



**ENSP**

ÉCOLE NATIONALE DE  
LA SANTÉ PUBLIQUE

**RENNES**

---

**INFIRMIERS GÉNÉRAUX**

**30 et 31 octobre 2000**

---

**LA DÉMARCHE QUALITÉ,  
UN CHOIX STRATÉGIQUE POUR L'HÔPITAL :**

**“ CONTRIBUTION DE L'INFIRMIER GÉNÉRAL A PARTIR D'UN EXEMPLE  
DANS LES BLOCS OPÉRATOIRES ”**

---

**Rose - VOSSART**

# SOMMAIRE

<b>INTRODUCTION</b>	<b>1</b>
<b>PREMIÈRE PARTIE , LE CADRE ET LES CONCEPTS</b>	<b>3</b>
<b>1. DÉFINITION DE L'OBJET :</b>	<b>3</b>
➤ La question de départ	4
➤ La problématique	5
➤ L'hypothèse	6
➤ Le projet professionnel	7
<b>2. LA DÉMARCHE QUALITÉ :</b>	<b>8</b>
<b>2.1. Les grandes étapes de la qualité a travers l'histoire</b>	<b>8</b>
<b>2.2. De la qualité en général à la qualité en santé :</b>	<b>10</b>
2.2.1. Des enjeux importants	10
2.2.2. Un cadre réglementaire pressant	11
<b>2.3. De la qualité en santé à la qualité à l'hôpital :</b>	<b>12</b>
2.3.1. Un droit pour les usagers	12
2.3.2. Une obligation pour le directeur d'établissement	13
2.3.4. Une démarche pragmatique	14
<b>3. LE BLOC OPÉRATOIRE :</b>	<b>16</b>
<b>3.1. L'étude du système :</b>	<b>16</b>
3.1.1. Le bloc opératoire , une unité complexe :	16
➤ La complexité technique	16
➤ La complexité d'organisation	17
➤ Les effets innovants et structurants	18
3.1.2. Le bloc opératoire , une unité à risques :	19
➤ La gestion des risques hospitaliers	19
3.1.3. Le bloc opératoire , un système dynamique ouvert :	20
➤ Les entrées et les sorties	20
<b>3.2. Les processus opératoires :</b>	<b>22</b>
3.2.1. Un processus transversal	22
3.2.2. Une organisation concentrique :	23
➤ La marche en avant	23
➤ Les zones concentriques	24
➤ Le secteur opérationnel ou « être dehors »	25
➤ Le bloc opératoire ou « être dedans et dehors »	25
➤ La salle d'opération ou « être dedans »	26

<b>DEUXIÈME PARTIE, L'ETUDE</b>	<b>28</b>
<b>1. L'ENQUÊTE PRÉLIMINAIRE</b>	<b>28</b>
<b>2. LES ACTEURS DANS L'ÉVOLUTION DES MÉTIERS :</b>	<b>30</b>
<b>2.1. Le choix des acteurs</b>	<b>30</b>
<b>2.2. Leur positionnement :</b>	<b>31</b>
2.2.1. L'ingénieur biomédical	31
2.2.2. L'infirmier général	33
2.2.3. Le médecin anesthésiste	34
2.2.4. Le pharmacien	35
<b>2.3. Leur force d'engagement :</b>	<b>37</b>
2.3.1. Le déroulement de l'enquête :	37
➤ <b>La présentation de l'hôpital</b>	<b>37</b>
➤ <b>Les entretiens semi-directifs</b>	<b>38</b>
2.3.2. Les résultats de l'enquête :	39
➤ <b>Un engagement institutionnel fort</b>	<b>39</b>
➤ <b>Une méthode personnalisée</b>	<b>40</b>
<b>3. LA SOCIODYNAMIQUE DES ACTEURS :</b>	<b>41</b>
➤ <b>Une réponse diversifiée</b>	<b>41</b>
➤ <b>L'analyse</b>	<b>45</b>
<b>TROISIÈME PARTIE, LES PROPOSITIONS</b>	<b>48</b>
<b>1. VALORISER LES RICHESSES HUMAINES :</b>	<b>48</b>
<b>1.1. Identifier les experts ...</b>	<b>48</b>
<b>1.2. ... et les différences ...</b>	<b>50</b>
<b>1.3. ... pour concilier les logiques professionnelles.</b>	<b>52</b>
<b>2. RECONNAÎTRE ET RENFORCER LES PARTENAIRES :</b>	<b>53</b>
<b>2.1. Traduire et intégrer ...</b>	<b>54</b>
<b>2.2. ... savoir coordonner ...</b>	<b>57</b>
<b>2.3. ... et coopérer.</b>	<b>60</b>
<b>CONCLUSION</b>	<b>63</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	<b>65</b>
<b>ANNEXES</b>	<b>67</b>

## LEXIQUE DES ABRÉVIATIONS UTILISÉES

<b>AFNOR</b>	Association Française de Normalisation loi 1901 créée en 1926.
<b>CHG</b>	Centre Hospitalier Général.
<b>CHS</b>	Centre Hospitalier Spécialisé.
<b>CHSCT</b>	Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail.
<b>CHU</b>	Centre Hospitalier Universitaire.
<b>CLIN</b>	Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales.
<b>CME</b>	Commission Médicale d'Établissement.
<b>CNAM</b>	Caisse Nationale d'Assurance Maladie.
<b>CSI</b>	Commission du service de Soins Infirmiers.
<b>CTE</b>	Comité Technique d'Établissement.
<b>DDASS</b>	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales.
<b>DRH</b>	Direction des Ressources Humaines.
<b>DSSI</b>	Direction du Service de Soins Infirmiers.
<b>EPS</b>	Etablissement Public de Santé.
<b>GBEA</b>	Guide de Bonne Exécution des Analyses de biologie médicale, arrêté du 2 novembre 1994, abrogé le 26 novembre 1999.
<b>HACCP</b>	Hazard Analysis, Critical Control Point ou analyse des risques et points critiques pour leur maîtrise, méthode développée dans les années 70 dans le secteur de l'agro-alimentaire.
<b>ISO</b>	International Organization for Standardization. Certification délivrée par l'Association française de l'Assurance de la Qualité (AFAQ) créée le 30 juin 1988.
<b>MCO</b>	Médecine, Chirurgie et Obstétrique.
<b>OMS</b>	Organisation Mondiale de la Santé.
<b>PAQ</b>	Programme d'Assurance Qualité développé par l'Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale (l'ANDEM) en 1995.
<b>QQCOQCP</b>	Quoi? Qui? Où? Quand? Comment? Pourquoi?, outil de la résolution de problème, qui permet de balayer tous les aspects d'un processus pour identifier les zones d'ignorance.
<b>SAU</b>	Service d'Accueil des Urgences.
<b>SIDA</b>	Syndrome d'Immuno Déficience Acquis.
<b>SSPI</b>	Salle de Surveillance Post Interventionnelle.

## INTRODUCTION

L'homme s'intéresse depuis longtemps à la qualité. *Du roi de Babylone, Hammourabi*<sup>1</sup> qui édicte des normes de construction pour les murs des maisons de la cité, au *Comité de Salut Public* qui crée le 12 messidor an II<sup>2</sup> un atelier national de précision des jauges, mesures et matériels d'inspection pour les fabriques de munitions, on constate à travers l'histoire, une intrusion progressive forte et régulière de la qualité dans la vie sociale et économique.

Aujourd'hui, le consumérisme en santé correspond à une évolution générale de la société et pour la première fois en France, des associations d'usagers et de consommateurs se sont regroupées dans le Collectif Inter associatif Sur la Santé(CISS). La santé et la médecine sont devenues des produits sinon de consommation, du moins de service et cela se traduit par des patients moins fidèles, moins confiants, moins respectueux des décisions du médecin et surtout plus exigeants sur la qualité du service rendu.

En France, la qualité de la prise en charge des usagers du service public hospitalier est une préoccupation essentielle des pouvoirs publics et l'ordonnance n°96.346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée pose le principe d'évaluation régulière de la satisfaction des patients comme indicateur de qualité.

Aussi, pour promouvoir une politique d'amélioration de la qualité des soins, tous les établissements de santé français doivent désormais faire l'objet d'une accréditation encadrée par les agences issues de la réforme<sup>3</sup>. Cette « procédure externe d'évaluation » permet d'obtenir une « appréciation de la qualité d'un

---

<sup>1</sup> 1792-1750 av.JC., TEBOUL J. dans La dynamique qualité, Les Editions d'Organisation, Paris, 1992.

<sup>2</sup> 30 juin 1794. Ibid.

<sup>3</sup> L'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES) et l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH).

établissement, d'un ou plusieurs services ou d'une activité » et vise à concilier la qualité des soins et la maîtrise forte des dépenses hospitalières souhaitée par les pouvoirs publics.

Dans ce contexte, l'infirmier général exerce à l'hôpital dans un champ professionnel qui s'inscrit dans la loi de réforme hospitalière n°91.748 du 31 juillet 1991, en tant que directeur du service de soins infirmiers, membre de l'équipe de direction et partie prenante dans le processus décisionnel. A ce titre, il contribue à la définition d'une politique d'amélioration de la qualité des soins et développe des actions stratégiques avec l'ensemble des acteurs de santé.

Pour la mise en œuvre d'une démarche qualité à l'hôpital, il s'appuie désormais, sur le manuel d'accréditation de l'ANAES édité en 1999 et qui sert de référence à l'ensemble des professionnels de santé. La moitié du volume est consacrée à la gestion de la qualité et la prévention des risques<sup>4</sup>, sujet qui nous préoccupe au plus haut point dans les blocs opératoires.

« Endroit mythique par excellence (...) où se cristallisent toutes les craintes, croyances et certitudes »<sup>5</sup> le bloc opératoire est aujourd'hui un centre névralgique dans un établissement de santé. A ce titre, il suscite un ensemble de réflexions essentielles dans l'évolution contemporaine des activités de soins. L'infirmier général conscient de cette nouvelle mutation hospitalière, souhaite se positionner dans ce débat qui sous tend une évolution des métiers et de l'organisation des soins.

Réalisée dans le cadre de la formation des infirmiers(ères) généraux(ales)(IG)<sup>6</sup>, à l'École Nationale de la Santé Publique(ENSP), nous verrons tout d'abord la démarche qualité dans un établissement de santé, puis la méthode employée pour une étude dans les blocs opératoires et enfin, l'intérêt de cette approche pour un exercice professionnel à venir.

---

<sup>4</sup> Manuel d'accréditation des établissements de santé, Direction de l'ANAES, février 1999, P80 à 101.

<sup>5</sup> CARLET J., Revue Hospitalière de France, n°2, 1998, P223.

<sup>6</sup> Lire infirmier général ou infirmière générale dans tout le mémoire.

# PREMIÈRE PARTIE , LE CADRE ET LES CONCEPTS :

## 1. DÉFINITION DE L'OBJET :

*La réforme hospitalière de 1996* et ses conséquences sur les établissements de soins sont actuellement visibles des acteurs de santé. Tous les établissements sont touchés par les textes d'application de cette réforme et nombre d'entre eux sont actuellement engagés dans une démarche de qualité et d'accréditation.

Une autre réforme, plus vaste mobilise également les acteurs de la santé. Elle s'inscrit dans les nombreux textes réglementaires qui déferlent sur tous les secteurs de santé depuis l'affaire du sang contaminé et *le procès du sang en 1992*. Elle percute depuis une dizaine d'années l'ensemble du système hospitalier entraînant les acteurs dans une évolution des métiers, des comportements et des pratiques.

Ce nouveau cadre réglementaire élargi au domaine de la santé publique depuis l'affaire de la « vache folle » *en 1990* définit de nouvelles zones d'actions et de nouveaux acteurs notamment dans le domaine des sécurités sanitaires et de la gestion des risques. *Les agences de sécurité sanitaires créées en 1998*<sup>7</sup> renforcent les agences issues de l'ordonnance de 1996 dans les contrôles externes et l'inspection. Ces nouvelles exigences de qualité et de sécurité des soins constituent le moteur d'un changement du système hospitalier vers une nouvelle articulation des métiers, dans un cadre juridique et judiciaire renforcé.

Dans ce contexte de mutation, les soins aux malades se traduisent par de nouvelles coopérations internes et externes avec parfois un véritable choc des cultures qu'il faut gérer et le « qui fait quoi? » devient la question clé du fonctionnement hospitalier.

---

<sup>7</sup> Loi n°98.535 du 1<sup>er</sup> juillet 1998 relative au renforcement de la veille sanitaire et du contrôle de la sécurité sanitaire des produits destinés à l'homme : Agence Française de Sécurité Sanitaire des produits de Santé (AFSSPS) et Agence Française de Sécurité Sanitaire des Aliments (AFSSA).

Particulièrement exposé dans le domaine du risque, le bloc opératoire est un des secteurs où se cristallise l'ensemble des évolutions hospitalières dans le domaine des dépenses, des soins, des techniques et de la sécurité des usagers.

Parce qu'il est de plus en plus organisé comme un service de prestations données dans un même lieu sous la responsabilité et le contrôle de multiples acteurs tous experts dans un domaine spécifique du soin : chirurgie, anesthésie, hygiène, stérilisation, pharmacie, maintenance biomédicale, contrôles techniques, les responsabilités et les structures changent.

Parce qu'il a toujours su s'adapter aux changements, les appellations se multiplient depuis *les années 80* comme autant de réponses possibles aux exigences de rationalités des structures et des organisations : bloc opératoire central, bloc ambulatoire, pluridisciplinaire, polyvalent, bloc commun, le fonctionnement et les organisations semblent souvent complexes.

Parce que les responsables ont conscience des risques inhérents à leur exercice professionnel : le risque iatrogène, le risque nosocomial, le risque de défaillance humaine et le risque judiciaire dans un cadre financier parfaitement maîtrisé, ils adaptent leur pratique aux évolutions techniques et réglementaires.

Pour toutes ces raisons, il semble que le bloc opératoire est un des secteurs de développement privilégié de la démarche qualité à l'hôpital. Il se situe aujourd'hui au cœur d'un processus transversal et ses limites sont de plus en plus floues par la diversité des interactions entre les groupes professionnels différents et diffus.

➤ **La question de départ :**

***Comment dans ce contexte, se construit une démarche qualité au bloc opératoire ?***

Les nouvelles responsabilités juridiques, les procédures qui s'externalisent sont aujourd'hui des facteurs de changement des pratiques infirmières.



Pour étudier ce changement et fixer le cadre de l'analyse stratégique du bloc opératoire, nous nous appuyerons sur les concepts développés par *Michel Crozier* dans la sociologie des organisations : comprendre « le système », l'organisation, « les acteurs » et les relations entre eux.<sup>8</sup>

Le concept de « stratégie des acteurs » va nous aider à comprendre comment les stratégies s'organisent à l'intérieur et à l'extérieur du bloc opératoire, notamment pour le pharmacien et l'ingénieur biomédical qui édictent de l'extérieur des règles de qualité et de traçabilité que les infirmières doivent appliquer à l'intérieur dans le respect du cadre réglementaire. Quelles sont les stratégies d'implantation, comment elles changent les pratiques et les zones d'autonomie et quelles incidences pour les infirmières sur leur force d'engagement dans une démarche qualité transversale.

Le concept de « zones d'incertitudes » nous permet de comprendre comment certains acteurs dont la position est légitimée, occupent de nouvelles zones d'intervention : anesthésistes, correspondants locaux de vigilances, comment ils négocient leur rôle dans une démarche qualité au bloc opératoire notamment la place occupée depuis toujours par les infirmières dans l'élaboration des procédures : évolution des compétences ou changement des représentations professionnelles?

Enfin, il nous semble pertinent d'étudier dans ce « système » les acteurs qui assurent les échanges au niveau des interfaces, ceux qui par leurs missions sur l'ensemble des services peuvent maîtriser les zones d'incertitudes et que *Michel Crozier* appelle les « marginaux sécants ». Leur participation aux projets collectifs ne va pas de soi et leur force d'engagement ou d'inertie dans une démarche qualité dépend pour beaucoup des négociations établies avec eux.

➤ **La problématique :**

***La construction d'une démarche qualité au sein du bloc opératoire nécessite la prise en compte du positionnement des acteurs et une négociation qui tienne compte des évolutions du système et des enjeux professionnels.***

---

<sup>8</sup> CROZIER M. et FRIEDBERG E., L'acteur et le système, Editions du Seuil, Paris, 1981.

Comprendre la démarche qualité, c'est avant tout donner du sens au terme « qualité ». Un retour sur l'histoire permet de voir comment le concept a évolué dans le temps et pourquoi il est aujourd'hui au cœur des préoccupations hospitalières, c'est ce que nous ferons en première partie de l'étude.

Une présentation du « système » et des « acteurs » permet d'identifier les hommes et les ressources que l'IG peut solliciter sur un projet commun. A la fois les acteurs qui exercent leur art à l'intérieur du bloc opératoire : chirurgiens, panseuses, ceux qui évoluent à la fois dedans et dehors : anesthésistes, cadres de santé et ceux dont la pratique est toujours à l'extérieur mais qui par le cadre réglementaire sont responsables de la qualité des soins : pharmacien, ingénieur biomédical, infirmier général.

L'analyse du « processus opératoire » va permettre de rendre lisible le fonctionnement de l'unité mais également servir de révélateur des fonctionnements internes de l'établissement dans les domaines de sécurité des soins. C'est le moyen utilisé pour une démarche stratégique plus générale, la focale pour aller plus loin dans une démarche qualité institutionnelle grâce à l'analyse « des processus de prise en charge des usagers »

Réunir les acteurs et mettre en commun les attentes des uns et des autres permet à l'IG d'amener les professionnels à travailler ensemble sur une méthode d'auto évaluation reproductible sur d'autres secteurs de l'hôpital par effet de dispersion, c'est ce que nous verrons dans l'enquête.

➤ **L'hypothèse :**

***La mise en œuvre d'une démarche qualité dans le bloc opératoire sert de clé pour entrer dans une démarche institutionnelle par la mobilisation des savoirs et des compétences qu'elle sous-tend.***

Dans la deuxième partie de l'étude, une enquête sur le terrain nous permet d'approfondir notre analyse. Elle est menée auprès des intervenants dans le processus opératoire : infirmiers, cadres de santé, médecin, chirurgien, pharmacien, ingénieur, directeur, IG, sous forme d'entretiens semi-directifs.

Une étude succincte de l'évolution des métiers ces dernières années nous permet de comprendre le changement des pratiques dans les blocs opératoires, avec les répercussions sur la place des acteurs dans une démarche qualité et plus particulièrement sur le positionnement et le rôle des « individus et des groupes qui, par leurs appartenances multiples, leur capital de relations dans tel ou tel segment de l'environnement, seront capables de maîtriser, tout ou partie » d'une zone d'incertitude, qui est selon *Michel Crozier* le pouvoir du « marginal sécant »<sup>9</sup>

Cette étude nous aide également à comprendre les missions, les rôles, les coopérations, dans un établissement *de 860 lits* qui gère *4 blocs opératoires* de services, elle fait évoluer la réflexion et le questionnement vers de nouvelles hypothèses dans l'objectif d'un projet professionnel qui sera présenté en troisième partie et qui pourrait être :

➤ **Le projet professionnel :**

Comment l'IG peut aider les professionnels du service de soins infirmiers (SSI) à ré-articuler leurs pratiques avec les nouveaux acteurs par la formation et la communication. Comment il peut concilier des logiques professionnelles différentes qui interviennent dans le processus opératoire par la coordination et la coopération. Comment il peut mailler les nouveaux rapports entre des compétences qu'il faut sans cesse mobiliser et exercer sa responsabilité dans un cadre réglementaire incontournable par la création et la mise en œuvre de méthodes et d'outils.

---

<sup>9</sup> Ce concept proposé par H. JAMOUS dans son étude du processus de décision aboutissant à la réforme des études médicales en 1959 est repris par M. CROZIER, Op. Cit. P5.

## 2. LA DÉMARCHE QUALITÉ :

### 2.1. LES GRANDES ÉTAPES DE LA QUALITÉ A TRAVERS L'HISTOIRE :

*En 1664, Colbert* surintendant des bâtiments du Roi, des Arts et des manufactures exige déjà de stricts contrôles de fabrication : « Si nos fabriques imposent à force de soin la qualité supérieure de nos produits, les étrangers trouveront avantage à se fournir en France et leur argent affluera dans le royaume » Cet engagement est repris par *Vauban* sur tous les chantiers militaires du Roi.

*Au début du XXème siècle*, période des temps modernes, la qualité se développe par la production de masse, la chaîne industrielle, les pièces standards et interchangeables. *En 1907, Henry Ford* applique dans ses usines les principes de *Taylor* : procédés de fabrication, résultats, qualification pour les ouvriers, contrôles sur chaîne par l'encadrement. *En 1920*, c'est la guerre qui accélère l'histoire de la qualité et qui la développe sous l'impulsion de l'armée américaine pendant l'effort de guerre *de 40 à 45*. Des procédures appelées « MS : Military Standard » formalisent une méthode de « contrôle du processus de production » qui se diffuse lentement y compris en Europe. C'est la période de la « **maîtrise statistique des processus** »<sup>10</sup>

*En 1950*, le développement des matériels électroniques utilisés par l'armée et l'agence spatiale fait apparaître la notion de « coût de la non qualité » ce concept est introduit au Japon par *Deming* dans un contexte de management en entreprise. Les principes de la qualité totale sont posés par *Juran* selon trois préceptes : la planification, le contrôle, l'amélioration continue de la qualité. C'est la période « **organisation et méthodes** »<sup>11</sup>. *Dans les années 60, Kaoru Ishikawa et Maasaki Imai* développent le concept de qualité par toutes les strates de l'entreprise : le TQM ( Total Quality Management ) fondé sur 3 grands principes : l'engagement de la hiérarchie, l'adhésion volontaire de tous, la prise en compte des besoins exprimés ou

---

<sup>10</sup> Henry FORD, Industriel américain (1863-1947) pionnier de l'industrie automobile en série et des pièces standards et Frédéric Winslow TAYLOR (1856-1915) ingénieur et économiste américain précurseur de l'organisation scientifique du travail.

<sup>11</sup> Edward DEMING (1900-1993) statisticien de la General Electric Company et J.M. JURAN (né en 1904) in Quality Control Handbook, publié en 1951.

non par les utilisateurs et par les dysfonctionnements. C'est la période de « **la dynamique des ressources humaines** ». Puis la production industrielle met en avant la notion de « conformité à des références », la notion « d'aptitude à l'usage », la notion « de qualité de l'offre » qui inclut « tous les besoins justifiés du client »

Aujourd'hui, la qualité se tourne à nouveau vers les organisations et le management et les responsables stratégiques au ministère de l'industrie en donnent la définition suivante : « c'est avant tout un état d'esprit, une mobilisation permanente de tous autour d'un même objectif : la satisfaction du client »<sup>12</sup>

En résumé, on peut dire que *depuis 1920*, la notion de qualité a évolué de « l'âge du tri » des produits contrôlés, bons ou mauvais en fin de processus avec un coût très élevé, à « l'âge du contrôle » en cours de fabrication avec des actions correctives continues et une diminution des coûts, à « l'âge de la prévention et de l'anticipation » par la stratégie d'entreprise et le management qualité qui ambitionne de « bien faire du premier coup »<sup>13</sup>

➤ « **La qualité** », *précision des concepts* :

*En 1979, l'AFNOR* définissait la qualité comme « l'aptitude d'un produit ou d'un service à satisfaire les besoins des utilisateurs »

Actuellement *c'est la norme ISO 8402* qui en donne la définition suivante : c'est « l'ensemble des caractéristiques d'une entité qui lui confère l'aptitude à satisfaire des besoins exprimés et implicites » du client<sup>14</sup>.

➤ « **La démarche qualité** », *précision des concepts* :

*La norme ISO 8402* définit la démarche qualité comme « l'ensemble des actions que mène une entreprise pour se développer par la satisfaction de ses clients »<sup>15</sup> dimension que nous retrouvons à l'hôpital par les enquêtes régulières de satisfaction des usagers et l'étude statistique des questionnaires de sortie.

---

<sup>12</sup> Cité par LECLET H. et VILCOT C. dans *Qualité en santé, 150 questions pour agir*, AFNOR, Editions Jouve, Paris, 1999.

<sup>13</sup> CRUCHANT Lucien, *La qualité*, Editions PUF, Paris, 1998.

<sup>14</sup> AFNOR, *Management de la qualité et assurance de la qualité : Vocabulaire*, Editions de l'AFNOR, Paris, 1994.

<sup>15</sup> Ibid.

## 2.2. DE LA QUALITÉ EN GÉNÉRAL À LA QUALITÉ EN SANTÉ :

### 2.2.1. Des enjeux importants :

L'information médiatisée des progrès techniques, l'augmentation de la durée de vie et la recherche constante du vieillir bien, les connaissances scientifiques, technologiques et génétiques font que la demande de soins en général est de plus en plus grande aujourd'hui. Le vieillissement démographique de la population a également pour conséquences une augmentation des dépenses de protection sociale en général et des dépenses de santé en particulier. La consommation de soins est 3 fois plus élevée chez les plus de 80 ans que chez les 25 ans et la fréquence des pathologies graves augmentent avec l'âge.

C'est donc la recherche « d'efficience » qui préoccupe aujourd'hui le monde de la santé « le fait de bien faire, d'obtenir un résultat donné en y consacrant les moyens les plus ajustés, ou inversement, d'obtenir le résultat le plus performant à moyens donnés »<sup>16</sup>. La qualité de la prise en charge des usagers du service public hospitalier est donc une préoccupation essentielle des pouvoirs publics et l'amélioration continue de la qualité des prestations de soins une obligation forte pour maîtriser des dépenses de santé : *7,6% du PIB en 1980, 9,9% en 1999.*

Par ailleurs, les enjeux de la qualité en santé pour les établissements sont nombreux et visent tous à rendre les structures actuelles « plus efficaces », « qui produit l'effet attendu » ce pourquoi il est fait et non des effets indésirables comme la « iatrogénie » qui définit comme indicateur de non qualité « toute pathogénie d'origine médicale au sens large, compte tenu de l'état de l'art à un moment donné, qui ne préjuge en rien d'une erreur, d'une faute ou d'une négligence »<sup>17</sup>. Les médias annoncent désormais régulièrement et comme un fait établi 800 000 cas d'infections nosocomiales<sup>18</sup> et 10 000 décès par an liés à ces infections dans les établissements de santé. Le coût pour la collectivité est estimé à 5 milliards de francs

---

<sup>16</sup> Dictionnaire, le Petit Larousse illustré, Paris, 1993.

<sup>17</sup> Rapport 98 de la Conférence Nationale de Santé, Paris, juin 1998.

<sup>18</sup> Infections contractées à l'hôpital par les patients ou par le personnel hospitalier en raison de son activité.

par an de dépenses directes et ces infections, par leur impact désastreux sur un public de mieux en mieux informé de ses droits, nuisent à la réputation du service public hospitalier. Il y a fort à parier que cet indicateur de non qualité aura des influences de plus en plus importantes sur le choix des usagers pour tel ou tel établissement.

➤ « **La qualité en santé** », *précision des concepts* :

*Selon l'OMS en 1987, c'est « une démarche qui doit permettre de garantir à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostics et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogénique, et pour sa grande satisfaction, en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins »*

*Selon la norme ISO 8402, c'est « l'ensemble des caractéristiques d'une entité qui lui confère l'aptitude à satisfaire des besoins exprimés et implicites et qui satisfont effectivement le consommateur de soins ». Cette définition qui ne prend en compte qu'une approche par la finalité : service rendu, prestation de soins, demande une analyse étape par étape de toutes les activités qui participent à cette prestation. Le passage au bloc opératoire est une étape qui participe à cette prestation.*

## **2.2.2. Un cadre réglementaire pressant :**

Ce n'est donc pas un hasard si la démarche d'accréditation est aujourd'hui au centre des préoccupations hospitalières. Cet intérêt s'inscrit dans le mouvement plus large de la démarche qualité en santé qui trouve ses fondements dans l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, dans la place centrale donnée aux usagers et dans l'implication des professionnels, conformément aux incitations des *réformes hospitalières de 1991 et 1996*.

➤ « **L'accréditation** », *précision des concepts* :

« Afin d'assurer l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, tous les établissements de santé publics et privés doivent faire l'objet d'une procédure externe d'évaluation dénommée accréditation »

Les hôpitaux sont amenés à apporter « la preuve de la conformité » de leurs services ou système d'organisation à certaines exigences techniques pré-définies<sup>19</sup>. Cette procédure est conduite par l'ANAES organisme accréditeur mis en place par les pouvoirs publics. Cette agence « à pour mission de favoriser (...) le développement de l'évaluation des soins et des pratiques professionnelles et de mettre en œuvre la procédure d'accréditation »<sup>20</sup>. C'est une évaluation à un moment donné dans une démarche continue d'amélioration de la qualité.

## **2.3. DE LA QUALITÉ EN SANTÉ À LA QUALITÉ À L'HÔPITAL :**

### **2.3.1. Un droit pour les usagers :**

L'accréditation place l'utilisateur au centre du dispositif et les établissements publics de santé doivent mettre en place des actions d'évaluation qui permettent aux patients de s'exprimer sur la qualité de leur prise en charge. Une commission de conciliation peut également les assister s'ils s'estiment victimes de préjudices et souhaitent faire un recours. « L'hôpital a pour mission d'offrir des soins de qualité »,<sup>21</sup> « les établissements de santé, garantissent la qualité des traitements, des soins et de l'accueil »<sup>22</sup>. Dans cette logique, la démarche qualité se fixe pour objectif d'optimiser le fonctionnement et l'organisation des structures, de réduire les dysfonctionnements par l'amélioration des circuits de communication, la clarification des procédures et la participation des agents.

Les usagers sont aujourd'hui présents dans les conseils d'administration des hôpitaux et représentés dans les instances : ANAES, commission de conciliation. *Déjà en 1974* cette notion de qualité apparaissait dans les textes. *En 1996* elle s'affirme : il ne s'agit plus « d'offrir » mais de « garantir » la qualité, c'est une nouvelle obligation pour le directeur.

---

<sup>19</sup> Ordonnance n°96.346 du 24 avril 1996 relative à la réforme de l'hospitalisation publique et privée.

<sup>20</sup> Décret n°97.311 du 7 avril 1997 relatif à l'organisation et au fonctionnement de l'ANAES.

<sup>21</sup> Circulaire du 20 septembre 1974 relative à la charte des malades hospitalisés.

<sup>22</sup> Circulaire n°95.22 du 6 mai 1995 relative aux droits des patients hospitalisés, art.22.



### **2.3.2. Une obligation pour le directeur d'établissement :**

C'est le directeur d'établissement qui engage la démarche d'accréditation sur la base d'un projet d'établissement, de connaissance des principes et des étapes de la procédure et des actions préalables : le développement d'une politique efficace d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, avec des actions à conduire et un calendrier à tenir. Et aussi, « afin de dispenser des soins de qualité, les établissements de santé, publics ou privés sont tenus de disposer de moyens adéquats et procéder à l'évaluation de leur activité », « ils développent une politique d'évaluation des pratiques professionnelles, des modalités d'organisation des soins et de toute action concourant à la prise en charge globale du malade » afin d'en garantir qualité et sécurité<sup>23</sup>.

Le manuel d'accréditation positionne le directeur dans le processus : « L'établissement initie, pilote et soutient une politique qualité s'appuyant sur la gestion de la qualité et la prévention des risques »<sup>24</sup>, « la politique qualité est définie par la direction en concertation avec la CME, la DSSI ou le responsable du service de soins infirmiers et les professionnels concernés »<sup>25</sup>

### **2.3.3. Une obligation pour les professionnels :**

Aujourd'hui à l'hôpital, les usagers sont en droit d'attendre non seulement des services de qualité mais aussi une excellente qualité de service, notion plus subjective qui dépend étroitement de la manière de servir des hommes et, « pour garantir la qualité des soins qu'il dispense et la sécurité des patients, l'infirmier ou l'infirmière a le devoir d'actualiser et de perfectionner ses connaissances professionnelles »<sup>26</sup>. Cet article reçoit un écho dans *la loi de 1991 et les ordonnances de 1996* concernant la formation continue des médecins : « L'amélioration de la qualité des soins et la maîtrise des dépenses sont l'affaire des

---

<sup>23</sup> Loi de réforme hospitalière n°98.748 du 31 juillet 1991, Titre I, relatif aux droits des malades.

<sup>24</sup> Manuel d'accréditation des établissements de santé 1999, Référence QPR.1.a. relative à la gestion de la qualité et la prévention des risques , P104.

<sup>25</sup> Ibid : Référence SPI.2.a. relative à la surveillance, prévention et contrôle du risque infectieux, P115.

<sup>26</sup> Décret n° 93.221 du 16 février 1993 relatif aux règles professionnelles des infirmiers et infirmières.

professionnels de santé. La formation médicale continue (...) est le moyen essentiel de cette politique de qualité »

Aujourd'hui, l'hyper spécialisation a évacué des services de soins des activités devenues elles mêmes des savoirs à part entière : imagerie, laboratoire, explorations fonctionnelles et les techniciens remplacent de plus en plus les infirmiers sur le plateau technique. Le bloc opératoire qui se cherche une nouvelle identité oscille entre le service de soins et le plateau technique, tantôt dépendant de l'un, tantôt rattaché à l'autre. L'IG conscient de cette mutation et responsable des affectations du personnel soignant doit rester vigilant sur les fiches de poste, la formation permanente, la qualification du personnel et l'évolution des métiers.

#### **2.3.4. Une démarche pragmatique :**

« En matière d'évaluation de la qualité des soins, aucune standardisation du vocabulaire employé n'a été entreprise et de nombreuses définitions parfois contradictoires ont été utilisées »<sup>27</sup>. La difficulté conceptuelle tient d'une part, à ce que les modèles hérités de l'entreprise sont inadéquats pour un univers de professionnels très qualifiés qui produisent des services où l'acte individuel est fort : « un monde d'experts organisés » et d'autre part au fait que « l'hôpital n'est pas une entreprise, il ne maîtrise ni ses coûts, ni ses prix, ni son marché. Prestataire de service il remplit des obligations de service public et fait déjà de la qualité du seul fait qu'il contribue à améliorer l'état de santé des usagers »<sup>28</sup>

Parce qu'il existe de nombreuses approches de la qualité à l'hôpital : Normes ISO de la série 8402, GBEA pour les laboratoires, HACCP pour la restauration, PAQ pour les services de soins, les méthodes se développent depuis plusieurs années de manières diversifiées. La démarche qualité fait appel le plus souvent à des méthodes pédagogiques d'analyse de problèmes relevant de la période « dynamique des

---

<sup>27</sup> FOURCADE A., RICOUR L., GARNERIN P., HERGON E., BOELLE P.Y., DURIEUX P., La démarche qualité dans les établissements de santé, Doin Editeurs, AP.HP, 1997, P20.

<sup>28</sup> GLARDON P.H., Recherche de la qualité et démarche qualité au CH de St. Nazaire, mémoire ENSP, 1995.

groupes » et nécessite la mise en place de méthodes et d'outils. Une démarche pragmatique semble alors appropriée dans le sens ou « est vrai ce qui réussit, et il n'y a pas de vérité absolue », c'est alors « une attitude qui s'adapte à toutes les situations » parce que les organisations et les pratiques varient selon les structures et les établissements, les unités de soins et les acteurs. C'est aussi une attitude modeste et éclairée sans cesse par les professionnels dont la pratique souvent personnalisée est peu portée à la standardisation<sup>29</sup>.

A ce stade de la réflexion et pour répondre à notre question de départ, il convient de s'interroger sur le fonctionnement du secteur opératoire parce que comprendre un projet qualité, c'est identifier les liens qu'il entretient avec l'organisation environnante.

Dans une approche pragmatique, l'analyse des processus est ici privilégiée parce qu'elle concerne le plus grand nombre d'acteurs de santé dans « la trajectoire du patient » depuis la découverte de sa maladie bien avant son entrée à l'hôpital et jusqu'à sa guérison bien après sa sortie, le passage au bloc opératoire est une étape de cette trajectoire<sup>30</sup>.

L'analyse systémique du bloc et de son environnement nous aide à comprendre « les éléments d'une conformation complexe, les faits, non pas isolément mais globalement en tant que parties intégrantes d'un ensemble dont les différents composants sont dans une relation de dépendance réciproque »<sup>31</sup>

---

<sup>29</sup> Dictionnaire, le petit Larousse illustré, Paris, 1993.

<sup>30</sup> Le concept de "trajectoire" est emprunté à Anselm STRAUSS dans, La trame de la négociation, Editions L'Harmattan, Paris, 1992.

<sup>31</sup> Ibid.

### **3. LE BLOC OPÉRATOIRE :**

#### **3.1. L'ÉTUDE DU SYSTÈME :**

Le système est abordé ici comme un « ensemble humain structuré qui coordonne les actions de ses participants par des mécanismes de jeux relativement stables et qui maintient sa (...) stabilité par des mécanismes de régulation »<sup>32</sup>

##### **3.1.1. Le bloc opératoire , une unité complexe :**

Le bloc opératoire est une des unités les plus complexes de l'hôpital dans laquelle interviennent de nombreux acteurs ; complexités techniques, complexités d'organisation, de coordination et aussi souvent d'évolution<sup>33</sup>. La démarche qualité passe par une compréhension de ces particularités.

##### **➤ La complexité technique :**

Elle vient de la structure même, par la diversité des lieux : couloirs, salles d'opérations, pièces d'utilité, annexes internes et réserves externes, le tout de conception architecturale qui vise à rationaliser l'activité opératoire dans un espace minimum pour des raisons de coût mais aussi pour cause de contraintes techniques : fluides, climatisation, isolement, mise en œuvre des règles d'hygiène et des possibilités d'évolution plus ou moins rapide dans le temps et d'adaptation aux technologies nouvelles. Les premières démarches qualité au bloc opératoire dans les années 70 visent à concilier progrès techniques, contraintes d'hygiène et de sécurité des soins.

Pour les usagers du bloc opératoire « l'angoisse du geste qui va être pratiqué le dispute au désir de bénéficier des bienfaits d'une technologie qui rassure en même temps qu'elle inquiète »<sup>34</sup> et la demande de plus en plus grande de gestes

---

<sup>32</sup> Op. Cit. P 5, P 286.

<sup>33</sup> DEPORCQ B., Organisation des blocs opératoires, DPRS/GEMO, AP.HP, Paris, 1998.

<sup>34</sup> GLARDON P.H., Recherche de la qualité et démarche qualité au CH de St. Nazaire, mémoire ENSP, 1995.

opératoires avec du matériel qui ne se stérilise pas est un des paradoxes de l'évolution des techniques qu'il faut aujourd'hui gérer.

➤ **La complexité d'organisation :**

Elle est souvent évoquée pour mobiliser les ressources disponibles de façon synchronisée en conciliant les caractéristiques des activités : cohabitation de spécialités différentes, continuité de fonctionnement par la prise en compte des urgences, gestions des imprévus techniques fonctionnels et opérationnels, difficultés d'organisation et d'adaptation liées aux contraintes spatiales : manque de place, exigüité des circulations internes mal évaluées dès la conception.

La recherche de la qualité par le fonctionnement largement développée dans les années 80 nous semble aujourd'hui dépassée. Sa mise en œuvre par une « charte » qui consiste à entériner les points de dysfonctionnements ne règle pas les problèmes et n'est donc pas un outil de qualité. Peu ou mal appliquée, elle donne souvent bonne conscience à des équipes qui par ailleurs ne changent pas leur pratique. Elle est souvent un frein aux adaptations rapides, aux ajustements permanents souhaités dans ce type de structure et « ce n'est pas écrit dans la charte ! » devient alors un sujet supplémentaire de dissension.

➤ **La complexité de coordination :**

Elle vient du fait des nombreux acteurs qui interviennent dans le processus opératoire mais également des prestations des services logistiques, médico techniques et de soins et du pilotage varié de ces unités. Les intervenants internes : chirurgiens, anesthésistes, infirmières travaillent simultanément ou successivement avec des logiques, des contraintes de travail et d'efficacité qui leur sont propres. La maîtrise du système nécessite la manipulation de grandes quantités d'informations liées au développement important des équipements à laquelle s'ajoute aujourd'hui, l'obligation de traçabilité dans les domaines de la sécurité des soins : sang, dispositifs médicaux, médicaments, prothèses, greffes. La déférente réglementaire des années 90 amène la démarche qualité sur la gestion des risques.

La coordination des interfaces, les liens de fonctionnement entre les « entrants » et les « sortants » et le rôle des acteurs aux interfaces est source de dysfonctionnements importants dans l'activité opératoire : bilan non acheminé du

laboratoire, dossier incomplet, malade non préparé. « La réponse adaptée consiste à accepter la nature aléatoire de l'activité et à s'y préparer »<sup>35</sup> à analyser la nature des aléas dans le cadre d'une démarche qualité pour les rendre caduques.

➤ **Les effets innovants et structurants :**

Malgré tout, on constate depuis une dizaine d'années une adaptation très forte des blocs opératoires aux évolutions hospitalières. La nécessaire maîtrise des dépenses de santé a permis de faire émerger de nouvelles structures : blocs communs de 8 à 15 salles d'opérations, blocs pluridisciplinaires pilotés par des cellules de régulation ou de coordination dans lesquelles l'IG apparaît représentant l'équipe de direction. *Deux circulaires en 1999 et 2000* incitent à la mise en place des « Conseils de Blocs Opératoires » dans le cadre d'une démarche qualité avec pour objectif « d'aboutir à terme au redéploiement des sites opératoires qui sont actuellement multiples dans la plupart des centres hospitaliers universitaires »<sup>36</sup>

Ces évolutions ne sont pas uniformes sur le territoire et une enquête de la CNAM en 1992 a permis d'identifier en France 5493 secteurs opératoires dont 2456 de « chirurgie classique » pour un parc de 8742 salles d'opération et 2098 « salles d'exploration » et aussi sans le détail, 3037 secteurs de « petite chirurgie »<sup>37</sup>

La centralisation des moyens, la modernisation des structures, le développement des techniques et du partenariat avec les industriels ces dernières années permettent aujourd'hui au bloc opératoire de se positionner comme un leader dans certains domaines de qualité : performance des équipes et des techniques, utilisation de bio matériaux, de dispositifs médicaux à usage unique, développement de hygiène, de la sécurité et des conditions de travail.

Mais la vraie nouveauté est l'arrivée des « robots chirurgiens » qui changent les représentations d'un métier qui n'a cessé d'évoluer accélérant d'un coup l'entrée des structures opératoires dans le 3<sup>ème</sup> millénaire à grands renforts de supports médiatiques.

---

<sup>35</sup> DEPORCQ B., Organisation des blocs opératoires, DPRS/GEMO, AP.HP, Paris, 1998.

<sup>36</sup> Circulaires n°99.627 du 16 novembre 1999 et n°99 du 28 janvier 2000 relatives à la mise en place des Conseils de Blocs Opératoires dans les Etablissements Publics de Santé.

<sup>37</sup> Décision Santé, n°134, octobre 1998, p19.

### 3.1.2. Le bloc opératoire , une unité à risques :

➤ **« La sécurité sanitaire », précision des concepts :**

Le concept déjà connu dans le domaine de l'hygiène public et de la sécurité aux frontières s'est généralisé et médiatisé en France dans le domaine de la santé lors du débat parlementaire sur le texte de *loi n°93.5 du 4 janvier 1993* relatif à la sécurité en matière de transfusion sanguine et du médicament.

Pour *Didier Tabuteau*, il s'agit de « la sécurité des personnes contre les risques (...) de toute nature liés aux choix thérapeutiques, aux actes de prévention, de diagnostic et de soins, à l'usage des biens et des produits de santé comme aux interventions et décisions des autorités sanitaires »<sup>38</sup>

Cette notion s'est élargie à « la sécurité de tous les produits et activités nécessaires à la préservation de la santé » et *en 1998* elle s'impose à tous par la loi relative à la sécurité sanitaire<sup>39</sup> confortée par *l'Art.223-1 du nouveau code pénal de 1993* et la notion de « mise en danger de la vie d'autrui »

Dans le domaine de la responsabilité, les acteurs sont passés de la notion de faute lourde à celle de la preuve de la faute et aujourd'hui à la responsabilité sans faute. La plupart des actes de jurisprudence de ces dernières années font apparaître la notion de faute dans l'organisation du service public hospitalier<sup>40</sup>. Le directeur, responsable de l'organisation interne de l'établissement porte un droit de regard sur l'ensemble des services hospitaliers. Longtemps considéré comme un secteur particulièrement fermé et discret le bloc opératoire n'échappe pas à cette règle.

➤ **« La gestion des risques hospitaliers », précision des concepts :**

Le concept a été défini aux Etats Unis, dans les années 1970, comme « un effort organisé pour identifier, évaluer et réduire chaque fois que cela est possible, les risques encourus par les patients, les visiteurs et les personnels »

---

<sup>38</sup> TABUTEAU D., *La sécurité sanitaire*, Editions Berger-Levrault, Paris, 1994.

<sup>39</sup> Op. Cit. P3.

<sup>40</sup> CLÉMENT J.M., *Histoire de l'administration hospitalière ou de la question des pouvoirs à l'hôpital*, conférence à l'ENSP, 7 janvier 2000.

Cet effort est toujours retrouvé dans les blocs opératoires, il est culturel, pérennisé, constant, inhérent à la pratique.

Particulièrement exposé dans le domaine du risque, les responsables doivent y prévenir « le risque iatrogène » : sécurité anesthésique, sécurité incendie, sécurité des biens et des personnes, « le risque nosocomial » : prévention du risque infectieux pour le personnel et les malades, « le risque judiciaire » : aléas thérapeutiques, mise en danger de la vie d'autrui, dans un cadre financier parfaitement maîtrisé. Pour tous les acteurs de santé la gestion des risques c'est prévenir leur apparition, diminuer le nombre d'accidents et donc les pertes financières pour l'établissement. C'est aussi agir en amont de la qualité parce que travailler sur l'un c'est influencer l'autre et qu'il existe un lien étroit entre risque pour les usagers, qualité des soins et risque juridique pour les professionnels de santé, « les déclarations de sinistres corporels ont doublé *entre 1988 et 1997* »<sup>41</sup>

### **3.1.3. Le bloc opératoire , un système dynamique ouvert :**

#### **➤ Les entrées et les sorties :**

Il faut aujourd'hui penser le bloc opératoire comme un système dynamique qui communique avec l'ensemble de l'hôpital au travers des différentes prestations qu'il sous traite. La multiplication des services logistiques centralisés le rend tributaire de prestations externes : brancardage des opérés, stérilisation des instruments opératoires, mise à disposition des médicaments et des dispositifs médicaux à usage unique par la pharmacie et les magasins. Cette dynamique de fonctionnement demande de la part des responsables des prouesses d'organisation, de négociation et de régulations internes pour maîtriser les flux d'entrées et de sorties.

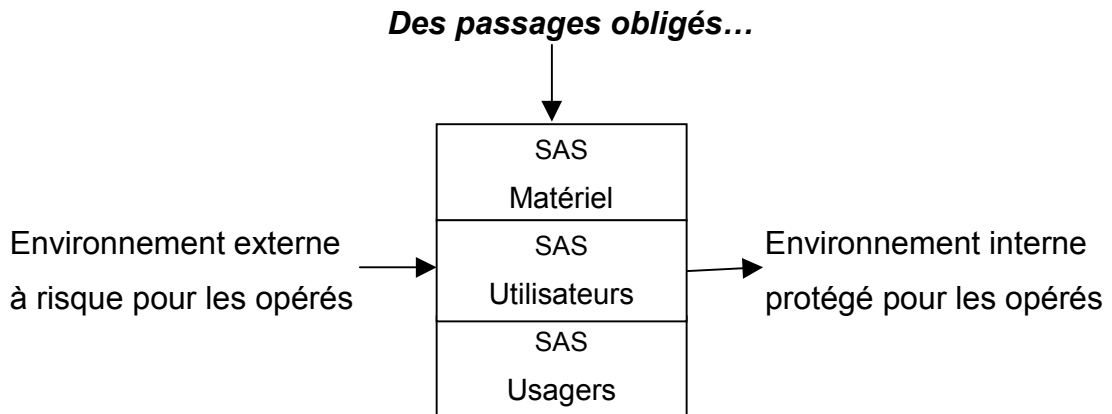
Souvent considéré comme un « vase clos », « un bocal », il s'agit en réalité d'un système protégé par des règles d'hygiène et de fonctionnement qui visent à garantir la sécurité de l'acte opératoire. Cette protection rapprochée du malade

---

<sup>41</sup> Cité par LECLET H. et VILCOT C. dans *Qualité en santé, 150 questions pour agir*, AFNOR, Editions Jouve, Paris, 1999.



consiste à « filtrer » les entrées et les sorties des usagers, des utilisateurs et du matériel par une série de « sas » : entrée des opérés, vestiaires, déshabillage, tenues obligatoires, attitudes et comportements adaptés mais aussi, déconditionnement du matériel qui vient de l'extérieur, nettoyage et décontamination des équipements, filtration de l'air et de l'eau.



La première approche d'une recherche de qualité dans les blocs opératoires passe par la construction, l'architecture, le respect des règles de sécurité, le choix des circuits internes et des matériaux utilisés. Ce domaine fait l'objet aujourd'hui d'un cadre réglementaire spécifique et d'une réflexion pluridisciplinaire. Depuis quelques années, architectes, médecins, administrateurs et professionnels ont su réfléchir ensemble aux évolutions des structures pour préserver les espaces de chacun. Cette réflexion profite aujourd'hui aux utilisateurs, aux conditions de travail et surtout aux usagers.

La documentation très riche sur le sujet permet d'aborder cette question avec sérénité, les débats qui ont alimenté les discussions ont fait l'objet de publications importantes et font actuellement référence<sup>42</sup>.

---

<sup>42</sup> HOËT T., Le bloc opératoire contemporain, Editions de l'université de Bruxelles, 1985, et aussi BREACK P., Hygiène et qualité hospitalières, Hermann Editeurs, Paris, 1996.

## 3.2. LES PROCESSUS OPÉRATOIRES :

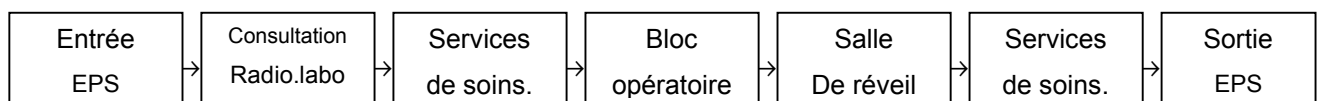
### 3.2.1. Un processus transversal :

Le bloc opératoire est donc aujourd'hui au cœur d'un processus transversal. Ses limites longtemps bien cernées, apparaissent floues par la diversité et la complexité des interactions entre les groupes professionnels différents et diffus. A la fois espace protégé mais ouvert sur son environnement extérieur, on voit bien là, toute la complexité du système. Desservi par de nombreuses liaisons verticales et horizontales avec les services prestataires, la programmation l'anticipation et la planification sont des facteurs clés d'une organisation rationnelle de la structure.

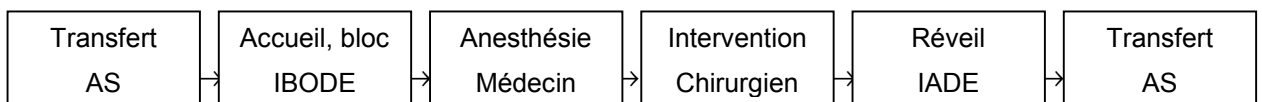
➤ **« Les processus », précision des concepts :**

Selon la norme ISO 8402, c'est « un ensemble de moyens et d'activités liés qui transforment des éléments entrants en éléments sortants » ces moyens peuvent inclure le personnel, les finances, les installations, les équipements, les techniques et les méthodes. L'analyse des processus permet souvent de montrer que « l'organisation du bloc cristallise en effet les incohérences entre toutes les organisations transversales »<sup>43</sup>

Processus de prise en charge des usagers dans un établissement public de santé(EPs) pour une intervention chirurgicale :



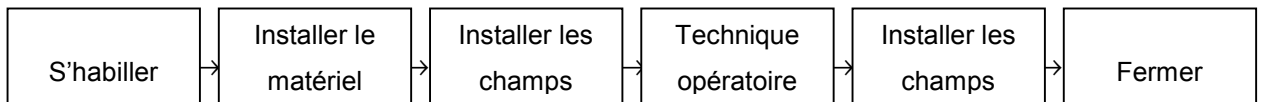
Cet exemple montre l'enchaînement des étapes et peut à nouveau être décomposé en autant de processus opérationnels qu'il comporte d'étapes : prise en charge des usagers au bloc opératoire par les professionnels<sup>44</sup> :



<sup>43</sup> DEPORCQ B., Organisation des blocs opératoires, DPRS/GEMO, AP.HP, Paris, 1998, P29.

<sup>44</sup> IBODE : Infirmière de Bloc opératoire Diplômée d'Etat plus connue sous le nom de panseuse, IADE : Infirmier Anesthésiste diplômé d'Etat, AS : Aide Soignant.

Et pour aller plus loin dans le processus opératoire, il est encore possible de décomposer les étapes d'une intervention en un rituel immuable :



Chaque étape est à nouveau décomposée en autant de procédures que de techniques opératoires avec à chaque fois : rôle du chirurgien, de l'aide opératoire, de l'instrumentiste et de lapanseuse.

➤ **« Les procédures », précision des concepts :**

Selon la norme ISO 8402, « une procédure écrite comporte généralement l'objet et le domaine d'application d'une activité ; ce qui doit être fait et qui doit le faire ; quand, où et comment cela doit être fait ; quels matériels équipements et documents doivent être utilisés ; et comment cela doit être maîtrisé et enregistré »

L'analyse des processus opérationnels dans la démarche qualité doit intégrer les fonctions logistiques et administratives et non les dissocier. Parce que toute faiblesse à ces niveaux est source d'aléas dans le déroulement opératoire et qu'une programmation prévisionnelle à long terme dans la trajectoire du patient permet d'anticiper fonctionnements et dysfonctionnements : dossier administratif, commandes de matériel, prise en charge sociale.

### **3.2.2. Une organisation concentrique :**

➤ **La marche en avant ou l'asepsie progressive :**

Le concept de « marche en avant » largement adopté par les professionnels du bloc opératoire et reconnu comme une règle de bonne pratique est basé sur la notion d'asepsie progressive<sup>45</sup>. Partant de la zone d'activité qui présente le moins de risques pour l'opéré et souvent la plus polluée en terme d'environnement, les passages obligés par différentes contraintes d'hygiène, de tenue, de comportement,

---

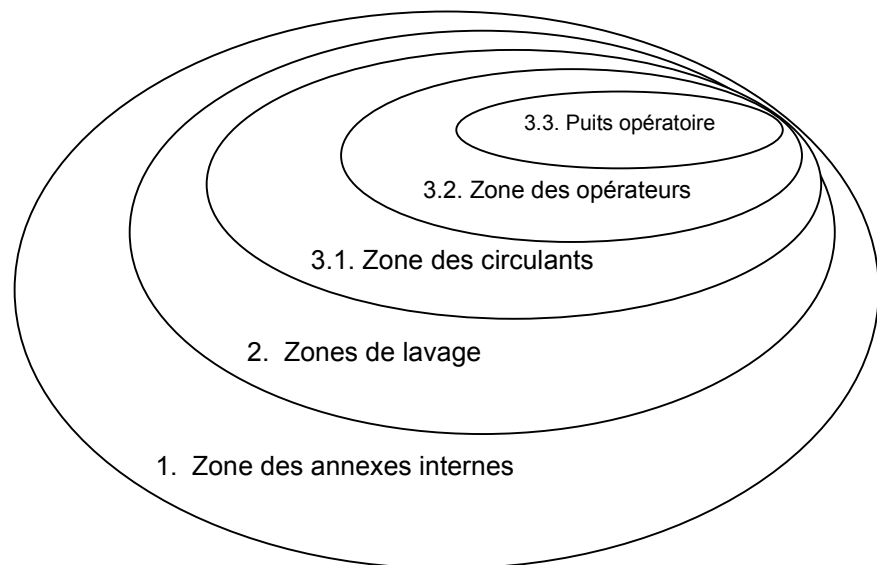
<sup>45</sup> Concept développé dans les années 70 dans le secteur de l'agro-alimentaire qui consiste à partir de la matière première pour aller par étapes successives vers le produit finalisé pour le consommateur.

permettent à chaque passage en « sas » de diminuer les risques de pollution pour arriver à une zone à risque maximum la plus aseptique possible.

Ce concept a été largement repris ces dernières années par les industriels qui l'intègre dans les emballages de champs opératoires à usage unique stériles : un film plastique pour le transport routier, un carton pour le stockage en magasin, un carton pour la réserve du bloc opératoire et un dernier carton présentoir pour la salle d'opération.

➤ **Les zones concentriques :**

Souvent argumenté parce que difficilement réalisable sur le plan architectural : sens unique obligatoire, le concept de marche en avant est alors remplacé par une organisation concentrique toujours sur le principe d'asepsie progressive qui reste inchangé pour des raisons de qualité et de sécurité des soins.



Partant de l'extérieur du bloc pour aller vers « le puits opératoire » il est possible de décliner plusieurs zones de travail qui correspondent à des règles de fonctionnement, d'hygiène et d'asepsie.

➤ **Le secteur opérationnel ou « être dehors » :**

Il correspond aux zones les moins protégées qui échappent souvent au contrôle des utilisateurs mais qui influencent le fonctionnement interne du bloc opératoire : la place des réserves, la lingerie, la pharmacie, les magasins, la stérilisation centrale, le service du brancardage, les urgences, la réanimation et les services de soins. Il est ainsi fréquent de voir arriver en plein programme opératoire et sans être annoncés des malades venant d'autres services, non préparés ou des livraisons de matériel nécessitant contrôle et stockage immédiat.

La qualité de la prestation et de l'organisation de ces services : manque de personnel, ruptures de stocks, manque de procédures internes et conjointes, non-respect des calendriers de livraison ont des incidences sur le fonctionnement interne du bloc opératoire et mettent souvent à mal les efforts d'un travail de qualité interne souvent maîtrisé. Les liaisons horizontales et verticales proches relèvent de cet environnement : pannes, encombrement, monte malade occupé par les livraisons ou les visiteurs.

➤ **Le bloc opératoire ou « être dedans et dehors » :**

C'est l'ensemble de la structure : salles d'opérations, bureaux, pièces d'utilité, vestiaires et réserves de matériel. Les zones propres et sales cohabitent et sont différenciées par des circuits, par des « sas », des passages obligés pour le déstockage, le nettoyage et la tenue. Toutes les pièces de ce secteur ne sont pas également protégées, il n'y a pas de climatisation partout et en règle générale trois zones distinguent les niveaux d'asepsie :

- ✓ zone 1 : les réserves de matériel, les vestiaires, les bureaux d'un niveau d'hygiène parfois étonnant (plantes vertes, nourriture)
- ✓ zone 2 : les salles de lavage du matériel, des mains, attenantes aux salles d'opérations d'un niveau d'hygiène requis (contrôle bactériologique de l'eau et des surfaces)
- ✓ zone 3 : les salles d'opérations d'un niveau d'hygiène contrôlé incontournable et des tenues adaptées (contrôle bactériologique des surfaces et de l'air)

A ce niveau, si l'organisation interne est souvent source de référence, les étapes d'amont et d'aval ne sont pas toujours maîtrisées et c'est sur ce point que portera plus particulièrement la démarche qualité : la qualité des flux, des circuits, la place des acteurs qui interviennent dans le processus de l'extérieur.

➤ **La salle d'opération ou « être dedans » :**

C'est la pièce réservée aux interventions chirurgicales. Elle fait l'objet de règles précises de conception, d'organisation et de fonctionnement. Elle est également organisée en trois zones d'asepsie :

- ✓ Zone 3.1 : le personnel est en tenue adaptée, la circulation est réglementée et le matériel nettoyé plusieurs fois par jour. C'est le domaine des « circulants » : panseuse, anesthésiste, aides soignants, visiteurs.
- ✓ Zone 3.2 : le personnel est en tenue stérile, les gestes sont ritualisés, le matériel exclusivement stérilisé. C'est le domaine des opérateurs et de l'instrumentiste.
- ✓ Zone 3.3 : « le puits opératoire » concentre sur lui l'essentiel des attentions. Tous les yeux convergent sur le « champ opératoire » avec obligation de signalement et de traçabilité. C'est le domaine réservé des mains du chirurgien et de l'aide opératoire.

Ce découpage spatial par zones concentriques est celui qui est le plus mouvant dans l'évolution des structures. Certains professionnels sont amenés à « circuler » d'une zone à l'autre sans toujours respecter les règles d'asepsie liées à chaque zone. L'entrée des médecins spécialistes, des techniciens et des équipements de plus en plus sophistiqués qui ne se stérilisent pas changent les règles traditionnelles de circulation. Gestes diagnostics : endoscopies et gestes thérapeutiques : chirurgie traditionnelle ne font pas toujours bon ménage parce qu'ils ne nécessitent pas la mise en œuvre des mêmes moyens.

Nous venons de voir comment le concept de qualité a évolué dans le temps et comment il est aujourd'hui au centre des préoccupations hospitalières.

Nous avons également pressenti par l'analyse systémique du bloc opératoire la diversité des approches possibles pour une démarche qualité : la conception, l'organisation, la coordination, l'approche linéaire de la trajectoire du patient et son découpage par processus ou l'approche concentrique et son maillage par zones protégées ce qui répond en partie à notre question de départ.

L'IG qui souhaite développer une démarche institutionnelle s'inscrit dans une action d'ensemble, un projet qualité pour tous et sa connaissance des unités de soins peut l'aider à situer le projet dans son environnement. Trouver la bonne focale est essentiel, plusieurs systèmes se superposent qui sont de niveaux hétérogènes, certains services sont à l'halogène depuis longtemps et d'autres sont encore à la bougie, on voit bien là toute la complexité de trouver un éclairage harmonieux sur l'ensemble de l'hôpital.

Néanmoins, sa connaissance des soins et des services et sa place aux interfaces des logiques professionnelles doit permettre à l'IG de repérer les étapes du projet qualité, de traduire les difficultés rencontrées et de trouver une méthode qui relie les acteurs, parce que comprendre un projet qualité, c'est pouvoir répondre à des questions simples et analyser les relations entre les personnes.

Le choix de la méthode dépend alors pour beaucoup des ressources mobilisables sur un projet transversal et de la stratégie développée par le responsable du projet. C'est ce que nous allons voir en deuxième partie.

## **DEUXIÈME PARTIE, L'ETUDE :**

Cette étude sur la démarche qualité dans les blocs opératoires est faite en trois temps. Une première partie concerne une enquête réalisée sur les terrains de stage de la filière IG à l'ENSP et permet de voir quelle place la DSSI accorde à la qualité dans les EPS.

La deuxième partie présente les acteurs cibles dans l'évolution des métiers, fonctions et rôles, leur positionnement dans les EPS en général et les blocs opératoires en particulier : coopération, partenariat, ajustement mutuel.

La troisième partie concerne l'enquête de terrain dans un CHU de la région Ile de France. Elle permet de mesurer la force d'engagement des acteurs dans la démarche qualité du bloc opératoire et de valider notre hypothèse pour ce qui concerne sa généralisation sur l'EPS.

### **1. L'ENQUÊTE PRÉLIMINAIRE :**

Avant de commencer le travail d'étude, il semble opportun de savoir ce que représente la démarche qualité dans les EPS en France aujourd'hui en terme d'engagement de la DSSI. Une enquête réalisée sur les terrains de stage de la filière IG à l'ENSP soit 120 EPS en janvier 2000, permet d'obtenir un certain nombre de réponses au questionnaire personnel :

A la veille de l'accréditation des EPS, la démarche qualité : C'est quoi? Comment? Dans quel domaine? Avec qui? Rôle et place de la DSSI?

Dans un questionnaire qui permet de connaître l'établissement trois questions sont posées au directeur du service de soins infirmiers sur la qualité :

- ✓ La DSSI est-elle engagée dans une démarche qualité?
- ✓ Si oui, dans quel domaine?
- ✓ Si non pourquoi?



➤ Les réponses sont étudiées par type d'établissement, soit 102 réponses sur 120 questionnaires (85% de réponses).

- ✓ Pas de démarche qualité : 9 réponses pour 2 CHU, 6 CHG, 1 CHS.
- ✓ Démarche qualité actuellement en cours sur certains thèmes : 36 réponses pour 14 CHU, 17 CHG, 5 CHS.
- ✓ Démarche réalisée sur plusieurs thèmes avec évaluation en cours : 57 réponses pour 5 CHU, 39 CHG, 13 CHS.

A la question « s'il n'y a pas de démarche qualité, pourquoi? » les réponses suivantes sont données sur 5 EPS : « *en attente de formation pour rendre lisible la démarche qualité* », « *n'est pas une priorité pour le moment* », « *attend l'accréditation* », « *attente d'un projet institutionnel* » (2 fois sur 2 CHU)

On constate que la dynamique qualité est bien implantée partout : à 94% dans les CHS et 90% dans les CHU et CHG et qu'elle est en phase d'évaluation majoritairement dans les CHS pour 68% et les CHG pour 63%. Dans les CHU cette phase d'évaluation ne dépasse pas les 24% et les raisons évoquées sont structurelles et fonctionnelles : « *les difficultés de mise en œuvre* », « *la grandeur de la structure* », « *la lourdeur des procédures* », « *trop de monde qui s'occupe de tout, trop d'experts mal coordonnés* », « *manque de moyens* »

➤ Pour aussi variées qu'elles soient, les réponses à consulter en annexe 2, peuvent néanmoins être classées en 3 grands thèmes :

- ✓ Actions relatives à l'hygiène et à la gestion des risques : 93 réponses
- ✓ Actions relatives à l'évaluation de la qualité : 70 réponses
- ✓ Actions relatives aux moyens de mise en œuvre d'une démarche qualité : 31 réponses

Cette première enquête permet de voir que 91% des EPS ont une démarche qualité actuellement en cours sur certains thèmes dont 65% concernent l'Hygiène et la prévention des infections nosocomiales, 68% l'évaluation des pratiques de soins et 30% les actions relatives à la mise en œuvre de la démarche.

➤ L'action ciblée sur le bloc opératoire représente 0,07% des réponses avec quelques précisions obtenues par entretiens téléphoniques « *c'est trop technique* », « *trop compliqué parce que trop d'intervenants* », « *impossible de réunir tout le monde autour d'une table et surtout de les mettre tous d'accord* », « *c'est un endroit où on ne va pas, et en général on ne s'intéresse pas à ce qui ne se voit pas* »

Cette dernière réponse nous ayant laissée pleine d'interrogations a néanmoins conforté le choix du sujet de l'étude. Elle montre que la perception des acteurs est essentielle et que si « un unanimité autour de l'amélioration de la qualité des soins se fait jour, les conditions de mise en œuvre pour atteindre un tel objectif restent une source d'interrogations »<sup>46</sup>

Une étude de la structure, des métiers et du cadre réglementaire ces dernières d'années peut alors aider les professionnels à intégrer les évolutions et les obligations pour devenir des acteurs de changement.

## **2. LES ACTEURS DANS L'ÉVOLUTION DES MÉTIERS :**

### **2.1. LE CHOIX DES ACTEURS :**

Impossible dans le champ de cette étude de prendre en compte tous les acteurs qui sont impliqués dans l'évolution des blocs opératoires, ils sont trop nombreux<sup>47</sup>.

Choisir le chirurgien et la panseuse c'est travailler au cœur du système sur les acteurs dont le métier a le plus changé ces dernières années parce qu'ils sont eux mêmes les moteurs de ce changement. Les évolutions instrumentales du métier de chirurgien permettent aujourd'hui d'identifier des manœuvres invasives selon des pratiques qui vont de la main de l'homme à la pince du robot en passant par les

---

<sup>46</sup> Revue Hospitalière de France, n°2, Avril 1998, P.219.

<sup>47</sup> Pour une connaissance synthétique des principaux acteurs qui travaillent à l'intérieur du bloc, voir MAZURIER F., Etude sur le bloc opératoire de Blois, mémoire ENSP, 1993.

instruments traditionnels, les sutures automatiques, les endoscopes et la vidéo-chirurgie, la télé-radiologie interventionnelle et la stéréotaxie chirurgicale.

Il est important de noter que depuis quelques années, le chirurgien intervient quasi uniquement pour réaliser la prestation chirurgicale le reste des actes complémentaires lui échappant. Face à ce constat, nous nous posons les questions habituelles de l'analyse systémique : Qui? Fait Quoi? Où? Quand? Comment?<sup>48</sup>

Compte tenu de la multiplication des secteurs opératoires avec ou sans chirurgien avec ou sans panseuse, notre parti pris est d'enquêter sur les acteurs qui quelque soit la configuration architecturale et opérationnelle interviennent de manière habituelle dans l'activité des blocs opératoires par le seul fait de la transversalité de leur fonction.

Notre choix porte sur 4 groupes cibles : pharmacien, ingénieur biomédical, médecin anesthésiste et infirmier général, pour lesquels sont recherchés leur positionnement aujourd'hui dans les EPS, leur force d'engagement et leur influence sur d'autres groupes professionnels.

Partant du postulat que les équipes chirurgicales sont toujours évolutives, orientées vers le progrès et de ce fait très réceptives au changement nous avons voulu voir comment elles intègrent ces nouveaux acteurs qui interfèrent dans leur jeu, sur leur domaine réservé.

## **2.2. LEUR POSITIONNEMENT :**

### **2.2.1. L'ingénieur biomédical :**

*Les années 1965-1975*, se caractérisent par une phase d'expansion médicale et technique. Il s'agit avant tout d'être à la pointe du progrès, d'être performant dans la qualité des soins, de maîtriser les techniques, « d'être efficace ». Les organisations sont opérationnelles et les techniques d'aide à la décision

---

<sup>48</sup> Créé en 1904 par Taylor, le QQOQCP n'a rien perdu de son efficacité pour analyser une situation. D'utilisation facile, chacune des questions se subdivise en autant d'autres questions.

mathématiques. C'est la performance qui prévaut. Cette période voit l'arrivée des ingénieurs biomédicaux à l'hôpital<sup>49</sup>.

Conseiller technique à l'élaboration des plans d'équipement, ses compétences lui permettent de concevoir et de valider les projets et les procédures d'acquisition des dispositifs médicaux. Son intervention dans le choix des équipements a obligatoirement des conséquences sur les coûts de maintenance, de la formation du personnel et aussi d'achat de matériel accessoires et consommables. Sa connaissance des budgets, des technologies nouvelles, son analyse des besoins avec les utilisateurs font de l'ingénieur, un acteur actif dans la réalisation du projet d'établissement. Ses compétences et sa fonction de conseiller technique en font un allié précieux pour les directeurs.

« L'évolution rapide des technologies médicales et l'apparition de contraintes réglementaires comme la matériovigilance obligent aujourd'hui les directions d'établissement de soins à s'allier les compétences biomédicales »<sup>50</sup>. Ses domaines de compétences s'exercent sur des missions transversales : les blocs opératoires, l'anesthésie réanimation, l'imagerie médicale, les laboratoires. L'ingénieur organise l'exploitation du parc de matériel dans les meilleures conditions de sécurité, il est responsable technique de la maintenance, tient compte de la technologie, de son obsolescence et de la réglementation en cours : c'est la matériovigilance. Il dispose souvent d'outils informatiques qui facilitent la gestion des inventaires, la traçabilité des matériels, la production d'indicateurs d'activité et de qualité.

La matériovigilance a un impact sur l'organisation des soins et sur la qualité. L'application du *décret du 15 janvier 1996*<sup>51</sup> est de sa responsabilité et il est le plus souvent le correspondant local de matériovigilance dans l'établissement. Il assure une veille technologique et réglementaire et conseille les utilisateurs sur les précautions d'utilisation et de sécurité. Les entretiens vont nous aider à comprendre

---

<sup>49</sup> TONNEAU D., Recherche en soins infirmiers, n°42, septembre 1995, P4 à 8.

<sup>50</sup> HADROT L., L'ingénieur biomédical, L'hospitalisation privée, n°333, 1996, P83 à 86.

<sup>51</sup> Décret n°96.32 du 15 janvier 1996 relatif à la matériovigilance exercée sur les dispositifs médicaux.

quelle place occupe aujourd'hui l'ingénieur biomédical dans la démarche qualité du bloc opératoire et comment il s'intègre aux groupes du projet.

### **2.2.2. L'infirmier général :**

A l'hôpital *de 1975 à 1985*, c'est la période de la spécialisation et des plateaux techniques. C'est la recherche de « l'efficience » et il faut vérifier que les investissements réalisés pendant la période précédente produisent des soins au meilleur coût. Cette période voit la création de la fonction d'Infirmier Général à l'hôpital<sup>52</sup>. Dès la création de la fonction *en 1975* la qualité apparaît dans ses activités, confirmée *en 1989 et en 1991* par la loi de réforme hospitalière.

« Il veille particulièrement, en liaison avec le corps médical de l'établissement, à la qualité des soins infirmiers et participe à la conception, à l'organisation et à l'évolution des services médicaux »<sup>53</sup>

*En 1989*, il contribue à la définition d'une politique d'amélioration de la qualité et à la formation des personnels du service infirmier<sup>54</sup>. Il participe à la gestion des personnels soignants, contribue à l'élaboration des programmes de formation dans les écoles, à l'élaboration du plan de formation de l'établissement et s'inscrit dans une démarche collective de projets institutionnels : projet d'établissement, projet de soins infirmiers, projet de formation, projet qualité.

*En 1994*, il contribue au développement de la recherche dans le domaine des soins et de l'évaluation<sup>55</sup>. *En 1999* la démarche d'accréditation place l'IG dans un rôle renforcé, en complémentarité, en partenariat avec le directeur, la CME et les instances représentatives du personnel. Le manuel d'accréditation le positionne dans le processus de mise en œuvre où il est demandé qu'il s'engage, qu'il s'implique « la CME, les praticiens et la DSSI ou le responsable du service de soins infirmiers s'engagent dans le dispositif » qualité et prévention.

---

<sup>52</sup> TONNEAU D., Recherche en soins infirmiers, n°42, septembre 1995, P4 à 8.

<sup>53</sup> Décret n°75.245 du 11 avril 1975 relatif au recrutement des IG.

<sup>54</sup> Décret n°89.758 du 18 octobre 1989 portant statut des IG.

<sup>55</sup> Loi n°91.748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière.

Aujourd'hui, il exerce dans un champ professionnel qui lui permet de développer des actions stratégiques d'amélioration de la qualité des soins. Ses domaines de compétences s'exercent sur des missions transversales avec l'ensemble des acteurs de santé. La réflexion contemporaine sur les secteurs opératoires l'invite à s'interroger sur leur situation géographique, leur environnement, leur fonctionnement. Responsable de l'organisation des soins et du fonctionnement des unités, l'IG ne peut rester en dehors de ce débat d'autant que le développement des techniques opératoires nous interrogent sur les schémas traditionnels des pratiques professionnelles et la psychologie des usagers et des soignants face aux évolutions techniques de robotisation.

### **2.2.3. Le médecin anesthésiste :**

*Le décret n°94.1050 du 5 décembre 1994* relatif à la sécurité anesthésique marque un tournant important dans la politique de santé des établissements de soins. Il pose le principe d'une consultation pré-anesthésique obligatoire pour toute intervention programmée, d'une allocation de moyens adaptés, d'une surveillance continue après l'intervention et d'une organisation qui permet de faire face à tout moment à une complication liée à l'anesthésie. Il vise à améliorer les conditions de sécurité des soins à l'hôpital dans un cadre volontariste et pragmatique.

« Ce texte est une grande victoire pour la discipline », « Il porte la marque des professionnels (...) La reconnaissance de notre discipline est acquise, les règles de son organisation s'imposent à toute la communauté médicale (...) c'est aussi la reconnaissance du rôle clinique par la consultation pré-anesthésique »<sup>56</sup>

Ce décret permet aux anesthésistes réanimateurs d'évaluer leur dispositif et d'obtenir les moyens nécessaires de mise en conformité. Il vise également à « améliorer les relations entre anesthésistes réanimateurs, chirurgiens et autres spécialistes ou professionnels de santé »<sup>57</sup> et précise que « le tableau de programmation des interventions opératoires est établi conjointement par les médecins, les anesthésistes réanimateurs concernés et le responsable de

---

<sup>56</sup> Revue BOLUS, Sécurité anesthésique : nouveaux droits, nouveaux devoirs, n°17 décembre 1994.

<sup>57</sup> Recommandations du conseil national de l'ordre des médecins de mai 1994.

l'organisation du secteur opératoire en tenant compte des impératifs d'hygiène, de sécurité et d'organisation du secteur ». C'est l'introduction d'une normalisation des pratiques qui va servir de base à une nécessaire évaluation. « C'est la première clause d'un contrat où à charge de réciprocité, administration et soignants s'engagent envers le patient (...) notre démarche doit désormais être orientée vers l'évaluation de la qualité des actes, la rationalisation des moyens »

Ce texte s'inscrit dans « le rôle pivot du plateau technique » dans lequel de plus en plus l'anesthésiste réanimateur occupe une place charnière allant de la chirurgie à la radiographie interventionnelle en passant par différentes explorations fonctionnelles. Ce nouveau champ d'exercice, constitue le cadre des missions transversales qui nous intéressent dans cette étude. Six ans après ce décret, la profession s'est affranchie de ce succès et on constate aujourd'hui un engagement dans la démarche qualité et la démarche d'accréditation. La dynamique développée par la profession a permis d'édicter des recommandations, les départements d'anesthésie réanimation (DAR) possèdent des outils adaptés à l'évaluation de leurs pratiques et n'hésitent pas à rendre publiques leurs résultats.<sup>58</sup>

L'espace social se modifie sous la pression des représentations que les divers professionnels souhaitent donner d'eux mêmes et l'expertise technique qui fonde leur position les amène à revendiquer une nouvelle position, ce qui est vrai pour les médecins anesthésistes l'est aussi pour les pharmaciens.

#### **2.2.4. Le pharmacien :**

« On constate aujourd'hui, que des mouvements contradictoires touchent les groupes professionnels à l'hôpital. Le modèle de l'exercice libéral, maintenu par les médecins est dominé par le salariat et la coopération obligée entre métiers, le médecin occupe de plus en plus un emploi ». « Le pharmacien, apothicaire, fait partie depuis toujours des emplois hospitaliers et cette fonction tenue de diverses façons dans le temps est aujourd'hui assurée par des salariés à l'hôpital devenus

---

<sup>58</sup> Journal LE MONDE du 7 octobre 1999.

praticien hospitalier »<sup>59</sup>. Ce nouveau statut le rapproche de la position médicale et la réglementation qui se développe sur des aspects de sécurité concernant l'usage du sang, des biomatériaux, constitue le moteur d'une évolution culturelle qui remet en question le principe de l'autonomie professionnelle des médecins à l'hôpital.

Suprême innovation, en cohérence avec les attentes sociales les plus profondes, l'exigence de sécurité fait aujourd'hui exploser le système. Les textes sur l'hémovigilance, la bioéthique, les biomatériaux, introduisent des contrôles externes sur la circulation des produits et des informations. Ce dernier point bouleverse les rapports entre administration, corps médical, infirmiers et pharmaciens. C'est une révolution au sens propre du terme, car ces obligations produisent plus de changements dans les rapports entre catégories à l'hôpital que tous les mouvements précédents. « C'est la peur, le doute à l'égard de la fiabilité des comportements humains qui transforment aujourd'hui les conditions d'exercice et le contrôle externe en est le point d'orgue. C'est l'élément fondateur de l'organisation hospitalière du XXIème siècle. Ce qu'aucune réforme n'avait réussi à introduire, le SIDA est en train de le faire »

L'événement du sang contaminé et l'exigence de suivi des produits sanguins a conduit à mettre en place des organisations qui bouleversent les rapports sociaux à l'hôpital entre toutes les catégories de soignants. Le pharmacien a toujours surveillé les prescriptions mais jusqu'aux *textes de 1993*<sup>60</sup> et *1994*<sup>61</sup>, sa fonction de veille sur les prescriptions était très limitée.

Autre réforme, *la loi du 8 décembre 1992*<sup>62</sup> positionne le pharmacien comme responsable des dispositifs médicaux stériles dans les établissements de santé. Il devient du même coup le garant de la production locale de stérilisation et des stocks de dispositifs médicaux stériles situés en pharmacie, en stérilisation centrale, en

---

<sup>59</sup> RIONDET J., Profession pharmacien, Conférence de l'AIS, octobre 1995.

<sup>60</sup> Loi n°93.5 du 4 janvier 1993 relative à la sécurité en matière de transfusion sanguine et de médicament.

<sup>61</sup> Loi n°94.19 du 4 janvier 1994 portant transposition de directives communautaires relatives à la pharmacie et au médicament.

<sup>62</sup> Loi n°92.1279 du 8 décembre 1992 relative à la pharmacie et au médicament.



blocs opératoires, lingerie, magasins. A ce titre, il exerce aujourd'hui dans un champ d'activités extrêmement variées sur des positions transversales dans les domaines du médicament, de l'hémovigilance, de la matériovigilance, de la stérilisation et intervient dans le fonctionnement interne du bloc opératoire par la traçabilité, le contrôle des procédures et des stocks et l'inspection externe de la DDASS.

*La loi du 1<sup>er</sup> juillet 1998<sup>63</sup>* relative à la sécurité sanitaire renforce ses missions dans le contrôle et l'inspection. Pharmacovigilant, il a obligation de déclarer les affections iatrogènes liées au médicament et aux dispositifs médicaux et de mettre en place un système permettant d'assurer la qualité de la stérilisation dans les EPS. C'est de loin, le changement le plus important pour les professionnels du bloc opératoire, habitués à une certaine organisation artisanale implicite, amicale parfois, qui doivent aujourd'hui aller vers des alliances structurelles, des partenaires obligés, des réseaux volontairement constitués, une convivialité pensée<sup>64</sup>.

### **2.3. LEUR FORCE D'ENGAGEMENT :**

Tous positionnés sur des missions transversales, nous avons souhaité les rencontrer pour voir comment ils mettent à profit leur positionnement légitime sur un projet qualité : quelle place leur est donnée et quelle place ils prennent.

#### **2.3.1. Le déroulement de l'enquête :**

##### **➤ La présentation de l'hôpital :**

Cette enquête a été réalisée dans un EPS de 860 lits, CHU et SAU de la région Ile de France, qui gère actuellement 7 secteurs opératoires dont 4 blocs de service, 1 salle de soins spécialisés, 1 bloc d'endoscopie, 1 salle de radiologie interventionnelle. L'activité en lettre clé pour 1999 est de : 1 416 485 K opératoires et 2 040 002 K d'anesthésie.

---

<sup>63</sup> Op.Cit. P3.

<sup>64</sup> Op.Cit. P35.

Il dispose d'une logistique horizontale qui laisse à penser une organisation sous forme de coordination négociée avec les services prestataires : un service de brancardage central, une stérilisation centrale, une unité d'hygiène, un coordonnateur des laboratoires, un ingénieur en organisation, un service d'entretien, plusieurs magasins.

Par ailleurs, la gestion des risques est organisée : CLIN, CHSCT, comité du médicaments, d'hémovigilance, de matériovigilance, de prévention du tabagisme, de lutte contre la douleur, un service de sécurité incendie, un service de sécurité anti malveillance, un ingénieur des travaux et un ingénieur en restauration.

Les espaces de dialogue sont structurés : CME, CTE, CSSI, commission de surveillance, des structures, de la recherche clinique, des urgences, de l'équipement, de l'activité libérale, de conciliation, des effectifs médicaux, du budget, de la formation, de l'évaluation et un chargé de communication.

➤ **Les entretiens semi-directifs :**

Les techniques utilisées pour l'étude du terrain ont été celle des entretiens semi-directifs individuels. Le croisement des analyses permet de confronter les perceptions des différents acteurs sur la qualité, ce qu'ils font, comment ils le font et avec qui.

Des entretiens de 1 heure avec chacun des protagonistes, il ressort quelques points forts qui vont nous aider à faire émerger la méthode mise en œuvre sur cet EPS et les facteurs de réussite.

Les entretiens permettent de positionner les acteurs cibles dans la structure qualité de l'hôpital ( annexe 1 ) et pour rendre lisible la complexité des échanges avec le bloc opératoire, les relations interpersonnelles entre les acteurs sont représentées par un sociogramme. Cette représentation graphique ( en Page 42 ) permet de voir les professionnels qui entrent en jeu dans la démarche, avec qui et comment constituer des groupes pluridisciplinaires sur les thèmes de qualité retenus.

En tout, 20 personnes rencontrées pour parler de la qualité : directeur, IG, ingénieur biomédical, pharmacien, médecin anesthésiste, chirurgien, panseuse, 5 cadres experts (IBODE), 2 cadres de santé (dont un préparateur en pharmacie)

L'importance donnée à l'échantillon des cadres est étroitement liée à la place centrale que nous souhaitons leur donner dans cette démarche. Acteurs, moteurs et facilitateurs, ils sont au centre du projet, la méthode employée doit contribuer à leur intégration.

### **2.3.2. Les résultats de l'enquête :**

#### **➤ Un engagement institutionnel fort :**

☞ Le choix du terrain d'enquête est motivé par l'engagement de l'équipe de direction qui place le projet qualité comme priorité forte dans le projet d'établissement, de soins et de formation, « *l'établissement s'engage dans l'accréditation fin 2000 et le projet qualité est un préalable pour faciliter l'entrée dans cette démarche* ». Le bilan des engagements stratégiques de l'hôpital en 1999 fait apparaître un bon fonctionnement des structures de la démarche qualité en place depuis 1998 ( annexe 1 ) : 1 Comité de la qualité et de l'accréditation, 1 Comité de pilotage de la qualité et 2 référents qualités par services : 1 cadre de santé et 1 médecin tous deux formés à la démarche qualité en 1999.

☞ Actuellement, la démarche qualité est bien engagée en stérilisation centrale, au service d'imagerie médicale, en restauration, dans les laboratoires, dans la prise en charge de la douleur, aux explorations fonctionnelles respiratoires(Norme ISO 9002, prix qualité AP.HP/MFQ en 1999)<sup>65</sup> et démarche qualité sur les blocs opératoires sujet qui nous intéresse ici. Les « *figures libres* » où projets spécifiques mis en œuvre par les services, cohabitent avec les « *figures imposées* » qui traduisent les orientations institutionnelles proposées par l'établissement : accueil, dossier du patient<sup>66</sup>. « *Le foisonnement des idées, la multitude des actions*

---

<sup>65</sup> Décerné à l'Assistance Publique, Hôpitaux de Paris par le Mouvement Français de la qualité.

<sup>66</sup> CATALA C., Le programme qualité, La lettre de St. Antoine, n°33, septembre et octobre 1999.

*engagées, montrent bien l'intérêt général pour cette démarche depuis déjà une dizaine d'années », « dans une région comme la notre qui compte 508 hôpitaux et cliniques, 97 800 lits et places dont 57% de MCO de court séjour, la concurrence est forte », « c'est une réalité incontournable pour un établissement s'il veut rester attractif pour les médecins les soignants et les patients »<sup>67</sup>*

☞ Dans un sondage réalisé par l'ARH en 1998, les franciliens disent avoir une très grande confiance dans les équipes soignantes, jugent le personnel hospitalier compétent à 90% et la qualité des soins plutôt bonne à 88%. Mais *« avant de subir une opération »*, la réputation du chirurgien est déterminante à 39%, la qualité des soins à 12% et la réputation de l'hôpital à 8%, *« l'engagement institutionnel encourage les initiatives, renforce les équipes, la confiance des usagers et la réputation de l'hôpital »*. Avis confirmé par l'enquête : 54% des personnes déclarent faire le choix d'un établissement en fonction *« de la réputation du médecin ou du chirurgien qui va s'occuper de vous »* et 46% *« de la qualité des soins »*

➤ **Une méthode personnalisée :**

☞ Le choix de l'IG en tant que membre du comité qualité est de mettre en place *« une démarche qui anticipe les dysfonctionnements »* ( annexe 3 ) *« simple, pour que tout le monde puisse se l'approprier »*. Le personnel n'a pas été formé à la qualité et la formation des référents a été jugée *« trop théorique »*. Il décide de partir de questions élémentaires sur les obligations réglementaires : Quelles sont les procédures incontournables pour une intervention chirurgicale? Qui les écrit? Qui les valide? Qui les applique? Qui les contrôle? avec en toile de fond le manuel d'accréditation de l'ANAES *« 150 professionnels ont travaillé sur ce manuel, il faut l'utiliser, on ne va pas refaire le monde tous les jours »*

☞ Parce qu'il est difficile de mobiliser les acteurs sur des enjeux mal identifiés et non partagés, la stratégie de l'IG consiste à choisir des thèmes incontournables sur le plan réglementaire ( annexe 4 ) qui mobilisent de nombreux acteurs et à les faire travailler ensemble à l'élaboration de fiches d'auto évaluation ( annexe 5 ). Le

---

<sup>67</sup> Chiffres du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire d'Ile de France ( SROS/IDF), 1997.

positionnement de l'IG conditionne le projet en terme de crédibilité et d'union « *se dire qu'on est responsable, c'est se positionner, s'engager, se donner des obligations, avoir des exigences avec soi et avec les autres* ». La place privilégiée de l'IG, lui permet de solliciter toutes les personnes impliquées dans le projet et de les convier à un travail collectif.

☞ L'IG, responsable du dossier est complètement engagé dans la démarche, il pense que c'est avant tout « *un état d'esprit à développer* » et que choisir de travailler sur le bloc opératoire c'est s'engager dans une démarche stratégique « *qui par effet de répercussion* » développe la communication et la coopération entre des groupes professionnels très variés « *avec lesquels il est possible de travailler ensuite sur d'autres projets* ». Pour lui, l'important c'est d'être toujours en état de veille, attentif aux évolutions des structures et des métiers. Les changements actuels dans les blocs opératoires influencent les comportements et le climat *social* « *les tensions sont fortes* ». Son engagement personnel cautionne et conditionne l'engagement des acteurs et la mobilisation de tous permet de questions en questions d'étendre la démarche sur d'autres secteurs par effet de « *tache d'huile* »

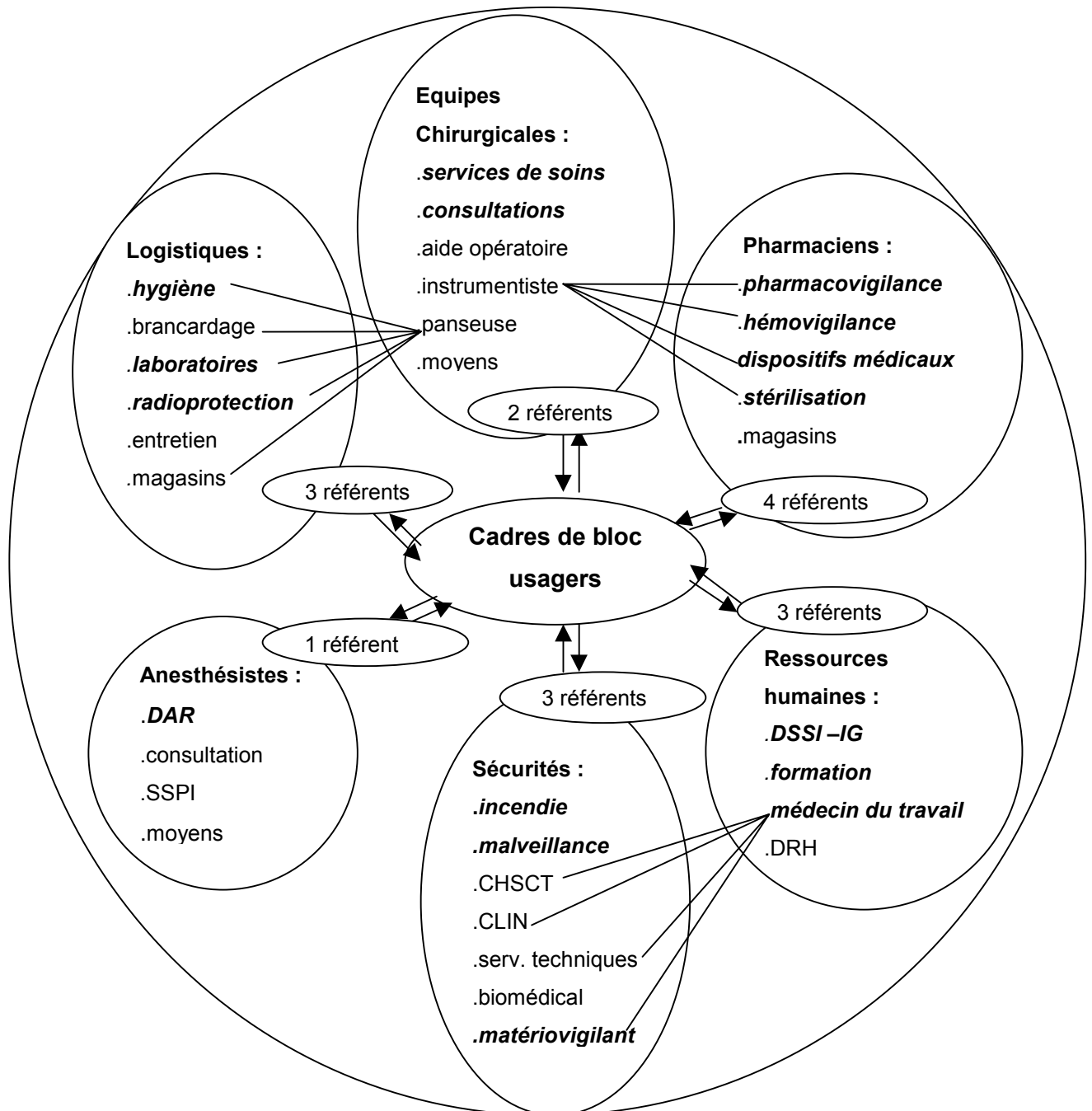
☞ La régulation interne du secteur opératoire est cohérente si le cadre de bloc dispose de tous les leviers d'action qui permettent la maîtrise des processus. Pour l'IG il s'agit donc « *d'élargir la vision de l'unité au-delà de son organisation interne et de leur donner les moyens de piloter avec des outils formalisés par de nouvelles coopérations* ». Dans ce projet, ils sont à la fois les relais avec le terrain et les moteurs dans les différents groupes constitués soit pour valider les procédures, soit pour les normaliser. L'engagement de l'IG est ici très important pour faciliter les contacts et les échanges entre les acteurs « *nous on n'a pas l'autorité pour ça* »

### **3. LA SOCIODYNAMIQUE DES ACTEURS :**

#### **➤ Une réponse diversifiée :**

☞ Véritable moteur de changement, l'IG doit « *se positionner comme chef de projet pour diriger les actions, encourager les équipes, et soutenir les cadres* » et

aussi « *planifier les actions, donner les moyens* » être à la fois dynamique et attentif à la qualité, à la sécurité des soins et aux équipes soignantes.



Sociogramme du groupe projet qualité sur les blocs opératoires.

Les entretiens permettent de cartographier les groupes opérationnels et font émerger le positionnement des acteurs et les échanges professionnels.

☞ La participation des cadres est égale mais l'ancienneté joue dans la perception du projet en terme d'enjeux et de résultats, « *Sur le fond cela ne change pas grand chose, c'est écrit, c'est classé et après ? on ne va pas être derrière chaque agent pour voir s'il applique* », « *Cette démarche nous a obligé à rédiger les choses, à écrire ce que l'on fait et ce que l'on sait depuis toujours* ». Il y a de la part de certaines équipes « *une grande ouverture sur l'extérieur* » et pour d'autres « *la peur du contrôle* » un désengagement « *on a déjà fait ça* » ou encore la crainte de contraintes administratives supplémentaires « *on est déjà envahi par la paperasse* ». Pour les cadres, la démarche qualité permet « *une mise à plat des protocoles* » et « *d'harmoniser les procédures sur tous les blocs* ». La participation du pharmacien et de l'ingénieur biomédical permet « *de faire des échanges professionnels riches et de mettre en place des évaluations* », « *on est toujours surpris des résultats, c'est incroyable les dérives que l'on peut trouver dans les pratiques* »

☞ L'ingénieur pense que c'est pour lui une démarche extraordinaire de connaissance de l'établissement, des services et des équipes. C'est aussi une source de communication essentielle et un moyen de développer des procédures formalisées sur les commandes, les livraisons, les réparations de matériel. Il élabore les procédures de son domaine, les valide, les diffuse et les contrôle. Il dispose d'outils informatiques qui lui permettent de rendre accessible les procédures sur intranet. Responsable de la matériovigilance il souhaite aller plus avant dans le suivi des dispositifs médicaux et voit dans ce projet qualité l'occasion de travailler avec les cadres, le pharmacien et les services économiques sur les achats et les réparations de matériel. Matériovigilant, il a « *une position légitime* » dans les groupes du projet et dans le comité qualité. Il souhaite aller plus loin dans la démarche.

☞ Le pharmacien est déjà dans une démarche qualité à la stérilisation centrale et compte beaucoup sur l'IG pour l'aider à « *avancer sur les étapes d'amont et d'aval qui échappent actuellement à son contrôle* ». Il souhaite étendre ses actions qualité sur « *les procédures internes au bloc opératoire, la réorganisation de la stérilisation centrale ouverte depuis 7 ans et le regroupement des dispositifs médicaux dans un magasin unique* ». Un travail de coopération avec l'IG, l'ingénieur biomédical et l'unité d'hygiène lui semble essentiel et il attend de l'IG « *qu'il facilite la participation des cadres* ». Il élabore les procédures, les valide avec les acteurs concernés, les

diffuse et s'en porte garant. Pharmacovigilant, il attend beaucoup de ce projet et de l'extension de la démarche sur d'autres secteurs. Il compte sur l'IG et sur les cadres pour introduire dans les blocs des procédures standard, l'évaluation et le contrôle externe.

☞ Pour les panseuses qui ont toujours fait leurs protocoles spécifiques en interne, c'est accepter d'abandonner un peu de leurs prérogatives, accepter que l'autre discute de ce que l'on considérait jusqu'à présent comme étant à soi. C'est regarder l'autre comme si on le voyait pour la première fois, sans apriori, sans défiance et sans méfiance, c'est aussi partager l'expérience et l'expertise. Les difficultés exprimées tiennent à la communication avec les acteurs cibles « *trop loin du terrain, trop théorique* » et à « *l'organisation des soins qui ne se standardise pas* » « *nous on est dans la pratique, le quotidien* », « *chez nous c'est pas comme ailleurs* ». La démarche qualité est quelque chose de connu, de maîtrisé dans certains domaines comme l'hygiène et la traçabilité « *on a des relais hygiène dans chaque bloc* », « *tout ce qui relève des vigilances est en place* », « *c'est acquis* »

☞ L'auto évaluation des procédures relatives à la sécurité anesthésique est assurée par le département d'anesthésie réanimation. Pas de groupe pluridisciplinaire mais une évaluation des pratiques par les professionnels eux mêmes selon les recommandations de la SFAR. « *L'anesthésie est du domaine strictement réservé du DAR* », « *nous on ne s'en occupe pas* », « *il y a un référent qualité dans tous les blocs* » et une participation plus générale dans les comités ou commissions qui oeuvrent sur les infections nosocomiales, le médicament, la douleur et le dossier du patient. Il n'y a pas de partage des expériences « *c'est trop technique* » mais un avis, un conseil et un contrôle du domaine spécifique.

☞ Pour le chirurgien, « *La finalité de l'hôpital reste toujours de soigner et de guérir si possible* » avis partagé par un confrère « ce que le malade attend de l'hôpital, c'est sa guérison. Si en plus la soupe est bonne, tant mieux »<sup>68</sup>. Un certain nombre d'indicateurs de qualité sont déjà utilisés en routine pour évaluer les pratiques : contrôles bactériologiques de surfaces, de l'air et de l'eau, la surveillance

---

<sup>68</sup> BERNARDOU A., Entreprise santé, n°27 mai et juin 2000, P18.



des infections nosocomiales et plus particulièrement des infections du site opératoire<sup>69</sup>. Les chirurgiens formés et sensibilisés à la maîtrise des dépenses hospitalières pensent que « *les tableaux de bord sont souvent de bons indicateurs de qualité* » et que « *les indicateurs d'activité sont aussi des indicateurs de qualité* » comme par exemple, le nombre de K opératoires, le taux d'occupation des salles, les temps d'attente des intervenants et des patients, la durée moyenne des interventions, ce qui laisse à penser que les professionnels sont déjà sensibilisés au contrôle et à l'évaluation. « *Il ne faut pas aller vers un nouvel intégrisme, un nouveau dogme dans l'utilisation des écritures* ». Chez des professionnels par ailleurs déjà très sollicités les méthodes trop rigides ou trop conceptuelles sont mal acceptées.

➤ **L'analyse :**

Les entretiens ont permis de faire émerger les acteurs du projet, « individu ou groupe qui, dans une organisation donnée et face à une situation d'incertitude, a une position à défendre, un rôle à jouer et mobilise une énergie pour le faire. Un acteur peut être individuel ou collectif et sa pertinence ne dépend pas forcément du statut ou du rôle formel qu'il occupe au sein de l'organisation »

Deux groupes sont identifiés lors des entretiens, que *Michel Crozier* appelle aussi les marginaux sécants et qui par leur positionnement et leurs relations nous l'avons vu peuvent être des acteurs de changement.

☞ D'une logique verticale à une logique horizontale :

Dans le premier groupe se rejoignent l'IG, l'ingénieur biomédical et le pharmacien sur une réelle coopération et complémentarité observée entre eux et avec les autres acteurs du projet. Ils ont « *la volonté de travailler ensemble* » de mettre en commun leurs moyens pour collaborer sur un même projet. Par ailleurs, ils respectent les compétences, les différences et les spécificités de chacun, ils apportent une dimension qui manque à l'autre dans « *un intérêt partagé* » ce qui donne à ce projet qualité une richesse particulière. La communication est facile, les

---

<sup>69</sup> Une enquête annuelle de prévalence est effectuée par le CLIN de l'hôpital, une surveillance en routine des infections du site opératoire est pilotée par le C.CLIN Nord.

objectifs convergents et les procédures se mettent en place dans le respect des zones d'autonomie.

☞ D'une logique horizontale à une logique transversale :

L'enquête situe les anesthésistes dans un second groupe, dans une logique de partenariat avec l'hôpital et d'ajustement mutuel avec les blocs opératoires. « A la fois dedans et dehors » leur exercice relève d'une spécialisation très technique et d'une logique de métier qui les rend dépendants de décisions qui s'exercent en dehors de l'hôpital. Ils se situent plus volontiers dans « *les groupes officiels* » que dans « *les groupes de travail avec le terrain* ». Ils sont garants du respect des normes de leur discipline et se retrouvent volontiers dans ce qui relève de « *leur spécialisation* » : l'anesthésie, les urgences, la douleur et « *au moins avec eux on est tranquille, on est certain que tout est bien dans les normes* » mais, « *impossible d'utiliser les mêmes outils* », « *les procédures sont réservées* », « *les fiches de liaisons sont en double* »

Les entretiens laissent à penser que le médecin hygiéniste souvent cité dans les exemples du questionnement sur la qualité au bloc opératoire, répond également à cette logique qui tend à s'externaliser de l'hôpital dans le domaine plus large de la santé publique. L'unité d'hygiène répond à des sollicitations qui émanent de l'extérieur et ses missions concernent investigations et statistiques pour des organismes extérieurs, régionaux et nationaux. Son autonomie positionne de plus en plus le médecin hygiéniste dans l'inspection et le contrôle externe.

☞ La réponse au questionnement :

L'enquête permet de voir la place donnée à la démarche qualité dans les blocs opératoires et l'analyse sociologique identifie les acteurs qui entrent dans cette démarche; A la fois les experts, les responsables, les légitimes, « *ceux qui veulent et ceux qui ne veulent pas* » et ceux qui savent faire le lien, le liant avec l'ensemble des acteurs de santé dans une démarche projet plus générale. Les modes de relations varient selon les groupes, mais tous ont une part importante dans l'évolution des structures, certains pour des raisons de logiques professionnelles, d'autres pour des raisons de logiques fonctionnelles, unités, service, établissement.

L'analyse montre que la décision de conduire un projet se fait souvent sous la pression d'un leader et que plus le management est participatif, plus les mentalités et les comportements changent. Le changement est ici bien intégré y compris par les acteurs qui doivent réorienter leurs pratiques « *c'est normal, on n'a pas le choix, c'est réglementaire, il faut bien en passer par là* ». Le poids supplémentaire de la traçabilité est accepté par tous les acteurs à condition d'être associé de formation, d'information et de communication « *peu importe qui fait les procédures, ce qui compte c'est qu'elles soient faciles à comprendre, à appliquer* », « *réalistes et pratiques* », « *adaptées au terrain* »

☞ La validation de l'hypothèse :

L'hypothèse de départ est validée, l'étude ayant montré que la prise en compte des évolutions de l'hôpital et du positionnement des acteurs permet à l'IG de développer une démarche qualité dans un secteur déterminé et d'étendre cette démarche sur d'autres secteurs d'activité. La mobilisation des savoirs et des compétences est extrêmement valorisante pour le groupe projet et la stratégie de l'IG consiste à la faire connaître. Dans le cas présent, la méthode utilisée sur les blocs opératoires a été présentée au comité de pilotage, validée et étendue à d'autres secteurs de l'établissement avec les acteurs cibles et aussi d'autres acteurs.

L'étude montre que la contribution spécifique de l'IG est déterminante quand il s'agit d'intégrer une démarche qualité de service dans un projet institutionnel parce que son rôle est de rassembler toutes les initiatives sur un projet commun et inversement que le manque d'intérêt ou la méconnaissance des services est source de désengagement des acteurs sur un projet transversal et prédispose « au replis sur soi »

Adopter un management participatif et rechercher un engagement effectif et durable de l'encadrement, prendre en compte les relations sociales et l'alchimie collective complexe de l'hôpital, l'IG occupe une place privilégiée pour faire des propositions dans ce sens, c'est ce que nous allons voir dans la troisième partie.

## **TROISIÈME PARTIE, LES PROPOSITIONS :**

L'IG qui s'engage dans une démarche qualité doit identifier les niveaux de responsabilité et connaître les différences entre les unités de soins pour voir sur quoi les acteurs peuvent se rejoindre.

Trouver les points de jonction, concilier les logiques professionnelles, articuler les pratiques et aussi développer l'union dans des groupes pluridisciplinaires, l'IG peut alors tout reprendre avec un œil neuf dans une « approche qui met en évidence l'importance des compétences, du questionnement, du diagnostic et de l'analyse systémique »<sup>70</sup>.

Pour mener à bien son projet, il doit valoriser les ressources humaines, reconnaître et renforcer les partenaires, trouver une méthode et des outils d'évaluation qui contribuent à une harmonisation des procédures sur l'ensemble de l'établissement.

### **1. VALORISER LES RICHESSES HUMAINES :**

#### **1.1. IDENTIFIER LES EXPERTS ... :**

La démarche qualité à l'hôpital demande de la connaissance, de la rigueur dans l'élaboration des procédures et pour mettre en phase un cadre réglementaire pressant avec la réalité du terrain, l'IG peut faire appel aux experts de l'établissement.

Est considéré comme expert celui « qui a une énorme expérience » sur le sujet évalué, celui « qui appréhende directement le problème, sans se perdre dans un large éventail de solutions et de diagnostics stériles », « qui agit à partir d'une compréhension profonde, de la situation globale » grâce à un ensemble de connaissances et de compétences acquis au cours d'une longue formation ou d'un

---

<sup>70</sup> PICQ T., Manager une équipe projet. Pilotage.Enjeux.Performance., Dunod, 1999.

savoir pratique<sup>71</sup>. A l'hôpital, le pouvoir de l'expert émane de la spécialisation médicale, technique ou professionnelle, des connaissances et des compétences qu'il est supposé détenir, d'un savoir ou d'un savoir faire qui le font considérer comme le plus apte à prendre certaines décisions.

Le législateur ne se trompe pas qui fait appel aux experts pour éclairer le processus décisionnel. Ils sont au centre des grands débats publics sur la santé et les EPS doivent davantage les mettre à contribution. L'hôpital possède un potentiel de compétences et de connaissances que l'IG doit chercher à valoriser sans cesse. Identifier les responsabilités légitimes donc incontestables fait gagner un temps précieux dans la mise en œuvre d'une démarche qualité.

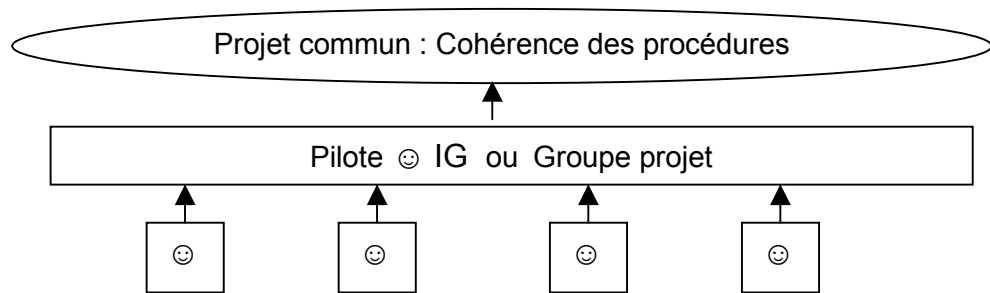
La stratégie de l'IG avant toute démarche qualité est de s'allier les compétences des spécialistes. Il ne s'agit pas de décider vite mais d'augmenter l'efficacité de la période exploratoire en se posant les bonnes questions : Quels sont les moyens? Quelles sont les ressources?. L'IG peut solliciter les experts pour avis, les mettre à contribution pour élaborer et valider les procédures, constituer un fond documentaire et réaliser un programme d'actions pédagogiques sur les thèmes retenus dans le projet.

C'est pour l'IG l'occasion de décrypter les langages spécifiques, de les rendre compréhensible à tous et aussi de reconnaître les différences, les spécialisations et l'expertise pour faciliter l'intégration dans une démarche dynamique de progrès qui valorise les richesses humaines.

Dans l'exemple d'intégration ci-après le projet est réalisé par une personne (l'IG) ou un groupe (le comité qualité) qui bénéficie de l'apport des spécialistes. Leurs contributions : élaborer, valider, former et informer sont alors intégrées pour donner le jour au projet. Elles sont simultanées, utilisées, combinées et transformées au cours de l'acte de création, le projet est issu de l'apport conjoint des divers intervenants.

---

<sup>71</sup> DUBAR C., La socialisation : construction des identités sociales et professionnelles, Editions A. Collin, Paris, 1992.



L'équipe chirurgicale illustre bien le rôle d'appui spécialisé que jouent l'anesthésiste, les infirmières, les assistants techniques auprès du chirurgien qui réalise le projet. La coordination est visuelle, orale ou gestuelle mais constante, systématique et très intense. Un acteur ne peut rien sans l'appui des autres et la coordination est telle, qu'elle nécessite des répétitions d'ajustement mutuel. La qualité de l'intervention est d'autant plus critique que la durée de l'acte est court et le droit à l'erreur n'est pas permis ce qui fait souvent dire aux équipes qu'il n'y a pas de « petites interventions »<sup>72</sup>.

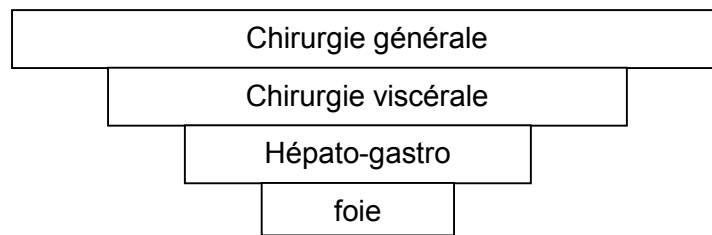
## 1.2. ... ET LES DIFFÉRENCES ... :

Dans le monde de la santé, la stratégie développée depuis plusieurs décennies par certains groupes professionnels est la « spécialisation » qui consiste à fragmenter la médecine en activités spécifiques et débouche sur une technologie si complexe que le médecin ne peut plus la maîtriser seul. Il doit alors recourir à la collaboration d'autres spécialistes et une partie du contrôle des actes échappe à sa vigilance, c'est ce que nous avons vu dans les blocs opératoires.

A l'hôpital, le principe de « différenciation » accentue la notion de spécialisation des établissements, des services, des professionnels chacun se démarquant des autres par des techniques et des moyens différents. Par exemple, le service de chirurgie générale est devenu service de chirurgie viscérale, puis service d'hépto-

<sup>72</sup> PICQ T., Manager une équipe projet, Pilotage. Enjeux. Performance., Dunod, Paris, 1999.

gastro et enfin service du foie. Le malade en général est devenu un organe en particulier « *c'est l'estomac du 8* » ou « *la perf. pour le genou du 24* »



Cette « sophistication » sur les techniques de pointe attire les usagers et les médias mais rend difficile l'union. La standardisation est quasiment impossible, l'acte médical est singulier. Mais pour l'IG, accepter une différenciation suffisante des unités de soins permet à la fois de renforcer les identités professionnelles car les individus ont besoin de savoir qui ils sont et où ils vont, et de favoriser leur intégration dans une démarche commune.

Accepter les différences c'est reconnaître aux professionnels une valeur particulière qui peut faciliter l'intégration parce que leur expérience est précieuse, riche et quelque fois unique, la démarche qualité doit tirer parti du retour d'expériences. C'est aussi harmoniser les procédures, sans vouloir à tout prix uniformiser, pour laisser à chacun une possibilité de s'identifier dans quelque chose qu'il fait.

La différenciation est une notion dynamique, il ne faut donc pas chercher, sous prétexte de standardisation à réduire les différences entre les unités mais au contraire à valoriser la richesse humaine au profit du plus grand nombre. L'IG qui identifie ce particularisme, peut mettre en place des groupes pluridisciplinaires pour favoriser le métissage culturel.

Connaître l'autre, apprendre à le regarder autrement, accepter ses différences, savoir écouter, accepter les remises en question, reconnaître que l'on ne sait pas tout, que les autres aussi savent, peut être pas la même chose, mais autre chose qui va nous aider à comprendre, à décoder, à décrypter les messages. Faire preuve d'humilité et de modestie est souvent rafraîchissant.

Et, « quand les enjeux, objectifs, rôles responsabilités et mode de fonctionnements sont clairement défini, il suffit d'un peu d'ouverture d'esprit, de tolérance, de bonne volonté pour parvenir à trouver un mode satisfaisant de travail en commun. On peut alors faire confiance à l'intelligence des personnes pour trouver des solutions simples et pour s'adapter de façon pragmatique aux différences »<sup>73</sup>

### **1.3. ... POUR CONCILIER LES LOGIQUES PROFESSIONNELLES :**

L'hôpital se compose de groupes professionnels aux préoccupations indépendantes qui bénéficient d'une assez large autonomie d'action, c'est ce que l'enquête a montré pour les acteurs qui trouvent leur logique de fonctionnement ailleurs, à l'extérieur. Pour mobiliser ces groupes sur un projet commun, l'IG doit identifier ce qui peut les réunir à un moment donné.

La coexistence de logiques différentes est un phénomène extrêmement fréquent à l'hôpital, caractéristique des situations complexes. La façon spontanée de traiter les ensembles complexes est de disjoindre les logiques différentes et de les exclure d'un tout pour croire qu'on les comprend plus facilement, ce faisant on détruit le tout, c'est le processus de « disjonction-exclusion » qui est destructeur<sup>74</sup>.

La pensée humaine dans sa spontanéité simplificatrice pratique l'exclusion des logiques entre elles et pourtant, la conduite du changement passe par notre capacité à réunir des logiques différentes dans des projets cohérents.

Pourtant, il est possible de distinguer les logiques les unes des autres et d'affirmer leurs différences sans les séparer de la problématique globale à laquelle elles appartiennent. L'IG peut alors les articuler les unes aux autres en « conjonction » en vertu d'une logique supérieure comme le projet qualité ou le projet de soins qui les intègre sans réduire les spécificités dont il a besoin. C'est le

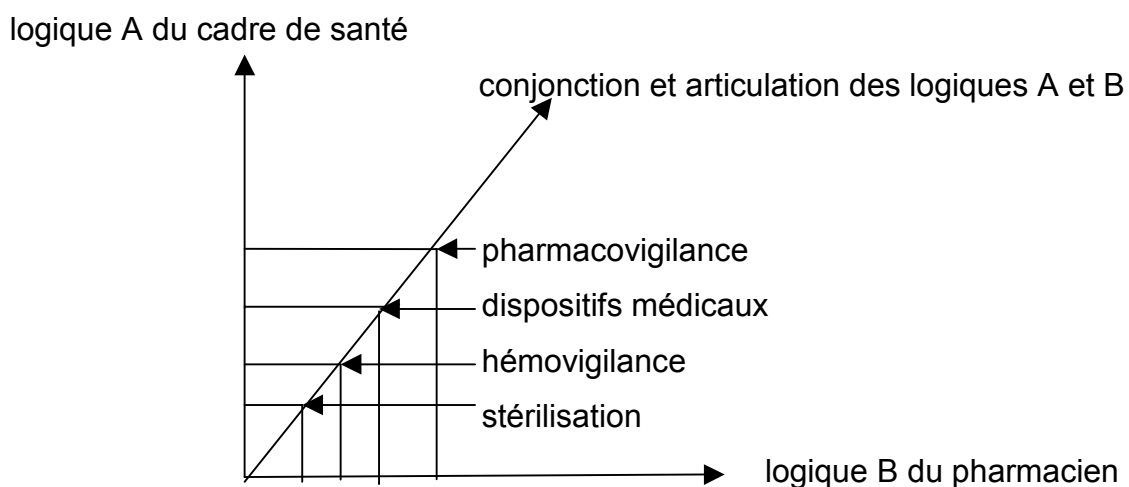
---

<sup>73</sup> PICQ T., Manager une équipe projet, Pilotage. Enjeux. Performance., Dunod, Paris, 1999.

<sup>74</sup> MORIN E., Introduction à la pensée complexe, ESF Editeur, 1996.



processus de « distinction-conjonction » qui est créateur à l'exemple de la démarche projet<sup>75</sup>.



Distinction et affirmation de deux logiques professionnelles qui se retrouvent sur certains points pour collaborer à l'exemple du sociogramme P42.

La stratégie de l'IG est d'identifier les points de conjonction pour faciliter l'intégration des acteurs et des logiques sur un projet commun parce que le principe dialogique permet de maintenir la dualité au sein de l'unité.

L'hôpital est une structure complexe où se côtoient des carrières, des projections et des trajectoires personnelles, mais à un moment donné, tous doivent se rejoindre dans l'intérêt du malade. Le rôle de l'IG est alors de traduire et intégrer les langages, de savoir coordonner les actions et de faciliter la coopération pour concilier recherche d'homogénéité et spécialisation.

## 2. RECONNAÎTRE ET RENFORCER LES PARTENAIRES :

Pour concilier les différentes logiques professionnelles qui interviennent dans les processus opérationnels et mettre en place une démarche qualité, l'IG dispose de moyens tels que la formation, l'information et la communication.

<sup>75</sup> GENELOT D, Manager dans la complexité, INSEP Editions, Paris, 1992.

## 2.1. TRADUIRE ET INTÉGRER ... :

### ➤ Par la formation ... :

Comme dit *Kaoru ishikawa* « la qualité commence par l'éducation et fini par l'éducation » c'est une démarche pédagogique de progrès, à laquelle contribue l'IG. Favoriser la formation des professionnels, renforcer les stratégies d'information, repérer les situations à risque, telles sont les pistes de réflexion du service de soins infirmiers. Elles concernent tous les actes de soins et prend en compte l'information et l'éducation des usagers.

Pour développer et harmoniser un langage qui renforce l'identité des participants au projet, les programmes de formation sont des mécanismes d'intégration importants, « *Dans les réunions, c'est marrant on a vu des participants complètement noyés au bout d'un moment, parce que dans les blocs on parle en code, peu de mots et un langage spécifique* ». Former tous les acteurs concernés aux outils de la qualité, faire appel nous l'avons vu aux experts, former les cadres à la démarche projet et à la négociation sont des actions prioritaires pour aller vers de nouvelles relations sociales.

Dans l'établissement de l'enquête tous les cadres ont bénéficié d'une formation de 5 jours à « la conduite de projet » en 1993. Cette formation engagée par la direction pour accompagner la mise en œuvre du projet d'établissement a permis de travailler sur l'autorité, la délégation, la communication, la négociation, l'autonomie, la motivation des acteurs, la résolution de problèmes, les étapes et procédures pour construire un projet. En 1998, une nouvelle formation de 5 jours a été proposée à tous les cadres pour cette fois « améliorer la communication interpersonnelle et transversale ». Il est indéniable que ces formations apportent au projet qualité toute sa dynamique et renforcent le travail des cadres dans la coopération ou le partenariat, se connaître, se comprendre pour travailler ensemble est essentiel.

L'élaboration du plan de formation doit intégrer les formations à la qualité dans une approche qui concerne les outils et méthodes, mais aussi le management, la

démarche projet et la communication, parce que sans communication le projet est voué à l'échec.

Responsable de l'organisation des soins et à ce titre des définitions de fonctions, la contribution de l'IG à la formation initiale et permanente l'amène à revoir régulièrement avec les cadres les fiches de poste des personnels. Le poids de la sécurité en général et des risques sanitaires en particulier est aujourd'hui considérable pour les professionnels, il change les comportements et les pratiques. La traçabilité, le domaine des responsabilités et des risques n'apparaissent pas toujours dans les fiches de poste et le personnel se sent souvent investi de missions qui ne relève pas de ses fonctions. Les évaluations après formation doivent clarifier les rôles et les responsabilités comme nous l'avons vu dans le « qui fait quoi? »

Dans l'étude, la sécurité des soins prime dans les blocs opératoires, mais il est possible de créer un référentiel sur la démarche qualité à la DSSI à partir des procédures de recrutement, d'affectation, de mutation, des fiches de poste, des obligations statutaires et réglementaires des professionnels.

La démarche projet s'accompagne d'un effort permanent de pédagogie et comme disait *Bernard Kouchner en 1993* « expliquons toujours, informons nous, informons les patients sans cesse. La transparence est partout nécessaire pour accompagner la performance »

➤ ... **Et la communication :**

Créer une communication acceptable entre les unités qui ont des divergences, créer des espaces de rencontre, aller voir sur le terrain pour connaître les échanges, les fonctions, les postes de travail sont pour l'IG des missions essentielles.

La communication est un facteur clé de la démarche projet et les outils de la communication conditionnent la réussite de la démarche qualité : secrétariat, ordinateur, Internet, photocopieuse, fax, messagerie téléphonique, l'hôpital du XXIème siècle doit communiquer avec les outils de son temps et l'IG doit disposer de

moyens de communication adaptés aux nécessités du moment. Point central des services de soins, la DSSI doit être une source d'informations et d'échanges.

A une époque où la communication est de plus en plus rapide, savoir utiliser les outils c'est alléger la mémoire saturée par les messages non transmis, c'est faciliter le travail des cadres en diminuant le stress, la peur, le doute souvent liés à l'incompréhension, au manque de communication.

Économiser un temps précieux, inciter le personnel de soins à se former aux outils de communication, adopter une attitude facilitante et un management stratégique sont des actions prioritaires pour l'IG parce que la communication est aussi un facteur d'intégration.

Depuis une dizaine d'années, une littérature quasi unanime se fait l'écho du « cloisonnement » de l'hôpital qui empêche toute communication. « *C'est pour nous une incitation à baisser les bras , à ne rien faire parce que de toute façon le cloisonnement empêche toute modernisation de l'hôpital* ». Ce constat qui bâtit le rythme des échecs de management nous semble préjudiciable à l'esprit d'entreprise que les managers développent pourtant avec succès à l'hôpital.

Pour autant nous avons vu au détour de cette étude combien les services changent, bougent et évoluent sans cesse avec parfois une telle rapidité que certains managers soucieux d'une certaine équité de service public et d'un équilibre budgétaire toujours à respecter, doivent intervenir régulièrement pour calmer les envies de changement trop rapides ou trop coûteux liés aux velléités d'expansion de certaines activités médicales.

Les comités, les commissions, les réunions, les groupes de travail constitués depuis de nombreuses années laissent à penser que l'hôpital n'est pas cloisonné parce que les professionnels de santé se rencontrent souvent et plus si nécessaire. Il s'agit en fait plutôt de décrypter les langages spécifiques et les valeurs partagées, d'identifier les logiques d'actions et les logiques de métier internes et externes, de repérer les voies parallèles et de trouver des passerelles.

Faciliter les échanges, donner de l'information, établir des contacts internes et externes, rendre la communication fluide entre les acteurs, ne pas bloquer sur des moyens obsolètes ou inexistantes sont encore aujourd'hui pour l'IG des actions à mener.

## **2.2. ... SAVOIR COORDONNER ... :**

### **➤ Sur un projet :**

L'engagement de la direction est un préalable essentiel à la mise en œuvre de la démarche qualité, la bonne volonté du service de soins infirmiers ne suffit pas. Il faut un engagement clair de tous les acteurs soutenu par la direction et qui s'inscrit dans le projet d'établissement, dans le projet de soins et dans le projet de formation. Étendre le champ de la négociation est aujourd'hui une priorité pour l'infirmier général en impliquant le plus grand nombre d'intervenants dans le projet.

L'identification d'une structure de pilotage est un élément essentiel de la démarche. Elle doit réunir les intervenants compétents (experts) et les décideurs (équipe de direction) et présenter des objectifs clairs. L'environnement social est déjà très chargé et rajouter une structure peut contribuer à brouiller la lisibilité du système et même susciter des réactions de rejet.

Le chef de projet est déterminant, homme de dialogue et de compromis, participatif et directif, il monte le projet et l'accompagne. Comme nous l'avons vu dans l'enquête, l'harmonisation des procédures peut contribuer à l'intégration des acteurs si elle est réalisée selon certaines conditions : Que ce soit l'IG qui impulse le projet, qu'il soit garant de la démarche tout au long des étapes, qu'il apporte une aide méthodologique et qu'il valorise le travail de tous en le diffusant.

La démarche qualité est la décision de la façon dont le changement peut être conduit, elle part des processus généraux pour se décliner vers une analyse de plus en plus fine des processus opérationnels. Elle vise dans un premier temps à faire coller des procédures à des normes, parce qu'il n'y a pas de qualité sans respect de la sécurité. La construction et le respect de règles écrites apporte alors une lisibilité

claire des limites de chacun, susceptible de diminuer l'importance des jeux de pouvoirs et de répondre aux exigences liées à l'accréditation des hôpitaux.

La sécurité des soins est devenue un impératif indiscutable, aucune argumentation ne tient devant son absence et surtout pas dans les recours des usagers « *convaincre le chirurgien que s'il ne maîtrise pas les risques dans son bloc, c'est sa carrière qu'il joue, et c'est gagné* »

Le choix d'une méthode vise à mettre en évidence ce qui dans la chaîne des soins, agit ou rétroagit, s'apparente à un maillon faible, est un facteur limitant susceptible de dérégler l'ensemble du système. C'est une démarche participative d'anticipation pour améliorer les processus et l'élaboration des outils est laissée à l'appréciation du groupe projet, parce qu'il n'y a pas de méthode type ni d'outil standard. L'approche pragmatique oblige à une réflexion locale « *ce qui manque ici n'est pas forcément ce qui manque ailleurs* ». La qualité, c'est la simplicité, c'est poser des questions simples pour simplifier les procédures.

Garder à l'esprit l'idée qu'un projet est une activité unique dans un contexte singulier permet souvent de prendre du recul, de conserver de la vigilance dans un monde complexe soumis à des bouleversements permanents, de ne pas tomber dans le piège de la reproductibilité mécanique et d'adopter une attitude ouverte à l'anticipation, à la remise en cause, à l'adaptation et au changement. Il n'y a pas de recette unique, pas de recette toute faite. Les organisations se transforment et les styles de management s'adaptent pour organiser convergence et coordination des savoirs et des pratiques.

➤ **Avec un management stratégique :**

« Stratégique » est ce qui intéresse la stratégie c'est à dire « l'art de coordonner des actions, de manœuvrer habilement pour atteindre un but » ou encore « l'ensemble de décisions prises en fonction d'hypothèses de comportement des personnes intéressées dans une conjoncture déterminée, dans la théorie des jeux »

La dynamique qualité, est une démarche par objectifs, le pouvoir de coordonner et de mobiliser des moyens, une mise en action des forces<sup>76</sup>.

Depuis *la loi de réforme hospitalière de 1991*, l'hôpital est entré dans les démarches stratégiques par projet : projet médical, d'établissement, de soins, de formation. Cette évolution est l'occasion pour tous les acteurs de participer à un apprentissage stratégique collectif parce qu'il permet d'anticiper les évolutions de la structure et d'y faire adhérer le plus grand nombre.

La démarche qualité peut et doit servir de thème fédérateur pour conduire un changement culturel sur des valeurs construites par la pratique journalière des savoirs et des savoir-faire. Nous avons vu tout au long de cette étude comment l'IG peut mobiliser les acteurs, comment les positionner dans le dispositif et pour quelle contribution. « La qualité, ce n'est pas ceci *ou* cela, mais ceci *et* cela »<sup>77</sup>. C'est une dynamique de facteurs convergents à la fois techniques : connaissances et compétences, à la fois méthodes et outils : adaptés au terrain et aussi humains : attitudes, comportements, relations.

L'IG qui adopte un management stratégique doit non seulement connaître les services de soins mais également analyser les organisations plus générale dans lesquelles ils s'inscrivent. L'analyse stratégique d'un service (c'est une carte) et de l'hôpital (c'est une autre carte) permet de comprendre toutes les organisations et les stratégies. C'est seulement après l'analyse de l'ensemble des cartes qu'elle peut élaborer une stratégie d'action. Le travail d'écriture, de cartographie est indissociable d'une démarche qualité et vise à : formaliser une organisation déjà existante, faciliter la démarche d'accréditation, garantir une reconnaissance part un tiers, les usagers et les utilisateurs, vérifier à tout moment la pérennité de l'organisation mise en place, établir le dialogue permanent entre les différents acteurs.

*James Téboul* nous fait clairement apercevoir un nouveau mode de gestion, un nouveau style de management. Pour lui, « manager par la qualité, c'est maîtriser

---

<sup>76</sup> Dictionnaire, le Petit Larousse illustré, Paris, 1993.

<sup>77</sup> CRUCHANT Lucien, La qualité, Editions PUF, Paris, P50.

le système en amont. C'est passer des objectifs (à atteindre, parfois difficilement, parfois jamais) à la pratique concrète et régulière de la prévention »<sup>78</sup>

Manager aujourd'hui des équipes requiert des méthodes et des modes d'animation où il importe plus de savoir faciliter, motiver et responsabiliser que commander et contrôler. Le rôle de l'IG est de trouver des thèmes d'actions, fédérateurs, concrets qui suscitent l'adhésion de tous.

### **2.3. ... ET COOPÉRER :**

#### **➤ Un nouveau dialogue social :**

Améliorer la qualité à l'hôpital, c'est « concevoir de nouvelles méthodes, de nouveaux modes d'organisation et même, serait-on tenté d'ajouter, de nouvelles formes de dialogue social au sein de l'hôpital »<sup>79</sup>

Dans un monde où la compétition se fait de plus en plus vive, la recherche de la qualité devient un des éléments essentiels de sécurité. Or cette recherche devient problématique dans une société qui éclate chaque jour davantage en de multiples services et groupes professionnels aux intérêts divergents et souvent contradictoires.

Dans un passé industriel qui se prolonge en partie aujourd'hui la socialisation des ouvriers de l'industrie s'est effectuée en France autour d'un pôle d'identification : l'appartenance de classe, dotée d'une symbolique : le langage commun et l'identité professionnelle permettant aux individus de communiquer entre eux sur des valeurs de solidarité s'imposant aux stratégies individuelles et d'organisation forte capable d'imposer une discipline à tous ses membres.

Cette situation qui a perduré sur près d'un siècle d'histoire industrielle subit aujourd'hui un bouleversement radical. La crise du système est clairement apparue à la fin des années 70, mais son origine est sans doute plus ancienne. On assiste

---

<sup>78</sup> TÉBOUL J., La dynamique qualité, les Editions d'Organisation, Paris, 1992.

<sup>79</sup> Ibid.



d'abord à un éclatement, une segmentation de la classe ouvrière qui se disperse en une multitude de catégories professionnelles possédant chacune leurs spécificités. La croissance du secteur tertiaire la vide peu à peu de ses effectifs au profit des employés de la société moderne tout d'abord et des sociétés de service aujourd'hui.

Dans le même temps, les symboles qui assuraient dans le passé la cohésion du groupe deviennent obsolètes. La société de consommation multiplie les facteurs de différenciation, joue à fond l'individualisme et rend difficile l'union.

On le voit bien dans l'enquête, certains acteurs sont dans une logique de métier, très technique qui les amène à pratiquer le collectif ailleurs, en dehors de l'hôpital dans des groupes professionnels et des sociétés savantes qui élaborent des recommandations professionnelles. Les fonctions transversales se déplacent sur des voies parallèles.

Cependant, pour beaucoup de salariés l'hôpital reste encore la seule communauté à laquelle ils se sentent appartenir. Source d'identité, relation avec les autres, sécurité et niveau de vie. Le traumatisme des chômeurs et des retraités est à ce titre parlant, qui en perdant leur emploi perdent aussi leur identité sociale.

La participation à un projet est fréquemment une source importante de déstabilisation pour les personnes concernées. Les repères traditionnels et notamment ceux liés aux rôles, fonctions et compétences sont remis en question. L'IG trouve là une nouvelle piste de réflexion : rénover le canal hiérarchique pour en faire un véritable catalyseur de la communication interne, de l'animation des équipes et des hommes, et développer les démarches participatives dans les groupes projets qui ont pour effet de produire de la régulation sociale.

L'adhésion et la participation des cadres est un facteur de réussite. Ils travaillent ensemble et collaborent sur tous les aspects du projet dès le départ. Ils dépendent les uns des autres et construisent ensemble le projet au fur et à mesure de leurs interactions. Ils représentent des champs d'expertise bien distincts qu'ils doivent confronter et mettre au profit d'une construction commune.

Le dialogue instauré par l'IG permet d'entrer dans un mode de fonctionnement coopératif, intégrant la négociation, les compromis et l'autonomie des acteurs. Elle peut alors utiliser tous les modèles d'échanges au profit du projet.

Le partenariat est propice à certaines situations et à certains acteurs, il sera développé dans un but commun annoncé, avec une notion de contractualisation : utiliser les compétences et les moyens de certains professionnels le temps de la mise en œuvre du projet ou au moment de son évaluation. L'IG peut établir un cahier des charges avec d'autres professionnels pour obtenir des moyens : le traitement informatique, la recherche documentaire, les salles de réunions, l'accès à la bibliothèque des écoles.

Le partenariat avec les services économiques est déterminant dans la démarche qualité parce qu'ils disposent des moyens et dirige le plus souvent les services logistiques. La qualité de ces services au carrefour des fonctions transversales est un facteur clé dans la réussite d'un projet qualité d'établissement.

La coopération est privilégiée avec les acteurs qui interviennent sur les procédures comme une volonté de conduire une opération ensemble. Ce peut être une relation ponctuelle avec les experts ou permanente avec les cadres de santé. C'est toujours une relation de collaboration maintenue dans le temps parce que la démarche qualité est une démarche continue. Elle est plus souvent retrouvée que le partenariat parce que plus facile à réaliser, chacun ayant quelque chose à gagner.

La démarche stratégique de l'IG c'est utiliser les bons moyens au bon moment et les coordonner dans une démarche continue de qualité.

## LA CONCLUSION

Depuis le drame de la transfusion sanguine *des années 1990*, la sécurité des soins et du malade n'est plus du seul ressort du médecin, elle est devenue une affaire collective, le résultat d'une stratégie d'ensemble définie au plus haut niveau de l'État par l'émergence des agences issues des ordonnances de 1996 et leurs incidences sur le fonctionnement des établissements de santé. Les textes d'application de ces différentes lois, confirment s'il en était besoin, la responsabilité de chacun dans les domaines désormais incontournables de qualité et de sécurité des soins.

La gestion des risques, la sécurité sanitaire sont des axes prioritaires et on ne peut parler de qualité à l'hôpital si la sécurité n'est pas respectée. Le choix du bloc opératoire constitue un élément de réponse parmi d'autres, parce qu'il constitue un thème mobilisateur susceptible d'intéresser de nombreux acteurs.

Si le concept de qualité a évolué diversement dans l'histoire, il est aujourd'hui au centre des préoccupations hospitalières « Nébuleuse pour beaucoup, terme galvaudé pour d'autres ou encore profession de foi pour quelques uns »<sup>80</sup>, il n'en reste pas moins qu'en « véritable état d'esprit, la qualité s'impose donc totalement aux services, et en particulier aux établissements ayant pour mission le service public »<sup>81</sup>.

La mise en œuvre d'une démarche qualité nécessite l'implication de la direction et de l'ensemble du personnel. Elle s'appuie sur une logique d'action participative et pragmatique et la définition d'orientations communes doit permettre de faire émerger des solidarités transversales et pluridisciplinaires.

---

<sup>80</sup> CATALA C., La lettre de ST-Antoine, AP.HP Paris 12, n°33, octobre 1999.

<sup>81</sup> FOURTOU JR., La démarche qualité dans les établissements de santé, Doin Editeurs AP.HP, 1997.

Il est en effet de plus en plus indispensable d'aborder l'hôpital dans une logique d'ensemble concernant à la fois les enjeux stratégiques, les structures et les comportements. L'orientation du sujet sur les acteurs, rôles, places et missions montre l'importance que nous souhaitons donner à la place des ressources humaines dans la démarche qualité. Acteurs, moteurs, facilitateurs ils ont tous une place essentielle dans le projet.

La phase préalable d'analyse des systèmes est l'occasion d'instaurer un dialogue entre les acteurs, de formaliser les objectifs, les modes de fonctionnement mutuels, les résultats attendus et les indicateurs d'évaluation sur la base de documents rédigés en commun.

Partir d'une logique de service pour les uns, d'une logique de gestion des flux pour les autres, la démarche relie les projets entre eux, elle donne du sens au projet d'établissement qui est cohérence entre tous les projets sur un axe fédérateur et mobilisateur autour d'un concept partagé.

Maîtriser les carences organisationnelles et surtout les maillons faibles que constituent les interfaces opérationnelles, assurer une veille sanitaire par un programme de gestion des risques, diminuer les événements iatrogènes qui ont des conséquences néfastes sur les personnels, la qualité des soins et les coûts, associer la démarche qualité et l'accréditation dans la maîtrise des dépenses, tels sont les nouveaux enjeux de la qualité en santé<sup>82</sup> Nous avons essayé de préciser dans cette étude, quels enjeux elle représente pour l'IG et le service de soins infirmier, le bloc opératoire et l'établissement.

La qualité c'est l'organisation, la planification et la décentralisation des responsabilités, la rigueur et le pragmatisme, la communication et le dialogue.

---

<sup>82</sup> LECLET H., VILCOT C., Qualité en santé, 150 questions pour agir, AFNOR, Editions Jouve, Paris, 1999.

## LA BIBLIOGRAPHIE :

### LES LIVRES :

AFNOR, Management de la qualité et assurance de la qualité : Vocabulaire, Editions de l'AFNOR, Paris, 1994.

CROZIER M., FRIEDBERG E., L'acteur et le système, Éditions du Seuil, Paris, 1981.

CRUCHANT L., La qualité , PUF « Que sais-je? », Paris, 1998.

DE FOURNY V., NOYER D., Du bon usage des mots de la qualité. Les principaux termes : définitions et commentaires, INSEP Édition, Paris, 1995.

DUBAR C., La socialisation, la construction des identités sociales et professionnelles, A. Collin, Paris, 1992.

DUBAR C., TREPIER P., La sociologie des professions, A. Collin, Paris, 1998.

FOURCADE A., RICOUR L., GARNERIN P., HERGON E., BOELLE P., DURIEUX P., La démarche qualité dans les établissements de santé, Doin Editeurs, 1997.

GHERTMAN M., Le management stratégique de l'entreprise, PUF « Que sais-je? », Paris, 1999.

GONNET F., L'hôpital en question(s), Éditions Lamarre, Paris, 1992.

LECLET H, VILCOT C., Qualité en santé. 150 questions pour agir, AFNOR, Editions Jouve, Paris, 1999.

MORIN E., Introduction à la pensée complexe, ESF Editeur, Paris, 1996.

PICQ T., Manager une équipe projet. Pilotage.Enjeux.Performance, Dunod, 1999.

STRAUSS A., La trame de la négociation, Editions L'Harmattan, Paris, 1992.

TABUTEAU D., La sécurité sanitaire, Editions Berger-Levrault, Paris, 1994.

TEBOUL J., La dynamique qualité, Les Éditions d'Organisation, Paris, 1992.

### LES MÉMOIRES :

GLARDON P.H., Recherche de la qualité et démarche qualité au CH de St. Nazaire, mémoire ENSP, 1995.

MAZURIER F., Etude sur le bloc opératoire du CH de Blois, diagnostic et propositions pour une qualité hospitalière, mémoire ENSP, 1993.

## **LES REVUES :**

ANAES, Manuel d'accréditation des établissements de santé, Direction de l'accréditation, Paris, février 1999.

ANDEM, Mise en place d'un programme d'amélioration de la qualité dans les établissements de santé, Paris, octobre 1996.

DUBOIS J. ET DONNADIEU G., "les relations sociales dans l'entreprise", Entreprise et Personnel, mars 1994.

HADROT L., "L'ingénieur biomédical", L'hospitalisation privée, n°333 septembre et octobre 1996, P83 à 86.

"L'hôpital et ses techniques", Revue Hospitalière de France, n°2, mars et avril 1998, P199 à 227.

"La gestion de la qualité", Entreprise Santé, n°27 mai et juin 2000, P16 à 34.

"La lettre de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation d'Ile de France", ARH/IDF, Paris, 1999.

"La sécurité anesthésique", BOLUS, Supplément au n°17, décembre 1994.

"Le bloc opératoire, pièce maîtresse du plateau technique", Décisions Santé, n°134, octobre 1998, P18 à 23.

Rapport 98 de la conférence nationale de santé, Pr. De Paillerets, Paris, juin 1998.

RIONDET J., "Profession pharmacien", Actes du colloque de sciences sociales, Paris 26 octobre 1995, P119 à 124.

TONNEAU D., Recherche en soins infirmiers, n°42 septembre 1995, P4 à 8.

## **LES COURS :**

BARBIER N., Objectifs et principes de l'accréditation, Intervention du 14 janvier 2000, ENSP Rennes.

GUILLOU M., Stratégies et projets d'établissement, documents pédagogiques, ENSP, 2000.

ROUSSEL P., "gestion et qualité", intervention du 14 avril 2000, ENSP Rennes.

SCHWEYER F. X., Sociologie de l'organisation hospitalière, documents pédagogiques, ENSP, 2000.

## **ANNEXES**

Annexe 1 : La structure qualité sur le terrain d'enquête. (1P).

Annexe 2 : Les résultats de l'enquête préliminaire. (1P).

Annexe 3 : La méthode employée sur le terrain d'enquête. (2P).

Annexe 4 : Les thèmes incontournables de la démarche. (1P).

Annexe 5 : Un exemple d'auto évaluation. (2P).

Annexe 6 : Extension de la méthode validée par le comité de pilotage.(1P).

## **Annexe 1 : La structure qualité sur le terrain d'enquête. (1P).**

### **1. Comité de la qualité et de l'accréditation :**

Ce comité pluridisciplinaire a pour vocation de définir, de suivre et d'évaluer la politique qualité de l'hôpital.

**Président** : Le directeur d'établissement

**Vice-président** : 1 Pr. Chef de service

**Secrétaire** : 1 directeur adjoint (organisation et qualité)

**Représentants des instances consultatives** : 1 représentant du CTE auprès de la CME, 1 représentant de la CSI.

**Personnalités qualifiées** : 8 personnes dont : *1 chirurgien, 1 anesthésiste, 1 cadre supérieur infirmier, 1 pharmacien, pharmacovigilant.*

**Experts** : 12 personnes dont : *1 DSSI, 1 ingénieur biomédical, matériovigilant.*

**Représentant les usagers** : 1 conseiller municipal membre de la commission de surveillance.

### **2. Comité de pilotage qualité :**

C'est la structure opérationnelle qui a pour mission d'accompagner et de suivre les projets qualité. Il a un rôle particulièrement important en termes de conseil et d'orientation mais également en termes de formation. Le comité de pilotage est l'interlocuteur privilégié des référents qualité des services car c'est lui qui valide les objectifs, les étapes et les actions correctives à engager.

9 personnes dont : *2 cadres supérieurs de santé.*

### **3. Référents qualité :**

Ils sont nommés dans les services cliniques, médico-techniques et administratifs. Leur mission consiste à mettre en œuvre les actions PAQ transversales liées au service, sensibiliser et informer le personnel, animer et coordonner des actions qualités dans les services, assurer à moyen terme la gestion des procédures écrites. Ils suivent une formation de 4 jours en 1999 sur les méthodes et les outils.

*1 chirurgien et un cadre supérieur de santé par service.*



## Annexe 2 : Les résultats de l'enquête préliminaire. (1P).

<b>Actions relatives à la démarche qualité en lien avec la DSSI</b>	
<b>Actions relatives à l'hygiène et la gestion des risques :</b>	
Mise en place d'un cadre expert en hygiène	57
Actions sur l'hygiène et les infections nosocomiales	10
Actions sur la stérilisation centrale	8
Actions sur les blocs opératoires	8
Démarche sur le signalement des risques	4
Mise en place d'un expert pour les prélèvements d'organes	3
Mise en place d'un expert en hémovigilance	2
Mise en place d'un expert en stérilisation centrale	1
<b>Total des réponses</b>	<b>93</b>
<b>Actions relatives à l'évaluation de la qualité :</b>	
Engagement dans la procédure d'accréditation	26
Evaluation des protocoles de soins	15
Auto évaluation interne en 2000	13
Harmonisation des pratiques infirmières	11
Démarche d'assurance qualité à court terme(sans précision)	4
Evaluation des dossiers de soins	1
<b>Total des réponses</b>	<b>70</b>
<b>Actions relatives aux moyens de mise en œuvre :</b>	
Mise en place d'un expert en démarche qualité	14
Mise en place d'une cellule qualité	5
Elaboration d'un référentiel qualité interne	2
Mise en place d'un plan annuel de démarche qualité	1
Désignation d'un IG directeur de la qualité	1
Elaboration de contrats clients/fournisseurs internes	1
Enquête de satisfaction des usagers	1
Projet de vie pour les personnes âgées	6
<b>Total des réponses</b>	<b>31</b>

## Annexe 3 : La méthode employée sur le terrain d'enquête. (2P).

### LA MÉTHODE

1. **Dégager des thèmes de qualité et de sécurité des soins incontournables dans les blocs opératoires** (loi hospitalière du 31 juillet 1991, ordonnances du 24 avril 1996, cadre réglementaire depuis 1992)

Constituer un fond de documentation sur les dossiers thématiques (presse, littérature, textes réglementaires, dossiers scientifiques) disponible à la DSSI.

2. **Faire émerger les obligations statutaires et réglementaires.**

Elaborer un outil d'évaluation de l'existant sous forme de questionnaire d'enquête à réajuster par les utilisateurs. Cet outil fait référence au manuel d'accréditation de l'ANAES publié en 1999 pour se préparer à la procédure d'accréditation.

3. **Rechercher les procédures en vigueur.**

Centrer les recherches de procédures, protocoles et fiches techniques sur le "Qui fait quoi?" Faire référence au cadre réglementaire, aux experts de l'établissement chacun dans le domaine qui le concerne (loi sanitaire du 1<sup>er</sup> juillet 1998, textes relatifs à la sécurité anesthésique 1994, la pharmacie 1992, le code pénal 1993, l'exercice professionnel). Un inventaire de l'existant permet de dégager les procédures connues et validées, de travailler avec les experts chacun dans son domaine sur les procédures obsolètes.

4. **Le fil conducteur de la démarche :**

- ☞ un cadre réglementaire modifié depuis 1992 et qui définit d'autres zones d'action et de nouveaux experts chargés de donner des avis.
- ☞ une structure opératoire organisée sous forme de prestations à risques données dans un même lieu sous la responsabilité et le contrôle de multiples acteurs, tous experts dans un domaine spécifique des soins.

5. Actuellement dans la plupart des établissements de santé chaque domaine d'expertise est pris en charge par un référent nommé et reconnu par la communauté hospitalière. Il convient à chaque fois que nécessaire de faire appel à ce référent pour mettre en place et valider les procédures internes de l'établissement.

**Le chef de service ou le référent qualité du service et le chef de bloc (cadre expert) valident les procédures internes au bloc opératoire.**

6. L'ampleur et la complexité de la démarche nous imposent de limiter le champ de l'étude dans un premier temps à quinze items traités dans chaque thème. Ex : Sur le thème "hygiène", 15 questions à se poser pour savoir si les pratiques actuelles sont conformes aux exigences du cadre réglementaire.

7. **La méthode de marche en avant** qui est adoptée permet de boucler le dossier dans sa totalité dans un premier temps et de revenir ensuite au point de départ pour affiner l'analyse.

8. **Une évaluation régulière** permet de faire une actualisation des procédures et des protocoles selon les changements de matériel, d'organisation ou de techniques avec les acteurs concernés par l'action.

9. L'évolution rapide du cadre réglementaire nous impose désormais de **réactualiser un tel outil au minimum une fois par an**. Le pilote du dossier doit donc se positionner en **veille technologique, sanitaire et réglementaire** afin d'informer rapidement les utilisateurs des procédures à réactualiser.

**La démarche qualité telle qu'elle est ainsi présentée est une démarche active, mouvante et dynamique. Archiver ce dossier dans un placard serait contraire à l'idée développée.**

## Annexe 4 : Les thèmes incontournables de la démarche. (1P).

# LES THÈMES INCONTOURNABLES

de qualité et de sécurité des soins  
dans les blocs opératoires

### 1. Le risque infectieux :

( Surveillance, prévention et contrôle du risque infectieux : SPI )

- . la prévention et les protocoles : SPI.2.
- . le contrôle de l'environnement : SPI.9.
- . la stérilisation des dispositifs médicaux : SPI.8.

### 2. La prévention des risques :

( Gestion de la qualité et prévention des risques : QPR )

- . la sécurité anesthésique : QPR.3.
- . les conditions de travail : QPR.4.

### 3. Les vigilances sanitaires :

( Vigilances sanitaires et sécurité transfusionnelle : VST )

- . la sécurité sanitaire (matérovigilance, biovigilance) : VST.2.
- . la sécurité transfusionnelle (hémo-vigilance, pharmacovigilance) VST.4.

### 4. L'organisation des soins :

( Organisation de la prise en charge des patients : OPC )

- . l'organisation interne du bloc opératoire : OPC.8.
- . l'organisation de l'établissement de santé : OPC.6. et 7.

Document DSSI/RV/KB, Hôpital St. Antoine, AP.HP, Paris 12, Décembre 1999.

**Annexe 5 : Un exemple d'auto évaluation. (2P).**

**Thème 1 : surveillance, prévention et contrôle du risque infectieux (SPI)**

**Référence SPI - 2 de l'ANAES**

Première partie : connaissance et mise en pratique des protocoles existants validés par les instances

Diffusion

Argumentaire et mise en pratique des protocoles existants validés par les instances

Evaluation

	<b>Protocoles d'hygiène pour les blocs opératoires</b> Référence : fiches techniques d'hygiène AP-HP 1997	appliqué		adapté	
		oui	non	oui	non
P1	Le lavage des mains : principes de base				
P2	Les précautions universelles pour la manipulation du sang et les liquides biologiques (I-1-2 P)				
P3	La préparation de l'opéré en unité de soins (II - 1 - 2 P)				
P4	La préparation du site opératoire au bloc opératoire (II - 2 - 2 P)				
P5	L'isolement sanguin (III - 5 - 2 P)				
P6	Les antiseptiques : règles générales (IV - 1 - 2 P)				
P7	Un désinfectant : le concentré de javel (IV - 2 - 2 P)				
P8	Les masques de protection et leurs utilisations (IV - 3 - 2 P)				
P9	L'entretien du matériel médico-chirurgical (V - 1 - 4 P)				
P10	Le nettoyage et la désinfection des endoscopes souples (VI - 2 - 4 P)				
P11	Le bio-nettoyage des locaux hospitaliers (VI - 1 - 2 P)				

P12	La méthode de balayage humide (VI - 2 - 1 P)				
P13	La désinfection des surfaces des locaux en milieu hospitalier (VI - 5 - 4 P)				
P14	Le nettoyage des matériels roulants (VI - 6 - 1 P)				
P15	L'élimination des déchets solides hospitaliers (VI - 9 - 2 P)				

**Annexe 6 : Extension de la méthode validée par le comité de pilotage. (1P).**

Paris, le 19 janvier 2000

P.T. Pharmacien adjoint

et

**C. R. Directeur du SSI.**

Objet : Accréditation 2000

N/REF DSSI/PT/CR/KB/2000/038

Madame, Monsieur,

Dans la perspective de l'accréditation, le comité qualité de l'hôpital a validé une organisation par rapport au référentiel ANAES et a réparti entre différents chefs de projet le travail d'évaluation et de mise en place des actions correctives en fonction des différentes parties du référentiel ANAES.

La pharmacie est chef de projet sur la partie :

**OPC - RÉFÉRENCE 9**

**Les professionnels de la pharmacie et les secteurs d'activité cliniques déterminent en commun leurs règles de fonctionnement**

Certains critères de la référence OPC - référence 9 la concerne seule, par contre, d'autres impliquent les services cliniques.

Nous vous sollicitons donc pour pouvoir mener à bien le travail dans sa globalité.

Pour vous faciliter ce travail, nous avons conçu à votre intention, un document type, prêt à remplir, joint à cette lettre. Toutefois, si l'envoi ne vous concerne pas au motif que vous ne recevez, ni ne manipuler de médicaments, ni de dispositif médical, retournez nous quand même le document.

**La direction du service de soins infirmiers collectera ces documents que nous vous remercions d'adresser pour le 7 février 2000.**

Nous vous remercions de votre contribution à ce travail collectif et vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos salutations distinguées.

C.R.( DSSI) et P.T.(Pharmacien)