



**Directeur d'Etablissement Sanitaire,
social et médico-social**

Promotion : **2008-2009**

Date du Jury : *Décembre 2009*

**L'évaluation externe : entre contrainte
et outil au service de la démarche
qualité**

Daniel CASSÉ

Remerciements

Je souhaite témoigner ma reconnaissance particulière à :

- Monsieur Pierrick DIEUMEGARD, Directeur du Centre Hospitalier de Rochefort et de l'hôpital local de Marennes, pour m'avoir accueilli au sein de son équipe de direction commune pour mon stage.
- Monsieur Alain MARCHADIER, Directeur Adjoint au Centre Hospitalier de Rochefort, d'avoir accepté d'être mon maître de stage. Je le remercie de sa disponibilité et de ses conseils.
- Madame Karine SENS, Directrice Adjoint en charge du site de l'Hôpital local de Marennes, de m'avoir accueilli sur son site et de m'avoir fait partager au quotidien la vie du directeur d'un petit établissement de proximité dans un contexte social tendu. Merci pour la confiance accordée et la qualité de nos échanges.
- Madame Sylvie TINEVEZ, responsable du service ICPE du département solidarité du Conseil Général de Charente Maritime, d'avoir osé accueillir un élève directeur chez « la tutelle ». Je remercie aussi l'équipe M. Michel DELORD, inspecteur principal de la DDASS de la Charente Maritime, qui nous accompagnait lors de ses visites de m'avoir intégré ainsi que Stéphanie BOURGEOIS, élève IASS à la DDASS, avec laquelle j'ai partagé le travail d'analyse de ces visites.
- Aux collègues Directeurs de l'équipe de direction du CH de Rochefort, pour leur disponibilité et leurs conseils.
- Messieurs PIRIOU et GHILARDI, experts visiteur de l'HAS, pour leur réponse rapide à mon questionnaire ouvert.
- L'équipe des cadres soignants et administratif, au médecin coordonnateur et au pharmacien de l'hôpital local de Marennes, pour leur implication pleine et entière dans la démarche qualité et pour leur aide durant tout ce stage.
- L'ensemble du personnel de l'hôpital local pour leur implication dans les démarches d'évaluation.
- Mon épouse pour sa relecture et sa patience.

Sommaire

Introduction	1
1 Les différentes évaluations externes auxquelles est soumis l'hôpital local : 3	
1.1 L'évaluation externe de l'activité sanitaire conduite par l'HAS:	4
1.1.1 Un cadre réglementaire applicable à l'ensemble du secteur sanitaire :	4
1.1.2 De l'accréditation à la certification :	6
1.2 L'évaluation de l'activité médico-sociale conduite par l'ANESM :	9
1.2.1 Un cadre réglementaire applicable au secteur médico-social :	9
1.2.2 Le référentiel angélique base de l'évaluation médico-sociale :	11
1.3 Des convergences dans les attendus des évaluations :	12
1.3.1 De nombreux points convergents :	12
1.3.2 Les points plus spécifiques à l'activité sanitaires :	13
1.3.3 Les points plus spécifiques pour ANGELIQUE :	14
1.3.4 L'hôpital local en perpétuelle évaluation externe ?	14
1.4 Les autres modes de régulations :	14
1.4.1 L'audit :	15
1.4.2 L'enquête :	15
1.4.3 L'inspection et le contrôle :	16
2 La double évaluation de l'hôpital local de Marennes :	17
2.1 L'hôpital local de Marennes établissement de santé de proximité:	18
2.1.1 Localisation de l'établissement :	18
2.1.2 Son activité :	18
2.1.3 Le projet d'établissement au cœur du pilotage de l'établissement :	20
2.2 La visite de re-conventionnement, une évaluation externe qui n'en porte par le nom :	21
2.2.1 Les attendus des visites de « re-conventionnement » en Charente-Maritime :	21
2.2.2 La visite de re-conventionnement de l'EHPAD de l'hôpital de Marennes :	23
2.2.3 La visite de re-conventionnement, outil du dialogue avec les autorités :	25
2.3 La visite de certification de l'hôpital local par l'HAS :	26

2.3.1	La préparation de la certification, un travail de longue haleine qui demande un pilotage :	27
2.3.2	La visite des experts visiteurs de l'HAS ou de l'adaptation des exigences à l'environnement.	30
2.4	L'évaluation externe : contrainte ou outil de la démarche qualité ?.....	32
2.4.1	De la reconnaissance de la visite de l'HAS comme un outil d'amélioration de qualité	32
2.4.2	De la reconnaissance de la place de l'hôpital local dans l'offre sanitaire	34
3	Vers une démarche d'amélioration de la qualité globale à l'hôpital local.....	39
3.1	Le projet d'établissement garant de la pérennité de la démarche qualité à l'hôpital local :	40
3.1.1	Valoriser l'évaluation et ses résultats :	40
3.1.2	Pérenniser l'évaluation des pratiques :	41
3.2	Développer un programme global d'amélioration de la qualité (PGAQ)	42
3.2.1	Vers une démarche transversale ouverte :	43
3.2.2	Un PGAQ en cohérence avec le projet d'établissement.....	44
3.3	Un pilotage nécessaire du programme d'amélioration de la qualité :	46
3.3.1	Les étapes de la démarche qualité :	46
3.3.2	Identifier un responsable qualité :	47
3.3.3	Des ressources externes mobilisables :	48
3.3.4	La nécessaire reconnaissance financière du rôle de la qualité par les tutelles	48
	Conclusion.....	49
	Bibliographie	51
	Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

ANAES :	Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
ANESM :	Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des établissements et services Sociaux et Médico-sociaux
ANGELIQUE :	Application Nationale pour Guider une Evaluation Labellisée Interne de Qualité pour les Usagers des Etablissements
ARH :	Agence Régionale de l'Hospitalisation
ARS :	Agence Régionale de Santé
AS :	Aide Soignant
ASH :	Agent des Services Hospitaliers
CA :	Conseil d'Administration
CASF :	Code de l'Action sociale et des familles
CH :	Centre Hospitalier
CHU :	Centre Hospitalier Universitaire
COFIL :	Comité de Pilotage
CME :	Comité Médical d'Etablissement
CSP :	Code de Santé Publique
CLIN :	Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales
CLUD :	Comité de Lutte contre la Douleur
CVS :	Conseil de la Vie Sociale
DESS :	Directeur d'Etablissement Sanitaire et Sociale
DDASS :	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DGAS :	Direction Générale des Affaires Sociales
DHOS :	Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation de Soins
DREES :	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
EHESP :	Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
EHPA :	Etablissement d'Hébergement de Personnes Agées
EHPAD :	Etablissement d'Hébergement de Personnes Agées Dépendantes
ENSP :	Ecole Nationale de Santé Publique
EPP :	Evaluation des Pratiques Professionnelles

ESSMS :	Etablissements Sanitaire, Social et Médico-Social
EV :	Expert Visiteur
FMC :	Formation Médicale Continue
GIR :	Groupe Iso-Ressources
GMP :	GIR Moyen Pondéré
HAS :	Haute Autorité de Santé
HL :	Hôpital local
IASS :	Inspecteur des Affaires Sanitaires et Sociales
ICPE :	Information, Contrôle et Programmation des Equipements
IDE :	Infirmière Diplômée d'Etat
JO :	Journal Officiel
MARTHE :	Mission d'Appui à la Réforme de la Tarification des EPHAD
MCO :	Médecine, Chirurgie et Obstétrique
PAQ :	Programme d'Amélioration de la Qualité
PEP :	Pratiques Exigibles Prioritaires
PGAQ :	Programme Global d'Amélioration de la Qualité
PMP :	PATHOS Moyen Pondéré
RTT :	Réduction du Temps de Travail
SLD :	Soins de longue durée
SSR :	Soins de Suite et de Réadaptation
USLD :	Unité de Soins de Longue Durée

Introduction

L'évaluation s'entend comme la mesure visant à apprécier de façon objective les faits et à les comparer aux attentes au moyen d'un référentiel préétabli. Elle peut être réalisée par les acteurs eux-mêmes (autoévaluation) ou par un tiers extérieur, tels que pairs ou organismes (évaluation externe)¹.

L'hôpital local, établissement public de santé fait l'objet d'évaluations internes et externes réglementaires.

D'une part, l'hôpital local est soumis à une visite de certification de la Haute Autorité de Santé (HAS) tous les quatre ans pour son activité sanitaire (médecine et soins de suite) et à l'évaluation externe tous les 7 ans prévue par la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale pour son activité d' Etablissement d'Hébergement de Personnes Agées Dépendantes (EHPAD). L'évaluation externe de l'Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des établissements et services Sociaux et Médico-sociaux (ANESM) s'appuiera sur l'évaluation interne et sur les diverses recommandations de bonnes pratiques professionnelles qu'elle diffuse.

D'autre part, l'évaluation interne mentionnée à l'article L.312-1 du Code de l'Action sociale et des familles (CASF) et rendue obligatoire depuis la loi 2002.2 tous les 5 ans, sert de base pour le renouvellement des conventions tripartites entre l'établissement, le Conseil Général et la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS). Dans le département de Charente Maritime, ce conventionnement s'accompagne d'une visite conjointe sur site par les services de la DDASS et du Conseil Général. On peut considérer cette visite dite de « re-conventionnement » comme une évaluation externe par les « tutelles ».

Ainsi, l'hôpital local fait l'objet de trois évaluations externes. Si ces évaluations s'imposent aux établissements, elles ont pour principal objectif l'amélioration de la qualité.

N'est-ce pas trop pour un même établissement ?

Mon stage au sein l'hôpital local de Marennes m'a permis de vivre deux de ces évaluations, dans sa visite finale pour la première et dans la conduite de la démarche complète pour la seconde.

¹ Définitions du guide d'accompagnement « améliorer la qualité en EHPAD » du ministère de la santé, site santé.gouv.fr : http://www.travail-solidarite.gouv.fr/IMG/pdf/guide_angeliq.pdf

Ces expériences m'ont conduit à m'interroger sur la convergence des différentes évaluations pour une politique d'amélioration de la qualité. En quoi la multiplicité des évaluations externes interroge-t-elle l'ensemble de la démarche qualité ?

L'évaluation externe est une démarche ponctuelle qui vise à s'assurer de la conformité d'une organisation à un système d'indicateurs généralement regroupés en un « référentiel officiel » au cours d'une revue d'experts². Elle nécessite dans un premier temps un travail important d'écriture de protocoles, procédures ou autres conventions mais surtout le recours à des compétences qui n'existent pas toujours dans les établissements de petites tailles. Dans un second temps, un travail d'appropriation par les différents acteurs de l'établissement doit pouvoir être mis en oeuvre.

Ces évaluations sont aussi l'occasion de mobiliser le personnel sur ses pratiques professionnelles par l'autoévaluation qui devient un outil de management de la qualité interne permettant l'implication de chacun des agents à son niveau.

Les différentes évaluations doivent donc être considérées comme des outils de la démarche qualité globale de l'établissement et intégrées, notamment au travers des attendus des référentiels, dans le processus d'amélioration de la qualité.

Nous explorerons dans un premier temps les différentes évaluations externes auxquelles est soumis l'établissement et leurs convergences (1) avant d'analyser les évaluations qui ont eu lieu à l'hôpital local de Marennes (2) dans un second temps. De ces analyses, nous déclinerons une démarche d'amélioration de la qualité globale (3) à travers un programme global d'amélioration de la qualité (PGAQ).

² In « La démarche qualité en action sociale et médico-sociale » Jean-René Loubat – Dunod – Mars 2009 – p 30

1 Les différentes évaluations externes auxquelles est soumis l'hôpital local :

L'hôpital local doit rendre compte de son activité auprès des services de l'Etat et/ou décentralisés qui ont délivré l'autorisation de fonctionnement notamment au travers des bilans d'activité et financiers, conformément à l'article L. 6113-8 du Code de la Santé Publique (CSP)³ qui stipule que tout « établissement public de santé, doit transmettre aux agences régionales de santé, à l'Etat ou à la personne publique qu'il désigne et aux organismes d'assurance maladie les informations relatives à leurs moyens de fonctionnement, à leur activité, à leurs données sanitaires, démographiques et sociales qui sont nécessaires à l'élaboration et à la révision du projet régional de santé, à la détermination de leurs ressources, à l'évaluation de la qualité des soins, à la veille et la vigilance sanitaire, ainsi qu'au contrôle de leur activité de soins et de leur facturation. ».

Toutefois, au-delà du simple bilan d'activité, le législateur a tenu à promouvoir le concept de qualité d'abord au sein des structures sanitaires par les ordonnances Juppé de 24 avril 1996, puis au sein de structures sociales et médico-sociales par loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale pour le secteur social.

Ce concept de qualité, repose dans les 2 cas, sur l'évaluation externe coordonnée par une autorité publique indépendante qui délivrera une certification selon la conformité à des référentiels pré-établis. Cette évaluation externe fait l'objet d'une visite sur site par des experts ou organismes habilités sur la base d'une autoévaluation interne réalisée à partir d'une grille d'évaluation spécifique.

Nous explorerons dans un premier temps l'évaluation externe organisée par l'Haute Autorité de Santé (HAS) pour l'activité sanitaire (1.1), puis l'évaluation externe de l'activité sociale et médico-sociale coordonnée par l'ANESM (1.2.) avant d'en dégager les points de convergences (1.3). Au-delà de ces évaluations externes planifiées, l'autorité ayant délivrée l'autorisation dispose d'autres moyens de contrôler l'activité en dehors de ces temps planifiés (1.4).

³ Modifié par la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

1.1 L'évaluation externe de l'activité sanitaire conduite par l'HAS:

1.1.1 Un cadre réglementaire applicable à l'ensemble du secteur sanitaire :

L'article L 6113-3 du CSP stipule : *« afin d'assurer l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, tous les établissements de santé publics et privés doivent faire l'objet d'une procédure externe d'évaluation dénommée accréditation.*

Cette procédure, conduite par la Haute Autorité de santé⁴, vise à porter une appréciation indépendante sur la qualité d'un établissement ou, le cas échéant, d'un ou plusieurs services ou activités d'un établissement, à l'aide d'indicateurs, de critères et de référentiels portant sur les procédures, les bonnes pratiques cliniques et les résultats des différents services et activités de l'établissement. ».

L'article L.6113-4 du CSP indique que la procédure d'accréditation est engagée à l'initiative de l'établissement de santé, notamment dans le cadre du contrat qui le lie à l'agence régionale de l'hospitalisation instituée à l'article L. 6115-1. Cette obligation est élargie, par la loi n°2006-1640 du 21 décembre 2006⁵, article 60, aux réseaux de santé mentionnés à l'article L. 6321-1, les syndicats inter hospitaliers et les groupements de coopération sanitaire autorisés à assurer les missions d'un établissement de santé en vertu, respectivement, des articles L. 6132-2 et L. 6133-1.

L'hôpital local, établissement de santé public de proximité assurant le plus souvent une activité sanitaire de médecine, de soins de suite et de rééducation, voire de soins de longue durée, est donc soumis à l'accréditation.

La procédure d'accréditation, instaurée par l'ordonnance de réforme hospitalière du 24 avril 1996 (dite ordonnance Juppé) a été menée, pour la première démarche, par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES)⁶. Cette procédure d'accréditation se fixait six objectifs principaux :

- Apprécier la qualité et la sécurité des soins d'un établissement ;
- Apprécier la capacité de l'établissement à améliorer de façon continue des soins.
- Formuler des recommandations explicites ;
- Impliquer tous les professionnels de santé.

⁴ HAS : haute autorité indépendante instituée par la Loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie

⁵ Loi n°2006-1640, relative au financement de la sécurité sociale pour 2007, dans l'article 60 modifie l'article 6113-4 du CSP

⁶ Décret no 97-311 du 7 avril 1997, relatif à l'organisation et au fonctionnement de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé instituée à l'article L. 791-1 du code de la santé publique, abrogé le 26 juillet 2005

- Faire reconnaître au plan externe la qualité des soins
- Améliorer la confiance du public.

Le référentiel de ANAES, base de la procédure et composé de 86 références et près de 300 critères, s'articule autour de 3 parties :

- le patient et sa prise en charge
- le management et la gestion au service du patient
- qualité et prévention.

Le compte-rendu des visites des établissements est consultable sur le site de l'HAS par tout à chacun, il contient les informations suivantes :

- la présentation de l'établissement de santé,
- le déroulement de la procédure
- les conclusions de l'HAS sur la situation de l'établissement au regard des référentiels.

Dans ses décisions, l'HAS peut émettre :

- des recommandations : demandes formulées à l'établissement pour progresser sur les domaines précisés en perspective de la prochaine procédure, lors de laquelle il sera vérifié leur suivi ;
- des réserves : constat(s) d'insuffisance sur des domaines précisés ou absence de dynamique de progrès ; l'établissement devra produire alors, sur les sujets concernés, un rapport de suivi voire faire l'objet d'une visite ciblée dans un délai fixé par l'HAS
- des réserves majeures : constat(s) d'insuffisance graves relatives aux exigences de qualité et de sécurité, sans qu'il y ait des preuves d'actions correctives. Dans ce cas, l'établissement de santé doit apporter des solutions aux réserves majeures lors d'une visite ciblée fixée par l'HAS.

Cette procédure sera renouvelée tous les 5 ans à compter de la dernière procédure. Tous les établissements de santé devant s'être engagés dans cette procédure avant le 25 avril 2001⁷. Toutefois en 2005, il restait encore près de 700 établissements de santé à accréditer sur les bases de la première procédure⁸, alors que les prérogatives de l'ANAES étaient transférées à l'HAS depuis le 1 janvier 2005⁹

⁷ Article L.6113-4 du CSP

⁸ In « L'utilisateur et le monde hospitalier, 50 fiches pour comprendre » Odile DERENNE et François PONCHON, édition ENSP, 2005, page 77

⁹ Décret n°2004-1139 du 26 octobre 2004 relatif à la Haute Autorité de santé et modifiant le code de la sécurité sociale

Ce transfert de compétences vers une nouvelle Haute Autorité indépendante renforce la volonté du législateur à évaluer les pratiques professionnelles en l'inscrivant au cœur du processus de certification des établissements de santé.

1.1.2 De l'accréditation à la certification :

La dénomination « accréditation des établissements de santé » n'existe plus depuis la loi 13 août 2004¹⁰, bien que figurant toujours à l'article L.6113-4 du CSP sous cette appellation, elle est remplacée par « la certification des établissements de santé ». Le terme « accréditation » est désormais réservé à une autre procédure concernant les médecins et les équipes médicales.

Telle que décrite sur le site de l'HAS¹¹, la certification des établissements de santé est une démarche ayant pour objectif de concourir à l'amélioration de la prise en charge des patients dans les hôpitaux et cliniques sur l'ensemble du territoire français.

Elle consiste en une autoévaluation suivie d'une visite réalisée par des professionnels de santé extérieurs à l'établissement et intègre un dispositif de suivi qui vise à engager les professionnels de l'établissement dans une démarche qualité durable.

La certification des établissements n'est pas un examen ou un concours que passe chaque établissement mais plutôt un travail de fond mobilisant l'ensemble de ses personnels autour d'un objectif commun : mieux travailler ensemble pour assurer une prise en charge de qualité.

La prise en charge satisfaisante du patient implique l'action coordonnée de nombreux services cliniques, médico-techniques, logistiques et administratifs. C'est pourquoi, l'évaluation porte sur l'ensemble du fonctionnement de l'établissement et intègre les éléments relatifs à l'information et à la participation du patient à sa prise en charge.

La procédure de certification est naturellement en constante évolution de façon à s'adapter en permanence aux exigences des citoyens en matière de qualité et de sécurité des soins.

La première procédure, dite V1, avait pour vocation d'impulser une dynamique de démarche continue d'amélioration de la qualité auprès des établissements de santé notamment par la création de groupe d'autoévaluation pluridisciplinaire par thème du manuel. Comme le souligne l'HAS¹² dans son manuel d'accréditation V2007, les établissements ont réalisé un travail considérable lors de la première démarche en

¹⁰ Loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie

¹¹ <http://www.has-sante.fr>

¹² Manuel d'accréditation V2007, direction de l'accréditation de l'HAS, édition 2007, page 8

utilisant l'approche pluridisciplinaire valorisant les responsabilités des professionnels, dynamique qu'il appartient de pérenniser au travers de la seconde procédure.

La deuxième itération de la procédure de certification (V2-V2007), mise en place en 2005 et prenant fin en 2010 pour les visites initiales, veillera à la mise en place effective de la démarche d'amélioration de la qualité notamment au travers des différentes procédures, protocoles et leur appropriation par les personnels. La démarche d'autoévaluation pluridisciplinaire y est complétée par l'utilisation des groupes ou structures existantes au sein de l'établissement pour mettre en oeuvre l'évaluation et par le renforcement de l'évaluation des activités cliniques au travers des EPP (évaluation des pratiques professionnelles).

Elle porte sur :

- la mesure du niveau de qualité atteint et de la dynamique,
- l'appréciation de la qualité du service médical rendu au patient,
- la participation à la procédure de certification des professionnels de santé qui assurent, hors établissement, la prise en charge du patient,
- la participation accrue des usagers,
- l'approfondissement des thématiques telles que le management et la gestion des risques.

Ce qui implique aussi quelques changements pour l'HAS :

- simplification de la procédure de certification par prise en compte des autres systèmes de reconnaissance externe et des procédures issues d'autres instances de l'Etat notamment en matière de sécurité.
- Amélioration de la lisibilité des résultats :
 - o par la réduction à **4 ans** du délai entre deux procédures de certification,
 - o par une cotation du niveau de qualité constaté sur la base de critères précis et mesurables mais aussi sur la dynamique d'amélioration, pour cela l'HAS met à disposition un manuel¹³
 - o par la modification des niveaux de décision au travers d'un nouveau barème qui porte à cinq les niveaux de certification :
 - La **certification**. L'établissement de soins est encouragé à maintenir le niveau de qualité constaté ;
 - La **certification avec recommandations**. L'établissement doit mettre en oeuvre les mesures préconisées par la HAS ;
 - La **certification avec suivi**. L'établissement doit remettre à la HAS un rapport détaillé prouvant que les mesures

¹³ http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/20070601_manuelv2007.pdf

d'amélioration ont été réalisées. Il peut également faire l'objet d'une visite d'experts visiteurs ciblée sur un aspect particulier ;

- La **certification conditionnelle**. Des réserves majeures ont été adressées à l'établissement qui doit apporter des solutions dans un délai fixé par la HAS ;
 - La **non certification**. Elle n'est attribuée que pour les établissements ayant reçu une certification conditionnelle et qui n'ont pas réalisé les améliorations demandées au bout de six à douze mois.
- Et enfin par la mise en ligne de l'intégralité des rapports de certification.

La deuxième démarche d'autoévaluation ainsi imposée se compose de 4 chapitres :

- la politique qualité et management,
- les ressources humaines,
- la prise en charge du patient,
- l'évaluation et l'amélioration de la qualité.

Chacune de ces parties étant réparties par thèmes et par références. Pour l'hôpital local ce sont plus de 44 thèmes traités autour de près de 130 références pour lesquels 3 à 5 critères doivent être explorés. Il faut aussi noter que le chapitre de la prise en charge du patient, qui comporte le plus grand nombre de références (55), fait l'objet d'une évaluation distincte selon l'activité Médecine, Chirurgie et Obstétrique (MCO), Soins de Suite et de Réadaptation (SSR), Soins de Longue Durée (SLD) ou soins de psychiatrie.

En janvier 2010 débiteront les premières visites de la troisième itération de la procédure, la V2010.

Bien que l'HAS mette à disposition un guide¹⁴, on peut mesurer à travers ce descriptif la lourdeur de la charge que pèse cette procédure sur les établissements. Ainsi de nombreux établissements se sont-ils dotés de personnels qualifiés dans la démarche qualité voire d'une direction qualité pour les plus grands. Lorsque les compétences ne sont pas disponibles au sein de l'établissement, il est aussi souvent fait appel à une aide méthodologique externe pour accompagner la démarche.

L'hôpital local peut-il financièrement se doter de ces compétences ? Le doit-il au regard de sa faible capacité sanitaire ? La démarche n'est-elle pas disproportionnée pour les hôpitaux locaux ? Nous tenterons de répondre à ces questions à travers l'exemple de l'hôpital local de Marennes dans notre deuxième partie

¹⁴ http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/20070723_guide_pc_v2007.pdf

Au delà de son activité sanitaire, l'hôpital local s'est également vu imposer une évaluation de son activité médico-sociale par la loi 2002-2 .

1.2 L'évaluation de l'activité médico-sociale conduite par l'ANESM :

1.2.1 Un cadre réglementaire applicable au secteur médico-social :

L'évaluation externe a été introduite par la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale modifiant l'article L312-8 du CASF : *« Les établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 procèdent à l'évaluation de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent, au regard notamment de procédures, de références et de recommandations de bonnes pratiques professionnelles validées ou, en cas de carence, élaborées, selon les catégories d'établissements ou de services, par un Conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale, placé auprès du ministre chargé de l'action sociale. Les résultats de l'évaluation sont communiqués tous les cinq ans à l'autorité ayant délivré l'autorisation.*

Les établissements et services font procéder à l'évaluation de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent par un organisme extérieur. Les organismes habilités à y procéder doivent respecter un cahier des charges fixé par décret¹⁵. La liste de ces organismes est établie par arrêté du ministre chargé de l'action sociale, après avis du Conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale. Les résultats de cette évaluation sont également communiqués à l'autorité ayant délivré l'autorisation.

Elle doit être effectuée au cours des sept années suivant l'autorisation ou son renouvellement et au moins deux ans avant la date de celui-ci ».

LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires renforce cette obligation d'évaluation¹⁶ : *« Les établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 procèdent à des évaluations de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent, au regard notamment de procédures, de références et de recommandations de bonnes pratiques professionnelles validées ou, en cas de carence, élaborées, selon les catégories d'établissements ou de services, par l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Les résultats des évaluations sont communiqués à l'autorité ayant*

¹⁵ Décret n°2007-975 du 15 mai 2007

¹⁶ Article 124 , 19

délivré l'autorisation. Les établissements et services rendent compte de la démarche d'évaluation interne engagée. Le rythme des évaluations et les modalités de restitution de la démarche d'évaluation sont fixés par décret. » ;

« Par dérogation aux dispositions du premier alinéa, les établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 autorisés et ouverts avant la date de promulgation de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires communiquent les résultats d'au moins une évaluation interne dans un délai fixé par décret. » ;

« Les établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 sont tenus de procéder à deux évaluations externes entre la date de l'autorisation et le renouvellement de celle-ci. Le calendrier de ces évaluations est fixé par décret. » ;

L'établissement médico-social doit donc effectuer tous les 5 ans une évaluation interne qui sert de base à la signature de la convention tripartite alors que l'évaluation externe aura lieu tous les 7 ans sachant que cette dernière conditionnera le renouvellement de l'autorisation tous les 15 ans. L'évaluation externe porte de manière privilégiée sur la pertinence, l'impact et la cohérence des actions déployées par les établissements et services, au regard d'une part, des missions imparties et d'autre part des besoins et attentes des populations accueillies¹⁷.

Les organismes possédant des qualifications et compétences déterminées par le décret n°2007-975 ont été habilités¹⁸ par l'ANESM après appel à candidatures. Les établissements devront choisir par cette liste, l'organisme qui conduira leur évaluation externe.

Comme l'indique le site de l'ANESM¹⁹, les champs des évaluations, externe et interne, sont les mêmes afin d'assurer la complémentarité des analyses portées sur un même établissement ou service et de fait, pouvoir apprécier les évolutions et les effets des mesures prises pour l'amélioration continue du service rendu. C'est donc la grille ANGELIQUE qui sert de base à l'évaluation tant interne que externe.

¹⁷ Décret n°2007-975 du 15 mai 2007

¹⁸ L'habilitation est une autorisation administrative **nécessaire** pour procéder à l'évaluation externe des activités et de la qualité des prestations des établissements et services visés à l'article L.312-1 du code de l'action sociale et des familles (CASF).

¹⁹ <http://www.anesm.sante.gouv.fr/>

1.2.2 Le référentiel angélique²⁰ base de l'évaluation médico-sociale :

Même si la qualité n'est pas une nouveauté pour les établissements médico-sociaux, elle a vu sa première inscription en tant que telle dans le cadre des conventions pluriannuelles instaurées par l'arrêté du 26 avril 1999²¹ et établies entre le Département, l'autorité compétente pour l'assurance maladie (DDASS) et l'établissement (convention tripartite). La démarche d'amélioration de la qualité doit s'appuyer notamment sur un projet institutionnel visant à améliorer le service rendu, définissant les valeurs communes adoptées et les orientations retenues précisant les projets de vie, d'aides et de soins.

L'outil d'autoévaluation promu est la grille ANGÉLIQUE réalisé par la Mission d'Appui à la Réforme de la Tarification des EHPAD (MARTHE)²² du ministère de la santé. Cette évaluation comprend 4 parties :

- les attentes et satisfaction des résidents et famille,
- les besoins d'accompagnement et de soins des résidents et réponses apportées,
- l'établissement et son environnement,
- la démarche qualité

Chaque partie est divisée en thèmes pour lesquels différentes questions sont inscrites à partir de mots clés, ainsi que des indicateurs ou sources d'information. Pour chacune des questions, il appartient à l'établissement de la coter :

A si l'on répond oui à la question

B si l'on répond oui partiellement

C si l'on répond non mais avec une procédure en cours

D si l'on répond non sans procédure.

Mais aussi d'en définir les points forts et points faibles de l'établissement ainsi qu'un objectif à atteindre. Les données ainsi recueillies sont d'ordre qualitatives.

Cette démarche, initiée par la direction, se veut participative et transversale à l'ensemble de l'établissement en y associant les différents acteurs (personnel, usagers et familles). La procédure ayant pour but d'aider la structure à réaliser un état des lieux initial puis périodique sur ses points forts et ses points faibles au regard de la qualité. Elle constitue un moment important de la vie de l'établissement. A cet égard, la circulaire

²⁰ http://www.travail-solidarite.gouv.fr/IMG/pdf/outil_auto_eval.pdf

²¹ Arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5.1 de la loi n°75-535 du 30 juin 1975, modifié par l'arrêté du 13 août 2004 (annexe I), JO n°98 du 27 avril 1999, p.6256

²² La mission Marthe a cessé en 2005 laissant la conduite du soutien des services déconcentrés à la CNSA.

DGAS/DHOS/DSS/CNSA n°2006-447 du 17 octobre 2006, relative à la campagne budgétaire pour l'année 2006 dans les établissements et services médico-sociaux et sanitaires accueillant des personnes âgées (texte non paru au JO), rappelle aux tutelles l'utilité de l'outil ANGELIQUE dans le cadre des renouvellements de conventions tripartites.

Là aussi, il s'agit d'une démarche chronophage qui nécessite des compétences et une guidance. Ce n'est donc pas un hasard si seulement 60% des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux (ESSMS) enquêtés par l'ANESM²³ déclarent être engagés dans la démarche. L'argument principal des structures n'ayant pas commencé leur évaluation est le manque de temps (60%). Cet argument est également évoqué comme principale difficulté rencontrée lors de l'évaluation interne (72%), auquel il faut y adjoindre le financement (33%) et les difficultés méthodologiques (30%). Néanmoins là aussi l'évaluation interne a été l'occasion de mobiliser le personnel autour des objectifs principaux de l'établissement (89%).

On constate que ces deux évaluations, qui reposent sur des outils différents, ont néanmoins des attendus communs ou proches.

1.3 Des convergences dans les attendus des évaluations :

Afin de rendre plus apparentes les convergences entre les attendus des évaluations, j'ai tenté de rapprocher les différentes références des deux évaluations à travers un tableau comparatif (annexe 1).

1.3.1 De nombreux points convergents :

- Le management institutionnel :

L'analyse fait apparaître que le **projet d'établissement** ou projet institutionnel est la base de la dynamique de l'établissement, il sert de pilier à l'action et garantit son cadre.

Dans les deux cas, les **droits des patients ou résidents** sont mis en avant ainsi que leur participation.

La **participation des personnels** à l'évaluation et le dialogue social sont également mis en exergue.

²³ Enquête conjointe ANESM et DREES publiée en mars 2009, consultable sur le site www.anesms.sante.gouv.fr

- la gestion des ressources humaines et la qualité :

Le **gestion et le management du personnel** sont mis en avant notamment par l'organigramme, les fiches de postes, le plan de formation, les qualifications. Il est assez logique que ce thème soit un point important car les dépenses de personnel représentent environ 70% des budgets des structures.

La gestion de la logistique à travers la restauration, l'accueil hôtelier, le circuit du linge et l'hygiène sont des éléments forts des deux évaluations même s'il prend plus d'importance en EHPAD pour la restauration et l'environnement hôtelier.

La démarche qualité et les plans d'amélioration sont pleinement intégrés et tendent à servir de fil conducteur à la transversalité de l'ensemble des prestations de la structure.

- la prise en charge du patient ou résident :

Si les activités autour de la prise en charge ne semblent pas à première vue identiques des convergences s'imposent :

La qualité de l'accueil demeure un point primordial dans les deux évaluations autour des modalités d'accueil, l'information, le respect de la confidentialité, les conditions de séjours.

Le respect de la dignité et la bientraitance sont au cœur des projets de soins et de vie.

L'organisation des soins doit être définie **et la permanence des soins** assurée dans les deux cas, ainsi que les procédures de fin de vie. L'activité médico-sociale comporte un volet soins de plus en plus important qui est mis en exergue par les exigences attendues.

La démarche de gestion globale des risques doit être inhérente aux deux activités.

l'évaluation et l'amélioration de la qualité :

Le recueil de la satisfaction est un critère important même si la périodicité et les attendus ne sont pas les mêmes. **La gestion des dysfonctionnements** doit pouvoir être commune aux deux activités.

1.3.2 Les points plus spécifiques à l'activité sanitaire :

Ils concernent plus particulièrement **la prise en charge du patient au regard l'activité de soins et les risques infectieux**, bien que la partie EHPAD n'en soit pas exonérée. Le **système d'information et le dossier patient** sont des éléments particulièrement observés dans la partie sanitaire, ainsi que le dialogue social qui y est mis plus en avant.

1.3.3 Les points plus spécifiques pour ANGELIQUE :

ANGELIQUE promeut plus particulièrement la qualité de vie des résidents au travers **projet de vie**, incluant le projet de soins individualisé et sur le projet personnel de vie. L'autre point concerne la participation des usagers et de leurs familles dans le fonctionnement du Conseil de vie social, instance de la loi du 2002-2 ;

On constate dans cette analyse le nombre important de points communs entre les deux évaluations alors que ces dernières sont conduites l'une après l'autre. Les transversalités évidentes portent autour du management, de la stratégie de l'établissement, de la gestion des ressources humaines et de la recherche de la qualité.

Si ces évaluations convergent par certains items évalués, il n'en demeure pas moins que leur multiplicité peut conduire à penser que l'hôpital local est en perpétuelle évaluation externe.

1.3.4 L'hôpital local en perpétuelle évaluation externe ?

En effet si l'on établit un calendrier prévisionnel de programmation d'évaluations²⁴ pour un établissement ayant eu des autorisations d'activités sanitaire et médico-sociale en 2001, on constate que ce dernier aura à subir quasiment tous les 2 ans une évaluation externe notamment si, dans le cadre des renouvellements de conventions tripartites, les tutelles effectuent des visites de sites. L'établissement pouvant être amené à vivre deux évaluations sur une période d'un an. Cela a été le cas à l'hôpital de Marennes entre décembre 2008 et juin 2009.

Comment ne pas vivre cela comme une contrainte ? D'autant que ces dernières nécessitent un travail préalable d'autoévaluation qui sert de base aux visites.

1.4 Les autres modes de régulations :

Si l'évaluation est l'appréciation et la mesure des écarts entre les objectifs initiaux et les résultats obtenus²⁵, d'autres outils peuvent être choisis ou subis pour observer l'activité des établissements.

²⁴ Annexe 2

²⁵ Intervention Christophe BARLET, Enseignant EHESP, sur l'inspections dans les établissements sanitaires et sociaux

1.4.1 L'audit :

L'audit est un examen initié et réalisé par la structure elle-même (audit interne) ou par un organisme extérieur (audit externe), il vise à conseiller la structure.

Il est défini par norme ISO 9000 version 2005²⁶ comme un processus méthodologique indépendant et documenté, permettant d'obtenir des preuves d'audits (enregistrements, énoncés des faits ou d'autres informations pertinents pour les référentiels et vérifiables) et de les évaluer de manière objective pour déterminer dans les critères d'audits²⁷, ceux qui sont satisfaits. Les résultats ne peuvent être contestables.

L'audit est une démarche volontaire de l'établissement, il ne peut être commandé que par les acteurs internes même s'il fait appel à des auditeurs externes. Il répond à un cahier des charges précis et s'appuie sur des référentiels. Dès lors, il peut devenir un outil de l'évaluation interne et préconiser des améliorations au commanditaire. Il reste un regard externe au fonctionnement quotidien car les auditeurs ne peuvent faire partie du système observé. Ce ne doit pas être un super contrôle de l'activité, ni une surveillance déguisée.

Longtemps mal considéré, car utilisé comme base à des changements imposés, il tend à se développer comme outil dans le cadre des démarches qualités conduites dans les établissements par des auditeurs internes formés.

Il ne met pas en œuvre l'autorité de l'état et est à distinguer de l'enquête.

1.4.2 L'enquête :

Elle correspond à des investigations portant sur un thème particulier, effectuées dans une série d'organismes constituant un échantillon représentatif du champ concerné, et analysées sous ce seul thème. Elle concerne donc un point précis sur plusieurs établissements, par exemple l'enquête de l'ANESM et de la DREES sur l'état des lieux de l'avancement de la démarche d'évaluation interne obligatoire depuis 2002.

Hormis l'enquête judiciaire, qui peut conduire à sanction pénale, l'enquête telle que définie, n'a pas vocation à imposer un résultat. Bien au contraire, elle permet à l'établissement de se situer au regard d'autres sur le thème analysé et ainsi entreprendre des axes d'améliorations.

Malheureusement, certaines situations nécessitent des modes de régulation plus contraignants.

²⁶ Apport de Christine BECEL, Ingénieur et Directrice qualité aux EFS de Bretagne, formation continue qualité de l'EHESP

²⁷ Critères d'audit : ensemble de politique, procédure ou exigences = référentiels

1.4.3 L'inspection et le contrôle :

L'inspection se définit comme une investigation approfondie²⁸ mettant en oeuvre l'autorité de l'Etat en vertu des textes ou du devoir général de protection des personnes. Elle est effectuée à partir d'une démarche sur place et porte sur un organisme ou un établissement qui est l'objet même de l'inspection au sein duquel sont conduites les investigations. Elle fait souvent suite à un signalement et intervient de façon impromptue dans l'établissement. Le préfet étant garant de la protection de la personne et de l'ordre public, il fait intervenir l'ensemble des services de l'Etat compétent dans le cadre de ses prérogatives de police administrative alors que le procureur de la république intervient pour la police judiciaire. Les agents assermentés de l'Etat pouvant intervenir sur commandement des deux polices ainsi que les agents du Conseil général si c'est ce dernier qui a délivré l'autorisation d'activité à l'établissement.

Compte tenu des conséquences de ce type d'intervention, cette dernière est cadrée par une note de la DGAPB-IGAS du 18 mars 1999 afin de respecter la présomption d'innocence. Elle fait l'objet d'une lettre de mission, d'une visite sur place et d'un rapport d'inspection qui objectivera les observations. Ce dernier fait l'objet d'une procédure contradictoire conformément à l'article 24 de la loi 2000-321 du 12 avril 2000 relative aux droits des citoyens dans leur relation avec l'administration. Cette procédure n'empêche pas la prise de décisions immédiates si le danger est trop important.

Si le rapport n'est pas attaqué, la décision finale notifiée peut l'être. Les suites de l'inspection vont des simples recommandations à la fermeture en passant par des sanctions individuelles voire la saisine de la justice.

On distingue l'inspection du contrôle par le fait que le contrôle vérifie le respect des règles explicites (contrôle de conformité à la norme), il peut avoir lieu sur pièces ou sur place et renvoyer ainsi à la notion d'inspection.

Ce type de situation, rare, est généralement très mal vécue par les agents de l'établissement et pour laquelle on ne peut rien objecter. Il peut y avoir confusion entre visite de re-conventionnement et inspection si ce sont les mêmes personnes qui effectuent les deux démarches.

Comment l'hôpital local vit-il ces situations d'évaluation ?

Nous analyserons la situation de l'hôpital local de Marennes qui a vécu deux évaluations externes entre le mois de décembre 2008 et juin 2009 pour appréhender l'impact des évaluations externes sur l'établissement.

²⁸ inspectare signifiant regarder dedans en latin

2 La double évaluation de l'hôpital local de Marennes :

Lors de mon stage professionnel au sein de l'hôpital local de Marennes, l'établissement a fait l'objet d'une visite de « re-conventionnement », préparatoire à la convention tripartite de 2ème génération en décembre 2008 et a accueilli en juin 2009 les experts visiteurs de la Haute Autorité de Santé pour sa partie sanitaire. Chacune de ces deux visites a fait l'objet d'un travail d'autoévaluation préparatoire sur la base de référentiels spécifiques (grille ANGELIQUE²⁹ pour la visite de re-conventionnement et référentiels V2007 pour l'HAS).

Durant ce stage, j'ai eu pour missions principales la rédaction de la convention tripartite et sa négociation avec les tutelles ainsi que la conduite de la démarche de certification V2 pour la partie sanitaire.

Préalablement à ce stage professionnel, j'ai effectué un stage externe à la fonction publique hospitalière de deux mois à la Direction de la Solidarité Départementale du Conseil Général de Charente-Maritime au sein du service Information, Contrôle et Programmation des Equipements (ICPE) en charge du suivi des EHPAD. Dans ce cadre, j'ai, d'une part, participé à des visites de re-conventionnement et d'autre part effectué une analyse qualitative et quantitative des grilles d'observation des groupes de visiteurs.

A travers ses expériences j'ai pu mesurer la place prise par la démarche qualité dans les politiques sanitaires et médico-sociales, mais aussi le poids de cette activité nouvelle qui pèse sur les établissements qui est bien souvent vécu comme une contrainte par les établissements.

C'est donc à partir de l'observation, l'analyse documentaire, l'entretien informel avec des directeurs d'établissements visités et avec la responsable de l'ICPE, par des questionnaires aux personnels et aux experts visiteurs de l'HAS que j'ai tenté de me construire une opinion sur le vécu de ces visites, qui au delà d'un aspect réglementaire, doivent permettre de promouvoir la qualité au sein de l'établissement.

Après une présentation de l'hôpital local de Marennes (2.1), nous explorerons les attendus de la visite de re-conventionnement (2.2) puis les modalités de la certification V 2007 (2.3) avant d'en conclure sur la démarche qualité conduite au sein de l'établissement (2.4).

29 ANGELIQUE : Application Nationale pour Guider une Evaluation Labellisée Interne de Qualité pour les Usagers des Etablissements

2.1 L'hôpital local de Marennes établissement de santé de proximité:

2.1.1 Localisation de l'établissement :

La commune de Marennes, ville de 4800 habitants réputée mondialement pour ses huîtres, est située entre La Rochelle et Royan en Charente-Maritime. Hormis pendant la période estivale où une forte activité touristique se développe, le territoire de Marennes est marqué par une population ostréicole et agricole constituant une catégorie socioprofessionnelle à revenus plus modestes et dont les montants de retraites sont moins élevés que sur l'ensemble du territoire français³⁰.

Le schéma gérontologique départemental 2005-2010 souligne que le département de Charente Maritime compte une proportion de la population des plus de 75 ans plus importante qu'au niveau national (10,4 % contre 6,9%). Dans les migrations résidentielles, le département accueille plutôt des personnes âgées mais de façon inégale sur le territoire, ainsi l'héliotropisme joue-t-il à plein dans les bassins de bord de littoral à l'image de l'agglomération de Royan où 45% de la population avait déjà en 1999 plus de 60 ans.

L'établissement, situé en entrée de ville, est à 20 minutes du centre hospitalier de Rochefort avec lequel il a institué une convention de direction commune. L'équipe de direction est commune aux deux établissements signataires, un directeur d'Etablissement Sanitaire et Social de l'équipe est désigné comme directeur du site de Marennes. Chacun des établissements reste autonome sur le plan financier et juridique.

2.1.2 Son activité :

L'hôpital locale dispose d'une capacité de :

- 188 lits et places d'EHPAD, répartis de façon suivante :
 - o 182 lits d'hébergement permanent dont 23 pour résidents Alzheimer ou apparentés
 - o 3 lits d'hébergement temporaire dont 1 pour résidents Alzheimer ou apparentés,
 - o 3 places d'accueil de jour pour personnes Alzheimer ou apparentées.
- 10 places en foyer logement (EHPA),
- 7 lits de médecine et une place d'hôpital de jour,
- 14 lits de soins de suite et de rééducation.

³⁰ In le schéma gérontologique départemental du département de Charente Maritime.

L'EHPAD comporte 5 services différents répartis sur 4 bâtiments reliés entre eux à l'exception de l'unité Alzheimer dont le bâtiment de plein pied est un peu excentré du bloc principal. La proportion des chambres doubles est importante puisqu'elle représente les 2/3 des lits. L'objectif de réduire cette proportion à 20 lits est inscrit au projet d'établissement au travers d'un projet d'extension rénovation.

Malgré ces conditions hôtelières, le taux d'occupation demeure élevé (96,61% en 2008 pour l'hébergement et 70,69% pour l'accueil de jour). Le Groupe Iso-Ressource moyen pondéré (GMP = 578 en 2008) et la coupe PATHOS moyenne pondérée (PMP = 150) sont supérieurs à la moyenne départementale, notamment en raison d'une ancienne unité d'USLD reclassée en EHPAD et dont le GMP est de 900.

L'établissement dispose d'une liste d'attente pour des personnes désorientées ou de GIR1-2 qui ne peuvent être accueillis faute d'accueil adapté.

La partie sanitaire est regroupée au sein d'un même service Médecine/SSR en rez-de-chaussée du bâtiment central et à proximité de l'entrée de l'établissement. Les activités sont différenciées par des unités fonctionnelles et par des pastilles de couleur sur les portes des chambres. Les taux d'occupation sont en médecine de 66,31% et de 85,75% pour le SSR pour l'année 2008.

Le projet d'établissement prévoit de réduire la capacité des lits de médecine à 3 lits et d'augmenter à due proportion la capacité des lits de SSR, soit 22 lits. L'institution est en attente d'une réponse de l'ARH qui s'interroge sur l'opportunité de maintenir ce nombre restreint de lits de médecine d'autant que désormais les admissions directes peuvent être faites en soins de suite.

L'activité médicale est assurée par 8 médecins libéraux, un médecin coordonnateur d'EHPAD et un pharmacien. L'ensemble du corps médical participe à la vie de l'établissement notamment à travers la Commission Médicale d'Etablissement (CME) et le Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN).

Le Conseil d'administration est présidé par un adjoint au Maire de la commune ayant exercé dans l'établissement en tant que médecin libéral et qui a cessé son activité.

En novembre 2007, après une période d'intérim de direction suite à un conflit social, une convention de direction commune a été signée avec le centre hospitalier de Rochefort. Le premier travail de cette direction commune aura été la rédaction du projet d'établissement.

2.1.3 Le projet d'établissement au cœur du pilotage de l'établissement :

Comme nous pouvons le constater le projet d'établissement sert de fil conducteur à l'action de l'établissement, il était donc primordial d'actualiser celui de l'hôpital local de Marennes.

Ce projet a été le fruit d'une réflexion institutionnelle collective qui a associé tant les professionnels des différents métiers que les usagers (représentants des résidents et des familles) et qui s'est inscrite dans la volonté de coopération notamment avec le centre hospitalier de Rochefort. Il couvre l'ensemble des activités sanitaires et médico-sociales et inclut un projet médico-social, un projet de soins, un projet de vie et un projet social.

La démarche participative mise en œuvre, notamment au travers d'une formation action conduite par un prestataire externe, a révélé un grand dynamisme qui se traduit par 58 plans d'actions à conduire sur 5 ans. Ces actions, après un état des lieux partagé, se déclinent autour des axes suivants:

- l'adaptation de la structure et des moyens mis en œuvre aux besoins de la population,
- la qualité des soins, des prises en charge tant au plan humain qu'architectural mais aussi en terme de relation sociale,
- la sécurité des soins, des personnes et des biens,
- la bientraitance,
- le développement du professionnalisme des agents,
- l'ouverture de la structure sur l'extérieur et le développement des partenariats.

Le projet d'établissement 2009-2013 de l'hôpital a été adopté par les instances³¹ en juillet 2008.

On constate à travers ce projet la volonté de développer une démarche d'amélioration de la qualité. Les axes privilégiés sont très proches des attendus des visites d'évaluation. Le diagnostic partagé ainsi établi va permettre de « rebondir » sur la dynamique participative introduite par ce travail, qu'il s'agit de maintenir pour les autoévaluations respectives des deux activités.

³¹ Conseil d'administration (CA), Comité médical d'Etablissement (CME), Comité Technique d'Etablissement (CTE) et Conseil de la Vie Sociale (CVS).

2.2 La visite de re-conventionnement, une évaluation externe qui n'en porte par le nom :

Les conventions tripartites de 1^{ère} génération instituées par la loi du 26 avril 1999 arrivent pour bon nombre à échéance. Leur renouvellement fait l'objet d'une concertation entre les partenaires : DDASS, Conseil Général et établissement. Cette dernière s'appuie sur l'autoévaluation ANGELIQUE, à laquelle sont joints les documents institutionnels tels que les bilans financiers, le projet d'établissement, les tableaux des effectifs et autres indicateurs médico-sociaux économiques mais aussi de plus en plus, elle s'accompagne de visites sur site. Même si ces dernières n'entrent pas dans un cadre législatif, elles sont encouragées par une circulaire de la DGAS³² qui fournit également une grille d'évaluation et un protocole à destination des DDASS. Selon cette circulaire, si les objectifs initiaux n'étaient pas atteints, il conviendrait de conclure, pour une durée d'un an maximum, un avenant à moyen constant³³.

Il n'est pas illégitime que les financeurs puissent observer sur le terrain l'effectivité des déclarations faites par les établissements mais également qu'ils puissent mesurer les modalités de fonctionnement au regard des moyens attribués.

Mon analyse s'appuiera sur l'observation, partagée avec une élève IASS³⁴ et réalisée lors de mon stage au sein du Conseil Général de la Charente Maritime, pour sa partie attendue des visites, avant d'évoquer le déroulé et le vécu de la visite à l'hôpital pour conclure sur le renouvellement de la convention tripartite de l'hôpital local de Marennes.

2.2.1 Les attendus des visites de « re-conventionnement » en Charente-Maritime :

Il est de plus en plus fréquent que les services de la DDASS et du Conseil Général interviennent de concert auprès des établissements car l'engagement des autorités de tarifications sur la procédure de conventionnement est important. Leur action commune permet d'avoir une politique de territoire cohérente sans double discours renvoyant les partenaires dos à dos. En Charente-Maritime, le dialogue est permanent entre le conseil général et la DDASS pour ce secteur d'activité (y compris en dehors des périodes de

³² Notamment la circulaire DGAS/DHOS/DDS/CNSA/2006/447 du 17 octobre 2006, non parue au journal officiel.

³³ Cité dans le mémoire de Marie LANTUEJOUL, IASS, promo 2006-2008, EHESP mars 2008, page 35 <http://ressources.ensp.fr/memoires/2008/iass/lantuejoul.pdf>

³⁴ Stéphanie BOURGEGAIS, IASS promo 2007-2009, EHESP mars 2009, <http://ressources.ensp.fr/memoires/2009/iass/bourgeais.pdf>

conventionnement), dès lors, les visites sont planifiées, préparées et les tâches réparties selon les compétences et qualification de chaque autorité.

La visite conjointe se donne pour objectifs de :

- mesurer l'atteinte des objectifs de la première convention,
- observer la mise en place effective des éléments contractuels,
- de proposer des points d'amélioration à inclure dans la nouvelle convention.

La procédure est définie et présentée par un courrier aux établissements Elle se compose dans un premier temps de l'envoi d'un dossier comportant :

- l'autoévaluation de l'établissement faisant ressortir les points forts et points faibles de l'établissement,
- des outils de la loi 2002 élaborés par l'établissement,
- des informations sur l'organisation des soins et des éléments relatifs aux personnels.

Ce dossier conséquent, notamment au regard de l'évaluation interne ANGELIQUE, est un travail de longue durée. Il importe donc de définir suffisamment tôt la date prévisionnelle de la visite afin d'assurer la réception de ce volumineux dossier au moins deux mois avant. Les autorités disposant ainsi de cette période pour examiner le dossier afin de définir les points qu'ils leur semblent importants d'examiner sur site.

Dans un deuxième temps, la visite sur site va permettre de visiter l'ensemble des locaux, observer l'organisation de l'établissement, de consulter les dossiers des résidents, du personnel, d'étudier les plannings de travail et roulement au regard des effectifs et d'interviewer des professionnels et des usagers. On le voit la tâche est lourde et nécessite un nombre important de personnes, de compétences distinctes, si l'on souhaite réaliser ce travail sur une journée. Ainsi, généralement, l'équipe de visiteurs est-elle composée de 2 à 3 représentants de chaque autorité auquel il faut ajouter la présence de stagiaires (en l'occurrence deux dans notre cas). C'est pourquoi certains directeurs ont-ils été surpris « de voir « débouler » ainsi 8 personnes pour une visite », nombre qui faisait penser plutôt à une inspection qu'à une évaluation d'autant que les points observés et les méthodes utilisées étaient proches.

A l'issue de cette journée, une restitution orale « à chaud » est faite à l'équipe de direction (le plus souvent le Directeur, le médecin coordonnateur et le cadre de santé).

Dans troisième temps un rapport détaillé, à la double entête des autorités, est adressé dans un délai d'un mois à l'établissement. Il comporte la grille d'évaluation complétée et un courrier préconisant des objectifs à inscrire dans la prochaine convention.

L'analyse, réalisée sur 25 EHPAD lors de mon stage en service décentralisé, fait ressortir que sur 99 objectifs exploités, 52 étaient atteints, 28 partiellement atteints et 19 non atteints.

Je ne rentrerais pas dans les détails de cette analyse qui est la propriété du conseil général, toutefois, il faut souligner qu'il ressort que les outils de la loi 2002 (projet d'établissement, livret d'accueil, contrat de séjours, charte des droits et des libertés, projets personnalisés, informations aux usagers, conseil de la vie social) et leur appropriation dans les établissements se sont généralisés. Toutefois une vigilance demeure quant à leur suivi et leur application effective.

La dernière étape consistera en un projet de convention, proposé par l'établissement à partir d'un modèle fourni par les autorités, incluant les objectifs et axes d'amélioration proposés. Ce dernier devra avoir été approuvé par les instances (CA, CME et CTE) avant sa signature par les autorités et l'établissement.

Le mot évaluation n'est jamais écrit dans les courriers des autorités, il est remplacé par visites et bilan de visite. Il n'apparaît que sur la grille d'évaluation utilisée par les autorités et jointe au rapport final. Ce qui laisse à penser que de la visite de re-conventionnement est une évaluation externe qui ne s'annonce pas en tant que telle.

L'hôpital local de Marennes a vécu cette « évaluation » en décembre 2008,.

2.2.2 La visite de re-conventionnement de l'EHPAD de l'hôpital de Marennes :

Compte tenu du travail important et concerté conduit dans le cadre du projet d'établissement, la Direction s'est appuyée sur le diagnostic réalisé récemment pour compléter la grille ANGELIQUE avec l'appui du médecin coordonnateur et de la cadre supérieure de santé.

La visite a été réalisée le 2 décembre 2008. L'équipe de visiteurs était composée de 3 personnes de la DDASS et de 3 du Conseil Général. L'établissement met à disposition une salle suffisamment grande pour accueillir l'équipe ainsi qu'un espace plus petit pour conduire des entretiens avec le personnel.

L'évaluation commence par une visite physique des locaux par deux ou trois membres de l'équipe de visiteurs accompagnés par un cadre. L'observation portera sur la vérification du nombre de chambres, leur surface, leur personnalisation par les résidents, les systèmes d'appel «malade », les systèmes de sécurité, la salle de soins, la ou les salles de restauration...en bref le confort hôtelier avec au passage une observation du

comportement du personnel à l'égard du résident notamment tout ce qui relève de la bientraitance.

A l'issue de cette visite des locaux, l'équipe rejoindra les autres membres afin de procéder à l'examen

- des dossiers des résidents,
- du registre des entrées et sorties,
- des dossiers du personnel
- des plannings de travail,
- des protocoles ou procédures notamment de soins.

Ils rencontreront des agents, pour l'hôpital local, ont été interviewés la Directrice de site, le médecin coordonnateur, la psychologue, l'animateur, une infirmière, une aide soignante, un cadre de santé et la cadre supérieur de santé. Ce temps d'entretien était important pour les tutelles qui avaient à cœur de connaître la ressenti du personnel deux ans après le conflit social qui a vu le changement de direction de l'établissement.

L'outil utilisé par les tutelles est une grille intitulée « protocole élaboré pour l'évaluation des conventions tripartites », elle observe :

- la prise en charge de la personne, au travers de l'admission, la vie quotidienne (repas, cadre de vie, horaires des levers et repas, l'hygiène corporelle), l'adaptation des locaux, les projets architecturaux éventuels,
- le fonctionnement des instances de la loi 2002-2,
- la gestion du personnel au travers des effectifs, des fiches de postes, les qualifications, les horaires, le management,
- les relations avec l'environnement au travers des intervenants extérieurs, l'animation et les soins.

Concernant les soins, on peut constater que le travail fourni au travers des protocoles pour la partie sanitaire bénéficie aussi à la partie médico-sociale. L'implication du médecin coordonnateur autour de ces protocoles, en collaboration du pharmacien et de la cadre supérieure, permet d'asseoir les procédures à l'ensemble de l'établissement.

Dans le cas de l'hôpital de Marennes, la restitution a eu lieu en différé auprès du Directeur de la direction commune et de la Directrice de site. Le bilan externe ainsi réalisé a confirmé le diagnostic du projet d'établissement. Toutefois certains agents ont fait savoir qu'ils n'avaient pas forcément bien vécu cette visite notamment la façon de s'assurer du fonctionnement du système appel malade par les visiteurs. Cette méthode avait déjà fait l'objet de remarques lors des autres visites d'établissement. Un autre point semblait également faire consensus à l'issue de ces visites : l'absence de points positifs mis en exergue lors des restitutions, le compte-rendu allant directement sur les points négatifs.

L'ensemble de ces éléments tendant à faire que la visite puisse être vécue comme un contrôle de l'établissement et non comme une évaluation, d'autant que les visiteurs sont juges et parties dans cette procédure.

On peut à ce moment s'interroger sur l'intérêt pour l'établissement de ce type de visite ?

2.2.3 La visite de re-conventionnement, outil du dialogue avec les autorités :

Cette visite, même si elle reste perfectible, est l'occasion pour les « tutelles » de connaître les établissements, leur fonctionnement, leurs points faibles et points forts mais aussi d'échanger avec les directions, « de savoir de quoi l'on parle lorsque l'on évoque tel problème ou telle demande » auprès des financeurs.

La visite de l'hôpital local de Marennes a permis à l'établissement d'intégrer dans la convention tripartite les différents axes d'amélioration inscrits dans le projet d'établissement renforçant ainsi la cohérence de la stratégie de l'établissement. Le projet de convention tripartite 2009-2013, que j'ai rédigé à l'issue de la visite, définit les axes d'amélioration suivants

- améliorer le cadre de vie des résidents (autour du projet architectural),
- améliorer la qualité de vie des résidents (autour des projets individuels de vie),
- améliorer la qualité de soins prodigués (autour du projet de soins)
- poursuivre la dynamique institutionnelle (autour du projet social).

Pour chacun de ces axes, 3 à 6 objectifs ont été établis, les moyens pour les atteindre définis ainsi que les actions à entreprendre et les indicateurs de résultats.

Cette convention devient un outil de la démarche d'amélioration de la qualité en direction des usagers, ainsi est-elle un levier notamment pour l'organisation du travail et les horaires. Ce qui a été le cas à l'hôpital local, la convention intégrant un lever plus tardif des résidents et des heures de repas décalés nécessitant des modifications dans les organisations de travail. La validation par les instances de l'établissement du projet de convention tripartite a connu quelques difficultés car les nouvelles organisations induites par cette convention ont conduit à une remise en cause de certains jours de congés RTT³⁵

La convention tripartite réaffirme la place de l'établissement dans l'offre médico-sociale et lui garantit les financements nécessaires à la réalisation des objectifs définis notamment concernant les effectifs salariés.

³⁵ Réduction du temps de travail (RTT) depuis 2002 pour la fonction publique hospitalière. Droit à repos compensateur pour le temps de travail supérieur à l'amplitude hebdomadaire de 35h définit dans les lois AUBRY.

A travers la visite de « re-conventionnement », j'ai pu aussi mesurer les liens de confiance qui peuvent se créer autour d'un dialogue franc et sincère, chacune des parties respectant l'autre, connaissant l'autre. Lors de ces visites, les tutelles peuvent aussi « repérer » les établissements ressources sur tel ou tel points forts.

Chacune des parties a donc tout intérêt à construire ce dialogue de proximité et de terrain afin de pouvoir avancer ensemble au profit des populations accueillies.

La visite de re-conventionnement est donc bien une évaluation qu'il faut aborder dans un dialogue gagnant/gagnant avec les autorités, néanmoins, elle représente quand même une évaluation supplémentaire qu'il importe d'intégrer dans le planning des visites externes et de leur corollaire de travail. Cette visite intervenant tous les 5 ans, elle peut « tomber » la même année que la visite de certification de l'HAS.

2.3 La visite de certification de l'hôpital local par l'HAS :

L'hôpital local de Marennes a fait l'objet d'une première visite d'évaluation externe dite V1 en septembre 2005 pour sa partie sanitaire. A la suite de celle-ci, l'hôpital a été certifié avec 6 recommandations, ces dernières faisant l'objet d'une attention particulière des experts visiteurs lors de la seconde évaluation, dite V2/V2007, prévue initialement en septembre 2009. A la demande de l'HAS, la deuxième visite d'accréditation a été avancée à juin 2009.

La première visite avait fait l'objet d'un encadrement de la démarche qualité par une qualitiennne et d'une formation action conduite par un cabinet externe, qui a permis de construire le travail d'autoévaluation.

Un programme d'amélioration de la qualité 2005-2009 a été établi à partir des chapitres de la V1 et par items pour lesquels des actions ont été définies et les responsables désignés. Il incombait à la qualitiennne de suivre l'évolution de ce plan ce qui a été fait jusqu'en 2007. Son départ en février 2008 a conduit la Direction à mettre en place une cellule qualité composée de la Directrice de site, du médecin coordonnateur, du pharmacien, de la cadre supérieure de santé et la cadre administrative, ces derniers étant les principaux responsables des actions programmées.. Un outil de partage intranet des données qualité a été créé avec un accès réservé aux membres de la cellule qualité. L'approche de la certification a conduit la Direction à me confier le pilotage de la démarche de certification qui coïncidait avec ma période de stage.

Cette mission m'a permis de mesurer le travail qu'induit une évaluation externe pour un petit établissement et la nécessité d'avoir un pilote pour conduire ce type de travail. Toutefois, j'ai aussi constaté que l'implication des personnels cadre et responsable d'unité pouvait être source d'une qualité de productions dont certains grands établissements pourraient prendre modèle.

D'une part, les attendus de l'HAS me semblaient démesurés au regard de l'activité sanitaire de l'établissement, d'autre part il me semblait que ce type de visite devait être vécu comme une contrainte par le personnel. J'ai donc établi, à l'issue de la visite de certification, deux questionnaires : l'un auprès du personnel et l'autre auprès des deux experts visiteurs afin de connaître leur ressenti sur l'évaluation.

Après avoir précisé la méthodologie de travail utilisée pour préparer la visite des experts visiteurs, nous expliquerons le déroulé de la visite et des conclusions à chaud avant d'analyser les réponses aux questionnaires

2.3.1 La préparation de la certification, un travail de longue haleine qui demande un pilotage :

Dès le mois de juin 2008, lors du stage de découverte de l'établissement (une semaine), j'ai examiné les références à explorer pour l'autoévaluation de la V2007. J'ai repris les différents items et listé les documents supports nécessaires afin qu'à mon retour en novembre je puisse établir un premier état des lieux à partager avec l'équipe de direction. Ce temps d'appropriation des références m'a permis de constater que l'évaluation de l'hôpital local reposait sur des attendus identiques à ceux d'un centre hospitalier, dont l'activité est plus importante, à l'exception de l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) pour lesquelles le nombre est plus restreint. Ce constat me confirmant mon ressenti sur la disproportion entre le nombre de lits et les exigences de la certification.

Il m'a semblé aussi important de repartir de la conclusion et des recommandations issues de la V1. L'examen du rapport de l'HAS indiquait 6 recommandations à satisfaire :

- élaboration d'un projet médical et projet de soins,
- garantir la prise en charge médicale en toute circonstance,
- garantir le respect de bonnes règles en matière de préparation et administration des cytotoxiques.
- mettre en œuvre une démarche d'amélioration de la qualité de la fonction linge

- définir, mettre en place et évaluer un programme de prévention des risques incluant les vigilances sanitaires,
- Mettre en œuvre le programme de maîtrise du risque infectieux.

Si certaines recommandations sont satisfaites notamment par l'adoption future du projet d'établissement incluant le projet médical et celui de soins et pour l'activité de cytotoxiques qui n'est plus pratiquée, il nous appartient de travailler l'atteinte des trois derniers points.

En novembre, avec la Directrice le choix de s'appuyer sur quelques personnes pour établir l'état des lieux de départ est fait. J'ai, à partir de ce moment, réalisé des fiches outils, à partir du référentiel de V2 de l'HAS, pour chaque item, sur lesquelles il est signalé des ressources documentaires, les questions qui peuvent guider l'état des lieux, les actions éventuelles à entreprendre et les personnes ressources qui peuvent être consultées pour éclairer la réflexion.

En décembre un comité de pilotage de la V2 est constitué. Il comprend 11 personnes : la Directrice adjointe, un médecin généraliste, le médecin coordonnateur, le pharmacien, la cadre supérieure de santé, la cadre administrative, la secrétaire médicale, le technicien supérieur, l'informaticien, un représentant des usagers et l'élève directeur pilote de la démarche. Chacun des membres a été retenu au regard des compétences qu'il possède sur les références explorées.

Pour chaque item traité un responsable est désigné parmi les membres du comité de pilotage. Chaque responsable dispose de la fiche outils afférente à la référence HAS et pour laquelle il devra faire état des lieux de la thématique, la collecte des éléments de preuves et leur centralisation auprès du coordonnateur des fiches pour lesquels nous disposons déjà des éléments. Pour les autres, il importera de les classer en fonction de la nécessité suivante :

- documents à actualiser
- documents à écrire pour la visite d'accréditation
- documents qui nécessitent une action à plus long terme.

A l'issue de cet état des lieux, le comité de pilotage lancera des groupes de travail qui auront pour missions de proposer une cotation sur les items validés, d'écrire les procédures et protocoles manquants, de proposer des actions d'amélioration ou correctives, voire un calendrier de réalisation.

Compte tenu du laps de temps entre le début du travail de préparation (décembre 2008), et la date d'envoi du dossier à l'HAS (en avril 2009, deux mois avant la visite de juin), le travail d'état des lieux a été réalisé par les membres de la cellule qualité déjà fortement impliqués dans la démarche qualité. Toutefois ce travail supplémentaire, auquel il faut

ajouter l'animation de groupes de travail thématiques, vient en plus de leurs missions quotidiennes de cadres et de praticiens. Néanmoins, leur expertise a été prédominante pour l'abondement de l'autoévaluation de chacune des références.

Mon rôle dans cette étape aura été de questionner chaque responsable de référence pour que nous apportions une réponse la plus précise au questionnement soulevé. Aussi ai-je repris une à une chaque référence avec son responsable, et avons-nous ensemble rédigé le texte qui sera soumis ensuite aux groupes de synthèse avant cotation des références par ces derniers.

Dans la première quinzaine d'avril 2009, les cinq groupes de synthèse (un par chapitre du référentiel plus un groupe pour les EPP) ont validé les contenus des références de l'autoévaluation avant de définir la cotation. Un principe étant retenu pour tous les groupes : lorsque nous n'étions pas en capacité de fournir une preuve écrite de l'engagement de l'action nous minorions la cotation même si dans les faits l'action était effectuée. Ce temps de travail a permis à chacun des membres des groupes de s'approprier les différentes références.

Il faut souligner que le travail sur les EPP a été engagé dès 2007 par le médecin coordonnateur en collaboration avec la CME. Le choix de travailler autour de thématiques communes à 3 hôpitaux locaux, afin de réaliser ensemble une même d'une méthodologie, a été retenu. Pour mobiliser aussi les médecins libéraux exerçant à l'hôpital local, les thèmes devaient aussi leur permettre d'inscrire ce travail dans le cadre de leur formation médicale continue (FMC). Si les thèmes, les référentiels et modes d'évaluation ont été communs, l'analyse de terrain et le niveau d'avancement de la thématique traitée restent propres à chaque entité juridique.

On le remarque, la préparation à l'évaluation externe nécessite du temps, des compétences et de la méthodologie pour satisfaire ce travail. A cet égard, l'HAS conseille souvent aux petits établissements de se faire aider, le plus souvent par un cabinet extérieur. L'hôpital local venait de faire appel à ce type de consultant pour la réalisation du projet d'établissement, il a donc été fait le choix de s'appuyer sur les ressources internes, même temporaires.

C'est au travers de la visite des experts visiteurs que nous pourrions mesurer la qualité du travail accompli.

2.3.2 La visite des experts visiteurs de l'HAS ou de l'adaptation des exigences à l'environnement.

Deux mois avant la venue des experts visiteurs, l'HAS précise par courrier l'identité de ces derniers et invite l'établissement à indiquer s'il voit une objection à leur venue. Si l'établissement souhaite les récuser, il devra justifier ce choix. Généralement les experts ne sont pas de la région et l'équipe est composée d'un médecin et d'un directeur d'établissement. Afin de garantir leur expertise, l'HAS forme « ses visiteurs » aux méthodes et outils de l'évaluation et leur demande d'effectuer au moins quatre visites par an, ce qui pour certains est le grand maximum qu'ils peuvent faire compte tenu de leur exercice professionnel.

En parallèle du déroulé de la visite, nous pourrions observer les missions qui incombent au pilote interne de la démarche.

Pour l'hôpital de Marennes, la visite aura duré 4 jours, selon un planning préalablement établi en concertation avec l'HAS et l'hôpital. Afin d'assurer des conditions de travail optimum pour les experts visiteurs, un bureau équipé d'un ordinateur et d'une connexion Internet et fermant à clé a été mis à disposition. Le bureau mis à disposition était celui du pilote de la démarche V2 car, dans ce dernier, les experts -visiteurs disposaient des divers éléments de preuves regroupés dans des classeurs établis par chapitres et pour chacune des références. La salle de Conseil d'Administration a été réservée afin de permettre la rencontre des groupes de synthèses avec les experts alors qu'une autre pièce plus petite pouvait être utilisée pour les rencontres en face à face souhaitées par les experts. On le voit, la visite nécessite de disposer de locaux pour cet accueil, les établissements de petite taille ne disposent pas toujours de surface suffisante. Il faut parfois « jongler » avec les salles disponibles. Il s'agit donc là d'un travail de planification et d'organisation du déroulement de la visite important. Le rôle du pilote sera donc de s'assurer de la présence des différents interlocuteurs, de la disponibilité des locaux et du matériel nécessaire aux différentes présentations.

Afin d'assurer un bon enchaînement du planning, les experts ont sollicité le pilote pour qu'il leur fasse respecter le temps imparti à chaque séquence en « jouant le maître du temps » mais aussi afin qu'il puisse les guider dans l'établissement lorsqu'il y a un changement de salle. Le pilote devient alors garant de la bonne gestion du temps et de l'espace.

L'ensemble de ces conditions concourt à garantir aux experts une sérénité du travail d'évaluation sans perturbation liée aux contingences matérielles.

Si la forme est importante, c'est sur le fond que les experts évaluent. La visite sur site s'appuie sur :

- une rencontre avec la direction de l'établissement,
- une visite des locaux et plus particulièrement de sa partie sanitaire
- une rencontre avec le comité de pilotage,
- la rencontre des groupes de synthèses,
- des rencontres individuelles avec le Président du conseil d'administration, le Président de la CME, le CLIN et la cellule qualité, les représentants des familles, le pharmacien, la responsable de la gestion des ressources humaines, ou encore avec les membres du CLUD³⁶
- une visite de nuit de l'unité sanitaire,
- la consultation des dossiers mis à disposition:

Les temps de rencontre avec les groupes de synthèse ont permis de saluer le travail accompli mais aussi de constater que l'autoévaluation réalisée par l'établissement était largement sous cotée ainsi sommes nous passé de 10 références cotées en D³⁷ à aucune, à une forte baisse des références cotées en C et à une cotation A pour les références EPP. On peut observer que le rôle des experts visiteurs porte bien sur le constat d'une réalité de terrain et pas sur d'hypothétiques supports, ils adaptent dès lors les exigences du référentiel à l'environnement. Chaque matin, ils rendaient compte de leur visite de la veille auprès du directeur et des collaborateurs.

Les experts visiteurs ont rencontré l'ensemble des personnes qu'il leur semblait pertinent de voir. Les rapports avec l'ensemble des agents vus ont été qualifiés de francs et sincères.

A l'issue de la visite, une synthèse est présentée à l'équipe de direction, composée pour ce temps du directeur de la direction commune, du directeur de site, du directeur de la qualité (dans le cadre d'une convention de partage de direction fonctionnelle entre le CH Rochefort et CH La Rochelle) et de l'encadrement. Cette restitution « intimiste » peut faire l'objet d'échanges avec les experts. Ce qui n'est pas possible lors de la restitution plénière à l'ensemble du personnel où ces derniers commentent un power point présentant leur analyse de la situation avec les points forts et points faibles. L'établissement ne peut conserver la trace du compte rendu et devra se limiter à sa prise de note lors de l'exposé car l'HAS souhaite que toute la communication, notamment

³⁶ CLUD : Comité de Lutte contre la Douleur

³⁷ La cotation D correspond à des références non satisfaites, la cotation C à des références peu satisfaites, la B à des références partiellement satisfaites et la A à des références totalement satisfaites.

externe, ne puisse s'appuyer que sur le rapport final adressé dans les 3 mois à l'établissement.

Ces exposés ont confirmé que l'autoévaluation était réaliste sur les constats mais sous cotée. Il a été souligné la qualité du travail accompli, qui plus est sans aide externe, notamment au regard des EPP et des différentes procédures mises en place. Ceci a pu être accompli grâce à une dynamique existante au sein de l'établissement. Toutefois la gestion des risques et des vigilances reste le point noir de ce bilan même si la démarche est entamée.

Globalement l'évaluation me semblait s'être plutôt bien passée. Pourtant, à l'issue de cette visite, je restais sur l'idée quelle puisse être vécue comme une contrainte par le personnel bien qu'il ait activement contribué à sa réalisation. J'ai donc interrogé les agents de l'unité de médecine et du comité de pilotage afin qu'ils m'indiquent si, pour eux, cette évaluation était une contrainte ou un outil d'amélioration de la qualité ?

J'ai également souhaité avoir le point de vue des experts visiteurs afin confronter les ressentis des deux parties de ce type d'évaluation.

2.4 L'évaluation externe : contrainte ou outil de la démarche qualité ?

J'ai donc soumis un questionnaire³⁸ dès la semaine suivante auprès du personnel de l'unité de médecine/SSR et des membres du comité de pilotage. Il est utile de rappeler que la visite a eu lieu l'avant dernière semaine de mon stage et qu'il ne me restait donc qu'une semaine pour recueillir leur avis.

Parallèlement j'ai adressé par mail, et en accord avec ces derniers, un questionnaire³⁹ à nos deux experts visiteurs. J'aurai aimé conduire un entretien avec eux mais ce type d'interview ne pouvait avoir lieu pendant la visite afin d'assurer leur neutralité. Néanmoins le questionnaire post visite nous a semblé un moyen de construire une réponse à mon questionnement.

2.4.1 De la reconnaissance de la visite de l'HAS comme un outil d'amélioration de qualité

³⁸ Annexe n°3

³⁹ Annexe n°4

Compte tenu du public ciblé, 25 questionnaires ont été distribués. Ma volonté de récolter les réponses avant mon départ de l'établissement, n'a laissé qu'une semaine aux agents pour répondre. On peut, compte tenu du délai court, estimer le retour de 12 questionnaires comme un bon résultat permettant l'exploitation.

Les ASH et les personnels administratifs (hors cadre et secrétaire médicale) n'ont pas répondu malgré leur participation aux groupes de synthèse. Les AS, peu sollicités dans les groupes de travail représentent toutefois 4 personnes les 12 ayant répondu. Pour certains, il s'agissait de leur deuxième participation à l'évaluation (6/8 agents présents lors de la V1).

S'il est logique de répondre au questionnaire pour les membres du comité de pilotage (5/10 réponses) ou encore pour les membres des groupes de travail (9/10), la présence lors de la visite dans l'unité tend à favoriser la réponse aux questionnaires notamment pour deux AS qui n'ont pas été associés aux travaux préparatoires.

Pour 8 personnes sur 10 ayant participé à la préparation, la méthode est apparue claire mais il est également souligné le rôle important du coordonnateur dans l'appropriation de la méthodologie de travail tant dans le COPIL⁴⁰ que dans les groupes de travail. Les 10 personnes se sont senties impliquées dans la démarche et pour 9 d'entre-elles ont eu le sentiment d'avoir été entendues.

Concernant la visite des experts, pour les 8 personnes les ayant rencontrés, 7 ont estimé cette rencontre respectueuse, 5 cordiale et 4 franche, voire pour 4 enrichissante. Il est à noter que personne n'a considéré celle-ci comme contraignante ou inutile même sur 2 personnes se sont dites perturbées. Les attendus de la visite sont pour eux principalement « d'avoir un œil externe sur les pratiques professionnelles » (7) et de « confirmer les bonnes pratiques » (7). Toutefois pour 2 personnes, la visite relève aussi du contrôle.

7 personnes sur 12 se disent satisfaites du résultat immédiat.

On peut donc en conclure que la visite des experts n'est pas subie pour les questionnés mais au contraire vécue comme un avis donné sur les pratiques professionnelles par des personnes externes à l'établissement. Ce qui tendrait à indiquer que la culture de l'évaluation est partie intégrante de leurs pratiques, d'ailleurs 9/12 souhaitent s'impliquer dans la V3 voire pour une personne devenir auditeur interne.

La visite d'évaluation est donc considérée comme participant de la démarche d'amélioration de la qualité et non comme une contrainte. Certaines personnes allant au delà de la V2, souhaite la poursuite de la dynamique par la mise en place d'un plan d'amélioration de la qualité.

Voici un ressenti battu en brèche mais qu'en est-il de l'avis des experts de l'HAS ?

⁴⁰ COPIL : COmité de PILotage

2.4.2 De la reconnaissance de la place de l'hôpital local dans l'offre sanitaire

Il me semblait important de connaître l'avis des experts visiteurs (dont l'expérience en matière de visites d'hôpitaux locaux représente 1/6^{ème} à 1/7^{ème} de leur activité d'évaluateur) sur la place de l'hôpital local (HL) dans les évaluations conduites. Ce questionnaire⁴¹ traite cinq points.

A) De la perception des équipes de la visite sur site :

Cette question est commune avec le questionnaire du personnel, on peut constater une certaine convergence des points de vues avec le personnel, ainsi les 2 experts pensent-ils aussi que la démarche est perçue comme une démarche d'amélioration de la qualité et un œil externe sur les pratiques professionnelles. Toutefois un expert précise qu'elle est aussi perçue comme une contrainte, à contrario du personnel, alors que le second tendrait à confirmer le ressenti de certains personnels qui perçoivent la visite comme contrôle de l'activité sanitaire.

On peut mesurer à travers ce regard croisé l'évolution de la perception de la certification qui d'un outil de contrôle imposé tendrait à devenir, même s'il est toujours imposé, **un outil d'aide à l'amélioration de la qualité** dans les établissements.

Pour les experts, la certification permet aux HL de prendre leur place dans le tissu hospitalier actuel tout en les dynamisant.

B) De l'adaptation des référentiels à l'activité de l'hôpital local

Si pour un expert- visiteur (EV) « *ils sont adaptés dans le sens où d'une part les items non applicables ne sont pas traités* », pour l'autre, les patients ont les mêmes droits en CHU qu'à en HL, notamment en terme de qualité et de sécurité, toutefois il modère son affirmation en précisant que « *souvent les HL sont persuadés qu'il leur faut répondre avec la même « intensité » et le « même degré de réalisation » que les grosses structures et s'auto évaluent mal... Ils se mettent aussi parfois une grosse pression avec les EPP* ». Tous deux précisent que

⁴¹ Annexe 4

« c'est aux EV sur place de pondérer leur réponse en fonction de l'établissement visité ».

Ce constat confirme que notre vécu sur site, la **cotation devient dès lors expert dépendante**. Si ce constat est généralisé, on peut penser que les référentiels ne permettent pas d'y répondre avec le discernement applicable à la taille de la structure. Une version applicable aux HL ne pourrait-elle être envisagée ?

C) De la réponse des hôpitaux locaux aux référentiels :

Si un expert indique, que pour lui, les hôpitaux locaux ne répondent pas en général aux exigences des référentiels, notamment sur le circuit du médicament et sur la coordination des vigilances, le second constate que les référentiels d'excellence concernent plutôt des activités transversales aux deux champs de l'hôpital local, à savoir :

- l'accueil et la permanence des soins
- les pratiques professionnelles concernant l'intimité et la confidentialité
- la prise en charge de la douleur
- soins palliatifs
- la bonne prise en charge de certains points spécifiques (chutes, escarres),

A contrario, de nombreux référentiels ne sont pas satisfaits en raison de la petite taille de la structure et de la proximité qui font que l'on se voit souvent, que l'on se connaît :

- réflexion bénéfique risque, consentement (les patients sont satisfaits de leur docteur et font confiance !)
- -le projet thérapeutique (notion peu comprise, « à quoi ça sert » ?)
- - la coordination des soins (c'est une petite structure, tout le monde se connaît, on se voit sans arrêt)
- - le dialogue social, (la porte est toujours ouverte..)
- - les relations avec services médico-techniques (labo ; radio, c'est pas « à nous » on ne maîtrise pas)
- - la gestion coordonnée de tous les risques (on se voit sans arrêt !)
- - les dons d'organes (vue notre patientèle, ça ne nous concerne pas !)
- - mais aussi curieusement la prise en compte de l'état nutritionnel qui n'est « pas top ».

Néanmoins, un expert souligne « *J'ai souvent lu dans les regards et les réactions de mes interlocuteurs en fin de restitution la satisfaction « d'avoir fait comme les autres » et d'avoir été valorisés et compris* ».

De nombreux hôpitaux locaux doivent pouvoir se reconnaître dans ce constat qui indique bien que les hôpitaux locaux **assurent leur mission mais que la formalisation des actions reste à faire.**

D) De la double évaluation de l'hôpital local :

Pour les experts, l'évaluation du sanitaire **permet d'avoir une évaluation totale** du champs d'activité de l'établissement soulignant que les établissements sanitaires « *ayant fait une bonne démarche ANGELIQUE , ne semblent pas avoir de mal à entrer dans la certification HAS* ». Remarquant également que « *souvent c'est vécu comme un double travail. De plus, il s'agit souvent des mêmes acteurs pour les deux démarches* ». Mais il s'agit quand même de deux procédures distinctes basées sur des référentiels propres et nécessitant un temps d'appropriation perpétuel car les référentiels évoluent au fur et à mesure des exigences imposées par la réglementation ou au regard des recommandations de bonnes pratiques, de plus en plus nombreuses.

Puisque « *l'HAS et l'ANESM se parlent* », comme l'indique Raymond LE MOIGN, Directeur de l'accréditation et de la certification à l'HAS⁴², ne pourrait-on envisager un référentiel partagé en direction des établissements de santé disposant d'une double activité sanitaire et médico-sociale ?

E) De la simplification de la V2010 :

Pour les EV, la démarche V 2010, **est manifestement simplifiée par rapport à la V2007** puisque certains points considérés comme essentiels ou prioritaires auront été précédemment vus au travers des premières évaluations. D'autres points, normalement déjà évalués au cours des précédentes itérations seront laissés à la discrétion des EV au regard de l'autoévaluation envoyée à la HAS. Cette démarche apparaît donc simplifiée. Il reste en effet à le confirmer dans les faits. Toutefois, bien que la dynamique et la démarche de l'évaluation soient désormais

⁴² Lors de la conférence « évaluations et qualité en EHPAD » du mercredi 27 mai 2009, salon Géront'expo 2009 organisée par la FHF

acquises, la certification nécessitera encore « *de la pédagogie* » pour appréhender ce troisième référentiel.

Pour les experts visiteurs, les démarches d'évaluation des hôpitaux locaux se complètent néanmoins elles peuvent s'additionner en terme de charge de travail d'autant qu'elles reposent souvent sur les mêmes personnes.

On constate à travers l'exemple de l'hôpital local de Marennes que le concept de la démarche qualité semble devenu un fait pour les établissements néanmoins ce dernier doit s'accompagner d'un travail d'auto diagnostic important des établissements.

Comment lier des différentes démarches professionnelles autour de ce millefeuilles de référentiels et recommandations ? Comment construire une démarche cohérente de la qualité qui puisse être globale pour l'établissement ?

3 Vers une démarche d'amélioration de la qualité globale à l'hôpital local

Comme nous avons pu l'observer au travers de l'exemple de l'hôpital local de Marennes, les évaluations externes (mais aussi internes) sont conduites à partir de procédures, référentiels ou recommandations validées ou édictées par l'HAS ou l'ANESM. Pour autant, et contrairement aux critiques émises, nous avons pu constater « qu'il ne s'agit pas d'une imposition de normes intrinsèques, conçues par des experts hors champs, mais de la validation effective des pratiques déjà à l'œuvre » comme l'indique Roland JANVIER⁴³. Jacques PAPAY⁴⁴ nous précise que l'évaluation, « si elle est envisagée comme un processus instituant, rendra nécessaire les références et les concepts. Par contre, si elle est centrée sur la norme et la vérification de la conformité, elle se passera bien de la recherche ». Confirmant par la même que l'évaluation doit être un outil parmi d'autres pour promouvoir la culture de la qualité et ne peut être une fin en soi.

Il souligne également que « l'obligation faite aux établissements et services de se doter de méthodologies évaluatives est une demande légitime des prescripteurs d'avoir une meilleure lisibilité des pratiques, mais elle peut être détournée par les acteurs qui, eux-mêmes, la limiteront à une vérification de conformité⁴⁵. C'est une chose de se mettre en conformité lorsque les certificateurs arrivent, c'en est une autre de développer une démarche d'amélioration de la qualité en mobilisant les ressources internes de l'établissement ;

On peut mesurer la difficulté pour les petits établissements, à double champ d'activité, de conjuguer la multiplication des évaluations et de leurs référentiels mais aussi d'intégrer les normes et recommandations à une démarche progressive vers la qualité. Car si l'évaluation est devenue une obligation légale, la question soulevée par Jacques PAPAY, de la pérennisation de cette activité au sein des pratiques ordinaires des établissements reste entière.

C'est donc au quotidien que doit être travaillé la qualité mais cela nécessite une volonté politique affirmée de pérenniser la démarche qualité (3.1) à travers un programme global d'amélioration de la qualité (3.2) mais aussi d'une structuration du pilotage (3.3).

⁴³ In « L'évaluation des établissements et services sociaux et médicaux sociaux : entre imaginaires d'usages et usagers » article inédit faisant suite à une communication au colloque MEOTIC, à l'institut de la Communication et des Médias (université Stendhal), les 7 et 8 mars 2007 consultable sur Internet : http://w3.u-grenoble3.fr/les_enjeux/2007-meotic/Janvier/index.html

⁴⁴ In « l'évaluation des pratiques dans le secteur social et médico-social », 2^{ème} édition, mars 2009, édition Vuibert, p 225.

⁴⁵ Opus déjà cité, p17 et p22.

3.1 Le projet d'établissement garant de la pérennité de la démarche qualité à l'hôpital local :

Les plans d'amélioration de la qualité doivent-ils continuer à s'additionner ? Quels liens peut-il y avoir entre eux ? Comment construire un plan d'amélioration de la qualité qui puisse être le reflet de l'établissement dans son ensemble ? Comment intégrer l'évaluation au fonctionnement quotidien de l'établissement ?

L'ensemble des évaluations externes observe le projet d'établissement comme un outil important de la qualité au sein des structures, à juste titre. Il importe de valoriser le rôle de l'évaluation comme outil d'amélioration de la qualité au quotidien afin de l'inscrire dans un processus instituant. Nous nous appuyerons particulièrement sur l'analyse de Jacques PAPAY pour traiter de cette thématique.

3.1.1 Valoriser l'évaluation et ses résultats :

Jacques PAPAY nous rappelle que l'évaluation « consiste à donner de la valeur aux pratiques par le questionnement »⁴⁶. Bien sûr, comme tout questionnement, il « déstabilise les pratiques et les acteurs » néanmoins on a pu constater que l'évaluation révèle comme on pu l'indiquer à plusieurs reprises le personnel : « ça fait du bien qu'un regard extérieur puisse nous dire que ce que l'on fait, c'est bien ! »⁴⁷. Si l'évaluation confirme et soutient les actions entreprises, elle peut aussi aider à créer et à construire à l'image des procédures réalisées et testées par les équipes.

L'évaluation doit se construire dans le temps et sur des bases partagées avec les acteurs. C'est donc la place et la reconnaissance de la parole des professionnels qui doit être au cœur de l'évaluation, ce qui nécessite un langage commun pour construire du sens et de la compréhension. Cet apprentissage du partage passe par la formation « vecteur essentiel du processus de transformation »⁴⁸, c'est pourquoi le projet d'établissement et la V1 ont fait l'objet d'une formation/actions en leur temps.

L'évaluation amène à la redéfinition « des métiers et des identités professionnelles qui sont remaniés par le processus de l'évaluation des pratiques, L'acteur se développe, les techniques s'affinent et le processus de professionnalisation se construit ». Comme nous avons pu l'observer lors de la préparation de la visite de l'HAS ; le personnel est demandeur à participer aux groupes de travail et s'implique pleinement dès lors qu'il a

⁴⁶ Opus déjà cité p213 ;

⁴⁷ Discussions informelles avec le personnel à l'issue de la visite de l'HAS

⁴⁸ Opus déjà cité p214 et 215

l'impression d'être entendu voire même devient le vecteur du changement qu'il aura préconisé.

L'évaluation serait donc l'outil idéal ! Ce serait sans compter sur la résistance aux changements chère aux sociologues sans parler du jeu des acteurs. Il importe de construire ce travail dans le temps en le basant sur la communication et la formation. Dans ce cas, elle devient un outil de l'entreprise apprenante qui doit être inscrit, dès lors, comme un axe stratégique de l'établissement.

3.1.2 Pérenniser l'évaluation des pratiques :

L'évaluation, telle que perçue actuellement, correspond à une photographie à un moment donné dans le cadre des visites d'évaluation externe, alors qu'elle devrait s'inscrire dans le fonctionnement quotidien. Pour pérenniser l'évaluation des pratiques, l'évaluation doit devenir elle-même une pratique quotidienne des professionnels. S'interroger, au quotidien, sur ses pratiques et accepter d'en débattre avec les collègues. Il s'agit bien sûr d'un véritable changement de culture.

Cela nécessite que l'évaluation soit inscrite au projet d'établissement à l'image de l'évaluation des soins inscrite au projet d'établissement de l'hôpital de Marennes. Pour autant, l'inscrire ne suffit pas, elle nécessite que chaque acteur se sente impliqué dans ses fonctions et surtout que l'organisation soit cohérente pour tous afin que ce soit bien le fond et non pas la forme qui y soit analysé.

La pérennisation de l'évaluation des pratiques passe par une implication forte de l'encadrement. Nous avons pu constater à travers l'exemple de l'hôpital local de Marennes que l'encadrement jouait un rôle primordial car il garantit « le cadre institué et permet le processus instituant »⁴⁹.

Il s'agit donc d'intégrer l'évaluation au fonctionnement ordinaire de l'établissement. Cette intégration peut se faire progressivement en commençant par des évaluations qui produisent des résultats rapides. Ce concept de l'amélioration de la qualité rapide est développé par Georges MAGUERES⁵⁰. Ce dernier évacue tout le travail d'état des lieux pour se concentrer sur la recherche de solutions rapides à une problématique de départ⁵¹ très concrète, par exemple le nombre de personnes incontinentes. Un groupe de travail de proximité (dans l'unité) est constitué avec un objectif précis, dans notre exemple « réduire le nombre de personnes incontinentes qui peuvent être rééduquées ».

⁴⁹ Jacques PAPAY, opus déjà cité p.229

⁵⁰ In « l'amélioration rapide de la qualité dans les établissements sanitaires et médico-sociaux », 2006, édition EHESP

⁵¹ car évaluer, c'est aussi quantifier

L'évaluation porte d'une part sur une mesure, car évaluer c'est aussi quantifier (dans notre exemple le pourcentage de résidents ayant un change) d'autre part, sur l'impact autour de quatre indicateurs : clinique, de satisfaction, d'organisation et de coûts. Au regard de la problématique, les actions d'améliorations seront progressives, selon notre exemple : la meilleure connaissance du besoin exprimé ou non, dans un second temps une meilleure connaissance des résidents sur le plan mictionnel et dans un troisième temps une meilleure réponse aux attentes des résidents sur la plan mictionnel. A chaque étape les résultats sont affichés dans l'unité. Bien sûr, chaque groupe de travail dispose d'un responsable de projet choisi parmi le groupe.

Cet outil semble intéressant dans la mesure où il apporte des résultats rapides et visibles, il peut donc être utilisé pour construire des actions de proximité.

Les professionnels disposent aussi de recommandations de bonnes pratiques publiées par les diverses sociétés savantes. Il faut entendre par bonne pratique, la formulation « d'un comportement » considéré comme indispensable, exprimé sur la base d'un consensus de professionnels, en réponse à un besoin, indépendamment de tout choix de moyen ou tout choix d'organisation⁵². Les bonnes pratiques sont donc des outils, non opposables, qui peuvent être utilisés par les équipes au regard de la thématique à traiter.. Les professionnels sont demandeurs de documents de base leur permettant de confronter leurs pratiques. Néanmoins, on peut s'interroger, face à la multiplication des recommandations éditées, du risque de normalisation des pratiques mais aussi du risque de se voir imposer par les « tutelles » certaines recommandations.

Si nous disposons d'outils permettant de pérenniser l'évaluation au quotidien, il n'en demeure pas moins que la politique qualité doit se développer de façon cohérente au sein de la structure, cette cohérence passe par un programme d'amélioration de la qualité.

3.2 Développer un programme global d'amélioration de la qualité (PGAQ)

A l'issue de chaque évaluation, un programme d'amélioration de la qualité est proposé au regard des résultats de l'autoévaluation et de la visite d'évaluation.

Ainsi des axes d'améliorations ont été inscrits dans la convention tripartite 2009-2013 et un programme d'amélioration de la qualité 2010-2013 a été établi et sera complété au vue des résultats de la visite de certification. Il s'agit de deux plans qui se superposent alors que nous avons vu à travers l'analyse des attendus des évaluations⁵³ qu'il existait de nombreuses convergences. A ces plans s'ajoutent les différentes fiches actions

⁵² selon Christian LE MOENNE, Professeur des Universités, Rennes 2, intervenant dans le cadre de la séquence « communication managériale » dirigé par Bertrand PARENT, enseignant / chercheur de l'EHESP

⁵³ annexe 1

développées dans le projet d'établissement. Afin d'éviter cette multiplication de plans, il semble opportun de développer un programme global d'amélioration de la qualité.

3.2.1 Vers une démarche transversale ouverte :

L'HAS qui possède une expérience importante de l'évaluation externe, a établi un nouveau référentiel dit V2010, je propose donc d'explorer ce référentiel qui me semble pouvoir être utilisé comme outil de base à un PGAQ ;

En effet le référentiel HAS V2010 se construit sur deux grands chapitres :

- le management de l'établissement
- la prise en charge du patient.

On pourrait envisager un PGAQ reprenant ces chapitres en y ajoutant un chapitre plus spécifique pour la prise en charge du résident.

En effet le management est transversal à l'ensemble de l'hôpital local tant dans son volet stratégique, que de la gestion des ressources humaines, financières ou logistiques mais aussi pour la qualité de l'établissement alors que les prises en charges peuvent être différenciées selon la nature de l'activité.

L'HAS a inscrit dans sa certification V2010 des pratiques exigibles prioritaires (PEP). Nous pourrions constater que ces dernières peuvent, elles aussi, faire l'objet d'une transversalité. Les 13 pratiques exigibles prioritaires sont :

- 1 – Politique et organisation de l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP)
- 2 – Fonction de la gestion des risques
- 3 – Gestion des événements indésirables
- 4 – Maîtrise du risque infectieux
- 5 – Système de gestion des plaintes et des réclamations
- 6 – Prise en charge de la douleur
- 7 – Prise en charge et droit des patients en fin de vie
- 8 – Gestion du dossier patient
- 9 – Accès du patient aux dossiers
- 10 – Identification des patients à toutes les étapes de sa prise en charge
- 11 – Démarche qualité de la prise en charge médicamenteuse
- 12 – Prise en charge des urgences et des soins non programmés
- 13 – Organisation des blocs opératoires.

Au delà du fait que l'évaluation de ces pratiques soit exigible lors de la visite en 2013, on observe que toutes ces pratiques à l'exception de la 1 et de la 13 sont examinées aussi pour la partie médico-sociale à l'hôpital local.

3.2.2 Un PGAQ en cohérence avec le projet d'établissement

Les autoévaluations conduites, tant pour la rédaction du projet d'établissement que pour les évaluations externes, ont abouti à un diagnostic partagé. Il importe de transposer les actions inscrites au projet d'établissement au travers du programme d'amélioration de la qualité afin de construire une politique qualité cohérente qui serve de fil conducteur à l'évaluation des pratiques au quotidien.

Le programme ainsi établi pourrait être construit de la façon suivante :

I - Management de l'établissement :

1 – Management stratégique :

- La stratégie de l'établissement, valeurs, analyse de l'activité, prospective
- L'organisation et le pilotage interne, le travail en réseau et filière gériatrique

2 – Management des ressources :

- la gestion des ressources humaines et le projet social
- la gestion des ressources financières
- le système d'information et la gestion documentaire
- la gestion des fonctions logistiques et des infrastructures, incluant le projet architectural
- la qualité et la sécurité de l'environnement

3 – Management de la qualité et de la sécurité des soins :

- la gestion des risques et des événements indésirables (vigilance sanitaires, document unique)
- la gestion des plaintes et évaluation de la satisfaction

II –Projet de soins :

1 Droit et place du patient et du résident

- la bientraitance et les droits
- l'information, la participation et le consentement du patient et du résident
- la prise en charge de la douleur
- la prise en charge de la fin de vie

2 – La gestion des données du patient et résident

- le dossier du patient et du résident
- les modalités d'accès au dossier

3 - le parcours du patient et du résident (accueil, évaluation, suivi)

- les prises en charge particulières (escarres, état nutritionnel, suicide...)
- la prise en charge médicamenteuse en sanitaire et en EHPAD

- la prise en charge des examens biologiques,
- la prise en charge des examens d'imagerie
- l'éducation thérapeutique du patient, résident et de la famille
- la sortie du patient du sanitaire ou de l'hébergement temporaire
- la prise en charge de l'urgence et la permanence des soins.

4 – L'évaluation des pratiques professionnelles au regard des pratiques cliniques.

Si les EPP concernent le volet sanitaire, il n'en demeure pas moins que leur choix doit pouvoir servir l'analyse des pratiques tant sanitaires que médico-sociales mais aussi libérales et s'inclure dans le cadre de la formation médicale continue des praticiens libéraux intervenant sur l'établissement.

III – Le projet de vie :: (concerne la partie EHPAD)

1 – un projet de vie personnalisé

2 – le projet d'animation équitable

- recueil des désirs et des attentes
- participation des familles

3 – un cadre de vie accueillant

4 – l'expression des usagers et le CVS.

En inscrivant cette trame pour un nouveau programme d'amélioration de la qualité, on prépare l'établissement aux futures évaluations en respectant le projet d'établissement même si l'on peut penser que ce programme est trop axé sur le soins et qu'il ne distingue pas suffisamment le volet médico-social. Pour autant, il correspond à une réalité de terrain qui voit la part soins prendre de plus en plus de place dans le médico-social avec une population accueillie de plus en plus dépendante.

Ce programme doit pouvoir être décliné en objectifs à atteindre, pour lesquels les actions à entreprendre correspondront à celles définies dans les différents plans précédemment établis et pour lequel des indicateurs de résultat devront être recensés. Il est cohérent de construire ce programme sur la même durée que le projet d'établissement. Son évaluation périodique permettra de l'adapter à l'évolution réglementaire d'une part mais aussi de préparer la réactualisation du projet d'établissement à son échéance.

Si l'évaluation externe peut être réalisée avec une aide ponctuelle, le suivi du programme globale d'amélioration nécessite un pilotage.

3.3 Un pilotage nécessaire du programme d'amélioration de la qualité :

La démarche qualité est un processus qui constitue un mouvement perpétuel selon la roue de DEMING, sans réel commencement ni fin, qu'il faut bien à un moment démarrer. Il est défini en 4 étapes : prévoir, réaliser, vérifier et corriger. Ce concept est décliné par l'HAS pour la V2010 en ces termes : prévoir, mettre en œuvre, évaluer et améliorer. La conduite d'une démarche qualité nécessite donc un pilotage afin d'assurer la progression de cette roue vers la qualité.

Ce pilotage comprend plusieurs étapes afin d'assurer l'effectivité de la démarche mais nécessite aussi des compétences professionnelles pour sa guidance.

3.3.1 Les étapes de la démarche qualité :

On peut décliner la démarche qualité autour de 8 étapes⁵⁴

- 1- Planifier la démarche qualité, ce qui veut dire l'inscrire dans un engagement des décideurs de l'établissement
- 2- Informer les acteurs sur le cadre, les objectifs et le calendrier
- 3- Former les acteurs sur les méthodes et outils, souvent sous la forme d'une formation action inscrite au plan de formation. Cela renforce les orientations stratégiques.
- 4- Evaluer , savoir d'où l'on part pour mieux mesurer le chemin parcouru. Attention de bien définir qui évalue, comment et pourquoi
- 5- Choisir les mesures d'amélioration à mettre en œuvre
- 6- Planifier les actions notamment au travers de fiches actions en précisant les indicateurs de mesure qui serviront au suivi de l'action
- 7- Mettre en œuvre les actions par les acteurs de terrain
- 8- Suivre les actions, mesurer l'atteinte des objectifs selon les indicateurs.

On mesure à travers ce descriptif la nécessité de disposer d'un pilote de la démarche. Jusqu'en février 2008, l'hôpital disposait d'une qualitiennne. Au départ de celle-ci la direction a décidé de mettre en place une cellule qualité composé des différents responsables de référence, c'est à dire la médecin coordonnateur de l'EHPAD, le Pharmacien, la cadre supérieure et la directrice. Ce collectif a dans un premier temps développer un outil intranet de partage des documents qualité

⁵⁴ Jean-René LOUBAT développe 10 étapes de la démarche qualité qui recoupe les étapes décrites ci dessus, opus déjà cité, p59

existants : le SVAG qualité. Toutefois cette cellule malgré un travail important a montré ses limites en l'absence d'un responsable qualité clairement identifié.

3.3.2 Identifier un responsable qualité :

On l'a démontré, la qualité est devenue une mission importante pour un établissement de santé. Ce type de mission nécessite des compétences indispensables⁵⁵ :

- une formation académique initiale ou continue conférant une maîtrise des concepts, méthodes, outils et techniques relatifs à la qualité
- des qualités personnelles d'animation, d'organisation et de coordination de travail pluridisciplinaires mais aussi d'un sens relationnel développé et une capacité d'écoute forte.
- Etre force de proposition et d'anticipation

Il a pour rôle de :

- assister la direction dans la définition et la rédaction de la politique santé,
- assurer la mise en place et la coordination du système qualité de l'établissement en lien avec le projet d'établissement,
- assurer un rôle de conseil auprès de la Direction, des cadres et des instances,
- accompagner les équipes dans la mise en place des démarches d'autoévaluations,
- piloter la mise en oeuvre des programmes d'amélioration qualité sous la houlette de la cellule qualité,
- préparer les visites d'évaluation externe,
- valoriser les actions d'amélioration de la qualité et assurer une communication,
- gérer la base documentaire.

J'ai assuré cette fonction lors de mon stage en tant que pilote de la démarche d'accréditation. J'ai donc pu mesurer le rôle qu'un responsable qualité peut développer dans un établissement comme à Marennes. La fonction est importante pour la pérennisation de la démarche. A cet égard, les experts visiteurs se sont inquiétés du pilotage de la démarche lorsqu'ils ont constaté que ce dernier était assuré par un élève directeur.

⁵⁵ développé dans le mémoire de Morgane LE COCQ, 2004, *Pérenniser la démarche qualité à l'hôpital local, de l'obligation d'accréditation au management de la qualité à travers l'exemple de l'hôpital local de Montfort sur Meu*, mémoire DESS, ENSP p67

Si la réponse par cellule qualité a pu combler provisoirement l'absence d'un responsable qualité, l'idéal est de pouvoir en disposer d'un, compte-tenu de la place que représente la qualité dans les différentes évaluations. A défaut, il faudra recourir à des ressources externes pour structurer la démarche qualité et profiter de la dynamique des évaluations externes pour poursuivre les actions développées.

3.3.3 Des ressources externes mobilisables :

L'établissement ne disposera pas toujours de l'opportunité d'avoir un élève directeur pour assurer ce rôle, même si cette fonction offre l'opportunité pour ce dernier de connaître l'établissement sous ses différentes facettes et qu'elle est riche d'enseignements notamment pour le management sous toutes ses formes. Néanmoins il ne faut pas laisser passer cette opportunité du recours à des compétences externes car nous avons pu le voir, la démarche qualité nécessite un travail important de rédaction de procédures et d'organisation. Pourquoi pas rechercher auprès des écoles d'ingénieurs qualité, des stagiaires qui pourraient apporter leur savoir théorique sur la conception des procédures, sur la diffusion des outils de la qualité et la méthodologie.

La piste qui semble la plus pertinente demeure quand même la mutualisation des moyens en terme de qualité de la direction commune. C'est à dire s'adjoindre les compétences du Directeur de la Qualité du CH de la Rochelle et du CH Rochefort. Depuis avril 2009, les deux établissements hospitaliers ont décidé par convention de coopérations de mutualiser les moyens de certaines directions fonctionnelles, la Direction de la qualité est de celle-là. Il s'agit bien sûr d'une opportunité pour l'hôpital local de disposer d'une expertise en la matière. Toutefois, la qualité demande aussi une présence sur le terrain, un travail avec l'équipe qualité du CH Rochefort peut être envisagé mais il me semble que la désignation d'un responsable qualité sur le site issue du personnel soit indispensable. Bien sûr, cette responsabilité doit s'accompagner d'une action de formation tant du responsable que des membres de la cellule qualité afin de partager la méthodologie de la démarche.

3.3.4 La nécessaire reconnaissance financière du rôle de la qualité par les tutelles

La démarche qualité inscrite par le législateur comme une exigence doit pouvoir se traduire au travers des financements et l'inscription au sein du tableau des effectifs de l'établissement de ce type de poste. Car à ce jour ce poste est occupé le plus souvent par un professionnel dont la fonction n'est pas budgétée. La difficulté est donc bien de pouvoir rémunérer des compétences pourtant considérées comme nécessaires.

Conclusion

L'hôpital local, de par sa double activité sanitaire et médico-sociale fait l'objet d'une double évaluation externe réglementaire. A celle-ci vient, de plus en plus souvent, s'ajouter une évaluation « non réglementaire » mais néanmoins légitime des financeurs de la partie EHPAD au travers du renouvellement des conventions tripartites.

L'ensemble de ces évaluations semble de plus en plus accepté et perçu par les établissements comme un outil de la démarche qualité.

Si l'évaluation externe est entrée dans la culture des établissements, l'évaluation des pratiques au quotidien nécessite un pilotage technique de la démarche qualité. L'accompagnement méthodologique semble nécessaire afin de permettre au plus grand nombre de participer à la démarche, d'autant que chaque évaluation relève de ses propres normes.

C'est donc le programme global d'amélioration de la qualité qui doit servir de fils conducteur à la transversalité de la démarche et rendre cohérent la politique qualité de l'établissement. Ce dernier devra aussi s'adapter aux contingences réglementaires croissantes.

On constate que l'exigence qualité promue par le législateur conduit à la professionnalisation du pilotage de cette nouvelle mission mais quid de la reconnaissance de cette compétence au travers du tableaux des effectifs financés.

Le rapprochement des deux secteurs, avec la mise en place des Agences Régionales Sanitaires, conduira-t-il à une évaluation commune des deux champs d'activité ?

Bibliographie

Textes législatifs et réglementaires :

Article L 312-1 du Code de l'Action Sociale et des familles, disponible sur le site Légifrance :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000020892821&cidTexte=LEGITEXT000006074069&dateTexte=20090909&oldAction=rechCodeArticle>

Articles L6113-3 à 8 du Code de la Santé Publique, disponible sur le site Légifrance :

http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=075CE930FFEBABE70818FD6A627D1EB7.tpdjo08v_3?idSectionTA=LEGISCTA000006171444&cidTexte=LEGITEXT00006072665&dateTexte=20090909

Article L6115-1 du Code de la Santé Publique, disponible sur le site Légifrance :

http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=075CE930FFEBABE70818FD6A627D1EB7.tpdjo08v_3?idSectionTA=LEGISCTA000006171448&cidTexte=LEGITEXT00006072665&dateTexte=20090909

Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, disponible sur le site Légifrance :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&fastPos=1&fastReqId=392111927&categorieLien=cid&oldAction=rechTexte>

Loi 2006-1640 du 21 décembre 2006 relative au financement de la sécurité sociale, article 60, disponible sur le site Légifrance :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000817095&fastPos=1&fastReqId=794118410&categorieLien=cid&oldAction=rechTexte>

Loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, disponible sur le site Légifrance :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000625158&fastPos=1&fastReqId=1607406236&categorieLien=cid&oldAction=rechTexte>

Loi 2002-2 du 2 janvier rénovant l'action sociale et médico-sociale, disponible sur le site Légifrance

[:http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000215460&fastPos=1&fastReqId=1699060329&categorieLien=cid&oldAction=rechTexte](http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000215460&fastPos=1&fastReqId=1699060329&categorieLien=cid&oldAction=rechTexte)

Décret n°2007-975 du 15 mai 2007 fixant le contenu du cahier des charges pour l'évaluation des activités et de la qualité des prestations des établissements et services sociaux et médico-sociaux, disponible sur le site Légifrance :

www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000822015&fastPos=2&fastReqId=1380422634&categorieLien=cid&oldAction=rechTexte

Décret n°2004-1139 du 26 octobre 2004 relatif à la Haute Autorité de santé et modifiant le code de la sécurité sociale, disponible sur le site Légifrance :
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000445632&fastPos=1&fastReqId=1555554177&categorieLien=cid&oldAction=rechTexte>

Décret no 97-311 du 7 avril 1997, relatif à l'organisation et au fonctionnement de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé instituée à l'article L. 791-1 du code de la santé publique, abrogé le 26 juillet 2005

Arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5.1 de la loi n°75-535 du 30 juin 1975, modifié par l'arrêté du 13 août 2004 (annexe I),

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000395786&fastPos=19&fastReqId=129376091&categorieLien=cid&oldAction=rechTexte>

Circulaire DGAS/DHOS/DDS/CNSA/2006/447 du 17 octobre 2006, non parue au journal officiel.

Ouvrages :

CABIN P. et CHOC B ; « les organisations, état des savoirs », 2005, édition Sciences Humaines

DERENNE O. et. PONCHON F, « L'utilisateur et le monde hospitalier, 50 fiches pour comprendre » 2005, édition ENSP.

LOUBAT J-R, « la démarche qualité en action sociale et médico-sociale », mars 2009, éditions Dunod.

MAGUERIZ G. « l'amélioration rapide de la qualité dans les établissements sanitaires et médico-sociaux », 2006, édition EHESP

PAPAY J., « l'évaluation des pratiques dans le secteur social et médico-social », 2^{ème} édition, mars 2009, édition Vuibert.

Articles :

BERTAULT F. et CRETINON P., Mars-Avril 2009 , « évaluation interne en EHPAD, développement d'un outil commun », Revue hospitalière de France, N° 527, pp50-52.

CHARLANNE D, Mars-Avril 2009 , « Grands chantier 2009 de l'ANESM », Revue hospitalière de France, N° 527, pp46-49 .

JANVIER R .novembre 2007 ? « L'évaluation des établissements et services sociaux et médicaux sociaux : entre imaginaires d'usages et usagers » article inédit faisant suite à une communication au colloque MEOTIC, à l'institut de la Communication et des Médias (université Stendhal), les 7 et 8 mars 2007 consultable sur Internet : http://w3.u-grenoble3.fr/les_enjeux/2007-meotic/Janvier/index.html

LE MOIGN R, juillet 2007, « La certification doit s'inscrire au cœur de la démarche stratégique des établissements », *enjeux hospitaliers* trimestriel, N°6, pp 20-22.

Rapports et guides :

Guide d'accompagnement « améliorer la qualité en EHPAD », grille Angélique, du ministère de la santé, disponible sur le site [santé.gouv.fr](http://www.santé.gouv.fr) :
http://www.travail-solidarite.gouv.fr/IMG/pdf/guide_angelique.pdf

Guide méthodologique démarche qualité ? évaluation interne dans un établissement ou service médico-social ou social et recours à un prestataire
http://www.travail-solidarite.gouv.fr/IMG/pdf/g_metho.pdf

Manuel d'accréditation V2007, direction de l'accréditation de l'HAS, édition 2007, disponible sur le site de l'HAS :
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/20070601_manuelv2007.pdf

Guide « Préparer et conduire votre démarche de certification » septembre 2008, disponible sur le site de l'HAS :
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/20070723_guide_pc_v2007.pdf

enquête nationale relative à la mise en œuvre de l'évaluation interne, ANESM et DREES disponible sur le site de ANESM :
http://www.anesm.sante.gouv.fr/spipee64.html?page=article&id_article=233

Schéma Gérontologique départemental 2006-2010 du département de Charente Maritime

Mémoires :

BOURGEOIS S., 2009, *Le renouvellement des conventions tripartites de 1^{ère} génération : l'opportunité de mesurer la qualité de la prise en charge dans les EHPAD charentais-maritime*, mémoire IASS, Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, 64 p, disponible sur Internet : <http://ressources.ensp.fr/memoires/2009/iass/bourgeois.pdf>

DEWAELE L., 2004, « L'apport d'une démarche qualité et de la gestion des risques dans la dynamique de changement à l'hôpital local », mémoire DESS, ENSP, 71p, disponible sur Internet :

<http://ressources.ensp.fr/memoires/2004/dess/dewaele.pdf>

LANTUEJOUL M., 2008, *La convention tripartite : un levier pour la bientraitance des personnes âgées du Nord*, mémoire IASS, EHESP, 97 p, disponible sur Internet : <http://ressources.ensp.fr/memoires/2008/iass/lantuejoul.pdf>

LE COCQ M., 2004, *Pérenniser la démarche qualité à l'hôpital local, de l'obligation d'accréditation au management de la qualité à travers l'exemple de l'hôpital local de Montfort sur Meu*, mémoire DESS, ENSP, 78 p, disponible sur Internet : http://ressources.ensp.fr/memoires/2004/dess/le_cocq.pdf

PERROT B., 2004, « De la démarche qualité dans l'impulsion de la coopération entre deux établissements publics », mémoire DESS, ENSP, 98 p., disponible sur Internet :

<http://ressources.ensp.fr/memoires/2004/dess/perrot.pdf>

ROURESOL P., 2004, « La démarche qualité à l'hôpital local ou comment passer de l'accréditation à une démarche qualité pérenne », mémoire DESS, ENSP, 106p, disponible sur Internet : <http://ressources.ensp.fr/memoires/2004/dess/rouressol.pdf>

Conférences :

Conférence « évaluations et qualité en EHPAD » du mercredi 27 mai 2009, salon Géront'expo 2009 organisée par la Fédération Hospitalière de France.

Sites internet :

<http://www.legifrance.gouv.fr>

<http://www.has-sante.fr>

<http://www.anesm.sante.gouv.fr/>

Liste des annexes

1	Tableau comparatif évaluations HAS/ANESM.....	III
2	Calendrier prévisionnel de programmation d'évaluations	XI
3	Questionnaire auprès du personnel.....	XIII
4	Questionnaire auprès des experts-visiteurs	XVII

Annexe1

Tableau comparatif HAS/ANGELIQUE (ANESM) politique qualité et management

certification HAS V2007			ANGELIQUE (base visite externe ANESMS)		
<i>thèmes</i>	réf.	contenus	<i>thèmes</i>	réf.	contenus
<i>projet ets</i>	1a	Projet d'établissement	<i>projet institutionnel</i>	Q130	Projet institutionnel
	1b	Projet médical participation réseau de santé			projet de soins
	1c	déclinaison du projet d'ets / service		Q120/131/132	diversité de l'offre, projet de vie et de soins individuels
	1d	mobilisation des acteurs autour du projet		Q133	projet institutionnel validé par les instances
<i>droit patient</i>				Q119	conventions de collaboration entre établissements
	2a	charte droits de patient		Q121/134	suivi de la réglementation/adaptation du PI
	2b	réflexion éthique sur la pec du patient		Q12	charte des Droits et Libertés de la PA
	2c	représentants des usagers		Q12	charte des Droits et Libertés de la PA
			<i>droits et liberté</i>	Q16	conseil d'établissement ou CVS
				Q13	droit du culte
				Q14/15	protection des personnes et des biens
		Q19		assurances civile	
		Q20		respect de la personne/espace privatif	
<i>dialogue soc</i>	3a	projet social		Q26	liberté de circuler
	3b	gpec			
	3c	amélioration de cdt			
	3d	action favoriant l'adhésion du personnel			
	3e	dialogue social		Q18	information usagers/personnels
<i>SI</i>	4a	Schéma directeur système d'information		Q111/112/113	soutien psychologique, recueil des avis, participation, information
	4b	dossier patient			
<i>com</i>	5a	communication interne		Q147	diffusion suivi du plan de communication
	5b	communication externe			
<i>risques</i>	6a	gestions des risques et qualité	<i>qualité</i>	Q145	recueil et suivi des dysfonctionnements, plainte
	6b	risque médicaux et para méd			

7a maîtrise des coûts/compta analytique

7b politique d'investissement

finances

Tableau comparatif HAS/ANGELIQUE (ANESM) Ressources Humaines

certification HAS V2007			ANGELIQUE (base visite externe ANESMS)		
<i>thèmes</i>	réf.	contenus	<i>thèmes</i>	réf.	contenus
<i>personnel</i>	8a	politique de recrutement du personnel	<i>personnel</i>	Q105	fiches de postes, organigramme
	8b	accueil du personnel		Q106	suivi du personnel, référent
	8c	formation continue		Q92/107/108	plan de formation, Formations spécifiques
	8d	évaluation du personnel		Q110	évaluation, compte rendu, rapport
	8e	qualité confidentialité			
<i>logistique</i>	9a	qualité hygiène restauration	<i>restauration</i>	Q33	recueil attentes et besoins alimentaires
				Q34/35	affichage et diffusion menu, choix
				Q99	hygiène alimentaire, normes HACCP
	9b	circuit du linge	<i>Hotellerie</i>	Q101/102	tri du linge, traitement, effet personnel
9c	fonction transport				
9d	fonction achat		Q100	capacité chambre individuel/double, surface minimum	
<i>qualité</i>	10a	écoute des patients	<i>qualité</i>	Q137/139	démarche d'auto évaluation, questionnaire
	10b	programme d'amélioration qualité		Q138/142/143	plan d'amélioration, Gestion qualité participative, diffusion démarche
	10c	formation qualité		Q140/141	sensibilisation à la qualité, formation, référent qualité
	10d	plan d'action qualité/secteur		Q144	dispositif suivi, tableau de bord
	10e	gestion documentaire		Q146	Suivi avancement plan, processus, tableau de suivi, CR de réunion
<i>gestion risques</i>	11a	démarche globales gestion des risques			
	11b	structuration de la démarche			
	11c	état des lieux, analyse			
	11d	circuit d'alerte			
	11e	plan d'urgences			

<i>veille sanitaire</i>	12a	tracabilité des produits			
	12b	alerte sanitaire			
	12c	coordination des vigilances			
	12d	coordinations entre états			
<i>risque infectieux</i>	13a	identification des risques infectieux			
	13b	dispositifs mis en place			
	13c	bon usage antibiotiques			
	13d	signalement infections nosocomiales			
	13e	phénomène épidémique			
<i>dispo. med</i>	14a	désinfection décontamination		Q125	protocole, stockage
	14b	stérilisation			
	14c	maintenance des dispositifs			
<i>environnement</i>	15				
	a	hygiène locaux		Q103	procédures d'entretien des locaux
	b	qualité de l'eau	<i>Hotellerie</i>		
	c	qualité de l'air			
	15d	circuit déchets		Q104	tri, circuit, stockage
<i>sécurité</i>	16				
	a	sécurité bâtiment		Q122/126	avis commission sécurité, suivi, signalitique
	b	risque incendie	<i>sécurité,</i>	Q123	formation incendie, exercice
	c	maintenance préventive	<i>maintenance</i>	Q127	Organisation suivi, cahier technique
				Q128	Plan de prévention des risques
				Q129	organisation du système appel pour les résidents
<i>biens</i>	17				
	a	sécurité des biens			
	b	mesures préventives			

syst d'info	18	
	a	organisation du système d'information
	18	
	b	informatisation du dossier patient
	18	
	c	sécurisation du parc

Tableau comparatif HAS/ANGELIQUE (ANESM) Prise en charge du patient ou du résident

certification HAS V2007			ANGELIQUE (base visite externe ANESMS)		
<i>thèmes</i>	réf	contenus	<i>thèmes</i>	références	contenus
	19a	information du patient		Q3 Q4 Q5	Livret d'accueil, régl't intérieur, contret de séjour
	19b	information médicale	<i>accueil et admission</i>	Q10	réferents institutionnels identifié
	19c	désignation personne de confiance		Q11	Référents familiaux idnetifiés
	19d	information événement indésirable		Q21	recueil avis résidents
<i>info patient</i>	20a	consentement éclairé sur les soins		Q32	information soins
	21a	respect confidentialité respect de la dignité prévention à la maltraitance	<i>droits et libertés</i> <i>respect de la personne</i>	Q30	information sur le fonctionnement de l'éts
<i>dignité</i>				Q25/28/31	respect de l'intimité, secret professionnel
	22a	locaux adapté à l'accueil		Q24	tenue de ville en journée
	22b	permanence de l'accueil		Q27	frapper avant d'entrer, pas de familiarité
<i>l'accueil</i>	22c	accueil pévenus		Q6/36/37	cadre de vie, salle repas
	22d	accueil accompagnants		Q2	permanence de l'accueil
				Q1	réponse demande de renseignements
				Q7	registre des entrées/sortie
			<i>accueil et admissions</i>	Q8 Q9	pré admission, visite ets, procédure
				Q22/23	Moyens de communication (téléphone, TV...)
			<i>Restauration</i>	Q38/39	Horaires repas, enquête satisfaction
				Q41	service en chambre assuré
			<i>vie sociale</i>	Q46/47/48/49/50	animateur, projet animations, citoyenneté, activités

				Q51/52	ouverture aux familles et bénévoles prestations externes proposées (coiffure, esthétique)
				Q53	
23		accueil de l'urgence			
	24a	évaluation initiale et projet thérapeutique		Q54/55/56/57/69	accessibilité, circulation, signalitique
	24b	projet thérapeutique personnalisé		Q58/59/62	prévention des chutes, plan d'action d'aide
	24 c	réflexion bénéfice risque	<i>maintien à l'autonomie</i>		
	24 d	restriction liberté de circuler			
	24 e	projet de vie individualisé		Q63/64/65	projet de vie individualisé, activités personnalisées
<i>soins personnalisés</i>	25a à 25 f	les prises en charge spécifiques		Q93	troubles psychiques : protocoles, convention, suivi
				Q84	protocole dénutrition, suivi alimentaire
				Q85	protocole hydratation, suivi
			<i>Aides et soins spécifiques</i>	Q86	protocole incontinence, suivi, prescription protection
				Q87	protocole chute, suivi, analyse des causes détérioration intellectuelle: détection, accompagnement, suivi
				Q88/89/90/91	
				Q95	protocole escarre, application
				Q96	protocole contention, prescription médicale, suivi
				Q42	suivi du poids
			<i>Restauration</i>	Q40/43/44	suivi alimentaire, diététicien, avis médical, régime
	26a	prise en charge de la douleur			
	26b	surveillance de la douleur	<i>Aides et soins spécifiques</i>	Q94	Protocole, échelle visuelle, suivi, formation
<i>douleur</i>	26c	formation des professionnels			
<i>continuité soins</i>	27a	continuité des soins	<i>Org des soins</i>	Q66/67/72	médecin coordonnateur, rapport d'activité convention coordination avec ets
				Q114/115/116/117/118	extérieurs

		pec des urgences vitales	Q68/69 Q70 Q73/74 Q71 Q75 Q76	permanence des soins, urgences infirmier ou cadre référent projet de soins, protocoles de soins coordination des intervenants libéraux Transmissions Locaux de soins procédure admission, consentement, procédure tenue dossier de soins et administratif
<i>dossier patient</i>	28a	règles de tenue de dossiers communes	Q9	
	28b	actualisation du dossier	Q78/79/80	
	28c	accessibilité des prof au dossier patient accès au dossier par le patient ou son représentant		
	28d			
<i>labo</i>	29a	lien avec laboratoires d'analyse médicale	Q81	prescription médicale
	29c	transmissions des résultats		
<i>radio</i>	30a	prescription radio	Q81	prescription médicale
	30b	réalisation des examens		
	30c	évaluation des résultats		
<i>médicaments</i>	31a	prescription médicaments	Q77/82	prescription méd, liste type
	31b	dispensation des médicaments	Q81	circuit du médicament,
	31c	adminstration du médicaments	Q83	Procédure, protocoles, suivi dossier
	31d	accès aux médicaments en urgence		
	34	don d'organe		
	35a	rééducation		
<i>éducation</i>	36a	éducation thérapeutique		
	36b	adaptation des conseil à l'environnement		
<i>sortie</i>	37a	préparation de la sortie dès l'admission		
	37b	continuité de soins		

soins palliatifs	38a	prise en compte volonté du patient	<i>Aides et soins spécifiques</i>	Q97	procédure fin de vie, accompagnement, personnels formés
	38b	accompagnement spécifique			
	38c	accompagnement psychologique			
décès	39a	modalité de prise en charge		Q98	Prise en compte des souhaits, dossier résident
	39b	accompagnement des familles			
	39c	soutien psychologique aux professionnels			

Tableau comparatif HAS/ANGELIQUE (ANESM) évaluation et améliorations de la qualité

certification HAS V2007			ANGELIQUE (base visite externe ANESMS)		
thèmes	réf.	contenus	thèmes	réf.	contenus
EPP	40a	pertinence des pratiques professionnelles			
	41a	évaluation risque liés aux soins			
	42 a	Pec des patho à problèmes			
satisfaction	43a	recueil de satisfaction analyse des délais d'attente satisfaction externe	droits et libertés	Q16 recueil, suivi Q135 enquête de satisfaction, actions correctives Q17 CVS	
éval non médicale	44a	éval des politiques GRH			
	44b	éval prestation logistiques			
	44c	éval syst d'information			
	44d	efficacité du prog d'amélioration suivi des objectifs des orientations stratégiques			
	44e	comparaison avec autres ets			
	44f			Q136	locaux et prestation conformes au projet de vie

Annexe 2

Calendrier prévisionnel de programmation d'évaluations pour un établissement ayant eu ses autorisations d'activités sanitaires et médico-sociales en 2001.

Années	Activité sanitaire	Activité médico-sociale	
	Evaluation externe HAS tous les 4 ans	Evaluation interne Convention tripartite tous les 5 ans	Evaluation externe ANESM tous les 7 ans
2005	X		
2006		X	
2007			
2008			
2009	X		
2010			X*
2011		X	
2012			
2013	X		
2014			
2015			
2016		X	
2017	X		X
2018			
2019			
2020			
2021	X	X	
2022			
2023			
2024			X
2025	X	X	

* Début de la procédure d'évaluation externe ANESM

Annexe 3 : Questionnaire au personnel

Le service de médecine SSR vient d'avoir la visite des experts visiteurs de l'HAS pour la certification V2 du 16 au 19 juin 2009.

Dans le cadre de mon mémoire de fin de stage, je souhaiterais connaître votre ressenti concernant cette évaluation externe. C'est pourquoi je vous invite à me retourner ce questionnaire pour le vendredi 26 juin en le remettant à Mme

Ce questionnaire est anonyme.

Merci par avance de vos réponses

Daniel CASSÉ

Elève Directeur

Merci de cocher les cases correspondantes :

Quel est votre grade : Médecin IDE AS ASH Autre paramédical
cadre personnel administratif autre

Depuis combien de temps exercez-vous dans l'unité :

moins d'un an 1 à 2 ans de 3 à 5 ans depuis plus de 5 ans

Avez-vous participé la démarche d'accréditation en 2005 (dite V1) : Oui Non

si oui sous quelle forme : comité de pilotage
groupe de synthèse
groupe de travail thématique

Avez-vous participé la démarche de certification (dite V2) : Oui Non

si oui sous quelle forme :

comité de pilotage Oui Non

groupe de synthèse Oui Non

si oui, quel chapitre ? 1 politique et qualité du management et son évaluation (réf.43 et 44)

2 ressources transversales

3 La prise en charge du patient

4 Evaluations des pratiques professionnelles

groupe de travail thématique Oui Non

si oui le(s)quel(s):.....

.....

La méthodologie de travail préparatoire à la V2 est-elle claire ? Oui Non

Vous êtes-vous particulièrement senti(e) concerné(e) par la démarche ? Oui Non

Avez-vous l'impression d'avoir été écouté lors de vos participations: Oui Non

si non, pourquoi ? :

.....

Avez-vous rencontré les experts visiteurs ? Oui Non

Si oui, vous diriez de cette rencontre qu'elle a été : (vous pouvez cocher plusieurs cases)

respectueuse cordiale franche sincère contraignante

perturbante enrichissante inutile rassurante

Qu'attendiez-vous de cette visite ?

un oeil externe sur nos pratiques professionnelles

la confirmation de nos bonnes pratiques

un contrôle du service

rien

autre (précisez) :

.....

Etes-vous satisfait du résultat immédiat de cette visite (restitution des experts visiteurs) ?

Oui

Non

Quelles suites pensez-vous donner à votre participation ?

- participer à un comité de suivi
 - participer à un groupe de travail thématique
 - devenir auditeur
 - suivre une formation qualité
 - s'impliquer dans la démarche V3
 - aucune
- autre (précisez) :

.....

Pour conclure vous avez vécu cette visite comme : (une seule réponse)

- une contrainte externe
- une démarche d'amélioration de la qualité

Ce que vous souhaitez exprimer sur la démarche V2 : (expression libre)

.....

Annexe 4

Questionnaire experts visiteurs HAS

Rapide présentation :

Activité professionnelle de l'expert :

Depuis quand effectuez-vous des expertises pour l'HAS (et/ou l'ANAES) ?

Nombre de visites effectuées pour l'HAS :

Nombre de visites effectuées dans un hôpital local :

1 – Pensez-vous que les référentiels soient adaptés à l'activité d'un hôpital local ?

OUI NON

Si oui, en quoi ?

Si non, pourquoi ? :

2 – Au regard de votre expérience, diriez-vous que les hôpitaux locaux répondent aux exigences des référentiels ?

OUI NON

Si oui, quels sont les référentiels d'excellence le plus souvent rencontrés ?

-
-
-

Si non, quels sont les référentiels non satisfaits le plus souvent rencontrés ?

-
-
-

3 – En général, comment est vécue la visite des experts au sein des hôpitaux locaux ?

- comme une contrainte externe
- une démarche d'amélioration de la qualité
- un œil externe sur les pratiques professionnelles
- la confirmation es bonnes pratiques
- un contrôle de l'activité sanitaire
- autre(précisez)

.....
.....

4 – Par sa double activité (sanitaire et médico-social), l'hôpital local est soumis à une double évaluation.

Selon vous, en quoi l'évaluation HAS peut-elle être complémentaire de l'évaluation de l'ANESMS ?

5 – Quelles propositions pourriez-vous faire pour rendre la démarche de certification V2010 plus simple au sein des hôpitaux locaux ? (si tant est, qu'il y ait besoin e simplifier la démarche)

6 – Ce que vous souhaitez exprimer sur le rôle de la certification pour les hôpitaux locaux :