

MISE EN ŒUVRE
de la PROMOTION DE LA SANTÉ
DANS LES HÔPITAUX

Manuel et formulaires d'autoévaluation

MISE EN ŒUVRE
de la PROMOTION DE LA SANTÉ
DANS LES HÔPITAUX



Manuel et formulaires d'autoévaluation



Version originale publiée sous la direction de :
Oliver Groene

Agent technique, Qualité des systèmes et des services de santé
Division des systèmes sanitaires des pays
Politiques, systèmes et services relatifs aux pays
Bureau de Barcelone



Pour toute demande de publication du Bureau régional OMS de l'Europe, veuillez remplir le formulaire de demande en ligne sur le site Internet de l'OMS/Europe à l'adresse : <http://www.euro.who.int/pubrequest>

© Organisation mondiale de la Santé (2006)

Tous droits réservés. L'Organisation mondiale de la santé accorde des licences standards adaptables qui permettent de traduire et publier les textes qu'elle produit sous certaines conditions. Publié par le Centre collaborateur de l'OMS pour la promotion de la santé fondée sur des données probantes dans les hôpitaux et les services de santé en 2006 sous le titre *WHO Standards and Self-Assessment Manual* © Organisation mondiale de la Santé (2006).

L'Organisation mondiale de la santé ne garantit pas que les informations contenues dans cette publication sont complètes et correctes et ne saurait être tenue responsable des dommages subis en raison de leur utilisation. Le Réseau des Etablissements de Santé pour la Prévention des Addictions (RESPADD) est seul responsable de la qualité et de la précision de cette traduction. En cas d'incohérences relevées entre les versions en langue française et anglaise, la version originelle en langue anglaise sera considérée comme authentique.

© Réseau des Etablissements de Santé pour la Prévention des Addictions (RESPADD), 2019

Le RESPADD a confié les prestations de traduction à la Société UBIQUS, 1 avenue du Général de Gaulle, 92074 La Défense cedex ; et le maquetage à Bernard Artal Graphisme, 11 rue des Récollets, 75010 Paris.

La version française est disponible en téléchargement sur le site du Réseau français Lieu de santé promoteur de santé : www.reseau-lsps.org

Pour plus d'information rendez-vous sur le site : www.reseau-lsps.org
www.hphnet.org

Remerciements

Le développement de ce document a bénéficié des apports de nombreuses personnes. Merci à tous ceux qui ont soutenu et guidé ce travail tant au sein des groupes de travail du Réseau international des hôpitaux promoteurs de santé qu'en tant que conseillers externes.

Nous remercions tout particulièrement les coordinateurs nationaux qui ont soutenu le test pilote de cet outil ainsi que les professionnels de santé des hôpitaux qui ont pris le temps d'évaluer la conformité aux normes et qui ont recueilli des données sur les indicateurs de promotion de la santé.

Enfin, nous tenons à citer le Dr Svend Juul Jorgensen pour sa vision de ce projet, le Dr Mila Garcia-Barbero pour son soutien continu et le Dr Kiki Lombarts pour son expertise sur le document final.

POLITIQUE DE CONFIDENTIALITÉ

Les informations recueillies dans ce formulaire contribuent au partage d'expérience entre les membres du réseau. Elles constituent une source d'information utile pour engager une réflexion collective sur l'utilisation, l'application et le développement des normes de promotion de la santé au sein des établissements français. Pour toute information complémentaire : contact@reseau-lsps.org





RÉSUMÉ

La promotion de la santé fait partie intégrante du processus de soins de santé et est liée aux problèmes cliniques, éducatifs, comportementaux et organisationnels. L'amélioration de la qualité doit englober les activités de promotion de la santé afin de s'assurer que des approches efficaces sont utilisées et continuellement contrôlées pour améliorer les résultats.

Étant donné que de nombreux outils de gestion de la qualité usuels n'abordent pas explicitement les activités de promotion de la santé, nous avons développé ce « Manuel sur la mise en œuvre de la promotion de la santé dans les hôpitaux ». Son objectif est de permettre aux responsables et aux professionnels de santé : d'évaluer les activités de promotion de la santé dans les hôpitaux ; d'accroître la capacité des organisations de soins à améliorer les activités de promotion de la santé ; de formuler des recommandations pour l'amélioration des activités de promotion de la santé dans les hôpitaux ; d'impliquer tous les professionnels et les patients dans l'amélioration de la qualité des soins ; d'améliorer la coordination des soins avec d'autres prestataires de santé ; d'améliorer l'hygiène et la sécurité du personnel.

Les hôpitaux, les agences de qualité et en particulier les membres du Réseau international des hôpitaux promoteurs de santé sont encouragés à utiliser cet outil et à évaluer et améliorer la qualité des activités de promotion de la santé dans les soins médicaux.

Mots-clés

HÔPITAUX

PROMOTION DE LA SANTÉ - Normes

INDICATEURS QUALITÉ

SOINS DE SANTÉ

PROGRAMMES D'AUTOÉVALUATION

EUROPE



TABLE DES MATIÈRES

	PAGES
LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX	5
Introduction	6
Questions fréquentes	8
1 Contexte et enjeux méthodologiques	10
1.1. Le rôle des hôpitaux dans la promotion de la santé	10
1.2. Conceptualisation de la promotion de la santé	11
1.3. Évaluation qualité interne et externe	12
1.4. Normes de promotion de la santé	13
1.5. Indicateurs de promotion de la santé	17
1.6. Utilisation complémentaire des normes et indicateurs	20
2 Mise en œuvre du projet	21
2.1. Clarification des responsabilités	21
2.2. Collecte de données	22
2.3. Interprétation des résultats	23
2.4. Élaborer un plan d'amélioration de la qualité	23
3 Formulaires d'autoévaluation	25
NORME 1 Politique de gestion	28
NORME 2 Évaluation du patient	33
NORME 3 Information et intervention auprès des patients	37
NORME 4 Promotion de milieux de travail sains	41
NORME 5 Continuité et coopération	46
4 Fiches descriptives des indicateurs	52
Glossaire	71



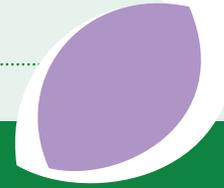
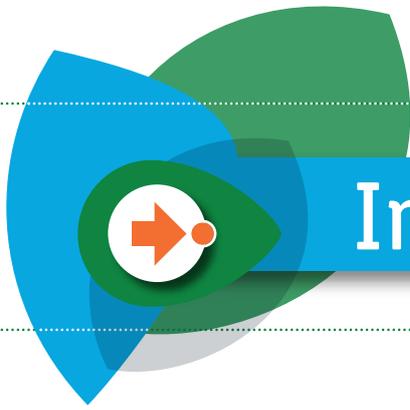
**PAGES****LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX**

Figure 1	Stratégies de promotion de la santé	11
Figure 2	Point de vue clinique, patient et prise en charge	14
Figure 3	Structure à trois niveaux des normes de promotion de la santé dans les hôpitaux	16
Tableau 1	Aperçu des indicateurs de promotion de la santé	19
Tableau 2	Fiche descriptive de sensibilisation du personnel à la politique	53
Tableau 3	Fiche descriptive de sensibilisation des patients (et des proches)	54
Tableau 4	Fiche descriptive du pourcentage du budget de promotion de la santé	55
Tableau 5	Fiche descriptive pour les patients évalués pour des facteurs de risque génériques	56
Tableau 6	Fiche descriptive pour les patients évalués pour des facteurs de risque spécifiques	57
Tableau 7	Fiche descriptive de la satisfaction du patient	58
Tableau 8	Fiche descriptive pour la formation des patients à l'autogestion	59
Tableau 9	Fiche descriptive pour l'éducation des facteurs de risque des patients	60
Tableau 10	Fiche descriptive du résultat d'information/intervention concernant les patients	61
Tableau 11	Fiche descriptive du tabagisme chez le personnel	62
Tableau 12	Fiche descriptive de l'arrêt du tabagisme	63
Tableau 13	Fiche descriptive de l'expérience du personnel	64
Tableau 14	Fiche descriptive de l'absentéisme de courte durée	65
Tableau 15	Fiche descriptive des blessures professionnelles	66
Tableau 16	Fiche descriptive pour l'échelle de l'épuisement professionnel	67
Tableau 17	Fiche descriptive des résumés de décharge	68
Tableau 18	Fiche descriptive des taux de réadmission	69
Tableau 19	Feuille descriptive pour préparation à la sortie	70





Introduction

Le rôle de la promotion de la santé dans les hôpitaux change. Il ne se limite plus à fournir au patient des informations supplémentaires sur le mode de vie une fois les procédures cliniques terminées. La promotion de la santé fait partie intégrante du processus de soins de santé et est liée à des problèmes cliniques, éducatifs, comportementaux et organisationnels ⁽¹⁾. Afin d'améliorer la qualité des soins pour les patients atteints de maladies chroniques et de longue durée, les activités de promotion de la santé dans les hôpitaux doivent être mieux intégrées dans le cadre plus large des systèmes de santé. La portée étendue des activités de promotion de la santé soulève des questions concernant l'évaluation de la qualité de ces activités et leur amélioration.

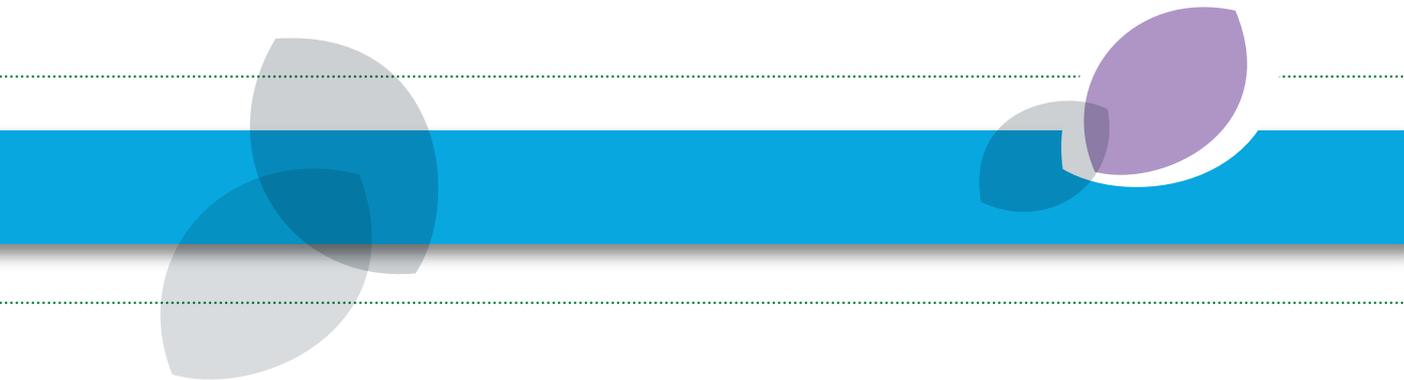
Parmi les outils phares pour améliorer la qualité des soins de santé, tels que les lignes directrices, les normes et les indicateurs de performance approuvés professionnellement, l'accent est peu mis sur les questions de promotion de la santé. Nous avons donc développé un outil d'autoévaluation de la promotion de la santé dans les hôpitaux qui aborde les questions suivantes : la politique de gestion des hôpitaux ; l'estimation des facteurs de risque et des besoins de santé des patients ; l'information et les interventions en matière de promotion de la santé des patients ; la promotion de milieux de travail sains ; la continuité et la coopération de l'hôpital avec d'autres prestataires médicaux, sociaux et informels ⁽²⁾.

Ce document fournit un outil autonome pour évaluer, suivre et améliorer les activités de promotion de la santé dans les hôpitaux. Il repose sur deux approches complémentaires de l'évaluation de la qualité : **les normes**, exprimant des déclarations professionnellement approuvées sur les structures ou processus de soins de santé qui devraient être en place et **les indicateurs**, abordant les processus et les résultats des soins de santé et fournissant un outil quantitatif pour évaluer les variations des performances dans le temps ou entre les institutions. En détail, ce document devrait faciliter : l'évaluation des activités de promotion de la santé dans les hôpitaux ; le développement de la capacité des organisations de soins à améliorer les activités de promotion de la santé ; la formulation de recommandations pour l'amélioration des activités de promotion de la santé dans les hôpitaux ; l'implication de tous les professionnels et des patients dans l'amélioration des activités de promotion de la santé ; l'amélioration de la coordination des soins avec d'autres prestataires de soins ; l'amélioration de la santé et de la sécurité du personnel et des patients ; l'aide à la modernisation et à l'évolution des pratiques de soins de santé et de prestation de services pour les rendre plus efficaces et efficientes.

(1) Groene O, Garcia-Barbero M. eds. Health promotion in hospitals. Evidence and quality management. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2005 (<http://www.euro.who.int/document/E86220.pdf> – accessed 08 May 2006).

(2) Standards for Health Promotion in Hospitals. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2003 (<http://www.euro.who.int/document/e82490.pdf> – accessed 08 May 2006).





La section suivante fournit un ensemble de questions et de réponses fréquemment posées concernant la conception et l'utilisation de cet outil. La section 1 décrit le contexte et la méthodologie appliqués au développement de cet outil (section 1). Le document aborde également les questions pratiques de mise en œuvre du projet : comment procéder à l'autoévaluation, comment identifier les sources de données, interpréter les résultats et les traduire en un plan d'amélioration de la qualité (section 2). Pour soutenir la collecte des données, les sections 3 et 4 comprennent un ensemble de formulaires d'évaluation qui peuvent être utilisés pour évaluer la conformité aux normes (section 3) et des fiches descriptives des indicateurs de promotion de la santé (section 4). La dernière section comprend un glossaire des termes sur les questions de qualité et de promotion de la santé.

La promotion de la santé couvre conceptuellement un large éventail d'activités, d'interventions, de méthodes et d'approches, dont certaines étaient trop vastes pour la portée de ce document. Il a été décidé de ne traiter dans cet outil d'autoévaluation que les questions les plus facilement reconnues par les professionnels travaillant avec les patients et pour lesquelles les études et les indices les plus solides sont disponibles. Par conséquent, certaines activités de promotion de la santé qui ont été incluses dans les précédents documents d'orientation du réseau des hôpitaux promoteurs de santé ne sont pas ici pleinement prises en compte^(3,4). Un cadre global pour guider la mise en œuvre stratégique de la promotion de la santé dans les hôpitaux et guider le développement ultérieur des normes de promotion de la santé est résumé dans les dix-huit stratégies fondamentales de promotion de la santé dans les hôpitaux⁽⁵⁾. Certaines des normes (comme l'évaluation ou l'information et l'intervention auprès des patients) sont directement liées aux problèmes de sécurité des patients⁽⁶⁾ ; toutefois, ce document fournit des outils supplémentaires pour une approche plus large visant à responsabiliser les patients et le personnel et à compléter les activités existantes de qualité et de sécurité.

Ce document a été élaboré pour tous les hôpitaux et agences de qualité désireux d'améliorer la promotion de la santé. Les organisations travaillant dans le domaine de l'amélioration de la qualité sont encouragées à revoir et à intégrer les normes et indicateurs de promotion de la santé dans leurs systèmes existants.

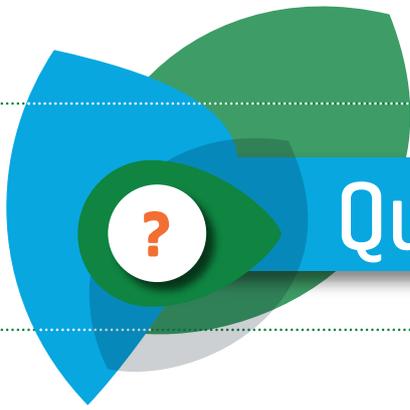
(3) Ottawa Charter for Health Promotion. Geneva, World Health Organization, 1986. (http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf – accessed 08 May 2006).

(4) The Vienna Recommendations on Health Promoting Hospitals. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1997 (http://www.euro.who.int/healthpromohosp/publications/20020227_I – accessed 08 May 2006).

(5) Pelikan J, Dietscher C, Krajic K, Nowak P. Eighteen core strategies for Health Promoting Hospitals. In: Groene O, Garcia-Barbero M, eds: Health promotion in hospitals. Evidence and quality management. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2005: 48-67. (<http://www.euro.who.int/document/E86220.pdf> – accessed 08 May 2006).

(6) Forward Programme 2005. World Alliance for Patient Safety. Geneva, World Health Organization, 2004. (http://www.who.int/patientsafety/en/brochure_final.pdf – accessed 08 May 2006).





Questions fréquentes

Q1 | Est-il obligatoire pour les membres du réseau des hôpitaux promoteurs de santé (HPH) de l'OMS de s'autoévaluer ?

Non – à ce stade, l'autoévaluation est une évaluation volontaire. L'outil est un service aux hôpitaux membres pour faciliter l'identification des axes d'amélioration.

Q2 | En quoi mon hôpital bénéficie-t-il de cette autoévaluation ?

Les hôpitaux peuvent effectuer une autoévaluation afin d'améliorer les soins aux patients, la qualité de vie des patients et la santé du personnel. L'outil d'autoévaluation permet d'identifier les écarts de qualité dans les services de promotion de la santé et aide à l'élaboration d'un plan d'action.

Q3 | Comment cela s'intègre-t-il aux autres initiatives qualité ?

Le processus d'établissement des normes fait partie intégrante de l'amélioration continue de la qualité. Les normes de promotion de la santé développées dans ce manuel visent à compléter les normes de qualité existantes dont l'objet principal n'est pas la promotion de la santé. Des indicateurs complémentaires ont été ajoutés pour permettre une évaluation quantitative des performances dans le temps. Il est fortement recommandé de lier l'autoévaluation des normes de promotion de la santé aux stratégies de qualité déjà utilisées à l'hôpital.

Q4 | Comment cela contribue-t-il à la sécurité des patients ?

L'information, l'éducation et la communication en matière de soins de santé sont des éléments essentiels pour garantir la sécurité des patients. Cela vaut aussi bien pour le personnel que pour les patients, en les rendant plus conscients, plus motivés et plus réactifs. Par exemple, les patients informés peuvent jouer un rôle important dans l'identification des risques et l'élaboration de solutions pendant leur hospitalisation et après la sortie. Un personnel informé contribuera au développement et au maintien d'un lieu de travail sain et sûr.

Q5 | Qu'est-ce qu'une norme ?

Dans ce document, les normes décrivent le niveau de réalisation requis. Ce document définit cinq normes, chacune répondant à une dimension de promotion de la santé. Chaque norme est divisée en sous-normes, qui sont ensuite divisées en plusieurs éléments mesurables.

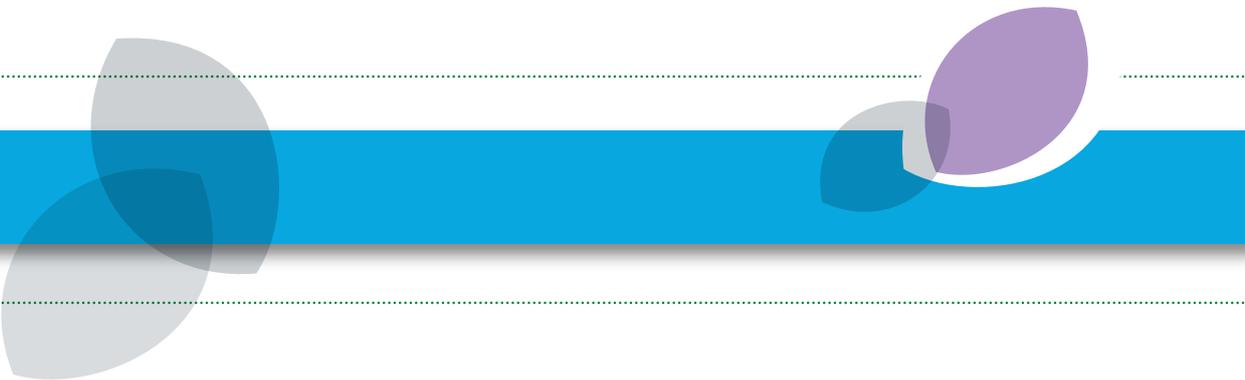
Q6 | Comment mesurer la conformité aux normes ?

La conformité aux normes est mesurée comme une somme d'éléments mesurables et de sous-normes. Les éléments mesurables doivent être évalués comme étant entièrement, partiellement ou non remplis.

Q7 | Comment interpréter la conformité aux normes ?

La conformité aux normes identifie les domaines de bonnes pratiques de promotion de la santé que vous pourriez souhaiter utiliser comme exemple ailleurs dans votre hôpital. La non-conformité vous indique les points à améliorer.





Q8 | **Quels sont les indicateurs ?**

Alors que les normes abordent un niveau exigé de réalisation, évalué comme étant partiellement instauré, entièrement instauré ou à instaurer, pour les besoins de ce document, nous entendons par indicateurs des outils quantitatifs traitant des domaines de qualité du processus et des résultats. Ils sont généralement décrits en termes de numérateur et de dénominateur.

Q9 | **Quel est le lien entre normes et indicateurs ?**

Les indicateurs listés dans ce document ne sont pas utilisés pour évaluer la conformité aux cinq normes. Ils abordent plutôt des questions complémentaires qui devraient être prises en considération dans le suivi, l'évaluation et l'amélioration du domaine de la promotion de la santé évalué. Les indicateurs sont des expressions numériques utilisées pour signaler ou sélectionner les zones à améliorer.

Q10 | **Comment mesurer les indicateurs ?**

Les indicateurs doivent être mesurés de manière répétée dans le temps afin de refléter une amélioration continue de la qualité. Le manuel précise pour chaque indicateur sa logique, la description du numérateur et dénominateur, la source de données et la stratification.

Q11 | **Comment construire un plan d'action ?**

Le plan d'action doit être élaboré sur la base de l'évaluation des normes, des indicateurs et des commentaires et observations ajoutés au cours du processus d'auto-évaluation. Le plan d'action doit également traiter les principales lacunes identifiées au cours de l'évaluation et refléter les priorités organisationnelles.

Q12 | **Qu'advient-il de notre plan d'action ?**

Afin d'assurer la mise en œuvre et le suivi du plan d'action, celui-ci doit être présenté à la direction générale et intégré au système de gestion de la qualité de l'hôpital.

Q13 | **L'outil sera-t-il utilisé pour l'étalonnage avec d'autres hôpitaux ?**

À ce stade, l'outil est prévu uniquement pour l'autoévaluation. L'OMS et les coordinateurs de réseau HPH envisagent l'utilisation de l'outil à des fins d'étalonnage à l'avenir.

Q14 | **Recevrons-nous un certificat ?**

Non, l'OMS ne délivrera pas de certificat. Il n'y aura pas de « réussite » ou d'« échec » à l'autoévaluation, à l'amélioration continue de la qualité et à l'élaboration de plans d'action. Chaque hôpital est différent et élaborera donc un ensemble différent de plans d'action sur mesure. Cependant, le Réseau international des hôpitaux promoteurs de santé pourra décider à l'avenir de développer un système de reconnaissance du niveau de réalisation conforme aux normes et indicateurs présentés dans ce document.



1 | Contexte et enjeux méthodologiques

1.1 Le rôle des hôpitaux dans la promotion de la santé

Au début des années 1990, l'OMS a lancé une initiative internationale pour aider les hôpitaux à s'engager dans la promotion de la santé. Les hôpitaux qui rejoignent le Réseau international des hôpitaux promoteurs de santé ont pour objectif de fournir des services médicaux et infirmiers complets de haute qualité en introduisant des activités de promotion de la santé pour les patients, le personnel et la communauté dans leur identité d'entreprise et leur pratique courante⁽⁷⁾.

Il existe un vaste champ d'application et une motivation de santé publique pour fournir des stratégies de promotion de la santé dans les environnements de soins médicaux⁽⁸⁾. Les hôpitaux consomment entre 40 % et 70 % du budget national des soins médicaux et emploient généralement de 1 % à 3 % environ de la population active⁽⁹⁾. Les hôpitaux en tant que lieux de travail se caractérisent par un ensemble de facteurs de risques physiques, chimiques, biologiques et psychosociaux. Pourtant paradoxalement, l'hôpital – organisme visant à rétablir la santé – reste un lieu où la reconnaissance des facteurs de risque pour la santé du personnel reste mal évaluée, en dépit des preuves solides dont on dispose des sur les relations entre la santé du personnel, la productivité et la qualité des soins aux patients⁽¹⁰⁾.

En outre, les hôpitaux peuvent avoir un impact durable sur le comportement des patients et de leurs proches plus réceptifs aux conseils médicaux lorsqu'ils sont confrontés à la maladie⁽¹¹⁾. Compte tenu de la prévalence croissante des maladies chroniques en Europe et dans le monde et de la faible adhérence au traitement, l'éducation thérapeutique devient un enjeu majeur⁽¹²⁾. De nombreux traitements hospitaliers ne guérissent pas, mais visent plutôt à améliorer la qualité de vie des patients. Pour maintenir cette qualité de vie, les patients et les parents doivent être éduqués et mieux préparés à la sortie. Bien que la responsabilité principale de l'hôpital pour les soins aux patients se termine avec la procédure de sortie, il est important de souligner que, du point de vue du système de santé, un nombre élevé de réadmissions ou de complications pourraient être évitées, si les patients étaient mieux préparés et que les prestataires de soins médicaux et sociaux de suivi étaient dès le départ impliqués.

Les hôpitaux consomment un large éventail de biens et produisent de grandes quantités de déchets et de substances dangereuses. L'introduction de stratégies de promotion de la santé peut contribuer à réduire la pollution de l'environnement et soutenir l'achat de produits sains et locaux.

Enfin, en tant qu'institutions de recherche et d'enseignement, les hôpitaux produisent, accumulent et diffusent un vaste ensemble de connaissances. Ils peuvent donc avoir un impact sur les structures sanitaires locales et influencer les pratiques professionnelles.

(7) Health Promotion Glossary. Geneva, World Health Organization, 1998 (<http://www.who.int/hpr/nph/docs> – accessed 08 May 2006).

(8) Tonnesen H, Fugleholm AM, Jorgensen SJ. Evidence for health promotion in Hospitals. In: Groene O, Garcia-Barbero M, eds. Health promotion in hospitals. Evidence and quality management. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2005: 22-47 (<http://www.euro.who.int/document/E86220.pdf> – accessed 08 May 2006).

(9) Mckeel M, Healy J, eds. Hospitals in a changing Europe. Oxford, Open University Press, 2001.

(10) Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski J, Silber JH. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. JAMA. 2002 Oct 23-30;288(16): 1987-93.

(11) Ogden J. Health Psychology: A Textbook. Oxford, Open University Press, 1996.

(12) Sabate E. Adherence to Long-Term Therapies. Geneva, World Health Organization, 2003. (<http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241545992.pdf> – accessed 08 May 2006.)



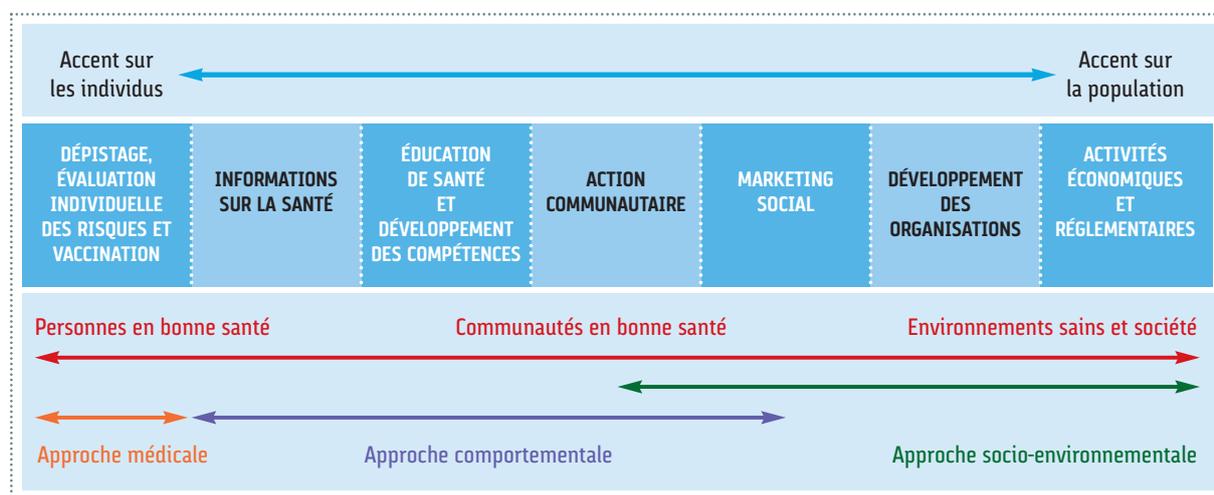
1.2

Conceptualisation de la promotion de la santé

La notion de promotion de la santé n'est pas toujours clairement distinguée de celle de prévention, d'éducation pour la santé ou d'« empowerment »⁽¹³⁾. Le périmètre de la prévention des maladies a été défini dans le glossaire de la promotion de la santé comme suit : « ensemble des mesures qui visent non seulement à empêcher l'apparition de la maladie, telle que la lutte contre les facteurs de risque, mais également à en arrêter les progrès et à en réduire les conséquences ». La même source définit le champ d'application de l'éducation pour la santé comme comprenant « la création délibérée de possibilités d'apprendre grâce à une forme de communication visant à améliorer la littéracie en santé. Ce qui comprend l'amélioration des connaissances et la transmission d'aptitudes utiles dans la vie, qui favorisent la santé des individus et des communautés ». L'empowerment et la promotion de la santé font référence au concept plus large énoncé dans la Charte d'Ottawa de l'OMS comme « le processus permettant aux individus d'améliorer la maîtrise de leur propre santé »⁽¹⁴⁾.

Dans la pratique, ces termes sont fréquemment utilisés de manière complémentaire ou interchangeable et les mesures pour leur mise en œuvre peuvent également se chevaucher. Cependant, il existe des différences conceptuelles majeures concernant l'orientation et l'impact des actions de promotion de la santé (Figure 1).

Figure 1 Stratégies de promotion de la santé⁽¹⁵⁾



Alors que l'approche médicale est axée sur les facteurs de risque physiologique (par exemple, hypertension artérielle, statut vaccinal), l'approche comportementale vise les facteurs liés au mode de vie (par exemple, tabagisme, inactivité physique), et l'approche socio-environnementale les conditions générales (comme le chômage, la faible éducation ou la pauvreté). La promotion de la santé inclut donc des approches médicales visant à soigner les individus, mais va bien au-delà. Bien que nous reconnaissons les différentes écoles théoriques derrière l'utilisation de ces termes, ce manuel ne fait référence qu'aux activités de promotion de la santé, couvrant aussi bien des actions concrètes telles que l'évaluation des patients et la transmission d'informations spécifiques pour aider à la reconnaissance des symptômes de la maladie, que des interventions complexes comme aider le patient à jouer un rôle actif dans sa prise en charge. Sont exclues de ce manuel les activités telles que le dépistage et la vaccination pour lesquelles d'autres critères de qualité existent.

Nous savons que les normes présentées ici ne couvrent pas l'ensemble du spectre des activités liées au Réseau international des hôpitaux promoteurs de santé de l'OMS. Des normes traitant de l'amélioration de la santé communautaire et des questions environnementales dans les hôpitaux pourront être dévelop-

(13) Pour des définitions complètes et des références supplémentaires, veuillez consulter le Glossaire page 71.

(14) Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. Genève, Organisation mondiale de la santé, 1986.

(15) Bensber M. What are health promoting emergency departments? Melbourne, Department of Human Services, Victoria State Government, 2000.



pées ultérieurement. Par ailleurs, les normes contenues dans ce document ne visent pas à couvrir tout le spectre de la qualité des soins de santé. La qualité des soins, définie comme étant « le degré auquel les services de santé pour les individus et les populations augmentent la probabilité des résultats de santé souhaités en cohérence avec les connaissances professionnelles actuelles »⁽¹⁶⁾, peut être divisée en différentes dimensions, telles que les soins cliniques, l'orientation du patient, l'orientation du personnel, la gouvernance réactive ou l'efficacité. Les normes et indicateurs décrits dans ce document ne traitent de la qualité des soins de santé que dans sa dimension de promotion de la santé. Une perspective multidimensionnelle de l'évaluation de la qualité est proposée dans l'outil d'évaluation des performances pour l'amélioration de la qualité dans les hôpitaux, PATH⁽¹⁷⁾.

1.3 Évaluation qualité interne et externe

Les approches d'évaluation de la qualité peuvent être regroupées de manière générale en évaluation interne et externe. L'évaluation interne fait référence à une évaluation basée sur un jugement ou une autoévaluation institutionnelle basée sur des normes. L'évaluation externe désigne l'inspection par des experts ou l'accréditation⁽¹⁸⁾. Les normes et indicateurs de performance peuvent être utilisés à la fois pour l'évaluation interne et le suivi continu dans le temps ou pour l'évaluation externe et l'analyse comparative des performances (par exemple l'étalonnage). L'autoévaluation et l'accréditation sont les formes les plus courantes d'évaluation interne et externe.

L'autoévaluation est un processus utilisé par les organismes de santé pour évaluer précisément leur niveau de performance par rapport aux normes établies et pour mettre en œuvre des actions d'amélioration continue. L'autoévaluation peut couvrir toutes les activités de l'hôpital ou se concentrer sur des questions spécifiques, comme la promotion de la santé. Il permet d'identifier les domaines de bonnes pratiques et les domaines à améliorer. Le personnel hospitalier peut alors prioriser et planifier les actions nécessaires ou reproduire les bonnes pratiques dans d'autres services de l'hôpital.

L'accréditation est fréquemment basée sur une autoévaluation, mais elle est suivie d'un processus externe d'évaluation par les pairs. L'évaluation externe aboutit généralement à une évaluation globale de la qualité de l'hôpital, à l'identification des axes d'amélioration prioritaires et, lorsque le niveau de performance requis est atteint, à une déclaration formelle d'accréditation de l'hôpital. Dans de nombreux pays, l'accréditation implique d'importantes questions juridiques, financières et marketing.

Les preuves montrent que l'autoévaluation contribue aux objectifs de l'assurance qualité à bien des égards. Il s'agit d'une méthode à faible coût qui entraîne des changements dans les comportements individuels afin d'améliorer la conformité aux normes, de clarifier les points à améliorer, de responsabiliser les participants et d'améliorer la communication entre les superviseurs et les subordonnés.⁽¹⁹⁾

Une question essentielle concernant l'autoévaluation est de savoir si les autoévaluateurs se jugent eux-mêmes avec précision. Les procédures d'autoévaluation ont montré que les hôpitaux performants sont généralement plus critiques que les hôpitaux moins performants. Les hôpitaux qui adoptent une culture d'amélioration continue de la qualité sont plus sensibles à leurs axes d'amélioration possibles que les établissements qui n'intègrent pas cette culture⁽²⁰⁾. À titre d'exemple, une étude sur l'autoévaluation a montré que dans le contexte des erreurs médicamenteuses et de la qualité du travail d'équipe, les équipes performantes ont enregistré plus d'erreurs que les équipes moins efficaces. Pour aller plus loin, des entretiens avec les chefs d'équipe ont montré que les équipes les moins performantes étaient menées par des chefs autoritaires et qu'elles reportaient donc moins d'erreurs. Les processus d'autoévaluation sont donc soumis à une série de biais qui doivent être pris en compte dans l'interprétation des résultats.

(16) Glossary. European Observatory on Health Systems and Policies, (<http://www.euro.who.int/observatory/glossary/toppage> – accessed 08 May 2006).

(17) Measuring hospital performance to improve the quality of care in Europe: a need for clarifying the concepts and defining the main dimensions. Report on a WHO Workshop, WHO Regional Office for Europe (<http://www.euro.who.int/document/e78873.pdf> – accessed 09 May 2006).

(18) Shaw CD. External quality mechanisms for health care: summary of the EXPERT project. *International journal for quality in health care*, 2000, 3: 169-175.

(19) Bose S, Oliveras E, Edson WN. How can self-assessment improve the quality of healthcare? *Operations Research Issue Paper 2(4)*. Publié pour l' U.S. Agency for International Development (USAID) par le Quality Assurance Project (QAP), Bethesda, MD et JHPIEGO Corporation, Baltimore, MD. 2001.

(20) Edmondson AC. Learning from mistakes is easier said than done: group and organizational influences on the detection and correction of human error. *Journal of Applied Behavioural Sciences*, 1996. 32: 5-28.



Deux enseignements peuvent être tirés du processus d'autoévaluation : l'amélioration de la qualité nécessite des données sur la performance et une culture d'amélioration. Sans données de performance, mesurées par des normes ou des indicateurs, aucune direction claire ne peut être recommandée pour l'amélioration de la qualité. Et, sans culture de la participation et du soutien, même si des données sur la qualité des soins sont disponibles, les propositions d'amélioration de la qualité ne peuvent être mises en œuvre. Malheureusement, beaucoup de données sont souvent recueillies sans utilité précise ou sans être utilisées pour améliorer la qualité. La collecte de données monopolise alors du temps et des ressources entraînant un impact négatif sur la qualité des soins.

La stratégie d'autoévaluation est une stratégie d'encouragement et d'éducation, qui aide les organisations de soins de santé à développer leurs processus d'amélioration continue de la qualité. L'OMS n'a pas l'intention d'utiliser les normes et les indicateurs pour évaluer, agréer ou classer formellement les hôpitaux membres du Réseau des hôpitaux promoteurs de santé. L'objectif principal du développement des normes est de fournir un outil qui puisse aider les hôpitaux à évaluer et à améliorer les activités de promotion de la santé. Cependant, les hôpitaux, notamment ceux du Réseau des hôpitaux promoteurs de santé, sont fortement encouragés à utiliser l'outil d'autoévaluation. Les normes étant considérées comme relevant du domaine public, nous encourageons également toutes les agences de qualité et les organismes d'accréditation à inclure les normes de promotion de la santé dans leurs référentiels existants.

1.4 Normes de promotion de la santé

Dans de nombreux pays, les agences de qualité ont développé des normes pour évaluer la qualité des soins hospitaliers. Les agences importantes sont présentes par exemple : en Australie, The Australian Council on Healthcare Standards (ACHS) ; au Canada, le Conseil canadien d'agrément des services de santé (CCASS) ; en France, la Haute autorité de santé (HAS) ; au Royaume-Uni, les Health Quality Services (HQS) ; et aux États-Unis d'Amérique, la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) ⁽²¹⁾. En outre, des normes internationales ont été développées par exemple par l'Organisation internationale de normalisation et la branche internationale de la JCAHO, la Joint Commission International (JCI). Alors que la plupart de ces agences travaillent à l'élaboration de nouvelles normes, d'autres organisations de qualité, comme la Fondation européenne pour l'évaluation de la qualité, s'appuie sur la recherche d'excellence ⁽²²⁾.

Une révision des normes élaborées par les grandes agences d'accréditation a montré qu'il existait peu de références aux activités de promotion de la santé ⁽²³⁾.

Les normes de promotion de la santé de l'OMS ont donc été développées en complément des normes d'accréditation existantes, conformément à la philosophie générale d'amélioration continue de la qualité dans les organisations.

En général :

- bien que les normes soient largement utilisées dans les unités médicales centrales (ex. laboratoires, radiologie, endoscopie, ambulance, blocs opératoires), elles ne sont pas universellement acceptées par les professionnels de santé ;
- les modèles d'excellence sont généralement fondés sur des normes organisationnelles mais lorsqu'ils sont appliqués aux soins de santé, ils manquent souvent de normes sur les processus de soins aux patients. Les normes de promotion de la santé de l'OMS pourraient être considérées comme un complément nécessaire ;
- des normes d'accréditation ont été appliquées aux hôpitaux dans de nombreux pays. Ces normes portent en partie sur certaines composantes de l'éducation des patients, bien qu'elles ne soient pas axées sur la santé du personnel. Les normes de l'OMS peuvent compléter cette approche en vue d'une orientation plus forte sur le rôle du patient dans la gestion des soins chroniques et de l'amélioration de la santé du personnel.

(21) Quality and accreditation in health care services. A global review. ISQuA and WHO. Geneva, World Health Organization, 2003. (EIO/OSD/2003) (http://whqlibdoc.who.int/hq/2003/WHO_EIP_OSD_2003.1.pdf – accessed 08 May 2006).

(22) Möller J. The EFQM excellence model. German experiences with the EFQM approach in health care. *International Journal for Quality in Health Care*, 2001, 13 (1): 45-49.

(23) Developing standards for Health Promotion in Hospitals. Background paper for the 1st Workshop on Standards for Health Promotion in Hospitals. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2002 (5038045/5).

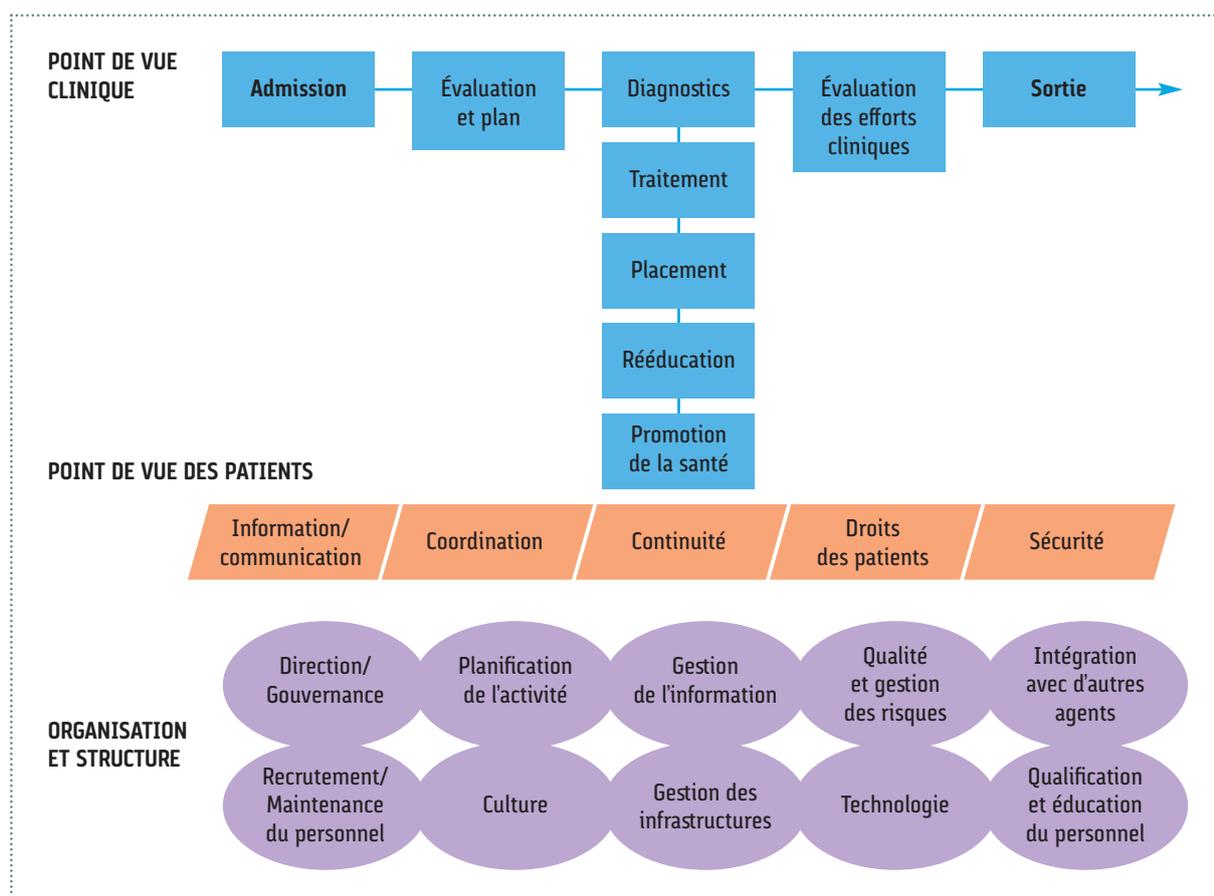


• Contenu des normes

Ces normes prennent en considération le potentiel de santé des individus. Elles soulignent l'importance de rendre les individus acteurs de leur santé en s'appuyant sur différents leviers comme l'information, la motivation, le conseil, la formation ou d'autres activités leur permettant de réaliser leur potentiel de santé. Étant donné que l'information, l'éducation et les conseils ne débouchent sur un changement de comportement durable que s'ils sont soutenus par les normes, règles et cultures en vigueur, les interventions de promotion de la santé dans les organisations doivent répondre à l'ensemble de ces facteurs implicites. Les normes présentées ici concernent non seulement les soins aux patients, mais aussi la santé du personnel, les liens de l'hôpital avec la communauté et le développement organisationnel. Le contenu des normes a été défini en cohérence avec la philosophie du Réseau international HPH, sur la base d'études pour les activités de promotion de la santé dans les hôpitaux et des études réalisées sur la mise en œuvre de la gestion de la qualité dans les organisations. Les normes s'appliquent à tous les secteurs de l'organisation de soins de santé directement ou indirectement impliqués dans les soins aux patients, par exemple les hôpitaux publics et privés, et les unités de réhabilitation, et peuvent également être appliquées aux hôpitaux psychiatriques ou pédiatriques.

Les normes représentent des objectifs de qualité de l'organisation hospitalière liés à trois grandes perspectives : la perspective clinique, la perspective des patients et la perspective d'organisation/gestion (Figure 2).

Figure 2 Point de vue clinique, patient et prise en charge



• Processus de développement

Dans la lignée des recommandations émises par un groupe de travail du Réseau danois des hôpitaux promoteurs de santé, l'OMS a créé un groupe de travail d'experts pour développer les normes de promotion de la santé. Les cinq normes décrivent les principes et actions qui devraient faire partie des soins dans chaque hôpital ⁽²⁴⁾. Elles ont été élaborées conformément aux exigences internationales du programme ALPHA, qui comprennent l'analyse documentaire critique, la proposition de normes, l'examen des normes, l'élaboration de normes préliminaires, les essais pilotes, l'élaboration de normes « définitives », la mise en œuvre, la révision et l'ajustement continus aux changements dans les études et l'application des soins de santé ⁽²⁵⁾.

Une revue de la littérature a montré que les normes existantes ne traitent la question de la promotion de la santé dans les hôpitaux que de façon marginale. Après s'être mis d'accord sur les cinq dimensions des normes à respecter, un ensemble de sous-normes a été développé pour rendre opérationnel le contenu normatif des normes. Les sous-normes sont basées sur les meilleures études pour les actions de promotion de la santé. Les éléments mesurables ont été dérivés pour améliorer la validité et la fiabilité de la procédure d'évaluation. Elles doivent être documentées sur la base d'études spécifiques pour l'évaluation (par ex., si la sous-norme des « responsabilités identifiées pour l'évaluation et la mise en œuvre de la promotion de la santé » est évaluée comme positive, cela doit être documenté dans un rapport précisant ces responsabilités). L'objectif consiste à réduire les biais possibles pouvant être introduits dans la procédure d'évaluation.

Les éléments mesurables sont évalués comme suit « oui, en partie ou non », une zone de texte figurant en dessous de chaque élément mesurable a été ajoutée pour compléter l'évaluation, en précisant par exemple pourquoi l'élément mesurable n'a été évalué que partiellement ou en ajoutant toute information utile pour le développement du plan d'amélioration de la qualité. Bien qu'une évaluation externe soit habituellement jugée conforme lorsqu'elle respecte les normes, il est plus important pour l'amélioration de la qualité interne d'accroître les connaissances sur la manière dont elle peut être améliorée. Les informations qualitatives contenues dans la zone de texte soutiennent cet objectif.

Les normes, sous-normes et éléments mesurables ont été testés dans 36 hôpitaux dans neuf pays européens ⁽²⁶⁾. L'objectif principal du test pilote était d'évaluer s'ils étaient perçus comme pertinents et applicables par les professionnels de santé de différents types d'hôpitaux dans les pays européens. En outre, le respect actuel des normes a été évalué afin d'identifier leur impact éventuel. En même temps les normes préliminaires ont été transmises aux agences d'accréditation internationales et autres organisations impliquées dans l'amélioration de la qualité des soins de santé pour commentaires et suggestions.

(24) Developing standards for health promotion in hospitals. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2003 (<http://www.euro.who.int/Document/IHB/hphstandardsfinrpt.pdf> – accessed 08 May 2006).

(25) International Standards for Health Care Accreditation Bodies. International Society for Quality in Health Care (<http://www.isqua.org/isquaPages/Accreditation/ISQualAPPrinciplesV2.pdf> – accessed 08 May 2006).

(26) Groene O, Jorgensen SJ, Fugleholm AM, Moeller L, Garcia-Barbero M. Results of a pilot test of standards for health promotion in nine European countries. *International Journal for Quality Assurance in Health Care*, 2005, 18 (4): 300-307 (www.emeraldinsight.com/0952-6862.htm – accessed 08 May 2006).



• Introduction aux normes

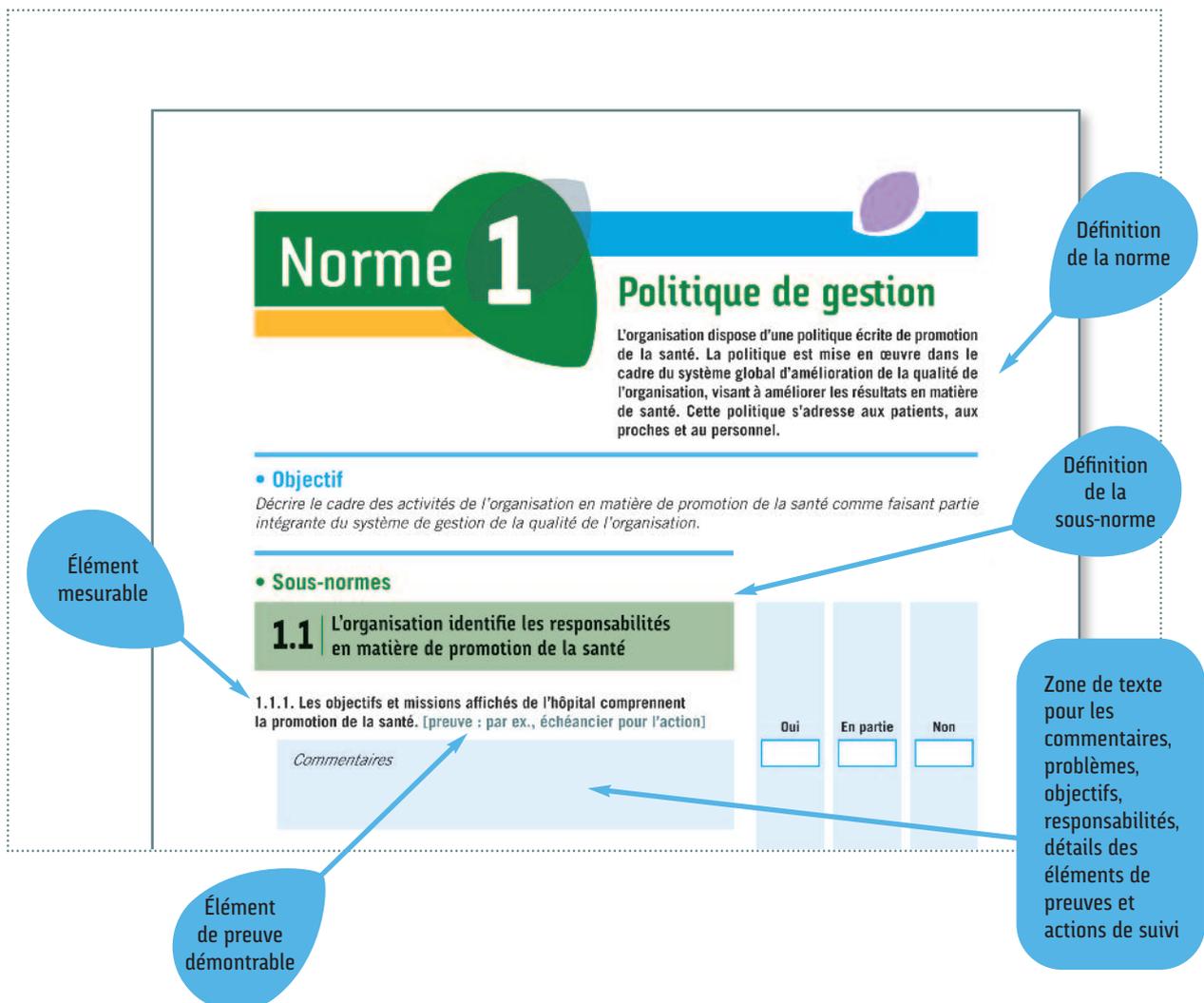
Chaque norme comporte trois niveaux (Figure 3).

Le **Niveau un** est le niveau de la **norme** proprement dite. Les cinq normes concernent la politique de gestion ; l'évaluation, l'information et l'intervention des patients ; la promotion d'un lieu de travail sain ainsi que la continuité et la coopération.

Le **Niveau deux** est le niveau des **sous-normes**. Les sous-normes exploitent la norme et la décomposent en composantes principales. Il y a globalement 24 sous-normes ; le nombre de sous-normes par norme varie de 4 à 6.

Le **Niveau trois** est constitué par les **éléments mesurables**. Les éléments mesurables ne font que lister ce qui doit être en parfaite conformité avec la norme. La liste des éléments mesurables est destinée à clarifier les normes et à aider les organisations à éduquer le personnel sur les normes et à préparer l'enquête d'accréditation. Les éléments mesurables correspondent aux exigences de la norme qui pourront être examinées et évaluées comme suit : non satisfaites, partiellement satisfaites ou totalement satisfaites. Il existe environ 40 éléments mesurables ; le nombre d'éléments mesurables par norme varie de 6 à 10.

Figure 3 Structure à trois niveaux des normes de promotion de la santé dans les hôpitaux





Indicateurs de promotion de la santé

Pour compléter les normes et fournir un outil de mesure quantitative permettant d'évaluer le processus d'amélioration continue, des indicateurs de performance ont été élaborés. Les indicateurs visent à combler le manque en évaluant les résultats attendus, si les structures et processus préconisés dans la formulation des normes sont en place. Comparativement aux normes, les indicateurs fournissent une base *quantitative* pour l'évaluation, le suivi et l'amélioration des soins et peuvent aider les professionnels de santé et les managers dans l'élaboration des objectifs et l'évaluation des progrès dans les activités d'amélioration de la qualité.

• Définition et caractéristiques des indicateurs

Les indicateurs peuvent servir des objectifs très différents, par exemple documenter la qualité des soins, établir des comparaisons dans le temps entre les lieux, formuler des jugements et fixer des priorités, soutenir la responsabilisation, la réglementation et/ou l'accréditation, soutenir l'amélioration de la qualité, respecter les choix du patient ⁽²⁷⁾. Les indicateurs peuvent ainsi être utilisés à des fins internes et/ou externes. Les enjeux internes sont liés aux différentes fonctions de gestion de l'hôpital en tant qu'organisme de prestation de services de santé, comme le suivi, l'évaluation et l'amélioration des fonctions à long terme (stratégie) ou à court terme. Les objectifs externes sont liés à la responsabilité des parties prenantes, comme l'organisme de financement (assureur ou État), les patients/consommateurs et le grand public.

Les indicateurs portent principalement sur la dimension du processus et du résultat des soins, bien qu'ils puissent également porter sur les caractéristiques structurelles (proportion des spécialistes par rapport aux autres médecins). Elles peuvent être décrites de différentes manières, en taux (nombre d'événements dans une population donnée avec un dénominateur comparable), en proportion (pourcentage d'événements dans une population donnée), en ratio (relation entre deux proportions), en valeur moyenne (score d'une enquête) ou en nombre absolu. Les indicateurs peuvent également faire référence à des événements sentinelles, c'est-à-dire des phénomènes intrinsèquement indésirables, chaque événement déclenchant une enquête approfondie. Exemple d'événement sentinelle : la chirurgie du mauvais côté. Ils peuvent être génériques (par exemple, proportion de retours non planifiés en salle d'opération) ou spécifiques à la maladie (par exemple, proportion de patients souffrant d'infarctus du myocarde recevant un bêta-bloquant dans les 24 heures suivant l'admission).

Dans le cadre de cet outil d'autoévaluation pour la promotion de la santé dans les hôpitaux, les indicateurs fournissent une mesure quantitative pour évaluer les progrès au fil du temps pour certains processus clés et les résultats des indicateurs de promotion de la santé sélectionnés. Ils sont destinés à soutenir une gestion de la qualité continue en interne et non à soutenir des décisions en matière de responsabilité. Toutefois, ils pourront être utilisés pour l'étalonnage des activités de promotion de la santé après avoir été scientifiquement validés et reconnus utiles pour l'évaluation et l'amélioration des activités de promotion de la santé.

(27) Mainz J. Defining and classifying clinical indicators for quality improvement. International Journal for Quality in Health care, 2003, 15 (6): 523-530.



• Relier les indicateurs à la performance

Un indicateur fournit des informations sur un problème spécifique, tandis qu'un ensemble d'indicateurs peut fournir des informations sur un phénomène complexe (par exemple, la qualité des soins) qui peut être difficile à appréhender. Leur validité réside dans la force de la relation entre l'élément mesurable et le concept sous-jacent. Les indicateurs sont des mesures et non des jugements. Un seul indicateur ne peut être utilisé pour juger de la performance d'un hôpital, en revanche plusieurs indicateurs convergents peuvent l'être.

Des informations supplémentaires telles que des points de référence ou des variables explicatives doivent être prises en compte pour déduire un jugement à partir d'un indicateur. Par exemple, une durée moyenne de séjour de 10 jours pour un AVC doit elle être considérée comme bonne ou mauvaise ? La réponse à cette question dépend de la durée moyenne de séjour dans le pays, de la disponibilité de lits de rééducation, ou de la gravité de l'état des malades victimes d'AVC à l'hôpital, de l'état de santé à la sortie, du soutien apporté par l'hôpital ou organisé par l'hôpital après la sortie, etc.

• Utiliser des indicateurs pour l'étalonnage

Des indicateurs peuvent être utilisés pour comparer les performances entre les hôpitaux.

Un effort important doit être fait pour élaborer des indicateurs, obtenir des définitions claires (numérateur et dénominateur) et compenser les facteurs qui peuvent perturber la comparaison. Une comparaison des taux de mortalité, par exemple, ne serait pas pertinente sans un ajustement des résultats en fonction de l'âge, de la gravité et des comorbidités. Cependant, même après ajustement complet du risque à l'aide de techniques statistiques multivariées, il peut demeurer une variation résiduelle inexplicée limitant la puissance de la comparaison.

Il convient d'établir une distinction entre les comparaisons simples et le concept d'étalonnage. Bien que comparaison soit un terme plus vague pour établir un lien entre les mesures prises, l'étalonnage consiste à comparer les résultats des évaluations des organisations entre-elles, pour apporter des axes d'amélioration. L'étalonnage implique donc la comparaison.

• Développer des indicateurs de promotion de la santé

Les cadres communs d'évaluation des performances permettant d'identifier les indicateurs liés à la promotion de la santé actuellement utilisés ont été examinés : seuls quelques indicateurs ont été jugés pertinents pour la promotion de la santé – la plupart des 300 indicateurs identifiés concernaient le domaine de l'efficacité clinique⁽²⁸⁾. Des indicateurs ont donc été développés pour compléter l'outil d'autoévaluation de la promotion de la santé dans les hôpitaux, en utilisant des méthodes de groupe de travail et de consensus. Deux réunions internationales ont été organisées, rassemblant des experts dans le domaine du développement des indicateurs, de l'amélioration de la qualité, de l'accréditation et de la promotion de la santé⁽²⁹⁾.

Les indicateurs de promotion de la santé identifiés peuvent ne pas être aussi solides sur le plan scientifique que d'autres utilisés depuis longtemps dans la pratique clinique.

Il convient de souligner que l'évaluation des performances des activités de promotion de la santé dans le domaine des soins de santé reste un nouveau domaine et qu'elle bénéficiera sans doute de nouveaux développements. En matière de collecte de données, de nombreux indicateurs de promotion de la santé peuvent nécessiter des efforts supplémentaires, car les informations ne sont généralement pas saisies par le biais de systèmes d'information de routine. Néanmoins, cela implique également la possibilité de recueillir des données plus détaillées afin de permettre de meilleurs ajustements pour les comparaisons ou de mieux correspondre aux priorités propres à l'organisme.

(28) Champagne F, Guisset AL. A review of the indicators currently used in performance evaluation systems. Background paper. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2003 (5038066/9).

(29) Standards for health promotion: development of indicators for a self-assessment tool. WHO Regional Office for Europe, 2003 (<http://www.euro.who.int/document/E84988.pdf> – accessed 08 May 2006).



Les indicateurs suivants ont été sélectionnés pour compléter les cinq normes de promotion de la santé présentées dans l'outil d'autoévaluation de la promotion de la santé dans les hôpitaux (tableau 1).

Tableau 1 Aperçu des indicateurs de promotion de la santé

NORME/DOMAIN	INDICATEUR
Politique de gestion	<ul style="list-style-type: none"> • Pourcentage du personnel sensibilisé à la politique de promotion de la santé • Pourcentage de patients sensibilisés aux normes de promotion de la santé • Pourcentage du budget consacré aux activités de promotion de la santé du personnel
Évaluation des patients	<ul style="list-style-type: none"> • Pourcentage de patients évalués pour des facteurs de risque génériques • Pourcentage de patients évalués pour des facteurs de risque spécifiques à une maladie selon les directives • Résultats des enquêtes relatives à la satisfaction des patients effectuées à l'aide de la procédure d'évaluation
Information et intervention auprès des patients	<ul style="list-style-type: none"> • Pourcentage de patients formés à des actions particulières d'autogestion de leur condition • Pourcentage de patients sensibilisés à la modification des facteurs de risque et aux options de traitement de la maladie dans la prise en charge de leur état de santé • Procédures d'information et d'intervention
Promotion de milieux de travail sains	<ul style="list-style-type: none"> • Pourcentage de fumeurs parmi le personnel • Arrêt du tabagisme • Résultats des enquêtes sur les conditions de travail auprès du personnel • Pourcentage d'absences de courte durée • Pourcentage de blessures professionnelles • Résultats sur l'échelle de l'épuisement professionnel
Continuité et coopération	<ul style="list-style-type: none"> • Pourcentage des résumés de sortie envoyés au médecin traitant ou à la clinique de référence dans les deux semaines, ou remis au patient à la sortie • Taux de réadmission en soins ambulatoires dans les 5 jours • Résultats de l'enquête portant sur le degré de préparation du patient à sa sortie

Ces indicateurs sont décrits plus en détail dans la section 4 du document. Pour chaque indicateur, une fiche descriptive a été préparée et aborde les questions suivantes : domaine, nom, logique et justification, numérateur, dénominateur, sources de données, stratification et notes.





Utilisation complémentaire des normes et indicateurs

Les normes se concentrent principalement sur la structure et le processus, alors que les indicateurs portent principalement sur le processus et les résultats. Les indicateurs ont des propriétés métriques différentes et nécessitent un numérateur et un dénominateur. Les normes nécessitent une définition claire mais ne peuvent pas nécessairement être exprimées en chiffres.

Les normes et les indicateurs ont une relation complémentaire ; ils suivent deux philosophies différentes et leur combinaison permet de soutenir les activités d'amélioration de la qualité dans les hôpitaux.

• Utilisation de normes et indicateurs pour évaluer la qualité

L'évaluation basée sur des normes repose sur l'évaluation de la mise en place et du fonctionnement de structures, systèmes et processus appropriés pour parvenir à des résultats systématiquement favorables. L'hypothèse sous-jacente est que si les normes sont respectées, tous les éléments sont en place pour maximiser les chances de bons résultats (ou d'issues favorables) pour les patients, le personnel ou le public en général. Les normes mesurent les efforts pour favoriser la qualité. Les questions soulevées par l'évaluation de la conformité aux normes sont les suivantes : « L'organisation pose-t-elle les *bons gestes* » et les pose-t-elle de manière systématique ? Toutefois, l'évaluation des normes ne donne pas d'information sur les performances réelles d'une organisation.

L'évaluation de la performance basée sur des indicateurs permet de mesurer ce qui a été fait et comment cela a été fait. Bien qu'une mesure de performance puisse être une caractéristique ou un processus structurel, les mesures de performance portent prioritairement sur les résultats tels que les incidences sur la santé, l'état de santé, la satisfaction du patient et l'utilisation des ressources associées aux soins. L'utilisation des mesures de performance est limitée par le défi que représentent la collecte et l'analyse de données complexes qui doivent être adaptées aux éventuels facteurs de confusion. Les indicateurs uniques sont difficiles à interpréter et c'est plutôt l'interrelation de certains indicateurs qui reflète les potentiels d'amélioration de la qualité.

Selon la typologie de Donabedian, la qualité peut être évaluée par la structure, le processus et les résultats. Bien que ce soit finalement le résultat qui importe, du point de vue de l'amélioration de la qualité, il est important d'étudier le lien entre la structure, le processus et les résultats. La combinaison de normes et indicateurs complémentaires permet de traiter le lien entre les structures, les processus et les résultats. La non-conformité avec les normes pourrait fournir une indication sur les structures ou les changements de processus qui pourraient être nécessaires pour maximiser les chances de résultats positifs. Par exemple, les informations sur les résultats négatifs tels que les événements sentinelles sont importantes à surveiller, mais une fois l'incident survenu, il est trop tard pour le modifier.

• Utilisation des normes et indicateurs dans l'outil d'autoévaluation

Dans l'outil d'autoévaluation de l'OMS, les normes sont évaluées uniquement en fonction des éléments mesurables. Les indicateurs de promotion de la santé visent à compléter l'évaluation de la conformité aux normes et de leur respect. Il appartient à l'hôpital de décider pour quel indicateur complémentaire des données doivent être collectées, mais au moins un indicateur pour chaque domaine doit être collecté. L'outil d'autoévaluation contient aussi une section sur les indicateurs supplémentaires là où des indicateurs localement importants ou facilement disponibles peuvent être consignés. Si un hôpital choisit d'ajouter des indicateurs supplémentaires, il convient de garder à l'esprit qu'ils doivent être décrits de la même manière que les indicateurs contenus dans ce manuel.

Dans la procédure d'autoévaluation, les indicateurs sont principalement utilisés pour établir une base de référence opérationnelle pour les futures actions d'amélioration de la qualité qui devraient être envisagées dans le développement du plan d'action d'amélioration de la qualité. Cette base de référence fournira un support solide pour les mesures répétées des performances dans le temps.



2 | Mise en œuvre du projet

2.1 Clarification des responsabilités

Il est important de souligner que la promotion de la santé ne peut pas être déléguée à un rôle ou une fonction spécifique au sein de l'hôpital, chacun dans l'hôpital est responsable, les patients comme les membres du personnel peuvent y contribuer. Les activités de promotion de la santé font partie des enjeux relatifs à la qualité et devraient être évaluées à l'aide de normes et d'indicateurs, tout comme les autres enjeux qui portent sur la qualité clinique. Dans ce contexte, on peut considérer qu'il s'agit d'une valeur ajoutée aux initiatives existantes en matière de qualité, et l'autoévaluation des activités de promotion de la santé devrait être intégrée au système actuel de gestion de la qualité de l'hôpital.

Il est important de souligner que tout le personnel doit s'engager à la réussite du projet. L'engagement variera en fonction de l'intérêt et de la motivation, mais le plaidoyer pour le projet dans l'ensemble de l'hôpital et son appropriation sont les deux piliers clés de la réussite. Une équipe doit être mise en place pour le projet avec des rôles et responsabilités clairement définis.

Partenaires

Direction de l'hôpital

L'engagement du directeur général, du conseil d'administration et des cadres supérieurs est essentiel pour assurer la mise en œuvre du plan d'action et fournir les ressources nécessaires à la tâche.

Chef de projet

Il est également crucial qu'un chef de projet au sein de l'hôpital soit désigné pour diriger le processus et former les autres personnels à la réalisation de l'autoévaluation. Idéalement, cette personne peut déjà être responsable d'autres initiatives de qualité à l'hôpital, car le projet doit être mené comme toute autre activité d'amélioration de la qualité.

Personne responsable des domaines de promotion de la santé

Le chef de projet peut désigner un responsable pour chacun des cinq domaines de promotion de la santé (les responsables peuvent être en charge de plusieurs normes). Les responsables devront prendre la responsabilité d'évaluer le niveau de conformité aux normes et aux sous-normes. Ils seront chargés de recueillir les données qui étayent leur réponse. Ils seront également chargés, en collaboration avec d'autres membres du groupe de pilotage, de collecter des données pour les indicateurs de promotion de la santé.

Groupe de pilotage pluridisciplinaire

Le chef de projet doit mettre en place un groupe de pilotage pluridisciplinaire qui représente le personnel à tous les niveaux. Le groupe de pilotage devra se réunir régulièrement pour discuter de l'état d'avancement de l'autoévaluation, générer des idées à travers les disciplines et promouvoir une meilleure appropriation du projet. Chaque hôpital devra identifier les membres du groupe de pilotage selon leur organisation.

Néanmoins, il est proposé d'impliquer dans le groupe de pilotage pluridisciplinaire :

- une infirmière-cadre qui peut également être responsable de l'audit qualité/clinique,
- un interne et un médecin-chef,
- un cadre supérieur,
- un membre du personnel et des ressources humaines,
- un membre du personnel paramédical (par exemple, kinésithérapeute, ergothérapeute), des services généraux de soutien à la médecine (par exemple, radiologie) et/ou un membre du personnel des services généraux non cliniques.



2.2 Collecte de données

Le personnel à chaque niveau de l'hôpital doit être impliqué dans la collecte des données et doit contribuer à une réponse collective au respect de la norme. Il est important de souligner que si une personne seule effectue l'autoévaluation sans implication du personnel concerné, cela peut empêcher le personnel de s'impliquer dans le processus d'apprentissage.

Trois sources de données principales peuvent être utilisées au sein de l'hôpital pour l'évaluation des normes et indicateurs : systèmes d'information courante, méthodes d'enquête et procédures d'audit. En outre, certaines données peuvent être fournies par des partenaires externes, comme les compagnies d'assurance qui peuvent disposer de données sur le comportement sanitaire ou le taux d'absentéisme du personnel.

Les systèmes d'information courante peuvent inclure des informations pour certaines des normes et indicateurs de promotion de la santé ; il serait notamment utile de disposer d'un système électronique pour les dossiers des patients qui permette de récupérer des informations sur l'évaluation ou les activités spécifiques de promotion de la santé. Les bases de données administratives peuvent dans une certaine mesure contenir des informations sur les indicateurs de promotion de la santé au travail. Lorsque des données sont disponibles à partir de sources de routine, elles doivent être utilisées pour l'autoévaluation afin de réduire la charge de travail pour la collecte des données. Cependant, le type d'informations contenues dans ces bases de données peut ne pas être suffisamment spécifique pour évaluer les problèmes de promotion de la santé. En outre, il peut ne pas être assez flexible pour l'adapter à d'autres fins.

Une **enquête** doit être effectuée pour une série d'indicateurs de promotion de la santé. Il peut s'agir d'une enquête sur l'expérience des patients, mais aussi d'une enquête sur l'expérience du personnel. Étant donné que les enquêtes ne devraient être réalisées qu'à l'aide de méthodes valables et fiables qui pourraient exiger beaucoup de ressources, l'utilisation des enquêtes devrait être limitée autant que possible. Il convient également d'envisager d'intégrer les éléments requis pour évaluer les normes et indicateurs de promotion de la santé dans les enquêtes existantes sur les patients et le personnel.

Un **audit** des dossiers cliniques est nécessaire pour évaluer certaines des normes concernant l'évaluation, l'information et l'intervention des patients. Les détails des procédures d'audit sont résumés ci-dessous.

• Normes

Les normes couvrant le niveau de gestion et celles couvrant toutes les parties de l'hôpital (politique de gestion, promotion de milieux de travail sains, continuité et coopération) doivent être évaluées par la direction de l'hôpital ou le comité qualité, s'il existe. Les normes relatives aux activités cliniques (évaluation, information et intervention des patients) doivent être évaluées au niveau des unités cliniques. Il est recommandé que 50 dossiers pour les patients qui sont sortis et qui ont été admis dans l'unité dans les 3 mois soient choisis aléatoirement pour évaluation. Le groupe d'audit doit être un groupe interdisciplinaire de professionnels ayant une bonne connaissance des routines documentaires de l'unité. L'expression « dossiers des patients » recouvre tous les types de documentation (dossier médical, dossier de soins infirmiers, notes des thérapeutes et diététiciens, etc.) devant être prise en compte dans l'évaluation de la conformité de l'hôpital aux normes.

• Indicateurs

Les indicateurs doivent être déclarés dans l'outil d'autoévaluation. Cependant, le processus de collecte des données pour construire les indicateurs doit être mené séparément. Il appartient à l'hôpital de décider quel indicateur il choisira, mais il faut collecter au moins un indicateur pour compléter chacune des cinq normes.

Les indicateurs doivent être remontés dans l'outil d'autoévaluation pour élaborer un plan d'action basé sur l'évaluation à la fois de la conformité aux normes et du niveau de performance selon les indicateurs. Des mesures répétées des indicateurs dans le temps sont nécessaires afin de refléter l'évolution de l'indicateur. Il est suggéré de collecter des données sur les indicateurs tous les six mois.



2.3 Interprétation des résultats

Les mesures de qualité nécessitent de résumer les données relatives aux soins de santé dispensés aux patients et d'exprimer les résultats en matière de taux, de ratio, de fréquence, de distribution ou de points pour la performance moyenne.

Les mesures sont souvent composées d'un nombre et d'une unité de mesure. Le nombre indiquant l'ampleur, et l'unité le contexte d'interprétation du nombre. Il est difficile d'interpréter le résultat d'une mesure de qualité comme bon ou mauvais, à moins qu'il n'existe une norme de comparaison. Il existe différents types de comparaison : des comparaisons externes avec des prestataires similaires à un moment donné, des comparaisons externes avec des prestataires similaires dans le temps, des comparaisons internes dans le temps (comparaison des scores avant et après les efforts d'amélioration de la qualité) et des normes réglementaires (par exemple, les objectifs fixés par le plan de santé régional).

Des normes de soins bien établies existent dans certains domaines du traitement et des services de santé. Ces normes permettent de conclure à l'existence d'un problème lié à la qualité. Lorsqu'il n'existe pas de norme de soins, les résultats peuvent apparaître significatifs par rapport aux objectifs fixés par l'organisation qui met en œuvre la mesure ou les objectifs nationaux. Il est suggéré de discuter des résultats de l'autoévaluation non seulement au sein de l'hôpital, mais aussi avec d'autres hôpitaux qui ont réalisé une autoévaluation des activités de promotion de la santé.

2.4 Élaborer un plan d'amélioration de la qualité

Dans la mise en œuvre de ce projet, il est recommandé de suivre le cycle Planifier-Faire-Vérifier-Agir (PFVA). Le cycle PFVA a été conçu à l'origine par Walter A. Shewhart dans les années 1930, puis adopté par William Edwards Deming. Le modèle fournit un cadre pour l'amélioration d'un processus ou d'un système. Il permet d'orienter l'ensemble du projet d'amélioration ou de développer des projets spécifiques une fois les axes d'amélioration identifiés.

Le cycle PFVA est conçu pour être utilisé comme modèle dynamique (Figure 4). L'achèvement d'un tour du cycle s'effectue au début du cycle suivant. Dans un esprit d'amélioration continue de la qualité, le processus peut toujours être réanalysé et un nouveau test de changement peut commencer.

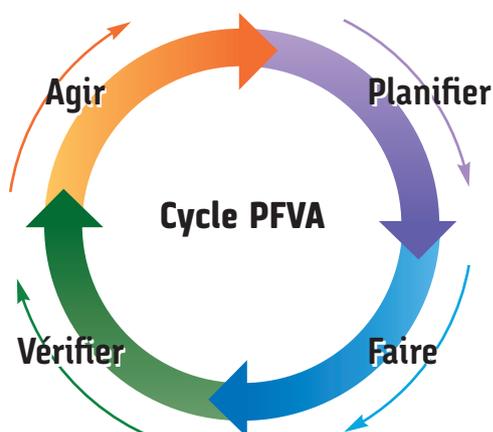


Figure 4
Cycle Planifier-Faire-Vérifier-Agir

Planifier : planification d'une activité, d'un projet ou d'une procédure visant à l'amélioration. Cela implique d'analyser ce qui doit être amélioré, de rechercher et d'identifier les domaines où peuvent s'opérer les meilleurs changements.

Faire : effectuer le changement ou le test (de préférence à petite échelle) et mettre en œuvre le changement que vous avez décidé en phase de plan.

Vérifier : examiner les résultats et analyser les échecs et les succès. C'est une étape cruciale dans le cycle PFVA. Après avoir mis en œuvre le changement pour une courte durée, vous devez déterminer son bon fonctionnement. Est-ce que cela mène à l'amélioration comme vous l'espérez ? Vous devez décider de plusieurs mesures permettant de suivre le niveau d'amélioration.

Agir : adopter le changement, l'abandonner ou recommencer le cycle.



Dans les procédures d'autoévaluation, chaque section de l'outil contient une zone de texte où les actions d'amélioration de la qualité, identifiées par l'évaluation des normes et des indicateurs, doivent être documentées et les responsabilités de cette action doivent être identifiées. En outre, il est nécessaire de documenter le calendrier de cette action et ses résultats attendus. La dernière section de l'outil d'autoévaluation contient une autre boîte de texte dans laquelle les activités générales d'amélioration de la qualité et les actions liées à des normes spécifiques seront rapportées.

Il est de la responsabilité du chef de projet, en collaboration avec le groupe de pilotage pluridisciplinaire, de compléter les données le plus précisément possible et d'être réaliste sur les éventuelles actions d'amélioration de la qualité afin de recevoir le soutien de la direction pour la mise en œuvre de la proposition. À l'issue de l'autoévaluation, le groupe de pilotage sera en mesure d'identifier les domaines de bonnes pratiques et de développement pour lesquels l'hôpital ne répond pas aux normes ou sous-normes. Un plan d'action pourra alors être développé pour répondre à ces enjeux. Il est important que les actions du plan portent sur les priorités ou cibles locales et nationales et sur les ressources propres de l'hôpital qui sont disponibles. Le plan d'action doit également être intégré dans le système de gestion de l'hôpital pour suivre le développement.

Après l'identification réussie des potentiels d'amélioration de la qualité, la planification et la mise en œuvre des activités, des autoévaluations ultérieures doivent être réalisées pour poursuivre le cercle d'amélioration de la qualité. À mesure que chaque cycle PFVA complet est achevé, un projet nouveau et légèrement plus complexe peut être entrepris pour améliorer en permanence les services.



3 | Formulaires d'autoévaluation

Responsabilités de l'autoévaluation

Le partage des responsabilités liées à la conduite de l'autoévaluation doit être documenté dans cette section. Un chef de projet doit être identifié pour assurer la conduite globale du projet. D'autres responsabilités partagées peuvent être réparties pour les différentes normes, en fonction de la structure de l'hôpital et des ressources humaines disponibles (l'évaluation des normes 1 et 5 peut être confiée à un cadre supérieur. Celle des normes 2 et 4 à un membre des services cliniques. Chaque membre doit signer un accord pour confirmer qu'il recueillera ou supervisera la collecte des données.

Le plan d'action doit être discuté et planifié par l'ensemble du groupe de pilotage. Le chef de projet valide le plan d'action et facilite sa mise en œuvre. Le plan d'action doit être présenté à la direction.

Chef de projet

(Prend la responsabilité de superviser l'ensemble du processus d'autoévaluation et des résultats présentés)

Nom

Fonction

Date

Signature



Chef de projet pour la Norme 1 – Politique de gestion

Nom
Fonction
Date

Signature

Chef de projet pour la Norme 2 – Évaluation des patients

Nom
Fonction
Date

Signature

Chef de projet pour la Norme 3 – Information et intervention auprès des patients

Nom
Fonction
Date

Signature

Chef de projet pour la Norme 4 – Promotion de milieux de travail sains

Nom
Fonction
Date

Signature

Chef de projet pour la Norme 5 – Continuité et coopération

Nom
Fonction
Date

Signature



Norme

1

Politique de gestion

L'organisation dispose d'une politique écrite de promotion de la santé. La politique est mise en œuvre dans le cadre du système global d'amélioration de la qualité de l'organisation, visant à améliorer les résultats en matière de santé. Cette politique s'adresse aux patients, aux proches et au personnel.

• Objectif

Décrire le cadre des activités de l'organisation en matière de promotion de la santé comme faisant partie intégrante du système de gestion de la qualité de l'organisation.

• Sous-normes

1.1 | L'organisation identifie les responsabilités en matière de promotion de la santé

1.1.1. Les objectifs et missions affichés de l'hôpital comprennent la promotion de la santé. [preuve : par exemple, échéancier pour l'action]

Commentaires

1.1.2. Procès-verbal de l'organe directeur réaffirmant l'accord de participation au projet HPH (hôpitaux promoteurs de santé) de l'OMS au cours de l'année écoulée. [preuve : par exemple, date de la décision ou paiement de la redevance annuelle]

Commentaires

1.1.3. La qualité et les plans d'affaires actuels de l'hôpital comprennent la promotion de la santé (PS) pour les patients, le personnel et la communauté. [preuve : par exemple, la promotion de la santé est explicite dans le plan d'action]

Commentaires

Oui	En partie	Non
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oui	En partie	Non
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oui	En partie	Non
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



1.1.4. L'hôpital identifie le personnel et les fonctions de coordination de la PS. [preuve : par exemple, membre du personnel désigné pour la coordination de la PS]

Commentaires

Oui

En partie

Non

1.2 | L'organisation alloue des ressources pour la mise en œuvre de la promotion de la santé

1.2.1. Il existe un budget identifiable pour les services et les documents de PS. [preuve : par exemple budget ou ressources humaines]

Commentaires

Oui

En partie

Non

1.2.2. Des procédures opérationnelles telles que des lignes directrices de pratique clinique ou des parcours intégrant les actions de PS sont disponibles dans les services cliniques. [preuve : par exemple, vérifier les lignes directrices]

Commentaires

Oui

En partie

Non

1.2.3. Des structures et installations spécifiques nécessaires à la promotion de la santé (y compris les ressources, l'espace, les équipements) peuvent être identifiées. [preuve : par exemple, disponibilité de systèmes pour le lavage des patients]

Commentaires

Oui

En partie

Non



1.3 | L'organisation veille à la disponibilité des procédures de collecte et d'évaluation des données afin de contrôler la qualité des activités de promotion de la santé

1.3.1. Les données sont systématiquement saisies sur les interventions de PS et mises à disposition du personnel pour évaluation.

[preuve : par exemple, disponibilité évaluée dans le cadre d'une enquête auprès du personnel]

Commentaires

1.3.2. Un programme d'évaluation de la qualité des activités de promotion de la santé est mis en place. [preuve : par exemple, calendrier des en-quêtes disponible]

Commentaires

Oui	En partie	Non
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Norme 1

Politique de gestion

INDICATEURS COMPLÉMENTAIRES

- % du personnel sensibilisé à la politique de promotion de la santé
- % de patients (et d'accompagnants) sensibilisés aux normes de santé en interne
- % du budget dédié aux activités de promotion de la santé du personnel

AUTRES INDICATEURS

(indicateurs locaux à prendre en compte pour le plan d'action)



Norme 1 Politique de gestion

PLAN D'ACTION

	Action	Responsabilité	Délai	Résultat attendu
Remarques générales				
1.1				
1.2				
1.3				



Norme 2

Évaluation des patients

L'organisation veille à ce que les professionnels de santé, en partenariat avec les patients, évaluent systématiquement les besoins en activités de promotion de la santé.

• Objectif

Soutenir le traitement des patients, améliorer le pronostic et promouvoir la santé et le bien-être des patients.

• Sous-normes

2.1 | L'organisation assure la mise à disposition de procédures permettant à tous les patients d'évaluer leur besoin de promotion de la santé

2.1.1. Il existe des lignes directrices sur l'identification du statut tabagique, de la consommation d'alcool, de l'état nutritionnel, du statut psycho-socio-économique. [preuve : par exemple, vérification de la disponibilité]

Commentaires

2.1.2. Les lignes directrices/procédures ont été révisées au cours de l'année écoulée. [preuve : par exemple, date de vérification, personne responsable de la révision des lignes directrices]

Commentaires

2.1.3. Des lignes directrices sont disponibles pour identifier les besoins en PS pour les groupes de patients (par exemple patients asthmatiques, patients diabétiques, bronchopneumopathie chronique obstructive, chirurgie, rééducation). [preuve : par exemple, pour les groupes de patients spécifiquement traités dans le service clinique]

Commentaires

Oui	En partie	Non
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oui	En partie	Non
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oui	En partie	Non
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



2.2 | L'évaluation du besoin de promotion de la santé d'un patient se fait au premier contact avec l'hôpital. Celle-ci est régulièrement réexaminée et ajustée si nécessaire en fonction de l'évolution de l'état clinique du patient ou sur demande

2.2.1. Le bilan est documenté dans le dossier du patient à l'admission.
[preuve : par exemple, identification par l'audit des dossiers des patients]

Commentaires

Oui

En partie

Non

2.2.2. Il existe des lignes directrices/procédures pour réévaluer les besoins à la sortie ou à la fin d'une intervention donnée.
[preuve : par exemple, existence de lignes directrices]

Commentaires

Oui

En partie

Non

2.3 | L'évaluation des besoins du patient reflète les informations fournies par les tiers et assure la sensibilité au contexte social et culturel

2.3.1. Les informations provenant du médecin traitant ou d'autres sources pertinentes sont disponibles dans le dossier du patient.
[preuve : pour tous les patients aiguillés par le médecin]

Commentaires

Oui

En partie

Non

2.3.2. Le dossier du patient documente le contexte social et culturel le cas échéant. [preuve : religion nécessitant une alimentation particulière ou autre attention spécifique. Conditions sociales indiquant que le patient est à risque]

Commentaires

Oui

En partie

Non



INDICATEURS COMPLÉMENTAIRES

- % de patients évalués pour des facteurs de risque génériques
- % des patients évalués pour des facteurs de risque spécifiques à la maladie conformément aux lignes directrices
- % de patients satisfaits des activités de promotion de la santé proposées

AUTRES INDICATEURS

(indicateurs locaux à prendre en compte pour le plan d'action)



Norme 2

Évaluation des patients

PLAN D'ACTION

	Action	Responsabilité	Délai	Résultat attendu
Remarques générales				
2.1				
2.2				
2.3				



Norme 3

Information et intervention auprès des patients

L'organisation fournit aux patients des informations sur les facteurs significatifs concernant leur maladie ou leur état de santé et les interventions de promotion de la santé sont établies dans toutes les voies de traitement des patients.

• Objectif

Veiller à ce que le patient soit informé des activités de promotion de la santé existantes, lui donner les moyens d'y participer activement et faciliter son intégration à toutes les étapes de son parcours.

• Sous-normes

3.1 Sur la base de l'évaluation des besoins de promotion de la santé, le patient est informé des facteurs ayant une incidence sur sa santé et, en partenariat avec le patient, un plan pour des activités pertinentes de promotion de la santé est convenu

3.1.1. Les informations données au patient sont enregistrées dans le dossier du patient. [preuve : par exemple, examen aléatoire des dossiers des patients pour tous les patients]

Commentaires

3.1.2. Les activités de promotion de la santé et les résultats attendus sont documentés et évalués dans les dossiers. [preuve : par exemple, audit des dossiers patients]

Commentaires

Oui	En partie	Non
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oui	En partie	Non
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



3.1.3. Une évaluation de la satisfaction des patients sur les informations données est réalisée et les résultats sont intégrés dans le système de gestion de la qualité. [preuve : par exemple, différentes méthodes d'évaluation : enquête, entretien de groupe ciblé, questionnaire, calendrier]

Commentaires

Oui	En partie	Non
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.2 | L'organisation s'assure que tous les patients, le personnel et les visiteurs ont accès à des informations générales sur les facteurs influençant la santé

3.2.1. Des informations générales sur la santé sont disponibles. [preuve : par exemple, disponibilité d'informations imprimées ou en ligne ou d'un guichet de renseignements spécial]

Commentaires

Oui	En partie	Non
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.2.2. Des informations détaillées sur les maladies à haut risque sont disponibles. [preuve : par exemple, disponibilité d'informations imprimées ou en ligne ou d'un guichet de renseignements spécial]

Commentaires

Oui	En partie	Non
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.2.3. Des informations sont disponibles sur les organisations de patients.[preuve : par exemple, une adresse de contact est fournie]

Commentaires

Oui	En partie	Non
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Norme 3

Information et intervention auprès des patients

INDICATEURS COMPLÉMENTAIRES

- % de patients formés à des actions particulières de gestion de leur état de santé
- % de patients ayant reçu une formation sur la modification du facteur de risque et les options de traitement de la maladie dans la prise en charge de leur état de santé
- % de patients ayant reçu une information sur les facteurs de risque concernant leur maladie ou leur état de santé et les interventions de promotion de la santé proposées

AUTRES INDICATEURS

(indicateurs locaux à prendre en compte pour le plan d'action)



Norme 3

Information et intervention auprès des patients

PLAN D'ACTION

	Action	Responsabilité	Délai	Résultat attendu
Remarques générales				
3.1				
3.2				
3.3				



Norme 4

Promotion de milieux de travail sains

La direction établit les conditions pour le développement de l'hôpital en tant que milieu de travail sain.

• Objectif

Soutenir le développement d'un milieu de travail sain et soutenir les activités de promotion de la santé du personnel.

• Sous-normes

4.1 | L'organisation veille au développement et à la mise en œuvre d'un milieu de travail sain

4.1.1. Les conditions de travail sont conformes aux lignes directrices et aux indicateurs nationaux/régionaux. [preuve : par exemple, les réglementations nationales et internationales (UE) sont reconnues]

Commentaires

4.1.2. Le personnel respecte les exigences en matière de santé et de sécurité. Tous les risques liés au milieu de travail sont identifiés. [preuve : par exemple, vérification des données sur les blessures professionnelles]

Commentaires

Oui	En partie	Non
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oui	En partie	Non
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



4.2 | L'organisation veille au développement et à la mise en œuvre d'une stratégie globale en matière de ressources humaines qui comprend la formation et le développement des compétences de promotion de la santé du personnel

4.2.1. Le nouveau personnel est informé de la politique de promotion de la santé mise en œuvre au sein de l'établissement. [preuve : par exemple, entretiens avec les nouveaux membres du personnel]

Commentaires

4.2.2. Les membres du personnel dans tous les services connaissent le contenu de la politique de promotion de la santé de l'organisation. [preuve : par exemple, évaluation annuelle de la performance ou de la participation du personnel au programme PS]

Commentaires

4.2.3. Un système d'évaluation des performances et du développement professionnel continu (y compris la promotion de la santé) est en place. [preuve : par exemple, documentée par l'examen des dossiers du personnel ou par entretien]

Commentaires

4.2.4. Les pratiques de travail (procédures et lignes directrices) sont développées par des équipes pluridisciplinaires. [preuve : par exemple, vérifier les procédures, vérifier avec le personnel]

Commentaires

Oui	En partie	Non
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



4.2.5. Le personnel est impliqué dans l'élaboration, l'audit et la révision des politiques hospitalières. [preuve : par exemple, vérifier auprès du personnel ; vérifier les procès-verbaux des groupes de travail pour la participation des représentants du personnel]

Commentaires

Oui	En partie	Non
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4.3 | L'organisation veille à la disponibilité de procédures visant à développer et à maintenir la sensibilisation du personnel aux questions de santé

4.3.1. Le personnel a accès à des politiques de sensibilisation aux problèmes de santé. [preuve : par exemple, vérifier les politiques sur le tabagisme, l'alcool, la toxicomanie et l'activité physique]

Commentaires

Oui	En partie	Non
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4.3.2. Des programmes d'arrêt du tabagisme sont proposés. [preuve : par exemple, données sur la disponibilité des programmes]

Commentaires

Oui	En partie	Non
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4.3.3. Des enquêtes annuelles sont effectuées auprès du personnel, y compris une évaluation du comportement individuel, des connaissances sur les services/politiques de soutien et l'utilisation de techniques de soutien. [preuve : par exemple, vérifier le questionnaire utilisé et les résultats des enquêtes auprès du personnel]

Commentaires

Oui	En partie	Non
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Norme 4

Promotion de milieux de travail sains

INDICATEURS COMPLÉMENTAIRES

- % de fumeurs parmi le personnel
- % de personnes ayant arrêté de fumer parmi le personnel
- % de personnels satisfaits des conditions de travail au sein de l'établissement
- % d'absences de courte durée
- % de blessures professionnelles
- % de cas d'épuisement professionnel

AUTRES INDICATEURS

(indicateurs locaux à prendre en compte pour le plan d'action)



Norme 4

Promotion de milieux de travail sains

PLAN D'ACTION

	Action	Responsabilité	Délai	Résultat attendu
Remarques générales				
4.1				
4.2				
4.3				



Norme 5

Continuité et coopération

L'organisation a une approche planifiée de la collaboration continue avec d'autres prestataires de services de santé et d'autres institutions et secteurs.

• Objectif

Assurer la collaboration avec les prestataires concernés et initier des partenariats pour optimiser l'intégration des activités de promotion de la santé dans le parcours du patient.

• Sous-normes

5.1 | L'organisation veille à ce que les services de promotion de la santé soient cohérents avec les dispositions actuelles et les plans de politique régionale de santé

5.1.1. Le conseil d'administration tient compte du plan de politique régionale de santé. [preuve : par exemple, réglementations et dispositions identifiées et commentées dans les procès-verbaux du conseil d'administration]

Commentaires

5.1.2. Le conseil d'administration peut fournir une liste des prestataires de santé et des prestataires sociaux travaillant en partenariat avec l'hôpital. [preuve : par exemple, vérifier la mise à jour de la liste]

Commentaires

5.1.3. La collaboration intra et intersectorielle avec les autres repose sur l'exécution du plan de politique régionale de santé. [preuve : par exemple, vérifier la convergence]

Commentaires

Oui	En partie	Non
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oui	En partie	Non
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oui	En partie	Non
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



5.1.4. Il existe un plan écrit de collaboration avec les partenaires pour améliorer la continuité des soins aux patients. [preuve : par exemple, critères d'admission, plan de sortie]

Commentaires

Oui	En partie	Non
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5.2 | L'organisation s'assure de la disponibilité et de la mise en œuvre des activités et procédures de promotion de la santé pendant les visites en ambulatoire et après la sortie du patient

5.2.1. Les patients (et leur famille selon le cas) reçoivent des instructions de suivi compréhensibles lors de la consultation externe, de l'aiguillage ou de la sortie du patient. [preuve : par exemple, estimation des évaluations des patients dans les enquêtes auprès des patients]

Commentaires

Oui	En partie	Non
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5.2.2. Il existe une procédure convenue pour les pratiques d'échange d'informations entre les organisations pour toutes les informations pertinentes relatives aux patients. [preuve : par exemple, vérifier la disponibilité de la procédure]

Commentaires

Oui	En partie	Non
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5.2.3. L'organisation destinataire reçoit en temps voulu un résumé écrit de l'état et des besoins de santé du patient, ainsi que des interventions fournies par l'organisme ayant effectué l'aiguillage. [preuve : par exemple, disponibilité d'un exemplaire]

Commentaires

Oui	En partie	Non
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5.2.4. Le cas échéant, un plan de réhabilitation décrivant le rôle de l'organisme et des partenaires coopérateurs est documenté dans le dossier du patient. [preuve : par exemple, examen des dossiers]

Commentaires

Oui	En partie	Non
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Norme 5

Continuité et coopération

INDICATEURS COMPLÉMENTAIRES

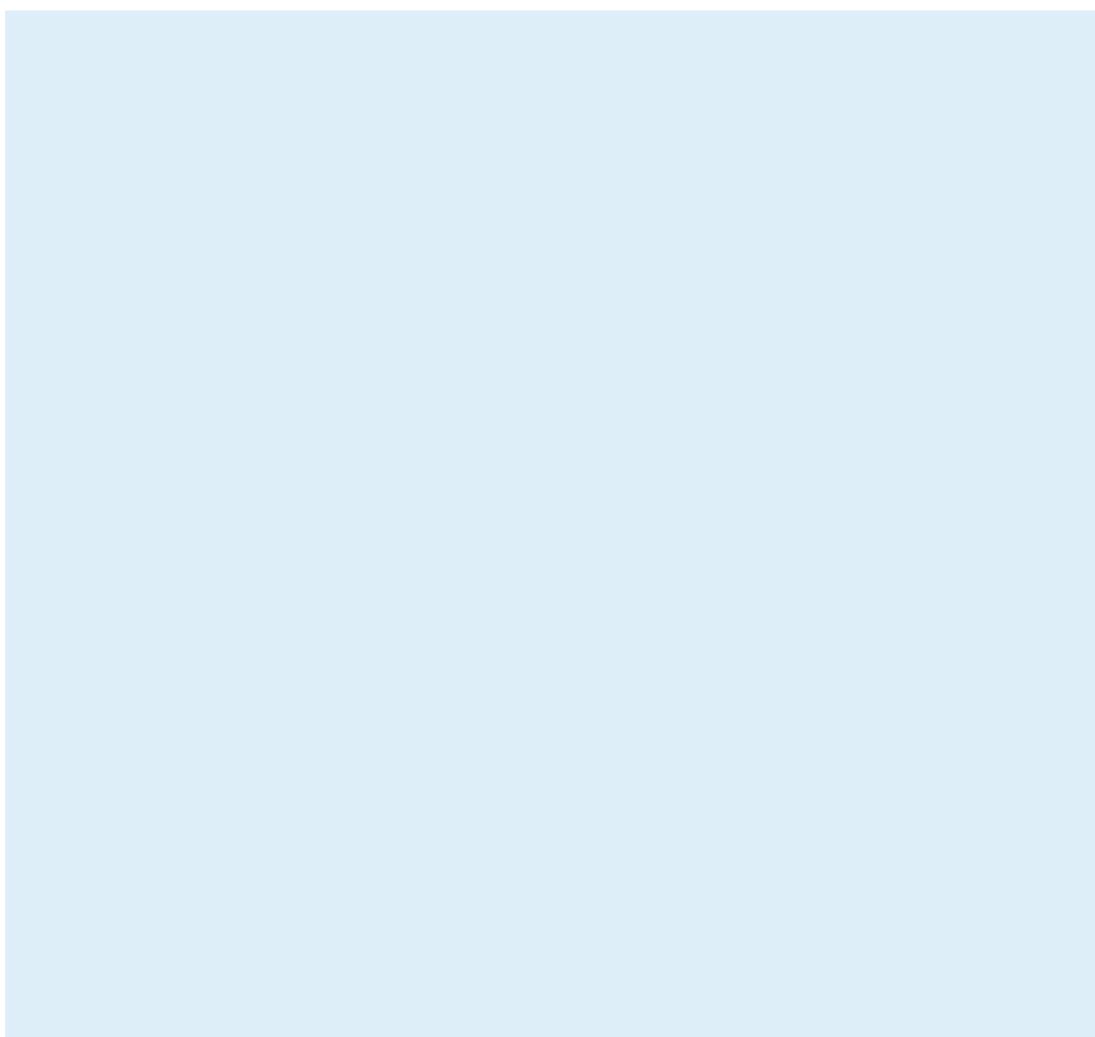
% des comptes-rendus d'hospitalisation envoyés au médecin traitant ou à l'établissement de sortie dans les deux semaines ou remis au patient

% de réadmission en soins ambulatoires dans les 5 jours

% de patients préparés à leur sortie (c'est-à-dire informés sur leur état de santé, les facteurs de risque et les symptômes de rémissions, etc.)

AUTRES INDICATEURS

(indicateurs locaux à prendre en compte pour le plan d'action)



Norme 5

Continuité et coopération

PLAN D'ACTION

	Action	Responsabilité	Délai	Résultat attendu
Remarques générales				
5.1				
5.2				



Évaluation globale de la conformité aux normes

1 Politique de gestion

Total

Oui	En partie	Non
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
9	9	9

2 Évaluation des patients

Total

Oui	En partie	Non
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7	7	7

3 Information et intervention auprès des patients

Total

Oui	En partie	Non
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6	6	6

4 Promotion de milieux de travail sains

Total

Oui	En partie	Non
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10	10	10

5 Continuité et coopération

Total

Oui	En partie	Non
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8	8	8

NOTE GLOBALE

Oui	En partie	Non
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
40	40	40

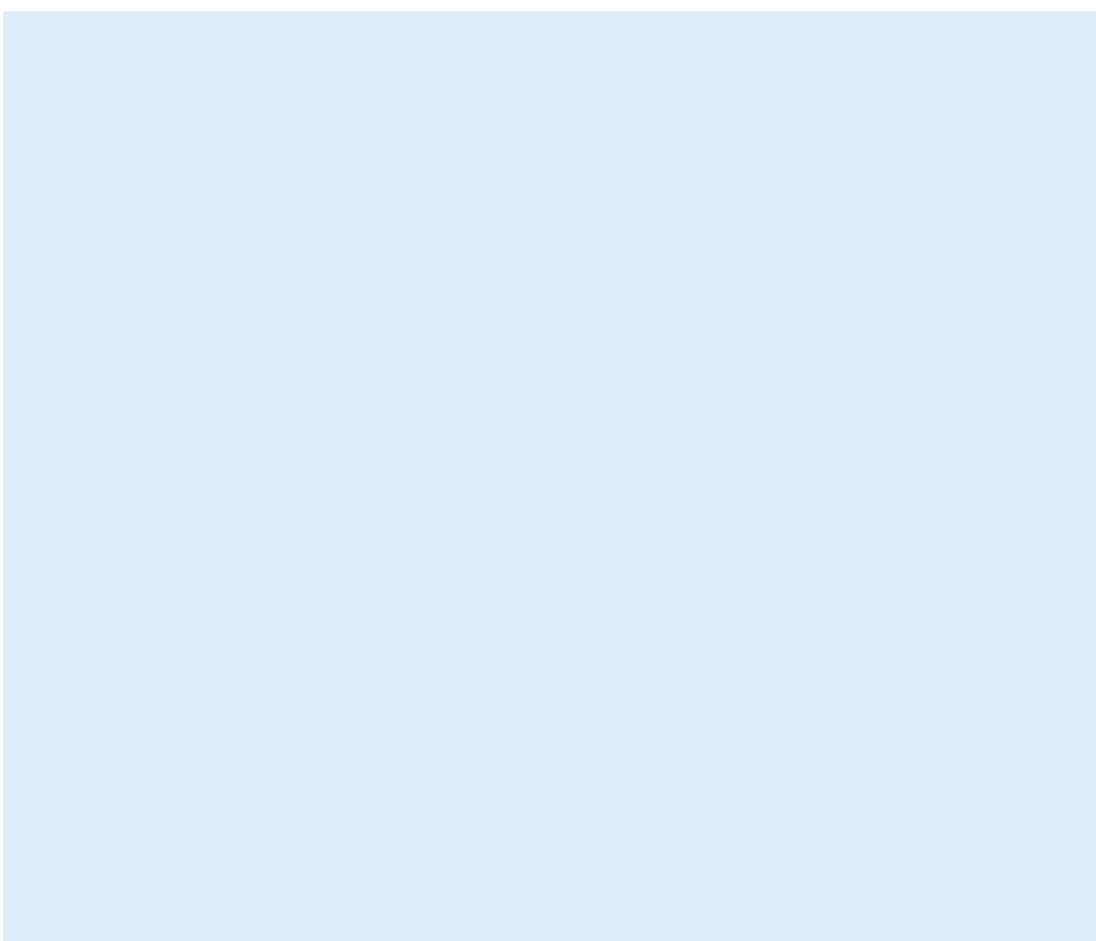


Plan d'action global

ACTIONS GÉNÉRALES



ACTIONS LIÉES À L'ÉVALUATION DE NORMES ET D'INDICATEURS SPÉCIFIQUES



4 | Fiches descriptives des indicateurs

Une fiche descriptive a été préparée pour chaque indicateur proposé⁽³⁰⁾. Les fiches descriptives contiennent une définition opérationnelle, la raison ainsi que la justification de leur utilisation (charge, importance, prévalence, potentiel d'amélioration), les sources de données, la stratification, la validité et le guide d'interprétation.

Il convient de souligner que certains des indicateurs proposés ne peuvent être décrits comme des indicateurs cliniques au regard des codes de classification internationale des maladies, car ils reposent plutôt sur des mesures d'enquête ou des procédures d'audit. La validité et la fiabilité de certains indicateurs restent limitées par rapport aux indicateurs cliniques bien établis, les indicateurs sur les activités de promotion de la santé dans les hôpitaux étant encore en cours de développement. Les fiches descriptives figurant sur les pages suivantes doivent être mises à jour périodiquement pour refléter les nouvelles données ainsi que les évaluations de validité de ces indicateurs. Un aperçu complet des indicateurs cliniques et des indicateurs relatifs à la qualité des soins de santé est disponible en ligne⁽³¹⁾.

SECTION 1 Justification et description

Cette section explique les raisons pour lesquelles l'indicateur doit être utilisé. Il est essentiel de préciser ce que l'indicateur est censé mesurer, ses forces et ses limites. Il apparaît nécessaire que les utilisateurs comprennent l'importance que revêt la collecte des données pour les encourager dans cette démarche.

SECTION 2 Définition opérationnelle

L'objectif de cette section vise à partager un langage commun. Des définitions opérationnelles sont fournies pour assurer l'uniformité de la collecte des données, aussi bien longitudinalement qu'à travers les hôpitaux et les pays. Si des indicateurs doivent être utilisés pour des comparaisons, les définitions opérationnelles (et les données sous-jacentes) doivent être standardisées.

SECTION 3 Source et stratification des données

Dans cette section, nous fournissons quelques informations sur les problèmes de collecte des données. Étant donné que l'objectif principal de ce projet n'est pas d'effectuer une analyse comparative entre les organisations, la clarté des définitions et l'homogénéité des procédures de collecte ne sont importantes que pour améliorer la fiabilité et la validité des indicateurs d'analyse longitudinale. Pour certains indicateurs, nous fournissons des informations sur les données à collecter, les données disponibles, la façon dont elles sont recueillies ainsi que les mécanismes de contrôle de la qualité des données.

SECTION 4 Guide d'interprétation

La dernière section fournit des informations sur l'utilisation des résultats des indicateurs. L'objectif de ce projet est d'encourager la réflexion sur les pratiques actuelles et d'initier des actions d'amélioration de la qualité sur la base des résultats de l'autoévaluation. À cette fin, les indicateurs ne doivent pas être simplement considérés comme une déclaration de bonne ou de mauvaise performance, ni être interprétés isolément.

(30) Certains des indicateurs retenus convergent avec ceux sélectionnés dans l'Outil d'évaluation de la performance de l'OMS pour l'amélioration de la qualité des hôpitaux (*Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals, PATH*). Pour ces indicateurs, nous avons utilisé la même définition. Pour de plus amples informations sur le projet PATH, veuillez consulter www.euro.who.int/ihb

(31) National quality measures clearinghouse (www.qualitymeasures.ahrq.gov – accessed 08 May 2006).



Tableau 2 Fiche descriptive de sensibilisation du personnel à la politique

DOMAINE	POLITIQUE DE GESTION
Indicateur 1	Pourcentage du personnel sensibilisé à la politique de promotion de la santé
Justification et description	<p>L'objectif principal de cette norme vise à faire en sorte que la direction élabore une politique de promotion de la santé ciblée sur le personnel, les patients et les proches. Les composantes essentielles de ce processus sont les suivantes : définition des responsabilités, développement des compétences et identification des infrastructures.</p> <p>Étant donné que l'objectif n'est pas d'évaluer ici directement la conformité aux normes et aux sous-normes, mais plutôt leur mise en œuvre continue, on pourrait considérer que la sensibilisation du personnel à la politique et à son contenu est une mesure de performance indirecte et représentative, mais fortement associée. Le personnel bien qu'informé peut ne pas être satisfait de la politique mise en œuvre. Pour autant, cette mesure reste concluante car elle met l'accent sur des processus de travail démocratiques et transparents.</p>
Numérateur	Nombre de membres du personnel pouvant nommer les principaux éléments de la politique de promotion de la santé
Dénominateur	Ensemble du personnel
Source de données	Méthodes d'audit ou d'enquête. De nombreux hôpitaux réalisent des enquêtes répétées sur la santé et la satisfaction du personnel, et des éléments pourraient être inclus pour évaluer la sensibilisation du personnel à la politique de promotion de la santé de la direction. Sinon, une enquête <i>ad hoc</i> basée sur un échantillon de commodité peut être considérée comme une mesure raisonnable pour obtenir des données sur cet indicateur.
Stratification	Par départements, par groupes professionnels
Notes/interprétation	<p>Cet indicateur n'a pas fait l'objet d'une évaluation systématique. Cependant, des indicateurs similaires évaluant la sensibilisation du personnel aux principes directeurs de l'organisation sont disponibles et se sont avérés concluants⁽³²⁾. Il existe une riche littérature en sciences organisationnelles décrivant l'impact de l'implication du personnel sur l'efficacité organisationnelle⁽³³⁾. La sensibilisation des membres du personnel à la politique de gestion reflète une bonne communication entre la direction et le personnel. Cette communication étant elle-même une question importante qui peut conduire à soutenir les prises de décision de la direction, la construction d'une identité partagée et les processus d'apprentissage organisationnel.</p> <p>En revanche, la sensibilisation seule ne suffit pas à assurer une action de promotion de la santé auprès des personnels, en particulier si les personnels ne disposent pas des ressources nécessaires à la mise en œuvre de cette politique. L'indicateur est donc utile pour suivre la communication des politiques de gestion auprès des collaborateurs, il ne mesure pas les performances réelles de promotion de la santé. Après la progression initiale dans le cycle du PDCA, les mesures ultérieures peuvent porter sur la connaissance des membres du personnel sur le contenu de la politique et l'évaluation des ressources pour la mettre en œuvre.</p>

(32) Roberts KH. Managing high reliability organizations. Calif Manage Rev 1990, 32: 101-113.

(33) Dierkes M, Antal AB, Child J, Nonaka I. Handbook of organization learning and knowledge. Open University Press, 2001.



Tableau 3 Fiche descriptive de sensibilisation des patients (et des proches)

DOMAINE	POLITIQUE DE GESTION
Indicateur 2	Pourcentage de patients (et de parents) sensibilisés aux normes de promotion de la santé
Justification et description	<p>Comme mentionné précédemment, les patients doivent connaître la politique de promotion de la santé pour en tirer le meilleur profit. Les patients qui sont informés de la politique sont plus susceptibles de demander des informations supplémentaires sur leur état de santé, sur les changements de mode de vie et sur d'autres institutions, associations ou groupes d'entraide. Plus le patient sera responsabilisé, plus il demandera d'informations pour comprendre son état de santé, le processus de soins de santé et les implications le liées à son suivi.</p> <p>Il est prouvé que les patients mieux responsabilisés ont de meilleurs résultats en matière de santé⁽³⁴⁾. De même, ces informations devraient être communiquées aux proches. Toutefois, la collecte de données peut s'avérer plus lourde car il n'existe pas de procédure d'enregistrement systématique des visites de tiers à l'hôpital dans le dossier du patient.</p>
Numérateur	Nombre de patients sensibilisés à la politique de promotion de la santé
Dénominateur	Ensemble des patients
Source de données	Méthodes d'enquête. Dans de nombreux pays, les hôpitaux envoient des questionnaires de satisfaction après la sortie de l'hôpital pour obtenir les avis et les expériences des patients sur les soins dispensés. Cette enquête peut inclure un point sur la sensibilisation des patients à la politique de promotion de la santé. Les entretiens de sortie pourraient également être utilisés pour évaluer, sur un échantillon de patients le niveau d'information relatif à la politique mise en œuvre.
Stratification	Pour l'hôpital : par département. Pour le patient : par âge, sexe et parcours éducatif.
Notes/interprétation	Cet indicateur n'a pas fait l'objet d'une évaluation rigoureuse. Cependant, il existe un ensemble de données de recherche sur le lien entre responsabilisation et santé. Cet indicateur est utile pour suivre la manière dont les professionnels de santé communiquent avec le patient et mesurer s'ils sont capables d'expliquer ce que fait leur hôpital en matière de promotion de la santé. Après la progression initiale dans le cycle PFVA, les mesures suivantes peuvent aborder la connaissance des patients concernant des interventions spécifiques de promotion de la santé qu'ils ont reçues ou qu'ils considèrent comme importantes. Ces informations pourraient être utiles pour lancer de nouvelles activités de promotion de la santé.

(34) McKee M. dans : The evidence for health promotion effectiveness. Report for the European Commission by the International Union for Health Promotion and Education. Brussels. 2000.



Tableau 4 Fiche descriptive du pourcentage du budget de promotion de la santé

DOMAINE	POLITIQUE DE GESTION
Indicateur 3	Pourcentage du budget dédié aux activités de promotion de la santé du personnel
Justification et description	<p>Cet indicateur concerne les ressources financières directes disponibles pour la formation, les réunions et les infrastructures liées à la promotion de la santé (PS). On dispose de peu de données sur l'étendue des activités de promotion de la santé dans les hôpitaux. Une enquête menée auprès d'un échantillon de plus de 1 400 entreprises dans sept pays européens indique que "les activités qui pourraient être considérées comme relevant du domaine de la promotion de la santé (par exemple, les politiques en matière d'alimentation, d'alcool ou de tabac) ont tendance à être rares"⁽³⁵⁾.</p> <p>Les domaines d'activités de promotion de la santé peuvent être regroupés comme suit : 1) dépistage ; 2) promotion de comportements sains ; 3) interventions organisationnelles ; 4) sécurité/environnement physique ; 5) social et bien-être. Illustrations : programme de sevrage tabagique en milieu de travail, service de consultation sur le stress, garderie en milieu de travail, vaccins contre la grippe, dépistage de la dépendance à l'alcool, etc.</p> <p>L'attribution de financements au sein des hôpitaux varie considérablement entre les pays, le statut public/privé et le budget total disponible. Cela dépend également des politiques et de la législation nationale en matière de promotion de la santé sur le lieu de travail. Il en résulte que les hôpitaux sont évalués uniquement sur le budget des activités de promotion de la santé, et non sur le volume et la qualité de leurs activités ; ils pourraient tout aussi bien définir un budget sans être convaincus de son utilité ni sans l'utiliser réellement.</p>
Numérateur	Budget des activités dédiées à la promotion de la santé du personnel
Dénominateur	Effectif moyen sur la période (alternative : effectif moyen temps plein)
Source de données	Décision financière
Stratification	Selon le domaine de promotion de la santé (voir définitions ci-dessus)
Notes/interprétation	Cet indicateur n'a pas fait l'objet d'une évaluation rigoureuse. Il n'existe aucune preuve permettant de confirmer que la définition d'un budget de promotion de la santé puisse avoir un impact sur l'étendue et la qualité des activités de santé. Cependant, même si les activités ne produisent pas les résultats escomptés, leur mise en œuvre peut être considérée comme une préoccupation pour la santé du personnel.

(35) European Foundation for the Improvement of Living and Working Condition (EFILWC) Workplace Health Promotion in Europe - Programme summary. Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities, ed., 1997: 40.



Tableau 5 Fiche descriptive pour les patients évalués pour des facteurs de risque génériques

DOMAINE	ÉVALUATION DES PATIENTS
Indicateur 4	Pourcentage de patients évalués pour des facteurs de risque génériques
Justification et description	L'indicateur mesure si les patients ont été évalués pour des facteurs de risque génériques. Les facteurs de risque génériques jouent un rôle dans le développement de nombreuses maladies, mais souvent ils ne sont ni évalués ni enregistrés dans les dossiers médicaux ou infirmiers. L'objectif de l'indicateur vise à soutenir une évaluation systématique de tous les patients pour des facteurs de risque génériques et de les documenter afin qu'ils soient disponibles pour d'autres professionnels de santé que ceux effectuant l'évaluation.
Numérateur	Nombre total de patients dont les dossiers indiquent qu'ils ont été évalués pour des facteurs de risque, notamment le tabagisme, la nutrition et l'alcool.
Dénominateur	Nombre de patients (dans un échantillon aléatoire)
Source de données	Audit clinique des dossiers médicaux ou infirmiers (échantillon)
Stratification	À stratifier par âge
Notes/interprétation	-



Tableau 6 Fiche descriptive pour les patients évalués pour des facteurs de risque spécifiques

DOMAINE	ÉVALUATION DES PATIENTS
Indicateur 5	Pourcentage de patients évalués pour des facteurs de risque spécifiques à une maladie conformément aux lignes directrices
Justification et description	<p>L'indicateur mesure si les patients ont été évalués pour des facteurs de risque, conformément aux lignes directrices. De nombreuses hospitalisations pour affections chroniques peuvent être liées à des facteurs de risque fortement impliqués dans le développement de la maladie, par exemple le tabagisme, la consommation excessive d'alcool, une mauvaise alimentation ou le manque d'activité physique.</p> <p>Les hôpitaux fournissent souvent des soins pour atténuer les symptômes d'une maladie chronique sans s'attaquer aux facteurs de risque sous-jacents. Bien qu'il ne soit pas nécessairement de la responsabilité de l'hôpital de fournir par exemple des programmes de sevrage tabagique intensifs, il devrait néanmoins : a) fournir au patient de l'information sur l'endroit où obtenir de tels services ; et b) informer le médecin traitant de la présence de facteurs de risque agissant sur l'état de santé du patient.</p>
Numérateur	Nombre total de patients dont les dossiers indiquent qu'ils ont été évalués en fonction des facteurs de risque par rapport aux lignes directrices, y compris le tabagisme, la nutrition et l'alcool.
Dénominateur	Nombre de patients (dans un échantillon aléatoire)
Source de données	Audit clinique des dossiers médicaux ou infirmiers (échantillon)
Stratification	À stratifier par âge
Notes/interprétation	Contrairement à l'indicateur n°4, l'indicateur présent met l'accent sur des maladies spécifiques et s'appuie sur l'utilisation de lignes directrices dans le processus d'estimation. Pour des conditions spécifiques, il existe des facteurs de risque concrets qui vont au-delà des facteurs de risque génériques tels que le tabagisme et le manque d'activité physique.



Tableau 7 Fiche descriptive de la satisfaction du patient

DOMAINE	ÉVALUATION DES PATIENTS
Indicateur 6	Résultats des enquêtes sur la satisfaction des patients effectuées à l'aide de la procédure d'évaluation
Justification et description	Les questionnaires de satisfaction des patients sont un outil accepté pour évaluer la qualité globale des soins du point de vue du patient. L'évaluation est souvent effectuée à la sortie ou peu de temps après (à J+15 jours). Les questionnaires de satisfaction des patients sont un outil utile pour évaluer la qualité globale des soins ; bien que les patients ne soient pas toujours en mesure d'évaluer les composantes techniques de l'intervention pour laquelle ils ont été admis, ils sont les mieux placés pour évaluer les questions de soins : comme le respect de la vie privée, la continuité des soins, la confidentialité, le sentiment que tous leurs besoins, y compris leurs émotions, ont été pris en compte. Les questionnaires portant sur la satisfaction et l'expérience des patients sont un outil essentiel pour évaluer ces différents aspects du soin, que le projet des hôpitaux promoteurs de santé vise à favoriser.
Numérateur	Résultats des enquêtes (par exemple, patients satisfaits des soins – selon utilisation de l'outil d'évaluation ; les hôpitaux peuvent choisir leur propre point de repère suivant la cible envisagée).
Dénominateur	Ensemble des patients
Source de données	Enquête
Stratification	Par service hospitalier et par âge, sexe et parcours éducatif des patients
Remarques	<p>Souvent, les hôpitaux utilisent des méthodes d'enquêtes élaborées en interne qui peuvent créer des biais dans l'évaluation de la satisfaction ou de l'expérience du patient (bien qu'un certain nombre d'outils d'enquête soient disponibles en ligne dans différentes langues).</p> <p>Nous recommandons vivement l'utilisation d'un outil d'évaluation standardisé ayant fait l'objet d'une validation psychométrique complète. Par exemple, le questionnaire Picker⁽³⁶⁾, ServQual⁽³⁷⁾ ou l'Évaluation du plan de santé de l'utilisateur⁽³⁸⁾.</p>

(36) Jenkinson C, Coulter, A, Bruster S. The Picker patient experience questionnaire: development and validation using data from in-patient surveys in cinq countries. *International Journal for Quality in Health Care*, 2002, 14: 353-358.

(37) Buttle F. SERVQUAL: review, critique, research agenda. *European Journal of Marketing*, 1996, 30 (1): 8-32

(38) Hibbard JH, Slovik P, Jewett JJ. Informing consumer decisions in health care: implications from decision-making research. *The Milbank Quarterly*, 1997, 75(3): 395-414.



Tableau 8 Fiche descriptive pour la formation des patients à l'autogestion

DOMAINE	INFORMATION ET INTERVENTION AUPRÈS DES PATIENTS
Indicateur 7	Pourcentage de patients formés à des actions particulières d'autogestion de leur état de santé
Justification et description	<p>Les patients atteints de maladies chroniques reçoivent une grande quantité de soins. Cependant, l'hospitalisation n'est qu'une petite composante de la chaîne de soins requise par les patients chroniques. D'autres composantes des soins sont dispensées en dehors de l'hôpital en ambulatoire, ou prises en charge par le patient lui-même et ses proches. Pour améliorer la qualité des soins et réduire les dépenses du système de santé, il est nécessaire de renforcer le rôle du patient dans le processus de prise en charge. Pour impliquer plus activement les patients dans le processus de prise en charge, il est indispensable de leur fournir davantage d'informations sur leur état de santé et les actions existantes.</p> <p>Les patients mieux éduqués ont montré qu'ils présentent moins de complications et de réadmissions, ce qui contribue à la fois à la qualité de vie et à la maîtrise des coûts^(39, 40).</p>
Numérateur	Patients pouvant nommer des actions pour gérer eux-mêmes leur maladie
Dénominateur	Ensemble des patients (échantillon)
Source de données	Enquête, entretiens
Stratification	Départements, âge, sexe
Remarques	La méthode d'enquête doit spécifier l'action principale que le patient peut effectuer en matière de gestion de sa maladie.

(39) Tattersall RL. The expert patient: a new approach to chronic disease management for the twenty-first century. *Clinical Medicine*, 2002, 2(3): 227-9.

(40) Lorig K. et al. Evidence suggesting that a chronic disease self-management program can improve health status while reducing hospitalization: a randomized trial. *Medical Care* 1999, 37(1): 5-14.



Tableau 9 Fiche descriptive pour l'éducation des facteurs de risque des patients

DOMAINE	INFORMATION ET INTERVENTION AUPRÈS DES PATIENTS
Indicateur 8	Pourcentage de patients éduqués sur la modification des facteurs de risque et les possibilités de traitement dans la gestion de leur état de santé
Justification et description	Idem indicateur n° 7 Noter que l'accent est mis ici sur les besoins spécifiques
Numérateur	Patients pouvant nommer des actions leur permettant de gérer eux-mêmes leur maladie
Dénominateur	Patients diagnostiqués pour une affection spécifique (par exemple, AVC, bronchopneumopathie chronique obstructive, infarctus du myocarde, diabète sucré)
Source de données	Enquêtes, entretiens
Stratification	Département, âge, sexe, état de santé
Remarques	L'enquête doit préciser les principaux enjeux de la modification des facteurs de risque et les options de traitement de la maladie pour chaque affection que le patient doit être en mesure de nommer. L'indicateur est proche de l'indicateur n° 7. Ils peuvent être collectés simultanément avant stratification par état de santé.



Tableau 10 Fiche descriptive du résultat d'information/intervention concernant les patients

DOMAINE	INFORMATION ET INTERVENTION AUPRÈS DES PATIENTS
Indicateur 9	Résultats des enquêtes sur les expériences des patients concernant les procédures d'information et d'intervention
Justification et description	<p>Idem n° 6. Les questionnaires portant sur les expériences des patients sont des outils reconnus pour évaluer la qualité globale des soins du point de vue du patient.</p> <p>Outre l'indicateur n° 6 qui évalue la qualité globale des soins, cet indicateur évalue l'expérience du processus d'information et d'intervention, par exemple le médecin a-t-il fourni des informations sur la maladie de manière suffisamment compréhensible pour le patient ?</p>
Numérateur	Résultats des enquêtes (par exemple, patients satisfaits des soins – selon utilisation de l'outil d'évaluation ; l'hôpital peut choisir son propre point de repère selon la cible qu'il vise).
Dénominateur	Ensemble des patients
Source de données	Enquête
Stratification	Par service hospitalier et par âge, sexe et parcours éducatif des patients
Remarques	<p>Souvent, les hôpitaux utilisent des méthodes d'enquêtes élaborées en interne et qui peuvent créer des biais dans l'évaluation de la satisfaction ou de l'expérience du patient, bien qu'un certain nombre d'outils d'enquête soient disponibles en ligne dans différentes langues.</p> <p>Nous recommandons vivement l'utilisation d'un outil d'évaluation standardisé ayant fait l'objet d'une validation psychométrique complète. Par exemple : le questionnaire Picker, ServQual ou l'Évaluation du plan de santé des usagers.</p>



Tableau 11 Fiche descriptive du tabagisme chez le personnel

DOMAINE	PROMOTION DE MILIEUX DE TRAVAIL SAINS
Indicateur 10	Pourcentage de fumeurs parmi le personnel
Justification et description	<p>Les hôpitaux promoteurs de santé se sont engagés à devenir Lieu de santé sans tabac. La proportion de fumeurs parmi le personnel constitue ainsi un indicateur unique reflétant le succès global de la mise en œuvre de la promotion de la santé dans les hôpitaux.</p> <p>Le tabagisme a incontestablement un effet négatif sur la santé. Malgré cela, de nombreux professionnels de santé continuent de fumer^(41, 42). Le tabagisme du personnel peut avoir un impact sur la façon dont les patients reçoivent les conseils qui leur sont donnés : les patients, admis à l'hôpital pour une affection liée à leurs habitudes tabagiques sont généralement réceptifs aux conseils qui leur sont donnés pour diminuer ou stopper leur consommation de tabac. Cependant, recevoir ces conseils de la part d'un professionnel de santé qui fume limite les chances de succès de réduction du tabagisme chez un patient fumeur.</p>
Numérateur	Nombre de fumeurs parmi le personnel
Dénominateur	Ensemble du personnel
Source de données	Enquête
Stratification	Par département, discipline, âge et sexe
Notes/interprétation	Le Réseau européen des hôpitaux sans tabac ⁽⁴³⁾ a développé une mesure d'enquête comprenant 13 questions standard permettant de comparer les différences entre les hôpitaux de plusieurs pays européens.

(41) Fichtenberg CM, GLantz SA. Effect of smoke-free workplaces on smoking behaviour: systematic review. *British Medical Journal*, 2002, 325: 188.

(42) Moller AM, Villebro N, Pedersen T, Tonnesen H. Effect of preoperative smoking intervention on postoperative complications a randomized clinical trial. *Lancet* 2002, 359: 114-117.

(43) European Network of Smoke-free hospitals (<http://ensh.free.fr> – accessed 08 May 2006).



Tableau 12 Fiche descriptive de l'arrêt du tabagisme

DOMAINE	PROMOTION DE MILIEUX DE TRAVAIL SAINS
Indicateur 11	Arrêt du tabagisme : pourcentage du nombre de personnel fumeur, ou qui ont récemment cessé de fumer, ayant reçu des conseils d'aide à l'arrêt du tabac
Justification et description	<p>Le tabagisme a un impact significatif sur la mortalité due aux maladies liées au tabagisme. Le sevrage tabagique réduit le risque de mort prématurée. Or, une proportion importante de fumeurs souhaite l'arrêt complet de leur consommation de tabac. Cette mesure vise à déterminer si les fumeurs et les personnes ayant récemment cessé de fumer (âgés de 18 ans et plus), qui ont été vus par un praticien de l'hôpital au cours de l'année de mesure, ont reçu des conseils pour arrêter de fumer.</p> <p>Il a été démontré que les conseils des cliniciens en matière d'arrêt du tabagisme améliorent les taux d'arrêt de 30 %⁽⁴⁴⁾.</p>
Numérateur	Nombre des membres du personnel ayant répondu à l'enquête et indiqué avoir reçu les conseils d'un praticien de l'organisation pour arrêter de fumer, au cours de l'année de mesure.
Dénominateur	Nombre de professionnels ayant répondu à l'enquête en indiquant être fumeur ou ayant récemment arrêté de fumer, qui ont effectué une ou plusieurs visites chez un praticien de l'organisation au cours de l'année de mesure.
Source de données	Données administratives et recherche des patients et qualité (Agence for Healthcare Research and Quality – AHRQ).
Stratification	Stratifié par départements, profession, sexe et âge
Notes/interprétation	Il s'agit d'un indicateur standard dans le système HEDIS. Pour des spécifications détaillées concernant les mesures du National Committee for Quality Assurance (NCQA), voir <i>HEDIS Volume 2 : Technical Specifications</i> , disponible sur le site web www.ncqa.org .

(44) National Quality Measures Clearinghouse (<http://www.qualitymeasures.ahrq.gov/> – accessed 08 May 2006).



Tableau 13 Fiche descriptive de l'expérience du personnel

DOMAINE	PROMOTION DE MILIEUX DE TRAVAIL SAINS
Indicateur 12	Résultats des enquêtes sur les conditions de travail auprès du personnel
Justification et description	Il existe un éventail d'instruments pour évaluer les expériences du personnel en matière de conditions de travail. Les résultats du questionnaire sur le contenu du travail (mesurant les exigences psychologiques, la latitude de décision dans les tâches et le soutien social sur le lieu de travail) sont associés à des absences de maladie médicalement certifiées et non certifiées chez les infirmières ⁽⁴⁵⁾ . Cet indicateur est fortement lié à l'indicateur n° 10 (la satisfaction étant corrélée négativement à l'absentéisme).
Numérateur	Résultats des enquêtes (par exemple, personnel satisfait des conditions de travail – selon utilisation de l'outil d'évaluation ; l'hôpital peut choisir son propre point de repère selon la cible envisagée).
Dénominateur	Ensemble du personnel
Source de données	Enquête
Stratification	Par service hospitalier et par âge, sexe et parcours éducatif des patients
Remarques	La méthode d'enquête peut être choisie par l'hôpital. Exemple : questionnaire de Karasek sur le contenu du travail ⁽⁴⁶⁾ . Les résultats des enquêtes réalisées auprès du personnel peuvent également fournir des informations disponibles. Cependant, il est plutôt recommandé d'utiliser des méthodes d'enquêtes ayant prouvé leur validité et leur fiabilité.

(45) Bourbonnais R, Mondor M. Job strain and sickness absence among nurses in the Province of Quebec. *American Journal of Industrial Medicine*, 2001, 39:194-202.

(46) Karasek R, Brisson C, Kawakami N et al. The job content questionnaire: an instrument for internationally comparative assessments of psychosocial job characteristics. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1998, 3(4): 322-5.



Tableau 14 Fiche descriptive de l'absentéisme de courte durée

DOMAINE	PROMOTION DE MILIEUX DE TRAVAIL SAINS
Indicateur 13	Pourcentage d'absences de courte durée
Justification et description	<p>L'absentéisme pèse lourdement sur le fonctionnement hospitalier : coût de compensation lié à la perte d'heures de travail, augmentation de la charge de travail du personnel restant, perte de productivité, perte de qualité en cas de non remplacement du personnel qualifié. L'absence de courte durée est particulièrement troublante en raison de sa nature imprévisible. Elle laisse moins de temps pour ajuster le planning, prendre des mesures pour remplacer le travailleur absent...</p> <p>Cependant, l'absentéisme a aussi un impact positif : l'absentéisme à court terme peut être une stratégie d'adaptation efficace en présence de conditions stressantes. « Travail malgré la maladie » : dans les pays de la Communauté des Etats Indépendants (CEI), les personnels sont de plus en plus nombreux à se rendre au travail malgré leur maladie, principalement par crainte de licenciement ou pour des raisons financières (perte de revenus)⁽⁴⁷⁾. En Europe, le taux d'absentéisme (y compris incapacité temporaire et permanente) varie de 3,5 % au Danemark à 8 % au Portugal⁽⁴⁸⁾. Différentes interventions peuvent réduire l'absentéisme au niveau de l'hôpital : programmes d'assistance aux personnels, programmes de formation, changements de politique pour accroître la responsabilité des personnels en cas d'absence, changements dans la planification, horaires flexibles, systèmes de jeux ou de jetons. Les variables explicatives conjoncturelles de l'absentéisme comme la permissivité organisationnelle, les problèmes de rôle, les salaires et les caractéristiques du travail relèvent en partie de la compétence de l'hôpital⁽⁴⁹⁾.</p>
Numérateur	Nombre de jours d'absence justifiée (médicalement ou non) pendant sept jours ou moins consécutifs (absentéisme de courte durée) ou 30 jours ou plus (absentéisme de longue durée), hors vacances, parmi les personnels infirmiers et aides-soignants.
Dénominateur	Nombre total de jours annuels stipulés par contrat équivalent au temps plein personnel infirmier ou aide-soignant (ex : 250 jours)
Source de données	Système d'information de routine au niveau hospitalier ou départemental, ou données des compagnies d'assurance maladie
Stratification	Collecter les données par âge, sexe et qualification (personnel infirmier ou aide-soignant)
Notes/interprétation	Cet indicateur est mesuré uniquement pour les personnels infirmiers ou aide-soignant. Le personnel administratif, le personnel auxiliaire et les médecins ne sont pas inclus. Les congés maternité, y compris les congés préventifs, sont exclus de l'absentéisme de longue durée. Cependant, les congés maladie pendant la grossesse sont inclus.

(47) Arford CW. Failing health systems: Failing health workers in Eastern Europe. Report on the Basic Security Survey for the International Labour Office and Public Services International Affiliate in the Health Sector in Central and Eastern Europe. Geneva, International Labour Office, 2001 (Available on www.ilo.org/ses – accessed 08 May 2006).

(48) European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions - European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 1997.

(49) Dalton DR, William DT. Turnover, transfer, absenteeism: an independent perspective. *Journal of Management*, 1993, 19(2): 193-219.



Tableau 15 Fiche descriptive des blessures professionnelles

DOMAINE	PROMOTION DE MILIEUX DE TRAVAIL SAINS
Indicateur 14	Pourcentage de blessures professionnelles
Justification et description	<p>Le personnel hospitalier peut être exposé à des risques sanitaires élevés tels que l'exposition au VIH ou d'autres virus transmis par le sang (par exemple hépatite B et C). Le risque de transmission du virus de l'hépatite C par piqûre est estimé entre 1,8 % et 3 %. Un traitement antiviral précoce de l'infection aiguë par le virus de l'hépatite C présente des taux de guérison élevés. Les blessures agissent sur l'anxiété et la détresse des personnels⁽⁵⁰⁾ ainsi que sur le coût direct du suivi médical pour l'exposition à risque.</p> <p>Les résultats d'une méta analyse de la littérature ont montré que le taux d'accidents causés par des agents pathogènes transmissibles par le sang et/ou par des objets pointus ou tranchants – sur un échantillon de 10 000 professionnels de santé – était de 4 %, les chirurgiens étant les plus affectés⁽⁵¹⁾. Seuls 35 % des médecins respectaient les précautions universelles. Le non-respect des précautions universelles étant associé à un risque considérablement accru d'exposition percutanée au sang (AES) et cutanéomuqueuse (MCE), en particulier dans les spécialités non chirurgicales. Remarque : il est difficile de comparer les taux en raison des variations de définitions et de méthodes. The United States General Accounting Office (GAO) a estimé que 75 % des blessures par piqûre d'aiguille étaient évitables en éliminant toute utilisation inutile (25 %), en utilisant des aiguilles présentant des caractéristiques de sécurité (29 %), en utilisant des pratiques de travail plus sûres (21 %). Les blessures sont significativement associées aux caractéristiques de l'environnement de travail (contraintes de temps). Laiken et al. (1997), ont montré que travailler dans des hôpitaux intégrant des modèles de pratiques infirmières et de précaution pour éviter les contacts sanguins, présente un taux d'accidents liés à une exposition au sang plus réduit chez le personnel infirmier.</p>
Numérateur	Nombre de lésions percutanées en un an (y compris blessures par piqûre d'aiguille et blessures par objets tranchants)
Dénominateur	Nombre moyen de personnes exposées en équivalent temps plein (médecins, infirmières, spécialistes des phlébites)
Source de données	Enquête auprès du personnel sur les blessures autodéclarées, données complémentaires : déclarations d'assurance, registre spécifique des ressources humaines
Stratification	Par profession, domaine de soins (réanimation, bloc opératoire, urgences, chirurgie, médecine interne), heure de la journée (ou jours de semaine par rapport aux week-ends), expérience professionnelle
Remarques	L'indicateur pourrait également traiter toutes les blessures professionnelles et être stratifié par type de blessure

(50) Fisman DN, Mittelman MA, Sorock GS, Flarris AD. Willingness to pay to avoid sharp-related injuries: a study in injured health care workers. *AJIC: American Journal of Infection Control*, 2002, 30(5): 283-287.

(51) Trim JC, Elliott TS. A review of sharps injuries and preventive strategies, *Journal of Hospital Infection* 2003, 53(4): 237- 242.



Tableau 16 Fiche descriptive pour l'échelle de l'épuisement professionnel

DOMAINE	PROMOTION DE MILIEUX DE TRAVAIL SAINS
Indicateur 15	Résultats sur l'échelle de l'épuisement professionnel
Justification et description	<p>L'épuisement professionnel est une réponse physique, mentale et émotionnelle à des niveaux de stress élevé constant. La plupart des cas d'épuisement professionnel sont liés au travail. L'épuisement professionnel entraîne généralement une fatigue physique et mentale pouvant induire des sentiments de désespoir, d'impuissance et d'échec. L'épuisement professionnel est souvent dû à des exigences personnelles excessives (telles que des attentes très élevées vis-à-vis de soi-même) ou venant de l'extérieur (par la famille, le travail ou la société), souvent associées à des situations de travail dans lesquelles une personne se sent surchargée, sous-évaluée, confuse sur les attentes et les priorités qui doivent être les siennes, des responsabilités attribuées qui ne sont pas proportionnelles au salaire visé, inquiète par une perspective de licenciement et/ou surinvestie au travail comme à la maison⁽⁵²⁾. Alors que le stress est une « maladie pressante », l'épuisement professionnel représente un « syndrome d'affaissement ». Il s'agit de concepts différents. L'épuisement professionnel n'est pas simplement un stress excessif. Il s'agit plutôt d'une réaction humaine complexe face au stress, liée au sentiment que les ressources intérieures de l'individu ne sont pas suffisantes pour gérer les tâches et situations présentées⁽⁵³⁾.</p> <p>L'épuisement professionnel est dû (entre autres) à des changements dans l'organisation, aux exigences du poste, du supérieur hiérarchique ou du secteur, à une sous-utilisation des capacités et des compétences du personnel, au fait de se sentir piégé dans une situation qui n'apporte que peu de reconnaissance et de récompenses, de se voir attribuer plus de tâches difficiles à effectuer, de subir ses objectifs, ses conditions de travail ou d'être aux prises avec des tâches allant au-delà de ses propres capacités. Les symptômes de l'épuisement professionnel peuvent se manifester de la manière suivante : maladies psychosomatiques (problèmes psychologiques/émotionnels qui se manifestent physiquement), problèmes digestifs, maux de tête, hypertension artérielle, malaise cardiaque, fatigue extrême. Il existe plusieurs leviers permettant d'agir sur l'épuisement professionnel des personnels : l'organisation hospitalière, l'environnement, les méthodes de management⁽⁵⁴⁾.</p>
Numérateur	Résultat de l'inventaire de l'épuisement professionnel
Dénominateur	Résultat de l'inventaire de l'épuisement professionnel
Source de données	Enquête
Stratification	Par départements, sexe, groupe professionnel et âge
Notes/interprétation	La question de la corrélation entre la sévérité d'un cas et l'épuisement professionnel ou le sentiment d'insatisfaction ressenti au travail reste controversée. En comparant différents services (médecine interne, oncologie) la sévérité peut être contrôlée, ou du moins, l'impact des différents groupes de patients et des conditions de travail doivent être pris en compte.

(52) Cordes C., Dougherty TW. A review and integration of research on job burnout. *Academy of Management Review*, 1993, 18 (4): 621-656.

(53) Collins MA. The relation of work stress, hardiness, and burnout among full-time hospital staff nurses. *Journal for Nurses in Staff Development*. 1996, 12(2): 81-5.

(54) Schulz R, Greenley JR, Brown R. Organization, management, and client effects on staff burnout. *Journal of Health and Social Behavior*, 1995, 36(4): 333-45



Tableau 17 Fiche descriptive des résumés de décharge

DOMAINE	CONTINUITÉ ET COOPÉRATION
Indicateur 16	Pourcentage des comptes-rendus de sortie envoyés au médecin traitant ou à l'établissement de sortie dans les deux semaines ou remis au patient
Justification et description	<p>Indicateur de continuité des soins. Les patients chroniques ont besoin d'un suivi continu, mais souvent, la communication entre les prestataires de soins de santé et les services sociaux est insuffisante. La fragmentation des soins entraîne des retards dans la détection des complications voire une diminution de l'état de santé en raison d'évaluations irrégulières, incomplètes ou d'un suivi inadéquat ; des lacunes dans la gestion de la maladie liées à une évaluation inadéquate ou incohérente des retours exprimés par les patients ; réduction de la qualité des soins en raison de l'omission d'interventions efficaces ; détresse psychosociale non-décelée ou gérée de manière inadéquate.</p> <p>Si cet indicateur ne couvre pas l'ensemble du spectre de la continuité des soins⁽⁵⁵⁾, la collecte de données reste peu contraignante et reflète une composante importante de la continuité des soins : le flux d'informations entre les prestataires de soins secondaires et primaires.</p> <p>L'indicateur doit être stratifié par condition : l'importance des comptes-rendus de sortie varie selon l'état du patient admis. D'autres travaux peuvent porter sur des cas où le compte-rendu de sortie contient des renseignements sur les résultats de laboratoires produits à l'hôpital et nécessaires pour les soins de suivi par le médecin traitant.</p>
Numérateur	Comptes-rendus de sortie envoyés au médecin traitant ou remis au patient dans les deux semaines suivant la sortie
Dénominateur	Ensemble des comptes-rendus de sortie
Source de données	Audit administratif ou enquête
Stratification	Par département ou par professionnel
Notes/interprétation	<p>Suivant les données disponibles dans le système d'information de routine, cet indicateur peut entraîner une charge de travail élevée pour la collecte des données.</p> <p>Dans certains pays, les informations de sortie peuvent être transmises au patient à sa sortie. Bien que la transmission des informations liées à la sortie soit importante, cet indicateur ne permet pas d'en évaluer l'exhaustivité ni la pertinence. Les cycles ultérieurs d'amélioration de la qualité peuvent inclure une évaluation de ces problèmes.</p>

(55) For a review of measures of continuity of care see: Groene O. Approaches towards measuring the integration and continuity in the provision of health care services. In: Kyriopoulos, J, ed. Health systems in the world: From evidence to policy. Athens, Papazisis, 2005.



Tableau 18 Fiche descriptive des taux de réadmission

DOMAINE	CONTINUITÉ ET COOPÉRATION
Indicateur 17	Taux de réadmissions en soins ambulatoires dans les 5 jours
Justification et description	<p>Les réadmissions reflètent l'impact des soins hospitaliers sur l'état du patient après la sortie⁽⁵⁶⁾. L'hypothèse sous-jacente est que les soignants ont fait ou omis de faire quelque chose pendant le séjour précédent, ce qui a nécessité une réhospitalisation. Cela peut être lié à des soins de mauvaise qualité pendant l'hospitalisation, à une mauvaise préparation à la sortie ou à un suivi inadéquat.</p> <p>Pour être considérée comme une réadmission, quatre conditions doivent être remplies : 1) répondre à certains diagnostics ou procédures ; 2) une admission ultérieure prioritaire ou urgente (non ajournable) ; 3) un délai déterminé entre la sortie après l'épisode initial et l'admission pour réhospitalisation ; 4) l'épisode initial ne s'est pas terminé par la sortie volontaire du patient contre avis médical (ou par son décès).</p> <p>Autres critères d'exclusion potentiels : patients recevant déjà des soins continus dans une clinique de soins primaires, une chimiothérapie ou une radiothérapie ; résidant en maison de repos ou prévoyant de s'y installer; admis uniquement pour une intervention. L'asthme et le diabète sont deux affections propices aux soins ambulatoires. Pour ce type d'affection, les données indiquent que l'admission pourrait être évitée, au moins en partie, grâce à de meilleurs soins ambulatoires. Entre 9 % et 48 % des réadmissions ont été jugées évitables grâce à une meilleure éducation des patients, une évaluation préalable à la sortie et des soins à domicile⁽⁵⁷⁾.</p> <p>L'influence de l'hôpital est limitée, car les réadmissions après un séjour médical indiquent souvent la progression de la maladie plutôt que des résultats distincts des soins. En se concentrant sur les réadmissions précoces et en imposant un cadre plus strict pour la réadmission, l'impact de l'évolution naturelle de la maladie et des soins post-sortie s'en trouverait limité.</p>
Numérateur	Nombre total de patients admis par le service des urgences après la sortie – dans un délai de suivi fixe – du même hôpital et avec un diagnostic de réadmission pertinent par rapport à la prise en charge initiale
Dénominateur	Nombre total de patients admis pour un indicateur d'état de santé particulier (par exemple, asthme, diabète, pneumonie, pontage aortocoronarien)
Source de données	Systèmes d'information de routine et dossiers cliniques hospitaliers. Demandes de remboursement à l'agence d'achat.
Stratification	Ajustement selon l'âge, le sexe, la gravité. Étant donné que l'objectif de la mise en œuvre pilote n'est pas de faciliter l'étalement entre les hôpitaux, il n'est pas nécessaire d'ajouter plus d'ajustements à ce stade.
Remarques	Exclusion : les patients décédés pendant l'hospitalisation ou orientés vers un autre hôpital de soins de courte durée sont exclus

(56) Westert GP, Lagoe RJ, Keskimaki I, Leyland A, Murphy M. An international study of hospital readmissions and related uses in Europe and the USA. *Health Policy*, 2002, 61: 262-278.

(57) Benbassat J, Taragin M. Hospital readmissions as a measure of quality of health care. *Archives of Internal Medicine*, 2000, 160:1074-1081.



Tableau 19 Fiche descriptive pour préparation à la sortie

DOMAINE	CONTINUITÉ ET COOPÉRATION
Indicateur 18	Résultats de l'enquête relative au degré de préparation du patient à sa sortie
Justification et description	<p>La préparation à la sortie est particulièrement importante pour les patients souffrant de maladies chroniques et nécessitant un suivi. Les patients doivent être en mesure de comprendre leur état, de connaître les facteurs de risque et les symptômes des rémissions, de comprendre les options thérapeutiques et les régimes médicamenteux, et de suivre le programme de soins. De nombreux patients ne sont pas conscients de ces problèmes. Cela impacte la qualité des soins à long terme et peut entraîner des complications, des réadmissions et une réduction de la qualité de vie.</p> <p>Cet indicateur permet de mesurer la façon dont une organisation prépare ses patients à leur sortie. Différents outils ont été développés à cet effet. Certains questionnaires existants sur la satisfaction et l'expérience des patients incluent des éléments sur la préparation de la sortie. Il est recommandé d'utiliser les outils existants (s'ils sont disponibles) ou d'utiliser des outils standardisés et validés dans le cas contraire.</p> <p>Lorsque les outils existants doivent être adaptés, il est recommandé d'inclure les éléments suivants : « Pouvez-vous nommer la pathologie pour laquelle vous avez été admis ? », « Pouvez-vous nommer les symptômes de votre pathologie ? », « Pensez-vous avoir compris comment prendre votre traitement ? », « Savez-vous à qui vous adresser en cas de détérioration de votre état de santé ? ».</p>
Numérateur	Pour cet indicateur, le résultat doit être établi sur la base d'une mesure d'enquête
Dénominateur	Pour cet indicateur, le résultat doit être établi sur la base d'une mesure d'enquête
Source de données	Enquête
Stratification	Par départements et caractéristiques des patients (sexe, âge, état)
Notes/interprétation	L'ajustement par service et par patient peut être important car la préparation à la sortie perçue dépend de nombreux facteurs





Le glossaire ci-dessous présente les principaux termes utilisés dans ce manuel autour de thèmes majeurs tels que :

- Concepts fondamentaux
- Dimensions relatives à la qualité
- Parties prenantes
- Procédures d'évaluation / Collecte des données
- Compréhension des mesures
- Interprétation des résultats
- Activités de promotion de la santé
- Actions d'amélioration de la qualité

Les termes ont été compilés à partir de glossaires standards tels que ceux de l'International Society for Quality in Health Care (ISQuA) ⁽⁵⁸⁾, de la Joint Commission International (JCI) ⁽⁵⁹⁾ et de l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé ⁽⁶⁰⁾, etc.

Concepts fondamentaux

Besoin

Besoin physique, mental, émotionnel, social ou spirituel relatif au bien-être. Les personnes qui ont des besoins peuvent être ou non capables de les percevoir ou de les exprimer. Les besoins doivent être distingués des demandes qui correspondent à l'expression d'un désir.

Culture

Un système commun de valeurs, croyances et comportements.

Développement sanitaire

Le développement sanitaire est le processus d'amélioration continue et progressive de l'état de santé des individus et des groupes dans une population.

Références : Terminology Information System. WHO, Geneva, 1997.

La déclaration de Jakarta décrit la promotion de la santé comme un élément essentiel du développement sanitaire.

Droits

Quelque chose qui peut être revendiqué comme étant juste, équitable, légale ou morale.

Description officielle des services que les clients peuvent attendre et exiger d'une organisation.

Éthique

Normes de conduite moralement adéquates.

(58) International Society for Quality in Health Care: <http://www.isqua.org.au/isquaPages/Links.html> – accessed 08 May 2006.

(59) Joint Commission International <http://www.jointcommission.org/> – accessed 08 May 2006.

(60) European Observatory on Health Systems and Policies: <http://www.euro.who.int/observatory/glossary/toppage> – accessed 08 May 2006.



Mission

Une déclaration écrite générale dans laquelle l'organisation énonce ce qu'elle fait et pourquoi elle existe. La mission distingue les organisations les unes des autres.

Obligation de rendre compte

Responsabilité et obligation de répondre de ses tâches ou activités. Cette responsabilité ne peut être déléguée et doit être transparente.

Philosophie

Une déclaration de principes et de croyances émise par l'organisation sur laquelle elle se base pour gérer et dispenser des services.

Risque

Risque ou possibilité de danger, de perte ou d'accident. Il peut s'agir de la santé et du bien-être du personnel et du public, des biens, de la réputation, de l'environnement, du fonctionnement organisationnel, de la stabilité financière, de la part de marché et d'autres indicateurs de valeur.

Santé

La santé est définie dans la constitution de 1948 de l'OMS comme un état de bien-être physique, social et mental complet qui ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité. Dans le contexte de la promotion de la santé, on a considéré que la santé n'était pas un état abstrait, mais plutôt un moyen d'atteindre un but ; sur le plan fonctionnel, il s'agit d'une ressource qui permet de mener une vie productive sur le plan individuel, social et économique. La santé est une ressource de la vie quotidienne, et non un but. Il s'agit d'un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles, ainsi que les capacités physiques.

Valeurs

Principes, croyances ou déclarations philosophiques guidant le comportement et pouvant impliquer des enjeux sociaux ou éthiques.

Vision

Description de ce que l'organisation aimerait être.

Dimensions relatives à la qualité

Accès

Capacité des clients ou des clients potentiels à obtenir les services requis ou disponibles quand ils en ont besoin et en temps opportun.

Adéquation

Le degré de cohérence entre le service offert et les besoins exprimés par le client, conformément aux meilleures pratiques actuelles.

Adéquation culturelle

La conception et la prestation de services conformes aux valeurs culturelles des clients qui les utilisent.

Continuité

Prestation de services coordonnés au sein et entre des programmes et des organisations, au fil du temps.

Efficacité

Le degré de correspondance entre les meilleures pratiques actuelles et la prestation de services, d'interventions et les actions visant à respecter les objectifs et à atteindre des résultats optimaux.

Efficience

Le degré de regroupement des ressources afin d'obtenir des résultats avec un minimum de pertes, d'efforts, et en évitant de recommencer les tâches.



Qualité

Mesure à travers laquelle l'organisation répond aux besoins des clients et dépasse leurs attentes.

Sécurité

Le degré d'évitement ou de minoration d'un risque potentiel ou de résultats non souhaités.

Parties prenantes

Clients

Les patients/clients d'une organisation. Les clients internes/ le personnel de l'organisation.

Collectivité

La collectivité des individus, des familles, des groupes et des organisations qui interagissent entre eux, coopèrent à travers des activités communes, résolvent les problèmes mutuels, généralement dans une localité ou un environnement géographique.

Communauté

Un groupe spécifique de personnes, qui vivent souvent dans une zone géographique définie et partagent une culture, des valeurs et des normes communes, et sont organisées en une structure sociale en fonction des relations que la communauté a développées au fil du temps. Les membres d'une communauté acquièrent leur identité personnelle et sociale en partageant des croyances, des valeurs et des normes communes qui ont été développées par la communauté dans le passé et qui pourraient être modifiées à l'avenir. Ils sont conscients de leur identité de groupe, partagent des besoins communs et s'engagent à les satisfaire.

Gouvernance

La fonction qui consiste à déterminer l'orientation de l'organisation, ses objectifs ; à développer la politique sur laquelle elle se base pour réaliser sa mission ; à suivre la réalisation de ces objectifs et la mise en œuvre de cette politique.

Instances dirigeantes

Personnes, groupe ou organisme détenant l'autorité la plus haute dans l'organisation et devant rendre compte des orientations stratégiques globales ainsi que des modes de gestion de l'organisation. Aussi connues sous le nom de comité, conseil d'administration, etc.

Organisation

Comprend tous les sites et emplacements relevant de la gouvernance et des instances dirigeantes.

Organisme d'accréditation

L'organisme responsable du programme d'accréditation et de l'octroi du statut d'accréditation.

Partenaires

Les organisations avec lesquelles l'organisation travaille et collabore pour fournir des services complémentaires.

Partenariat

Relations de travail formelles ou informelles entre les organisations dans lesquelles les services peuvent être développés et fournis de manière conjointe ou partagée.

Partie prenante

Personnes, organisations ou groupes qui ont un intérêt à partager des services.

Personnel

Employés de l'organisation.

Professionnel de la santé

Personnel médical, infirmier ou auxiliaire qui dispense des traitements et des soins cliniques aux clients, appartient à une association ou un ordre professionnel et continue à être inscrit ou certifié auprès d'une autorité légalement compétente.



Procédures d'évaluation / Collecte des données

Accréditation

Un processus d'autoévaluation et d'évaluation externe par les pairs utilisé par les organisations de santé pour évaluer avec précision leur niveau de performance par rapport aux normes établies et mettre en œuvre des moyens d'amélioration continue.

Audit

Un examen et une révision systématiques indépendants afin de déterminer si les activités et résultats réels sont conformes aux dispositions prévues.

Compétence

La garantie que les connaissances et les compétences d'une personne sont adaptées au service fourni et l'assurance que les connaissances et les compétences sont régulièrement évaluées.

Complémentaire

Services ou composants qui s'intègrent les uns aux autres ou se complètent.

Confidentialité

Limites garanties à l'utilisation et à la diffusion des informations recueillies auprès de personnes ou d'organisations.

Consentement

Accord volontaire ou approbation donnée par un client.

Données

Des faits non organisés à partir desquels des informations peuvent être obtenues.

Dossier personnel

Ensemble d'informations sur un membre du personnel couvrant des questions telles que les congés, les références, les évaluations de performance, les qualifications, l'inscription et les conditions d'emploi.

Enquête

Évaluation externe par des pairs qui mesure la performance de l'organisation par rapport à un ensemble de normes convenu.

Estimation

Processus par lequel les caractéristiques et les besoins des clients, groupes ou situations sont évalués ou déterminés de manière à ce qu'ils puissent être traités. L'estimation constitue la base d'un plan de services ou d'actions.

Évaluation

Estimation du degré de réussite dans la réalisation des objectifs et des résultats attendus de l'organisation, des services, des programmes ou des clients.

Évaluation de la qualité

Collecte et analyse systématiques et planifiées des données relatives à un service, généralement axées sur le contenu du service, les caractéristiques de la prestation et les résultats clients.

Évaluation par les pairs

Processus par lequel la performance d'une organisation, d'un individu ou d'un groupe est évaluée par des membres d'organisations similaires, de même profession ou de même discipline et statut que ceux qui fournissent le service.

Expert

Réviseur externe, évaluateur de la performance organisationnelle par rapport aux normes établies.

Fiabilité

Évaluation de la cohérence des résultats grâce à des mesures répétées par différentes personnes ou par la même personne à différents moments, quand ce qui est mesuré n'a pas changé dans l'intervalle.



Information

Données qui sont organisées, interprétées et utilisées. L'information peut être écrite ou sur support audio, vidéo ou photographique.

Performance

Le processus continu par lequel un gestionnaire et un membre du personnel examinent les résultats de leur activité, fixent des objectifs de performance et évaluent les progrès accomplis.

Permis d'exercice

Processus par lequel une autorité gouvernementale accorde la permission à une personne ou à une organisation de santé d'opérer, ou à un praticien de pratiquer un métier ou une profession.

Plainte

Expression d'un problème ou d'un mécontentement à l'égard de services pouvant être verbale ou écrite.

Preuve

Données et informations utilisées pour prendre des décisions. Les preuves peuvent être tirées de la recherche, de l'expérience, des données d'indicateurs et des évaluations. Les preuves sont utilisées de manière systématique pour évaluer les options et prendre des décisions.

Qualitatif

Données et informations exprimées à l'aide de descriptions et de récits. Méthode qui étudie l'expérience des utilisateurs à travers l'observation et les entretiens.

Quantitatif

Données et informations exprimées en chiffres et en statistiques. Méthode qui étudie les phénomènes en s'appuyant sur des mesures.

Recherche

Évaluation de la cohérence des résultats grâce à des mesures répétées par différentes personnes ou par la même personne à différents moments, quand ce qui est mesuré n'a pas changé dans l'intervalle.

Résultats

Les conséquences d'un service.

Résultats de santé

Un changement de l'état de santé d'une personne, d'un groupe ou d'une population attribuable à une intervention ou à une série d'interventions planifiées, que cette intervention ait été ou non destinée à modifier l'état de santé.

Résultats intermédiaires en matière de santé

Résultats de la promotion de la santé

Système de contrôle des documents

Un système planifié destiné à contrôler la diffusion, la modification et l'utilisation de documents importants dans l'organisation, en particulier les politiques et les procédures. Le système exige que chaque document possède une identification unique et que les dates de publication, de mise à jour et d'autorisation soient indiquées. L'organisation contrôle l'émission des documents. Il est facile d'en retrouver et d'en obtenir des exemplaires ou des copies.

Systèmes d'information

Systèmes (y compris informatiques et manuels) de planification, d'organisation, d'analyse et de contrôle des données et des informations.

Validité

La validité est la capacité d'un instrument à mesurer ce qu'il doit mesurer.



Compréhension des mesures

Champ d'application

La gamme et le type de services proposés par l'organisation ainsi que toutes les conditions ou limites de couverture du service proposé.

Critère

Mesures spécifiques à prendre ou activités à réaliser pour parvenir à une décision ou à une norme.

Éléments mesurables

Les éléments mesurables d'une norme sont les exigences de la norme et sa déclaration d'intention qui seront examinées et notées pendant le processus d'enquête d'accréditation. Les éléments mesurables ne font que lister ce qui doit être en parfaite conformité avec la norme. Chaque élément est déjà reflété dans la norme ou la déclaration d'intention. La liste des éléments mesurables est destinée à apporter une plus grande clarté aux normes et à aider les organisations à éduquer le personnel sur les normes et à préparer l'enquête d'accréditation (JCI International Standards, 2003).

Indicateur

Outil de mesure de la performance, de signalement ou de dépistage utilisé comme guide pour surveiller, évaluer et améliorer la qualité des services. Les indicateurs se rapportent à la structure, au processus et aux résultats.

Norme

Niveau de performance souhaité et réalisable sur lequel la performance réelle est mesurée.

Politiques

Déclarations écrites qui servent de lignes directrices et reflètent la position et les valeurs de l'organisation sur un sujet donné.

Procédures

Séries d'instructions écrites traduisant les étapes approuvées et recommandées pour un acte ou une série d'actes particuliers.

Services

Produits de l'organisation fournis aux clients ou services de l'organisation qui fournissent des produits aux clients.

Interprétation des résultats

Étalonnage

Comparaison des résultats des évaluations des organisations aux résultats d'autres interventions, programmes ou organisations, et examen des processus par rapport à ceux d'autres organismes reconnus comme excellents, afin d'apporter des améliorations.

Meilleures pratiques

Une approche qui s'est avérée produire des résultats supérieurs, choisie par un processus systématique, et jugée comme exemplaire ou probante. Elle est ensuite adaptée à une organisation particulière.



Promotion de la santé

Aptitudes à la vie

Les aptitudes à la vie sont des capacités d'adaptation et de comportement positif qui permettent aux individus de répondre efficacement aux exigences et aux défis de la vie quotidienne.

Collaboration intersectorielle

Une relation reconnue entre une partie ou une des parties de différents secteurs de la société formée pour agir sur une question en vue d'obtenir des résultats en matière de santé ou des résultats intermédiaires, d'une manière plus efficace, efficiente ou durable que le secteur de la santé agissant seul.

Communication en matière de santé

La communication en matière de santé est une stratégie clé pour informer le public des problèmes de santé et pour maintenir les questions de santé importantes à l'ordre du jour des politiques de santé publique. L'utilisation des médias de masse et des nouvelles technologies pour diffuser des informations utiles sur la santé au public, accroît la sensibilisation aux aspects spécifiques de la santé individuelle et collective ainsi qu'à l'importance de la santé dans le développement. *Référence : adaptée de Communication, Education and Participation: A Framework and Guide to Action. OMS (AMRO/PAHO), Washington, 1996*

Comportement en matière de santé

Toute activité entreprise par une personne, quel que soit son état de santé réel ou présumé, dans le but de promouvoir, protéger ou maintenir la santé, que ce comportement soit objectivement efficace ou non.

Éducation

Enseignement et activités éducatives systématiques visant à développer ou changer les connaissances, les attitudes, les valeurs ou les compétences.

Éducation en matière de santé

L'éducation à la santé comprend des opportunités d'apprentissage consciemment construites impliquant une forme de communication conçue pour améliorer la littéracie en santé, y compris l'amélioration des connaissances, et le développement d'aptitudes de vie favorables à la santé individuelle et communautaire.

L'éducation en matière de santé ne concerne pas seulement la communication de l'information, mais aussi la promotion de la motivation, des aptitudes et de la confiance (auto-efficacité) nécessaires pour améliorer la santé. L'éducation en matière de santé comprend la communication d'informations concernant les conditions sociales, économiques et environnementales sous-jacentes affectant la santé, ainsi que les facteurs de risque individuels, les comportements à risque et l'utilisation du système de santé. Ainsi, l'éducation à la santé peut impliquer la communication d'informations et le développement d'aptitudes qui démontrent la faisabilité politique et les possibilités organisationnelles de différentes formes d'action pour répondre aux déterminants sociaux, économiques et environnementaux de la santé.

Habilitation

En matière de promotion de la santé, l'habilitation est le fait de prendre des mesures en partenariat avec des individus ou des groupes pour les responsabiliser, en mobilisant des ressources humaines et matérielles pour promouvoir et protéger leur santé.

Habitudes de vie (habitudes de vie favorables à la santé)

Les habitudes de vie sont un mode de vie basé sur des comportements identifiables qui sont déterminés par l'interaction entre les caractéristiques personnelles d'un individu, les interactions sociales et les conditions de vie socio-économiques et environnementales.



Hôpital promoteur de la santé

L'hôpital promoteur de santé offre des services médicaux et infirmiers complets de haute qualité. Il intègre les objectifs de promotion de la santé dans son identité, sa structure organisationnelle et sa culture. Il favorise la participation des patients, des usagers et de l'ensemble du personnel, développe un environnement promoteur de santé et coopère activement avec la communauté de son territoire. *Référence : basée sur la Déclaration de Budapest sur les hôpitaux promoteurs de la santé. OMS, Bureau régional de l'Europe, Copenhague, 1991.*

Littéracie en santé

La littéracie en santé représente les aptitudes cognitives et sociales qui déterminent la motivation et la capacité des individus à obtenir, comprendre et utiliser l'information de manière à promouvoir et maintenir une bonne santé.

La littéracie en santé implique d'atteindre un certain niveau de connaissances, de compétences personnelles et de confiance en soi permettant de prendre des mesures pour améliorer la santé personnelle et communautaire en agissant sur les modes de vie personnels et les conditions de vie. Ainsi, la littéracie en santé signifie plus que la possibilité de lire des brochures et de prendre des rendez-vous. En améliorant l'accès des personnes aux informations sur la santé et leur capacité à les utiliser, la littéracie en santé est essentielle à la responsabilisation. La littéracie en santé dépend elle-même de niveaux plus généraux d'alphabétisation. L'illettrisme peut affecter directement la santé des personnes en limitant leur développement personnel, social et culturel.

Prévention des maladies

La prévention des maladies couvre non seulement les mesures visant à prévenir l'apparition de maladies, comme la réduction des facteurs de risque, mais aussi à enrayer leurs progrès et à réduire leurs conséquences une fois qu'elles ont été établies. *Référence : adaptée à partir du Glossaire utilisé dans la série Santé pour tous. OMS, Genève, 1984.*

La prévention primaire vise à prévenir l'apparition initiale d'un trouble. La prévention secondaire et tertiaire vise à arrêter ou retarder la maladie existante et ses effets par un dépistage précoce et un traitement approprié, ou à réduire les occurrences de rechutes et l'apparition de maladies chroniques grâce, par exemple, à une réhabilitation efficace. La prévention des maladies est parfois utilisée comme un terme complémentaire à la promotion de la santé. Bien qu'il y ait des chevauchements fréquents entre le contenu et les stratégies, la prévention des maladies couvre une définition différente. Dans ce contexte, la prévention des maladies est considérée comme une action qui émane généralement du secteur de la santé, en traitant les personnes et les populations identifiées comme présentant des facteurs de risque identifiables, souvent associés à différents comportements à risque.

Promotion de la santé

La promotion de la santé est le processus qui permet aux individus d'obtenir davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer. *Références : Ottawa Charter for Health Promotion. OMS, Genève, 1986.* La promotion de la santé représente un processus social et politique global, elle englobe non seulement des actions visant à renforcer les aptitudes et les capacités des individus, mais aussi des actions visant à modifier les conditions sociales, environnementales et économiques afin d'atténuer leur impact sur la santé publique et individuelle. La promotion de la santé est le processus qui permet aux personnes de mieux maîtriser les déterminants de la santé et ainsi d'améliorer celle-ci. La participation est essentielle au maintien dans la durée des actions de promotion de la santé.

Réorientation des services de santé

Les services de santé doivent se doter d'un mandat plus vaste, moins rigide et plus respectueux des besoins culturels, qui les amène à soutenir les individus et les groupes dans leur recherche d'une vie plus saine et qui ouvre la voie à une conception élargie de la santé. Il faut que cela fasse évoluer l'attitude et l'organisation des services de santé, en les recentrant sur la totalité des besoins de l'individu considéré dans son intégralité. *Référence : Charte d'Ottawa, 1986.*



Responsabilisation

En matière de promotion de la santé, la responsabilisation est un processus par lequel les personnes prennent davantage de contrôle sur les décisions et les actions qui affectent leur santé.

La responsabilisation peut être un processus social, culturel, psychologique ou politique par lequel les individus et les groupes sociaux sont en mesure d'exprimer leurs besoins, de présenter leurs préoccupations, de concevoir des stratégies d'implication dans la prise de décision et de réaliser des actions politiques, sociales et culturelles pour répondre à ces besoins.

Actions d'amélioration de la qualité

Activités relatives à la qualité

Activités permettant de mesurer la performance, d'identifier les possibilités d'amélioration des prestations de services et qui incluent des actions et un suivi.

Amélioration de la qualité

Réponse continue aux données d'évaluation de la qualité concernant un service de manière à améliorer les processus par lesquels les services sont fournis aux clients.

Buts

Déclarations générales qui décrivent les résultats recherchés par une organisation et qui fournissent des orientations pour les décisions et activités quotidiennes. Les buts soutiennent la mission de l'organisation.

Capacités

Compétences, ressources, atouts et forces utilisés par un groupe ou par des individus pour aborder des situations et satisfaire leurs besoins.

Contrat

Accord formel qui stipule les conditions des services obtenus ou fournis à une autre organisation. Le contrat et les services contractuels sont contrôlés et coordonnés par l'organisation et respectent les normes du gouvernement et de l'organisation.

Contrôle qualité

Surveillance des sorties. Permet de vérifier leur conformité aux exigences préconisées et identifie les mesures à prendre pour rectifier le cas échéant. Il assure la sécurité, le transfert d'informations précises, l'exactitude des procédures et la reproductibilité.

Coordination

Le processus de collaboration efficace entre les fournisseurs, les organisations et les services au sein et en dehors de l'organisation pour éviter les doublons, les écarts ou les ruptures.

Gestion

Fixer des objectifs ou des buts en planifiant, en élaborant un budget, en établissant des processus pour atteindre ces objectifs et en allouant des ressources pour réaliser ces plans. S'assurer, par l'organisation, l'allocation de personnel, le contrôle et la résolution des problèmes, que les plans sont mis en œuvre.

Gestion du risque

Processus systématique d'identification, d'évaluation et de prise de mesures pour prévenir ou gérer dans l'organisation les risques cliniques, administratifs, immobiliers, d'hygiène et de sécurité au travail.

Leadership

Capacité à donner des orientations et à faire face au changement. Cela implique la mise en place d'une vision, le développement de stratégies pour produire les changements nécessaires.



Lignes directrices

Les principes guidant ou dirigeant l'action.

Objectif

Une cible qui doit être atteinte si l'organisation veut atteindre ses buts. Il s'agit de la traduction des buts en termes spécifiques et concrets par rapport auxquels les résultats peuvent être mesurés.

Plan opérationnel

La conception de stratégies, comprenant les processus, les actions et les ressources pour atteindre les objectifs de l'organisation.

Plan qualité

Le plan d'action actuel pour répondre aux exigences de qualité de service.

Plan stratégique

Un plan formalisé qui fixe les buts généraux de l'organisation et qui vise à positionner l'organisation par rapport à son environnement

Projet de qualité

Un plan d'amélioration de la qualité doté d'un échéancier pour un service ou un domaine identifié.

Suivi

Processus et actions réalisés une fois le service accompli.



L'OMS est l'autorité chargée de la santé publique dans le système des Nations Unies. Le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe (OMS/Europe) est l'un des six Bureaux régionaux de l'OMS dans le monde.

L'OMS/Europe est constituée de spécialistes dans les domaines de la santé publique, des sciences et des techniques.

www.euro.who.int



RESPADD

Réseau des Etablissements de Santé pour la Prévention des Addictions

96 RUE DIDOT - 75014 PARIS - Tél. : 01 40 44 50 26 - Fax : 01 40 44 50 46 - contact@respadd.org

Organisme de formation n°117 537 160 75 - Siret n°414 419 275 00048