

Collection CHD / C2ID

Claude BEAUMONT

CLT Editeur

Claude BEAUMONT

CLT Editeur

Chez le même éditeur

Guide Pratique d'hygiène hospitalière I: L'infection existe, sa prévention aussi (**épuisé**)

Guide Pratique d'hygiène hospitalière II: La stérilisation au quotidien (quelques exemplaires encore disponibles)

Guide Pratique d'hygiène hospitalière III: L'hygiène en bloc opératoire, un pari possible (quelques exemplaires encore disponibles)

Guide Pratique d'hygiène hospitalière IV: L'hygiène en cabinet dentaire

Guide Pratique d'hygiène hospitalière V: L'hygiène en restauration collective (**épuisé**)

Ces publications datent de 1988, 1989 et 1994, mais ne semblent pas avoir perdu de leur substance.

Il s'agit de rééditions. Compte tenu de leur «é», elles sont vendues au prix de 10 euros plus 5 euros de port.

CLT Editeur

Veillez adresser votre commande à sur le site [www. a-ciid.fr](http://www.a-ciid.fr) ou par courriel
ciid@wanadoo.fr

Copyright CLT

La loi du 11 mars 1957 n'autorisant, aux termes des alinéas 2 et 3 de l'article 41, d'une part, que les copies ou reproduction strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration, "représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayant cause, est illicite" (alinéa 1^{er} de l'article 40) Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles 425 et suivants du code pénal.

Droits réservés pour tous pays.

ISBN: 978-2-9539051-6-8

EAN : 978-2-9539051-6-8

TABLE DES MATIERES

<u>AVERTISSEMENT</u>	6
<u>INTRODUCTION</u>	8
<u>I CONSTATS</u>	13
<u>DEUXIEME PARTIE: ILLUSTRATIONS</u>	26
<u>TROISIEME PARTIE: METHODE</u>	86
<u>QUATRIEME PARTIE: CONDITIONS</u>	116
<u>LES LIMITES DE LA METHODE</u>	141
<u>CONCLUSION</u>	142

Table des matières détaillée

AVERTISSEMENT

INTRODUCTION

PREMIERE PARTIE: CONSTATS

- Les effets du discours qualitatif
- La justification de la qualité
- La qualité, une notion d'ordre réglementaire
- La qualité revendiquée
- Par les professionnels de santé
- Par les patients
- Par les médias
- Par les gestionnaires
- La certification et ses raisons
 - Soubassements de cette demande
 - Une réforme économique
 - Une préoccupation politique
 - Les moyens investis
- L'accréditation, la certification
 - Définition
 - L'intérêt de l'accréditation
 - Une accréditation pour tous
 - Positionnement des secteurs public et privé
 - Les effets possibles de l'accréditation
 - Les limites de l'accréditation
 - Ce qu'elle doit apporter

DEUXIEME PARTIE: ILLUSTRATIONS

- Les services administratifs
- L'accueil
- L'accueil téléphonique
- L'accueil physique
- Accueillir, c'est aussi informer
 - La direction générale
 - Justifier la qualité
 - La sécurité physique
 - La sécurité anesthésique

La sécurité d'information médicale
Analyser avant d'introduire
Un devoir d'information
Concevoir une démarche globale
 La direction des affaires financières
Des moyens suffisants
Une organisation adaptée aux besoins
Optimiser la gestion des fonds
Un contrôle de gestion souvent peu employé

 La direction des affaires économiques
Un service jugé par les utilisateurs
Un service jugé par ses fournisseurs
Quelques requêtes essentielles
Un magasin performant

La gestion des Ressources Humaines
Respecter les règles de droit
Attribuer les moyens de ses ambitions
Rémunérer
Former
Recruter
Contrôler les pratiques au travail
Diagnostiquer, analyser
Responsabiliser avec discernement
Former l'encadrement à la GRH

Le service technique
La gestion du quotidien
Une gestion prospective à développer
Un service technique gestionnaire
Une maintenance informatisée
Une polyvalence à instaurer
La formation, assurance de la maintenance
Des exigences nouvelles
Revaloriser les personnels entre eux
Conseiller la direction et les services
Entretenir le matériel
Maintenance et surveillance constante du matériel
1. Le traitement de l'air
2. Le traitement de l'eau
Gestion du matériel médicochirurgical
Une sécurité incendie sans failles

La cellule informatique
 Un matériel constamment adapté aux besoins
 La sécurité informatique
Le linge
Les laboratoires

Les déchets

Eléments communs à toutes les fonctions

Instauration de procédures

Gestion du matériel

Sécurité du personnel

Organisation d'un service

Les services de soins

Une qualité freinée par d'indéniables particularités

Des univers encore largement imperméables

La non qualité, un risque permanent

Image de l'infection

Des constats patents

L'infection urinaire

L'infection opératoire

L'infection respiratoire

Prendre en compte l'infection

Le bloc opératoire

Les soins proprement dits

Une approche globale des soins

La relation soignant/soigné

La relation humaine

Le respect de la personne

L'information totale

Du bon usage des nouvelles technologies

La sécurité du patient

La sécurité transfusionnelle

La prévention des résistances microbiennes

Une communication interne

La qualité hôtelière

La morgue

En service de soins

Les cuisines

L'alimentation comme soin

La préparation des repas

Le personnel

TROISIEME PARTIE: METHODE

Préalables à la démarche qualité

Partir du réel

Remettre en cause

Méthodes possibles

L'introspection de la direction

Pas d'adhésion sans soutien

L'humilité de l'encadrement

Tenir compte les considérations sociales

Un passé et des hommes à prendre en compte
Un présent à intégrer: la technicité du métier
Responsabiliser oui, culpabiliser non

Moyens à mettre en œuvre
Avoir des objectifs modestes
Raisonnement de façon transversale
Admettre les réalités humaines

Une démarche simple autour d'objectifs clairs
Éliminer ce qui nuit
Contenir l'urgence
Développer une politique
Améliorer ce qui réussit
Prévenir les dysfonctionnements
Reconnaître des facultés de penser

Des mesures
Établir des mesures
Les dérives des indicateurs
Rendre l'analyse utile
Propriétés des indicateurs
Arrêter des indicateurs
Pertinence des indicateurs

QUATRIÈME PARTIE: CONDITIONS

Soutenir l'effort demandé
Réaménager les formes de participation
Rénover le pouvoir
Développer la formation
Définir l'action
Des objectifs clairs et limités
Des objectifs simples
Une action volontariste...
...inscrite dans la durée
Intégrer la culture hospitalière
Connaître le milieu
Exercer avec tact
Bénéficier d'un matériel adéquat
Bien communiquer
Insuffler un esprit qu'un discours
Utiliser toutes les formes de communication
Décloisonner les structures
Assouplir la gestion des budgets
Bousculer les habitudes
Intégrer les malades comme agitateurs internes
Intégrer des associations
Réduire la douleur
Rénover les relations

Renouveler l'organisation classique des soins
Recourir à toutes les formes d'hospitalisation
Former les parents
Sensibiliser le personnel médical à de nouvelles responsabilités
Associer l'éthique au sens large
Humaniser les soins / l'homme?

Mieux gérer les Ressources Humaines
Prêter attention au personnel
Agir à la source des difficultés
Développer une gestion inventive
Intégrer des compétences
Féliciter, encourager
Reconnaître la compétence
Intégrer la logique "client"

LIMITES DE LA METHODE

CONCLUSION

Bibliographie

AVERTISSEMENT

Fallait-il ajouter une nouvelle publication à déjà toute une série de textes (articles de revue, parfois entièrement consacrés à ce thème) et à toute une littérature toute vouée à la qualité dans l'industrie? Le projet se veut pragmatique pour rendre l'action opérante. Ce caractère lui donnera son intérêt.

Cette publication a été inspirée par la lecture des ouvrages parus sur le thème dont l'approche est avant tout technique. La pluridisciplinarité et l'expérience permettent d'étendre ce registre et d'intégrer d'autres composantes. Il serait présomptueux de croire que la pluridisciplinarité est l'assurance du bon traitement d'une question; elle est toutefois une aide précieuse. Elle prend davantage de sens quand l'expérience la conforte.

Le texte est volontairement peu technique. Il renvoie à d'autres publications (ouvrages consacrés aux services de soins, à la stérilisation, au bloc opératoire, à la restauration collective) plus spécialisées de la collection. Tous les aspects techniques de ces publications restent actuels. Les informations et les méthodes préconisées restent d'une vivante actualité.

Il ne sera pas de notre propos de définir une méthodologie en matière d'audit. L'HAS (Haute Autorité de santé) en a une. Le conseil en la matière paraît donc totalement inutile.

Reprendre un questionnaire d'audit déjà établi, même pour l'améliorer, ne sera pas notre propos. Celui-ci sera plus modeste. Il tendra

- * à offrir quelques éléments de réflexion pour rendre l'accréditation aussi pleinement utile que fonctionnellement indispensable,
- * à proposer une lecture de cette réforme,
- * à inviter son appropriation, c'est à dire à en prendre acte pour s'en faire un outil quotidien.

L'accréditation hier, la certification aujourd'hui est annoncée pour avoir pour critère essentiel: la qualité. La rechercher ou l'améliorer devient aujourd'hui essentiel pour le patient auquel elle est due et pour l'hôpital où elle est une source de dépenses évitées. L'intention est moins de parler de qualité que de l'interroger pour l'instruire. Il s'agit moins de cautionner une politique que de participer à relever les conditions de son exigence due et, aujourd'hui, implicitement exigée et imposée par les pouvoirs publics.

Un devoir de qualité est à satisfaire. La qualité est aujourd'hui assignée et non plus seulement encouragée. Obligation est faite de la produire sous peine de difficultés programmées. Hors d'elle, point de salut.

Qu'il nous soit permis de subodorer qu'à terme, accréditation et financement seront étroitement corrélés. Le premier permettant le second, ce dernier intimant le premier. La qualité objectivement et souverainement appréciée sera le motif d'une restructuration projetée. La maîtrise des coûts passera par là. Les entreprises se sont engagées dans cette voie depuis plus d'une décennie, forcées à cette évolution par la conquête ou la préservation de marchés. La demande d'une fiabilité plus grande des produits et la maîtrise des coûts ont incité à cette qualité. La démarche prévaut ici comme dans d'autres secteurs. L'assurance d'être bien soigné et le désir de contenir les dépenses de santé sont exigés. L'enjeu de répondre à de meilleurs soins au meilleur coût et à la sauvegarde d'un système de protection sociale auquel la population est très attachée.

INTRODUCTION

Aujourd'hui, la maîtrise des dépenses de santé est au cœur du débat. Pour la gouverner, la qualité est instaurée.

L'efficacité,
L'efficience de la gestion,
les limites aux gaspillages,
la qualité du service rendu,
la satisfaction du patient,
le perfectionnement des professionnels de santé ou l'utilisation optimale des ressources servent d'arguments. Ces éléments sont recevables. Les conséquences qui en découleront, le paraîtront aussi.

Les hôpitaux sont assignés à de nouveaux critères. La logique du patient-client est implicitement instaurée au nom d'une exigence d'équilibre budgétaire. Il y a lieu de la faire sienne tout en cherchant à sauvegarder certaines valeurs. Le progrès réussit mieux quand il sait s'enrichir d'un passé que de le rejeter. Le système de soins a cultivé une relation soigné/soignant particulière pour convenir de préserver les aspects les plus intéressants et chasser les plus inadaptés.

La gestion ne saurait réduire la production des soins à un monstre froid; soigner relève d'autres considérations. Elle est tant une prestation technique qu'un contact ou un échange. On soigne aussi par les mots. La demande des hospitalisés témoignent bien de ce besoin. Le corps est certes une matière, une mécanique, mais c'est surtout un être pensant et sensible. La demande d'affection, d'écoute est sinon constamment présente au moins très souvent exprimée.

La lucidité des chiffres dicte une réforme. La volonté de dépenser mieux et autrement est largement admise. Si la réforme paraît difficilement contestable, quelques uns de ses aspects pressentis semblent toutefois discutables. Il peut en aller ainsi de la redistribution du parc hospitalier.

Parc hospitalier

Maîtrise des coûts

Qualité

Choix

La logique tracée, est-elle forcément la seule ou la plus pertinente? Le service rendu aux populations locales, l'aménagement du territoire sont-ils pris en compte? Les petits hôpitaux dont la fermeture est parfois implicitement évoquée sont-ils aussi peu performants pour toutes les pathologies que cela est parfois avancé? Faudra-t-il tout consentir à la réalité des chiffres au point d'oublier l'utilité de services rendus ou la notion de service public, caractéristique toute française qui fait l'étonnement d'étrangers mais aussi leur émerveillement? La maîtrise des coûts soulève toute une série de questions qui pourront sembler bien éloigner de la question initialement posée. Mais la qualité les pose. Les enjeux apparaissent vite. Les contraintes aussi.

La qualité est devenue ces dernières années un critère discriminant. Ce dernier l'est devenu par le fait que l'imposition du rapport coût / qualité est dans tous les esprits. La qualité ne pouvait ne pas s'affirmer aussi dans les soins alors que la meilleure utilisation des deniers publics est

devenue une règle légitime et requise.

S'il semble difficile de définir une norme en matière de soins, vouloir des résultats qualitatifs et quantitatifs, le premier par le fait qu'il est autant légitime qu'éthique, le second devient une nécessité quand les moyens sont définis par les recettes engrangées par le nombre de soin (T2A oblige). Cette dernière a moins pour mérite de responsabiliser la direction de quelques devoirs économiques et financiers. Cette forme de tarification n'est pas toutefois exemptes de remarques et de limites.

Que les établissements de santé aient à rendre compte de leurs prestations, cela semble évidemment naturel. De ce fait, définir aux établissements de santé des obligations de résultat n'a rien d'offusquant du fait de leur gestion de deniers publics. Il convient toutefois de faire que cette analyse ne soit nullement et seulement comptable. On ne saurait oublier que les établissements publics subissent des contraintes particulières non supportées par les établissements privés. Ils n'en demeurent pas moins que des prestations identiques toutes choses égales par ailleurs, puissent connaître des traitements identiques et des remboursements identiques *a priori* mais sous réserve d'étude.

Cette requête qualitative est attendue à tous les services et à tous les niveaux. Le soin et la qualité des soins ne peut être que l'effort de toute une série de collaborations toutes interdépendantes. La moindre intervention joue de son effet. Que serait un soin sans l'attention portée à l'environnement? Une défaillance dans le système de climatisation peut ruiner toute une technique de soin particulièrement élaborée. Une mauvaise gestion des hommes entraîne une fuite des personnels. Un encadrement défaillant met en péril toute possibilité d'amélioration.

A tous ces aspects techniques, est venue s'ajouter la contrainte financière, imposée par le législateur au nom du coût de la santé et de son poids dans les finances publiques. Ce n'est peu dire que cette contrainte pèse de plus en plus affectant le nombre de personnel et tendant sans doute tous les aspects de prises en charge. Faire plus avec moins est le credo de ces dernières années. Si ce résumé politique méritait une part d'application, son application forcée ne peut qu'entacher la qualité des prestations en général. Il est des seuils incompressibles. Faut-il penser que le discours de la qualité soit à rechercher dans le non dit de la tarification à l'acte?

La qualité selon sa nouvelle acception contient donc aujourd'hui une donnée financière. Le corps médical du secteur public a été sensibilisé à cette notion, ceux du secteur privé l'ayant depuis bien longtemps intégrée. A tous, il est demandé de faire aussi bien sinon mieux avec des recettes effectives. Les stricts canons de l'économie libérale sont introduits dans un univers jusqu'à lors peu habitué à cette logique. Le client est à rechercher autant qu'à fidéliser. C'est là un aspect de la logique client qui prend effet. La prestation de soin n'échappe plus à la contrainte imposée à n'importe quel prestataire de service. Cette logique a des effets plus globaux puisqu'elle contraint à la suppression des établissements peu susceptibles de satisfaire cette exigence financière. Les petits établissements publics généralistes de province sont dès lors condamnés ce qui ne va pas sans soulever des résistances tant auprès des élus locaux que des populations affectées.

Les critères retenus pour mesurer la qualité ne sont pas exempts de résistances. L'approche économétrique est toujours imparfaite. Elle semble l'être encore plus dans la détermination de coût des soins.

Ainsi, un prix par pathologie, pour un groupe de patient homogène une fois connu, peut en effet s'apprécier comme tel mais ne pourra être généralisé pour tous. Les moyennes ont forcément des disparités. Les uns peuvent ne retenir que les patients les plus intéressants et délaisser les autres aux dépens de structures publiques. Un indice d'activité est certes un point de mesure, mais est-il toujours pertinent sans conduire à des limites ubuesques?

Instruire la qualité sur de tels modes d'évaluation en matière de financement conduit à des bizarreries. C'est pourtant à cette gestion précise que les directions sont soumises et contraintes de rendre des comptes. C'est aussi soumettre des professionnels de santé à des responsabilités auxquelles leur métier ne les préparait pas.

Cette approche économique ne peut que contraindre médecins et gestionnaires à coopérer et à se coordonner étroitement pour partager une responsabilité obligée. Les solutions ne pourront alors n'être entrevues que de façon systémique. Une telle vision impose des communautés de vue une compréhension mutuelle bien plus grande qu'elle ne l'est actuellement tout au moins à l'hôpital.

La réforme instituant les fédérations au sein des hôpitaux ont souhaité résoudre partiellement quelques aspects organisationnels. Elle a donné dans quelques cas une meilleure utilisation des matériels en réduisant des doubles emplois et des coûts inutiles. Toutefois, force est de constater que bien des efforts restent encore à faire. La recherche de la qualité engendrera-t-elle un meilleur service aux meilleurs coûts ou sinon aux coûts acceptables pour les finances publiques et le *statu quo* des cotisations sociales?

Les nouveaux enjeux conviennent à des efforts confortés par certaines études. Ainsi, en va-t-il du rapport Béraud établissant l'existence d'actions ou d'interventions médicales inutiles ou dangereuses pour les patients. On ne peut s'étonner que la France ait été le pays au plus grand nombre d'appendicectomies. De tels constats ne peuvent qu'inciter à revoir les pratiques médicales notamment quand les taux d'une catégorie d'intervention chirurgicale varient d'un établissement à un autre ou d'une ville à autre dans des proportions significatives mais sans être étayées par des raisons profondes.

Dans un tel contexte, la qualité devient un enjeu de régularisation des pratiques. La qualité se gagne de proche en proche. L'ensemble de l'activité de soins est visé. Les ressources consenties aux soins méritent indéniablement un usage optimal des ressources allouées à son objectif. L'enjeu économique oblige à s'intéresser à la gestion même des services. La survie d'un système de protection sociale en vigueur à toutes les attentions dès lors que d'autres choix ou arbitrages politiques ne sont pas opérés, l'impose. Dans un tel cadre, l'activité médicale est forcément touchée. L'objet doit moins viser à rationner les dépenses qu'à mieux les utiliser.

La qualité invite à une révolution des mentalités dont il y a tout lieu de croire qu'elle sera bien plus difficile à produire. La réussite de son objet affecte tant le choix de technique de soins que l'introduction de nouvelles relations. C'est là un sujet moins spécifique à l'art de soigner et à coup sûr bien plus sensible.

La qualité est certes une notion subjective mais rendue objective, mais celle-ci a besoin d'être encadrée pour avoir un contenu plus sérieuse. L'HAS aura pour tâche de lui donner des "" pour l'évaluer objectivement. L'uniformité des critères rendront les comparaisons possibles. Les définitions arrêtées par l'Organisation Mondiale pour la Santé (OMS) peuvent servir de repères utiles.

L'OMS définit la qualité ainsi: "qualité doit garantir que chaque patient reçoive l'assortiment d'actes diagnostics et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat et pour sa plus grande satisfaction en terme de résultat, de contact avec le système de soins et de

procédures médicales” (définition in A Giraud, Evaluation médicale des soins hospitaliers. Coll. Santé publique, Economica 1992).

Pour contribuer le personnel soignant à approcher cette définition dans toutes ses acceptions, cet ouvrage dresse des constats (I) illustrés par des cas concrets (II). Une méthode (III) d’approche de la qualité contenant des propositions naturellement soumises à des conditions (IV) est proposée.

I CONSTATS

Constater recadre le débat. La qualité exige ce préalable pour dégager une analyse aussi partielle et partielle soit-elle.

Les établissements de soins ont toujours fonctionné en vase clos. Aujourd'hui, davantage de transparence, un meilleur service et un équilibre budgétaire qu'ils n'avaient pas pour habitude de souscrire, leur sont demandés. Une nouvelle culture est à acquérir. L'effort est rude, mais à produire.

L'indépendance relative acquise par les hôpitaux est dorénavant remise en cause. Le changement ne pouvait qu'être impulsé de l'extérieur. La qualité sert aussi de prétexte à réduire l'offre jugée officiellement pléthorique et si l'offre crée le besoin, il ne peut qu'être envisagé et imposé un redéploiement des moyens et de l'offre. Les projections produisent parfois de belles bévues. Le numérus clausus aux études médicales conduit vingt cinq ans plus tard à un manque de médecins soit trois cycles d'études seulement.

Constats généraux

La raison économique impose une transformation de la dispense de soins. Profitant de la croissance offerte, le système de soins a assez largement profité d'un budget toujours en expansion. Aujourd'hui, la gestion prime. Les ressources sont soumises à conditions.

Pour imposer cette transformation, modèle est pris sur l'industrie. Ces dernières années, l'industrie a réalisé des gains de productivité qui ont permis de restaurer ses marges tout en permettant une réduction sensible du temps de travail et une compétitivité de ses prix de production. Une demande similaire est sollicitée aux établissements de soins.

Aujourd'hui, les produits pénètrent l'entreprise pour en sortir rapidement transformés. Les immobilisations sont rares ou réduites à l'essentiel. L'hôpital a aussi à sa façon adopté cette manière de voir.

La durée d'hospitalisation a été considérablement réduite; l'acte technique assuré, le patient est renvoyé à ses foyers, soigné à domicile, revu en consultation. La réduction du temps de présence des patients et des consultants sera encore cherchée. *A priori*, une diminution est encore possible tant les moments morts demeurent encore largement présents. L'hôpital de jour, de semaine est acquis et performant en plus d'être bien accepté par les patients, il y a tout lieu de penser qu'il sera étendu. Il devrait en aller de même de l'hospitalisation à domicile. Encore convient-il d'accompagner cette nouvelle manière de soigner.

La généralisation et la standardisation des systèmes de mesure permettent une comparaison relativement fiable. Le niveau d'activité est aisément repérable. L'efficacité d'un établissement a été appréhendé par le point ISA (Indice synthétique d'activité permettant de mesurer l'activité des unités de soins de courte durée en service de médecine, de chirurgie, d'obstétrique des établissements hospitaliers) et le PMSI (Programme de médicalisation des systèmes d'information produisant un indicateur d'efficacité ou de productivité des hôpitaux). Mais, ces données restent encore brutes, la mesure de la qualité demande d'être encore affinée même si la mesure de l'infection nosocomiale peut l'attester.

La standardisation des protocoles de soins,