



DIRECTION DES PATIENTS, DES USAGERS ET DES ASSOCIATIONS
Département des Relations avec les Usagers

Rapport d'activité de la Commission Centrale de Concertation avec les Usagers 2011 – 2014



Sommaire

Sommaire.....	2
Introduction.....	3
Titre 1. Composition et fonctionnement de la Commission Centrale de Concertation avec les Usagers	4
I. Composition	4
1. Les membres avec voix délibérative.....	4
2. Les membres avec voix consultative	4
II. Fonctionnement	5
1. Secrétariat.....	5
2. Fréquence des réunions.....	5
3. Déroulé des séances	5
Titre 2. Les travaux effectués par la 3CU.....	6
I. La bientraitance : prévention de l'incontinence.....	6
1. Présentation	6
2. Constats	7
3. Objectifs.....	8
4. Propositions	8
5. Point d'étape : les réalisations	9
II. La promotion du rôle des représentants des usagers et de la Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge.....	10
1. Présentation	10
2. Objectifs.....	10
3. Méthodologie.....	11
4. Préconisations	11
III. Enquête de satisfaction et recueil de la parole des patients	14
1. Présentation	14
2. Etat des lieux	14
3. L'enquête en ligne : élément concret d'appréciation du travail des professionnels.....	16
4. Conclusion	17
IV. Projet « blouse » pour le respect de la dignité du patient.....	17
1. Présentation	17
2. Objectifs.....	18
3. Composition pluridisciplinaire et pluri professionnelle du groupe de travail	18
4. Caractéristiques préconisées pour la nouvelle blouse	18
5. Déploiement.....	19

Introduction

La Commission Centrale de Concertation avec les Usagers a été instaurée fin 2010.

L'ambition de cette commission est de marquer l'engagement de l'AP-HP à accorder une plus grande place au dialogue avec les usagers sur les sujets inhérents à la prise en charge des patients.

Cette nouvelle instance est chargée d'animer le dialogue institutionnel avec les représentants des usagers et des familles, de contribuer à l'élaboration du programme d'action relatif à l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers.

Elle est également chargée de veiller au bon fonctionnement des commissions des relations avec les usagers et de la qualité de la prise à charge dans les groupes hospitaliers et examine tous les sujets relatifs aux usagers et à leurs droits portés à sa connaissance par les CRUQPC locales ou par l'un de ses membres. Elle élabore des recommandations sur ces sujets, propose des plans d'action, incluant des mesures de suivi et d'évaluation.

La Commission Centrale de Concertation avec les Usagers bénéficie d'une composition large regroupant à la fois les représentants des directions fonctionnelles du siège, des instances centrales, des usagers, des acteurs de terrain pour débattre et avancer dans l'intérêt du patient.

En donnant la parole aux usagers et en les associant aux décisions institutionnelles, la mise en place de la Commission Centrale de Concertation avec les Usagers s'inscrit dans le prolongement de la loi du 4 Mars 2002 instituant la démocratie sanitaire et de la loi Hôpital Patients Santé Territoire du 21 Juillet 2009.

En outre, la commission exerce ses missions en collaboration avec la Commission médicale d'établissement sur les sujets qui relèvent de sa compétence ainsi qu'avec les commissions et comités en charge de la qualité, de la sécurité des soins et de l'accueil et de la prise en charge des usagers et la Commission centrale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.

Ce rapport d'activité présente les différents travaux menés par cette instance au cours de ses trois premières années de fonctionnement (mi-2011 à mi-2014).

Titre 1. Composition et fonctionnement de la Commission Centrale de Concertation avec les Usagers

I. Composition

La Commission centrale de concertation avec les usagers est composée de membres avec voix délibérative ainsi que de membres avec voix consultative.

La durée de mandat de ces membres est fixée à quatre ans renouvelables.

1. Les membres avec voix délibérative

Cf. arrêté du 3 Avril 2014 fixant la composition de la commission centrale de concertation avec les usagers¹

2. Les membres avec voix consultative

- un représentant de la Direction de l'organisation médicale et des relations avec les universités (DOMU) ;
- un représentant de la Direction des affaires juridiques (DAJ) ;
- un représentant de la Direction des patients, des usagers et des associations (DPUA).

Invités permanents :

- le représentant de toute autre direction particulièrement concernée par un sujet ou un projet que la commission souhaite aborder.

Les modalités de désignation des quatre représentants des usagers issus des CRUQPC locales sont les suivantes :

Au terme d'un appel à candidature effectué par le directeur général auprès des représentants des usagers siégeant en CRUQPC locales, une liste de candidats est élaborée. Un scrutin unique est organisé auprès de tous les représentants des usagers titulaires et suppléants siégeant au sein des CRUQPC locales.

Les deux candidats qui ont emporté la majorité des voix sont désignés.

La durée du mandat des membres est fixée à quatre ans renouvelables.

¹ Annexe n°1

II. Fonctionnement²

1. Secrétariat

Le secrétariat est placé sous la responsabilité du département des droits du patient et des associations (DDPA / DPUA).

2. Fréquence des réunions

La commission se réunit au moins tous les trois mois et aussi souvent que nécessaire sur convocation de son président.

Fréquence annuelle des réunions :

- 3 réunions en 2011
- 4 réunions en 2012
- 3 réunions en 2013
- 4 réunions en 2014

3. Déroulé des séances

La commission délibère valablement, sous la présidence du directeur général, sur les recommandations et les propositions qu'elle souhaite émettre, lorsqu'au moins la moitié de ses membres ayant voix délibérative est présente.

La commission peut être élargie à toute personne compétente sur les questions à l'ordre du jour. Elle peut constituer tout groupe de travail et faire appel à toute personne qualifiée en lien avec les sujets considérés.

Le président peut demander à un représentant de la commission de présenter toute communication de son choix devant le directoire.

² Règlement intérieur. annexe n°2

Titre 2. Les travaux effectués par la 3CU

Quatre groupes de travail ont été constitués initialement :

- « **les enquêtes de satisfaction et le recueil de la parole des patients** » piloté par le Professeur Yves de Prost
- « **la bientraitance** » piloté par le Docteur Marie-France Maugourd, en collaboration avec Aldo Saluard, représentant des familles au conseil de surveillance et avec la Direction des Soins et des Activités Paramédicales (DSAP)
- « **la promotion du rôle des représentants des usagers et de la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge** » (CRUQPC) piloté par Thomas Sannié, représentant des usagers au conseil de surveillance en collaboration avec Mathilde Bruneau (DDPA/DSPC)
- « **le projet blouse des patients** » conduit par un groupe de travail pluridisciplinaire et pluri professionnel (15 membres) pour le déploiement de nouvelles blouses AP-HP respectueuses de la dignité du patient.

Ces groupes de travail sont orientés sur des sujets qualitatifs afférents à la qualité de la prise en charge des usagers, sur le fonctionnement et la promotion des CRUQPC et du rôle des représentants des usagers.

I. La bientraitance : prévention de l'incontinence

1. Présentation

Le groupe sur la bientraitance comprenait treize membres et s'est réuni à six reprises. Le groupe était composé de représentants du personnel, des usagers et des familles auxquels se sont joints par la suite dix experts en urodynamique composant un groupe « Urodynamique »

Le travail de ce groupe bientraitance s'est axé sur les difficultés de prise en charge liées à l'incontinence des patients âgés au sein des services.

Aussi, en parallèle s'est constitué un comité de pilotage, composé de deux professionnels spécialisés en urodynamique, un directeur des soins, un cadre supérieur de santé, un cadre de santé et une infirmière spécialisée en urodynamique, en lien avec quelques représentants des usagers et des familles.

Ce comité de pilotage a procédé à une première analyse de la littérature, ainsi qu'à une enquête au sein de l'AP-HP et dans d'autres CHU hors AP-HP.

En Janvier 2013, le groupe de travail a produit des recommandations de bonnes pratiques diffusables.

Les préconisations ont été soumises à un groupe de lecture médical et non médical, et ont été ajustées en fonction des remarques présentées.

2. Constats

Les travaux du groupe ont permis de réaliser un bilan sur la question de la prise en charge de l'incontinence :

a. Des démarches existantes dans les hôpitaux gériatriques :

- une consultation d'urodynamique dans la plupart des établissements gériatriques est réalisée ; toutefois, certains hôpitaux n'ont pas de service d'urodynamique ;
- des bilans sont réalisés en hôpital de jour ;
- des formations sont réalisées dans certains services par les personnels d'urodynamique.

b. Un cadre de prise en charge et de mise en œuvre décevant :

- pratiques professionnelles éloignées de l'enseignement : les infirmières et les aides soignantes reçoivent des formations suffisantes à la prévention de l'incontinence mais la pratique de terrain ne leur accorde pas suffisamment la possibilité de les mettre en œuvre ;
- recours aux changes de manière systématique pour les patients âgés ;
- manque d'implication des services qui se déchargent sur les personnels spécialisés ;
- manque d'évaluation de l'incontinence par les paramédicaux lors du bilan d'entrée ;
- manque de réévaluation et de réajustement dans le temps ;
- manque de motivation de présence des cadres pour porter cette thématique ;
- manque de kinésithérapeutes formés à la rééducation de l'incontinence ;
- pratiques mal connues.

c. Des initiatives sans suites :

- Un plan de prévention devait être inscrit au plan stratégique 2010-2014 ;
- un programme de rééducation de l'incontinence chez le malade âgé de mars 1999 à janvier 2003, ce programme ayant pour but de rendre une dignité au patient et de remédier aux problèmes de la dépendance a été abandonné depuis ;
- des protocoles et des travaux multiples mais non harmonisés.

En outre, il est fait le constat qu'une prise en charge inadaptée de l'incontinence peut mener à une forme de maltraitance passive.

3. Les objectifs

L'objectif de ce groupe de travail a consisté à formuler une série de recommandations de bonnes pratiques relatives à la prévention de l'aggravation de l'incontinence en vue de leur diffusion auprès des professionnels de santé.

Cette démarche s'est inscrite dans une conception élargie puisqu'elle concerne l'ensemble des prises en charge au-delà du long séjour : urgences, pédiatrie, court séjour.

Afin d'élaborer des préconisations destinées à uniformiser les pratiques et les outils, il est nécessaire de réaliser un état des lieux de l'existant et d'identifier les acteurs potentiels du changement.

Ces recommandations de bonnes pratiques se déployeront en deux étapes : tout d'abord la communication et la formation des professionnels, puis toute la phase opérationnelle d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP).

Un autre axe de développement est envisagé : il consiste à favoriser la mise en place d'infirmières cliniciennes en urodynamique, comme il en existe dans certains établissements.

4. Propositions

Il est retenu de mettre en place un comité de pilotage technique sur l'incontinence qui sera chargé de déterminer la nature des actions à développer pour répondre aux objectifs du GT. De prime abord, plusieurs propositions sont émises :

- rendre obligatoire un indicateur de surveillance de la continence, comprenant notamment l'évaluation de l'incontinence à l'entrée du patient, ainsi qu'une surveillance avec les outils appropriés tenant compte des connaissances médicales et paramédicales connues de la littérature
- inclure dans l'accueil des internes, des externes et des étudiants hospitaliers une sensibilisation à la prévention de l'incontinence
- recenser le nombre d'EPP relatifs à la prévention de l'incontinence au sein des groupes hospitaliers
- élaborer un protocole de coopération entre professionnels de santé sur cette thématique par les équipes d'urodynamique
- élaborer un film et un kit de formation sur la prévention de l'incontinence
- inciter les équipes à déposer des projets de recherche, dans le cadre des appels à projets hospitaliers (PHRI)

5. Point d'étape : les réalisations

En termes de communication, une première information a été réalisée lors de la journée de gériatrie paramédicale de fin 2013.

Des rencontres des Coordinateurs généraux des soins et des Directeurs des soins ont été organisées, sachant que le souhait est de multiplier ces réunions au niveau des commissions de soins locales.

Une information a été donnée à la Commission Médicale d'Etablissement, ainsi qu'en réunion des directeurs qualité.

Le groupe de travail a ainsi pu rencontrer la Direction des Soins et des Activités Paramédicales de l'AP-HP qui s'est montrée volontaire pour être impliquée dans la démarche.

A ce jour, un guide de préconisations a été établi, de même qu'une plaquette à l'intention des professionnels diffusés dans les services. Ces préconisations sont au nombre de douze pour les professionnels et de quatre pour l'institution.

Parmi les préconisations du guide destinées aux professionnels, figurent notamment des principes tenant:

- à l'évaluation de la continence ;
- au choix des diagnostics infirmiers ;
- au choix des actions ;
- au choix des protections et autres dispositifs ;
- au bon usage du sondage vésical ;
- au réajustement ;
- à l'éducation ;
- à la traçabilité des actes.

De même pour l'institution, il sera nécessaire de mener à bien l'évaluation des pratiques professionnelles, de parfaire la formation et de nommer un référent expert en urodynamique au niveau de chaque GH.

a. Méthode de communication :

Les directeurs de soins et les directeurs de site ont été informés. Le dispositif sera ensuite mis en œuvre au niveau des GH et des sites, pour que les professionnels s'approprient le questionnement.

La mise en place d'une formation « e-learning » est envisagée.

b. Les actions à venir :

Il reste à rédiger une synthèse des préconisations, une affiche pour le poste de soins, un film didactique qui sera largement diffusé auprès des professionnels et des écoles.

Un kit de formation sera réalisé au deuxième semestre 2014.

En matière de traçabilité et d'évaluation, il a été décidé d'élaborer une fiche de suivi spécifique pour le dossier de soins informatisé, qui facilitera l'évaluation et le suivi.

Une synthèse des préconisations sera présentée au mois de septembre 2014, ainsi qu'un programme pour le poste de soins.

II. La promotion du rôle des représentants des usagers et de la Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge

1. Présentation

Ce groupe de travail était composé de dix membres.

Le principe retenu a consisté à rassembler au sein du groupe des acteurs de terrain.

Le constat sur la question fait état d'une méconnaissance quasi totale de l'existence et du rôle de la CRUQPC tant de la part du public que de la part des professionnels de santé.

La CRUQPC est une instance locale souffrant d'un manque de visibilité et qui de ce fait peine à participer pleinement à la politique qualité. L'information sur le rôle de la CRUQPC existe mais est très peu lisible. De ce fait elle atteint rarement sa cible.

Il existe aussi un manque de reconnaissance de cette instance comme levier d'amélioration de la prise en charge.

Le rôle, voire l'existence du représentant des usagers sont généralement peu connus.

En 2011, seuls 17 à 20 % des usagers connaissaient les représentants des usagers, de sorte que la marge de progression est considérable. De même, les instances médicales identifient assez mal les missions de la CRUQPC. On constate donc un vrai déficit d'information.

2. Objectifs

Le groupe de travail s'est fixé des objectifs afin de remédier aux difficultés précédemment constatées. Les travaux de ce groupe de travail s'articulent autour de plusieurs axes :

- faire connaître l'existence d'une représentation citoyenne au sein des instances de l'hôpital

- faire connaître l'existence des lieux de concertation avec les usagers
- identifier les freins et les leviers d'actions
- agir sur le fonctionnement de l'hôpital

3. Méthodologie

Un état des lieux a été réalisé au cours de l'été 2011 au sein de quatre établissements : Henri Mondor, Necker, Cochin et Tenon.

Thomas SANNIÉ s'est rendu de façon anonyme dans ces établissements afin d'effectuer des constats concrets, à l'instar de tout usager.

A l'issue de son travail, le groupe devait rendre compte de ces constats et devait travailler sur la mise en place de propositions.

Suite à cette étude, le groupe de travail a déterminé les thèmes de travail suivants:

- recensement de l'information relative aux droits des patients
- recensement des acteurs, des moyens d'action, des instances de concertation
- travail sur l'information, les contenus et les supports présentés au public
- travail sur l'information destinée aux professionnels
- identification des leviers de la promotion des usagers au-delà des supports existants
- exploration de l'offre de formation sur les questions relatives aux droits des usagers

4. Préconisations

a. Application des préconisations au niveau GH

Les participants au groupe de travail ont émis des propositions d'action, afin de faire connaître la place et la mission du représentant des usagers auprès de la communauté hospitalière. Ces préconisations seront diffusées auprès des acteurs en vue d'être appliquées.

Des avancées devront être constatées au bout d'un an sur les objectifs suivants :

- information de l'hôpital sur le rôle et la place des représentants des usagers et association de ceux-ci aux projets de l'hôpital dans une démarche participative et constructive
- point sur la démocratie sanitaire lors des comités de direction des groupes hospitaliers ainsi que par des rencontres (une à deux par an) entre les représentants

des usagers et la Direction des groupes hospitaliers, pour effectuer un état des lieux des modes de consultation des représentants des usagers dans le groupe hospitalier.

- accueil des représentants des usagers par la Direction
- mise en place d'un parcours d'intégration
- organisation de formations à destination des personnels sur le rôle et la place des représentants des usagers (publics cibles : cadres administratifs et paramédicaux de pôle, cadres des filières administratives, socio-éducatives et de santé)
- mise en place d'une information spécifique interne sur les CRUQPC et le rôle du représentant des usagers
- élaboration de publications portant sur le rôle des représentants des usagers à l'hôpital
- intégration d'un objectif de participation dans les contrats de pôle
- actions de formation et rencontres, devant permettre aux groupes hospitaliers de disposer de formateurs-relais sur le rôle et la place des représentants des usagers.
- engagements réciproques formalisés dans une convention tripartite (RU, associations et directions)
- formation des cadres sur les droits des patients et le rôle de la CRUQPC et des RU
- information spécifique des internes sur les droits des patients, le rôle de la CRUQPC et des RU

b. Modalités de suivi

Par une note du 20 Avril 2012, les préconisations du groupe du travail ont été adressées aux directeurs de GH en leur rappelant l'importance du suivi de ces préconisations retenues par le groupe de travail de la 3CU.

En outre, ces préconisations ont été présentées en comité des directeurs de groupes hospitaliers le 2 Mai 2012.

Les directeurs de GH ont été incités à porter une attention particulière à la valorisation du rôle des représentants des usagers dans les services.

De plus, il a été convenu de mettre en place une enquête auprès des directions qualité et des chargés de relations avec les usagers, afin de disposer d'un état des lieux précis du suivi des préconisations.

Cette enquête en ligne, adressée à chaque GH, vise à obtenir une photographie des pratiques en matière de fonctionnement et de mise en visibilité des CRUQPC dans les groupes hospitaliers et les différents sites.

Cet outil permet de prioriser les actions à mettre en place pour améliorer cette visibilité. Il permet en outre d'obtenir un comparatif dans le temps, en revenant vers la 3CU à échéance régulière pour faire le point sur l'application des préconisations du groupe.

c. Analyse des résultats de l'enquête 2012 :

Les résultats de l'enquête ont été présentés en réunion de la Commission Centrale de Concertation avec les Usagers le 11 Décembre 2012.

Il faut tout d'abord relever que 14 groupes hospitaliers sur 16 (12 groupes et 4 sites hors GH dont l'HAD) ont répondu à l'enquête, soit 34 sites sur les 38 de l'AP-HP ce qui est satisfaisant et permet de présenter les résultats sur une base significative.

Voici quelques résultats, issus de l'enquête menée en 2012 :

Résultats satisfaisants

- Ⓐ La rencontre entre les représentants des usagers et la direction du groupe hospitalier est réalisée pour 52.52% des GH
- Ⓐ Les représentants des usagers sont largement associés dans le cadre de projets du GH ou sur les sites (à 93,75%)
- Ⓐ On observe un important effort d'information dans divers supports et relais sur le droit des patients et le rôle des représentants des usagers (démarche réalisée à 87,50%)
- Ⓐ L'accueil des représentants des usagers, sous la forme d'une rencontre avec le directeur, a été réalisé par 15 GH

Résultats insatisfaisants

- Ⓐ La mise en place d'une convention tripartite encouragée par le groupe de travail a été réalisée par seulement 3 GH soit 18.75%
- Ⓐ L'intégration dans le contrat de pôle d'un objectif de participation des usagers n'a été mise en place par aucun GH, 11 GH l'ont seulement planifiée
- Ⓐ La formation de formateurs relais sur les droits des patients et le rôle des représentants des usagers est très peu développée puisque seulement 12.50 % des GH réalisent ce type de formation
- Ⓐ Un parcours d'intégration des représentants des usagers est mis en place par 25% des GH

En définitive, le groupe de travail, guidé par une synergie commune entre soignants, médecins, administratifs et représentants des usagers, a permis d'améliorer la visibilité des représentants des usagers et de la CRUQPC au sein de l'hôpital, notamment sur la question de leurs missions respectives. Toutefois, des efforts restent à fournir de la part de la communauté hospitalière.

III. Enquête de satisfaction et recueil de la parole des patients

1. Présentation

L'objectif du groupe de travail consistait à déterminer de nouveaux outils de recueil de la parole des patients en évitant une redondance avec les outils déjà existants en la matière.

L'enjeu majeur de ce travail est de rendre plus audible la parole des usagers car les professionnels doivent tirer profit des réclamations pour améliorer la qualité du service public.

Le recueil des réactions des patients par rapport à leur séjour ou à leur consultation à l'hôpital vise à améliorer la qualité de l'accueil et des soins.

2. Etat des lieux

Le groupe de travail a d'abord souligné des différences de problématiques selon que les patients soient hospitalisés en médecine chirurgie obstétrique (MCO), qu'ils viennent en consultation en hôpital de jour, qu'ils sont admis en soins de suite et de réadaptation (SSR) ou qu'ils soient admis en soins de longue durée (SLD).

Le groupe de travail a fait le recensement des outils de recueil de la parole des patients existants au sein de l'AP-HP. Les modalités d'écoute sont différentes dans le cadre du court séjour et du long séjour.

a. Dans le cadre du court séjour

Il existe trois canaux de recueil de la parole des usagers :

➤ **L'enquête annuelle Saphora (devenue I-SATIS)**

Il s'agit d'une enquête téléphonique qui est réalisée par un institut de sondage dans les quinze jours qui suivent la sortie du patient.

L'enquête Saphora présente plusieurs inconvénients car elle propose une « photographie » annuelle, qui ne permet pas une gestion des indicateurs au plus près des services. Elle ne permet pas une réactivité suffisante. Par ailleurs, le recueil du consentement écrit des patients pour leur contribution à l'enquête se matérialise par un formulaire plutôt long, puisqu'il comporte deux pages. Sa gestion n'est pas simple dans les hôpitaux.

➤ **Le questionnaire de sortie**

Un modèle de questionnaire de sortie, longtemps intégré au livret d'accueil, était en circulation à l'AP-HP depuis plusieurs années. A partir du constat d'un taux de retour très faible et d'une sous-exploitation des données par manque de personnel dédié à cette tâche, une nouvelle version a été élaborée sur la base des remarques et suggestions émises par la plupart des Directions et référents qualité des GH et des pôles. Parallèlement, le modèle proposé a été soumis à plusieurs reprises au groupe de représentants des usagers et des familles réuni régulièrement par le siège de l'AP-HP.

Il est en effet essentiel que ce nouveau modèle puisse concilier attentes des usagers, faisabilité pour les personnels et plus-value et réactivité en termes de traitement des données, au sein des services.

A la demande de l'ensemble de ces interlocuteurs, un choix a été fait de centrer le questionnaire sur les sujets significatifs sur lesquels il est possible d'agir « à chaud » au niveau du service. Il ne s'agit pas tant de mesurer la satisfaction de façon statistique que de pointer le ressenti des patients sur des indicateurs précis permettant d'évaluer des domaines d'amélioration possible, à partir de questions très concrètes.

Ce modèle a été mis en place dans plusieurs groupes hospitaliers mais n'a pas encore été déployé dans l'ensemble des sites.

➤ **Les enquêtes ponctuelles sur les consultations**

Ces enquêtes sont réalisées dans le cadre des consultations, à la demande des services ou des établissements. Celles-ci sont disponibles sur le site internet de l'AP-HP. Cependant, aucune démarche généralisée et régulière n'est mise en place.

b. Dans le cadre du long séjour

Le questionnaire classique est inadapté à la population des patients hospitalisés en long séjour.

Dans certains établissements, des entretiens sont réalisés en face à face, de façon plus ou moins régulière. Ces enquêtes sont réalisées à la demande des établissements. Elles mobilisent de nombreuses personnes, ce qui constitue un inconvénient pour le traitement des résultats.

Une fois cet ensemble de constats réalisés, le groupe de travail a développé un questionnaire de sortie en ligne en tenant compte de la spécificité de chaque type d'hospitalisation (court séjour, long séjour ou consultation).

3. L'enquête en ligne : élément concret d'appréciation du travail des professionnels

Le questionnaire de sortie traditionnel désormais s'accompagne d'un questionnaire de sortie en ligne issu du travail de coordination avec les représentants des usagers.

Ce questionnaire permet de recueillir la parole des patients, en laissant une large place à leur expression, pour permettre aux services d'opérer, au quotidien, une analyse de leur degré de satisfaction.

Les données recueillies devront être mises en perspective et analysées. Les informations recueillies pourront servir à l'élaboration au sein des CMEI de programmes relatifs à l'accueil et à la sécurité du patient, ou encore être diffusées au sein de la CRUQPC.

a. Modalités de l'enquête en ligne

Les patients ayant accepté de communiquer leurs coordonnées pourront recevoir un mail et donner leur avis sur leur hospitalisation ou leur consultation en se connectant sur un site sécurisé sur lequel ils pourront remplir un questionnaire en ligne. Ce questionnaire en ligne présente l'avantage d'être simplifié et permet au patient de répondre en deux minutes trente.

Ce nouvel outil permet un recueil plus régulier de la satisfaction des patients à tous les échelons (services, pôles et groupes hospitaliers), ainsi que la mise à disposition des tableaux de bord destinés à mesurer l'évolution de la satisfaction et la réalisation d'actions correctrices pour gérer la qualité du service.

Il est en effet important de sensibiliser les responsables à l'importance de la parole des patients afin d'arriver progressivement à une gestion de la qualité reposant sur des indicateurs de qualité « perçue » par le patient, et pas uniquement sur les indicateurs de performance habituels.

En outre, une telle démarche constituera également un moyen pour l'institution de se préparer à l'enquête annuelle I-SATIS (anciennement Saphora).

Elle représentera enfin une attention particulière portée aux consultations, qui n'ont jamais fait l'objet d'enquêtes systématiques de satisfaction des patients, leur mise en place étant jusqu'à présent limitée à des initiatives ponctuelles.

Un rapport annuel de synthèse sera présenté pour chacun des GH.

Cette enquête en ligne est mise en place dans le cadre du court séjour, des consultations.

Dans le cadre du long et moyen séjour (SSR-SLD) l'écoute des patients et des familles sera systématisé. Le principe de l'enquête en face à face avec les patients sera maintenu.

b. Traitement des questionnaires

La saisie ne sera plus effectuée au sein des hôpitaux mais confiée à un prestataire.

Le traitement des données sera automatisé. Des tableaux de bord trimestriels seront fournis aux services, aux pôles et aux GH. Les services pourront s'emparer de ces données pour mettre au point des plans d'action tout au long de l'année et se préparer plus efficacement à l'enquête SAPHORA.

Le seul travail au sein des services sera le recueil des mails des patients.

En parallèle, le questionnaire de sortie papier sera conservé, et déployé dans sa nouvelle formule, les deux types de questionnaires étant complémentaires.

4. Conclusion

Il existe aujourd'hui trois modes d'écoute des patients utilisés de manière complémentaire. Les questions posées sont fermées et s'inscrivent dans un objectif essentiellement statistique.

Le groupe de travail a proposé un nouveau questionnaire en ligne.

Ce nouveau dispositif se distingue des autres questionnaires en ce qu'il contient essentiellement des questions ouvertes et accorde de ce fait une grande place aux verbatims des patients. Ceux-ci auront toute possibilité d'exprimer des commentaires détaillés sur les conditions de leur hospitalisation. Le but est essentiellement qualitatif et à très court terme, dans l'objectif que les staffs prennent connaissance des résultats.

IV. Projet « blouse » pour le respect de la dignité du patient

1. Présentation

Le respect de la dignité fait pleinement partie des droits des usagers. Or, le modèle de blouse couramment utilisé à l'AP-HP ne permet pas de respecter l'intimité des patients.

La 3CU a souhaité mener une réflexion collective sur les blouses utilisées au sein de l'APHP au regard de la dignité des patients à partir d'octobre 2012, suite à un débat national sur le sujet.

La difficulté majeure de ces travaux était de concilier les attentes des patients avec les besoins des professionnels.

Au quotidien, trois modèles sont utilisés par les soignants : un modèle adulte, un modèle enfant et un modèle pour les personnes en surpoids.

Ces modèles étaient très souvent transparents et ouverts dans le dos, laissant apparaître l'intimité du patient au vu de tous.

2. Objectifs

Les objectifs à court terme ont permis de déterminer le modèle de blouse pour adulte.

Cette nouvelle blouse devra faciliter la réalisation des soins par les professionnels, que ce soient les examens cliniques réalisés par les médecins ou les gestes techniques opérés par les paramédicaux tout en respectant les normes relatives aux conditions d'hygiène.

C'est pourquoi cette réflexion a pris en compte la vision du patient et celle des professionnels de santé.

Dans ce cadre, un groupe de travail a donc été constitué dans l'optique de proposer une blouse respectant la dignité du patient, son confort et ne constituant pas un obstacle aux soins dispensés par les soignants.

3. Composition pluridisciplinaire et pluri professionnelle du groupe de travail

Ce groupe de travail pluridisciplinaire a permis de réunir :

- trois représentants des usagers et des familles
- plusieurs membres du Département des Droits du Patient et des Associations
- un bénévole d'accompagnement
- les représentants d'ACHA (gestion des marchés publics à l'AP-HP)
- les représentants du Service Central de Blanchisserie (SCB)
- des représentants de la communauté paramédicale
- un membre de la commission centrale des soins (et la direction des soins et des activités paramédicales)
- une représentante de la communauté médicale désignée par la CME
- une cadre ergothérapeute du travail de la DRH
- une cadre hygiéniste, représentant le CLIN central

Cette composition a permis de produire une réflexion de haute qualité intégrant tous les points de vue.

4. Caractéristiques préconisées pour la nouvelle blouse

Cette blouse répond à plusieurs impératifs :

Tout d'abord le choix s'est porté sur des boutons en métal plutôt qu'en plastique afin d'éviter qu'ils fondent dans la chaîne de production.

Les modèles se ferment au niveau du col, afin de pouvoir être mis sur les cintres spécifiques utilisés par le SCB.

Une encolure plus large, en goutte d'eau descend assez bas au niveau du cou pour pouvoir pratiquer l'examen du cœur par le col.

La blouse se croise sur le côté. Un pan de tissu se croise à l'arrière pour préserver la décence du patient lorsque la blouse est fermée par un seul bouton.

Concernant les tailles, une demande légitime a émergé, consistant à disposer d'un minimum de tailles différentes, pour correspondre aux gabarits très variés des patients. Cependant, différencier des tailles n'est pas totalement impossible mais cela constituait une contrainte supplémentaire ingérable au sein des services.

Cette blouse répond tant au respect de la dignité des patients qu'aux impératifs de la pratique médico-soignante. Les professionnels de santé avaient clairement exprimé qu'ils devaient pouvoir procéder à l'examen clinique de façon efficace et rapide, en accédant facilement à toutes les parties du corps sans faire mal au patient en le manipulant, sans être gênés par des boutons-pressions, notamment en métal pour l'imagerie.

La communauté paramédicale avait mis en évidence la nécessité de prendre en compte les différents dispositifs de soin, les plus courants étant les perfusions, les redons et les trachéotomies, avec le besoin d'un vêtement facile à mettre et à enlever.

Les boutons-pressions localisés sur le côté permettent d'enlever la blouse sans mobiliser les patients douloureux, mais aussi de couper le patient sans la fermer.

Le choix du modèle de blouse retenu a été précédé par plusieurs essais.

Des tests ont été notamment pratiqués à l'hôpital Avicenne sur la base d'une mobilisation de certains services de soins et à partir d'une grille d'évaluation réalisée par le service ACHA.

Au final, c'est une blouse à taille unique qui a été choisie, sachant qu'une réflexion spécifique a été lancée dans le cadre d'un sous-groupe à propos des blouses de très grande taille, qui existent déjà de façon expérimentale dans certains services de nutrition.

5. Déploiement

Un marché spécifique pourrait être prévu pour les services de l'AP-HP qui le nécessitent.

De plus, les circonstances d'utilisation des différentes blouses méritent réflexion car le port de vêtements personnels par le patient n'est pas toujours possible, soit pour des raisons de précarité ou lorsque la famille fait défaut pour apporter des vêtements.

Dans ces cas de figure, une éventuelle tenue de substitution pourrait être proposée par l'AP-HP.