



# Bulletin d'information du CCECQA

n° 8  
10/2001

CCECQA • Hôpital Xavier Arnoz • 33604 Pessac cedex  
Tél. 05 56 15 81 35 • Fax. 05 56 15 81 36  
E-mail : [secretariat@ccecqa.asso.fr](mailto:secretariat@ccecqa.asso.fr) • <http://www.ccecqa.asso.fr>

## Editorial

Pour mettre en place la démarche d'amélioration continue de la Qualité, les établissements de santé se heurtent encore et toujours à de nombreux obstacles. Le rôle que s'est fixé le CCECQA est précisément de nous aider à les surmonter.

L'histoire, peut-être connue de certains, d'un bûcheron canadien (pays précurseur dans le domaine de la Qualité) illustre bien les difficultés pratiques rencontrées sur le terrain...

Il s'agit de l'histoire d'un bûcheron qui doit abattre à la hache 10 arbres chaque jour ; il s'acquitte parfaitement de sa tâche le lundi, le mardi et le mercredi, mais il ne peut couper que 9 arbres le jeudi, et il en est à peine à 7 le vendredi alors que la journée est presque finie. Un ami lui fait remarquer que sa hache est ébréchée et lui conseille de l'aiguiser, mais le bûcheron lui répond : « comment voulez-vous que je trouve du temps pour aiguiser ma hache, alors que je n'ai même pas assez de temps pour couper mes 10 arbres ? »

Le CCECQA, de par l'ensemble des projets qu'il initie et qu'il conduit, nous oblige à prendre le temps « d'aiguiser notre hache ».

Ce rôle moteur a été parfaitement perçu par les adhérents et les professionnels de santé, comme en témoignent les résultats de l'enquête Eco, enquête de connaissance et d'opinion vis à vis du CCECQA lancée en avril 2001. Il est important de souligner la bonne perception du CCECQA par les établissements adhérents puisque :

- 69 % des personnes interrogées jugent que le CCECQA répond bien aux besoins,
- 59 % qu'il utilise des outils adaptés,
- 60 % estiment que le CCECQA « mène un travail utile », voire « indispensable » (14 %),
- entre 50 et 60 % considèrent que ces travaux « entraînent des changements dans les établissements » (amélioration pérenne de la Qualité ou changement des mentalités).

C'est en effet par le changement que peut se créer une vraie dynamique de la Qualité. Il s'agit d'ailleurs du thème retenu à l'occasion de la 3ème journée régionale du CCECQA à Agen :

« Comment changer les pratiques : théories et expériences »

Parce que la réponse pour améliorer les prestations de santé ne peut plus être un accroissement continu des moyens, la réorganisation du travail et le changement des pratiques deviennent impérieux ; tout comme il devient impérieux de communiquer sur les changements opérés.

Veillons toutefois à cheminer à vitesse raisonnable sur cette voie du changement. Des projets tels que le projet RAI (présenté dans ce bulletin) nous rappellent que pour mener à bien des expériences nouvelles et a fortiori les ancrer en tant qu'habitudes de travail, de nombreuses conditions doivent être réunies, dont :

- une perception minimale de l'intérêt du projet par l'ensemble des professionnels,
- une certaine disponibilité,
- une adhésion pluri-professionnelle au projet,
- un engagement fort de l'établissement.

Ainsi, si le CCECQA met à notre disposition de nombreux outils d'amélioration de la Qualité, ceux-ci ne peuvent être pleinement exploités que dans le cadre d'un programme de Démarche Qualité global, planifié et intégré dans le plan stratégique de l'établissement.

**Gérard GRANDJEAN**  
Directeur du Centre Hospitalier d'Agen

### SITE INTERNET DU CCECQA

<http://www.ccecqa.asso.fr>

- Une nouvelle présentation
- Prochainement téléchargement de documents pour les adhérents

### ENQUÊTES SATISFACTION

- Les questionnaires Saphora-MCO, Saphora-Psy et leurs versions courtes disponibles
- Le logiciel Sphinx-Sapho commercialisé par le Sphinx Développement

### RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE SUR LE CCECQA

- Disponible sur demande au CCECQA

### NOUVEAUX ADHÉRENTS

- Santé Service Dax
- CSS la Nive (Itxassou)
- CSS le Château de Bassy (Saint Médard de Mussidan)

### L'EQUIPE DU CCECQA

Le Dr J-Luc QUENON chargé de la Gestion des risques et Sandrine BRIAND statisticienne viennent de rejoindre le CCECQA.

# Dossier spécial

## La démarche RAI (Resident Assessment Instrument)

### Un système d'évaluation des patients hébergés en services de soins de longue durée

La nécessité d'une démarche qualité dans les services de soins de longue durée devient aujourd'hui évidente, et ce d'autant plus que ces services font partie du champ de l'accréditation des établissements de santé. Par ailleurs, la réforme de la tarification des établissements hébergeant des personnes âgées gagnerait à s'accompagner de la mise

en œuvre d'indicateurs permettant un suivi de la qualité des soins, afin d'éviter les dérives potentielles d'un système basé sur une rémunération en fonction de la dépendance du sujet.

#### La démarche RAI en bref

• **Des outils : l'objectif est d'établir un plan de soins écrit individualisé pour le résident.**

1. Une évaluation pluridisciplinaire et multidimensionnelle standardisée du résident au moyen du recueil MDS (Minimum de Données Standardisées).

2. Une identification des situations problématiques pour le résident au moyen d'un tableau d'alarme.

3. Le diagnostic étiologique de la situation et la prise en charge du résident au moyen de 18 protocoles d'analyses (ou Guide d'Analyse par Domaine d'intervention (GAD))

#### • Un calendrier

- Une première évaluation peu après l'admission du résident

- Des évaluations trimestrielles plus brèves du résident

- Une nouvelle évaluation complète du résident annuelle ou si nouveau problème

#### Etablissements participants

##### • RAI institution

CH de Bergerac

Service 1er Nord du CHU Xavier Arnozan, Bordeaux

CH de Libourne

Centre de long séjour des Arbousiers de la Teste

Hôpital Local de Belvès

##### • RAI domicile

Service de Soins à Domicile (du HL de Ribérac)

Santé Service Bayonne et Région

#### Coordination du projet

##### • La Fédération Nationale de Gérontologie (FNG)

La FNG a assuré la formation à l'utilisation de la démarche. Elle a mis à la disposition des sites participant au projet les manuels d'utilisation de l'outil et les formulaires d'évaluation à remplir (bilans complets et trimestriels).

##### • Institut de Santé Public et Epidémiologie du Développement (ISPED)

Elle assure les relations avec le coordonnateur du PHRC et la FNG, par l'intermédiaire de P. Barberger-Gateau, médecin épidémiologiste, investigateur associé du PHRC, et membre du conseil scientifique du CCECQA.

##### • Le CCECQA

Le rôle du CCECQA est d'organiser, de coordonner le suivi et l'accompagnement régional des équipes de soins, et d'analyser les données recueillies.

#### Contexte

Ce projet s'inscrit dans le cadre du projet hospitalier de recherche clinique (PHRC) multicentrique démarré en 1999, coordonné par le Pr. Hénard, regroupant 3 grands pôles géographiques (l'Aquitaine, la moitié Nord (Ile de France, Haute-Normandie, Alsace), et le Sud-Est (Rhône-Alpes, Languedoc-Roussillon) pour le RAI Institution, et un groupe en cours de constitution pour le RAI Domicile. Il comporte deux phases :

1- un test de la faisabilité du recueil,

2- l'élaboration d'indicateurs.

Suite à la présentation du projet en décembre 1998, l'appel à participation des établissements adhérents au CCECQA a été lancé en janvier 1999. Douze établissements ont démarré le projet, 10 pour le RAI Institution et 2 pour le RAI Domicile.

#### Mise en place du projet

Une formation approfondie à la démarche RAI a été réalisée en 1999. Les personnes formées devaient répercuter cette formation au sein de leur service. Une période de réflexion et d'adaptation à la démarche RAI devait être menée dans les sites, afin de saisir la finalité de cette innovation, de repérer les limites des pratiques antérieures ainsi que les changements à opérer pour sa mise en place.

#### Bilan de faisabilité de la mise en marche de la méthode

Facteurs explicatifs de la poursuite ou de l'arrêt du projet dans les établissements en Aquitaine A ce jour, 7 établissements restent dans le projet. Les facteurs structurels et organisationnels ont été testés : • le nombre et la nature des lits par site expérimentant le RAI, • la dotation en personnel, • l'organisation des soins (projet de service, restructuration du site; théorie de soins et pratique en routine de la démarche de soins; utilisation d'un plan de soins écrit ; tenue d'un dossier de soins standardisé), • l'organisation des équipes de soins (durée de chevauchement des équipes ; modes d'organisation des horaires ; responsabilité des mêmes résidents), • l'existence de réunions régulières regroupant l'ensemble des personnels (présence de certaines catégories de personnel).

Seule une dotation suffisante en personnel était significativement liée à la poursuite du projet, essentiellement en ce qui concernait les médecins, infirmières et les aides soignantes. Le fait de bénéficier au sein du site d'un «emploi-jeune» ou d'une personne employée en CES ne jouait pas, par contre, de rôle déterminant.

#### Perception des utilisateurs de la démarche RAI

La standardisation du recueil évitait la subjectivité du soignant. Grâce au recueil de données très complet et multidimensionnel, le patient était parfaitement connu, voire redécouvert. Le temps de partage et de discussion autour d'un patient était structuré. Les réunions pluridisciplinaires permettaient la richesse des échanges. La lecture des GAD participait à l'augmentation du savoir des personnels : c'était un savoir fiable, concrètement utilisable, et commun à l'ensemble du service. L'outil RAI était considéré comme outil du personnel soignant. Le «passage à l'écrit» de l'ensemble des petites tâches quotidiennes, jamais relevées auparavant comme éléments à part entière du projet de soins, valorisait les rôles de chacun, en particulier celui des aides-soignantes en permettant la reconnaissance du travail accompli.

La mise en œuvre de la démarche était coûteuse en temps (3-4 heures au début par résident pour diminuer jusqu'à 1h voire 45 minutes) avec la pratique régulière. La participation de tous les intervenants en dehors des infirmières et des aides-soignantes (kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychomotriciens, psychologues, assistantes sociales ...) était difficile à réaliser. Celle des médecins rencontrait également un problème de temps, mais aussi parfois un certain manque d'intérêt pour un outil non médical. Le RAI représentait pour certains sites une surcharge de travail, et une plage horaire de travail suffisante n'avait jamais pu être dégagée régulièrement. A domicile ou en hôpital local, la participation des médecins impliquait le paiement de consultations ; les heures supplémentaires des aides-soignantes, fonctionnant sous horaires de «coupures» à domicile, n'étaient pas toujours payées.

Les sites utilisant le RAI Domicile en Aquitaine devaient appréhender un environnement culturel régional spécifique : ainsi, le risque d'institutionnalisation d'une personne prise en charge à domicile, presque systématiquement présent au niveau du tableau d'alarme, ne reflétait pas la réalité dans un contexte où culturellement la famille garde «jusqu'au bout» la personne à domicile. Parallèlement, trop peu d'items dans le MDS permettaient de décrire la situation des aidants, en particulier la quantification du temps passé, et de prévoir l'éventualité d'une défaillance de ces personnes.

La fréquence d'un bilan complet par semaine dans le cadre du PHRC était impossible à atteindre pour la plupart des sites. Les bilans trimestriels étaient difficiles à planifier dans ce

contexte. Les GAD étaient peu utilisés, car jugés trop long à lire, ou trop compliqués. Face à cette sous-utilisation de l'outil, il a été décidé de travailler sur certains GAD pour les rendre plus « digestes » pour les équipes soignantes. Un groupe pluriprofessionnel s'est réuni pour travailler sur le GAD Démence, et une nouvelle version de ce GAD a été distribuée en novembre 2000. Cette version sera intégrée dans la nouvelle version francophone des GAD.

Le plan de soins était parfois jugé inexistant chez les résidents très grabataires et en état avancé de démence. Faire un bilan trimestriel était jugé inutile, puisqu'il n'y avait pas d'amélioration possible de l'état de ces résidents.

Parfois le plan était jugé inapplicable car il reposait sur des facteurs essentiellement financiers (lunettes, appareils auditifs, prothèses dentaires, chaussures orthopédiques...) sur lesquelles les équipes soignantes n'avaient aucun pouvoir ; ces problèmes se retrouvaient également dans le cadre du RAI Domicile. La conséquence était que certaines équipes pouvaient se désintéresser rapidement de l'outil une fois le recueil d'information réalisé

### Travail sur les indicateurs de qualité des soins

Peu d'indicateurs mesurant la qualité des soins en EHPAD ont été développés, et sont le fait essentiellement d'équipes américaines. Ils décrivent les soins (indicateurs de processus) ainsi que le résultat de ces soins (indicateurs de résultats), mais la plupart ne tiennent pas compte des caractéristiques de cette population spécifique âgée dépendante qui peuvent influencer le niveau de l'indicateur sans refléter la qualité des soins prodigués. Ainsi, un établissement qui accueille beaucoup de personnes âgées démentes aura un indicateur « prévalence des chutes » sans doute plus élevé que les établissements hébergeant peu de personnes âgées démentes, un autre accueillant beaucoup de personnes âgées grabataires aura un indicateur « prévalence d'escarres » peut-être plus important que les établissements hébergeant plus de personnes physiquement autonomes.

Zimmerman a développé 24 indicateurs de prévalence et d'incidence à partir des données issues des MDS des nursing-homes américains utilisant le RAI. Seulement quatre de ces indicateurs prennent en compte les caractéristiques des résidents, avec la stratification en deux groupes à haut risque et à bas risque de présenter l'événement indésirable.

Dans le cadre du projet du CCECOA, l'ensemble des personnes réunies lors des

réunions régionales a travaillé sur les indicateurs de Zimmerman. Les facteurs non liés à la qualité des soins pouvant influencer la valeur de l'indicateur à partir des événements indésirables relevés par l'évaluation du patient ont été analysés et testés dans le cadre d'un travail de DEA au CCECOA en utilisant une base de données nationale déjà existante (premier PHRC). Ceci doit ensuite être validé sur la base fournie par notre projet aquitain. **Le résultat de cet ajustement doit permettre aux établissements utilisant le RAI de se positionner quant à la qualité des soins qu'ils prodiguent.**

### Résultats

Sur les 24 indicateurs développés par Zimmerman, 8 indicateurs ayant suffisamment d'observations ont pu être étudiés : « Escarres », « Chutes », « Utilisation de plus de 8 médicaments », « Absence de plan de soins relatif à l'incontinence », « Infection urinaire », « Déshydratation », « Activité réduite », « Incontinence urinaire ou fécale fréquente ».

Exemple de calcul de l'indicateur « Escarres » : Pour le calcul de l'indicateur « Escarres », il a été décidé d'ajuster sur les caractéristiques suivantes : « Limitations importantes à la mobilité dans le lit », « Coma », « Patient laissant plus du quart de la nourriture à la plupart des repas », « Diabète ». Le modèle statistique ainsi élaboré a retenu de façon significative 3 variables d'ajustement (« Limitations importantes à la mobilité dans le lit », « Patient laissant plus du quart de la nourriture à la plupart des repas » et « Diabète »). Ce modèle a permis de calculer un pourcentage théorique (ou attendu) de l'événement indésirable « Escarres » pour l'ensemble des établissements. Le calcul final de l'indicateur proprement dit est alors constitué par le rapport entre le pourcentage observé (% des résidents évalués avec escarres) et le pourcentage théorique issu du modèle de prédiction (% de résidents qui devraient présenter une escarre en tenant compte de leurs caractéristiques personnelles).

Les résultats mettent en évidence des différences significatives entre la performance observée et la performance attendue en fonction du profil de clientèle pour certains établissements. Lorsque cette différence va dans le sens d'une meilleure performance que celle attendue, **l'intérêt des établissements est de tenir compte de leur profil de clientèle pour valoriser leur activité.**

La base régionale Aquitaine est aujourd'hui constituée par l'évaluation de 131 résidents, soit environ la moitié des résidents hébergés dans les sites poursuivant le projet

### DISCUSSION

La mise en place de la méthode RAI est facilitée par l'habitude de travailler en équipes pluriprofessionnelles (médecins, cadres, infirmières, aides-soignantes, autres paramédicaux...), et par l'utilisation (ou au moins de la perception de la nécessité de l'utilisation) de méthodes standardisées d'évaluation des résidents. Cette évaluation est alors suivie par un plan de soins également pluri-professionnel, engageant chaque corps professionnel dans l'amélioration de la prise en charge du résident. Cet engagement est d'autant facilité que travailler en gériatrie n'était pas vécu comme une contrainte.

La formation de l'ensemble des personnels travaillant au contact du patient permet à chaque acteur d'utiliser l'outil, sans ostracisme entre ceux qui participent au projet d'amélioration de la qualité et ceux qui ne « progressent pas ». Faire du RAI le projet de service, et l'inscrire au projet d'établissement est bien évidemment un facteur moteur.

Il est difficile de mettre en place la démarche RAI dans un contexte de sous-effectif chronique et important en personnel. De même, une augmentation de la charge de travail (profil plus lourd des patients) pour une même quantité de personnels ralentit la mise en place, et peut parfois la stopper. Une plage de travail horaire suffisante est nécessaire pour s'approprier l'outil de manière satisfaisante.

La « monopolisation » de l'outil par uniquement une ou deux personnes référentes dans le site empêche le démarrage de la démarche puisque leur absence annule automatiquement les séances de travail avec l'outil RAI.

Le manque d'intégration de certaines catégories de personnels, comme les aides-soignantes, menace son implantation durable : en effet, comment mettre en place un projet de soins pluriprofessionnels mené seulement par les cadres et les infirmières ?

La qualité des soins ne peut être appréhendée par la valeur d'un seul indicateur, les établissements les plus performants dans un domaine ne le sont pas dans d'autres, ce qui souligne l'intérêt de disposer de plusieurs indicateurs de qualité des soins dans le sens d'une amélioration globale de cette qualité.

Les indicateurs doivent être ajustés sur les caractéristiques des résidents, en effet certains établissements seront plus à même que d'autres à prendre en charge des patients à haut risque (de présenter un événement indésirable).

Il est important de connaître le contexte de la mesure : l'interprétation des indicateurs devra tenir compte du degré de compréhension du questionnaire de la part des différents intervenants, de la proportion de personnels formés à l'outil.

Enfin, le suivi de la tendance (mesures répétées) de la valeur des indicateurs est nécessaire pour obtenir un reflet plus juste de la qualité des soins dans un établissement.

des personnels d'un service peut-être envisagée dans le cadre de la formation continue.

Le travail régional d'élaboration d'indicateurs tenant compte des caractéristiques propres au patient doit être validé sur un échantillon le plus représentatif possible des patients hébergés en services de soins de longue durée ou en section de cure médicale. Il est donc nécessaire de continuer les inclusions des résidents dans les établissements participant au projet.

### CONCLUSION

Le RAI est un outil d'évaluation standardisé complet permettant la connaissance réelle d'une population de patients âgés dépendants, atteints la plupart du temps de polypathologies spécifiques lourdes pour lesquelles on élabore un plan de soins écrit individualisé. Le RAI permet et demande la mobilisation de tous les corps professionnels au contact du patient tant médicaux que para-médicaux et médico-sociaux.

Moins de la moitié des établissements engagés au départ poursuivent le projet. Les éléments favorisant sont représentés en pre-

mier lieu par une dotation en personnel suffisante permettant de dégager d'abord un temps de formation à l'outil, et ensuite un temps nécessaire à son utilisation en routine. Une organisation rigoureuse du service, précédée d'une période de réflexion à la mise en place du RAI, doit obligatoirement pallier à la « lourdeur » de l'outil, afin d'assurer la réunion régulière d'équipes pluriprofessionnelles, une utilisation correcte et le respect du calendrier des évaluations des résidents. L'implantation durable de la méthode est permise par un contexte institutionnel et hiérarchique favorable. La formation à l'outil RAI de l'ensemble

# Infos...

## Publications du CCECQA

- F Saillour-Glénisson. Prescription des examens biologiques explorant la fonction thyroïdienne chez l'adulte en fonction des circonstances cliniques et de prise en charge du patient. Recommandations de prescription. Presse Med 2001 ; 30 : 686-692.
- F Saillour-Glénisson, Daucourt V, Abouelfath A, Michel P. Prescriptions biologiques : deux expériences réussies de démarches d'optimisation. Gestions Hospitalières 2001 ; 406 : 340-4.
- Daucourt V, Michel P. Accréditation : une première analyse. Concours médical 2001;123:1618-21
- Moty C, Michel P. Organisation et méthodes de travail des comités d'analyse des décès : revue d'expériences. Presse Med 2001 ; 30:259-63.

## Actualité de la Presse

- Blotman F, Quaranta JF. L'accréditation an 1 : le premier rapport annuel du Collège de l'Accréditation. Hospitalisation privée 2001;357:8-13. (+ dossier spécial)
- Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Rapport d'activité 2000 du Collège d'Accréditation. Paris: ANAES; 2001. (URL : <http://www.anaes.fr>)
- Minvielle E, De Pourvoirville. La mesure de la qualité des soins : un défi et un enjeu de santé publique. Rev Epidém et Santé Publique, 2001 ;49 :113-115.

## Agenda

- Congrès Euro Cos «les paradoxes d'une recherche de santé sans risque». Journées de l'Institut Européen Post Universitaire de Formation des Professionnels de santé. 30 novembre 2001 à Strasbourg. Renseignements  
[Claude.Laedlein@chru-strasbourg.fr](mailto:Claude.Laedlein@chru-strasbourg.fr)  
Tél. 03 88 11 50 06
- Compétence médicale ; standards de qualité des soins. Quel rôle pour les professionnels et les sociétés scientifiques.  
Organisé par la Fédération des spécialités médicales. [Fsnsm@internet-medical.com](mailto:Fsnsm@internet-medical.com).  
Tél. 01 42 71 73 28
- 7th European Forum on Quality Improvement in Health Care.  
Edinburgh 21-23 mars 2002
- 18th Annual Meeting of the International Society of Technology Assessment in Health Care.  
Berlin 9-12 juin 2002.

## COMITÉ DE RÉDACTION

Madame Audibert  
(CHIC Marmande Tonneins)  
Monsieur Danzon  
(CH Blaye)

Docteur Farraggi (CHS Cadillac)  
Docteur Minard (Président du CCECQA)  
Docteur Pourin (Membre du CCECQA)

# Projets en cours

Des documents de présentation et de suivi des projets sont à votre disposition sur demande au secrétariat du CCECQA et sur le site du CCECQA.

## Gestion des risques

### • ERI (enquête sur le risque iatrogène)

Dans le cadre d'un programme de réduction du risque iatrogène, la région aquitaine a été sollicitée par le Ministère chargé de la Santé pour tester des méthodes d'identification des événements indésirables pour le patient liés aux soins. Le CCECQA élabore les outils d'enquête et coordonnera la réalisation du test dans huit établissements à partir de la fin de l'année 2001

## Evaluation des pratiques

### • Dossier patient

Le Programme d'Amélioration du Contenu et de la Tenue des Dossiers (PACTE) est la seconde action du CCECQA sur ce thème. Elle est basée sur l'institutionnalisation de la démarche qualité et sur la proposition de méthodes d'évaluation adaptées à la politique du dossier de chaque établissement et sur les résultats des évaluations antérieures. Le CCECQA propose notamment une méthode permettant l'identification des dysfonctionnements les plus importants dans chaque service afin d'optimiser l'efficacité de l'évaluation.

## Programme d'amélioration de la qualité

### • Rai

Voir Dossier Spécial

### • Traçabilité des Produits Sanguins labiles

Ce projet a pour but d'améliorer la traçabilité des PSL dans les établissements de soins. Une première étape permettra de faire le bilan précis de la qualité et de la disponibilité des informations relatives à la traçabilité des PSL retenues par les établissements et transmises par les établissements à l'EFS. Cette étape permettra de dégager des actions à mener en priorité dans le

but d'améliorer l'efficacité du système d'hémo-vigilance, la qualité et la sécurité du processus transfusionnel. Cette qualité sera ensuite suivie au long grâce à la validation d'un indicateur. Actuellement 14 établissements de soins de la région Aquitaine participent à ce projet.

### • Douleur

Programme reposant sur la mise en place de structures (CLUD, référents douleurs), l'évaluation de la qualité de la prise en charge et l'appui méthodologique aux services volontaires pour améliorer leur pratique.

### • AECA

Utilisation du guide AECA d'auto-évaluation dans 14 établissements.

## Questionnaires de satisfaction

### • Saphora-Job

Un questionnaire de satisfaction au travail des personnels des établissements de santé a été élaboré par le groupe de travail régional participant à ce projet. Ce questionnaire expérimental explore trois composantes (l'Organisation, l'Emploi et le Travail) du travail en abordant 15 thèmes principaux. Ce questionnaire va faire l'objet d'une enquête de validation dans différents établissements volontaires.

## Elaboration d'indicateurs

### • INQA

Constitution d'une banque d'indicateurs de qualité des soins.

### • Elaboration et validation d'indicateurs

- Dossier de soins
- Prise en charge de la douleur
- Bilan préopératoire
- Satisfaction des patients et du personnel
- Bilan thyroïdies

# Documents et outils disponibles

Elaborés à l'issue des projets réalisés par le CCECQA qui propose une aide ponctuelle pour leur utilisation dans les établissements et sur le site du CCECQA.

## Préparation à l'accréditation

- Analyse des 20 premiers comptes-rendus d'accréditation rendus publics par l'ANAES : principes, méthodes, résultats (rapport).
- Guide AECA : Guide méthodologique d'auto-évaluation et de préparation à l'accréditation. Classeur de questionnaires et CD Rom disponibles (nouvelle version).
- Guide CMP : Guide méthodologique de conduite de l'auto-évaluation pour les Centres Médico-Psychologiques.

## Questionnaires de satisfaction

- Pour les enquêtes périodiques : Saphora-MCO et Saphora-PSY
- Pour les questionnaires de sortie : Mini Saphora-MCO et Mini Saphora-PSY
- Le module opérateur Sphinx-Sapho intégrant ces questionnaires et les tableaux de bord des résultats est commercialisé par la société le Sphinx-Développement avec un tarif préférentiel pour les adhérents du CCECQA.

## Elaboration de recommandations

- Recommandations de prescription des enzymes myocardiques dans l'infarctus du myocarde.
- Recommandations de prescription du bilan thyroïdien chez l'adulte.

- Recommandations du bilan préopératoire (consensus régional).

## Elaboration d'indicateurs

- Fiche descriptive d'un indicateur de performance des soins,
- Grille de lecture critique d'un indicateur de performance des soins.

## Evaluation des pratiques

- Douleur : protocole d'évaluation de la prise en charge de la douleur aiguë et chronique.
- Dossier patient :
  - Grilles d'évaluation des dossiers patients, Rapport régional de l'audit 1997-2000,
  - Application ECADO (calcul de taille d'échantillon par la technique LQAS)
- Prise en charge des schizophrènes : rapport d'étude.
- Prescriptions des enzymes myocardiques : rapport d'étude et plaquette de présentation des recommandations
- Prescription du bilan thyroïdien : rapport d'étude, plaquette de présentation des recommandations et fiche de prescription conseil.

## Evaluation des connaissances

- Transfusion sanguine et personnel soignant : questionnaire et rapport d'étude.