

“La démarche qualité, ça se discute”

D. MAURICE et C. CAMPOS, I.D.E. Conseils - Thérapies Rénales
Laboratoire BAXTER

Le 24 avril 1996 l'ordonnance 96.346 relative à la réforme hospitalière rendait obligatoire la procédure d'accréditation dans les établissements dispensant des soins à des malades et cela avant 2001.

Depuis, 3 années se sont déjà écoulées et la procédure s'est enclenchée ; utopiste pour certains, inapplicable pour d'autres ou progrès majeur, cette procédure obligatoire a fait naître au sein des services hospitaliers de nombreuses questions, voire même certaines craintes.

Pour y parvenir, les établissements vont devoir démarrer ce que l'on appelle une démarche qualité, outil pédagogique ayant pour but l'évaluation de la satisfaction du patient qui sera approuvée par une procédure d'accréditation.

Pour essayer de répondre à un certain nombre de questions que vous pouvez vous poser, **Christian Campos** (Infirmier Conseil des Laboratoires Baxter) et **Sophie Lefay** (Infirmière d'éducation au C.H du Havre) ont rencontré **Marie France BOUYSSOU**, cadre supérieur au CTMR (Centre de Traitement des Maladies Rénales) à BORDEAUX, **Nadia MARNAS**, Infirmière Générale ARTIC 42 à SAINT-ETIENNE, **Martine LANDRE**, cadre de santé au centre hospitalier d'ORLEANS et **Dominique MAURICE**, infirmière conseil des Laboratoires Baxter.

Propos recueillis à Toulouse le 9 Juin 1999 lors du dernier congrès AFIDTN :

Christian Campos:

Nadia MARNAS vous êtes Infirmière Générale à l'ARTIC 42 à St-ETIENNE, association loi 1901, pour l'aide aux insuffisants rénaux. Nadia vous avez commencé à travailler sur vos protocoles et les fiches d'évaluation dès 1983.

Alors admettons que je sois Directeur d'un établissement de soins, l'ordonnance d'Avril 96 sur l'accréditation concrètement, dans mon établissement, comment cela va-t-il se passer ?

Nadia MARNAS

«L'accréditation est une procédure d'évaluation externe à un établissement de santé. Elle vise à s'assurer que les conditions de sécurité et de qualité des soins et la prise en charge du patient sont réunies. L'ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé) est chargée de la mise en place de l'accréditation.»

CC : Ses Objectifs?

NM : «-L'appréciation de la qualité et de la sécurité des soins ;

- l'appréciation de la capacité des établissements à améliorer de façon continue la qualité des soins et la prise en charge globale du patient ;
- la formule de recommandations explicites ;
- l'implantation des professionnels à tous les stades de la démarche qualité ;
- la reconnaissance externe de qualité des soins dans les établissements de santé ;
- l'amélioration continue de la confiance du public.»

CC : Cela concerne qui ?

NM : «L' accréditation concerne tous les établissements de santé publics et privés, civils et potentiellement les établissements militaires. Elle concerne également les groupements de coopération sanitaire entre les établissements et les réseaux de soins.»

Sophie Lefay : Quels en sont ses principes ?

NM :

- La place centrale du patient, c'est-à-dire la satisfaction des patients prise en compte dans l'évaluation.
- L'amélioration de la sécurité des soins.
- L'amélioration continue de la qualité.
- L'implication des professionnels exerçant dans l'établissement : La participation de l'ensemble des acteurs est essentielle.
- La démarche continue : L'accréditation doit inciter à la mise en place de démarches continues d'amélioration de la qualité dans l'établissement.
- L'obligation d'objectivité : L'accréditation aide l'établissement à réaliser un diagnostic de sa situation sur des critères précis et mesurables, établis par l'ANAES avec les professionnels.
- L'évaluation et l'amélioration continue de la méthode d'accréditation: »

CC : Comment va se faire la demande d'engagement dans cette procédure ?

NM : «Il appartient au représentant légal de l'établissement de déterminer le moment le plus propice pour solliciter auprès de l'ANAES son entrée dans la procédure d'accréditation.»

«La demande d'engagement dans la procédure d'accréditation est effectuée par le représentant légal de l'établissement, sous pli recommandé avec accusé de réception.»

SL : Comment s'effectuera la visite d'accréditation ?

NM : «Elle requiert la composition d'une équipe d'experts-visiteurs. Tout comme auto-évaluation, la visite portera sur l'ensemble des activités de l'établissement et sera conduite sur la base des mêmes référentiels. Un rapport de ces experts-visiteurs sera établi à partir des résultats de l'application des référentiels à l'ensemble des activités de l'établissement et des résultats de l'auto-évaluation.»

CC : Qu'y aura-t-il dans ce rapport ?

NM : «D'une part :

- L'ensemble des conclusions pertinentes du rapport-visiteurs,
- L'intégralité des observations de l'établissement et des informations complémentaires ;

D'autre part, les conclusions du Collège qui formulera ses propres appréciations, et déterminera, compte tenu des propositions des experts-visiteurs, les recommandations à suivre.»

«Il fixera les modalités de suivi de ces recommandations par l'établissement et par l'ANAES, et arrêtera le délai au terme duquel l'établissement devra avoir engagé une nouvelle procédure d'accréditation.»

SL : Comment seront communiqués les résultats de cette procédure ?

NM : «Le rapport d'accréditation sera transmis par le directeur général de l'ANAES à l'établissement et au directeur de l'Agence Régionale d'hospitalisation compétente.»

«Une possibilité de contestation, auprès du Collège d'accréditation, des conclusions de la procédure pourra être ouverte par l'établissement dans un délai de 1 mois après réception du rapport d'accréditation, et donner lieu à une deuxième délibération du Collège d'accréditation.»

«Un Compte-Rendu d'accréditation est remis par le directeur général de l'ANAES à l'établissement.»

CC : Quelles sont les échéances de l'accréditation ?

NM : «Pour l'entrée dans la procédure l'échéance est d'un délai de 5 ans suivant la parution de l'ordonnance du 26 Avril 1996 ; les établissements de santé doivent s'être engagés dans la procédure d'accréditation.»

«À défaut, l'Agence régionale d'hospitalisation pourra solliciter l'engagement de l'établissement dans la procédure.»

«En ce qui concerne l'intervalle entre les procédures d'accréditation une période de 5 années sera admise avant que n'intervienne une nouvelle procédure d'accréditation.»

«Elle peut être réduite en fonction du niveau d'accréditation obtenu.»

CC : Marie France BOUYSSOU vous êtes cadre supérieur au CTMR à BORDEAUX, qui est un établissement privé et vous avez commencé une démarche de certification ISO 9002 en octobre 98

Pouvez-vous nous expliquer la différence entre certification et accréditation ?

Marie France BOUYSSOU.

«Accréditation et certification partent d'un principe commun, c'est-à-dire la reconnaissance par un organisme indépendant de la conformité du système qualité aux exigences d'un modèle.

En ce qui concerne la certification, le modèle est la norme ISO 9001,2 ou 3. Pour mémoire je peux redonner la signification de ISO : abréviation de International Organisation For Standardisation, il désigne un système de normes et de règles européennes et internationales qui définissent des standards de production ou d'organisation attestés par des contrôles. Ces règles sont un symbole de démarche qualité reconnu partout dans le monde.

Au départ elles étaient surtout utilisées dans le monde de l'industrie.»

«Pour l'accréditation, le modèle, c'est le manuel d'accréditation avec les différents référentiels. S'il faut absolument trouver une différence entre accréditation et certification c'est au départ de la motivation qu'il faut chercher. La certification est une démarche volontaire, rien n'oblige une entreprise à chercher une certification mais l'obtenir est un atout de plus.»

«Lors du rachat du C.T.M.R. par la Société R.T.S., la direction de l'établissement venant de l'industrie, nous a proposé de mettre en place une démarche qualité dans le but d'obtenir une certification ISO 9002 sur l'ensemble de nos activités.

Après un audit fait par l'organisme consultant, un comité de pilotage a été constitué et a suivi une formation.

Puis des groupes de travail ont été créés par catégorie professionnelle et compétences, sur des thèmes choisis par le comité de pilotage.

Exemples : - l'hémovigilance
- les achats
- le livret d'accueil

Parallèlement, le R.A.Q. (Responsable Assurance Qualité) et la stagiaire de I.S.M.Q. (Institut Supérieur de Management de la Qualité) ont commencé une réflexion sur la gestion documentaire.

Les groupes ont fonctionné différemment suivant les thèmes qu'ils avaient choisis.

Les thèmes en rapport avec le soin et la relation avec le patient ont bénéficié d'une adhésion plus importante.

Le groupe sur le livret d'accueil et sur l'élaboration du questionnaire satisfaction a mené sa tâche correctement en 3 mois (création, relecture, correction, impression, distribution). Le groupe d'hémovigilance, de par la constance de ses membres, a produit des modes opératoires qui sont maintenant validés et mis en application.»

CC : Avez-vous rencontré des difficultés et quels sont les écueils à éviter ?

«**Le temps :** Il est difficile au départ de connaître le temps nécessaire pour gérer chaque thème.

Ce qui est important, c'est de rendre disponibles les membres des groupes, si possible sur le temps de travail.

L'utilisation du temps de réunion doit être convenablement programmé.»

«**La communication :** Il faut tenir compte de la réactivité par rapport aux propositions faites par les groupes de travail, c'est-à-dire trouver le moyen d'informer rapidement l'équipe soignante de l'évolution des thèmes.»

«**L'acceptation de la règle :** Un groupe de travail prépare un mode opératoire sur un branchement de KT : il faut que l'ensemble de l'équipe accepte les règles dictées par 3 ou 4 individus de cette même équipe. Mais il faut accepter aussi que l'exception puisse faire éclater cette règle.»

«**La cible :** Ne pas fixer la barre trop haut.

L'objectif doit être atteignable.

Il faut raisonner par étape, ne pas partir sur trop de projets à la fois.»

«**Les écrits :** Nous nous sommes rendu compte assez rapidement que les écrits pouvaient présenter des difficultés.

Si on écrit pour remplir du papier, cela ne sert à rien, à plus forte raison si cela n'est pas lu.

On ne doit pas tout écrire, il faut différencier ce qui est de l'ordre des "Pré-Requis" de ce que l'on doit acquérir.»

«**La méthodologie :** Au niveau des réunions, il faut une préparation méthodique :

- Un temps donné
- Un thème choisi
- Un rapporteur

Les réunions doivent être productives. Les membres du groupe doivent en sortir avec des projets, des objectifs précis ou des décisions prises.»

SL : Quelle est votre projection sur l'avenir ? :

MFB : «Utiliser les écueils comme processus formatifs, c'est-à-dire faire face aux périodes de découragement et trouver les moyens de remotiver l'équipe ? Communiquer avec les différents groupes, participer à la relecture de leurs travaux est un moyen de motivation.

Amener les individus à réfléchir sur leurs pratiques professionnelles, amener les individus à travailler sur un projet commun utilisable pour tous.

Savoir que les effets de la mise en place d'une démarche qualité ne sont pas forcément perceptibles dans l'immédiat, informer sur les notions de formation.

Il faut pouvoir offrir à chaque membre de l'équipe des possibilités de formation.

Il faut sans arrêt clarifier les objectifs et le rôle de chacun.

Refixer les limites du projet.

Définir un calendrier avec des dates précises.»

«Il faut avoir la foi, accepter de vivre par moments des psychodrames.

La mise en place d'une démarche qualité est un moyen de motivation et de progression d'une équipe.»

CC : Martine LANDRE vous êtes cadre de santé au centre hospitalier d'ORLEANS et vous avez participé à l'élaboration du guide de lecture des normes ISO 9002 adaptées au service de santé.

De quelles bases allons-nous partir ? existe-t-il des référentiels ?

Martine LANDRE

«L'accréditation est une procédure d'évaluation pratiquée effectivement à partir d'un référentiel : le référen-

tiel de l'ANAES (la dernière version définitive datant de mai 1999). Les différentes références portent sur :

- l'Organisation de la Prise en charge du patient
- le Management, la Gestion et la Logistique
- la Qualité et la Prévention.

Il paraîtrait judicieux de partir d'un constat des lieux qui mettrait tout projet en lien de cohérence avec ce référentiel ; Et de là élaborer un contrat d'objectifs pluriannuels hiérarchisés par ordre de priorité.»

CC : *Quelle va être l'implication des infirmières dans cette démarche ?*

ML : «Si la démarche QUALITE c'est mener une réflexion sur la qualité de ses pratiques professionnelles de façon à réguler d'éventuels dysfonctionnements a priori plutôt qu'a posteriori comme cela a pu se faire parfois, les acteurs, donc les soignants, sont les mieux placés pour définir les niveaux de qualité de leurs pratiques qui tendraient vers une satisfaction des usagers ; cela implique donc toute l'équipe, chacun dans son domaine concerné.»

SL : *Qu'est-ce que cela va nous apporter ?*

ML : «Une réflexion commune tendant vers le meilleur niveau de qualité accessible : donc une remise en cause des pratiques, une meilleure organisation (donc un gain de temps), des preuves écrites que l'on a réfléchi à comment bien faire, des outils qui permettent à tout moment de savoir comment faire pour bien faire : donc plus d'efficacité, un outil d'évaluation attestant que l'on fait bien, une traçabilité, des outils d'intégration pour les nouveaux agents, une gestion plus efficiente, une suppression d'une certaine forme de gaspillage génératrice d'économie.»

SL : *Qui va nous aider ?*

ML : «La mise en place d'une démarche qualité au plan institutionnel nécessite la création d'une structure de pilotage générale formée à la démarche qualité, qui aura, entre autres, pour rôle d'apporter une guidance auprès des responsables de la mise en place de cette démarche dans les différents secteurs. Et comme n'oublions pas que «l'évaluation de la qualité des soins dans le respect de protocoles existants» est de la mission du cadre infirmier, le cadre infirmier semble donc être bien placé pour mettre en place cette démarche au sein de son unité fonctionnelle, et pour guider les membres de son équipe.»

CC : *Les équipes vont devoir réécrire leurs procédures de soins, c'est cela ? mais tout le monde ou presque a déjà des protocoles !
Ce n'est donc pas la même chose ?*

ML : «Il existe aujourd'hui une méthodologie de rédaction des procédures et des modes opératoires : une méthodologie qui n'est d'ailleurs pas si nouvelle mais sûrement plus complète. Aussi faudra-t-il peut-être faire entrer ces «protocoles» dans cette méthodologie plus formelle de rédaction.

Mais quand ce qu'on appelle aujourd'hui «les modes opératoires» sont déjà rédigés, l'essentiel est fait et ce n'est plus qu'une question de forme. A la condition néanmoins, que ces modes opératoires aient été validés par une évaluation récente.»

SL : *Y aura-t-il une deuxième chance d'accréditation pour les hôpitaux ?*

ML : «Il va exister 4 niveaux d'accréditation :

NIVEAU A : la procédure d'accréditation est renouvelée à 5 ans.

NIVEAU B : l'établissement de santé seul émet des rapports de suivis et la procédure d'accréditation est à nouveau engagée à 5 ans.

NIVEAU C : l'ANAES fixe les échéances de formalisations des rapports de suivi des recommandations et une nouvelle procédure est engagée entre 2 et 5 ans.

NIVEAU D : l'établissement et l'ANAES fixent un calendrier de résolutions des recommandations et une nouvelle procédure d'accréditation est engagée dans un délai de 2 ans.»

«Il y a donc une deuxième chance pour les hôpitaux, mais y en aura-t-il une troisième ?»

CC : *Dominique MAURICE, tu es infirmière conseil pour les laboratoires Baxter depuis 7 ans, est-ce qu'en conclusion tu peux nous dire qu'elle va être l'implication de Baxter dans cette démarche ?*

Dominique MAURICE

«L'implication des laboratoires Baxter va se faire à deux niveaux :

Au premier niveau ce sont :

- Les supports humains

En DP, les infirmiers conseils pourront aider les centres à déterminer les priorités en terme de méthodologie, d'analyse de situation ou dans le choix de leurs différents thèmes. Ils pourront aider les équipes à bâtir leurs procédures, voire leur donner des exemples.

En HD, les ingénieurs de développement en HD pourront offrir aux équipes un soutien pour écrire leurs procédures et surtout au point de vue de la stérilisation, que ce soit sur les générateurs, le contrôle du traitement ou la qualité de l'eau ou même la désinfection de la boucle.

Au deuxième niveau ce sont :

- Les supports papiers

La sortie prochaine du «Vade-mecum de l'accréditation» qui est un outil qui permet de faire le point sur les différentes définitions et démarches d'amélioration de la qualité.

Bien sûr Baxter s'attachera à fournir les procédures complètes d'utilisation avec chacun de ses produits.

Il ne faut toutefois pas oublier que la formation infirmières où les logiciels informatiques tels que l'Adequest et Poet sont aussi des outils de qualité qui s'incluent très bien dans cette démarche.»

CC : *Un grand merci à toutes les cinq pour avoir répondu à nos questions et vous être très gentiment prêtées à ce jeu.*