond aux besoins des professionnels utilisateurs et fait l'objet d'une politique d'amélioration continue de la qualité.***

Non traités.

## **Chapitre 6 III. QUALITE ET PREVENTION**

**1. GESTION DE LA QUALITE ET PREVENTION DES RISQUES.**

**2. VIGILANCES SANITAIRES ET SECURITE TRANSFUSIONNELLE.**

**3. SURVEILLANCE, PREVENTION ET CONTROLE DU RISQUE  
INFECTIEUX.**

## 1 . Gestion de la qualité

### et prévention des risques - QPR -

**QPR - Référence 1 : L'établissement initie, pilote et soutient une politique qualité s'appuyant sur la gestion de la qualité et la prévention des risques.**

**QPR - Référence 2 : Un processus de gestion de la qualité prévoyant une prise en compte des besoins des "clients" est en place.**

**QPR - Référence 3 : La gestion de la qualité permet la maîtrise des processus, des métiers et des documents.**

<b>Critère QPR.3.a</b>	<b><i>Des démarches qualités sont en cours sur des thèmes prioritaires.</i></b>
----------------------------	---

<b>Critère QPR.3.b</b>	<b><i>Les actions sont conduites par les professionnels de manière multidisciplinaire.</i></b>
----------------------------	--

<b>Critère QPR.3.c</b>	<b><i>Des indicateurs de résultats s'intégrant dans la démarche d'amélioration continue de la qualité sont élaborés.</i></b>
----------------------------	--

N= 30

Secteurs Médecine/Chirurgie/Réanimation/Pédiatrie

Traités conjointement par les unités de soins.

Dans 28 services sur 30, des démarches qualité sont en cours, ce qui traduit un certain dynamisme de la part des professionnels et une préoccupation permanente d'améliorer les modalités de prise en charge des patients.

Elles concernent essentiellement :



- La prise en compte de besoins du public dans l'organisation des services (création de structure de jour et/ou de semaine, l'adaptation des plages horaires de consultations aux demandes des usagers, l'extension des horaires de visites, ...) ➡ 12 fois cités.
- L'amélioration des réponses apportées par l'établissement à certaines situations telles que la prise en charge de la douleur des patients en fin de vie, des personnes âgées, ... ➡ 10 fois.
- L'amélioration de l'accueil des patients au niveau des unités de soins ➡ 11 fois.
- L'amélioration des transmissions des informations concernant les patients (mise en place des transmissions ciblées dans le cadre du dossier de soins, élaboration de documents de liaison,... ) ➡ 16 fois.
- Mise en place de documents visant à homogénéiser les pratiques professionnelles ➡ 11 fois.
- L'amélioration des pratiques professionnelles ➡ 7 fois.
- Développement de filières de soins au sein du C.H.U. et de réseaux extra hospitaliers ➡ 5 fois.
- A l'exception de 2 services, ces actions ne sont jamais menées d'une manière pluridisciplinaire.

N.B. : La réalité actuelle et à venir du site ne correspond certainement plus à cet état des lieux. Dans la mesure où la démarche "Projets de service <-> Projet d'Etablissement" oblige l'ensemble des services à s'inscrire dans une dynamique "de gestion qualité" (et d'une manière contractuelle), les démarches qualité qui pourront être recensées à moyen terme seront plus nombreuses et intégreront probablement, d'une façon systématique, la notion qu'elles doivent être menées de manière multidisciplinaire.

Actions d'améliorations proposées

- *Encadrer méthodologiquement les démarches qualité en cours, assurer la publicité des actions entreprises et des résultats obtenus.*
- *Promouvoir l'aspect pluridisciplinaire des démarches qualité en cours dans les services.*
- *Définir une politique de suivi de la réalisation effective dans les services.*

<b>Critère QPR.3.d QPR.3.e</b>	<i>Traités dans OPC.14 / OPC.15</i>
--	-------------------------------------

<b>Critère QPR.3.f</b>	<i>La gestion des documents internes (procédures, protocoles) et externes (textes réglementaires, recommandations professionnelles, etc...) est organisée.</i>
----------------------------	--

N= 30

Secteurs Médecine/Chirurgie/Réanimation/Pédiatrie

Il n'existe pas une politique de gestion documentaire formalisée au niveau du C.H.U.

→ 22 services sur les 30 interrogés ont organisé l'archivage des différents documents internes et externes selon leurs propres critères.

D'une façon ponctuelle, la Cellule Qualité a été amenée à sensibiliser les professionnels aux règles élémentaires de la gestion documentaire (présentation des procédures, classement, réactualisation, évaluation de l'impact, ...)

Ce domaine constitue un des axes prioritaires de la Cellule Qualité pour l'année 2001.

**QPR - Référence 4 : Un programme de prévention des risques est mis en place.**

**QPR - Référence 5 : L'efficacité du programme de gestion de la qualité et de la prévention des risques est évaluée.**

Non traités, par conséquent, ils devront faire l'objet d'investigations spécifiques lors de l'auto évaluation définitive.

## 2 . VIGILANCES SANITAIRES

### ET SECURITE TRANSFUSIONNELLE - VST -

**VST - Référence 1 : La politique de vigilance sanitaire et de sécurité transfusionnelle associe dans sa définition et sa mise en œuvre les instances et professionnels concernés.**

**VST - Référence 2 : Les vigilances sanitaires sont opérationnelles dans l'établissement.**

**VST - Référence 3 : Les professionnels sont informés et formés à périodicité définie en ce qui concerne les vigilances sanitaires et la sécurité transfusionnelle.**

**VST - Référence 4 : L'établissement met en œuvre les règles de sécurité transfusionnelle.**

**VST - Référence 5 : Les activités de vigilance sanitaire et de sécurité transfusionnelle font l'objet d'évaluations et d'actions d'amélioration.**

Non traités, par conséquent, ils devront faire l'objet d'investigations spécifiques lors de l'auto évaluation définitive.

### 3 . surveillance, prevention

#### et contrôle du risque infectieux - spi -

N.B. : La démarche d'auto évaluation devant aboutir à la détermination du positionnement du C.H.U. en regard des critères de l'A.N.A.E.S., a été menée au niveau du CLIN et au sein des services.

Il ne sera fait état, dans ce document, que des résultats concernant les services du site de N.

D'une façon générale, il est à noter que de nombreux services mènent des actions visant à maîtriser le risque infectieux et cela avec l'aide des professionnels de la Cellule Hygiène et depuis peu, des Correspondants en Hygiène.

Dans le cadre de l'auto évaluation définitive, il sera nécessaire de réinvestir des références dans le cadre de réflexions transversales réunissant des membres du CLIN, des professionnels des unités opérationnelles en Hygiène, des référents en Hygiène, des professionnels des services, ...

***SPI - Référence 1 : L'établissement initie et met en œuvre une politique coordonnée de maîtrise du risque infectieux chez les patients et les professionnels.***

***SPI - Référence 2 : La politique de maîtrise du risque infectieux associe dans sa définition et sa mise en œuvre les instances et les professionnels concernés.***

***SPI - Référence 3 : Le programme de lutte contre le risque infectieux associe les professionnels compétents.***

***SPI - Référence 4 : Le programme de lutte contre le risque infectieux comporte une surveillance.***

Non traités.

### **SPI - Référence 5 : Le programme de lutte contre le risque infectieux comporte des actions de prévention.**

<b>Critère SPI.5.a</b>	<b>Des protocoles visant à maîtriser le risque infectieux sont utilisés.</b>
------------------------	--

N= 30

Secteurs Médecine/Chirurgie/Réanimation/Pédiatrie

L'ensemble des services consultés sont dépositaires de protocoles émanant de la Cellule d'Hygiène et/ou du CLIN.

L'auto évaluation a montré que :

➔ Ils n'ont pas à leur disposition l'ensemble des protocoles dont ils auraient besoin ➔ 5 fois cités.

➔ Les protocoles sont méconnus par les professionnels concernés (ex. connaissance imprécise de la liste des protocoles disponibles et du contenu de ces derniers) ➔ 6 fois.

➔ Les professionnels déplorent le manque de lisibilité d'un bon nombre de protocoles ➔ 8 fois.

➔ Leur impact sur les pratiques ou les organisations n'a pas été mesuré ➔ 11 fois.

En ce qui concerne le nettoyage des locaux et des équipements, on constate que :

➔ La majorité des services se sont dotés de protocoles concernant le nettoyage des locaux et des équipements. Généralement, des documents ont été élaborés avec l'aide des Conseillères ESF ➔ 13 fois.

➡ Le personnel chargé du nettoyage des locaux et des équipements est formé soit par ses pairs soit par les Conseillères ESF ➡ 12 fois.

➡ Dans la grande majorité des services, des tableaux de suivi du nettoyage ont été établis ➡ 11 fois.

Les services utilisant du matériel type "endoscope" appliquent dans leur ensemble les recommandations éditées par le CLIN.

Il est à noter que la mise en place courant 1999/2000 des correspondants en hygiène (un professionnel désigné par service) participe activement à la diffusion et à l'application des protocoles et/ou recommandations de l'unité d'hygiène et/ou du CLIN.

Par conséquent, les données qui apparaissent dans cette synthèse ne reflètent probablement plus la réalité actuelle du site.

#### Actions d'améliorations proposées

- *Mettre en œuvre une politique définie par le CLIN afin que la maîtrise du risque infectieux devienne une préoccupation de "tous les instants".*
- *Finaliser la démarche en cours portant sur la réactualisation des protocoles CLIN.  
A noter que dans le cadre de cette démarche, un travail important est mené afin d'améliorer la lisibilité et la diffusion des documents.*
- *Soutenir l'effort tant de formation, que d'équipement, des professionnels dans ce domaine.*
- *Revoir dans certains services, la formation des agents contractuels.*

**Critère SPI.5.b** | **Non renseigné par les unités de soins.**

**Critère SPI.5.a** | **Non soumis aux unités de soins.**

**SPI - Référence 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.**

Non traité.

**SPI - Référence 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.**

Dans le cadre de l'auto évaluation définitive, cette Référence sera à traiter en collaboration avec les services de Médecine Préventive. Les données récoltées dans la phase préliminaire sont insuffisantes.

N= 30

Secteurs Médecine/Chirurgie/Réanimation/Pédiatrie

Dans le cadre de la prévention des AES et à tout autre liquide biologique, le C.H.U. a développé :

- Une démarche sur le mode du partenariat entre le CLIN et la Médecine du Travail,
- Une campagne de prévention et de vaccination menée par la Médecine Préventive dans le cadre de ses missions,
- La mise en place d'une formation destinée à l'ensemble des professionnels concernés, et consacrée aux recommandations universelles (CLIN et Unité d'Hygiène),
- La création d'une affiche présente dans toutes les unités rappelant la démarche à suivre en cas d'AES,



- La mise à disposition du matériel nécessaire à l'application des recommandations universelles : midinettes, gants, lunettes, cathéters rétractables, sacs rouge...

Actions d'améliorations proposées

- ***Evaluer l'impact des formations en place dans le cadre des AES :***  
***Mesure directe : application des recommandations universelles,***  
***Mesure indirecte : consommation de gants.***
- ***Développer les démarches d'analyse des accidents (arbres des causes et collection de données épidémiologiques) et de la prise en charge des personnes concernées.***

**SPI - Référence 8 : Le risque infectieux lié à l'utilisation des dispositifs médicaux et équipements à usage multiple est maîtrisé.**

**SPI - Référence 9 : Le risque infectieux lié à l'environnement est maîtrisé.**

**SPI - Référence 10 : Des procédures concernant la manipulation, le stockage, la préparation et la distribution des aliments sont mises en œuvre.**

**SPI - Référence 11 : La réalisation et l'efficacité du programme de prévention et de maîtrise du risque infectieux sont évaluées à périodicité définie.**

Non traités.

# BIBLIOGRAPHIE

- F. Alföldi - Evaluation en protection de l'enfance – Edition Dunod – Avril 2000
- J.M.Barbier- Evaluation ou identification – Cahiers de pédagogies, 256, septembre 1987
- Ph. Bernoux – La sociologie des organisations –Edition du seuil – Collection « Points » - 1990
- F.Campanale – Auto évaluation et transformations des pratiques pédagogiques – Revue Mesure et évaluation en éducation – 1997, n°20
- J. Chevalier, D. Loschak – Sciences administratives - Encyclopédie Universalis - 1993
- M.Crozier – Le phénomène bureaucratique – Edition du seuil – Collection « Points » - 1971
- M. Crozier, E. Friedberg – L'acteur et le système – Editions du Seuil – Collection « points » - 1992
- S.Cueille, A.Renucci - Responsabilisation des acteurs dans les hôpitaux publics français et management – Revues politiques et management public-- Volume 18,n°2, juin 2000
- C.Depover, B.Noël – L'évaluation des compétences et des processus cognitifs – Edition De Boeck Université – Collection pédagogies en développement – 1999
- J.de Rosnay – Le Macroscopie – Edition du seuil – 1975
- F. de Singly – L'enquête et ses méthodes : le questionnaire – Edition Nathan – Collection Sociologie 128 – 1993
- ENSP - Evaluation des politiques et transformations des pratiques professionnelles dans le domaine sanitaire et sociale – Actes des journées de l'ENSP- Edition de l'ENSP - Février 1992
- L.Gerbaud, PH.Y.Glanddier – L'évaluation de la qualité des soins- Gestions hospitalières n°317 – Juin Juillet 1992

- S. Grossman et O. Hart (1983), « An analysis of a principal – agent problem », *Econometrica*, vol.51
- C.Hadji – L'évaluation règles du jeu- Edition ESF – 1995
- C.Hadji – L'évaluation démystifiée – Paris - ESF éditeur- 1997
- R. Laufer, A.Burlaud – management Public- Edition Dalloz- Collection Systèmes et stratégies – 1980
- D.Laveault – Auto évaluation et régulation des apprentissages – in L'évaluation des compétences et des processus cognitifs – Edition De Boeck Université – Collection pédagogies en développement – 1999
- M.Legros, G.Poquelt – Evaluer ou l'esprit de la méthode – Cahier de recherche – Edition Credoc – Septembre 1996, n°96
- P.Lombrail, M.Naiditch, D.Baubeau, P.Cuneo – Les éléments de la performance hospitalière – les conditions d'une comparaison – Revue de la DREES – n° 42 – Décembre 1999
- Mas- Colelle et all in Responsabilisation des acteurs dans les hôpitaux publics français et management – Revues politiques et management public-- Volume 18,n°2, juin 2000
- Y.Matillon , P.Durieux - L'évaluation médicale – Du concept à la pratique — Collection Médecine – sciences – Edition Flammarion – novembre 1994
- P.Meirieu – Evaluation interne ou externe : un faux problème ? – Bulletin de l'association française des administrateurs de l'éducation,41, Janvier 1989
- G.Probst and all. Organisation et management – Editions d'organisation – 1997
- R.E.Stake – l'évaluation des programmes d'enseignement – Paris – OCDE – 1976
- J.Vogler – L'évaluation –Paris- Edition Hachette- Collection former, organiser pour enseigner- Novembre 1997
- D.Weiss and all- Les Ressources Humaines – Edition d'organisation -2000