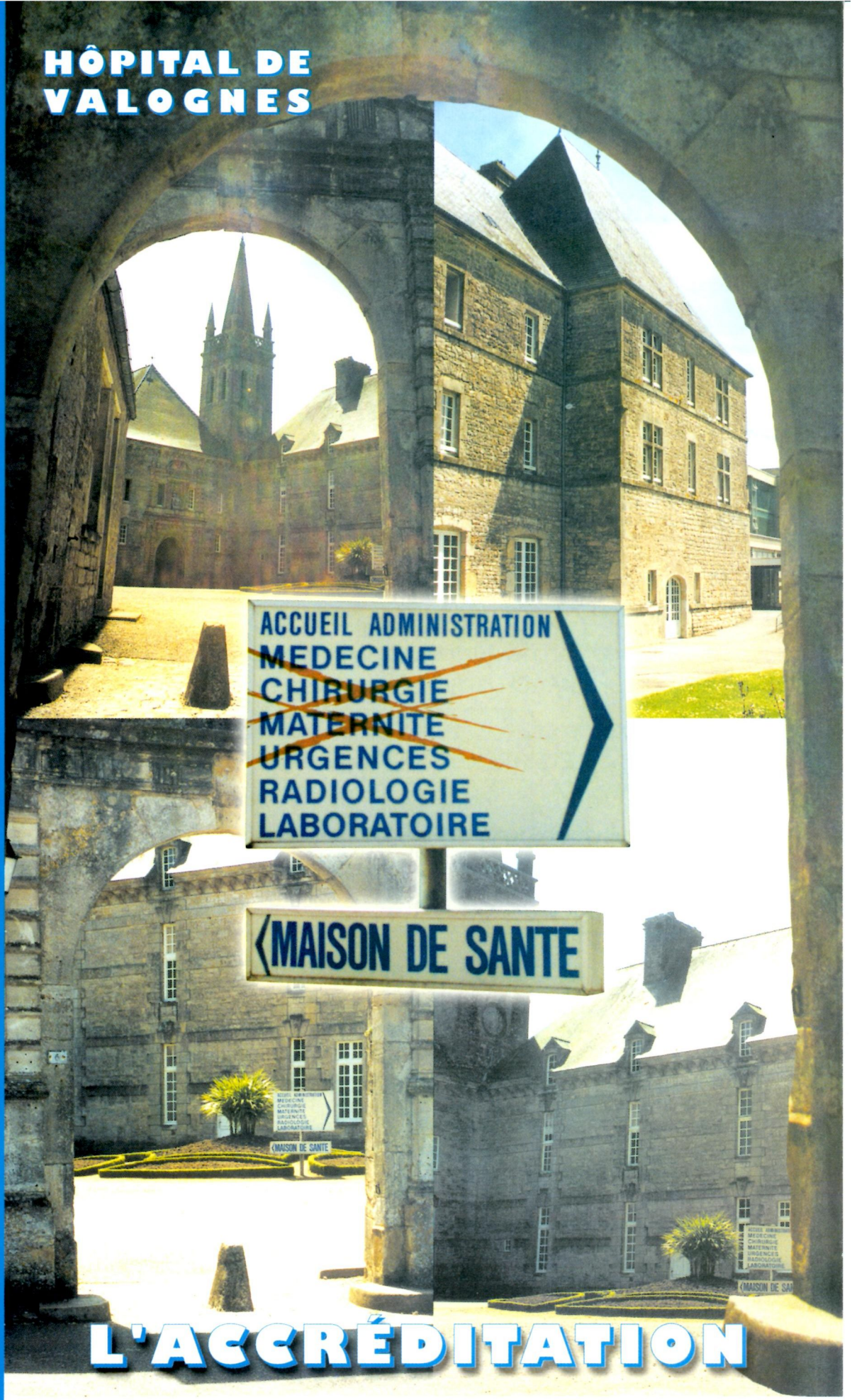
PRATIQUE & RECHERCHES

En Santé Mentale

N°26

ISSN 1157-5135

HÔPITAL DE VALOGNES



L'ACCRÉDITATION

REVUE DE L'ASSOCIATION
CROIX-MARINE
DE BASSE-NORMANDIE

30 F

sommaire n°26

1 ..... Éditorial

2 ..... Infos fédération

Journée-rencontre de Valognes, 16 mars 2000
l'accréditation

3 ..... Au nom des experts
M. FILMONT

5 ..... Qualité des soins et accréditation
Dr D'ALCHE-GAUTHIER, correspondante ANAES en évaluation des établissements de santé de Basse-Normandie

6 ..... Approche critique des concepts de l'accréditation
M. LETELLIER, psychologue-clinicien

9 ..... La démarche-qualité : le pari, réflexion sur les enjeux et la méthode
Dr ALARY, CH du Bon-Sauveur de Saint-Lô

11 ..... L'expérience concrète des CH de Picauville et de Saint-Lô
Mme LEVEBVRE, Cadre Supérieur de Santé
M. PIGAUX, Attaché de Direction chargé de l'accréditation

16 ..... Évaluation de la qualité des soins en psychiatrie
Mme GONET, cadre infirmier de santé, secteur Côte Fleurie, CH Caen

PRATIQUE ET RECHERCHES

REVUE DE L'ASSOCIATION CROIX-MARINE BASSE-NORMANDIE

Fondation du Bon-Sauveur, 50360 PICAUVILLE
Tél. 02 33 21 84 00 (poste 8466) - Fax 02 33 21 85 14

Directeur de la publication :	Jean-François GOLSE
Responsable de la rédaction :	Philippe LAMOTTE
Secrétaire de rédaction :	Maryse CORBET
Secrétaire adjointe :	Marie-Line HAMELIN
Comité de rédaction :	J.- N. LETELLIER, J. ANDERSON, M. PITON, G. BOITTIAUX, B. NOUHAUD, T. JEGARD
Composition et impression :	LOCOMOTIVE 02 33 07 54 09 COURCY
Photos :	P. LAMOTTE PICAUVILLE
Secrétariat :	02 33 21 84 66
Dépôt légal :	2e trimestre 2000

éditorial

Accréditation

Faire ce que l'on dit et dire ce que l'on fait, ou plutôt faire ce que l'on écrit et écrire ce que l'on fait ; c'est à la fois tout simple et très compliqué et en tout cas un changement majeur, peut-être encore plus important pour la psychiatrie qui de toutes les disciplines médicales reste celle la plus proche de l'art (la médecine est traditionnellement un art) malgré les efforts de certains pour la tirer du côté de l'objectivité scientifique (mais les interrogations et interpellations du social viennent contrebalancer ce mouvement). Cette journée Croix-Marine avait pour objet de nous familiariser avec ce nouveau vocabulaire (*référence, critère, item*...), ces nouveaux concepts de l'accréditation, et de réfléchir à leur application en psychiatrie. Au jour de ce colloque, seuls quatre établissements dont deux Bas-Normands s'étaient engagés volontairement dans cette démarche obligatoire, le pari étant que le processus de l'accréditation n'était pas figé, mais encore améliorable, surtout dans le domaine de la psychiatrie qui garde malgré tout une certaine spécificité, comme en témoignait un certain étonnement pour ne pas dire un certain effarement de nos interlocuteurs ANAES devant la multiplicité des sites en psychiatrie.

Cette journée se tenait à Valognes où nous avions été accueillis par le maire de cette petite ville de 7 500 habitants, qui nous a parlé des difficultés rencontrées par l'hôpital de Valognes, qui faute de pouvoir recruter des anesthésistes, des chirurgiens et des obstétriciens, a vu ses services de maternité (avec un peu plus de 500 accouchements par an, alors qu'un consensus existe pour fermer à moins de 300) et de chirurgie suspendus avec à l'horizon la perspective d'une fermeture définitive*. Le problème central est donc celui du recrutement médical et donc de la formation d'un nombre suffisant de médecins dans les diverses spécialités. La question de fond étant celle de la répartition des médecins sur le territoire en fonction des besoins tant dans le domaine de la médecine hospitalière que dans celui de la médecine libérale. Faute d'une telle vision d'ensemble et des moyens de la faire prévaloir s'installent des situations de pénurie, en zone rurale essentiellement. Cela fait penser à ce jardinier qui avait renoncé à arroser un coin reculé de son jardin parce qu'il y avait un trou dans le fond de son seau. Tout se passe comme si faute d'oser ou pouvoir s'attaquer aux problèmes de fond – mais il est vrai qu'un certain corporatisme médical ne facilite pas les choses – les pouvoirs publics utilisaient la raréfaction de l'offre médicale comme mode de « régulation » ce qui est à la fois inadéquat et malsain. Finalement les pouvoirs publics font ce qu'ils ne disent pas et ne disent pas ce qu'ils font. Accréditation avez-vous dit ?

Docteur J.-F. Golse

* *Fermeture aujourd'hui confirmée.*

infos fédération

1-Rappel journées nationales

Les 18,19 et 20 septembre 2000 se tiendront à Biarritz, au casino municipal, les 49es journées nationales de formation continue de la Fédération d'aide à la santé mentale Croix-Marine, en partenariat avec l'union internationale d'aide à la santé mentale, autour du thème:

« Le temps de soigner, le temps de revivre »

Les exposés porteront sur les sujets suivants:
→ Les pratiques de notre temps: malaise dans la culture, malaise dans la psychiatrie.
→ Le temps des psychotiques: crises et chronicité.
→ Économie et psychiatrie.
→ Éthique des pratiques psychiatriques et contraintes actuelles.
→ Temps-espace et soin à l'adolescence.
→ Le temps, le lieu, le sujet, l'abandon par la psychiatrie des règles de théâtre classique.
Pour les ateliers, une nouveauté: ils seront cette année bipolaires; les thèmes seront différents les matins et après-midi.

Les inscriptions sont dès maintenant possibles:

Renseignements
Christelle HILAIRE
Tél.: 01 45 96 06 36
Fax: 01 45 96 06 05

2-Journées nationales 2001

Elles se tiendront à NANTES les 24, 25 et 26 septembre 2001, sur le thème:

« Pertinence de l'associatif en Santé mentale »

Résumé de l'argument: le centenaire de la loi de 1901 doit être l'occasion d'un bilan et d'une réflexion prospective pour les associations œuvrant dans le champ de la Santé mentale et de la psychiatrie...

3-Guide pratique de la gestion associative

La Fédération d'aide à la Santé mentale Croix-Marine publie pour la cinquième fois le **« Guide pratique, juridique, fiscal, social et comptable »** élaboré par le groupe SOFINGEC. Ce guide remarquable, répondant à la majeure partie des questions, est diffusé à l'ensemble des établissements associés et associations affiliées. On peut également se le procurer, au prix de 80 F, au siège de la Fédération (31, rue d'Amsterdam, 75008 PARIS).

4-3615 MENTALINFO

La Fédération d'aide à la Santé mentale Croix-Marine met à disposition ce serveur Minitel, premier annuaire de la Santé mentale, qui permet aux professionnels, aux usagers, et à tout public d'accéder en particulier aux 7251 établissements répertoriés dans le champ de la Santé mentale pour les rubriques:
→ soins;
→ réadaptation;
→ réinsertion;
→ travail protégé;
→ formation professionnelle;
→ enseignement;
→ etc.
À noter également: l'adresse électronique de la Fédération: croix-marine@wanadoo.fr

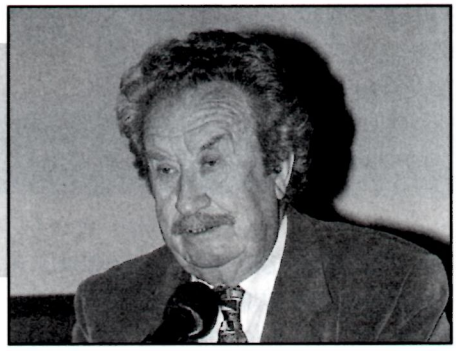
5-Revue Fédérale

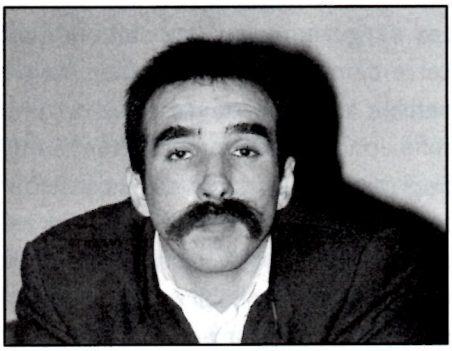
L'association Croix-Marine de Basse-Normandie se doit de continuer de recommander à ses adhérents de s'abonner à la revue nationale **« Pratiques en Santé mentale »** ou, pour ceux qui le sont déjà, d'inciter leurs proches à le faire.

infos fédération

l'accréditation

MONSIEUR LEBOYER, MAIRE DE VALOGNES, A ACCUEILLI LES PARTICIPANTS À CETTE JOURNÉE





Au nom des experts

Par M. FILMONT

Quelque chose m'a toujours étonné dans ces démarches qui prônent la rationalisation à tout va, de la rationalisation comptable de la chaîne de production dans la compatibilité analytique, à cette gestion de la production des services – le soin – qui nous vient dans et par cette démarche dite de l'accréditation, en passant par le contrôle qualité ou la vieille rationalisation des choix budgétaires. Ce qui ne cesse de m'étonner, c'est la dimension de stratégie défensive de cette armada pseudo-conceptuelle, stratégie qui m'apparaît pour ce qui concerne l'accréditation en psychiatrie relever tout à la fois et du moins au plus brutal de la mise à distance phobique et de l'emprise, maîtrisante, contrôlante, voire annihilante.

Le plus patent, mais aussi le plus *soft*, si on veut bien me passer cet anglicisme, est cet effort d'atténuation des conflits, de pastellisation en quelque sorte, qui ressort de la démarche quand il s'agit de la présenter et de la mettre en œuvre. Tout semble en effet s'organiser dans le sens de l'évitement du conflit: les conférences sont de consensus, – sans jeu de mots – et quand on nous convie à un remue-méninges, on nous demande de ne pas réfléchir à ce qu'on dit, ni, c'est la moindre des choses alors, à ce que les autres disent. Tout peut ainsi se dire sans conséquence dans une parodie d'associations libres où toutes les paroles ont la même valeur – et c'est vrai qu'en pareille circonstance elles ont toutes quelque chose d'un peu stupide –, comme si, dans l'Institution, régnait un égalitarisme béat qui ne demandait qu'à se prêter à une telle mascarade démocratique. Car c'est tout de même bien d'une mascarade dont il s'agit quand on commence par poser que les professionnels peuvent dire tout ce qu'ils veulent sans réfléchir, mais qu'ils sont obligés de jouer le jeu, quand, en préalable, les règles en sont déjà écrites, je devrais dire protocolisées. On sait bien que l'amicalité phobique, celle de la politesse à la « mais si, tout va bien se passer », masque la violence pulsionnelle, celle d'abord de l'exigence pour rendre le mot freudien, puis celle de l'agressivité elle-même. Finalement: « faites comme chez vous... mais n'oubliez pas que vous êtes chez moi! » Pareille manière de planifier les rapports humains est bien sûr très « tendance » et les sociologues en ont déjà montré l'invasion, de la culture du rond point – c'est vrai que quand on ne peut s'en toucher un mot, on finit par tourner en rond – aux combines de communication pour récupérer les ratés en passant par les diktats nivellateurs de la déjà presque sacro-sainte opinion publique. À cet égard, on entend déjà parler de mesure de la satisfaction des usagers, soit des consommateurs de soins. Cette pastellisation, cet évitement du conflit, contrastent pour le moins avec les sollicitations moins policées de nos



La tribune

patients qui viennent justement à l'hôpital parce que leurs conflits, avec les autres, avec le monde, avec eux-mêmes, les débordent et qu'alors pointe… leur pathos.

Si cet aspect de la démarche peut se dégager et s'en trouver considéré à part, il n'en demeure pas moins à mes yeux intimement lié à ce second aspect que l'introduction a nommé emprise. Venons alors à la construction de protocoles et à l'application procédurale des dits protocoles. Si cette démarche peut d'abord s'entendre comme construction d'un écran, elle me paraît surtout élaborer des emprises sur la relation soignant-soigné et ses protagonistes. On le dit, on le lit déjà, le protocole est en lui-même uniformisateur – aussi nivellateur que l'opinion publique – parce que, renversant la question, il s'applique comme référentiel pré-établi au lieu de questionner une relation qui se donne dans la rencontre soignant-soigné et dont, me semble-t-il, à la vérité, nous faisons les uns et les autres ce que nous pouvons. En d'autres termes, bien sûr que la protocolisation de soins, comme tous les *ready-made* contemporains tend vers une bureaucratisation de la clinique autant que vers une prérobotisation de celle-ci – la préformatation d'une consultation psychiatrique sur le web, sans psychiatre –, mais l'effet d'emprise que je voudrais dégager me paraît résider dans une dépossession dont les conséquences pourraient être autrement plus graves. C'est qu'en effet, la norme protocolaire joue comme dispense dans la relation thérapeutique et plus que comme dispense de penser, il s'agit de la dispense du risque de fauter. Seule l'erreur est possible si la norme s'extériorise en protocole établi en dehors de la relation soignant-soigné, la faute, elle, se déploie dans l'entre-soi – certains ont nommé cet entre-soi colloque singulier – que les soignants connaissent bien, celui où la norme est intériorisée comme instance vivante du conflit que justement la protocolisation éteint. Un soignant dépossédé de sa parole au patient par la normalisation protocolaire devient de fait susceptible d'appliquer n'importe quoi, il se trouve, comme son patient, désubjectivé, privé de sa responsabilité de sujet parlant. Telle est l'emprise que le protocole impose à la clinique, et comme on sait que l'horizon de l'emprise est la mort, on ne peut pas ne pas rapprocher la normalisation protocolaire de ses terrifiants précurseurs que furent les systèmes totalitaires. Cette phrase d'Arendt, tirée de son *Eichmann à Jérusalem* – sous-titré « Rapport sur la banalité du mal » – a tout de même de quoi faire réfléchir : *« Tous les systèmes juridiques modernes supposent que pour commettre un crime il faut avoir l'intention de faire le mal. Les peuples civilisés s'enorgueillissent tout particulièrement de ce que leur jurisprudence prend en compte ce facteur subjectif. Quand cette intention est absente, quand, pour une raison ou une autre, fût-ce l'aliénation morale, la faculté de distinguer le bien du mal est atteinte, nous pensons qu'il n'y a pas eu crime… »* À ceux qui voudraient s'en tenir alors à leurs bonnes intentions, on rappellera à la fois que l'Enfer est pavé des mêmes intentions et que l'histoire du XX^e^ siècle témoigne de ce que logique totalitaire et techno-science médicale peuvent être complices.

Lorsque je m'interroge, depuis la clinique bien sûr, parce que l'éthique s'y joue et s'y risque à chaque fois, sur la nature de cette stratégie défensive, je repère, comme d'autres avant et avec moi, les symptômes du politiquement correct et de la pensée dite unique de notre modernité, avec ses impasses et ses dangers, mais il me semble que cette démarche d'organisation rationalisée du soin ouvre aussi à une réflexion plus fondamentale sur ce qui pourrait bien se commettre dans son application. En effet, à se demander ce contre quoi œuvre la démarche, autrement dit à cerner l'objet de la stratégie défensive, force est de constater qu'il s'agit, ni plus ni moins, du patient. À cet égard, le rebaptiser « client », « consommateur » ou encore « usager » devrait nous inquiéter parce que comme toujours, ce n'est pas qu'affaire de mots ou, si on préfère, parce que c'est la pratique qui s'engage dans les mots qu'on emploie. Ce que la démarche d'accréditation tend, dans son mouvement même de rationalisation, à faire taire, c'est le sujet souffrant, dans sa parole, son histoire, sa jouissance, soit dans son être même de sujet parlant. Il faut le redire ici : le malade est irréductible à toutes les étiquettes et à tous les protocoles qu'on voudra bien lui administrer. Le problème essentiel, je crois, vient alors de ce que cette réduction tendancielle du sujet – mais pas du taux de profit, c'est vrai – se commet… au nom du Savoir. La logique gestionnaire et la logique scientifique font bon ménage, et les exploits financiers des laboratoires – autant pharmaceutiques que de recherche – sont là pour en témoigner. Si le protocole est une emprise désub-

jectivante en aval, c'est-à-dire dans son application, son opérationnalisation, en amont, il est – se veut être ? – l'énoncé d'un savoir. Ça parle, peut-être, mais c'est la science qui parle, toute seule et sans personne, dans son objectivité radicale – sa positivité-, soit aussi dans son a-humanité même. La parenté entre le totalitarisme et le scientisme est de structure et non de coïncidence : dans les deux cas et comme l'écrit J.-P. Lebrun *« ce qui commande, c'est un ensemble acéphale d'énoncés là ou avant c'était l'énonciation d'un maître qui devait soutenir cette place »*.

La conclusion s'impose : le nom des experts n'est pas le nom du père et ce qui se commet dans la démarche d'accréditation risque fort de n'être rien d'autre qu'un nouveau meurtre. On rappellera alors que le mot accréditer nous vient du latin par l'italien et l'espagnol, qu'il signifie donner l'autorité nécessaire à quelqu'un, qu'il repose sur le verbe *credere* – croire – dans des formes comme « croire en quelqu'un », « faire confiance à quelqu'un ». Cette confiance est l'occasion de la contraction d'une dette – le crédit –, celle de tous ceux à qui une autorité de tutelle donne crédit. Mais c'est la personne qu'on crédite et il est aussi nécessaire qu'urgent de prendre garde aux impasses auxquelles conduirait le fait de ne plus pouvoir créditer qu'un savoir acéphale.



Qualité des soins et accréditation

Par le Dr D'ALCHE-GAUTHIER
Correspondante ANAES
en évaluation des établissements de santé de Basse-Normandie

La présentation comprend deux parties : une description du réseau ANAES d'évaluation des établissements de santé et une seconde partie sur l'évaluation de la qualité des soins en milieu hospitalier et l'accréditation.

Première partie

Le réseau des correspondants ANAES comprend environ cinquante membres, représentant de nombreuses régions de France. Ce sont des professionnels de santé (médecins, cadres infirmiers, sages-femmes) issus d'établissements de statut juridique très varié (CHU, CHG, CHS, HL, établissements privés). Ils ont pour mission de mettre en place dans leur région des actions de formation, de développer les méthodes d'amélioration de la qualité et d'évaluer les changements induits, d'intervenir dans les colloques, de renforcer les démarches d'évaluation des pratiques professionnelles et de diffuser la documentation ANAES. Ils participent également à des groupes de travail à l'ANAES, en particulier dans le cadre de l'élaboration des référentiels.

Deuxième partie

L'évaluation de la qualité des soins en milieu hospitalier et l'accréditation

Le contexte de l'évaluation de la qualité des soins dans un établissement est sous-tendu par trois exigences : une exigence éthique, une exigence professionnelle et une obligation légale.

- Une exigence éthique : le patient qui fréquente un établissement est en droit d'attendre une prestation de qualité. Pour le professionnel de santé, délivrer une prestation de qualité est une obligation morale.
- Une exigence professionnelle liée à plusieurs constatations : une variabilité des pratiques qui interroge car pour le patient, comment comprendre qu'en fonction du médecin, de l'institution qui l'accueille ou de la région où il habite, les orientations diagnostiques et les prises de décisions thérapeutiques peuvent être différentes. De plus, la quantité d'information mise à disposition des professionnels de santé croît de manière exponentielle et augmente paradoxalement le degré d'incertitude dans lesquels ils exercent. Les soins se complexifient avec des décisions thérapeutiques qui font appel à des équipes pluridisciplinaires unies ou multicentriques. Enfin, le contexte économique des hôpitaux sur lesquels pèsent les contraintes budgétaires, favorise une démarche d'évaluation de la qualité des prestations fournies dans un souci d'efficience (services rendus/coûts). Si la qualité coûte cher, le coût de la non-qualité est encore plus lourd (coût des dossiers perdus, ou informations manquantes, redondances des examens, coûts des tubes égarés).
- L'obligation légale est rappelée par la loi portant sur la réforme hospitalière du 31 juillet 1991, article L710.3 *« afin de dispenser des soins de qualité, les établissements de santé, publics ou privés, sont tenus de disposer des moyens adéquats et de procéder à l'évaluation de leur activité »* complété

par l'article L710.4 *« les établissements de santé, publics ou privés développent une politique d'évaluation des pratiques professionnelles, des modalités d'organisation des soins et de toute action, concourent à une prise en charge globale du malade, afin notamment d'en garantir la qualité et l'efficience »*.

Enfin, l'ordonnance portant sur la réforme de l'hospitalisation publique ou privée du 24 avril 1996, stipule que *« la qualité de la prise en charge des patients est un objectif essentiel pour tout établissement de santé. Celui-ci doit procéder à une évaluation régulière de leur satisfaction portant notamment sur les conditions d'accueil et de séjour. Les résultats de ces évaluations seront pris en compte dans l'accréditation »*.

L'accréditation est une procédure d'évaluation externe qui va permettre d'obtenir à un moment donné une photographie de l'établissement quant à son fonctionnement et à la qualité de ces pratiques. Elle vise à assurer la qualité des soins donnés au patient et à promouvoir une politique d'amélioration continue de la qualité au sein de l'établissement. Elle n'est pas une démarche de planification qui consiste à définir, en fonction de ses besoins de santé, les services à implanter dans un espace géographique donné, ni une procédure d'autorisation qui permet à une structure désignée d'exercer une activité donnée.

Comment définir la qualité ? il existe une définition normalisée : c'est l'ensemble des propriétés et caractéristiques d'une entité qui lui confèrent son aptitude à satisfaire des besoins exprimés ou implicites. Ces derniers restent à identifier dans le domaine de la santé.

La qualité est sans doute le facteur qui contribue le plus à donner confiance dans le système de soins, chez les professionnels comme dans le public.

Les établissements de santé ont développé, depuis plusieurs années, des travaux d'évaluation de la qualité des soins basés le plus souvent sur les démarches d'évaluation des pratiques professionnelles. L'audit clinique est une méthode souvent utilisée. Elle consiste à analyser les écarts entre la pratique observée et un référentiel, à mettre en place des plans d'action afin d'améliorer sa pratique, et à s'évaluer de nouveau : c'est la boucle de l'audit. L'établissement doit dans un deuxième temps franchir une étape supplémentaire qui est la prise en compte des éléments qui vont influer sur la qualité globale du processus des soins et mettre en place une dynamique de développement continu de la qualité.

Conclusion

Il n'y a pas de dynamique possible de la qualité, tant que chaque professionnel restera persuadé que la qualité de son acte est la seule qui compte réellement dans la prise en charge des malades. Mais, à la limite, que vaut une intervention chirurgicale réalisée dans les règles de l'art, si l'hospitalisation s'achève par un décès lié à une infection nosocomiale contractée au cours de l'intervention.

Chacun dans son action est impliqué dans la qualité. Mais la qualité de chacun n'est pas suffisante. Une démarche qualité dans un établissement d'hospitalisation bouscule donc les habitudes de travail.

- Au sein de l'équipe, les professionnels doivent collégialement définir des règles de bonnes pratiques communes ;
- entre les équipes pour une meilleure gestion des interfaces entre chaque équipe et la direction de l'établissement.

Approche critique des concepts de l'accréditation

Par M. LETELLIER, psychologue-clinicien



Avant de commencer cette intervention, je souhaiterais développer un préalable qui situera le contexte dans lequel il est possible actuellement de prendre la parole pour soumettre la démarche d'accréditation à un regard un tant soit peu critique.

La crispation actuelle des gestionnaires hospitaliers mais aussi de tous les acteurs qui se sentent concernés par l'évolution de l'hôpital et en particulier pour nous de l'hôpital psychiatrique, cette crispation rend particulièrement périlleux l'exercice de cette critique.

Cette attitude de défiance vis-à-vis de la critique, par ailleurs tout à fait compréhensible au regard des difficultés répétées à maintenir les moyens à même de remplir la mission de l'hôpital en dit long sur le fait que depuis le début de cette affaire d'accréditation, personne n'est dupe de l'utilisation qui sera faite de ces résultats.

Il faut tout de même souligner que, malgré tous les bavardages méthodologiques des manuels d'accréditation, rien actuellement ne permet de s'assurer de la légitimité ou de l'arbitraire du mode d'évaluation au regard de la réalité et de l'histoire des établissements, de ces établissements qui, au gré des théories, des mouvements de pensée, des influences sociales et politiques, continuent à instituer un certain découpage de la morbidité mentale, des catégories de sa médicalisation et une herméneutique de sa symptomatologie.

Certes, les accréditeurs et ceux qui font la promotion de l'accréditation ne sont pas des penseurs de l'institution médicale et soignante en France. J'essayerai d'expliquer plus loin pourquoi ils ne doivent surtout pas l'être. À aucun moment d'ailleurs ils ne revendiquent de penser les systèmes d'organisation de soins de notre modernité, d'en comprendre les influences, de dégager ce qui les travaille et structure leur évolution. Ainsi donc, ne pas penser, ni l'histoire, ni la structure, ni l'évolution même récente. Je vous propose aussi cette question, il est même tout à fait vraisemblable que l'accréditation ne se pense pas elle-même. Que des psychologues (seule catégorie professionnelle qui n'apparaît dans aucun des groupes d'élaboration de l'accréditation à la Française, pourtant lourds de la participation d'au moins 250 professionnels) tentent de poser un œil sur ce qui se veut une technique d'évolution risque de rester un simple clin d'œil, il n'y a pas à en douter.
On peut aussi penser qu'il n'est jamais tout à fait inutile de venir poser un coin dans ce qui apparaît comme émanation dans sa forme et dans ses moyens de ce que l'on a appelé pour d'autres questions, la pensée unique.

Pour situer la direction possible d'une démarche, il est toujours plus facile d'essayer d'en cerner l'origine. Ce que je propose donc dans un premier temps, c'est de resituer la démarche d'accréditation dans son émergence historique, ce qui peut nous permettre d'éclairer les éventuels postulats du courant de pensée dans lequel elle se situe.



Ça n'est un mystère pour personne et l'on a suffisamment entendu résonner l'accent québecois pour s'en convaincre, nous sommes conviés à faire un pas en direction de la culture anglo-saxonne.

Comme le rappelle P. Noël, le modèle ultra-libéral y institue *« des notions de concurrence, de réussite, de classement, d'évaluation comparative »* qui essaiment dans tous les secteurs de la vie sociale et économique comme dogme absolu. De plus, l'imprégnation du protestantisme et surtout du calvinisme s'exprime *« dans la dimension de la réussite individuelle, signe de l'élection divine, qu'on fait partie des bons et qu'en conséquence Dieu vous récompense »*. L'échec et la pauvreté ramènent au diable, à l'abandon par Dieu. *« Le malade chronique, notamment mental, est perçu comme prédestiné à échouer »*; donc hors de l'orbite des compagnies d'assurance. Ainsi, aux États-Unis, les assurances couvrent les dépenses de santé en fonction de l'adage « vite et bien » qui privilégie les traitements courts et une évaluation sur des bases objectives. Ainsi, cette recherche des « bases objectives » renvoie à *« la fascination nord-américaine pour le scientisme comme gage d'une objectivation uniformisante »*, uniformisante car référée à la notion très prégnante en Amérique du Nord, de la création d'une identité, d'une conscience identitaire comme refusant l'héritage de la vieille Europe.

Ainsi, ce qui s'organise comme discours totalitaire, c'est le pragmatisme et le sens de l'opérationnabilité avec en toile de fond une pensée scientifique qui se base sur des faits tangibles (chacun y retrouvera sans doute aussi les fondements du béhaviourisme), et avec un refus ou du moins une méfiance vis-à-vis de la théorisation.
Ainsi devra être l'accréditation, comme le sont les échelles de qualité de vie, comme l'est la D.S.M., pragmatique, opérationnelle et sans théorie. Aux États-Unis, *« les clients paient cher les soins et l'accréditation doit proposer des critères objectifs, comparables, permettant un choix simplifié »* donc simplificateur. Voici donc résumé en quelques mots ce que l'on peut saisir comme soubassements idéologiques instituant les caractéristiques de l'accréditation, faussement dénommée « à la Française ». Et il suffit, comme on le verra tout à l'heure, d'ouvrir n'importe laquelle des versions du manuel d'accréditation, pour voir à l'œuvre ces caractéristiques essentielles: pragmatisme, opérationnabilité, refus de la théorie.
Voici pour l'origine.

Jetons maintenant un coup d'œil sur le climat qui l'accompagne.
L'ultra-libéralité, la pensée unique, ne se présente jamais sans être accompagnée de son corollaire contaminateur. Cette contagion, nous en sommes tous les

agents, puisque nous nous faisons les passeurs des expressions qui instituent sa destination inéluctable. J'ai nommé la fatalité. Rien n'apparaît jamais de ces notions anglo-saxonnes sans être redoublée par cette idée force d'une évidence de sa progression. Qui n'a jamais dit: *« de toute façon on y viendra »*, *« qu'on le veuille ou non, il faudra bien y passer »*, *« on n'est pas forcément d'accord, mais il faut bien l'accepter »*. C'est sans doute le plus sournois de l'affaire, cette auto-conviction de la fatalité. Ça peut même aller jusqu'à générer des réactions contraphobiques de fuite en avant.
Ce qui est plus surprenant, c'est cet état de paralysie de la pensée généré par les formes de la promotion auxquelles donne lieu l'accréditation.

Alors que les supercheries intellectuelles ne manquent pas comme nous allons essayer de le montrer.

Première supercherie et qui n'est pas la moindre: que l'on parle de référentiels, de critères, d'indicateurs, de standards des pratiques, que laisse-t-on entendre?
Et bien de façon implicite on laisse entendre que la question du savoir a déjà été tranchée, ou serait en passe de l'être. Je cite *« L'ANDEN a organisé la rédaction de recommandations de bonne pratique par la méthode des comités d'experts qui travaillent à partir des travaux publiés et des divers supports disponibles dans les sociétés scientifiques »*. Nous qui nous questionnons, qui doutons, interrogeons la clinique, organisons les débats, confrontons les théories. Nous qui essayons de réfléchir sur les ratés, les ratages du travail psychiatrique, nous qui disputons sur les malentendus fondamentaux de la relation et qui, à l'arrivée de chaque malade, reprenons dans la mesure du possible toutes ces questions à zéro, on nous dit maintenant qu'il y a des référentiels, des protocolisations si consensuels qu'il y a lieu de les déposer dans le saint des saints et de se prosterner.

Deuxième supercherie, assez simple à repérer; la plupart d'entre nous l'ont sans doute déjà épinglée.
On nous a rebattu les oreilles il y a cinq-six ans avec la garantie essentielle qui devait rassurer tout le monde sur l'innocuité de la démarche d'accréditation.

La démarche d'auto-évaluation volontaire

La garantie qui soutenait, à les entendre, tout l'édifice, c'était son versant facultatif volontaire qui protégeait, voire de manière confidentielle, de toute immixtion gestionnaire technocratique. On laissait même entendre que de cette dimension volontariste pourrait naître toute une mobilisation des énergies de chaque établissement prêt à se regarder travailler car souhaitant s'auto-évaluer.
Les ordonnances ministérielles sont passées par-là. La dimension qu'on disait essentielle du volontariat est passée à la trappe, mais pas les promoteurs de l'accréditation, personne n'a démissionné en bloc en protestant que cette démarche d'accréditation n'avait plus de sens. On a louvoyé, et que dit maintenant, madame la Directrice de l'ANAES; je cite *« le caractère obligatoire de la démarche pour les établissements de santé français n'est pas fondamentalement différent des démarches conduites ailleurs »*, les jurés apprécieront.

Troisième supercherie, sans doute plus difficile à repérer car elle procède d'un double langage.
Dans un premier temps, on vous laisse entendre qu'il s'agit d'une auto-évaluation des pratiques et qu'il s'agit pour chaque établissement à la fois de savoir où il en est et comment il pourrait améliorer la mise en œuvre des missions qu'il se donne. Pour forcer le trait, il est question à l'origine de dire *« peu importe pourquoi vous le faites, mais montrez que vous le faites et que vous cherchez à savoir comment le faire mieux encore »*. Ainsi, la procédure pourrait apparaître comme se situant sur la crête, en quelque sorte posant son regard sur l'écume des choses, laissant chacun continuer à se débrouiller avec les théories de l'institution mises en œuvre.
Or, le manuel d'accréditation est truffé de références à une théorie implicite qui ne dit jamais son nom, qui ne se dit jamais comme telle, qui ne s'interroge jamais sur ses fondements, sur les conditions de son émergence, sur la relativité de ses a priori et ceci au nom d'un objectivisme sans doute naïf, mais non dépourvu d'a-priorismes pragmatiques. Qui peut être assez naïf pour croire que le pragmatisme ne véhicule pas fondamentalement une idéologie tout en la niant? Et quelle est-elle en l'occurrence?
La dénomination béate d'une satisfaction du patient et de son entourage, qui renvoie bien entendu à la référence au clientélisme nord-américain n'est pas sans l'illustrer en partie.
Il faut n'avoir jamais mis le pied en psychiatrie pour ne pas savoir que la notion de satisfaction n'a peut-être radicalement rien à voir avec ce qui est au fondement de nos pratiques: la relation soignant-soigné. J'irai même jusqu'à dire que s'il existe parfois dans certaines circonstances un critère d'amélioration, ou en tout cas qu'il s'est produit quelque chose pour le patient, c'est peut-être justement l'insatisfaction.
De plus, nous savons tous que la couleur du papier toilette ou le parfum du savon, qui sont sans doute les plus objectivables, c'est vraiment l'écume de l'écume.
Je ne veux pas dire qu'il faille retourner aux gestes d'antan de la psychiatrie comme d'avoir à retourner la paille des cellules (encore que comme prévention des escarres). Non, je veux seulement dire que l'ANAES devrait faire

plus de publicité sur les résultats de l'enquête qu'elle a diligentée concernant les priorités identifiées par les patients. En premier vient la compétence des médecins. On perçoit très largement au travers du discours qui est tenu au nom des patients et à leur place, la notion d'une victimisation rampante, d'un patient qu'on suppose toujours prêt à se laisser broyer par la machinerie institutionnelle.

De même, la croyance aveugle dans l'existence chez tous les soignants d'une nature humaine d'un altruisme particulier qui les porterait à s'impliquer durablement dans la *« réduction des dysfonctionnements »* toujours prêts à changer et à *« s'approprier des solutions »*.

On peut tout de même se demander quel extra-terrestre peut se référer d'une manière aussi insistante à ces sortes d'idées concernant soignants et soignés, et passer à ce point à côté de la question du désir humain.

Ce qui est en œuvre, répétons le encore, c'est le pragmatisme et pour le pragmatique tout doit apparaître simple, lisible, figé, c'est-à-dire sans doute l'inverse de ce que l'homme peut donner à voir de lui-même.

Il y aurait tout un travail à faire d'élucidation des présupposés qui sont à l'origine des référentiels dont on nous promet qu'ils vont se multiplier, permettant à tout un chacun de passer à côté de la question de son désir, déresponsabilisant, court-circuitant la réflexion, planifiant la création.

Je ne sais pas si les créateurs du secteur de psychiatrie, si les théoriciens de la psychothérapie institutionnelle se retourneront dans leur tombe en constatant l'indigence des systèmes qui sont amenés à réguler l'activité des établissements qu'ils ont concouru à éclairer.

En focalisant durablement l'énergie des soignants sur cette démarche d'accréditation, on risque encore de s'éloigner de la démarche clinique qui lui est opposée. Personnellement, il me semble que depuis plusieurs années, beaucoup d'établissements ont très rapidement considérablement modifié leur pratique essentiellement sous la poussée créative de la clinique psychopathologique. Des pratiques et des structures ont été créées sous cette impulsion. Il est donc clair que la qualité de l'offre de soins, pour reprendre l'expression de l'accréditation, n'a pas attendu cette dernière pour se modifier et évoluer. Par contre, le risque est grand qu'elle prenne une place si importante qu'elle finisse par désespérer les soignants, c'est en tout cas ce que semble indiquer une étude faite au Québec sur ce point. Incapable d'interroger les fondements réels des pratiques institutionnelles, elle risque d'organiser une pénurie d'énergie qui grève lourdement une réflexion qu'il est déjà parfois si difficile de renouveler, instillant progressivement un pragmatisme, où seules certaines catégories de soignants pourront rechercher une légitimité perdue.

Il me semble que la tradition culturelle et intellectuelle française a beaucoup à perdre, à se laisser envahir par une idéologie dont il n'est pas forcé de dire qu'elle a plus à voir avec l'économie de marché qu'avec une réflexion sur l'éthique de la destinée humaine et de ses avatars.



La démarche-qualité : le pari

Réflexion sur les enjeux et la méthode

Par le Dr ALARY
CH du Bon-Sauveur de Saint-Lô

Le texte complet de cette intervention va paraître dans la revue « l'Information Psychiatrique » sous le titre « À propos de la démarche-qualité : principes de réalité(s) et complément orthopédique… ». *On trouvera donc ci-après les principaux points de repères évoqués lors de la journée du 16 mars 2000.*

***La société paie les services qu'elle voie* (Stendhal).**

• Pour qui travaillons-nous ?

- Qui est le patron : la société, qui nous paie, le patient, qui nous demande de le soulager, un *« usager »* ou un *« client »*, des femmes et des hommes qui souffrent ?
- Soulager la souffrance a un coût, mais c'est à elle que l'on s'adresse.

• L'homme, au cœur du dispositif

- Avec des droits et des devoirs, *« l'homme a des devoirs dans la mesure où il a des droits et des droits dans la mesure où il a des devoirs »* (Hegel).
- Avec un plus grand contrôle sur sa santé : *« la promotion de la santé est le processus par lequel les populations ont un plus grand contrôle sur leur propre santé »* Charte d'Ottawa (1988).
- À partir de quelles informations, avec quel savoir la *« population »* va-t-elle intervenir ?

- Un système symbolique d'échanges suppose que, lorsqu'on reçoit, on rende, la chronicité ne risque-t-elle pas de s'affirmer comme l'attente d'un hypothétique « *rendre* » ?



• La philosophie du « non »

- Le péché originel : le concept « *qualité* » est issu du monde économique et industriel, il paraît inspiré par une logique bureaucratique et technocratique éloignée des préoccupations institutionnelles, il nous place en position de « *tiers-méfiant* ».
- La qualité s'élabore et se met en actes dans nos pratiques institutionnelles. La qualité d'un secteur, c'est le sens et la cohérence que l'on donne aux articulations entre nos divers lieux de soins, une construction permanente de stratégies adaptatives de soins
- Évaluer les symptômes ou la souffrance psychique…
- « *À quoi servent les programmes de gestion de la qualité quand nous ne sommes pas assez nombreux pour assurer le quotidien, l'urgent* » Michel Desseilles.
- « *L'expérience nouvelle dit non à l'expérience ancienne, sans cela, de toute évidence, il ne s'agit pas d'une expérience nouvelle* » Gaston Bachelard.

• La notion de qualité

- Le dictionnaire : « *la qualité de la vie, c'est tout ce qui contribue à créer des conditions propres à épanouir l'individu et ces conditions elles-mêmes* », « *l'ensemble des modalités sous lesquelles quelque chose se laisse appréhender ou ce qui rend supérieur à la moyenne* ».
- Les normes ISO 8402 : « *la qualité est l'ensemble des caractéristiques d'une entité qui lui confèrent l'aptitude à satisfaire les besoins exprimés ou implicites des clients* », « *l'assurance de la qualité est l'ensemble des caractéristiques mises en œuvre dans le cadre du système qualité et démontrées en tant que besoin, pour donner la confiance appropriée en ce qu'une entité satisfera aux exigences de la qualité* ».
- Autres approches : la mort de Jean-Sébastien Bach ; la grève du zèle ; la crème chantilly ;
- réussir la « *Chantilly institutionnelle* », faire savoir le savoir-faire.

• Rendre « compte(s) »

- Le Sujet ne se réduit pas à ses fonctions, son comportement, ses symptômes, un individualiste consumériste.

• Gestion et qualité

- « *Nul doute, l'erreur est la règle, la vérité est l'accident de l'erreur* » Georges Duhamel.
- « *Une idée fausse mais simple, claire et précise, a plus de chances de réussite qu'une idée complexe* » Tocqueville.
- Ne pas échapper au souci de l'homme : « *l'infinie complexité de l'être humain* » Jean-Marie Fessner.
- « *Soyez responsables dans un contexte de régulation maximum* » Jean-Claude Pénochet.
- « *Nombre de décisions sont prises moins à partir des faits que de leur mode de représentation* » Jean-Marie Fessner.
- « *La liberté thérapeutique n'est pas un acte de toute puissance mais un acte complexe qui se réalise en un projet thérapeutique qui ne doit pas être délesté des impératifs de gestion et s'exerce, dans un cadre défini, en référence à des règles et des lois* » Arlette Lecoq.
- La prise en charge s'inscrit dans la durée : on ne peut quantifier un soin en fonction des seuls schèmes comportementaux, la prise en charge d'un psychotique est longue, on ne peut supprimer rapidement le symptôme.

• Idéal Thérapeutique et Thérapeutique Idéale

Pour qu'advienne un Sujet véritable : Moi Idéal et Idéal du Moi.
- Idéal Thérapeutique… que nous pensons défendre car cela nous permet d'appartenir à la communauté du soin.
-… et Thérapeutique Idéale que sont censés vouloir imposer les gestionnaires.
- Cultiver les différences… « *Cultiver les différences… nul besoin de cultiver le reste et qui se retrouvera bien toujours. Mais le rare, l'exceptionnel, l'unique, quelle perte pour nous si cela vient à disparaître* » André Gide.
- La contrainte économique n'est pas illégitime, elle peut nous inciter à mettre en œuvre la « *philosophie du non* » et ouvre à une voie médiane entre Idéal Thérapeutique et Thérapeutique Idéale.

• Le patient est au cœur du dispositif si…

- La vérité d'un sujet peut advenir, devant un autre Sujet, soignant, dans une pluralité de positions subjectives.
- L'institution reste la garante éthique du soin…
- « *Nous observons ce qu'il y a de meilleur, de nouveau, d'inventif* » Raphaël Courron.

• Si la procédure au cœur du dispositif

- L'homme « *reste tributaire de ses conditions économiques et sociales d'existence* » Wilhelm Reich.
- « *Les pensées des hommes ne s'accordent jamais avec leurs actes* » Sigmund Freud.

• Défendre le Sujet

La gestion de la qualité, malgré elle peut-être, nous invite à défendre la clinique du Sujet, la diversité des approches cliniques et thérapeutiques, la reconnaissance et le soutien de la différence, la singularité, l'ineffable…



L'expérience concrète des CH de Picauville et de Saint-Lô

Par M^me^ LEVEBVRE, Cadre Supérieur de Santé
et M. PIGAUX, Attaché de Direction chargé de l'accréditation

Les centres hospitaliers psychiatriques du « Bon-Sauveur » de Saint-Lô et Picauville sont entrés dans la démarche d'accréditation. Leurs philosophies et objectifs sont sensiblement identiques, pourtant leurs parcours sont différents. Vous allez le constater, l'hôpital de Saint-Lô s'est intéressé très tôt à l'accréditation alors que pour celui de Picauville cet intérêt est plus récent. Nous parlons bien ***d'accréditation*** *puisqu'en matière de qualité les deux établissements n'ont pas attendu la circulaire d'avril 1996 pour réfléchir et innover. Nous vous présentons successivement les deux cheminements dans ce voyage vers l'accréditation.*

1. Le Bon-Sauveur de Saint-Lô

Marie-Céline LEFEBVRE

La démarche d'amélioration continue de la qualité des soins…

- n'est pas antagoniste de la démarche institutionnelle ;
- permet *« l'analyse permanente et collective des opérateurs institutionnels »* (Kœchlin).

1.1 Une sensibilisation à la démarche

Pour l'ensemble des services de l'établissement, des actions de sensibilisation et d'information se sont déroulées depuis quelques années. Elles ont touché tous les secteurs professionnels du CH, directeur, médecins, gestionnaires, personnel de direction, surveillants, personnel soignant.

• Notamment lors d'une journée inter-établissements sur la sensibilisation à l'accréditation en psychiatrie animée par le Professeur Kovess à Saint-Lô en 1996.

• Et, en janvier 1997, ont participé le directeur, un médecin-chef, les surveillant-chefs des secteurs de psychiatrie adulte au symposium organisé à Paris par l'APAQUES : *« l'accréditation aujourd'hui, une expérience concrète ».*

Avec la direction, nous avons pris conscience de l'importance et de ce que représentait l'accréditation pour l'établissement. Chaque secteur d'activité, durant un certain temps, s'est créé son propre outil d'information auprès du personnel.

La démarche qualité-évaluation était l'un des thèmes retenus lors de l'élaboration du 2e Projet d'établissement (du 1/01/1998 au 31/12/2003).

Il m'est difficile de parler de ce qui s'est fait sur l'ensemble des autres secteurs. Pour le secteur auquel j'appartiens :

La démarche qualité, l'accréditation devenaient des enjeux pour le secteur et pour l'établissement. Il était clair que le Ministère de la Santé, en s'inspirant de l'expérience canadienne qui était fondée sur la base du volontariat, sans incidence financière, cherchait à mettre en place l'accréditation à la française.

En mars 1997, une première information a eu lieu au cours d'une réunion institutionnelle de secteur en présence du Directeur et avec une partie du personnel soignant (le médecin-chef, médecins, surveillants, psychologues, assistante sociale, infirmiers et soignants de chaque structure de soins).

Les thèmes abordés :

- rappel de l'importance de la réforme hospitalière du 24 avril 1996,
- mise en place et rôle de l'ARH,
- la démarche qualité-accréditation.

Il fallait donc nous adapter à de nouveaux concepts et se familiariser avec un nouveau vocabulaire : référentiels, items, normes, procédures, protocoles, experts, évaluation, qualité, accréditation et se poser la question « l'accréditation c'est quoi ? »

L'accréditation est une procédure d'évaluation. Elle vise à assurer la sécurité et à promouvoir une politique de la qualité des soins au sein d'un établissement. L'accréditation n'est que la phase « officielle », et, de ce fait, n'est qu'une étape d'un processus d'amélioration de la qualité. C'est donc une sorte de « label ».

1.2 Le CH candidat comme site expérimental à la démarche

Le 1^er^ septembre 1998 : l'établissement a soumis sa candidature comme site expérimental pour participer à la démarche d'accréditation lancée par l'ANAES. Une quarantaine d'établissements devaient être retenus.

Le 9 septembre 1998 : note d'information de la direction à l'intention du personnel.

Ce fut le point de départ d'un travail intersectoriel puisque, concrètement, c'est l'établissement tout entier qui partait pour une aventure : nous disposions de trois mois.

Un groupe de travail au niveau de l'établissement était constitué : direction, médecin-chefs, surveillant-chefs de chaque secteur, un représentant du Comité d'Entreprise avec la mise en place d'un calendrier de réunions de travail. Son rôle était de définir une méthodologie.

La version du manuel expérimental d'accréditation a été remise à l'établissement, diffusée aux médecins, surveillants et différents professionnels de chaque structure dans chaque secteur.

Objectifs de cette phase expérimentale

- Réfléchir à la méthodologie de la démarche;
- utiliser les référentiels en situation réelle en déterminant les modalités utilisables pour l'auto-évaluation;
- réaliser les démarches d'auto-évaluation par les professionnels de l'établissement;
- préparer le personnel à la future démarche d'amélioration continue de la qualité.

Nous savions que la participation de l'établissement comme site expérimental de la démarche n'avait pas valeur d'accréditation. C'était un galop d'essai. Au niveau du secteur, une certaine inquiétude s'exprimait:

- Le temps ne sera-t-il pas pris au détriment du patient?
- Les réalités thérapeutiques seront-elles prises en compte?
- Quelle incidence sur nos pratiques de soins?
- Est-ce une manière pour l'ARH de déterminer les moyens?

Il était important que le médecin-chef rassure et positive cette démarche pour que chacun puisse se l'approprier. Puisque l'accréditation deviendrait une phase obligatoire, pour nous comme pour les autres, il valait mieux s'en servir pour:

- améliorer nos pratiques de soins;
- faire de l'accréditation un outil institutionnel en créant une dynamique d'équipe et d'établissement.
- continuer de montrer qu'il existe une certaine rigueur de travail;
- renforcer la responsabilisation individuelle et collective dans le soin donné aux patients;
- poursuivre la réflexion institutionnelle pour ne pas tomber dans une dérive bureaucratique.

La démarche d'accréditation vise à mettre en conformité tous les établissements de soins, pas de nous empêcher à garder notre identité.

Dans un premier temps:

- les équipes devaient prendre connaissance du manuel, y réfléchir avec chaque surveillante;
- le travail d'auto-évaluation a demandé une mobilisation importante du personnel de l'établissement à tous les niveaux et devait être générateur d'une dynamique avec comme objectif de...
- se servir du manuel d'accréditation comme un outil de travail institutionnel pour nous obliger à réfléchir sur notre propre fonctionnement.

Dans un second temps:

- un premier travail a consisté à recenser à partir de chaque item l'existant, les écrits pouvant étayer nos réponses, voire s'ils étaient adaptés à nos pratiques, les modifier si nécessaire;
- un second travail a consisté à repérer les manques dans certains domaines, manque de formalisation concernant certaines directives ou marches à suivre;
- le troisième travail devait être l'auto-évaluation avant la visite des experts;
- pour que chacun s'approprie le référentiel, il était convenu que les chapitres seraient repris en réunion d'équipe avec la surveillante au sein de chaque unité de soins et devaient constituer une base de réflexion commune, la mise en commun se faisant lors de la réunion de secteur. Les membres du groupe de travail représentant le secteur étaient chargés de faire remonter la réflexion et les propositions concernant certains documents. Certains étaient conformes, d'autres devaient être modifiés, certains inexistants devaient être élaborés.

Le 8 octobre 1998: l'établissement n'est pas retenu comme site expérimental mais une décision commune est prise au sein de l'établissement de maintenir la dynamique engagée et de poursuivre le travail de réflexion, afin de pouvoir dégager:

- nos points forts et nos faiblesses;
- profiter de ce délai supplémentaire pour initier au sein de l'établissement la démarche d'amélioration de nos prestations.

Les points positifs

Cette expérience a permis de porter nos efforts sur la formalisation de nos pratiques et, pour certains documents et certaines procédures, de les uniformiser au sein de l'établissement:

Exemples:

• Formulaires de sortie contre avis médical, informations administratives aux patients concernant leur hospitalisation, plan du CH à l'entrée, meilleur repérage des différentes structures, analyse systématique et régulière au niveau de la direction des questionnaires de sortie et retour vers les secteurs des fiches d'évaluation, mise à disposition au sein de l'établissement d'une salle indépendante réservée aux familles, renforcement du rôle du CLIN, formation obligatoire du personnel sur l'hygiène et les gestes d'urgence...

Au niveau de notre secteur: réflexion et discussion au cours des réunions sectorielles

• Le dossier de soins, son contenu, l'archivage. Celui-ci est un recueil de données cliniques et paracliniques. Il ne doit pas y figurer de jugement de valeur sur la vie privée des personnes. Respecter le patient c'est avoir toujours une préoccupation clinique et éthique.

• Le secret médical.

• Les transmissions.

• Les consignes concernant l'entrée, l'hospitalisation, la sortie du patient.

• L'organisation des soins au sein du secteur et la coordination entre les structures.

Les points négatifs de cette expérience

• Information pas assez ciblée, trop centrée sur les services de soins et trop courte.

• Difficulté pour maintenir une mobilisation de tous les secteurs.

1.3 Une candidature de l'établissement auprès de l'ANAES, démarche-qualité, accréditation, année 2000

Le 29 octobre 1999: Information au personnel par le Directeur concernant cette démarche d'amélioration de la qualité et la préparation à l'accréditation comme priorité pour l'année 2000.

• Concerne tous les secteurs d'activités de l'établissement.

• Mettre en place une organisation qui favorise une démarche participative et mettre à profit l'expérience acquise lors de la phase expérimentale.

• Les bases de cette organisation ont été définies en CME.

Méthodologie retenue pour tous les secteurs

- Constitution d'un groupe de travail au sein de chaque secteur qui aura pour fonction d'être une « cellule qualité » et constituera à terme le vivier des groupes d'auto-évaluation.
- Les « cellules qualité » sectorielles désignent deux personnes qui constitueront, avec le directeur, un représentant de l'administration, un représentant des services logistiques, le Président de CME, le président du CLIN et le pharmacien, le Comité de Pilotage.
- Rôle du Comité de Pilotage: une fonction de réflexion, de coordination, d'accompagnement et de contrôle méthodologique.

Calendrier

Fin décembre 1999: officialisation de la composition des membres du Comité de Pilotage auprès du Conseil d'Administration.

11 janvier 2000: Ire réunion du Comité de Pilotage. À ce jour, il s'est réuni à quatre reprises.

Missions:

- Mettre en place une pédagogie plus progressive;
- se donner le temps nécessaire à l'information pour qu'elle touche l'ensemble du personnel et qu'elle soit uniforme au niveau de l'établissement;
- mettre à disposition des professionnels les référentiels et documents d'analyse;
- déterminer la composition des équipes d'auto-évaluation issues des groupes-qualité et leurs missions;
- planifier la chronologie du travail de ces équipes;
- assurer le suivi de la démarche et sa validation;
- maintenir la dynamique tout au long de la démarche au sein de l'établissement;
- faire ressortir les spécificités de la psychiatrie.



1er trimestre 2000

- Travail de réflexion, d'information, de formation, d'appropriation de la démarche par tous les secteurs d'activité.
- Évaluation interne et en partie informelle par les équipes sectorielles.
- Définir la méthodologie en vue de l'auto-évaluation.
- Choix d'une formation-action touchant le plus large public possible.

2e trimestre 2000

Mise en place de l'auto-évaluation avec pour objectif visite des experts début 2001.

Ce qui a été réalisé et déterminé au sein de l'établissement:

- une information générale à l'aide de transparents a été faite à la CMA, pour tous les groupes-qualité des secteurs adultes (Saint-Lô, Coutances, Alcoologie), les cadres, l'administration et les services généraux.

  Une journée d'information a été retenue pour tout le personnel de l'établissement le 9 février 2000.
- Le principe d'un journal a été retenu. Il aura pour fonction d'informer régulièrement les personnels de l'établissement de façon individuelle. Le N° 0 est paru le 9 février 2000.
- Il faut du temps pour que tout se mette en route, impliquer les personnels et leur permettre d'acquérir un minimum de connaissances sur la démarche-qualité. Il faut respecter le rythme de chacun.

Au niveau des groupes qualité

• Phase explicative.

- Appropriation du manuel et évaluation interne de manière

informelle. Les membres des groupes qualité sont responsables de l'information, de la sensibilisation auprès des équipes de leurs structures respectives.
- **Cette phase d'information est très importante et doit être bien réalisée.**

• **Le Comité de Pilotage** au sein du groupe a désigné des chefs de projets en charge d'un domaine particulier. (2 ou 3 personnes par thème). Ceux-ci doivent définir et proposer une méthodologie pour susciter un travail dans les domaines dont ils ont la responsabilité et un échéancier.
- L'information, la communication.
- La formation-action, la méthodologie.
- Le patient et sa prise en charge.
- Management et gestion au service du patient.
- Qualité et prévention.

1.4 À titre de conclusion provisoire...

• La démarche d'amélioration continue de la qualité doit:
- être l'affaire de tous;
- faciliter la communication et la réflexion institutionnelle au sein de l'établissement;
- respecter l'identité de chacun et de chaque structure;
- être un instrument institutionnel au service de l'amélioration de nos pratiques de soins;
- viser l'homogénéité et non l'uniformisation.

• L'accréditation n'est qu'un temps de cette démarche.

Post-face: *« la vie de l'homme est sujette à tant de sortes de maux, d'infortunes et de travers qu'il serait presque toujours consumé d'ennuis et de déplaisirs si personne n'était sensible à ces peines et ne prenait soin de les adoucir: mais la providence a pourvu à son soulagement d'une manière admirable par les différentes liaisons qu'elle a établies entre les hommes... »* Jacques Esprit.

2. Le Bon-Sauveur de Picauville

Bruno Pigaux

2.1 Avril 99 à décembre 1999

Contrairement au Bon-Sauveur de Saint-Lô, durant les années 97 et 98 le Bon-Sauveur de Picauville n'a pas autant formalisé son intérêt pour l'accréditation. En prélude à l'engagement, il y a tout de même eu quelques séminaires et formations, notamment des diplômes universitaires en évaluation, mais surtout une démarche de certification ISO 9002 pour les services techniques. Cette démarche initiée en 1997 n'a pas encore abouti par manque de suivi et de réelle implication de la direction.

Notre véritable entrée **dans la démarche qualité** se situe en avril 1999 avec la décision politique du conseil d'administration et du directeur de placer l'accréditation comme priorité d'établissement. L'objectif est clair: utiliser la démarche ANAES comme outil d'élaboration d'une politique qualité dans l'établissement, sans se focaliser exagérément sur les risques de « récupération » par les tutelles.

L'étape suivante peut paraître annexe mais est en fait primordiale tant l'hôpital est éclaté. Il s'agit de confier le suivi de la démarche à un pilote. Le choix de ce pilote et de son statut fait l'objet d'une vraie négociation pour lui permettre d'avoir les coudées suffisamment franches dans une démarche transversale. Ce pilote a finalement le statut d'attaché de direction sans autre mission que la mise en œuvre d'une politique qualité.

Une fois ce pilote opérationnel il détermine une stratégie et une méthodologie de travail. Celle-ci est participative et aussi objective que possible. Il s'agit de garder l'esprit de la démarche quelle que soit la nature des informations remontant du terrain.

Il y a trois axes de travail:
- mettre en œuvre la démarche d'accréditation;
- assurer une correction rapide de certains points faibles;
- élaborer une politique qualité.

Dès le mois de septembre 1999 le pilote s'entoure de deux équipes.

• **Le groupe de pilotage** est représentatif de tous les secteurs d'activité. Il est composé de 12 membres. Sa mission concerne la mise en place de l'accréditation et la réflexion sur toutes ses incidences dans l'établissement.

• **Le groupe technique** composé de 7 membres, tous cadres opérationnels, chargé d'organiser la démarche sur le terrain sur mandat du groupe de pilotage.

Ces deux groupes se réunissent en alternance chaque mercredi de 8h30 à 11 heures et peu à peu une dynamique s'instaure entre eux. Ils s'interpellent sur toutes les questions de fond concernant la qualité.





Très vite nous décidons de mettre en place une information de proximité, base de l'implication du personnel. Parallèlement celui-ci est consulté sur la démarche, les atouts et faiblesses de l'établissement en matière de qualité et sur l'opportunité de créer des protocoles de soins.
Concrètement cela représente 50 réunions d'information et de mise en situation, suivies de 70 *brainstormings* animés par les cadres.
Fin décembre plus de 700 personnes ont eu l'information par groupes de 8 à 20 et nous disposons d'un pré-diagnostic base de l'amélioration rapide dont je faisais part auparavant. Ce diagnostic est diffusé dans l'ensemble de l'établissement et fait l'objet d'une large discussion (problème de communication, de coordination, dossier de soins, accueil... points forts proximité, pluridisciplinarité... protocoles d'urgence).

2.2 Janvier à décembre 2000

Le premier semestre 2000 est chargé sur plusieurs fronts:
1. Pour la démarche d'accréditation nous constituons 8 équipes d'auto-évaluation co-animées chacune par deux cadres formés et chargés de former leur équipe. Ces équipes sont constituées de 75 volontaires recrutés par appel d'offre dans toutes les catégories professionnelles de l'établissement. Elles sont détachées plusieurs heures par semaine pour assurer leur mission. Elles sont donc multiprofessionnelles et transversales.
- Elles ont pour mission de prendre connaissance du champ à évaluer, confié par le groupe de pilotage;
- étudier tous les textes se rapportant à ce champ;
- valider la pertinence des critères ANAES ou en proposer d'autres;
- faire valider leur grille de critères et d'indicateurs par le GPA;
- auto-évaluer;
- rédiger le rapport.

Comme nous souhaitons adapter les critères à notre environnement nous avons prévu une période d'auto-évaluation de 12 mois de manière à étaler la charge de travail et prendre le temps de la réflexion.

2. Le deuxième axe concerne l'exploitation du pré-diagnostic en vue d'améliorer rapidement ce qui peut l'être à moindre frais. Par exemple des protocoles rédigés mais non appliqués, le dossier de soins du patient etc. Mais aussi de répertorier les sujets plus conséquents devant faire l'objet de groupes de travail et pour lesquels il est nécessaire de s'organiser dans le temps: système d'information, prise en charge somatique, accueil...

3. Enfin le dernier axe mené conjointement utilise les deux premiers pour concevoir les bases d'une politique « qualité ». La démarche, l'auto-évaluation, la visite des experts, le pré-diagnostic constituant autant de sources alimentant notre politique interne.

3. En guise de conclusion

Même si tout cela représente une dynamique intéressante pour la qualité des soins, il y a de sérieux risques de dérapage. Dans l'industrie, les entreprises ont vécu la mise en place des démarches qualité bien avant nous. Les normes ISO sont comparables à celles de l'ANAES et de nombreuses entreprises sont mortes d'avoir voulu atteindre la perfection.
Il est important de rester dans la réalité des besoins des patients, mais aussi de tenir compte des autres acteurs producteurs de contraintes. Ces réalités et contraintes sont différentes d'un établissement à l'autre voire d'une région à l'autre. Entrer dans la démarche ANAES c'est jouer le jeu de l'amélioration constante de la qualité mais aussi entrer en résistance contre toute dérive qui ne manquera pas de poindre.
Comment la section accréditation résistera-t-elle à la section évaluation, payée pour produire de la norme? La réponse à cette question constitue une des clés qui feront de la démarche ANAES une démarche dynamique d'amélioration de la qualité adaptée aux réalités de terrain, ou bien une simple démarche d'assurance qualité porteuse d'un nouveau carcan bureaucratique proche du taylorisme.

Évaluation de la qualité des soins en psychiatrie

Par M^me^ GONET
Cadre infirmier de santé, secteur Côte Fleurie, CH Caen



Le projet d'établissement actuel de CH a été refusé en juin 1999 par la direction de l'Agence des Hospitalisations. Dès lors, la mise en place de la démarche qualité devant permettre la procédure externe d'évaluation dénommée « accréditation » – dans laquelle doivent s'engager tous les établissements de santé publics et privés dans un délai de cinq ans à compter de la publication de l'Ordonnance de 1996 – constitue pour l'établissement une interrogation, voire une inquiétude.
Face au problème de l'intrication entre le projet d'établissement non validé et l'engagement dans la démarche d'accréditation, les initiatives de terrain sont donc de mise.

• Si la charte du patient hospitalisé de 1995 précise: dans l'article 2 que les établissements de santé garantissent la qualité des traitements, des soins et de l'accueil, dans l'article 10 que le patient hospitalisé exprime ses observations sur les soins et l'accueil.
• Si la loi du 31 juillet 1991 met en avant comme principe que les établissements de santé développent une politique d'évaluation des pratiques professionnelles afin de garantir la qualité.
• Si les ordonnances du 24 avril 1996 sont venues donner un cadre réglementaire précis à ce principe.
• Elles supposent un changement de mentalités.

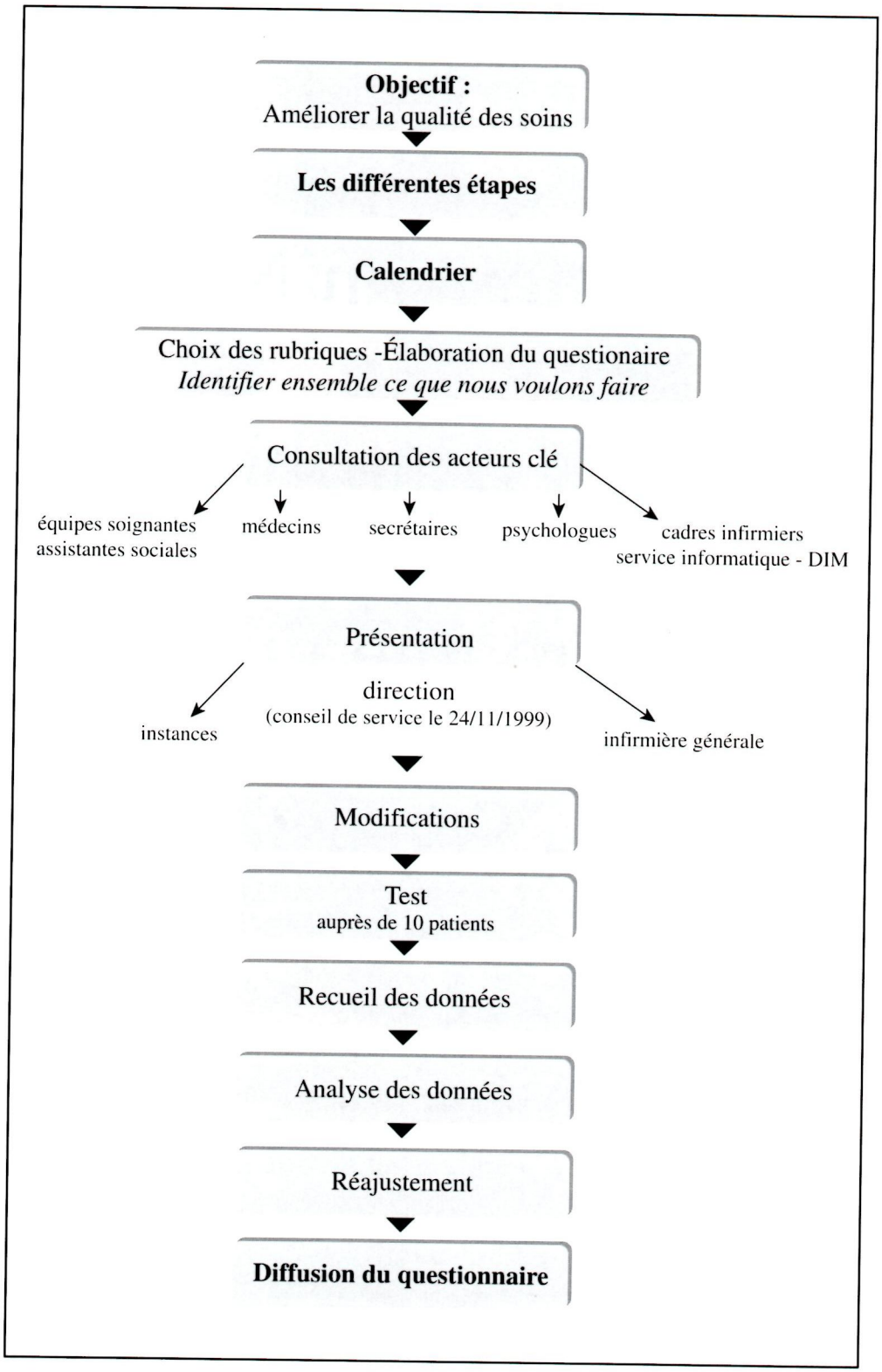
C'est avant tout la motivation et l'implication des professionnels de terrain qui impriment le sens de la démarche qualité dont la finalité est d'apporter une amélioration de la réponse aux besoins des patients.

Fin 1999, un groupe de travail qui émane de la CME s'est constitué.
L'objectif global du groupe est avant tout un objectif de sensibilisation et d'information sur la démarche qualité et sur l'accréditation, et dans ce but, d'envisager l'organisation d'une journée sur ce thème comme cela a déjà été fait sur la prise en charge de la douleur ou du suicide.
Ces actions supposent un engagement collectif, continu de l'ensemble des acteurs et surtout un interlocuteur privilégié au sein de l'équipe de direction du CH.



Après présentation du contexte, je vais vous faire part de notre expérience: l'élaboration d'un questionnaire de sortie diffusé aux personnes hospitalisées dans le service d'admission: Jamet III du secteur de la Côte Fleurie.
Aujourd'hui, la satisfaction du patient doit être un critère d'appréciation de notre activité. Il faut nous interroger au quotidien sur nos pratiques professionnelles pour mesurer nos avancées ou nos retards. Je pense partager avec beaucoup le souci constant de l'amélioration de la qualité des soins. Il fallait donc construire un outil précis, centré sur la parole du patient. Un groupe pilote est constitué, il est composé de deux infirmiers et un cadre infirmier.
En tant que cadre infirmier, mon rôle est de mettre en place une méthodologie de projet, fixer des objectifs réalistes, rendre compte des différentes étapes et faire le point régulièrement.
Au-delà de ce groupe pilote, l'ensemble du service a participé à la réalisation de ce questionnaire ainsi que le médecin responsable du DIM. Ce dernier a un rôle de superviseur, la participation des personnes soignées a pour effet de donner ou redonner une place de sujet au sein de l'hôpital. Elle peut aussi faciliter la communication soi-

gnant-soigné dans la mesure où lorsque le patient a besoin d'une aide pour remplir le questionnaire, il est invité à solliciter le personnel soignant.
Cette démarche a pour objectif de faire un état des lieux pour définir à moyen terme les projets de service. Elle permet d'établir de nouvelles relations en vue d'établir de nouvelles méthodes de travail.
Le questionnaire de sortie va identifier les points forts et les points faibles de l'unité. Il ne s'agit pas de faire des critiques implicites aux équipes soignantes, mais de vérifier si elles disposent des moyens et des lieux nécessaires pour améliorer la qualité des prestations.
Cette démarche d'évaluation nous permet de théoriser et formaliser un peu plus notre travail au lieu de rester dans le flou artistique. Elle facilite l'interdynamisme entre professionnels et favorise la reconnaissance des patients en tant que partenaires à part entière. L'évaluation de la satisfaction des personnes hospitalisées peut nous permettre également de dire nos limites.



Le recueil des données des dix questionnaires avait pour objectif principal de reformuler certaines questions pas assez claires ou précises et de valider ou non ce questionnaire dans son intégralité, compte tenu du nombre important de questions.
Actuellement, si nous ne pouvons faire une analyse approfondie du fait du nombre restreint de questionnaires distribués, nous pouvons faire un commentaire sur deux points importants :

• D'une part, la question relative aux peurs ressenties dans le service fait état d'une imprégnation des représentations par rapport à la psychiatrie malgré une évolution. Les représentations anciennes de la folie restent imprimées dans la population d'aujourd'hui. Les médias exploitent souvent cette image de la folie, ce qui corrobore la perception de la population : *« peur d'un autre patient », « peur qu'on se moque de moi », « peur d'être longtemps hospitalisé ».*

• D'autre part, nous constatons que l'ensemble des personnes soignées exprime une entière satisfaction, tant au niveau de l'espace, du confort, que de la décoration des locaux. Alors que les soignants, au quotidien, soulignent l'absence d'un lieu d'accueil spécifique pour les familles et visites des personnes soignées, l'absence d'un bureau infirmier pour réaliser des entretiens en toute confidentialité et le trop peu de chambres individuelles.