

Ecole Nationale de la Santé Publique

FILIERE INFIRMIERS GENERAUX

Promotion 1999

**DE L'EVALUATION DE LA QUALITE DES SOINS
A L'INSCRIPTION DANS LA DEMARCHE D'ACCREDITATION**

DELACOURT Geneviève

SOMMAIRE

INTRODUCTION

PREMIERE PARTIE : LE CADRE DE REFERENCE

1 - LE CADRE DE L'ETUDE	p.3
1 - 1 - EXPERIENCE PROFESSIONNELLE :	p.3
1 - 1 - 1 - Premier site: Les objectifs de la Direction du Service de Soins Infirmiers	p.3
1 - 1 - 2 - Dans un second hôpital: La centralisation des protocoles soignants	p.3
1 - 1 - 3 - Au sein du troisième établissement : la polarisation des moyens	p.4
1 - 2 - ENQUETE EXPLORATOIRE :	p.4
1 - 2 - 1 - Premier constat : La maîtrise de la démarche qualité	p.5
1 - 2 - 2 - Deuxième Constat : Les réalisations concrètes	p.5
1 - 2 - 3 - Troisième constat: L'Infirmier général et la procédure d'accréditation	6
1 - 2 - 4 - Quatrième Constat : L'évocation de la procédure d'accréditation	p.6
1 – 3 - LE CADRE LEGISLATIF FRANCAIS :	p.6
1 – 4 - L'INFIRMIERE GENERALE ET L'EVALUATION DE LA QUALITE :	p.9
2 – DEFINITIONS	p.10
2 - 1 - L'EVALUATION DE LA QUALITE DES SOINS INFIRMIERS :	p.10
2 - 1 - 1 - La qualité	p.10
2 - 1 - 2 - Les soins infirmiers	p.12
2 - 1 - 3 - L'évaluation de la qualité des soins infirmiers	p.13
2 - 2 - LA DEMARCHE D'ACCREDITATION :	p.16
2 - 2 - 1 - L'Accréditation française	p.16
2 - 2 - 1 - 1 – Définition et objectifs	p.16
2 - 2 - 1 - 2 – Manuel des référentiels français	p.16
2 - 2 - 1 -3 – Etapes de la Procédure	p.17
2 – 2 – 2 – Les expériences étrangères	p.18
2 – 3 - LA DEMARCHE DE CHANGEMENT :	p.20
2 – 3 – 1 - Le facteur humain	p.21
2 – 3 – 2 - La communication	p.21
2 – 3 – 3 - La gestion du changement	p.23

DEUXIEME PARTIE : ETUDE DE LA REALITE

1 – METHODOLOGIE	p.25
1 - 1 – METHODOLOGIE DE L'ENQUETE :	p.25
1 -1 – 1 - <i>Lieux</i>	p.25
1 -2 – 2 - <i>Public ciblé</i>	p.25
1 -3 – 3 - <i>Moyen d'investigation</i>	p.26
1 - 2 – METHODOLOGIE DE L'ANALYSE :	p.26
1 - 2 - 1 – <i>Premier niveau d'analyse : engagement Qualité - Accréditation</i>	p.27
1 - 2 - 2 – <i>Deuxième niveau d'analyse :par établissement par fonction</i>	p.28
1 - 2 - 3 – <i>Les limites de l'étude</i>	p.28
2 – ANALYSE	p.29
2 – 1 – NON INSCRIT dans une démarche QUALITE et INSCRIT dans un processus d'ACCREDITATION : CLASSE A	p.29
2 – 2 – NON INSCRIT dans une démarche QUALITE et NON INSCRIT dans un processus d'ACCREDITATION : CLASSE B	p.31
2 - 2 – 1 – <i>Démarche Qualité théorique</i>	p.31
a – <i>Connaissance abstraite</i>	p.31
b – <i>Mise en œuvre aléatoire</i>	p.31
c- <i>Evaluation hypothétique</i>	p.32
2 – 1 – 2 - <i>Processus d'Accréditation méconnu</i>	p.32
a – <i>Méconnaissance</i>	p.32
b – <i>Mise en œuvre obscure</i>	p.32
c – <i>Evaluation ignorée</i>	p.33
2 – 2 – 3 – <i>« Qualité subie »</i>	p.33
2 – 2 – 4 – <i>« Qualité souhaitée – Acteurs isolés »</i>	p.34
2 – 3 –INSCRIT dans une démarche QUALITE et NON INSCRIT dans un processus d'ACCREDITATION : CLASSE C	p.36
2 - 3 – 1 – <i>Démarche Qualité acquise</i>	p.36
a – <i>Connaissance maîtrisée</i>	p.36

<i>b – Mise en œuvre concertée</i>	p.37
<i>c – Evaluation programmée</i>	p.37
2 – 3 – 2 – Processus d’Accréditation attendu	p.37
<i>a – Connaissance réaliste</i>	p.37
<i>b – Mise en œuvre constructive</i>	p.38
<i>c – Evaluation prospective</i>	p.38
2 – 3 – 3 – « Qualité maîtrisée – Démarche Qualité initiée »	p.39
2 – 3 – 4 – « Qualité maîtrisée – Démarche Qualité instaurée »	p.39
2 – 4 – INSCRIT dans une démarche QUALITE et INSCRIT dans un processus d’ACCREDITATION : CLASSE D	p.42
2 - 4 – 1 – Démarche Qualité maîtrisée	p.42
<i>a – Connaissance intégrée</i>	p.42
<i>b – Mise en œuvre maîtrisée</i>	p.42
<i>c – Evaluation réalisée</i>	p.43
2 – 4 – 2 – Processus d’Accréditation expérimenté	p.43
<i>a – Connaissance motivée</i>	p.43
<i>b – Mise en œuvre testée</i>	p.43
<i>c – Evaluation simulée</i>	p.44
2 – 4 – 3 – « Qualité intégrée – Accréditation initiée »	p.44
2 – 4 – 4 – « Qualité intégrée – Accréditation maîtrisée »	p.45
 AU TERME DE CETTE DEUXIEME PARTIE	 p.48
 TROISIEME PARTIE : PROJET « QUALITE - ACCREDITATION »	
1 - L’INFIRMIERE GENERALE MEMBRE DE L’EQUIPE DE DIRECTION	p.49
1 – 1 – L’ELABORATION DU PROJET QUALITE-ACCREDITATION :	p.49
1 – 1 – 1 – la communication interne:	p.50
1 – 1 – 2 – L’existant	p.50
1 – 1 – 3 - La participation de l’ensemble des professionnels	p.51
1 - 1 – 4 – La formation	p.52
1 – 2 – LES STRUCTURES :	p.53
1 – 2 – 1 – La cellule qualité - accréditation	p.53
1 – 2 – 2 – Les groupes de travail transversaux	p.55
1- 3 - L’AUTOEVALUATION :	p.56
1 – 3 – 1 - Le recueil et l’analyse des données	p.56

1 – 3 – 2 - <i>Les différents niveaux de l'auto-évaluation</i>	p.56
1 – 3 – 3 - <i>L'évaluation des référentiels</i>	p.58
1 – 3 – 4 - <i>La planification dans la démarche</i>	p.59
1 – 4 - L'ENGAGEMENT ET LA VISITE D'ACCREDITATION :	p.60
1 – 4 – 1 - <i>L'ultime auto-évaluation</i>	p.60
1 – 4 – 2 - <i>Le programme de visite des experts - visiteurs</i>	p.60
1 – 4 – 3 - <i>l'accueil et la visite des experts - visiteurs</i>	p.61
1 – 4 – 4 - <i>La restitution des experts - visiteurs</i>	p.61
1 – 5 – LA PERENNITE DE LA DEMARCHE :	p.61
1 – 5 – 1 – <i>La dynamique interne</i>	p.62
1 – 5 – 2 – <i>La communication externe</i>	p.63
2 - L'INFIRMIERE GENERALE DIRECTEUR DU SERVICE DE SOINS INFIRMIERS	
2 – 1 – LE PROJET DE SOINS INFIRMIERS :	p.63
2 – 2 – LA COMMISSION DU SERVICE DE SOINS INFIRMIERS :	p.64
AU TERME DE CETTE TROISIEME PARTIE	p.65
CONCLUSION	p.67
BIBLIOGRAPHIE	
ANNEXES	

INTRODUCTION

L'inspiration de ce thème de mémoire voit son origine dans la promulgation des Ordonnances du 24 avril 1996, spécifiquement celle portant réforme de l'hospitalisation publique et privée¹, rendant obligatoire, pour les établissements de santé, l'engagement dans une démarche d'accréditation.

La divergence entre les objectifs découlant de la maîtrise des dépenses de santé et ceux induits par les exigences de l'éthique médicale, du droit à la Santé, conduisent à la nécessité d'évaluer les pratiques professionnelles, dans une démarche qualité.

De l'incitation en 1991 à procéder à cette évaluation, par la loi du 31 juillet portant réforme hospitalière, à l'obligation en 1996, par l'ordonnance du 24 avril sus-citée, le cadre réglementaire s'est affirmé.

Des structures : l'Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale (A.N.D.E.M.) puis l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (A.N.A.E.S.) ont été créées afin de contribuer à l'élaboration, la mise en œuvre, la diffusion d'outils et de méthodes. L'une après l'autre elles favorisent le développement de l'évaluation professionnelle. L'A.N.A.E.S. engage la procédure d'accréditation.

Nous avons relevé, au cours de notre expérience professionnelle en tant que cadre infirmier, plusieurs situations mettant en évidence un certain nombre de difficultés. Ces dernières liées en partie aux résistances au changement des professionnels, au style de management² de l'encadrement (directif, participatif) ne trouvaient pas leur entière justification dans ces motifs invoqués. Nous nous sommes alors interrogée sur la place et le positionnement de l'infirmière générale dans la mise en œuvre des démarches qualités.

L'infirmière générale³, en tant que membre de l'équipe de direction et responsable du service de soins infirmiers est concernée par la mise en place d'une démarche d'amélioration continue de la qualité, dans l'établissement. Ce qui nous amène à poser la question :

Comment l'infirmière générale engage-t-elle l'ensemble des professionnels du service de soins infirmiers dans une démarche d'amélioration de la qualité des soins, en vue du processus d'accréditation ?

¹ - Ordonnance du 24 avril 1996 N° 96-346.

² - Management : anglicisme : ensemble des techniques d'organisation et de gestion d'une affaire, in Dictionnaire Le Robert, Petit Robert, un volume, 1985, 2131 pages.

³ -Lire infirmier général ou infirmière générale dans tout le texte.

Dans une **première partie**, cadre de référence de l'étude, nous cernerons les différents éléments entrant dans la problématique, à travers la législation française, les expériences étrangères, l'évaluation de la qualité des soins, le rôle de l'infirmière générale. Ceci nous permet d'élaborer notre **hypothèse** de travail :

La mise en place d'une démarche d'amélioration de la qualité, en préalable à l'engagement dans le processus d'accréditation, et le niveau d'engagement explicite de l'infirmière générale dans cette démarche, prédétermine l'adhésion, la mobilisation des professionnels infirmiers dans la phase d'autoévaluation, première étape de la procédure d'accréditation.

La **deuxième partie** questionne la réalité à travers une enquête dans cinq établissements de santé, auprès de trente-huit professionnels, afin de vérifier notre hypothèse. Nous avons analysé les entretiens à partir de l'engagement de chaque professionnel par rapport à une démarche qualité et au processus d'accréditation.

Le nombre limité d'institutions visitées et la représentation non exhaustive des fonctions exercées au sein d'un établissement sanitaire, ne nous autorise pas à généraliser les conclusions de cette étude, à l'ensemble des établissements et professionnels de santé français.

Les axes du projet «Qualité-Accréditation», que nous présentons dans **la troisième partie**, sont des propositions ciblées sur les différentes étapes de la démarche d'évaluation de la qualité des prestations aux patients vers l'accréditation, en resituant l'infirmière générale en tant que membre de l'équipe de direction et responsable du service de soins infirmiers.

***PREMIERE PARTIE :
LE CADRE DE REFERENCE***

1 - LE CADRE DE L'ETUDE

1 - 1 - EXPERIENCE PROFESSIONNELLE :

Cadre–infirmier pendant quatorze ans dans un Centre Hospitalier Universitaire (C.H.U.), nous avons exercé nos fonctions dans différents établissements, au sein de plusieurs services et en mission transversale sur un site.

Echelon intermédiaire entre la Directrice du Service de Soins Infirmiers et les équipes soignantes des services de soins, Le cadre–infirmier est situé à une place privilégiée d'observation et d'analyse.

La Direction du Service de Soins Infirmiers du C.H.U. est géographiquement située avec les autres directions, près de la Direction Générale, dans l'un des cinq établissements.

Une infirmière générale est responsable hiérarchiquement, sur chaque site, du personnel soignant (infirmier et aides–soignants) et des agents de service hospitaliers.

Au cours de notre exercice professionnel dans trois de ces établissements, nous avons relevé des situations diverses.

1 – 1 – 1 -Sur un premier site : *Les objectifs de la Direction du Service de Soins Infirmiers ne sont pas réellement cernés dans les unités de soins.*

La mise en place de nouvelles procédures ou le réajustement de celles en application, rencontre des difficultés auprès du personnel soignant. Les infirmières n'ont pas toujours les produits livrés correspondants, et la procédure elle-même est peu explicitée. Il n'existe pas d'évaluation des procédures.

Le manque d'information et de communication, diluées de façon involontaire aux différents niveaux de la hiérarchie soignante, laisse des zones d'incertitude quant à l'application concrète et rigoureuse des décisions dans les unités de soins.

Les informations et les directives de l'infirmière générale sont transmises aux cadres–infirmiers supérieurs, lors de réunions mensuelles. Les cadres-infirmiers sont informés, au sein de leur service par leur supérieur hiérarchique direct.

Les modalités d'application des décisions centrales sont laissées à l'initiative du cadre de proximité. Ce dernier est le seul vecteur de communication, hormis les notes de service.

1 – 1 – 2 - Dans un second hôpital : *Le recensement des protocoles soignants est généralisé sur l'ensemble de l'institution. Il est centralisé à la Direction du Service de Soins Infirmiers, sans diffusion dans les autres services.*

Des groupes de travail par thèmes, réunissant des cadres–infirmiers, des infirmiers et un cadre–infirmier supérieur émettent des recommandations, résultats de leurs réflexions.

Ils exposent l'état d'avancement de leurs travaux, des tests, des résultats observés, lors d'une réunion trimestrielle de tous les cadres-infirmiers du site, sous la présidence de l'infirmière générale. L'accent est porté sur l'évaluation des pratiques soignantes, dans un objectif d'amélioration de la qualité.

Il est fréquent que, sur un autre site, une équipe soignante débute une recherche sur le même thème, suite à un problème rencontré identique. Elle va investir temps et énergie à élaborer une solution similaire.

1 – 1 – 3 - Au sein du troisième établissement : onze services de soins, d'une capacité d'accueil respective de soixante à quatre-vingt quinze lits, et trois services de radiologie totalisant vingt et une salles ont signé un contrat d'amélioration des conditions de travail. L'objectif est en premier lieu d'améliorer les prestations aux usagers, en majorité hospitalisés.

Un cadre expert est garant et responsable du projet. Ce dernier a été élaboré en concertation avec tous les partenaires. L'atteinte des différentes étapes est évaluée à périodicité régulière. Une des clés de réussite repose sur le développement d'un système de communication transversal, permettant la neutralisation des interférences, et la résolution des problèmes ponctuels au plus près de la source.

Les autres services du même établissement ne bénéficient pas de ce genre de mesure et regrettent ***une polarisation et une concentration des moyens, limitées à un seul secteur***, même si ce dernier est stratégique au niveau du fonctionnement de l'institution.

Ceci nous amène à poser la question :

Comment l'infirmière générale engage⁴-t-elle l'ensemble des professionnels soignants du service de soins infirmiers dans une démarche d'amélioration de la qualité des soins, en vue du processus d'accréditation ?

1 - 2 - ENQUETE EXPLORATOIRE :

Nous avons rencontré six infirmiers généraux ou surveillants-chefs faisant fonction d'infirmiers généraux, afin de savoir comment ils se situent par rapport à l'évaluation de la qualité des soins et la démarche d'accréditation.

⁴ - Engager : se lier, commencer, réaliser, manifester l'engagement,

- Engagement: action de se lier, acte ou attitude de l'intellectuel...qui, prenant conscience de son appartenance à la société et au monde de son temps, renonce à une position de simple spectateur et met sa pensée au service d'une cause. Dictionnaire Le Robert.

Utilisant la technique des entretiens semi-directifs, nous avons constitué un échantillon composé de :

- 3 Directeurs du Service de Soins Infirmiers,
- 2 Infirmiers généraux de deuxième classe,
- 1 Surveillante–chef détachée à la Direction des Soins Infirmiers.

L'analyse des entretiens met en évidence des constats de plusieurs ordres.

1 – 2 – 1 – Premier constat : La maîtrise de la démarche qualité

Elle est très variable d'un établissement à l'autre.

Une fois, la démarche qualité est citée avec l'énoncé de la théorie et des applications concrètes. Dans un second entretien, sa mise en place est déclinée chronologiquement, « *par étapes décisionnelles, émanant de la Direction de l'établissement* », et « *opérationnelles : ciblé sur les services des soins* ».

Deux infirmiers généraux et une surveillante-chef, pensent : « *l'amélioration de la qualité des soins nécessite la mise en place d'une démarche* » (non développé). La phase d'évaluation de cette dernière : « *doit permettre d'évaluer le degré d'atteinte des objectifs fixés, par rapport à des normes établies, et ainsi réajuster les projets* ».

Pour une infirmière générale, le domaine de la qualité est beaucoup plus restreint : c'est « *simplement répondre aux besoins des patients* ».

1 – 2 – 2 – Deuxième Constat : Les réalisations concrètes

Dans un cas, la Direction a exprimé une volonté de formation à la démarche qualité du personnel de l'établissement, en ciblant dans un premier temps les services de soins, avec une phase préalable de formation des cadres supérieurs à l'audit clinique. Elle a débouché sur la création d'un groupe de pilotage des projets.

Dans un autre entretien, des exemples concrets de réalisation dans l'établissement sont décrits (amélioration de l'aménagement des chambres de la maison de retraite au niveau du confort sanitaire, l'accueil des personnes hospitalisées...). Ces travaux ont été menés à partir de groupes d'étude, en fonction de l'actualité des services.

Ces exemples mettent en relief trois variables :

- Le dimensionnement de la mise en œuvre des projets qualité, « *a concerné tout ou partie de l'établissement ou parfois limité à un seul service de soins* »,
- Le temps : est un facteur important cité dans les projets,
- La représentation numérique et catégorielle des personnels.

1 – 2 – 3 – Troisième constat : L’Infirmier Général et la procédure d’accréditation

Deux infirmiers généraux ont compulsé le manuel de référentiels de L’Agence Nationale d’Accréditation et d’Evaluation en Santé et ont tenté de situer l’établissement et le service de soins infirmiers dans la cotation de la démarche, par rapport aux critères.

Trois infirmiers généraux attendent la mise en place, dans l’institution, d’une structure Cellule Qualité ou d’une Direction de la Qualité, par la Direction Générale de l’établissement. Ils attendent de savoir comment va se préparer la visite d’accréditation.

Certains tentent de s’approprier la procédure alors que d’autres sont plus en position d’attente.

1 – 2 – 4 – Quatrième Constat : L’évocation de la procédure d’accréditation

Elle a permis l’expression, au travers des entretiens :

- d’une satisfaction quant à l’existence d’une base commune de références au niveau national, permettant de se situer par rapport à des critères identiques, et d’une possibilité d’autoévaluation à périodicité régulière dans le temps,
- d’une crainte de diffusion de ces informations au sein de l’établissement même et à l’extérieur : auprès de la tutelle, des autres établissements, du public.

Commentaires :

Les difficultés rencontrées concernent plusieurs facteurs : le niveau de connaissance de la démarche qualité et du processus d’accréditation, le dimensionnement du projet au sein de l’établissement, les acteurs engagés. Ils interfèrent sur les étapes de mise en œuvre, de diffusion et d’évaluation du projet d’amélioration de la qualité.

1 – 3 - LE CADRE LEGISLATIF FRANCAIS :

Au niveau des textes législatifs et réglementaires français, la volonté d’introduire une démarche d’évaluation de la qualité s’est traduite à travers la formulation d’objectifs explicites.

Afin de tendre vers une adéquation entre les missions et les moyens, et favoriser une meilleure adaptation des établissements sanitaires à leurs missions et leur environnement, **la circulaire⁵ du 24 juillet 1989, relative à la généralisation du programme de médicalisation des systèmes d’information (P.M.S.I.)** énonce cinq objectifs, dont :

- La connaissance de l’activité hospitalière en nature et en volume,
- L’orientation des procédures vers un contrôle à posteriori.

⁵ - Circulaire N° 303 du 24 juillet 1989.

En 1990, l'Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale (A.N.D.E.M.) est créée⁶.

Ses missions sont principalement d'aider au développement de méthodologies, d'assurer le suivi des études de technologie en particulier, et d'apporter une aide sur le plan de la documentation, de la formation et de la diffusion d'informations dans les milieux professionnels.

Cette dernière a élaboré un certain nombre de **Références Médicales Opposables (R.M.O.)**. Ces recommandations de bonnes pratiques médicales concernent une pathologie, une technique, un traitement. Elles précisent la conduite à tenir, dans une situation clinique donnée, qu'elle soit diagnostique, thérapeutique ou de prévention.

Les lignes directrices, appelées « guidelines » ou Recommandations de Pratique Clinique, sont le résultat des initiatives d'évaluation des technologies, des pratiques, utilisant les méthodes de synthèse des données scientifiques découlant de la recherche.

La loi du 31 juillet 1991⁷, portant réforme hospitalière, *incite* clairement les établissements français de santé publics et privés à procéder à l'évaluation de la qualité des soins.

L'évaluation professionnelle dans les hôpitaux est un enjeu important, et la loi hospitalière sus-citée l'inscrit comme garantie de la qualité des soins donnés aux patients.

Le titre premier, «droits du malade », énonce : « *afin de dispenser des soins de qualité, les établissements de santé, publics ou privés sont tenus de disposer de moyens adéquats et de procéder à l'évaluation de leur activité* ».

Pour cette mission, les établissements : « *développent (ent) une politique d'évaluation des pratiques professionnelles, des modalités d'organisation des soins et de toute action concourant à la prise en charge globale du malade afin.... d'en garantir la qualité et l'efficience*».

De plus, les établissements de santé doivent procéder à l'analyse de leur activité, par l'utilisation «*des systèmes d'information qui tiennent compte notamment des pathologies et des modalités de prise en charge en vue d'améliorer la connaissance et l'évaluation de l'activité et des coûts et de favoriser l'optimisation de l'offre de soins* »⁸.

Leur mise en œuvre est alors facilitée par l'A.N.D.E.M. qui contribue à « *l'élaboration, ..la validation et à la mise en œuvre des méthodes et expérimentations,.. ainsi qu'à la diffusion des résultats* »⁸. Les mesures incitatives n'ont pas toujours été suivies des effets escomptés.

⁶ - A.N.D.E.M. créée le 7 février 1990, type Loi 1901.

⁷ - Loi N° 91-748 du 31 juillet 1991, J.O. du 2 août 1991.

⁸ - Loi N° 91-748 du 31 juillet 1991, Titre 1- Section 2, Art.L 710-3, Art. L 710-4, Art. L 710-5, Art. L 717-6.

De ce fait, dans le cadre d'une réforme globale de la Protection sociale, liée à la nécessité d'apporter une réponse au problème de maîtrise des dépenses de santé, les trois **Ordonnances du 24 avril 1996 portant réforme hospitalière**, complètent celles du 24 janvier de la même année. Elles sont relatives à l'organisation de la sécurité sociale (96-344), la maîtrise médicalisée des dépenses de soins (96-345) et **la réforme de l'hospitalisation publique et privée** (96-346).

Cette dernière précise que :

« 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 l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé, 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. ».

« 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 d'Hospitalisation (A.R.H.)....Dans un délai de cinq ans à compter de la publication de l'ordonnance, tous les établissements de santé devront être engagés dans cette procédure »⁹.

L'ordonnance 96-346 du 24 avril 1996, substitue **l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé** (A.N.A.E.S.) à l'Agence Nationale d'Evaluation Médicale (A.N.D.E.M.)¹⁰. De plus, **le décret du 7 avril 1997** relatif à l'organisation et au fonctionnement de **l'A.N.A.E.S.** précise qu'elle¹¹ :

« a pour mission de favoriser, tant au niveau des établissements de santé publics et privés que dans le cadre de l'exercice libéral, le développement de l'évaluation des soins et des pratiques professionnelles et de mettre en œuvre la procédure d'accréditation mentionnée à l'Art. L 710-5 du Code de Santé Publique ».

Les textes législatifs élaborés mettent en relief des concepts de qualité, évaluation, accréditation.

Commentaires :

Le cadre réglementaire est posé. De l'incitation en 1991, à organiser l'évaluation

⁹ - Art. L 710-5 du Code de la Santé Publique, Livre VII. Mot souligné par nous.

¹⁰ - Art. 2 Tome II.

¹¹ - Décret N° 97-311 du 7 avril 1997.

de la qualité des soins, à l'obligation légale en 1996, les établissements de santé ont vu restreindre leur zone d'incertitude, par la volonté du législateur en matière d'organisation de l'offre de soins.

1 - 4 - L'INFIRMIERE GENERALE ET L'EVALUATION DE LA QUALITE :

Depuis le **décret de 1975**¹² relatif au recrutement et à l'avancement des infirmiers généraux, ces derniers **«veillent particulièrement, en liaison avec le corps médical de l'établissement, à la qualité des soins infirmiers et participent à la conception, à l'organisation et à l'évolution des services médicaux »**.

L'infirmière générale contribue à la qualité des soins donnés dans les services, à l'adaptation constante des techniques de soins, à la qualité de l'accueil et du confort hôtelier et, d'une façon générale, à l'amélioration progressive et continue des conditions de séjours des malades.

En 1974, la circulaire du 20 septembre, relative à la chartre du malade hospitalisé précise : **«l'hôpital est à votre service et a pour mission de vous offrir des soins de qualité »**. Ceci sera repris en 1995 : **« les établissements de santé garantissent la qualité des traitements, des soins et de l'accueil »**¹³.

La **Loi du 31 juillet 1991** portant réforme hospitalière, comporte, dans sa section III, la **création d'un service de soins infirmiers** dont l'**évaluation** constitue l'une des prérogatives.

L'infirmière générale est responsable du Service de Soins Infirmiers, **«participe à la gestion des personnels infirmiers, aides soignants et agents des services hospitaliers »** et **« contribue à l'élaboration des programmes de formation des personnels des services »**¹⁴ de l'établissement de santé.

La dispensation d'un soin de qualité repose d'une part sur une obligation légale, et d'autre part sur une obligation sociale, dans une argumentation publique de l'utilisation des ressources attribuées aux infirmières dans les différents budgets.

L'infirmier général intègre dans son management les pratiques d'évaluation de la qualité des soins infirmiers. Ces dernières lui permettront de forger un ensemble d'outils au service de l'évolution de la satisfaction des usagers.

¹² - Décret N°75-245 du 11 avril 1975, Section 1 Art.3.

¹³ -Circulaire DGS/DH N°95-22 du 6 mai 1995 relative aux droits des patients hospitalisés et comportant une charte du patient hospitalisé .

¹⁴ - Décret N°94-904 du 18 octobre 1994 portant statut particulier des infirmiers généraux de la fonction publique hospitalière.

Commentaires :

L'infirmier général est un acteur fédérateur au service de la pratique du soin infirmier, dans le sens de faciliter, permettre, promouvoir une pratique soignante diversifiée, créative et profondément respectueuse des personnes.

C'est une des conditions essentielles, liée à la gestion même du service de soins infirmiers, permettant d'aborder la qualité des soins.

2 - DEFINITIONS

2 - 1 - L'EVALUATION DE LA QUALITE DES SOINS INFIRMIERS :

2 - 1 -1 - La qualité :

La norme internationale définit la qualité d'une entité, un processus, un produit, comme « l'ensemble des caractéristiques qui lui confèrent l'aptitude à satisfaire les besoins exprimés et explicites des utilisateurs »¹⁵.

Ce besoin est soit exprimé par le client-usager, qui demande un produit ou un service sur mesure, soit implicite ou potentiel, à charge de l'établissement de le détecter en étudiant l'environnement.

Le terme qualité n'est pas utilisé pour exprimer un degré d'excellence. Il s'agit plutôt d'un équilibre à trouver entre les attentes des clients, les coûts, les délais, la satisfaction des personnels, l'environnement, les choix stratégiques et les performances de l'hôpital.

Les composantes en sont l'efficacité, l'efficacités, la sécurité, le coût et la fiabilité.

La qualité nécessite une méthode, des compétences, facteurs de qualité, dans une perspective d'amélioration continue, en tenant compte du contexte environnemental, d'évolution technique, économique et sociale.

Une pensée formulée par une majorité des professionnels de la santé est : la qualité coûte cher. En réalité, la non-qualité¹⁶, par les gaspillages qu'elle génère, entraîne un surcoût.

La non-qualité représente l'ensemble des écarts entre la qualité voulue et la qualité obtenue constatée. Elle se mesure, entre autre, à partir d'éléments économiques.

La qualité concerne l'ensemble d'un établissement, tant la structure hiérarchique que les différents partenaires professionnels.

L'évaluation de la qualité, l'assurance de la qualité et la gestion de la qualité sont trois mouvements qui ont émergés à l'hôpital.

- **L'évaluation de la qualité :**

Avedis Donabedian¹⁷ a énoncé les bases conceptuelles en distinguant trois niveaux d'analyse : les structures, les procédures et les résultats des soins.

¹⁵ - Norme NF EN ISO 8402, in AFNOR, Gérer et assurer la qualité, recueil des normes françaises, 6^e édition, Paris La Défense, 1986, Cours filière Infirmiers Généraux E.N.S.P., Mr. Roussel, professeur à l'E.N.S.P., 7 juillet 1999.

- I.S.O.: International Organization for Standardisation : Organisme International de Normalisation, - « ISO » du grec Isos signifiant : égal.

¹⁶ -Charvet-Protat Suzanne, Jarlier Agnès, Préaubert Nathalie : *Le coût de la qualité et de la non-qualité à l'hôpital*, A.N.A.E.S. Service évaluation économique, in Gestions Hospitalières novembre 1998, les cahiers de gestions hospitalières N°149.

¹⁷ - A. Donabedian in Brunelle Y., *La qualité des soins et des services : un cadre conceptuel*, Collection Eudes et Analyse, Ministère de la santé et des services sociaux du Québec, février 1993. Voir Annexe N°1 A.

Geneviève DELACOURT - Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique - 1999

« La qualité des soins et des services est essentiellement un lien que l'on cherche à établir entre des éléments de structure ou conditions, des processus ou façon de faire, et des résultats qui se concrétisent dans des mesures de santé et...doivent se référer aux consommateurs desservis ou susceptibles de l'être ».

Etienne Minvielle¹⁸ a également proposé une définition de la qualité relevant à la fois de la performance de la structure et de celle des professionnels de santé. Cette dernière est composée d'une dimension technique et d'une dimension relationnelle.

La première est liée aux connaissances scientifiques et à l'expérience des professionnels, la seconde met en valeur son caractère empathique dans la relation avec le patient.

- **L'assurance de la qualité :**

Evolution par rapport à la simple étape d'évaluation, elle met en place des dispositifs de surveillance amenés à fonctionner régulièrement.

C'est l'«ensemble des actions préétablies et systématiques mises en œuvre dans le cadre d'un système qualité, et démontrées en tant que besoin, pour donner la confiance appropriée en ce qu'une entité satisfera aux exigences pour la qualité. ¹⁹».

Ces actions correctrices formalisées permettent d'assurer un niveau souhaité de qualité. Les **audits**²⁰ visent à mesurer les écarts existants entre ce qui est fait et ce qui était prévu. La «démarche qualité » provient de l'association évaluation-assurance de la qualité.

- **L'amélioration continue de la qualité :**

La réalisation complète d'un processus de soins nécessite une succession d'étapes et l'intervention de multiples acteurs, pouvant être à l'origine de dysfonctionnements ou de risques pour le patient.

Cette analyse est couplée à l'utilisation du cycle de Deming, utilisé dans l'industrie : Plan (**Prévoir** : ce que l'on va faire), Do (**Faire** : ce que l'on a prévu), Check (**Vérifier** : ce qui est réellement fait), Act (**Corriger** : les éventuels écarts).

La démarche d'amélioration continue de la qualité s'appuie sur quatre éléments indispensables : des **acteurs** concernés, des **objectifs** globaux, une **méthodologie** de maîtrise ou d'assurance qualité, le **temps** avec la planification des étapes.

¹⁸ - E. Minvielle : *Les démarches Qualité à l'Hôpital : historique, les différentes approches et référentiels*, congrès « La chaîne de la qualité dans le secteur de la santé », séance plénière-panorama de l'avancement actuel des démarches qualité dans le secteur santé, Ecole du Service de Santé des Armées-Lyon/Bron, 21 novembre 1995.

¹⁹ - Norme I.S.O. 8402, in Huberac J.-P., *Guide des méthodes de la qualité*, Ed. Maxima Laurent du Mesnil, Paris 1998, 224 pages, extrait in glossaire page 230. Voir Annexe N°1 B et Annexe N°1 C.

²⁰ - Définition de l'audit clinique : « méthode d'évaluation qui permet, à l'aide de critères déterminés, de comparer les pratiques de soins à des références admises en vue de mesurer la qualité de ces pratiques et des résultats de soins, avec l'objectif de les améliorer » in A.N.D.E.M. : *L'évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé-l'audit clinique-*, juin 1994, page 16.

Le management²¹ de la qualité est de la responsabilité de l'équipe de direction, mais doit être conduit au plus haut niveau.

- **La gestion de la qualité :**

Dans un établissement de santé, la gestion des risques prévoit le repérage, la prévision et la prévention d'un certain nombre de risques, encourus par les patients, les visiteurs, les personnels.

Par la recherche de qualité et de sécurité des soins, des prestations nécessaires aux patients, la gestion des risques devient rapidement un comportement de vigilance, évinçant la tendance à l'improvisation et les habitudes.

2 - 1 - 2 - Les soins infirmiers:

Le **décret du 15 mars 1993**²², relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier redéfinit les soins infirmiers dans son article premier :

« Les soins infirmiers préventifs, curatifs, ou palliatifs sont de nature technique, relationnelle et éducative...Ils ont pour objet dans le respect des règles professionnelles des infirmiers incluant..le secret professionnel...de prévenir et d'évaluer la souffrance et la détresse des personnes et de participer à leur soulagement...d'accompagner les patients en fin de vie et, en tant que de besoin, leur entourage ».

Ils relèvent du rôle propre infirmier (Art.2) ou sont sur prescription médicale (Art.4), réalisés ou non en présence d'un médecin (Art.6).

Actuellement, les infirmiers utilisent la **méthode de résolution de problème**, véritable démarche de soin qui situe le malade au centre du système de santé.

Cette démarche, visant à poser et à traiter les problèmes de santé, favorise une meilleure connaissance des personnes et de leurs besoins, afin de dispenser des soins adaptés et personnalisés. Elle comporte plusieurs étapes, du recueil de données et l'analyse des problèmes potentiels ou énoncés, à l'évaluation et réajustement des objectifs pré-définis.

Dans le cadre du décret du 15 mars 1993 sus cité, l'infirmier peut élaborer des outils, tels que des protocoles de soins : *« ...identifie les besoins du patient, pose un diagnostic infirmier, formule des objectifs de soins, met en œuvre les actions appropriées et les évalue, ...peut élaborer des protocoles de soins relevant de son initiative ».*

²¹ - Définition I.S.O. 8402 du management de la qualité : «ensemble des activités qui déterminent la politique Qualité, les objectifs, les responsabilités, dans le cadre du système qualité » in Huberac J.-P., *Guide des méthodes de la qualité*, Ed. Maxima Laurent du Mesnil, Paris 1998, 224 pages, extrait in glossaire page 235.

²² - Décret N° 93-345 du 15 mars 1993, relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier.

Le **protocole** de soins infirmiers est : « *un guide d'application des procédures de soins centré sur une cible (groupe, communauté, population) présenté sous forme synthétique, élaboré selon une méthodologie précise* »²³. Un protocole de soins est une référence.

Un guide du service infirmier²⁴ confirme : « *le service infirmier doit avoir un système d'assurance de qualité organisé, s'inscrivant dans le projet de qualité de l'institution et dans ce cadre, des protocoles de soins sont élaborés, utilisés et actualisés* ».

Depuis dix ans, les termes de démarche de soins, plan de soins, dossier de soins, diagnostic infirmier²⁵, imprègnent le langage infirmier.

2 - 1 - 3 - L'évaluation de la qualité des soins infirmiers :

L'évaluation²⁶ est une étape de la démarche qualité. C'est un outil au service d'une politique, outil privilégié de la réalisation de l'objectif qualité. Elle reste une aide indispensable à la prise de décision.

L'évaluation de la qualité des soins est définie par l'**Organisation mondiale de la Santé**²⁷ comme : « *une démarche qui doit permettre de garantir à chaque patient, l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui assurera le meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en terme de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins* ».

En France, la qualité des soins est définie par le **Ministère des Affaires Sociales et de l'Emploi** de façon restrictive : « *un niveau plus ou moins élevé des soins infirmiers dispensés, mesuré et/ou apprécié selon les normes*²⁸ *professionnelles établies* ».²⁹

²³ - Ministère de la Santé et de l'Action Humanitaire, Bulletin Officiel N°92-13 bis, Série Organisation et Gestion du Service Infirmier, Guide du Service Infirmier N°4 : *Protocoles de soins infirmiers*, 1992, Direction des Hôpitaux ; Paris, Direction des Journaux Officiels, 87 pages.

²⁴ - Ministère des Affaires Sociales et de l'Emploi, Bulletin Officiel N° 86-21 bis, Série Soins Infirmiers, Guide du Service Infirmier N°3 : *Terminologie des soins infirmiers : glossaire provisoire*, 1986, Paris, Direction des Journaux Officiels, 67 pages.

²⁵ - Définition : « est l'énoncé d'un jugement clinique sur les réactions aux problèmes de santé présents ou potentiels, aux processus de vie d'une personne, d'une famille ou d'une collectivité. » Ils « servent de base pour choisir les interventions de soins visant l'atteinte des résultats dont l'infirmière est responsable », par North American Nursing Diagnosis Association (N.A.N.D.A.), A.N.A.D.I. en France.

²⁶ - Evaluer : du latin « *valere* », valoir. « Détermine la valeur, le prix, l'importance de... Au sens large, c'est émettre un jugement en se référant à un ou plusieurs critères ». Dictionnaire Le Robert.

²⁷ - O.M.S. in A.N.D.E.M.: *Mise en place d'un programme d'amélioration de la qualité*, Principes méthodologiques Paris, octobre 1996.

²⁸ - Norme : « Résultat attendu des interventions de soins infirmiers pour obtenir un niveau de qualité »:32 bas page

²⁹ - Ministère des Affaires Sociales et de l'Emploi *Terminologie des soins infirmiers, glossaire provisoire*, opus cite.

L'évaluation de la qualité des soins infirmiers est centrée sur le respect de procédures puis l'analyse des écarts, comme précisé dans les documents officiels :

« un procédé consistant à mesurer l'écart existant entre une pratique (processus et résultat de l'action) observée de soins infirmiers et une pratique préalablement définie comme optimale »³⁰. La satisfaction des usagers et de leurs familles n'apparaît pas.

Un guide de l'évaluation de la qualité des soins infirmiers est publié en 1983, à partir d'expériences américaines.³¹

En juin 1987, le Ministère initie la publication d'un guide méthodologique sur l'évaluation de la qualité des soins infirmiers³². En premier lieu, il s'agit de la mise en évidence de dysfonctionnements ou de déficiences, auxquels il faut remédier par des actions correctives.

Un des procédés d'**Evaluation de la Qualité des Soins Infirmiers** (E.Q.S.I.), consiste à mesurer un écart entre une pratique observée et une pratique préalablement définie comme rationnelle. La mesure de la qualité des soins se réalise suivant trois axes : les ressources, les processus, les résultats.

Les **méthodes d'évaluation de la qualité** des soins demandent au préalable que le concept des soins infirmiers, le projet du service infirmier soient élaborés, connus et validés comme cadre de référence. De même, les outils tels que le dossier de soins infirmiers, les protocoles de soins, la planification des soins, les transmissions ciblées, doivent déjà être en cours d'utilisation.

La mise en place d'une telle **évaluation** est pour les professionnels l'occasion d'établir des critères de qualité opérationnels, d'élaborer des indicateurs de soins, afin d'optimiser l'utilisation du dossier de soins, d'améliorer l'ensemble des prestations dispensées aux personnes soignées.

En 1995, les **Programmes d'Amélioration de la Qualité** (P.A.Q.) ont été lancés par la Direction des Hôpitaux avec le concours de l'A.N.D.E.M., sur des thèmes ciblés (dossier du malade, prise en charge de la violence, la sécurité anesthésiste et la sécurité transfusionnelle, la lutte contre les infections nosocomiales, la dispensation des médicaments)³³.

³⁰ -Ministère des Affaires Sociales et de l'Emploi *Terminologie des soins infirmiers, glossaire provisoire*, opus cite.

³¹ -Jacquerye A., Responsable de la Formation des Soignants à l'Hôpital Erasme (Bruxelles-Belgique) : *Guide de l'évaluation des soins infirmiers*, Edition Le Centurion, Paris, 1983, 311pages.

³² -Ministère des Affaires Sociales et de l'Emploi, Bulletin Officiel spécial N°87-27 bis, Série Soins Infirmiers, Guide du Service Infirmier N°4 fascicule spécial: *L'évaluation de la qualité des soins infirmiers des services hospitaliers, approche méthodologique*, 1987, Direction des Hôpitaux ; Paris, Direction des J.O., 157 pages.

³³ - Leteurre H. Quaranta J.-F. : *La qualité des soins médicaux*, Ed. Que-sais-je ? N°3431, janvier 1999, 122 pages, extrait page 27.

Nous pensons que **l'enjeu** est considérable. **Les patients** sont concernés par cette évaluation des soins englobant non seulement l'efficacité technique, le risque de complications, la nécessité d'un examen ou d'un traitement, mais la qualité de l'information dispensée et reçue. En tant qu'individu à part entière, c'est aussi la qualité de sa vie ou de sa survie, avec l'évaluation de sa prise en charge en totalité.

La démarche d'**autoévaluation** sur sa propre activité est réalisée chez les infirmières, au niveau des techniques de soins. L'enseignement y contribue et le souci de progression est partagé. En revanche, la crainte du jugement professionnel persiste.

Les travaux initiés par l'A.N.D.E.M. démontrent et confirment que l'évaluation, loin de constituer une menace, **est un moyen** que les professionnels peuvent **s'approprier** pour améliorer la qualité des prestations de soins dispensés aux malades dont ils ont la charge.

De plus, « *Pour garantir la qualité des soins qu'il dispense et la sécurité des patients, l'infirmier ou l'infirmière a le devoir d'actualiser ses connaissances professionnelles.* ».³⁴

Commentaires :

Nous pensons que la démarche de soin est une démarche qualité, formalisée par l'utilisation du dossier de soins. Elle témoigne de l'attention particulière qui est portée à la personne soignée en vue de contribuer à la prise en charge de son problème de santé, à la restauration de son bien-être. Les informations recueillies permettent aux médecins d'affiner leurs diagnostics et d'évaluer l'efficacité des thérapeutiques prescrites.

L'évaluation est une réponse aux interrogations des acteurs de soins de plus en plus préoccupés par la nécessité de mesurer l'efficacité de leurs prestations médicales et soignantes en terme de satisfaction des patients.

Dans un processus d'amélioration de la qualité, la procédure d'accréditation va constituer un temps privilégié d'appréciation, réalisé entre professionnels de santé.

2 - 2 - LA DEMARCHE D'ACCREDITATION :

2 - 2 - 1 - L'Accréditation française :

2 - 2 - 1 - 1 – Définition et objectifs :

L'accréditation³⁵ est une procédure d'évaluation externe à l'établissement de santé, effectuée par des professionnels de santé indépendants. Elle a pour objectifs :

- Apprécier la qualité et la sécurité des soins,
 - Apprécier la capacité des établissements à améliorer de façon continue la qualité des soins et la prise en charge du patient,
 - Formuler des recommandations explicites,
- avec
- Implication des professionnels à tous les stades de la démarche qualité,
 - Reconnaissance externe de la qualité des soins dans les établissements de santé,
 - Amélioration continue de la confiance du public.

Les établissements de santé concernés sont publics et privés, civils et militaires, les groupements de coopération sanitaires et les réseaux de soins. La procédure d'accréditation s'applique aux activités des établissements de santé, en lien direct et indirect avec la prise en charge du patient (secteurs logistiques, techniques..). Elle ne concerne pas les activités d'enseignement et de recherche.

Elle n'est ni une inspection, ni une certification³⁶.

2 - 2 - 1 - 2 – Manuel des référentiels français

Il est composé de dix référentiels, eux-mêmes regroupés en trois grands chapitres.

«Le patient et sa prise en charge», premier chapitre, concerne les « droits et information du patient », le « dossier patient », l'« organisation de la prise en charge des patients ».

Le chapitre portant sur le « management et gestion au service du patient » comprend les référentiels « management de l'établissement et des secteurs d'activité », la « gestion des ressources humaines », la « gestion des fonctions logistiques », la « gestion du système d'information ».

La « qualité et prévention », troisième chapitre, se décline en : « gestion de la qualité et prévention des risques », « vigilances sanitaires et sécurité transfusionnelle », « surveillance prévention et contrôle du risque infectieux ».

*« Les référentiels d'accréditation sont structurés sur la base de références,(..) elles-mêmes déclinées en critères. ».*³⁷

³⁴ - Décret N°93-221 du 16 février 1993 relatif aux règles professionnelles des infirmiers et infirmières, Article 10.

³⁵ - D'après le Manuel d'accréditation des établissements de santé, A.N.A.E.S., version février 1999.

³⁶ - Certification : « Garantie que le système qualité de l'entreprise est conforme aux exigences des Normes I.S.O. 9000 (9003 à 9001). Donnée par un organisme indépendant accrédité », in Huberac J.-P.-Guide des méthodes de la Qualité. Voir Annexe N°2 : certification-accréditation

³⁷ - Définitions : référence : « énoncé d'une attente ou d'une exigence permettant de satisfaire la délivrance de soins ou de prestations de qualité ».,

La structuration interne, identique à chaque référentiel facilite l'utilisation du manuel à la fois lors de l'autoévaluation et lors de la visite d'accréditation. Elle concerne la politique de l'établissement, l'engagement des acteurs, les pratiques mises en œuvre et l'évaluation des résultats.

La cotation de chaque référence s'échelonne de «*référence satisfaite (A)*», «*satisfaite en grande partie (B)*», «*partiellement satisfaite (C)*», à «*référence non-satisfaite (D)* ».

2 - 2 - 1 -3 – Etapes de la Procédure :

Le représentant légal de l'établissement détermine le moment le plus propice pour l'entrée dans la procédure d'accréditation en conformité avec l'échéance limite définie à cinq ans, par voie d'ordonnance en 1996.

La **demande d'engagement** dans la procédure est initiée par le directeur de l'établissement. Elle apparaît dans la proposition de contrat d'accréditation entre l'établissement et l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (A.N.A.E.S.).

Le Directeur de l'Agence Régionale d'Hospitalisation en est informé, avec le calendrier de visite, dans le Contrat d'Objectifs et de Moyens.

Sur la base des référentiels élaborés par l'A.N.A.E.S., l'établissement effectue sa propre évaluation de performances ou **autoévaluation**. C'est l'étape primordiale de la procédure d'accréditation.

La **visite d'accréditation**, second temps de la procédure, est réalisée sur les lieux par une équipe d'experts-visiteurs. Elle procède à l'analyse de l'établissement, sur la base du rapport d'autoévaluation. La finalité est d'**apprécier**, avec l'établissement de santé, la **dynamique d'amélioration continue de la qualité**.

Le **rapport des experts** est transmis à l'Agence Nationale d'Accréditation et examiné par le Collège d'accréditation. Devenu rapport d'accréditation, il contient les appréciations par référentiel et les recommandations qui vont déterminer la cotation et les modalités de la prochaine visite d'accréditation. Dans le meilleur des cas, la périodicité est de cinq ans.

Les appréciations s'échelonnent de "*sans recommandations*", "*avec recommandations*", puis "*avec réserves*" et "*avec réserves majeures*".

Le **rapport d'accréditation** est transmis par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé, au Directeur de l'Agence Régionale d'Hospitalisation et au directeur de l'établissement. Ce dernier dispose d'un **délai** de recours **d'un mois** auprès du Collège d'accréditation, en cas de contestation.

Critère : « énoncé d'un moyen ou d'un élément plus précis permettant de satisfaire la référence d'accréditation. Il doit être mesurable, objectif, réalisable ».

Geneviève DELACOURT - Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique - 1999

Commentaires :

L'accréditation vise à assurer la sécurité et la qualité des soins donnés au patient et à promouvoir une politique de développement continu de la qualité au sein d'un établissement.

2 – 2 – 2 – Les expériences étrangères :

De l'évaluation des soins et des technologies (Technology assessment) à l'évaluation de la qualité des soins (Quality Assessment), puis l'assurance qualité (Quality Assurance) et l'amélioration de la qualité (Quality improvement) jusqu'au **management de la qualité des soins** (Total Quality Management) la référence sémantique anglo-saxonne jalonne l'évolution des concepts développés en France.

La procédure d'accréditation hospitalière³⁸, aujourd'hui développée aux USA et dans les pays sous leur influence culturelle : Canada, Royaume-Uni, Australie, est en comparaison peu développée dans les pays latins, sauf en Catalogne (Espagne) et en Italie.

L'origine de ces pratiques est fondée sur le postulat suivant : la mise en place de standards concernant des structures, des ressources et des procédures suffit à garantir la qualité des soins pratiqués dans les établissements sanitaires.

L'objectif global des systèmes d'accréditation est d'**encourager l'efficacité des services offerts aux usagers** par les organismes de santé, et d'**impulser une dynamique de développement** de ces services. Ceci sous-tend quatre objectifs principaux :

- Evaluer les structures et les processus suivant des normes préétablies et valoriser les soins de qualité par la mesure des résultats obtenus,
- Estimer la capacité de l'établissement à prodiguer ces soins de qualité de façon continue et régulière, dans une dynamique d'amélioration, notamment dans son fonctionnement,
- Mettre à disposition de l'établissement des normes et mesures de performances validées et lui restituer les résultats de sa propre évaluation, en les situant par rapport aux établissements ayant les mêmes caractéristiques.

³⁸ - Elaboré à partir de plusieurs ouvrages, voir bibliographie ouvrage N°26,29, articles N° C, D, E, AA, CC.
Geneviève DELACOURT - Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique - 1999

- Valoriser la performance de l'établissement dans son engagement dans la démarche de qualité, par la communication du résultat global de l'évaluation aux autres acteurs du système de santé.

La formalisation de l'accréditation a été à l'instigation des professionnels de santé, dans la majeure partie des cas.

Aux Etats-Unis (U.S.A. : United State of America) (1917), l'association des chirurgiens américains, l'American College of Surgeons (ACS) définit des standards, centrés sur les activités chirurgicales, dans un contexte de faible encadrement fédéral des acteurs du système de soins.

En 1951 est créée la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (J.C.A.H.O.), regroupant des représentants des personnels médicaux, d'associations d'hôpitaux, et d'usagers. A partir de 1966, l'Etat fédéral exige que les hôpitaux vérifient certains critères de qualité, pour soigner des patients pris en charge par le système d'assurance public «Medicare ».

Au Canada, dès 1960, le Conseil Canadien des Services de Santé (Canadien Concil of Health Services Accreditation), organisation privée non-gouvernementale, prend le relais de la J.C.A.H.O. dans l'accréditation des hôpitaux canadiens.

En Catalogne, la création d'une accréditation des hôpitaux est apparue en 1981, sous la responsabilité du Ministère de la Santé, Service de l'Autorisation, de l'Accreditation et de l'Evaluation. Elle s'inscrit dans une démarche volontaire, mais obligatoire pour les hôpitaux désirant passer contrat avec le Service Catalan de Santé, public.

Au Royaume-Uni, l'accréditation est d'apparition récente (1995), mais s'inscrit dans une démarche plus ancienne de démarche qualité.

Il existe plusieurs organismes indépendants. Le plus connu, le King's Fund, centenaire, réalise, à la demande des professionnels, des audits organisationnels se concluant par l'étape d'accréditation.

Les **dénominateurs communs** à ces expériences d'accréditation se déclinent en plusieurs points :

- Les organismes d'accréditation sont **indépendants** des autorités de tutelle sanitaires et des organismes de financement, même si ces derniers, dans certains cas, conditionnent leurs remboursements sur l'accréditation de l'établissement de santé (U.S.A.).

- La demande d'accréditation est basée sur le **volontariat**, même si parfois elle devient obligatoire, afin de remplir certaines missions tel l'enseignement dans les hôpitaux universitaires (Canada).
- La **procédure** d'accréditation est **semblable** dans les différents pays.
- Elle suppose une demande d'**engagement préalable** formulée par l'établissement, la réalisation d'une **autoévaluation basée sur un référentiel** ou questionnaire préétabli par l'organisme accréditeur, la visite d'accréditation **au sein de l'établissement**, conduite **par des experts** professionnels de santé : gestionnaire, médecin, soignant ; l'élaboration d'un **rapport d'accréditation** comprenant commentaires et recommandations.

Dans les pays étrangers, il est difficile de mesurer l'impact de la seule procédure d'accréditation, du fait de nombreux facteurs intervenant sur l'offre de soins.

Commentaires :

Les expériences étrangères amènent à la réflexion suivante : en France, l'engagement obligatoire dans une procédure d'accréditation va-t-elle inciter les établissements de santé à mettre en œuvre des démarches qualité, à élaborer des projets³⁹ d'amélioration de la qualité ?

S'il semble souhaitable d'œuvrer dans ce sens, comment les équipes de direction vont-elles engager l'ensemble du personnel dans le processus, pour quelle pérennité ?

2 – 3 - LA DEMARCHE DE CHANGEMENT :

Le changement est défini par *«toute modification de fond des structures, des processus et des relations entre individus au sein d'une organisation en vue d'une amélioration durable du fonctionnement de cette dernière⁴⁰»*.

La gestion d'un changement doit respecter un certain nombre de principes de base qui permettront de réduire les difficultés engendrées par cette évolution.

2 – 3 – 1 - Le facteur humain :

Sur la période déterminée du changement, vont se succéder une compréhension des nouvelles règles ou normes, puis un stade d'interprétation et de traduction de ces dernières.

³⁹ - Le mot **projet** qui signifie «l'image d'une situation ou d'un état que l'on pense atteindre, ce que l'on propose de faire à un moment donné », figure à plusieurs reprises dans les textes de loi : dans les articles L.714-22 sur le projet de service, l'article L.714-26 sur l'élaboration du projet de soins infirmiers, déjà cité dans l'article L.714-11. Il met l'accent sur l'engagement des personnes dans les options de développement à réaliser.

⁴⁰ -Définition in Brenot J. Tuvée L. : *Le changement dans les organisations*, Ed. P.U.F. Que sais-je ? N°3114, p. 63.

Ce n'est que lorsque ces évolutions sont maîtrisées et communes à l'ensemble d'une organisation que le changement est installé. Mais si le rythme d'appropriation des moyens et des outils nouveaux est relativement rapide, celui des méthodes nouvelles et leur mise en œuvre dans les structures d'organisation est plus long.

La gestion d'un changement doit admettre, indépendamment de la mise en œuvre du programme, que le processus d'acculturation traverse les trois stades naturels de l'**adhésion** (reconnaissance acquise de l'intérêt du changement), de l'**implication** (identification de son rôle, motivation, phase expérimentale), puis de l'**appropriation**.

La conduite d'un individu face à ses supérieurs hiérarchiques est en même temps un acte et le résultat d'une négociation. C'est l'équilibre entre contribution et rétribution.

Tous les individus n'ont qu'une liberté restreinte. En conséquence, ils ne peuvent décider qu'en fonction d'une rationalité limitée⁴¹.

Le pouvoir est donc une relation d'échange, de négociation et non un attribut des différents acteurs. L'élément décisif du comportement d'un individu, d'un groupe⁴², est le jeu de pouvoir et d'influence auquel il participe et à travers lequel il affirme son existence sociale malgré les contraintes. Les tensions ne sont pas seulement explicables en termes de jeu de pouvoir ou d'intérêt économique, elles naissent aussi de la rencontre de cultures différentes⁴³.

La mise en place de moyens spécifiques de communication est fondamentale, quelle que soit la forme de politique de changement envisagée, afin de mesurer les risques d'incohérence réels ou potentiels et suivre le rythme d'évolution.

2 – 3 – 2 - La communication :

Outil indispensable dans un projet de changement, elle doit anticiper, accompagner consolider celui-ci au cours du processus de transformation.

La politique de communication est développée selon trois axes :

- **La communication relative aux concepts :**

Le cadre de référence doit être posé. Les définitions sont explicitées, les procédures clarifiées. C'est ce qui donne le **sens** du changement proposé.

⁴¹ -Définition : « L'être humain décide de façon séquentielle et choisit pour chaque problème la première solution qui correspond à son seuil de satisfaction minimum », d'après Marchet J.G., Simons H.A. : *Organizations*, New York, Wiley, 1958-(traduction française : *les organisations*, Paris, Dunod, 1965).

⁴² - «Un groupe, tout autant qu'une organisation, est un construit humain et n'a pas de sens en dehors du rapport de ses membres. », in Crozier M. Friedberg E. : *L'acteur et le système*, Ed. du Seuil, Collection Ponts Politique, Ligugé (Vienne) 1981, 388 pages, extrait page 43.

⁴³ - D'après Crozier M. Friedberg E., opus cite, pages 46, 57, 334.

Les supports de diffusion utilisés sont multiples et variés, en fonction des différents niveaux de réception, dans l'objectif de toucher le plus large auditoire possible au sein de l'institution.

- ***La communication en fonction de la typologie des personnes :***

Elle est spécifique auprès de différentes catégories de professionnels, classées du point de vue de leur distance et position face au changement. Elle fait apparaître : les indifférents, les réfractaires, les adversaires, les positifs, les prescripteurs, les partenaires, les agents de changements.

La communication doit tenir compte des différents critères des personnes auxquelles elle s'adresse : leur cadre de référence et leur distance culturelle et technique par rapport au projet, leur intérêt et perception des risques et des gains, leurs besoins, niveaux de mobilisation et crédibilité.

- ***La communication des catégories professionnelles et des postes :***

Cette dernière, très spécialisée, entre dans le champ de l'encadrement et de rôles de ceux qui animent les démarches de progrès. Elle est transversale, intercatégorielle.

L'individu, en fonction de sa catégorie, définit ses comportements, et modélise son identité au travail, à partir des interactions, des échanges à l'intérieur des groupes professionnels, dans un ensemble relativement cohérent et stable. L'hôpital, la clinique, l'institution est un lieu de socialisation d'où le professionnel retire une reconnaissance sociale grâce à son travail. Il constitue un élément fort de son identité.

Déstabiliser cet équilibre, c'est détruire un des éléments de cette identité. Lancer un projet, c'est donner à chaque professionnel ou chaque groupe les moyens de faire évoluer ses références et ses pratiques à partir de nouvelles normes.

Il est nécessaire d'apporter un éclairage sur les attentes vis-à-vis des postes, des carrières, des compétences, des connaissances attendues, de même que sur l'organisation du travail. Il est important de limiter les craintes et les angoisses.

La communication doit également favoriser les échanges transversaux pour accélérer l'apprentissage et créer un acquis commun. Elle s'attache à diagnostiquer et à interpréter les sources de problèmes et de blocages dans la mise en œuvre des actions de progrès.

2 – 3 – 3 – La gestion du changement :

Une **volonté de changement** doit bénéficier de la caution des plus **hauts dirigeants**. Ce statut officiel marque l'importance et le caractère inéluctable, autorise et entraîne

l'engagement de l'ensemble de l'institution. Dans le cas contraire l'extension et la diffusion seront limitées ou freinées.

La résistance au changement, pour M.Crozier n'est que « *l'expression de l'appréciation raisonnable et légitime des risques que comporte pour les acteurs, tout changement conçu en dehors d'eux et visant surtout à rationaliser leurs comportements en les rendant prévisibles par la suppression des (zones) d'incertitudes* »⁴⁴.

Les agents de changement, repérés dans l'entreprise et animés de façon distinctive, ont un rôle important pour concrétiser le mouvement créé.

Gérer un changement consiste également à trouver l'équilibre entre la conduite du programme et la gestion du processus.

Le programme contient des objectifs définis, des séquences, des points de rencontre ; le processus comprend l'animation, le déroulement, l'enchaînement d'un certain nombre d'événements dans une construction visant à aboutir à un résultat prédéfini.

Cette complémentarité suppose la conception et la planification d'actions coordonnées, avec possibilité de réajustement, des temps d'évaluation des résultats à chaque étape, une procédure laissant aux acteurs des zones d'initiative dans le schéma initial envisagé.

Commentaires :

Dans un cadre délimité spécifique, la démarche de changement dépend du management de direction, des différents professionnels concernés, des logiques en présence, des ressources et des contraintes en terme de moyens, pour son élaboration et sa concrétisation.

⁴⁴ - in Crozier M. Friedberg E., opus cite, ouvrage page 29, note 2 bas de page.

AU TERME DE CETTE PREMIERE PARTIE :

De l'**incitation** en 1991, à organiser l'évaluation de la qualité des soins, à l'**obligation** légale en 1996, le cadre réglementaire est fixé pour les établissements de santé.

L'**accréditation** vise à assurer **la sécurité et la qualité des soins donnés au patient** et à promouvoir une politique de développement continu de la qualité au sein de l'établissement.

Les expériences étrangères amènent à la réflexion. En France, l'engagement obligatoire dans une procédure d'accréditation incite les établissements de santé à mettre en œuvre des démarches qualité, à élaborer des projets d'amélioration de la qualité.

S'il est nécessaire d'œuvrer dans ce sens, comment les équipes de direction vont-elles engager l'ensemble du personnel dans le processus, avec quelle pérennité ?

De façon plus spécifique, **comment l'infirmière générale** engage-t-elle l'ensemble des professionnels soignants du service de soins infirmiers dans une démarche d'amélioration de la qualité des soins, en vue du processus d'accréditation ?

Les difficultés rencontrées concernent plusieurs **facteurs** : le niveau de connaissance de la démarche qualité et du processus d'accréditation, le dimensionnement du projet au sein de l'établissement, les acteurs engagés. Ils interfèrent sur les étapes de mise en œuvre, d'évaluation du projet d'amélioration de la qualité.

L'infirmière générale est un acteur fédérateur, dans le sens de faciliter, permettre, promouvoir une pratique soignante diversifiée, créative et profondément respectueuse des personnes. C'est une des conditions essentielles, liée à la gestion même du service infirmier, permettant d'aborder la qualité des soins.

L'évaluation est une réponse aux interrogations des acteurs de soins de plus en plus préoccupés par la nécessité de mesurer l'efficacité de leurs prestations en terme de **satisfaction des patients**, résultat d'une prise en charge de leurs problèmes de santé et de la restauration de leur bien-être.

Ce qui nous amène à énoncer l'**hypothèse** suivante :

La mise en place d'une démarche d'amélioration de la qualité, en préalable à l'engagement dans le processus d'accréditation et le niveau d'engagement explicite⁴⁵ de l'infirmière générale dans cette démarche, prédétermine l'adhésion, la mobilisation des professionnels infirmiers dans la phase d'autoévaluation, première étape de la procédure d'accréditation.

Nous allons tenter de la vérifier à travers l'étude suivante.

⁴⁵ - Explicite : du latin explicitus explicare : expliquer ; qui est réellement exprimé, formulé, suffisamment clair, précis dans l'énoncé, ne peut laisser de doute. Dictionnaire Le Robert.

DEUXIEME PARTIE :
ETUDE DE LA REALITE

1 - METHODOLOGIE

1 -1 – METHODOLOGIE DE L 'ENQUETE

1 – 1 – 1 - *Lieux* :

Etablissements de santé, hôpitaux publics, privés à but non lucratif, Participant au Service Public Hospitalier (P.S.P.H.) ou non - P.S.P.H..

La sélection comprenant au moins :

- 1 Centre Hospitalier,
- 1 Centre Hospitalier à vocation psychiatrique,
- 1 établissement privé,

de capacités d'accueil différentes.

Nous avons réalisé notre enquête dans **Cinq établissements** :

- 2 Centres Hospitaliers, dont un comprenant un établissement psychiatrique,
- 1 centre hospitalier départemental à vocation psychiatrique,
- 2 Hôpitaux privés, à but non lucratif, dont un non conventionné.

Les capacités d'accueil varient de 190 lits à 2200 lits et places.

1 – 1 – 2 – *Public ciblé* :

1°: Les professionnels du service de soins infirmiers :

- Directeur du Service de Soins Infirmiers, Infirmiers Généraux ou Cadre - Infirmier Supérieur, cadre - Infirmier, infirmier,
correspondant aux trois niveaux hiérarchiques : politique, opérationnel, technique.

2°: Les autres acteurs de l'établissement :

- Directeur,
- Médecin, Pharmacien, responsable de service,
afin de constater l'existence ou non d'une démarche globale, l'atteinte des étapes, les moyens mis en œuvre dans l'établissement.

Certains acteurs exercent des responsabilités dans le domaine de la qualité.

Le choix effectué s'est porté de façon plus ciblée sur les professionnels soignants.

Nous avons réalisé **trente - huit entretiens** :⁴⁶

- 32 professionnels du service de soins infirmiers,
- 6 autres acteurs : directeur, médecin, pharmacien.

⁴⁶ Voir Annexes N°3 A, 3 B, 3 C : tableaux récapitulatifs des entretiens.

1 – 1 – 3 – *Moyen d'investigation* :

Nous avons réalisé des entretiens semi-directifs selon une grille préétablie⁴⁷, identique pour tous les professionnels. Cette dernière est construite, de façon progressive, en deux parties : six points abordés concernent la « qualité », six « l'accréditation ».

La progression est similaire au sein des deux thèmes : la connaissance de la démarche ou du processus, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation. Les relances ont été formulées en fonction des points abordés au cours de l'entretien.

1 – 2 - METHODOLOGIE DE L'ANALYSE

L'analyse, basée sur la grille sus-citée, a été réalisée à partir d'une codification pour chacun des items abordés, dans chaque entretien. Cette étape a permis de situer chaque professionnel de santé, par rapport à son niveau d'engagement dans une démarche qualité et dans le processus d'accréditation.

Considérant ces deux axes, nous avons constitué quatre grands groupes, définis par les critères suivants :

Qualité : - ayant mis en place au moins une action d'évaluation de la qualité des soins,
- ou ayant participé à la mise en place d'une démarche qualité,

Accréditation: - n'ayant pas préparé l'accréditation, ou
- s'inscrivant dans le processus d'accréditation (quel que soit le niveau).

Le croisement de ces derniers est concrétisé dans un tableau à double entrée :

Accréditation Qualité	Accréditation non préparée	Dans processus d'Accréditation
Mise en place d'une démarche Qualité	X	X
Au moins une action d'évaluation de la Qualité	X	X

Il met en évidence différentes étapes dans la réflexion de la mise en place d'une démarche d'amélioration continue de la qualité, et dans le processus d'accréditation.

Nous avons ensuite construit une représentation graphique, afin d'obtenir une approche qualitative dans la démarche progressive, pour les deux niveaux d'analyse.

⁴⁷ - Voir Annexe N°4 : grille d'entretien.

1 – 2 – 1 - Premier niveau d'analyse : engagement Qualité – Accréditation

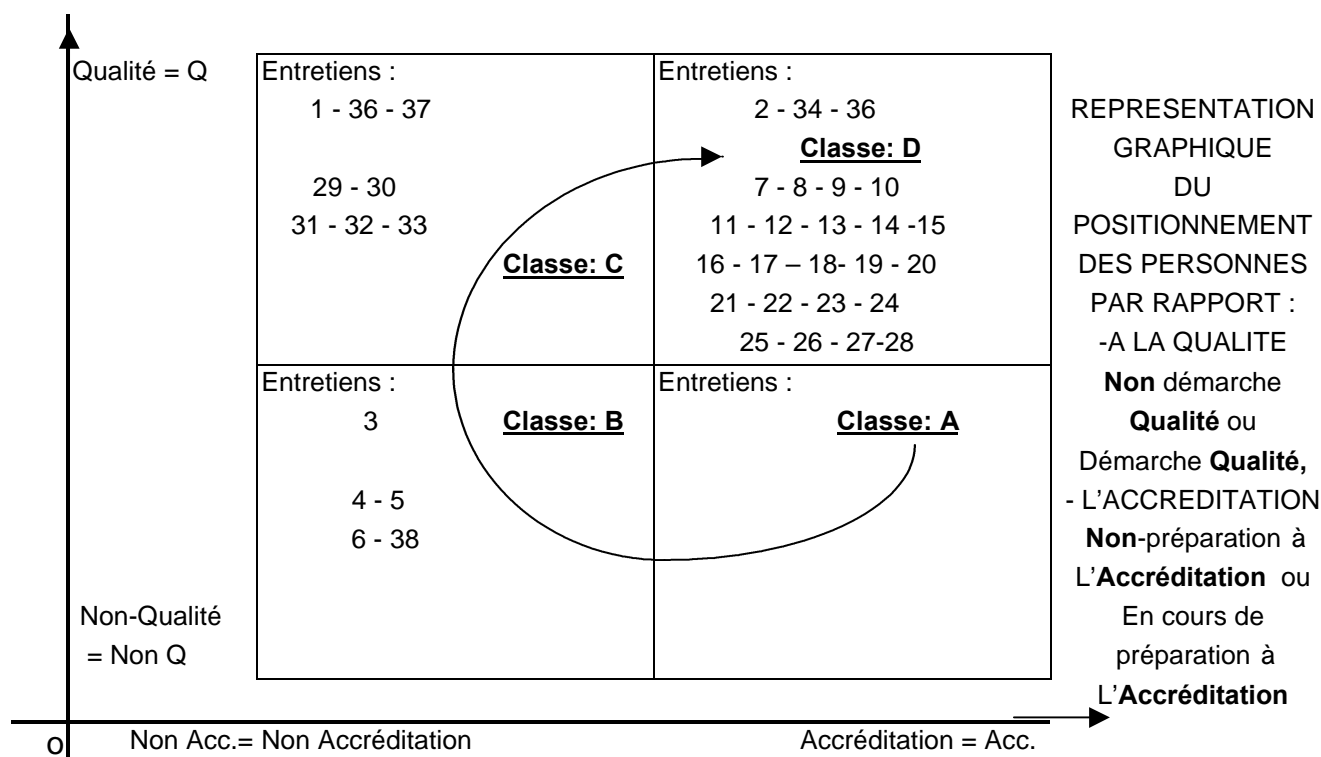
En situant les professionnels par rapport à un axe Qualité et un axe Accréditation, à partir de l'analyse individuelle des entretiens, nous avons dégagé **quatre** grandes **classes** :

CLASSE A : « **Non inscrit** dans une démarche **Qualité** »,
« et **inscrit** dans un processus d'**Accréditation** » : (Non Q , Acc.)

CLASSE B : « **Non inscrit** dans une démarche **Qualité** »,
« et **Non inscrit** dans un processus d'**Accréditation** » : (Non Q , Non Acc.)

CLASSE C : « **Inscrit** dans une démarche **Qualité** »,
« et **Non inscrit** dans un processus d'**Accréditation** » : (Q ; Non Acc.)

CLASSE D : « **Inscrit** dans une démarche **Qualité** »,
« et **inscrit** dans un processus d'**Accréditation** » : (Q ; Acc.),



Avec un **axe de progression** allant de A vers B puis C et D. Les nombres correspondent aux numéros d'enregistrement des entretiens.

La notion de « type idéal » de M. Weber⁴⁸, désignant « *les conceptions dont se servent les sociologues dans l'étude des diverses sociétés* » dans la « sociologie compréhensive » permet d'analyser, de restituer le lien entre une intention singulière et ses résultats.

« Le type idéal est ...un mixte de relations abstraites et de données historiques et

⁴⁸ - Boudon R., Bourricaud F. : *Dictionnaire critique de la sociologie*, p.682-683, P.U.F. 1990, 687 pages.
Geneviève DELACOURT - Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique - 1999

contingentes ». « *La construction des types idéaux se trouve soumise à deux exigences, la saisie de relations simples – évidentes mais abstraites - entre les visées, les contraintes et les ressources des acteurs, et la compatibilité de ces relations élémentaires...* ».

L'utilisation de ce modèle permet, par construction, de dégager des types idéaux, dans lesquels nous situerons les acteurs, professionnels de santé, au travers de l'entretien.

Ces types idéaux ne sont pas la retranscription de la réalité, mais des construits permettant une certaine lecture, facilitant le décryptage de cette réalité observée.

1 – 2 – 2 – Deuxième niveau d'analyse : par établissement–par fonction

A partir des bases de l'analyse ci-dessus, nous dégagerons la position des différents établissements sur le diagramme des classes.

Existe-t-il une cohésion d'ensemble, dans chacun de ces derniers, à travers les propos recueillis dans les différents entretiens réalisés ?

La répartition par classe «A, B, C, D » des différents entretiens sera analysée par **établissement** afin de dégager la convergence des engagements des différents acteurs, dans une politique globale d'établissement.

La classification par **fonction** nous permet de dégager le comportement des différents niveaux hiérarchiques, au regard des orientations définies par la Direction, dans une approche verticale.

Les entretiens, ciblés plus spécifiquement sur les professionnels du service de soins infirmiers, vont-ils faire émerger l'existence d'une cohérence entre la politique définie par le Directeur et son application dans les services par les cadres et les infirmières ?

1 – 2 – 3 – Les limites de l'étude :

Nous n'avons pu, dans notre modeste étude, approfondir l'analyse transversale dans tous les secteurs : administratif, médical, soignant, de chaque institution.

Nous avons essentiellement ciblé notre analyse sur la hiérarchie infirmière.

Les entretiens ont été réalisés en majorité auprès de professionnels soignants : Directeur du Service de Soins Infirmiers, Infirmier Général, Cadres–Infirmiers Supérieurs et Cadres–Infirmiers, Infirmiers.

Le nombre limité des établissements visités et la représentation non exhaustive des fonctions exercées au sein d'un établissement sanitaire, ne nous autorisent pas à généraliser les conclusions de cette étude, à l'ensemble des établissements et des professionnels de santé du territoire français.

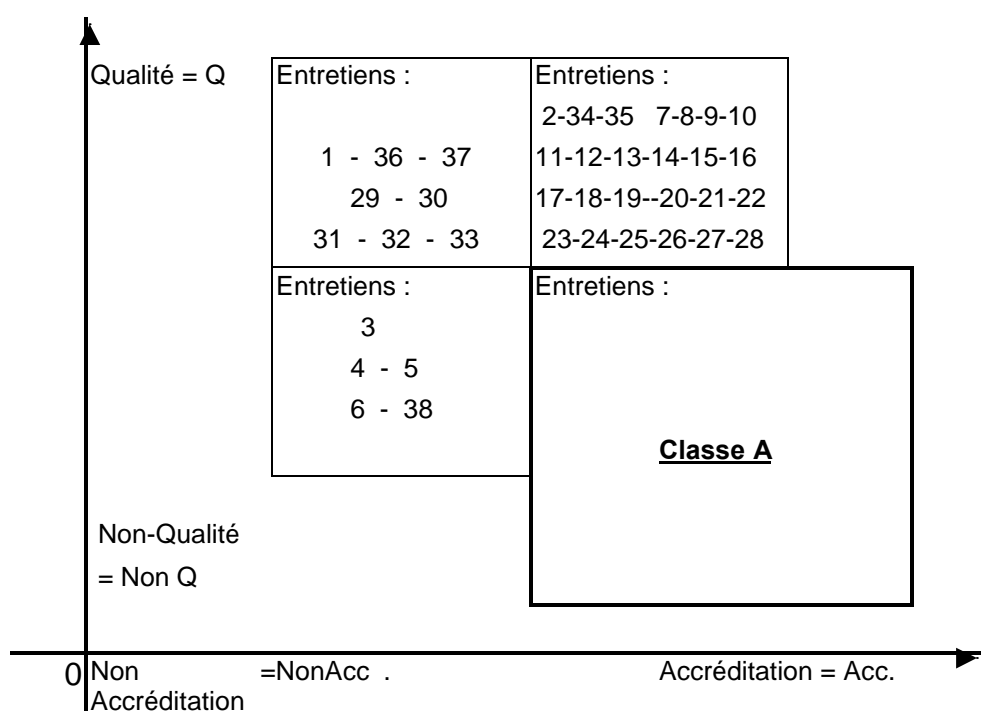
2 - ANALYSE

Nous nous proposons, à l'intérieur de chacune des classes, de formaliser l'analyse descriptive suivie de l'analyse explicative.

2 - 1 – NON INSCRIT dans une démarche QUALITE et INSCRIT dans un processus d'ACCREDITATION : **CLASSE A** (Non-Q, Acc.)

Le premier niveau d'analyse correspond à l'engagement des professionnels dans les démarches qualité et d'accréditation.

Les entretiens de cette classe sont sélectionnés d'après les critères d'«inscription dans un processus d'accréditation », sans engagement dans «au moins une étape de la démarche qualité ».



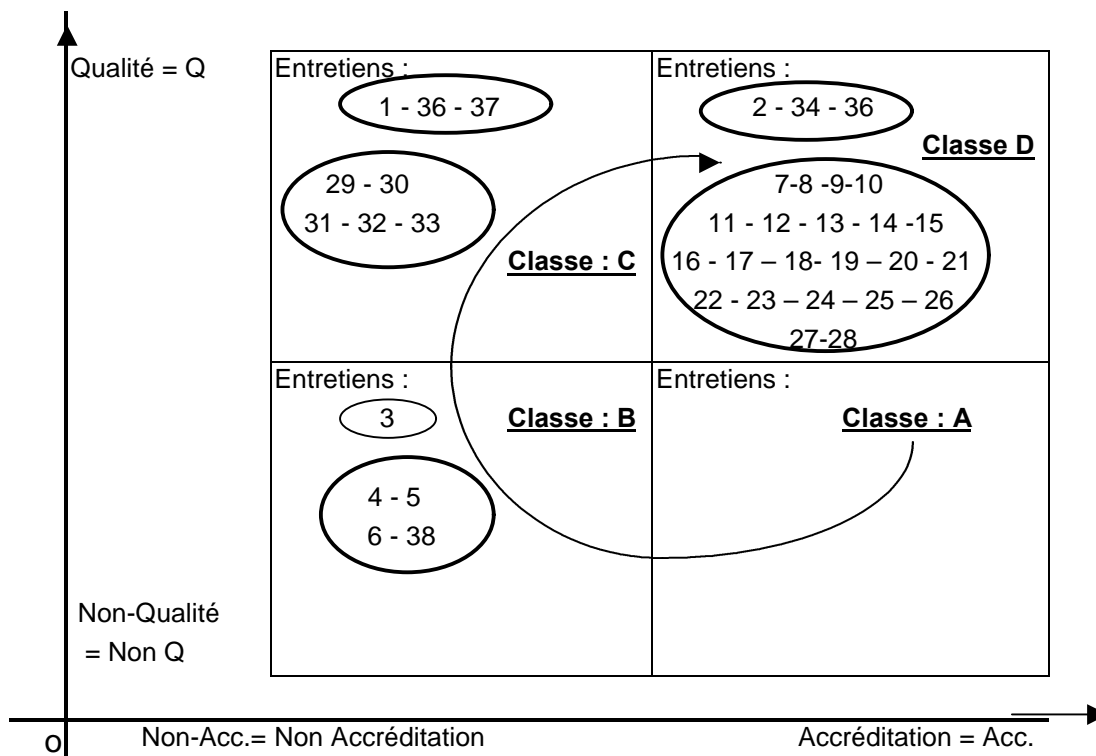
Nous constatons que, parmi les entretiens, aucun ne se situe dans cette classe.

Ce résultat peut s'expliquer de deux façons :

- soit le nombre restreint d'établissements de l'échantillon et leur choix aléatoire n'a pas permis de sélectionner des professionnels de santé, qui au regard de l'analyse, se situeraient dans cette classe.
- soit aucun acteur rencontré ne s'est engagé dans le processus d'accréditation, sans inscription préalable dans une démarche qualité, en ayant mis en place au moins une action d'évaluation de la qualité, dans son établissement.

Le **deuxième niveau d'analyse** est réalisé par **établissement** puis par **fonction** représentée parmi les professionnels de santé rencontrés.

Les entretiens des professionnels appartenant à un même établissement sont entourés d'un cercle. Chaque cercle en gras correspond à un établissement.



Nous retrouvons les **cinq** sites visités (en gras) et un acteur isolé (le N°3), détaché des autres professionnels du même Centre Hospitalier en classe «D».

Dans la Classe A, nous n'avons pas rencontré d'**acteur** de notre échantillon, se situant dans une dynamique d'accréditation sans démarche qualité instaurée.

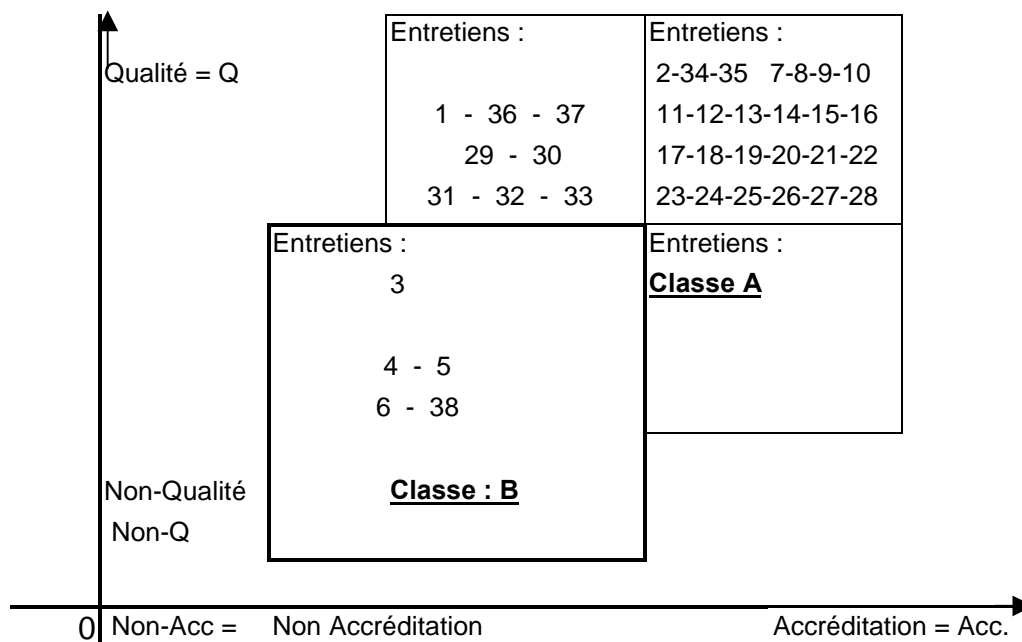
Aucun **établissement de santé** n'est représenté, ce qui constitue un biais dans cette étude et/ou le reflet, toutes proportions gardées, d'une réalité objectivée.

A ce stade de l'analyse :

Nous ciblerons le champ de vérification de l'hypothèse aux acteurs et établissements ayant mis en œuvre **au préalable** au moins une action d'évaluation de la qualité, à l'inscription dans le processus d'accréditation.

2 - 2 – NON INSCRIT dans une démarche QUALITE et NON INSCRIT dans un processus d'ACCREDITATION : CLASSE B (Non Q , Non Acc.)

Le premier niveau d'analyse, ciblé sur l'engagement dans une démarche qualité, dans le processus d'accréditation, nous a permis de sélectionner les entretiens suivants :



Cinq entretiens (13,20%) correspondent aux critères définis.

Ils sont exploités en fonction des niveaux de connaissance, mise en œuvre et évaluation de ces démarches.

2 – 2 – 1 - Démarche Qualité théorique :

a – Connaissance abstraite :

La qualité reste quelque chose d'abstrait, dont l'application concrète ne semble pas évidente : « *qu'est-ce que je peux vous dire ?* », « *Apporter ce qu'il y a de mieux pour le malade..* ».

Une infirmière générale propose : « *la qualité des soins : c'est quand un cadre-infirmier arrive dans mon bureau parce qu'il y a un problème...il faut le résoudre* ».

b– Mise en œuvre aléatoire :

Les actions réalisées sont rarement mises en relation avec une démarche globale, en vue d'atteindre des objectifs d'amélioration à moyen et long termes.

« *...pour l'Infirmière générale, c'est être avec les groupes, respecter les dates de compte-rendus, des travaux.* ».

La notion de qualité n'est pas toujours évoquée avec les exemples donnés. Elle reste au stade du concept, et la démarche, une méthode de réflexion.

C – Evaluation hypothétique :

La démarche qualité n'est pas à l'ordre du programme de formation continue et l'encadrement doit initier les équipes sans avoir été formé. La Directrice du Service des Soins Infirmiers exprime : *« la qualité, on l'a toujours en tête, on le rappelle tout le temps aux cadres et aux équipes »*.

Deux infirmières générales sont convaincues de la nécessité de la mise en place d'une démarche qualité. Elles se mobilisent au sein de leur direction, même si l'environnement dans l'établissement est assez réservé. *« Il faut bâtir des projets, ... amener les équipes à réfléchir et évaluer leurs pratiques professionnelles »*

2 – 2 – 2 – Processus d'Accréditation méconnu :

a – Méconnaissance :

A ce stade l'accréditation n'est pas véritablement cernée par les différents professionnels rencontrés. *« L'accréditation ...c'est les hôpitaux qui vont la demander.. », « Je ne sais pas comment cela va se faire. », « Faut pas se précipiter, prendre du recul, et parfois dire on s'arrête et ça fonctionne comme ça »*.

« Le fascicule (référentiels d'accréditation), je l'ai, mais je ne l'ai pas lu, je ne m'y suis pas intéressée ». Certains vont même jusqu'à évoquer une nouvelle mode.

Ils le justifient avec le comportement réticent de la Direction de l'établissement : *« ..accréditation, le terme est pas trop utilisé, le Directeur est frileux », « ..les médecins ici ne sont pas vraiment partants », « le président de la C.M.E. (Commission Médicale d'Etablissement) assure que tous ses confrères prodiguent des soins de qualité, il n'y a qu'à répertorier leurs diplômes »*.

b– Mise en œuvre obscure :

La mise en place pose plus d'interrogation que n'apporte de solutions, à leurs yeux.

« au niveau infirmier, pour moi, c'est pas encore bien clair ». « On va bâtir à partir de ce que l'on a, déjà rassembler tout ce que l'on avait écrit en terme de fonctionnement. On n'a pas encore réfléchi, c'est pas structuré. ».

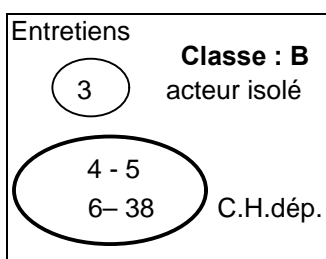
Par contre le besoin de communiquer est évoqué, ne serait-ce qu'au niveau du partage des connaissances professionnelles, entre les services de soins : *« le travail en groupe favorise la communication, les échanges entre les soignants, c'est un lieu d'expression »*.

C –Evaluation ignorée :

Cette étape n'est abordée que de façon partielle et prospective. Son évocation fait apparaître, dans les propos, des difficultés inhérentes à la politique globale d'établissement et à l'environnement matériel.

«l'évaluation : le Directeur marche beaucoup au feeling, il évalue à la louche ...alors, pour bâtir une grille d'évaluation.. », « la charge de travail, il ne faut pas en parler. ».

Certains directeurs sont favorables à la mise en place d'une démarche, mais ils se trouvent démunis face à la réalité : *«l'équipe de direction dit qu'on verra bien, on a cinq ans,....mais on va être au pied du mur, un matin on apprendra la nouvelle... ».*



Les professionnels de santé appartiennent à deux établissements :

- Un Etablissement à orientation psychiatrique constituant un pôle de spécialité appartenant à un Centre Hospitalier composé de plusieurs sites (in 2200 lits et places) et
- Un Centre Hospitalier départemental à vocation psychiatrique (1050)

Dans **le deuxième niveau d'analyse** : la répartition des entretiens dans cette classe est ventilée par **établissement** afin de visualiser la convergence ou non des engagements des différents professionnels, vis-à-vis d'une politique d'établissement.

Nous avons, par l'utilisation du modèle «type-idéal » de M. Weber, dégagé deux types-idéaux dans cette classe :
-« Qualité subie »,
-« Qualité souhaitée–Acteurs isolés ».

1 – 2 – 3 – Qualité subie :

(un entretien)

L'amélioration des pratiques est plus envisagée, en terme de résolution de problème réel ou potentiel, que dans une démarche globale d'amélioration de la qualité des prestations offertes, au sein de l'établissement.

Il s'agit d'un seul entretien (N°3), ne représentant qu'un seul acteur. Ce dernier adopte une stratégie de **retrait** par rapport au contexte très favorable existant dans le reste de l'institution : formation à l'audit clinique dans le cadre d'une démarche qualité sur l'ensemble de l'institution, simulation d'une visite d'accréditation. L'acteur semble douter du bien fondé et de l'utilité réelle de la démarche, qui reste une obligation.

C'est le seul de ce **Centre Hospitalier** à se situer dans cette classe. Les autres professionnels sont situés en «classe D », dans le type-idéal «Qualité intégrée-Accréditation initiée ». Nous considéreront qu'il s'agit du seul positionnement de l'acteur, l'infirmière générale, de l'établissement psychiatrique.

1 – 2 – 4 – Qualité souhaitée – Acteurs isolés : (quatre entretiens)

Dans le **Centre Hospitalier départemental**, nous constatons que les quatre personnes interrogées se situent dans la même phase d'engagement (classe B), dans la démarche qualité et le processus d'accréditation, à des niveaux de responsabilité différents.

Une directrice du service de soins infirmiers et une infirmière générale sont convaincues de la nécessité d'améliorer les outils, les méthodes de travail, ainsi que l'organisation des soins. Elles font apparaître **un manque de connaissance et de formation** dans le domaine de la qualité.

Elles se situent dans la phase de **recensement de l'existant** en saisissant l'opportunité d'améliorer les dysfonctionnements.

Les cadres-infirmiers, les infirmières ont l'impression d'appliquer à des situations concrètes un **construit intellectuel**, réfléchi au niveau de la Direction du service infirmier.

Malgré les groupes de travail par thèmes, qui se mettent en place, les équipes soignantes ne voient pas les finalités, au niveau de l'établissement lui-même, aucun projet global n'ayant été **annoncé**.

Il n'existe **pas de projet qualité** défini au niveau de la Direction de l'établissement, avec des objectifs opérationnels par direction fonctionnelle. La mobilisation est effective au niveau de la Direction du Service de Soins Infirmiers, mais ne constitue pas un élément fédérateur dans l'équipe de direction.

A ce niveau, il est intéressant de visualiser la **fonction** de chaque professionnel, et de situer ce dernier, dans son positionnement par rapport à sa hiérarchie.

Classe : B

Entretiens

N°=	FONCTION	ETABLISSEMENT	Nb.LITS	QUALITE		ACCREDITATION	
				Non-Q	Q	Non-Acc.	Acc.
4	Cadre-Inf Sup.f.-I.G.2	C.H.*	1050	X		X	
5	I.G1-D.S.S.I	C.H.*	1050	X		X	
6	Cadre-Inf Sup.	C.H.*	1050	X		X	
38	I. D.E.	C.H.*	1050	X		X	

* : à vocation psychiatrique

Les cadres–infirmiers supérieurs et l’infirmière se situent dans la **même orientation** que la Directrice du Service de Soins Infirmiers, pour les thèmes Qualité et Accréditation. La position initiée par cette dernière est suivie aux niveaux opérationnel et de mise en œuvre.

Les cadres–infirmiers avancent : *«pour les anciennes infirmières, c’est beaucoup de changements : le tutoiement des malades, les pratiques quotidiennes ».*

Les infirmières expriment en terme d’amélioration : *«..c’est bien, les infirmières générales ont mis des aides-soignantes de nuit cette année, les malades sont plus calmes, surtout les plus agités ».*

L’information, la communication verticale existent et tendent à dépasser les limites du domaine statutaire et réglementaire, pour s’ouvrir sur une dynamique de changement.

A ce stade de l’analyse :

L’évocation d’une démarche qualité sans l’existence d’un projet, le manque d’engagement des dirigeants, de communication, limite la mobilisation des professionnels et ne favorise pas l’inscription dans une démarche constructive.

Nous mettons en évidence qu’une démarche vécue comme subie par des professionnels responsables, l’isolement d’acteurs constructifs, ne permet pas d’enclencher la dynamique de changement.

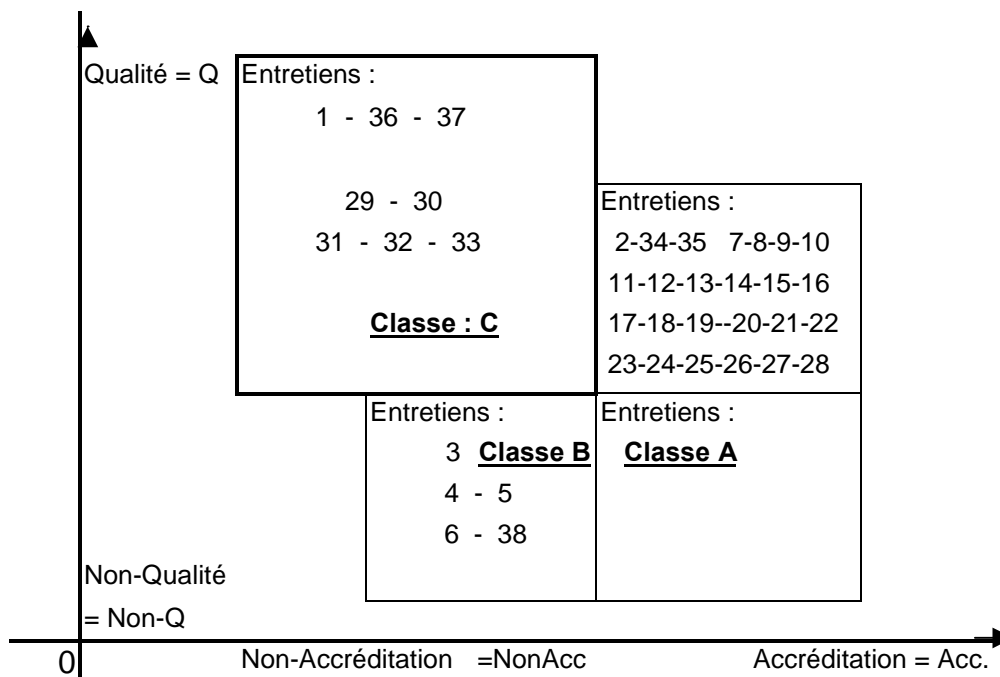
Le problème n’est pas d’éviter les difficultés ou de les remplacer par des solutions préformantes. C’est de comprendre comment et à quelles conditions ces dysfonctionnements peuvent être à l’origine de mécanismes d’innovation plutôt que régressifs.

Les trois niveaux de responsabilités représentés (politique, opérationnel, exécutif) se sont exprimés. Nous pouvons dire que la politique initiée et la dynamique impulsée par le sommet de la hiérarchie soignante, se retrouvent dans les discours des professionnels, même si au niveau de la mobilisation individuelle, les degrés d’implication sont quelque peu nuancés.

Nous considérons la position du groupe professionnel, probablement situé dans la première phase du changement, l’adhésion. L’engagement de la Directrice du Service de Soins Infirmiers préfigure celui de l’encadrement et du personnel soignant.

2 - 3 - INSCRIT dans une démarche QUALITE et NON INSCRIT dans un processus d'ACCREDITATION : CLASSE C (Q., non-Acc.)

Le **premier niveau d'analyse**, nous à permis de sélectionner les entretiens suivants, en fonctions des axes **Qualité et Accréditation** :



Huit entretiens (21,05%) correspondent aux critères de sélection de cette classe.

2 – 3 – 1 - Démarche Qualité acquise :

a – Connaissance maîtrisée :

Un infirmier général se positionne au niveau des projets de la Direction de l'établissement : «...c'est l'implication dans les projets, comme la transformation des lieux de vie en long séjour, pour les rendre plus conviviaux... ».

La démarche est maîtrisée intellectuellement par tous les acteurs, et les étapes sont distinctement énoncées «je reprendrai le schéma conceptuel de Donabedian, avec les grands domaines appliqués à la qualité des soins : structure, procédure, résultat. ».

Les autres étapes de la démarche sont explicitées, par les différents professionnels :

«Le processus, c'est le projet d'établissement, le projet de soins, avec un but final d'amélioration de la qualité des prestations aux malades », «par rapport aux résultats de l'activité de soins, on a des difficultés à avoir l'approche conceptuelle, en terme d'évaluation. ».

b– Mise en œuvre concertée :

Chacun des acteurs avance des axes de stratégie : « *augmenter la responsabilité personnelle et professionnelle de chacun des acteurs de l'hôpital* », « *la stratégie, c'est de rendre chacun responsable de la qualité* », « *des groupes de travail, à thème ont été mis en place face aux dysfonctionnements recensés et non solutionnés* », « *partir de l'existant et le développer à l'échelle de l'établissement* » .

Un directeur de service de soins infirmiers se situe dans une démarche pédagogique vis-à-vis des soignants.

Un seul infirmier général fait part de l'importance, pour la qualité des soins, de la Gestion des Ressources Humaines : la gestion des carrières et des compétences, au niveau quantitatif et qualitatif, avec des objectifs à moyen et long termes.

C – Evaluation programmée :

Cette phase de la démarche est développée de façon à assurer le suivi d'un projet existant, à échéance régulière, soit par thème (trois entretiens), soit dans chaque service (cinq entretiens). « *Un groupe de suivi de la satisfaction des patients fonctionne ici, avec une double représentation : professionnelle, et anciens patients* ».

Mais comment vérifier la qualité des soins médicaux réalisés sur prescription ? Les professionnels se sentent remis en cause, en tant que personne, alors que ce sont les actes qui sont évalués.

« *Pour les médecins..cela est dû à la formation, longue, basée sur les concours, élitiste en quelque sorte...alors, une fois munis de leurs titres et diplômes, leur dire : montrez-nous que vous faites de la qualité...* », « *ils n'y sont pas préparés pendant leur formation* ».

2 – 3 – 2 – Processus d'Accréditation attendu :

a – Connaissance réaliste :

Le processus lui-même est connu, mais les objectifs réels sont soumis à interprétation.

« *Il existe une différence entre les contrats d'objectifs et de moyens signés avec l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (A.R.H.), et l'accréditation...C'est pas clair, voire même flou* ». La finalité est parfois détournée de sa réalité.

« *L'accréditation aurait dû intervenir avant, liée au souci de la qualité..., alors que maintenant, avec les budgets drastiques, elle est liée à la maîtrise des dépenses de santé ...l'accréditation apparaît comme un mal nécessaire au lieu d'être une chose souhaitable* ».

L'objectif d'amélioration des prestations en interne à chaque structure sanitaire, est retrouvé dans la totalité des entretiens.

b– Mise en œuvre constructive :

Les responsables (trois entretiens) ne formalisent pas de crainte quant à **la visite d'accréditation** par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (A.N.A.E.S.). C'est un bilan d'étape, une photographie de leur établissement. « *Il existe déjà un questionnement sur les pratiques professionnelles, dans une recherche de la qualité* », « *Il faut formaliser, valoriser les actions réalisées par les professionnels, ...l'accréditation est une reconnaissance officielle* ».

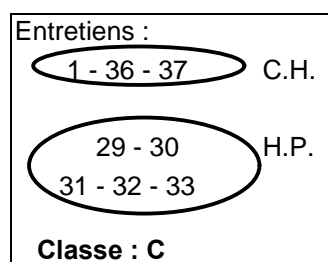
L'appréhension se situe au niveau de **l'engagement** dans le processus d'accréditation. Les dirigeants veulent l'intégrer dans leur démarche qualité. Les équipes risquent de croire qu'il s'agit d'un autre projet. La communication, dans les préalables, est d'une importance capitale.

« *L'accréditation est une approche à dédramatiser* », « *simplement que chacun s'approprie les référentiels, les domaines liés à sa compétence* ».

C – Evaluation prospective :

Elle se situe à deux niveaux. L'évaluation de l'établissement lui-même, sur la base de critères nationaux, et l'évaluation des implications nationales de ce système d'évaluation, sur l'ensemble des établissements sanitaires.

« *Le résultat de l'accréditation serait de donner des outils aux équipes hospitalières, pour améliorer, à moyens constants, les prestations aux usagers hospitaliers* ».



Les professionnels de santé exercent dans deux établissements sanitaires :

- Un Centre Hospitalier (300 lits),
- Un Hôpital Privé conventionné (450 lits).

Dans le **deuxième niveau d'analyse**, l'existence d'une convergence des engagements des différents professionnels, vis-à-vis d'une politique d'établissement est analysée par **établissement**, au travers les entretiens de cette classe.

L'utilisation du modèle «type idéal » de M. Weber, nous a permis de dégager deux types-idéaux dans cette classe :
- « *Qualité maîtrisée et démarche Qualité initiée* »,
- « *Qualité maîtrisée et démarche Qualité instaurée* ».

2 – 3 – 3 – Qualité maîtrisée – Démarche Qualité initiée : (trois entretiens)

La connaissance et l'appropriation du cadre conceptuel de Donabedian, sont illustrées dans les trois dimensions : structure, procédure, résultat, à l'aide d'exemples concrets.

La participation à des processus de décision, conception de projet, élaboration d'objectifs institutionnels, programmation des actions, fixations des délais par étape, est recentrée sur un but final d'amélioration de la qualité des prestations aux patients.

La connaissance de la démarche qualité est maîtrisée au niveau de la direction, et les groupes de travail sont institués.

Malgré une ouverture intellectuelle au processus d'accréditation, les préalables à sa mise en place ne sont pas encore concrétisés.

Le **Centre Hospitalier** (300 lits) se situe dans cet idéal-type. Il a un fonctionnement par projet. La mise en place de la démarche qualité s'appuie sur les connaissances théoriques et pratiques certaines du Directeur du Service de Soins Infirmiers. Les cadres-infirmiers bénéficient du rôle pédagogique investi par ce dernier.

La visualisation par **fonction** de chaque professionnel, et son positionnement, apparaît dans les tableaux suivants :

Centre Hospitalier

Entretiens

N°=	FONCTION	ETABLISSEMENT	Nb.LITS	QUALITE		ACCREDITATION	
				Non-Q	Q	Non-Acc.	Acc.
1	I.G1-D.S.S.I	C.H.	300		X	X	
36	Cadre-Inf.	C.H.	300		X	X	
37	I. D.E.	C.H.	300		X	X	

Les professionnels, représentant les trois niveaux hiérarchiques de la Direction du Service de Soins Infirmiers (stratégique, maîtrise et mise en œuvre), **sont situés** dans le discours, **au même niveau d'engagement dans chacun des deux domaines : qualité et accréditation.**

2 – 3 – 4 – Qualité maîtrisée – Démarche Qualité instaurée : (cinq entretiens)

Un cadre-infirmier supérieur, responsable qualité, est détaché auprès de la Directrice du Service de Soins Infirmiers. Cette dernière est aussi Directeur des Ressources Humaines.

Les cadres : infirmiers, techniciens de laboratoire, de pharmacie-stérilisation, au sein de l'établissement représentent une strate hiérarchique très dynamique en terme de propositions de changement.

Les projets sont réalisés en étroite collaboration entre les différents professionnels ayant compétence dans le domaine : cadres-infirmiers supérieurs (qualité, de blocs opératoires et d'hygiène, par exemple). L'audit clinique est utilisé par un grand nombre d'acteurs.

Un pôle d'activité, récemment restructuré, est devenu moteur dans la dynamique de la démarche qualité de l'établissement. La recherche des performances s'est traduite par des exigences plus pointues au niveau des organisations mises en place, de la qualification des personnels, du choix des matériels.

La communication externe est développée. Les cadres responsables des projets participent à des partages d'expériences entre établissements. Ils reçoivent, dans leurs locaux, d'autres professionnels venant s'enquérir de leur savoir-faire. C'est la valorisation de l'expertise acquise.

L'Hôpital Privé conventionné est positionné dans ce « type-idéal ».

La participation des membres de la Direction, des médecins, de l'encadrement infirmier, est effective aux différentes étapes du projet. Le groupe d'étude est considéré comme prestataire des autres professionnels de l'établissement.

Les professionnels de santé considèrent que la conception d'un projet requiert l'implication des différents partenaires, pluridisciplinaires, concernés par l'étude.

Les étapes importantes sont ciblées : la réalisation d'une autoévaluation sous forme d'audit interne, l'adaptation et la mise en place de procédures, l'instauration d'une évaluation des écarts sur la base d'indicateurs spécifiques (fiche d'incident, document de traçabilité).

Des avis ciblés sont sollicités, en interne, auprès des experts : pharmacien, hygiéniste, responsable technique. Un manuel qualité a été élaboré en interne, ce qui a considérablement amélioré l'organisation du travail en intra et interservices.

Il est intéressant de visualiser **la fonction** de chaque professionnel, et de la situer dans son engagement, par rapport à sa hiérarchie directe.

Hôpital privé conventionné : Entretiens

N°=	FONCTION	ETABLISSEMENT	Nb.LITS	QUALITE		ACCREDITATION	
				Non-Q	Q	Non-Acc.	Acc.
29	Cadre-Inf.Sup.Bloc	H. privé Conv.	450		X	X	
30	Pharma.Stérili.	H. privé Conv.	450		X	X	
31	Cadre-inf.Sup.Qlité	H. privé Conv.	450		X	X	
32	Cadre-inf.Sup.Hyg.	H. privé Conv.	450		X	X	
33	I. D.E.	H. privé Conv.	450		X	X	

Nous formulons les mêmes constats, en ce qui concerne la hiérarchie soignante. **Les acteurs sont dans la même orientation, définie par la Directrice du Service des Soins Infirmiers.** Il est à noter que cette dernière n'apparaît pas dans les entretiens réalisés, mais est représentée par le cadre-infirmier supérieur responsable qualité, détachée à la Direction du Service de Soins Infirmiers.

A ce stade de l'analyse :

La réflexion collective lors d'une nouvelle situation est le point sur lequel les professionnels vont s'appuyer pour ajuster leurs pratiques.

« Un changement... est une opération qui met en jeu non pas la volonté d'un seul, mais la capacité des groupes... engagés dans un système complexe à coopérer autrement dans la même action », « il est le résultat d'un processus collectif à travers lequel sont mobilisés, voire créées les ressources et capacités des participants... »⁴⁹.

La dynamique lancée par la directrice du service de soins infirmiers mobilise, responsabilise les cadres-infirmiers supérieurs. Ces derniers, à leur tour, diffusent la démarche dans l'institution et mobilisent les cadres et le personnel soignant.

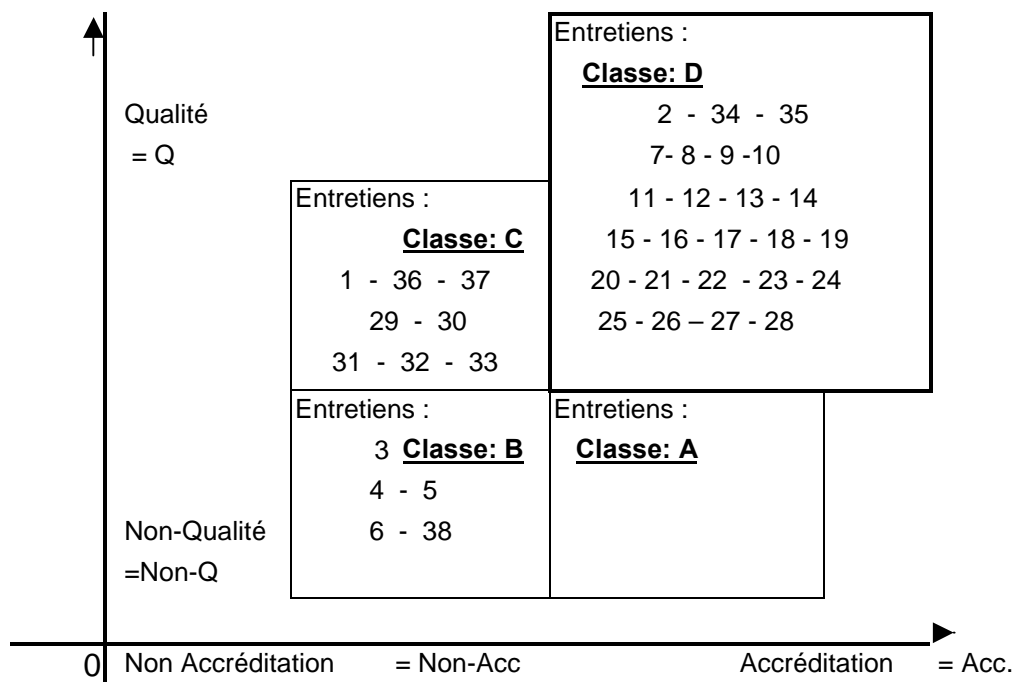
Nous pouvons en déduire que la connaissance et la maîtrise de la démarche qualité au stade de l'assurance qualité, permettent d'instaurer une dynamique au sein d'un établissement de santé, et envisager sereinement l'accréditation.

En fonction de thèmes de travail, s'orienter vers des études approfondies sur un seul service ou mener une étude identique sur **l'ensemble d'un établissement**, relève d'un choix stratégique prédéterminé.

⁴⁹ - Crozier M. Friedberg E. : *L'acteur et le système*, Ed. du Seuil, Collection Points Politique, Ligué (Vienne) 1981, 388 pages, extraits page338.

2 - 4 – INSCRIT dans une démarche QUALITE et INSCRIT dans un processus d'ACCREDITATION : CLASSE D (Q, Acc.)

Le premier niveau d'analyse, ciblé sur l'engagement dans une démarche qualité, dans le processus d'accréditation, nous a permis de sélectionner les entretiens suivants :



Vingt - cinq entretiens (65,75%) entrent dans le cadre de sélection défini pour cette classe.

2 – 4 – 1 – Démarche Qualité maîtrisée :

a – Connaissance intégrée :

La notion de qualité fait partie intégrante de tous les projets, et influence le questionnement professionnel au quotidien «ça fait partie de la culture de l'établissement ».

b– Mise en œuvre maîtrisée :

La démarche est élaborée, écrite et diffusée. Elle est valorisée dans les programmes de formation continue, à destination du personnel administratif, médical et soignant. « Des objectifs ont été fixés afin que la démarche qualité soit appropriée par 60% des agents. ».

Les moyens mis en place varient sensiblement d'un établissement à l'autre :

« il y a eu la création d'une cellule qualité, composée d'un directeur et d'un ingénieur », «très vite, constitution d' un groupe qualité », « pour les soignants, la Directrice du Service de Soins Infirmiers a initié la démarche, avec une formation des cadres à l'audit clinique, dans un programme d'assurance qualité. ».

C –Evaluation réalisée :

Il existe une culture, des moyens mis en place, des personnels formés. Mais, les responsables rencontrés sont unanimes, la vigilance doit s'exercer au niveau de la **répartition** de ces moyens, des **formations** pour les personnels nouvellement recrutés et le **réajustement des connaissances** de ceux déjà formés.

Dans les deux Directions des Services de Soins Infirmiers, *« des groupes de travail suivent l'application des protocoles qui sont tous recensés. Les domaines concernés vont de la prévention des escarres, l'hygiène, aux transmissions ciblées. »*.

2 – 4 – 2 – Processus d'Accréditation expérimenté :

a – Connaissance motivée :

Le principe lui-même est perçu de façon positive. Il s'inscrit dans un *« continuum prenant en compte avant tout, tout le processus de soin »*.

Le processus n'est pas vécu comme une inspection aboutissant à une sanction. *« L'accréditation n'est pas un couperet, mais un levier pour améliorer la qualité », « C'est une photographie de l'établissement à un moment donné, qui permet de dire ce qui est positif et ce qui l'est moins »*.

b– Mise en œuvre testée :

Différentes modalités ont été envisagées en fonction de la réflexion préalable dans les établissements. Elles recouvrent les phases d'élaboration du projet lui-même, les structures mises en place, le système conseil en interne ou externe.

«Avoir un comité de pilotage, déterminer une méthode, évaluer par étape à date régulière, former des référents pour aider les équipes ... », « Se faire aider par des experts de l'établissement comme le Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales ».

Un médecin exprime : *«.. le plus important est la transparence, l'intégrité, l'honnêteté dans la démarche », « Le médecin est centré sur le médecin, l'accréditation est centrée sur le patient...c'est une révolution culturelle pour nous », «...partir du patient, c'est la clé de la réussite »*.

Sur le contenu même, les avis convergent : *« Réfléchir sur les référentiels, les partager dans les groupes de travail. », « il faut s'approprier le manuel d'accréditation »*.

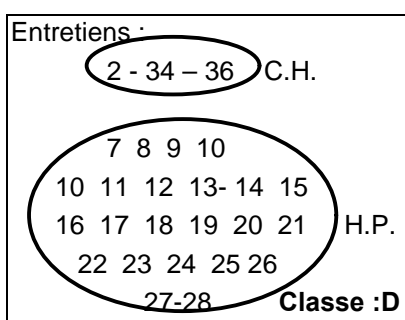
Un médecin responsable confie : *« Avec mes confrères, le plus difficile a été de les intégrer dans une vision médicale commune...vers les mêmes pratiques, de leur faire écrire leurs observations...nous n'avons pas d'étudiant »*. Il synthétise la réalité à travers les propos : *« pour un médecin, son capital, c'est son temps »*.

Puis il formalise la stratégie adoptée : « *Nous avons travaillé sur l'image de marque de notre groupe professionnel, ce qui a été très dynamisant même auprès des individualistes.* ».

C –Evaluation simulée :

Les acteurs situés dans cette classe ont vécu une simulation d'accréditation, soit à partir du manuel des Centres de Lutte Contre le Cancer, soit des référentiels de l'accréditation américaine la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (J.C.A.H.O.).

Un directeur précise : « *Avoir vécu une simulation d'accréditation est un peu piégeant : on ne doit pas être plus mauvais, chacun se sent responsable* », « *Cela apprend à se préparer pour la véritable visite d'accréditation* ».



Les professionnels de santé exercent dans les deux établissements suivants :

- Un Centre Hospitalier (2200 lits et places)
- Un Hôpital Privé à but non lucratif, non conventionné, reconnu d'utilité publique (190 lits)

Dans le **deuxième niveau d'analyse** : la répartition des entretiens dans cette classe est ventilée par **établissement** afin de visualiser la convergence ou non des engagements des différents professionnels, vis-à-vis d'une politique d'établissement.

Le modèle de M. Weber nous permet de dégager deux types-idéaux dans cette classe :

- « Qualité intégrée – Accréditation initiée »,
- « Qualité intégrée – Accréditation maîtrisée ».

2 – 4 – 3 – Qualité intégrée – Accréditation initiée : (trois entretiens)

Les modes de fonctionnement et la pratique quotidienne sont le reflet de la mise en place d'une démarche qualité au sein de l'établissement visité.

Le personnel d'encadrement est formé à l'audit clinique. Les protocoles circulent dans l'établissement. Des cadres supérieurs, en missions transversales, sont responsables de la sécurité, de la gestion des risques, de la formation et la réalisation des gestes d'urgences.

Le processus d'accréditation est connu dans l'institution. Les référentiels utilisés pour une autoévaluation, ont été ceux existants à l'époque.

Le **Centre Hospitalier** (2200 lits) correspond à ce type-idéal. Dans ce dernier, la préparation à l'accréditation officielle, s'est concrétisée à travers une **simulation** de visite, à l'aide d'un cabinet conseil, sur la base du manuel des Centres de Lutte contre le Cancer.

Cette étape a été vécue de façon intense, en terme de **mobilisation**, avant et pendant la visite. Mais, à posteriori, la synergie induite, des membres de la Direction jusqu'au personnel, a permis de **relancer une dynamique** essoufflée. La démarche qualité, en place depuis plusieurs années, en a été valorisée, et les référents qualité reconnus par leurs collègues.

La visualisation par **fonction** de chaque professionnel, et son positionnement, apparaît dans le tableau suivant :

Centre Hospitalier :				Entretiens			
N°=	FONCTION	ETABLISSEMENT	Nb.LITS	QUALITE		ACCREDITATION	
				Non-Q	Q	Non-Acc.	Acc.
2	I.G1-D.S.S.I	C.H.	2200		X		X
34	Cadre-Inf. Sup.	C.H.	2200		X		X
35	I. D.E.	C.H.	2200		X		X

note : le n° 3 exerce dans le même établissement, mais se situe en classe B.

Dans ce cas, l'analyse par **fonction** fait apparaître la cohésion entre la Directrice du Service de soins Infirmiers, les cadres et les équipes soignantes.

2 – 4 – 4 - Qualité intégrée – Accréditation maîtrisée : (Vingt-deux entretiens)

Les différents corps présents : **administratif, médical et soignant** sont impliqués dans la démarche qualité, de façon hiérarchique ou verticale, et horizontale ou transversale, dans l'institution.

Les propos tenus par les professionnels de santé se situent, rapidement dans l'entretien, dans le domaine de l'accréditation, comme **une étape** de la démarche d'amélioration continue de la qualité, où **le client est à la base des réflexions**.

L'hôpital privé non conventionné, représenté par vingt-deux professionnels, est la concrétisation de cet idéal-type. Le **processus d'accréditation** a été travaillé à différents niveaux, sur la base des référentiels américains de la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (J.C.A.H.O.).

La **simulation de la visite d'accréditation** a eu lieu en deux temps. Une première visite des experts de l'accréditation américaine (J.C.A.H.O.) a permis d'établir un bilan par rapport aux référentiels américains.

Six mois plus tard, une seconde visite a été réalisée afin de mesurer les réajustements des écarts constatés précédemment, et accréditer l'établissement selon les normes américaines. Un maximum de personnels a été mobilisé, dans des groupes de travail pluridisciplinaires, par thèmes.

Dans trois entretiens de responsables, le discours montre une osmose intellectuelle entre les concepts de qualité et d'accréditation. Elle est explicitée à travers des réalisations en place dans l'établissement, auxquels les acteurs ont participé.

Ils attendent la visite de l'accréditation française avec sérénité.

La classification par **fonction** nous permet de dégager le comportement des professionnels aux différents niveaux hiérarchiques, par rapport à leur direction fonctionnelle, plus spécifiquement la direction du service de soins infirmiers, exprimé dans ce tableau :

Hôpital privé non conventionné ⁵⁰:

Entretiens

FONCTION	Nombre	Non-Q	Q	Non-Acc.	Acc.
Directeur Services Médico -Techniques	1		1		1
Médecin Directeur Qualité	1		1		1
Médecin responsable (Médecine, Labo)	2		2		
Pharmacien	1		1		1
Infirmier Général : D.S.S.I., F.F.ou I.G.2°	1		1		1
Cadre - Inf.Sup. Qualité	1		1		1
Cadre - Inf.Sup.et Cadre - inf.	3		3		3
Infirmier Diplômé d'Etat (I.D.E.)	12		12		12
TOTAL	22		22		22

Comme le met en évidence le nombre d'entretiens réalisés dans cet hôpital privé, les professionnels engagés dans la qualité ont **une cohésion d'ensemble**, en s'inscrivant dans les orientations définies par la Direction de l'établissement.

A ce stade de l'analyse :

Les différents acteurs se situent à des niveaux divers dans cet engagement institutionnel mais, **les objectifs à atteindre sont identiques** pour chaque groupe professionnel, qu'il soit administratif, médical ou soignant.

La diversité des catégories engagées et leur importance numérique permettent l'atteinte d'une masse critique. **La dynamique est lancée et s'autorégule.**

⁵⁰ - Voir Annexe N°5 : Tableau des entretiens de l'Hôpital privé non conventionné, détails.

Initiée de façon verticale par les différents responsables hiérarchiques, la dynamique s'est progressivement diffusée dans l'institution, au fur et à mesure des étapes de réflexion des groupes pluridisciplinaires, pour fonctionner dans une approche transversale.

Cette **mobilisation** d'une grande partie des personnels de l'établissement est retrouvée dans tous les entretiens. Les personnes entendues se situent dans la démarche qualité, au stade de l'amélioration continue des prestations délivrées aux usagers et à leurs entourages. Elles maîtrisent les étapes de la démarche.

« Ce sont les hommes qui changent, ...non seulement ils ne changent pas passivement, mais...ils changent dans leur collectivité et comme une collectivité : non pas individuellement, mais dans leur relations les uns avec les autres et dans leur organisation sociale »⁵¹.

Ces deux **établissements** ont franchi l'étape d'autoévaluation et réalisé une simulation de visite d'accréditation. La qualité fait partie intégrante de la culture des établissements, pénètre les pratiques. L'étendue de ses domaines d'application n'est pas limitée.

Dans les deux cas, l'analyse par **fonction** révèle la cohésion entre la Directrice du Service de soins Infirmiers l'encadrement infirmier et les équipes soignantes.

Les entretiens des autres professionnels permettent de situer la démarche, les réalisations, dans une dimension transversale facilitant la vision systémique de l'établissement.

Nous sommes conscient du choix aléatoire des personnes rencontrées lors des entretiens. La durée des entretiens (entre une et deux heures), et le contenu des propos nous ont cependant permis de les situer objectivement.

⁵¹ - Crozier M. Friedberg E ; opus cite, extrait page 328.

AU TERME DE CETTE DEUXIEME PARTIE :

Nous avons pu mettre en évidence, au travers de cette analyse que dans un établissement de santé public ou privé, quelque soient sa capacité d'accueil et sa spécificité :

- il est hautement souhaitable d'élaborer et d'organiser la mise en œuvre d'une démarche d'amélioration de la qualité, si possible continue, en **préalable** à l'engagement dans le processus d'accréditation,
- s'inscrivant dans un **projet** initié et impulsé par les **dirigeants** et relayé par les directions opérationnelles, à la dimension de l'établissement,
- dans un processus collectif de changement, concernant **l'ensemble des professionnels**, même si le degré d'engagement des acteurs est quelque peu nuancé,
- **la condition essentielle** de l'adhésion et de la mobilisation des professionnels soignants infirmiers **étant l'engagement explicite de l'infirmière générale elle-même**,
- conditionnant **leurs niveaux de mobilisation**, calqué sur cette dernière,
- dans des groupes pluridisciplinaires et multicatégoriels afin d'ouvrir leur réflexion sur une **vision transversale** de l'établissement, et d'impulser une dynamique s'autoréglant,
- nécessaire à la concrétisation de la phase d'autoévaluation,
- facilitant la simulation ou la réalisation d'une visite d'accréditation,
- dans l'objectif **d'améliorer la sécurité et la qualité des prestations offertes aux patients** et à leurs familles.

Ainsi, nous pouvons exprimer la validation de l'hypothèse émise en première partie :

« La mise en place d'une démarche d'amélioration de la qualité, en préalable à l'engagement dans le processus d'accréditation, et le niveau d'engagement explicite de l'infirmière générale dans cette démarche, prédétermine l'adhésion, la mobilisation des professionnels infirmiers dans la phase d'autoévaluation, première étape de la procédure d'accréditation ».

Cette enquête va nous permettre d'élaborer des propositions, dans une démarche d'amélioration continue de la qualité, ciblées sur différentes étapes de l'évaluation de la qualité des prestations aux patients, vers l'accréditation.

Nous avons tenté d'élaborer un projet comportant des propositions sur les différentes étapes de la démarche, de l'évaluation de la qualité des prestations aux patients à l'inscription dans un processus d'accréditation.

Définir UNE démarche type d'amélioration continue de la qualité pour l'ensemble des établissements de santé est délicat. Chacun doit adapter une stratégie à son image, à ses objectifs, en tenant compte de son histoire.

L'infirmière générale s'inscrit à deux niveaux dans cette dynamique d'évaluation : en tant que membre de l'équipe de Direction, et en tant que Directeur du Service de Soins Infirmiers.

TROISIEME PARTIE :

PROJET «QUALITE-ACCREDITATION »

1 - L'INFIRMIERE GENERALE

MEMBRE DE L'EQUIPE DE DIRECTION

Elle participe à l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation du projet « Qualité-Accréditation » en tant que membre de l'équipe de direction.

« Les infirmiers généraux de 1^o classe assurent la direction du service de soins infirmiers de l'établissement dans lequel ils exercent leurs fonctions. A ce titre, ils sont membres de l'équipe de direction et président la Commission du service de soins infirmiers. »

*« Sous l'autorité du chef d'établissement et en liaison avec le corps médical et les autres corps d'encadrement concernés, ils participent à la conception, à l'organisation et à l'évolution des services médicaux. ».*⁵²

1 – 1 – L'ELABORATION DU PROJET «QUALITE-ACCREDITATION» :

A partir de la prise en considération du contexte extérieur et des spécificités de l'établissement, l'équipe de direction mène une **réflexion interne** sur la **politique qualité**, notamment à l'occasion de l'élaboration du projet d'établissement.

Il est nécessaire que les structures institutionnelles et les professionnels de l'établissement **s'accordent sur la signification et les principes** de l'amélioration continue de la qualité avant de se poser la question du calendrier d'engagement progressif dans la procédure d'accréditation. Ils définissent les **enjeux** réels pour l'établissement et la **stratégie** interne à utiliser.

Les dirigeants administratifs, médicaux, soignants et les différents responsables hiérarchiques doivent **être fédérés** autour du projet de mise en œuvre de la démarche qualité, dans l'institution. Il est important que la **direction** de l'établissement de santé **s'engage** dans la démarche en définissant le niveau des objectifs à atteindre pour l'établissement.

Une approche **centrée sur le patient**, est le discours fédérateur permettant d'assurer une meilleure adéquation entre l'offre de soin et le besoin de l'utilisateur.

1 – 1 – 1 – la communication interne :

L'objectif doit être clairement énoncé et diffusé. Obtenir l'accréditation est un enjeu fort localement, avec des répercussions auprès de la tutelle, du public. Elle est une **étape** importante d'**évaluation** dans le processus, et ne doit pas occulter toute la démarche qualité.

Cette communication s'effectue au moyen de supports et méthodes de communication utilisés habituellement par l'établissement (feuillet agrafé au bulletin de salaire, journal interne, affiches, réunions générales d'information à échéances régulières).

Les responsables de l'établissement pourront **présenter eux-mêmes** la politique et la démarche qualité-accréditation dans les services (conseils de départements ou de services, assemblées de personnels, en présence des chefs, responsables de service, médecins, cadres).

Auprès des professionnels, la stratégie est d'axer la diffusion plus sur le projet d'établissement, fédérateur, que sur la démarche qualité-accréditation uniquement. Une consultation pourra être engagée à l'échelle de l'institution, à l'aide d'un questionnaire afin qu'ils expriment leurs interrogations, leurs craintes et leurs attentes.

Un temps particulier, consacré **aux usagers**, est basé sur une politique d'information : accueil personnalisé dans l'institution, entretiens en cours de séjour, questionnaires de sortie.

La stratégie la plus rationnelle, pour une institution hospitalière donnée, dépendra en grande partie de l'analyse de l'existant.

1 – 1 – 2 – L'existant :

A ce niveau de réflexion il est intéressant :

- d'organiser la **Visite** d'autres établissements, ayant les mêmes caractéristiques ou situés dans la même région sanitaire, ayant déjà mis en place des outils, une démarche de réflexion, voire simulé ou fait l'objet d'une visite expérimentale d'accréditation.
- de participer à des **réunions professionnelles**, au niveau de la région, dans une association nationale, afin de travailler, d'échanger des conseils, sur la démarche, les étapes, les points forts et points faibles de certaines méthodes, les erreurs, les pièges à éviter, les préalables indispensables...
- rechercher la **bibliographie** : sur les méthodes, les outils, les expériences en France et à l'étranger.

La qualité repose sur des éléments observables, mesurables, reproductibles, apportant les preuves objectives de ce qui est effectivement réalisé.

⁵² - Décret N° 94-904 du 18 octobre 1994 modifiant le décret N°89-758 du 18 octobre 1989 portant statut particulier des infirmiers généraux de la fonction publique hospitalière. Article 2.

En interne, l'établissement a ou devra réaliser, une évaluation des structures, procédures et résultats à un moment donné afin d'**établir une** sorte de **cartographie des performances** réalisées et **des moyens** disponibles.

Cette analyse détaillée permettra de situer son **niveau de conformité** dans les différents domaines de la sécurité et démontrer sa capacité à proposer et apporter des solutions. Cet aspect sera développé dans la phase d'autoévaluation.

L'évaluation des ressources, tant en moyens humains, en temps agent, qu'en moyens matériels et logistiques-informatiques vont permettre de planifier les différentes étapes du projet.

Les moyens financiers, souvent évoqués à cette occasion, seront constants durant la phase de bilan. Par contre, au regard des améliorations à apporter et des dysfonctionnements constatés, leur répartition sera probablement modifiée au cours du projet afin d'en optimiser l'utilisation.

1 – 1 – 3 - La participation de l'ensemble des professionnels :

Cette participation à la mise en œuvre de la démarche d'amélioration continue de la qualité dans l'établissement les conduit à développer une **vision transversale de l'organisation**.

Le périmètre des démarches doit être réaliste, afin de permettre des améliorations rapides, visibles et d'entretenir la motivation des professionnels. La diffusion de ces modifications dans l'établissement est progressive et suppose un engagement de ce dernier sur le long terme.

Dans les établissements de santé publics et privés, le programme est initié et **soutenu par la direction** et la **commission** ou la **conférence médicale d'établissement**, en conformité avec les orientations du projet d'établissement.

De plus, la politique qualité doit être comprise, soutenue par un encadrement qui y adhère, pour conduire à la mobilisation nécessaire et être acceptée dans les services. Les cadres sont les pivots de la communication.

Au niveau de la Direction du Service de Soins Infirmiers, le système de participation ne signifie pas dilution des décisions et des responsabilités. Il est structuré sur la base de contrats d'objectifs avec une délégation et un contrôle de certaines responsabilités.

La pérennité de la démarche dépend de la **mobilisation de toutes les catégories professionnelles**. Les acteurs au plus proche du besoin exprimé (patient, famille, personnel) sont à même d'identifier les dysfonctionnements et leurs causes potentielles. Leur implication

dès ce stade est essentielle pour l'acceptation des changements et l'appropriation des solutions.

Des stratégies incitatives à l'égard des professionnels sont à construire basées sur la reconnaissance, la valorisation, la responsabilisation dans le projet.

Les démarches d'amélioration de la qualité et l'accréditation font appel à des méthodes et à une terminologie spécifiques. Un plan de formation s'avère nécessaire.

1 - 1 - 4 – La formation :

Suite à la phase expérimentale de la procédure d'accréditation, la nécessité d'une formation initiale de base sur les démarches qualité a été soulignée, afin de permettre aux équipes administratives, médicales et soignantes de conduire un travail d'autoévaluation efficace.

La **structuration** du plan de formation continue dépend de la politique qualité de l'établissement et de la stratégie mises en place, du niveau d'engagement antérieur dans une démarche qualité...

S'il existe peu d'outils élaborés, il est judicieux de se baser sur les référentiels de l'A.N.A.E.S., de les décliner et de se les approprier. Si l'établissement est déjà inscrit dans une démarche qualité, il lui faut alors s'orienter vers l'accréditation en intégrant les référentiels officiels dans sa réflexion.

Dans ce projet, un **contenu spécifique** est préconisé, basé sur une formation théorique d'une part, axée sur les concepts et les méthodes d'amélioration continue de la qualité et de l'accréditation. D'autre part des formations-actions en complément, permettront une appropriation de la démarche par toutes les catégories professionnelles et leur inscription dans une phase d'autoévaluation. Aider à mieux comprendre, analyser une situation de travail est déjà la transformer.

La **répartition** de ces dernières pourrait être déclinée en :

- formation de formateurs pour l'équipe de direction, les membres de la cellule qualité-accréditation, les responsables de groupes de travail,
- formation à l'évaluation, à la gestion, au management par projet pour les cadres,
- formation théorique qualité-accréditation, ciblant un public professionnel très large,
- formation-action pour les groupes de travail par thème, avec mobilisation et implication des services.

La diffusion des méthodes d'évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements ne constitue pas, à notre avis, une étape pédagogique réservée aux seuls

professionnels au contact du malade. Il faudra veiller à ce que tous les secteurs soient représentés au sein des formations.

Est-il préférable de faire appel à un **consultant extérieur** ou d'utiliser les compétences en interne ?

La première option s'avère très positive dans les formations, sur les apports de contenus théoriques. Elle répond à certaines attentes et peut éviter des conflits, le formateur étant positionné en tant qu'intermédiaire situé hors des enjeux et stratégies internes.

En ce qui concerne l'accompagnement du projet lui-même, les avis sont nettement plus réservés, hors aspect financier. La dynamique de travail instaurée devra être poursuivie après la fin de sa mission, même si un accompagnement à distance est programmé. Cet état de fait majore les difficultés dans le suivi et la pérennité de la démarche qualité engagée.

1 – 2 – LES STRUCTURES

Une fois la politique qualité clarifiée et énoncée, quels responsables et quelles structures mettre en place, pour quelles missions ? Il existe plusieurs possibilités⁵³, dont certaines ont été recueillies à partir des expériences de différents établissements de santé.

Nous proposons une solution modulable, tenant compte des avantages et des inconvénients des options expérimentées.

1 – 2 – 1 – La cellule qualité-accréditation : ou comité de pilotage.

Le **dimensionnement** est variable en fonction de la taille de l'institution, de la stratégie développée vis-à-vis des différents partenaires internes. Elle facilite la communication entre les différents niveaux de réflexion : elle ne s'appuie pas sur une lourde structure hiérarchique pyramidale.

Elle est composée au minimum d'un directeur adjoint, d'un médecin de la Commission Médicale d'Etablissement, d'une infirmière générale, sélectionnés pour leurs qualités et leurs compétences en la matière. Le chef de projet est désigné parmi ces trois professionnels.

La cellule qualité-accréditation comprend une dizaine de personnes au maximum. Cette **composition** est stratégique et devra être représentative de l'ensemble des professionnels de l'établissement. Elle inclut des partenaires sociaux.

Le rythme de travail est à définir par la cellule elle-même en fonction des autres obligations inhérentes aux responsabilités de chacun des membres.

⁵³ - Voir Annexe N°6 : Exemples des différentes expériences présentées à l'Ecole Nationale de la Santé Publique.
Geneviève DELACOURT - Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique - 1999

Les membres de cette structure cellule qualité-accréditation auront reçu la même **formation** de formateur quant à la démarche qualité et vont travailler sur les grands axes de développement du projet.

La cellule qualité-accréditation a pour **missions** de déterminer la composition des groupes de travail transversaux pluridisciplinaires, multi-catégoriels. Puis elle fait appel à candidature pour leur constitution.

Elle encadre leurs responsables, dans un rôle pédagogique, en ciblant sur les méthodes de travail et l'animation des groupes. Elle coordonne ces derniers.

Elle met à leur disposition les outils nécessaires, notamment les documents élaborés et publiés par l'A.N.A.E.S..

Elle coordonne les réflexions, valide la cohérence des travaux réalisés, réajuste les orientations développées par rapport aux objectifs pré-définis. Elle est garante du respect du calendrier.

Elle présente l'état d'avancement des travaux à la direction et devant les différentes instances de l'établissement. Et elle est responsable des publications.

Elle fera appel à des **experts en interne et en externe**, si besoin. Les avis pourront être demandés auprès des responsables de la gestion des risques, des référents des différentes vigilances.

Il est souhaitable qu'aucun de ces professionnels responsables ne soit détaché à temps complet sur le projet.

En cas de dysfonctionnement, leurs collègues auront tendance à renvoyer le problème à la direction qualité créée, sans chercher à le résoudre....avec pour résultat une déresponsabilisation des professionnels de santé.

Le nombre limité de personnes au niveau de la cellule qualité-accréditation situe le niveau de réalisation technique au sein de groupes fonctionnels.

1 – 2 – 2 – Les groupes de travail transversaux :

La composition des groupes de travail doit tenir compte de la dispersion et du nombre de sites de l'institution, du niveau d'engagement préalable dans une démarche qualité, et des objectifs fixés quant à la procédure d'accréditation. Elle prendra en considération l'existant, l'historicité de certains groupes de travail déjà en place, en les intégrant dans les nouveaux, composés par thèmes.

En vue de l'autoévaluation, ces groupes sont constitués au regard des référentiels, avec un **responsable par groupe**. Les différents services de l'établissement, tant administratifs que

logistiques, médicaux et soignants seront représentés. C'est une des conditions essentielles à notre avis pour favoriser la communication et les échanges transversaux dans la démarche qualité.

L'ensemble constitué par les responsables de groupes de travail est nommé «**groupe opérationnel** ». Les **missions** et les responsabilités de chacun sont définies et formalisées sous forme de contrats d'objectifs.

La cellule qualité-accréditation s'appuie sur les responsables de groupe pour évaluer l'avancée des réflexions, la mise en évidence des problèmes et les propositions de solutions.

Chacun des membres d'un groupe de travail est **référent** dans son service pour recueillir les suggestions. De même ces derniers sont valorisés à travers la communication de propositions élaborées par leur équipe, en réponse à des dysfonctionnements.

La charge de travail occasionnée lors de la phase d'autoévaluation sera estimée, évaluée pour l'ensemble des professionnels de l'établissement.

Nous pensons que la constitution des groupes, basée en premier lieu sur le **volontariat**, doit bénéficier des capacités émergentes de certains professionnels hésitant à s'extraire de l'équipe du service. Les cadres ont un rôle à jouer dans la valorisation de ces derniers.

En cas de difficulté de recrutement de volontaires, il est important d'inciter les candidatures, de valoriser les professionnels s'investissant dans ce travail, au sein de l'établissement (publication de la composition des groupes dans le journal interne, présentation lors de séances de restitution), avec la prise en considération de l'investissement de chacun (attribution de temps de récupération).

Il est à noter que la constitution des groupes composés majoritairement de professionnels d'un même service, serait un biais dans la réflexion même du groupe et une déformation de la philosophie de la démarche.

1- 3 - L'AUTOEVALUATION

Phase **primordiale** dans la démarche qualité et indispensable à la procédure d'accréditation, elle a pour objectif de mesurer le niveau de qualité atteint dans l'ensemble des services, au plus près du patient. Si elle est réalisée consciencieusement, la visite d'accréditation réservera peu de surprises.

1 – 3 – 1 - Le recueil et l'analyse des données :

Les données objectives permettent de confirmer l'existence de problèmes, identifier les possibilités d'amélioration, évaluer l'efficacité des actions entreprises et conforter l'engagement des professionnels. Souvent le fait de mesurer révèle les améliorations les plus évidentes et immédiates à réaliser. Il est important de **rechercher les causes et les effets** de chaque problème, de les visualiser dans leurs différents axes, avec tous les acteurs concernés.

Les mesures peuvent porter sur le fonctionnement des organisations ou sur les résultats de la prise en charge des patients.

Dans un premier temps, il est important d'**établir des priorités**, à partir des domaines transversaux d'évaluation. Exemples : l'accueil et le circuit patient, le dossier patient avec évaluation du dossier de soins, la prise en charge de la douleur....

Les actions prioritaires à mettre en œuvre sont déterminées à partir de la fréquence des dysfonctionnements, leur gravité et des sources d'information disponibles. L'établissement doit s'interroger sur les indicateurs dont il dispose, leur évolution, leur remplacement par d'autres plus pertinents, plus performants.

Les **indicateurs de performance**, permettant l'évaluation, ne doivent pas être présents en trop grand nombre. Sinon, ils sont inutilisés, inexploités et démotivants pour les professionnels. Ils sont simples, sensibles aux variations minimales, et spécifiques. Ils doivent servir à cibler les problèmes.

Par exemple, la qualité de l'accueil des nouveaux salariés recrutés pourra être évaluée à travers leur encadrement dans les services au niveau de la gestion des ressources humaines. Elle peut représenter un gain de temps au niveau de leur intégration, avec plus d'efficacité dans leur organisation professionnelle et un surcoût évité au niveau du doublement prolongé des équipes.

1 – 3 – 2 - Les différents niveaux de l'autoévaluation :

Ils dépendent de l'antériorité de la mise en place de la démarche qualité dans l'établissement, de l'atteinte des étapes, du nombre de professionnels mobilisés, de l'engagement dans le processus d'accréditation.

Nous pouvons caractériser les niveaux suivants, en terme de résultats constatés ciblés sur les procédures :

- **L'existence, l'élaboration d'outils, de protocoles ou de procédures**, de travaux connus et recensés dans l'établissement, dans les différents services. Les dysfonctionnements sont signalés, répertoriés par secteurs concernés.
- **L'harmonisation et la généralisation de ces procédures** à la presque totalité de l'institution, en fonction de la spécificité des différents secteurs, avec un système de suivi, de mise à jour, et de diffusion systématique. Au-delà des compétences des professionnels, c'est l'organisation des prestations qui est ciblée.
- **L'existence d'indicateurs de performance** pertinents, adaptés et appliqués. Certains pouvant être spécifiques à un service, d'autres plus standards et permettre une évaluation plus étendue sur l'établissement. Leur pertinence est évaluée de façon régulière et planifiée.
- **Les résultats obtenus** sont-ils ceux fixés dans les objectifs à atteindre : objectifs opérationnels annuels, par direction, département, secteur, service ? Sont-ils le reflet des améliorations apportées ?

Le suivi mensuel des indicateurs de résultat permet un réajustement, en temps légèrement différé, par une recherche des causalités au plus près de l'apparition des dysfonctionnements. Ainsi, les interférences n'agissent que de façon transitoire et ne deviennent pas définitives. Ce que ne garantit pas une simple évaluation annuelle.

Ces différents niveaux seront à corrélérer avec les formations existantes ou requises.

Au niveau de la **gestion des risques**, les accidents, événements indésirables majeurs doivent être relevés et signalés à la direction, quelle que soit leur fréquence.

Ils constituent des «**événements sentinelles** » révélateurs de dysfonctionnements conjoncturels voire structurels. Il ne s'agit pas de révéler une culpabilité parmi les professionnels, mais de comprendre et de résoudre, en temps réel, une conjonction d'éléments ayant conduit à une erreur qui peut devenir majeure.

Aux Etats-Unis, l'accréditation américaine la «Joint Commision on Accreditation of Healthcare Organizations », abroge systématiquement le certificat d'accréditation de tout établissement n'ayant pas signalé la survenue d'un «sentinel event ». Ceci représente une sanction majeure vis-à-vis des compagnies d'assurance et influence le choix des futurs clients.

Les défaillances et les non-conformités sont une source première d'information et de progrès, dans l'amélioration continue de la qualité et les solutions émergent souvent au plus près des sources de difficulté.

1 -3-3 – L'évaluation des référentiels :

Chaque groupe d'autoévaluation rédige les réponses aux critères des différentes références du manuel d'accréditation en fonction du thème traité, à l'aide d'une grille de saisie, préformatée par l'A.N.A.E.S..

Un référentiel A.N.A.E.S. tel que «Organisation de la prise en charge des patients (O.P.C.) »⁵⁴ peut être travaillé par plusieurs groupes multidisciplinaires. Il appartiendra à la cellule qualité-accréditation de réunir les responsables des groupes afin d'obtenir une mise en commun des travaux réalisés et une convergence des propositions élaborées.

Les commentaires sont caractérisés par certaines qualités :

➤ L'**objectivité**, la **rigueur** et la **transparence** sont de mise dans le descriptif des démarches et actions réalisées, en cours ou à venir. Les outils et documents utilisés peuvent être décrits,

➤ La formulation des points faibles et des points forts est **réaliste**, sans complaisance. Elle est l'expression des difficultés et non un réquisitoire face à l'insuffisance de moyens,

➤ L'**honnêteté** vis-à-vis des niveaux de performance et des difficultés rencontrées :

L'autoévaluation comporte l'attribution par les groupes eux-mêmes d'une valeur par référence dans la cotation. La finalité n'est pas de s'attribuer le score maximum à chaque référence, mais de situer son niveau de progression. La réalité risquerait d'apparaître moins idéale lors de la visite des experts-visiteurs.

Le plus délicat est de réaliser la synthèse des cotations, pour un même référentiel lors de l'existence de plusieurs groupes de réflexion. Si les niveaux atteints révèlent des différences significatives, il est judicieux de le signaler de façon littérale dans les commentaires du référentiel.

➤ Les opportunités d'amélioration envisagées, à partir de la phase d'autoévaluation, sont mises en **perspective sur l'avenir**. Elles inscrivent l'établissement dans une évolution dynamique, de recherche et d'amélioration continue de la qualité. Elles permettent de situer la visite d'accréditation comme une étape d'évaluation, et non comme une finalité pour l'établissement.

Au niveau de la Direction du Service de Soins Infirmiers, il est important de préciser l'état d'avancement dans la mise en place et l'utilisation des différents outils, tels que définis ou non dans les textes réglementaires (charge en soins, dossier de soins, planification des soins, transmissions ciblées, diagnostics infirmiers).

⁵⁴ -A.N.A.E.S., Manuel d'accréditation des établissements de santé, Fév.1999, référentiel O.P.C. : 15 références, 66 critères, pages 55-66.

Nous pensons que l'autoévaluation peut constituer un **levier** pour l'harmonisation des pratiques dans l'établissement, l'objectif étant de relever le niveau constaté le plus bas. En effet, il n'est pas souhaitable de disposer de secteurs très performants s'il coexiste une ou plusieurs autres entités ne dépassant pas les seuils de sécurité vis-à-vis des usagers.

1 – 3 – 4 – La planification dans la démarche :

Nous préconisons de réaliser cette étape **avant** la phase d'engagement dans la procédure d'accréditation avec l'A.N.A.E.S. Dans la majorité des cas, les établissements attendent de signer cet engagement pour commencer la phase d'autoévaluation.

Même si la visite d'accréditation n'est envisagée que plusieurs semestres plus tard, cette entrée en action favorise l'amorce d'une dynamique toujours difficile et chronophage dans la mise en œuvre. Une fois le dispositif en place, les équipes informées, formées et se sentant prêtes, il faut saisir l'opportunité. Elle facilite la sensibilisation des différents acteurs.

De plus cette phase permet aux responsables d'asseoir chaque décision, d'assurer chaque nouvelle incrémentation dans **le temps**. Ceci favorise les réajustements en temps réel, la consultation des experts en interne (Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales, services techniques, directions fonctionnelles ..) et la responsabilisation des acteurs auprès du client dans une mise en place progressive.

Une échéance d'un an semble nécessaire, entre la définition de la politique qualité, première étape et la mise en place des axes de réajustement prioritaires.⁵⁵

Dans les établissements ayant déjà une démarche d'amélioration continue de la qualité, la durée nécessaire peut être réduite à un ou deux trimestres comme l'ont préconisé les établissements ayant participé à la phase expérimentale.

Dans la continuité de la démarche, les membres de la cellule qualité-accréditation peuvent organiser et programmer une **simulation de visite d'accréditation**, dans les services, munis des commentaires d'autoévaluation des différents groupes de travail.

Cette concrétisation permet, d'une part, à la cellule qualité-accréditation de visualiser les écarts décrits ou omis. D'autre part, elle dédramatise auprès des professionnels la future visite des experts de l'A.N.A.E.S, tout en renforçant la cohésion avec l'équipe de pilotage venue dans les services.

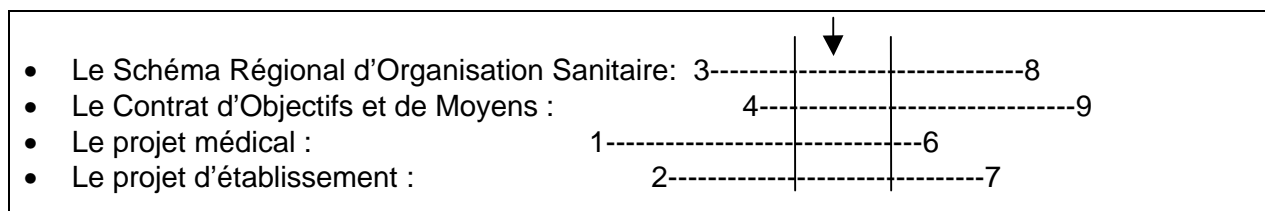
⁵⁵ - Comprenant : la définition de la politique qualité, les objectifs à atteindre, les critères d'évaluation,

- la mise en place des structures de travail, l'autoévaluation transversale, (dans tous les domaines couverts par les référentiels de l'accréditation),
- la communication du bilan global aux instances, à l'ensemble de l'établissement, avec les points forts et les points faibles ,

1 – 4 - L'ENGAGEMENT ET LA VISITE D'ACCREDITATION

Pour l'établissement la **date d'engagement** dans le processus d'accréditation avec l'A.N.A.E.S. dépend des échéances du calendrier.

Exemple de choix de la date d'engagement : (chaque nombre représentant une année)



D'autres contraintes locales ou internes peuvent interférer dans la décision.

1 – 4 – 1 - L'ultime autoévaluation :

Le délai entre la dernière synthèse de la phase d'autoévaluation et la visite d'accréditation, ne peut excéder un trimestre pour des raisons de fiabilité et de cohérence.

L'ensemble du personnel de l'établissement sera informé à nouveau sur les missions de l'A.N.A.E.S. et des experts-visiteurs, à l'approche de la visite de ces derniers.

La documentation est souvent dispersée et volumineuse. La phase d'autoévaluation aura permis de recenser les documents, les colliger et sélectionner les plus pertinents parmi ceux élaborés au sein des services.

Tous les documents devant être consultés lors de la visite d'accréditation⁵⁶, rangés par référentiels, seront disposés dans une salle réservée à cet effet.

1 – 4 – 2 - Le programme de visite des experts-visiteurs :

Le coordonnateur des experts-visiteurs, en partenariat avec un responsable de la direction de l'accréditation de l'A.N.A.E.S., prendra contact avec la cellule qualité-accréditation, afin d'organiser le programme de la visite. Des grilles standards de planification de visite ont été élaborées par l'Agence en fonction du dimensionnement de l'établissement, sur quatre ou cinq jours.

Il est toutefois opportun de soumettre des suggestions tant au niveau du choix des lieux à visiter, que sur l'organisation matérielle du séjour.

• la formulation de propositions d'amélioration, en terme de structures, procédures, résultats, considérant les contraintes et les ressources.

⁵⁶ -Liste exhaustive communiquée par l'A.N.A.E.S. lors de la signature de l'engagement.

Il est de même judicieux de signaler toute antériorité de travail entre un responsable (directeur, chef des services médicaux, infirmière générale...) de l'établissement et un des experts-visiteurs (ancien collègue de même promotion ou ayant exercé ensemble dans une autre institution, une autre région...) entraînant une incompatibilité. Dans cet objectif, la liste des experts visiteurs, désignés pour la visite, est communiquée au directeur d'établissement par l'A.N.A.E.S., afin qu'elle soit communiquée à tous les responsables de l'institution.

1 – 4 – 3 - l'accueil et la visite des experts-visiteurs :

La prise de contact est un des moments les plus importants. Les experts-visiteurs se forment leurs premières impressions à travers l'accueil réservé par la cellule qualité-accréditation, la rencontre avec l'équipe de direction et leur présentation de l'établissement, les moyens mis à leur disposition.

Le souhait de l'établissement est de leur faire visiter la totalité de l'établissement afin de leur présenter les réalisations et récompenser ainsi les professionnels. Seuls quelques-uns seront visités, l'objectif étant d'avoir une vision globale de la démarche en cours, à travers la rencontre des groupes de travail pluridisciplinaires.

1 – 4 – 4 - La restitution des experts-visiteurs :

Programmée le dernier jour de leur visite, elle préfigure le rapport final sous forme de synthèse par référentiel.

La direction et la cellule qualité-accréditation effectuent le choix des personnes invitées à cette restitution générale : équipe de direction seule ou avec les membres du conseil d'administration, les instances, les chefs de services, les responsables des groupes de travail ou l'ensemble des personnels de l'établissement. Ce choix est stratégique.

Cette séance a pour objectif la restitution des points forts, points faibles et opportunités d'amélioration. Elle est le dernier temps fort de la visite, sorte d'ouverture vers l'avenir.

1 – 5 – LA PERENNITE DE LA DEMARCHE

Elle est caractérisée par l'**évaluation régulière** des pratiques professionnelles, le **suivi** des opportunités d'améliorations, l'inscription dans **la durée**.

L'**engagement numérique** important **des professionnels** de l'établissement est un atout majeur. Il développe un fort sentiment d'appartenance à une institution, avec une culture d'établissement renforcée, résultat d'une démarche participative interne.

1 – 5 – 1 – La dynamique interne :

Les recommandations, formulées par le Collège d'Accréditation, sont à l'origine de la découverte de nouvelles pistes d'amélioration, du réajustement des procédures en place, de la formulation de nouveaux indicateurs. Elles permettent le développement d'axes de travail comme :

- **Développer et approfondir la démarche en cours :**
 - suivi des réalisations au stade du service, de l'unité, à court moyen long termes,
 - coordination des réflexions engagées à ce niveau par les services,
 - soutien des réalisations performantes,

- **Garantir la cohérence de la démarche qualité :**
 - réajustement des missions des structures en place,
 - développement des systèmes d'évaluation en interne,
 - évaluation des procédures et mises à jour, évaluation des résultats plus spécifiques, sur la base d'indicateurs de performance,
 - poursuite de l'approche transversale, dans la dynamique interne,

- **Générer de nouvelles dynamiques :**
 - développement des compétences mises en évidence, en tant que responsable ou référent au sein des groupes, dans les services,
 - évaluation et réajustement du plan de formation,
 - structuration du groupe des formateurs autour de missions de formation et d'accompagnement,
 - poursuite de la politique de communication interne et externe,
 - maintien du climat de confiance, développement des relations interprofessionnelles établies.

Une **autoévaluation** sur l'ensemble de l'établissement **est réitérée** tous les trois ans environ et des audits spécifiques peuvent être réalisés à la demande des professionnels, sur des problèmes ciblés.

L'évaluation des structures mises en place, permet de redéfinir leur objet, leur composition, leurs finalités. L'évaluation des pratiques n'est pas l'objectif en soi, mais un moyen de mise en évidence des progrès réalisés. Les ajustements calendaires sont planifiés.

1 – 5 – 2 – La communication externe :

L'A.N.A.E.S. peut transmettre la liste des établissements de santé ayant participé à une visite d'accréditation.

Les documents d'autoévaluation ont le caractère de documents de travail. Ils sont soumis aux règles de **confidentialité** relative à la procédure d'accréditation⁵⁷. Ils ne sont accessibles qu'aux personnes mandatées par l'établissement de santé d'une part, par l'A.N.A.E.S. d'autre part.

Si une demande de **communication de rapports d'accréditation** est formulée, par la Commission d'Accès aux Documents Administratifs (C.A.D.A.), l'A.N.A.E.S. est tenue de donner suite et en informe l'établissement concerné.

Toutefois, les observations par critères et par références, des experts-visiteurs sont classées « documents de travail ». Seules les **conclusions synthétiques par référentiel** pourront être communiquées, pour l'ensemble de l'accréditation d'un établissement, avec la cotation finale⁵⁸.

Nous pensons que la pérennité vient de la dynamique créée.

L'infirmière générale est impliquée à toutes les étapes de la démarche qualité-accréditation et de façon spécifique en tant que directeur du service de soins infirmiers.

⁵⁷ - A.N.A.E.S., Manuel d'accréditation des établissements de santé, février 1999, page 19

⁵⁸ - Mme Barbier Nadine, Direction de l'Accréditation, A.N.A.E.S., cours Filière Infirmiers Généraux, E.N.S.P., 13 avril 1999.

2 - L'INFIRMIERE GENERALE :

DIRECTEUR DU SERVICE DE SOINS INFIRMIERS

Les infirmiers généraux : «...coordonnent l'organisation et la mise en œuvre des soins infirmiers et assurent l'animation, l'encadrement et la gestion du service de soins infirmiers. », « ...contribuent à la définition d'une politique d'amélioration de la qualité des soins, au développement de la recherche dans le domaine des soins infirmiers et à l'évaluation de ces soins. »⁵⁹.

2 – 1 - LE PROJET DE SOINS INFIRMIERS

Il reflète, tant au niveau de ses objectifs que des axes de développement, l'inscription du service de soins infirmiers dans une démarche d'amélioration continue de la qualité des prestations offertes aux patients. Cette volonté s'inscrit dans un état d'esprit. Elle devient effective progressivement à tous les niveaux de la hiérarchie infirmière.

L'infirmière générale communique ce dynamisme, à travers son engagement exprimé et constructif.

Elle **suscite les motivations**, encourage les cadres et les équipes soignantes dans leur mobilisation dans la démarche d'amélioration de la qualité, au travers des groupes de travail.

Elle valorise la mise en œuvre dans l'aspect transversal de la démarche.

Elle **responsabilise** les membres soignants de ces groupes, en tant que **référents** dans les services, pour la mise en place des décisions, leur suivi et leur évaluation. Ces derniers sont habilités à se rendre dans les secteurs, à l'invitation de leurs collègues, afin de prendre la mesure de la réalité. L'infirmière générale est amenée à effectuer des visites sur site. Elle est tenue informée de l'évolution des organisations et des difficultés rencontrées. Elle est à l'écoute des professionnels.

Au regard des compétences, elle désigne les **experts** des différents protocoles, procédures, chargés de l'évaluation, la mise à jour et la diffusion des derniers réajustements. Ils sont sollicités pour une formation spécifique si le besoin en est exprimé.

Dans un rôle pédagogique, elle répond aux demandes de **formation** en terme de réajustement annuel du plan de formation.

L'évaluation de l'engagement dans la démarche d'amélioration de la qualité est intégrée dans les critères de **l'évaluation annuelle** de l'encadrement, à travers des objectifs opérationnels. Elle contrôle le respect des contrats de délégation avec les cadres soignants.

⁵⁹ - Décret N°94-904 du 18 octobre 1994 portant statut particulier des infirmiers généraux de la fonction publique hospitalière, Article 2.

Au niveau des services, les cadres doivent souligner l'investissement, la mobilisation active des personnels dans le processus, lors des entretiens annuels d'évaluation.

2 – 2 – LA COMMISSION DU SERVICE DE SOINS INFIRMIERS

La Commission du Service de Soins Infirmiers, présidée par le directeur du service de soins infirmiers, est consultée sur :

« L'organisation générale des soins infirmiers et l'accompagnement des malades dans le cadre du projet de soins infirmiers,....et l'évaluation de ces soins »⁶⁰.

L'infirmière générale **informe, diffuse** les informations et l'état d'avancement des travaux des différents groupes, les propositions soumises à la cellule qualité-accréditation et validées par les instances représentatives de l'établissement.

La commission du service de soins infirmiers est consultée sur ces propositions et émet des avis, au regard du projet de soins infirmiers. Ses membres sont sollicités en qualité d'experts en soins infirmiers et se prononcent dans leur domaine de compétence. Ils sont acteurs dans la dynamique de changement. Leurs réflexions, leurs propositions peuvent se répercuter sur la politique et les réalisations du service de soin infirmier.

L'infirmière générale utilise cette dynamique comme levier de changement dans l'animation et la gestion du service de soins infirmiers, afin d'atteindre les objectifs de la démarche d'amélioration continue de la qualité des soins élaborée et mise en œuvre dans l'établissement.

⁶⁰ - Loi N° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, Article L. 714-26.

AU TERME DE CETTE TROISIEME PARTIE :

De l'évaluation de la qualité des soins à l'inscription dans le processus d'accréditation, nous pouvons proposer une démarche en plusieurs étapes :

1 - L'ELABORATION DU PROJET QUALITE-ACCREDITATION :

- **Réflexion interne** : *approche centrée sur le patient,*
 - . *définition des enjeux et de la stratégie,*
 - . *engagement des dirigeants administratifs, médicaux, soignants,*
- **Communication interne** : *auprès des professionnels, des usagers,*
- **Analyse de l'existant** : *évaluation des ressources disponibles,*
- **Participation de l'ensemble des professionnels** : *mobilisation multicatégorielle,*
- **Plan de formation continue spécifique.**



2 – MISE EN PLACE DES STRUCTURES :

- **Création d'une cellule qualité-accréditation ou comité de pilotage** :
 - . *composition restreinte, missions diversifiées,*
- **Constitution de groupes de travail transversaux, :**
 - . *nomination de responsables de groupes, de référents,*
 - . *ensemble des responsables constituant le « groupe opérationnel »,*
 - . *composition pluridisciplinaire, multicatégorielle,*
 - . *missions et responsabilités formalisées dans le contrat d'objectifs.*



3 - L'AUTOEVALUATION :

- **Recueil et analyse des données,**
- **Différents niveaux de l'autoévaluation,**
- **Evaluation des référentiels,**
- **Planification dans la démarche.**



4 - ENGAGEMENT ET VISITE D'ACCREDITATION :

- *Autoévaluation ultime,*
- *Programme de visite des experts-visiteurs,*
- *Accueil et visite des experts-visiteurs,*
- *Restitution des experts-visiteurs.*



5 – PERENNITE DE LA DEMARCHE

- *Dynamique interne,*
 - . *développer et approfondir la démarche,*
 - . *garantir la cohérence de la démarche qualité,*
 - . *générer de nouvelles dynamiques,*
- *Communication externe,*
 - . *communication du rapport d'accréditation.*

L'infirmière générale, en tant que membre de l'équipe de direction, participe à l'élaboration, la mise en œuvre, et l'évaluation du projet «Qualité-Accréditation », avec les autres membres de cette même équipe de direction et en collaboration avec les responsables médicaux.

En tant que directeur ou responsable du service de soins infirmiers, elle contribue à la définition d'une politique d'amélioration de la qualité des soins, au travers de l'élaboration du projet de soins infirmiers et du positionnement de la Commission du Service de Soins Infirmiers, instance consultative.

Comme l'a exprimé un médecin : *«partir du patient, c'est la clé de la réussite ».*

L'ordonnance du 24 avril 1996, portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, engage les établissements de santé français dans une réforme voulant concilier l'accès aux soins de qualité pour tous les usagers et la nécessaire maîtrise de l'évolution des dépenses de santé.

L'inscription dans une démarche d'amélioration de la qualité, de l'évaluation de la qualité des prestations offertes aux usagers, à l'engagement dans le processus d'accréditation, n'est pas sans révéler des difficultés au sein d'une institution sanitaire.

CONCLUSION

La modeste étude menée dans cinq établissements de santé, nous a permis de mettre en évidence certains facteurs de réussite dans la mise en œuvre de la démarche, quelque soient le statut public ou privé, la capacité d'accueil et la spécificité de l'institution.

Elaborer et organiser la mise en œuvre d'une démarche d'amélioration de la qualité, continue si possible, est un préalable incontournable à l'engagement dans le processus d'accréditation. Elle s'inscrit dans un projet initié et impulsé par les dirigeants, processus collectif de changement, concernant l'ensemble des professionnels.

L'engagement explicite de l'infirmière générale est la condition essentielle à l'adhésion et à la mobilisation des professionnels du service de soins infirmiers, prédéterminant leurs niveaux d'adhésion et de mobilisation.

La constitution de groupes pluridisciplinaires et multicatégoriels permet d'ouvrir la réflexion sur une vision transversale de l'établissement, et d'impulser une dynamique autorégulée.

Cette enquête nous a permis d'élaborer des propositions, dans une démarche d'amélioration continue de la qualité, ciblées sur différentes étapes, dans l'objectif d'améliorer la sécurité et la qualité des prestations offertes aux patients et à leurs familles.

Nous pensons qu'une étude plus approfondie, au sein de chaque établissement, par la rencontre de toutes les catégories professionnelles et fonctions exercées, permettrait d'affiner les premiers résultats obtenus, et de mettre d'autres facteurs clés de succès en évidence, dans l'objectif de pérenniser la démarche. C'est ce que nous essaierons de découvrir dans notre exercice futur.

BIBLIOGRAPHIE

TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES

- **Code de la santé publique,**

LOIS :

- **Loi N° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière,** J.O. du 2 août 1991, 10255-10269.

ORDONNANCES :

- **Ordonnance N° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée,** Journal Officiel N°98 du 25 avril 1996, 6324-6336.

DECRETS :

- **Décret N°75-245 du 11 avril 1975 relatif au recrutement et à l'avancement des infirmiers généraux.**
- **Décret N°93-221 du 16 février 1993 relatif aux règles professionnelles des infirmiers et infirmières,** Journal Officiel du 18 février 1993, 2646-2649, Direction des Journaux Officiels, Paris.
- **Décret N° 93-345 du 15 mars 1993 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier,** Journal Officiel du 16 mars 1993, 4098-4100, Direction des Journaux Officiels, Paris.
- **Décret N°94-904 du 18 octobre 1994,** modifiant le décret N°89-758 du 18 octobre 1989, *portant statut particulier des infirmiers généraux de la fonction publique hospitalière.*
- **Décret N° 97-311 du 7 avril 1997,** *relatif à l'organisation et au fonctionnement de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé.*

ARRETES :

- **Arrêté du 28 mai 1997 portant nomination au conseil d'administration de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé,** Ministère du Travail et des Affaires Sociales et du Secrétariat d'Etat à la Santé et à la sécurité sociale.
- **Arrêté du 28 mai 1997 portant nomination au conseil scientifique de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé,** Ministère du Travail et des Affaires Sociales et du Secrétariat d'Etat à la Santé et à la sécurité sociale.

CIRCULAIRES :

- **Circulaire N° 303 du 24 juillet 1989 relative à la généralisation du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (P.M.S.I.).**
- **Circulaire DGS/DH N°95-22 du 6 mai 1995 relative aux droits des patients hospitalisés et comportant une charte du patient hospitalisé .**

BULLETIN OFFICIEL :

- Ministère des Affaires Sociales et de l'Emploi, Bulletin Officiel N° 86-21 bis, Série Soins Infirmiers, **Guide du Service Infirmier N°3 : Terminologie des soins infirmiers : glossaire provisoire**, 1986, Paris, Direction des Journaux Officiels, 67 pages.
- Ministère de la Santé et de l'Action Humanitaire, Bulletin Officiel spécial N°87-27 bis, Série Soins Infirmiers, **Guide du Service Infirmier N°4 fascicule spécial : L'évaluation de la qualité des soins infirmiers des services hospitaliers –approche méthodologique**, 1987, Direction des Hôpitaux, Paris, Direction des Journaux Officiels, 157 pages.
- Ministère de la Santé et de l'Action Humanitaire, Bulletin Officiel N°91-10 bis, Série Soins Infirmiers, **Guide du Service Infirmier N°12 : Normes de qualité pour la pratique des soins infirmiers**, 1991, Direction des Hôpitaux ; Paris, Direction des Journaux Officiels, 51 pages.
- Ministère de la Santé et de l'Action Humanitaire, Bulletin Officiel N°92-13 bis, Série Organisation et Gestion du Service Infirmier, **Guide du Service Infirmier N°4 : Protocoles de soins infirmiers**, 1992, Direction des Hôpitaux ; Paris, Direction des Journaux Officiels, 87 pages.
- Ministère du Travail et des Affaires Sociales : **Guide d'inspection sécurité des soins**, Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales du Centre, Inspection Régionale de la Santé, mai 1996, 48 pages.

OUVRAGES

1. **Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale (A.N.D.E.M.)** : *Evaluation des pratiques et de la qualité des soins*, L'appel d'offres hospitalier lancé par l'A.N.D.E.M., Service des Etudes, décembre 1991, 20 pages.
2. **Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale (A.N.D.E.M.)** : *L'évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé-l'audit clinique*, juin 1994, 58 pages.
3. **Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (A.N.A.E.S.)**, Manuel d'accréditation des établissements de santé, version février 1999, 110 pages.
4. **Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (A.N.A.E.S.)**, CHARVET-PROTAT Suzanne, JARLIER Agnès, PREAUBERT Nathalie : *Le coût de la qualité et de la non-qualité à l'hôpital*, in Gestions Hospitalières, Cahier N°149, novembre 1998, pages 1-28.
5. **ARBUZ** Georges, **DEBROSSE** Denis : *Réussir le changement à l'hôpital*, Editions Masson, Inter-Editions, Liège, 1996, 243 pages.
6. **Association Française de Normalisation (A.F.NOR.)** : *Gérer et assurer la qualité, recueil des normes françaises*, 6^e édition, Paris La Défense, 1986.
7. **BERNOUX** Philippe : *La sociologie des organisations, initiation*, Editions du Seuil, Collection Points Inédits, Evreux (Eure), 1985, 360 pages.

8. **BOISSIER RAMBAUD** Claude, **CHAMPION DAVILLER** Marie-Noëlle, **NEBESAROVA** Jirina, **BARBIN** Bruno, **FESSLER** Jean-Marie : *Hôpitaux, cliniques : De l'accréditation à la qualité-Accréditation, Gestion des risques, Normalisation, Assurance de la qualité, Certification*, Editions Lamarre, 2^o édition, 1998, 132 pages.
9. **BOUDON R.**, **BOURRICAUD F.** : *Dictionnaire critique de la sociologie*, Presses Universitaires de France, 1990, 687 pages.
10. **BRENOT** Jacques, **TUVEE** Louis : *Le changement dans les organisations*, Editions Presses Universitaires de France, Collection Que sais-je ? N°3114, Vendôme (Loir et Cher), 1996, 125 pages.
11. **BRUN** Jacqueline : *Qualité des soins. Une approche I.S.O. 9000*, Editions Berger-Levrault, 1996, 150 pages.
12. **BRUNELLE Y.** : *La qualité des soins et des services : un cadre conceptuel*, Collection Etudes et Analyse, Ministère de la santé et des services sociaux du Québec, février 1993.
13. **CROZIER** Michel, **FRIEDBERG** Erhard : *L'acteur et le système, les contraintes de l'action collective*, Editions du Seuil, Collection Ponts Politique, Ligugé (Vienne), 1981, 388 pages.
14. **CRUCHANT** Lucien : *La qualité*, Editions Presses Universitaires de France, Collection Que-sais-je ? , N°2779, Vendôme (41), 1998, 121 pages.
15. **Fédération Nationale des Centres de Lutte Contre le Cancer (F.N.C.L.C.C.)** : *Contribution à une démarche d'accréditation pour la cancérologie*, F.N.C.L.C.C., Paris, 1996, 150 pages.
16. **FOURCADE** Alexandra, **RICOUR** Loïc, **GARMERIN** Philippe : *Guide pour la mise en place d'une démarche qualité à l'hôpital*, Editions Doin, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, Paris, 1996, 113 pages.
17. **FOURCADE** Alexandra, **RICOUR** Loïc, **GARMERIN** Philippe, **HERGON** Eric, **BOELLE** Pierre-Yves : *La démarche qualité dans un établissement de santé*, Editions Doin, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, Lassay-les-Châteaux (Mayenne), 1997, 163 pages.
18. **HUBERAC** Jean-Pierre, *Guide des méthodes de la qualité*, Editions Maxima Laurent du Mesnil, Paris 1998, 224 pages.
19. **GABA** Chantal, **MACREZ** Annick, **MARANDE** Danièle, **MARZAIS** Martine, **PAUCHET TRAVERSAT** Anne-Françoise : *Protocoles de soins, méthodes et stratégies*, Editions Hospitalières, Paris, 1995, 190 pages.
20. **JACQUERYE A.**, Responsable de la Formation des Soignants à l'Hôpital Erasme (Bruxelles-Belgique) : *Guide de l'évaluation des soins infirmiers*, Edition Le Centurion, Paris, 1983, 311 pages.
21. **Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (J.C.A.H.O.)** : *Comprehensive Accreditation manual for Hospitals. The Official Handbook*. J.C.A.H.O., Chicago, 1996.
22. **LETEURTRE** Hervé, **VANDERMERSCH** Virginie : *L'accréditation des services médico-techniques, techniques et logistiques*, Editions Berger-Levrault, Paris, 1977.

23. **LETEURTRE** Hervé, **VANDERMERSCH** Virginie, **BLONDIAU** Marie-France : *L'accréditation hospitalière, Gestion des services de soins*, Editions Berger-Levrault, Collection Audit hôpital, 2^e édition, Nancy, 1997, 325 pages.
24. **LETEURTRE** Hervé, **PATRELLE** Irène : *La qualité hospitalière*, Editions Berger-Levrault, Collection Audit hôpital, 2^e édition, Courtry (Seine-et-Marne), janvier 1999, 380 pages.
25. **LETEURTRE** Hervé, **QUARANTA** Jean-François : *La qualité des soins médicaux*, Ed. Que-sais-je ? N°3431, janvier 1999, 122 pages.
26. **MARCHET** J.G., **SIMONS** H.A. : *Organizations*, New York, Wiley, 1958, (traduction française : *Les organisations*, Paris, Editions Dunod, 1965).
27. **MONTESINOS** André : *Organiser des soins de qualité dans les services hospitaliers*, Editions Mc Graw Hill, Collection Encyclopédie des soins infirmiers, Rungis, 1991, 187 pages.
28. **Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S.)** : *Les normes aujourd'hui dans les soins de santé*, Division du Renforcement des Services de Santé, Système de santé de District, 1993, 1211 Geneve, Suisse.
29. **SEGOUIN** Christophe : *L'accréditation des établissements de santé. De l'expérience internationale à l'application française*, Editions Doin, Assistance Publique – Hôpitaux de Paris, Paris, 1998, 219 pages.

ARTICLES et REVUES

- A. Actualité et dossier en santé publique, Dossier : *L'évaluation en santé*, dossier N°17, décembre 1996, 43 pages.
- B. **BLONDIAU** Marie-France : *L'audit organisationnel des services de soins*, Objectif Soins N°55, Le cahier du management-Se préparer à l'accréditation pour réorganiser l'hôpital, juillet-août 1997, pages X-XI.
- C. **BRUNEAU** Charles : *L'accréditation dans les systèmes de santé étrangers : démarche initiative ou normative ? I-L'expertise de l'offre de soins d'un établissement pour améliorer sa performance*, Le Concours Médical, 7-06-1997, N°119-120, pages 1557-1560.
- D. **BRUNEAU** Charles : *L'accréditation dans les systèmes de santé étrangers : démarche initiative ou normative ? II-L'établissement de normes et la surveillance de la conformité à ces normes*, Le Concours Médical, 14-06-1997, N°119-120, pages 1641-1646.
- E. **CHAMBAUD** Laurent : *I-Les mécanismes d'accréditation hospitalière dans les systèmes de santé étrangers*, Gestions Hospitalières N°332, Cahier de Gestions Hospitalières N°112, page 42-57.
- F. **COUDRAY** Marie-Ange : *La qualité, l'hôpital et l'infirmière générale*, Soins Formation-Pédagogie-Encadrement N°13, 1^{er} trimestre 1995, pages 14-18.
- G. **C.N.E.H.** : *La qualité à l'hôpital*, Technologie Santé N°32 Numéro spécial, décembre 1997, 85 pages.

- H. **DEVRESSE** Emmanuel : *Les conséquences juridiques de l'accréditation sur le droit administratif*, Entreprise Santé N°20, Association des Elèves et Anciens Elèves Directeurs de l'Ecole Nationale de la Santé Publique, mars-avril 1999.
- I. **DOMENACH** Nathalie, **MERCATELLO** Alain, **ROZE** Isabelle : *Le manuel d'accréditation « version expérimentale ». Entre conformité et initiative*, Gestions Hospitalières, Quelques réflexions sur l'accréditation, janvier 1999, pages 17-19.
- J. **FOURCADE** Alexandra, **RICOUR** Loïc, **LEGLISE** J., **LADOUCETTE** M., **DRESKI** J., **SAXCE** de A.-M., : *Il-Démarche d'assurance qualité à l'hôpital : l'expérience de l'hôpital Robert Debré*, Gestions Hospitalières N°332, Cahier de Gestions Hospitalières N°112, pages 57-66.
- K. **GROULEZ** Claire : *Le service infirmier dans le changement*, Gestions Hospitalières, février 1998, pages 109-112.
- L. **HERREROS** Gilles : *Changement, pouvoirs et logiques d'action à l'hôpital*, Gestions Hospitalières, décembre 1996, pages 752-757.
- M. **HESBEEN** Walter : *Un soin infirmier de qualité*, Soins Formation-Pédagogie-Encadrement N°13, 1^{er} trimestre 1995, pages 5-11.
- N. **JANVIER** Eric, **BIRLENBACH** Silke, **LEMOINE** Murielle : *Réorganiser un hôpital pour améliorer sa performance. Un défi en terme de management*, Gestions Hospitalières, février 1998, pages 96-98.
- O. **LACHENAYE-LLANAS** Chantal, **JOUFFRE** Bernadette : *La gestion par les compétences*, Gestions Hospitalières, février 1998, pages 113-116.
- P. **LETEURTRE** Hervé : *Comment se préparer à l'accréditation ?* Objectif Soins N°55, Le cahier du management- Se préparer à l'accréditation pour réorganiser l'hôpital, juillet-août 1997, pages V-X.
- Q. **LUSIGNAN** Dominique, **REYNAUD** Denis : *Management et conduite du projet qualité à l'hôpital*, Acte des 25^{es} journées T.N.H., C.N.E.H., Technologie Santé N°34, novembre 1998, 75 pages.
- R. **MARCHAL** Arlette : *L'évaluation de la qualité des soins infirmiers dans l'unité de soins. Méthodes et enjeux*, Soins Formation-Pédagogie-Encadrement N°13, 1^{er} trimestre 1995, pages 19-22.
- S. **NOTIS** Marie-Hélène : *Le courant qualité*, Soins Formation-Pédagogie-Encadrement N°13, 1^{er} trimestre 1995, pages 12-13.
- T. **PATIER** Xavier (propos recueillis par **CHEROUTRE-BONNEAU** Christine : *Le point de vue d'un D.A.R.H.*, Gestions Hospitalières, Quelques réflexions sur l'accréditation, janvier 1999, pages 16-17.
- U. **PAUCHET-TRAVERSAT** Anne-Françoise : *L'assurance de la qualité à l'hôpital*, Soins Formation-Pédagogie-Encadrement N°13, 1^{er} trimestre 1995, pages 23-32.
- V. **PAUL** Jean-Pierre : *III-Expérimentation d'un outil d'évaluation de la qualité des soins infirmiers : l'I.G.E.Q.S.I. (Instrument Global d'Evaluation de la Qualité des Soins Infirmiers)*, Gestions Hospitalières N°332, Cahier de Gestions Hospitalières N°112, pages 66-75.

- W. **PEREGO** Marc : *Un problème managérial. La maîtrise de la production de soins*, Gestions Hospitalières, février 1998, pages 105-108.
- X. **PERRET** François : *La réforme hospitalière et les établissements publics de santé : l'enjeu de l'accréditation*, Objectif Soins N°55, Le cahier du management, Se préparer à l'accréditation pour réorganiser l'hôpital, juillet-août 1997, pages II-V.
- Y. **PETIT** M. : *Du programme de médicalisation des systèmes d'information (P.M.S.I.) à l'organisation de l'information médicale. Place des soins infirmiers*, C.E.I.E.C., RIP Infirmière Enseignante N°4, avril 1991, pages 4-8.
- Z. **PRADEAU** Francis, **PRADEAU** Marie-Christine, **RAFFY** Françoise, **IMBS** Patricia : *Qu'est-ce que les A.R.H. feront de l'accréditation ?*, Gestions Hospitalières, janvier 1999, pages 11-15.
- AA. **RICOUR** Loïc, **D'ANCEZUNE** Laura, **BUGEON** Catherine : *L'accréditation à l'étranger*, Gestions Hospitalières, Cahier de Gestions Hospitalières N°144, mars 1998, pages 232-238.
- BB. **SOULAS** J. : *L'évaluation des soins infirmiers*, Techniques Hospitalières N°587-588, août-septembre 1994, pages 49-54.
- CC. **TERRIEN** Geneviève, **GINEZY** Eric : *L'accréditation en Catalogne*, Gestions Hospitalières, Cahier de Gestions Hospitalières N°144, mars 1998, pages 239-241.
- DD. **WENNER** Micheline : *Etude critique de l'efficacité et de la qualité*, Soins Formation-Pédagogie-Encadrement N°13, 1^{er} trimestre 1995, pages 33-35.

AUTRES SOURCES

- Groupe I.M.A.G.E.(Ecole Nationale de la Santé Publique) : *L'accréditation en France, comment ?*, Acte du **séminaire** des 6 et 7 octobre 1993, Hôpital national de Saint-Maurice, Editions Ecole Nationale de la Santé Publique, 1994, 157 pages.
- **MINVIELLE** Etienne. : *Les démarches Qualité à l'Hôpital : historique, les différentes approches et référentiels*, **Congrès** « La chaîne de la qualité dans le secteur de la santé », séance plénière-panorama de l'avancement actuel des démarches qualité dans le secteur santé, Ecole du Service de Santé des Armées-Lyon/Bron, mardi 21 novembre 1995.
- North American Nursing Diagnosis Association (N.A.N.D.A.), A.N.A.D.I. en France : liste des diagnostics infirmiers.
- **Semaine** sur le thème : *Qualité-Accréditation*, témoignages des expériences vécues, organisée du 12 au 16 avril 1999, à l'Ecole National de la Santé Publique, par Madame Guillou professeur à l'E.N.S.P.
- **BARBIER** Nadine, Direction de l'Accréditation, A.N.A.E.S., **cours** filière Infirmiers Généraux E.N.S.P. : *L'accréditation*, 13 avril 1999.
- Monsieur **ROUSSEL** professeur à l'E.N.S.P., **cours** filière Infirmiers Généraux E.N.S.P. : *La qualité*, 7 juillet 1999.

ANNEXES

- **ANNEXE N° 1 A :**
LE CYCLE DE L'EVALUATION DE LA QUALITE DES SOINS

- **ANNEXE N° 1 B :**
LE CYCLE DE L'ASSURANCE DE LA QUALITE

- **ANNEXE N° 1 C :**
LA DEMARCHE QUALITE

- **ANNEXE N° 2 :**
CERTIFICATION - ACCREDITATION

- **ANNEXE N° 3 A :**
TABLEAU RECAPITULATIF DES ENTRETIENS

- **ANNEXE N° 3 B :**
TABLEAU DES ENTRETIENS Engagement Qualité-Accréditation

- **ANNEXE N° 3 C :**
TABLEAU DES ENTRETIENS Engagement Qualité-Accréditation

- **ANNEXE N° 4 :**
GRILLE D'ENTRETIEN

- **ANNEXE N° 5 :**
TABLEAU DES ENTRETIENS REALISES EN HOPITAL PRIVE NON-CONVENTIONNE (détail par fonction)

- **ANNEXE N° 6 :**
EXPERIENCES PRESENTEES A L'ECOLE NATIONALE DE LA SANTE PUBLIQUE

ANNEXE N° 3 A :

TABLEAU RECAPITULATIF DES ENTRETIENS

N°	FONCTION	ETABLISSEMENT	Nb.LITS
1	Infirmière Générale 1°- Directrice du Serv.S. Inf.	C.H.	300
2	Infirmière Générale 1°- Directrice du Serv.S. Inf.	C.H.	2200
3	Infirmière Générale 2°	C.H.*	in 2200
4	Cadre-Inf Sup.- F.F.Infirmière Générale 2°	C.H.*	1050
5	Infirmière Générale 1°- Directrice du Serv.S. Inf.	C.H.*	1050
6	Cadre-Infirmier Supérieur	C.H.*	1050
7	Cadre-Infirmier	H. privé	190
8	Cadre-Infirmier	H. privé	190
9	Médecin Directeur Qualité	H. privé	190
10	Infirmier Général 1°- Directeur du Serv. S. Inf.	H. privé	190
11	Cadre-Infirmier	H. privé	190
12	Pharmacien Responsable Qualité	H. privé	190
13	Cadre-Infirmier Qualité	H. privé	190
14	Directeur Services Médico -Techniques	H. privé	190
15	Médecin Responsable laboratoires	H. privé	190
16	Médecin Responsable Activité Médicale	H. privé	190
17	Infirmière Diplômée d'Etat	H. privé	190
18	Infirmière Diplômée d'Etat	H. privé	190
19	Infirmière Diplômée d'Etat	H. privé	190
20	Infirmière Diplômée d'Etat	H. privé	190
21	Infirmière Diplômée d'Etat	H. privé	190
22	Infirmière Diplômée d'Etat	H. privé	190
23	Infirmière Diplômée d'Etat	H. privé	190
24	Infirmière Diplômée d'Etat	H. privé	190
25	Infirmière Diplômée d'Etat	H. privé	190
26	Infirmière Diplômée d'Etat	H. privé	190
27	Infirmière Diplômée d'Etat	H. privé	190
28	Infirmière Diplômée d'Etat	H. privé	190
29	Cadre-Infirmier Supérieur Bloc Opérateur	H. privé Conventionné	450
30	Pharmacien Responsable Stérilisation	H. privé Conventionné	450
31	Cadre-infirmier Supérieur Qualité	H. privé Conventionné	450
32	Cadre-infirmier Supérieur Hygiène	H. privé Conventionné	450
33	Infirmière Diplômée d'Etat	H. privé Conventionné	450
34	Cadre-Infirmier Supérieur	C.H.	2200
35	Infirmière Diplômée d'Etat	C.H.	2200
36	Cadre-Infirmier	C.H.	300
37	Infirmière Diplômée d'Etat	C.H.	300
38	Infirmière Diplômée d'Etat	C.H.*	1050

* : à vocation psychiatrique

Voir légende ANNEXE N° 3 C

ANNEXE N° 3 B :

TABLEAU DES ENTRETIENS Engagement Qualité - Accréditation

N°	FONCTION	ETABLIS.	Nb.LITS	QUALITE		ACCREDITATION	
				Non-Q.	Q.	Non-Acc.	Acc.
1	I.G.1°-D.S.S.I.	C.H.	300		X	X	
2	I.G.1°-D.S.S.I.	C.H.	2200		X		X
3	I.G.-2°	C.H.*	in 2200	X		X	
4	C-Inf Sup.f.f.-I.G.2	C.H.*	1050	X		X	
5	I.G.1°-D.S.S.I.	C.H.*	1050	X		X	
6	Cadre-Inf Sup.	C.H.*	1050	X		X	
7	Cadre-Infirmier	H.privé	190		X		X
8	Cadre-Infirmier	H.privé	190		X		X
9	Méd.Dir. Qualité	H.privé	190		X		X
10	D.S.S.I.	H.privé	190		X		X
11	Cadre-Infirmier	H.privé	190		X		X
12	Pharmacien Qualité	H.privé	190		X		X
13	Cadre-Infirmier Qlité	H.privé	190		X		X
14	Dir.Sc. Méd.Tech.	H.privé	190		X		X
15	Méd.Resp.laboratoire	H.privé	190		X		X
16	Méd.Resp.Médecine	H.privé	190		X		X
17	I.D.E.	H.privé	190		X		X
18	I.D.E.	H.privé	190		X		X
19	I.D.E.	H.privé	190		X		X
20	I.D.E.	H.privé	190		X		X
21	I.D.E.	H.privé	190		X		X
22	I.D.E.	H.privé	190		X		X
23	I.D.E.	H.privé	190		X		X
24	I.D.E.	H.privé	190		X		X
25	I.D.E.	H.privé	190		X		X
26	I.D.E.	H.privé	190		X		X
27	I.D.E.	H.privé	190		X		X
28	I.D.E.	H.privé	190		X		X
29	Cadre-Inf.Sup.Bloc	H. privé Conv.	450		X	X	
30	Pharma. Stérilisation	H. privé Conv.	450		X	X	
31	Cadre-inf.Sup.Qualité	H. privé Conv.	450		X	X	
32	Cadre-inf.Sup.Hyg.	H. privé Conv.	450		X	X	
33	I. D.E.	H. privé Conv.	450		X	X	
34	Cadre-Inf. Sup.	C.H.	2200		X		X
35	I. D.E.	C.H.	2200		X		X
36	Cadre-Infirmier	C.H.	300		X	X	
37	I. D.E.	C.H.	300		X	X	
38	I. D.E.	C.H.*	1050	X		X	

* : à vocation psychiatrique

Voir légende ANNEXE N° 3 C

ANNEXE N° 3 C :

TABLEAU DES ENTRETIENS Engagement Qualité - Accréditation

(par fonction)

FONCTION	Nombre	Non-Q	Q	Non-Acc.	Acc.
Directeur Services Médico -Techniques	1		1		1
Médecin Directeur Qualité	1		1		1
Médecin responsable (Médecine, Labo)	2		2		2
Pharmacien responsable	2		2	1	1
Infirmier Général : D.S.S.I., F.F.ou I.G.2°	6	3	3	4	2
Cadre - Inf.Sup. Qualité	2		2	1	1
Cadre - Inf.Sup. Hygiène, Bloc	2		2	2	
Cadre - Inf.Sup.et Cadre - inf.	6		6	2	4
Infirmier Diplômé d'Etat	16	1	15	3	13
TOTAL	38	4	34	13	25

Légende :

- **D.S.S.I.** : Directeur (ou Directrice) du Service de Soins Infirmiers,
- **F.F.** : Faisant Fonction,
- **I.G.** : Infirmière Générale,
- **1° , 2°** : 1° classe, 2° classe,
- **Cadre – Inf. Sup.** : Cadre - Infirmier Supérieur,
- **I.D.E.** : Infirmier Diplômé d'Etat,

- **Dir.** : Directeur,
- **Méd.** : Médecin,
- **Ser.Med – Tech.** : Services Médico – Techniques,
- **Res.** : Responsable,
- **Pharma.** : Pharmacien,
- **Hyg.** : Hygiène.
- **Etablist.** : Etablissement

ANNEXE N° 4 :

GRILLE D'ENTRETIEN

- 1 - Comment définissez - vous la qualité des soins ?
Qu'est - ce que la qualité des soins pour vous ? (à partir d'exemples, si vous le souhaitez).
- 2 - Votre établissement est - il inscrit dans une démarche qualité ?
 - 2 a - Si oui,
Quelles sont les finalités, les objectifs de la démarche qualité mise en place ?
Qu'elle est ou a été la stratégie adoptée ?
 - à partir d'une approche globale sur l'ensemble de l'établissement ? ,
 - ou en partant d'un recensement des projets existants ou en cours d'élaboration au niveau des services ?
 - ou autre méthode ?
Qu'en est - il de l'évaluation de la qualité des soins ?
Quel en est le ou les initiateurs ?
Quels sont les participants à cette mise en place ?
- 3 - Quelles sont les étapes de mise en place ?
 - Les difficultés et les satisfactions ?Quelles sont les phases de développement au sein de l'établissement ?
- 4 - Comment pensez - vous maintenir la pérennité de la démarche qualité ?
 - Sur quels critères vous appuyez - vous ?
 - Quels sont vos indicateurs de performance au sein de l'établissement, au sein de la D.S.S.I. ?
 - A quelle fréquence évaluez - vous les pratiques ?
- 5 - Quels liens faites - vous entre l'évaluation de la qualité des soins et l'accréditation ?
- 6 - Comment voyez - vous la mise en place de la démarche d'accréditation dans votre établissement ?
- 7 - Comment comptez - vous ou vous - êtes - vous préparé à l'accréditation ?
Où, quand (calendrier), qui, avec qui, quoi, avec quoi (moyens),... ?
- 8 - Avez - vous lu ou travaillé les référentiels du manuel d'accréditation ?
 - Si oui, : - comment ?
 - avez - vous rencontré des difficultés ? Si oui, lesquelles ?
- 9 - Dans votre préparation à l'accréditation, à posteriori, quels sont à votre avis :
 - les axes prioritaires de travail,
 - les facteurs clés de succès,
 - les problèmes rencontrés,
 - les erreurs à éviter , ou à ne pas reproduire lors d' une prochaine visite, dans la mise en œuvre de la démarche ?
- 10 - Comment la Direction du Service de Soins Infirmiers peut - elle engager le Service de Soins Infirmiers dans la démarche d'accréditation ?
- 11 - Que peut en attendre la D.S.S.I. ?
- 12 - Votre établissement s'est - il engagé par rapport à une date pour la visite d'accréditation A.N.A.E.S. ?
Vous y êtes - vous préparé ? si oui , comment ?
si non , comment comptez - vous le faire ?

ANNEXE N° 5 :

**TABLEAU DES ENTRETIENS REALISES
EN HOPITAL PRIVE NON-CONVENTIONNE
(détail par fonction)**

N°	FONCTION	QUALITE		ACCREDITATION	
		Non-Q.	Q.	Non-Acc.	Acc.
7	Cadre-Infirmier		X		X
8	Cadre-Infirmier		X		X
9	Médecin Directeur Qualité		X		X
10	Directrice du Service de Soins Infirmier		X		X
11	Cadre-Infirmier		X		X
12	Pharmacien Biologiste Qualité		X		X
13	Cadre-Infirmier Qualité		X		X
14	Directeur Services Médico-Techniques		X		X
15	Médecin Responsable laboratoire		X		X
16	Médecin Responsable Médecine		X		X
17	Infirmière Diplômée d'Etat		X		X
18	Infirmière Diplômée d'Etat		X		X
19	Infirmière Diplômée d'Etat		X		X
20	Infirmière Diplômée d'Etat		X		X
21	Infirmière Diplômée d'Etat		X		X
22	Infirmière Diplômée d'Etat		X		X
23	Infirmière Diplômée d'Etat		X		X
24	Infirmière Diplômée d'Etat		X		X
25	Infirmière Diplômée d'Etat		X		X
26	Infirmière Diplômée d'Etat		X		X
27	Infirmière Diplômée d'Etat		X		X
28	Infirmière Diplômée d'Etat		X		X

Légende :

Les nombres correspondent au numéro d'enregistrement de chaque entretien.

ANNEXE N° 6 :
EXPERIENCES PRESENTEES
A L'ECOLE NATIONALE DE LA SANTE PUBLIQUE :

Nous avons établi un recensement des formules existantes, à partir des différentes expériences présentées à l'Ecole National de la Santé Publique, lors de la semaine « Qualité - Accréditation », en Avril 1999, organisée par Madame Guillou professeur à l'E.N.S.P.. Soit :

- Sont créés un conseil de la qualité et de l'accréditation englobant plus de dix membres dont la tutelle, un comité de pilotage des vingt-cinq professionnels, une équipe projet de six personnes animant la réflexion et faisant appliquer les décisions, en lien direct avec les référents par services en binômes ;
- Les structures se décomposent en un comité exécutif, situé au niveau de décision stratégique, un comité de pilotage composé des membres de la direction élaborant les plans d'action, un groupe opérationnel regroupant les différents groupes de travail ;
- Le directeur limite la composition du groupe de travail à l'équipe de direction. Il communique aux instances et aux cadres de l'établissement les réponses aux différents référentiels après avoir élaboré les scénarios possibles. La diffusion est réalisée par voie hiérarchique.
- La création d'une direction de la qualité est réalisée, avec la nomination d'un directeur à temps plein, et d'un médecin référent, en vue de la mise en place du processus d'accréditation. La mobilisation des responsables de service est envisagée dans un deuxième temps ;
- La mise en place d'une cellule qualité composée à quotité égale de membres représentant: les administrateurs, les médecins, les soignants. Chaque professionnel n'est pas détaché à temps plein sur cette mission. Cette structure peut être associée à:
- Une diffusion très large du manuel d'accréditation et des référentiels, chaque cadre supérieur devant y travailler avec les équipes placées sous sa responsabilité. Le résultat de la réflexion de chaque équipe est à transmettre à la direction hiérarchique concernée. L'évaluation d'ensemble reposant sur la synthèse de tous les travaux, centralisée au niveau de l'équipe de direction.

Cette liste ne saurait être exhaustive.