

ECOLE NATIONALE DE LA SANTE PUBLIQUE

Mémoire d' Elève-Directeur d'Hôpital 1998-2000

**La préparation à l'accréditation comme outil  
interne d'aide à la décision. Analyse critique  
de l'expérience du CHR Metz - Thionville**

BARBE Caroline

Jury Décembre 1999

# ABREVIATIONS

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

ARH : Agence Régionale d'Hospitalisation

CDD : Contrat à Durée Déterminée

CHR : Centre Hospitalier Régional

CHSCT : Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail

DG : Direction Générale

DPPS : Direction du Personnel et du Projet Social

FRAP : Feuille de Révélation et d'Analyse des Problèmes

GRH : Gestion des Ressources Humaines

QCI : Questionnaire de Contrôle Interne

# SOMMAIRE

**INTRODUCTION**..... p 1

## **PREMIERE PARTIE**

### **Une démarche globale et continue de l'évaluation au plan d'action : la recherche d'un compromis méthodologique**

**Chapitre 1 : Une évaluation tournée vers des enseignements pratiques**..... p 6

- A - Le choix d'une démarche se rapprochant d'un audit interne mais qui associe fortement les acteurs ..... p 7
  - 1 - Le choix d'une démarche se rapprochant d'un audit interne..... p 7
    - a - Les recommandations de l'ANAES : une procédure ouverte..... p 8
    - b - Les motivations du choix de la direction ..... p 9
    - c - Le rapprochement avec une démarche d'audit interne ..... p 9
  - 2 - Une association forte des audités ..... p 10
    - a - Une politique active de communication ciblée sur les cadres..... p 10
    - b - L'association des cadres à la conception de l'audit ..... p 11
    - c - L'engagement de respect et d'écoute des audités..... p 12
- B - Une évaluation conçue pour faciliter la définition du plan d'action..... p 14
  - 1 - Des constats exhaustifs et fiables : la méthode de recueil et d'analyse ..... p 14
    - a - Des constats exhaustifs par rapport au champ du référentiel ..... p 14
    - b - Des constats fiables ..... p 15

2 - Un bilan précis et chiffré : méthode de synthèse et de cotation .....	p 18
a - Un bilan synthétique qui repose sur l'analyse des forces et faiblesses...	p 19
b - Des politiques évaluées : la cotation .....	p 20
<b><u>Chapitre 2 : Un outil qui réoriente la stratégie de la direction</u></b> .....	p 21
A - Les recommandations des auditeurs.....	p 22
1 - Des recommandations à trois niveaux .....	p 23
a - Au niveau de l'analyse du problème.....	p 23
b - Au niveau des références .....	p 23
c - Au niveau du thème.....	p 26
2 - Des recommandations priorisées .....	p 26
a - En fonction des risques pour les références .....	p 26
b - En fonction de l'analyse des causes pour les problèmes .....	p 27
B - La définition des objectifs individuels et collectifs .....	p 28
1 - La définition d'un plan d'actions.....	p 28
a - Une définition collective .....	p 29
b - Les éléments du choix.....	p 29
2 - La définition d'objectifs individuels .....	p 30
a - L'utilisation des entretiens d'évaluation .....	p 30
b - Des objectifs multiples.....	p 30

## **DEUXIEME PARTIE**

### **Résultats et enseignements : une démarche cohérente et transposable**

<b><u>Chapitre 1 : Des résultats globalement satisfaisants</u></b> .....	p 33
A - Un outil d'évaluation original qui peut être approfondi .....	p 34
1 - Un outil d'évaluation original d'un service administratif.....	p 34
a - Une approche transversale de l'organisation des services .....	p 34
b - Le décloisement des services .....	p 35

2 - Une approche qui peut être élargie.....	p 36
a - les limites actuelles.....	p 36
b - les conditions d'élargissement.....	p 37
<b>B - Un outil de management intéressant à prolonger sur le long terme.....</b>	<b>p 39</b>
1 - Un outil de mobilisation des ressources.....	p 39
a - L'apport traditionnel d'un audit.....	p 40
b - L'apport de la perspective d'accréditation.....	p 40
c - L'apport spécifique de la démarche.....	p 41
2 - Les conditions de réussite de la mobilisation.....	p 41
a - Identification des facteurs de frein.....	p 42
b - Identification des facteurs de réussite.....	p 44
<b><u>Chapitre 2 : Une procédure difficilement applicable uniformément.....</u></b>	<b>p 49</b>
A - Opportunité de transposer cette démarche.....	p 49
1 - Les conditions de valorisation interne de la démarche.....	p 49
2 - Les conditions de valorisation externe de la démarche.....	p 50
a - Rapidité et succès de l'engagement dans le processus d'accréditation...	p 51
b - Utilisation dans le processus d'allocation des ressources.....	p 51
B - Les conditions de transposition de cette démarche.....	p 52
1 - Une démarche de niveau institutionnel.....	p 53
a - Au niveau du management.....	p 53
b - Au niveau de l'engagement des moyens.....	p 54
2 - Une application progressive et coordonnée.....	p 55
a - Un projet global.....	p 55
b - Un projet coordonné.....	p 57
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>p 59</b>

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES

# INTRODUCTION

L'accréditation fait maintenant partie des objectifs à moyen terme de la plupart des établissements. Aux termes de l'ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, tous les établissements de santé doivent s'être engagés dans cette procédure à l'horizon 2001.

La même problématique se pose désormais aux dirigeants d'établissement : l'accréditation, pour quoi faire ? Comment répondre au mieux à cette contrainte externe qui s'impose dans un délai désormais très bref ?

La réponse apportée à cette obligation réglementaire peut prendre des formes très différentes, selon les objectifs fixés au projet. De la simple mise en conformité des procédures à l'enclenchement d'une véritable dynamique de changement, on peut envisager de multiples scénarios.

La Direction du Personnel et du Projet Social (DPPS) du CHR de Metz-Thionville a décidé en avril 1999 le lancement d'une démarche de préparation à l'accréditation, dans le domaine de la gestion des ressources humaines. Elle a choisi de répondre au défi lancé par l'ANAES en se saisissant totalement de la démarche : aller au-delà de la simple évaluation de la conformité et faire de la préparation à l'accréditation un outil d'aide à la décision. C'est dans cet engagement de fond que réside l'originalité profonde de l'expérience menée d'avril à septembre 1999.

Le choix d'une préparation à l'accréditation répondait bien sûr aux incitations communes à tous les hôpitaux. Il s'agissait d'évaluer la conformité des activités de la direction aux exigences posées par l'ANAES et se préparer ainsi au mieux à la visite des experts-visiteurs. Mais la mise en place de cette expérience traduisait surtout le souci d'optimiser les ressources investies dans la préparation et de saisir cette opportunité de changement dans un contexte institutionnel externe et interne incitatif. La DPPS se trouvait en effet dans une période de réflexion et de transition. En interne, elle achevait une phase de développement et d'unification des procédures entamée depuis deux ans ( 1997-1998). En externe, le CHR entrait dans la période active d'élaboration du futur projet d'établissement.

En conséquence, la préparation à l'accréditation a été investie d'une double fonction, d'une part dresser un bilan des procédures et des organisations mises en place depuis deux ans à la DPPS, d'autre part, favoriser le choix des orientations futures de la direction. A partir de l'état des lieux réalisés, l'objectif était de déterminer les axes à développer, à court et à moyen terme, et d'élaborer un plan d'action.

Cette visée stratégique s'est traduite par la mise en place d'une démarche globale et continue, allant de l'évaluation à la définition d'un plan d'actions. Une équipe d'auditeurs a été chargée d'évaluer les activités de la DPPS sur la base du référentiel ANAES et de proposer des recommandations d'amélioration. Sur cette base, les cadres et la Direction ont défini collectivement un plan d'action à court (un an) et moyen terme (trois ans).

Les spécificités de l'expérience soulevait a priori des problèmes théoriques et méthodologiques importants.

Faire de l'accréditation un outil d'aide à la décision n'entre-t-il pas en contradiction avec l'esprit et la lettre de l'accréditation ? En premier lieu, est-il légitime d'associer la préparation à l'accréditation à des considérations planificatrices et d'allocation des ressources ? L'accréditation est une démarche d'amélioration continue de la qualité basée sur la mobilisation des personnels autour de l'objectif de qualité des prestations. Ne risque-t-on pas de scléroser l'action en rendant ambigus les objectifs de la procédure ?

D'autre part, le référentiel de l'ANAES présente deux caractéristiques en contradiction avec les objectifs poursuivis. C'est un référentiel généraliste et externe. Il alterne les critères précis,

guidant l'évaluation vers les éléments concrets justifiant les réponses, et les objectifs de qualité, sans précision des voies d'action possibles pour atteindre ces objectifs. Cette caractéristique entraîne une absence de lisibilité des standards et des critères et une importante latitude d'appréciation des évaluateurs. D'autre part, ce référentiel est basée sur une logique de conformité à des standards de bonne pratique. On peut se poser la question de son adéquation à une démarche qui relève plus de la logique d'audit interne. Pour que l'évaluation permette une prise de décision efficace, elle doit en effet révéler les dysfonctionnements réels de structure, de politique et de procédures.

On peut reformuler la problématique ainsi : les résultats obtenus après une évaluation sur la base du référentiel ANAES incluent-ils suffisamment d'éléments pour garantir une prise de décision optimale ? A quel niveau de décision ce type d'évaluation permet-il de se situer : stratégique (objectifs à moyen et long terme : deux à cinq ans) et/ou opérationnel (objectifs à court terme : un an) ?

Les principales difficultés identifiées a priori résidaient donc dans le renversement de la perspective et le détournement de l'objectif initial . D'une procédure d'évaluation externe, on tentait de faire un outil purement interne. On pouvait alors se poser la question de la pertinence et de la faisabilité de la démarche. Est-il légitime de faire de la préparation à l'accréditation un outil d'aide à la décision ? Est-il possible d'utiliser le manuel d'accréditation à des fins d'audit ?

L'analyse critique de l'expérience menée à la DPPS essaie de répondre à ces questions, en tenant compte des contraintes et des particularités du contexte local. Il s'agit d'utiliser cet exemple afin d'en tirer les enseignements pratiques et théoriques, quant aux conditions de mise en œuvre d'une telle démarche et quant aux résultats qui peuvent être atteints.

Cette réflexion porte sur une autre question qui peut servir d'indicateur complémentaire sur la réussite de la démarche : celle de la possibilité de transposer cette démarche à d'autres établissements. Dans l'hypothèse où l'on reconnaîtrait comme légitime la démarche, à quelles conditions peut-on envisager son application dans un environnement interne et externe différent ?

Ces deux orientations répondent au double souci d'éclairer le lecteur sur la portée de la démarche initiée eu CHR de Metz et de laisser le soin aux professionnels de santé intéressés de réfléchir, le cas échéant, aux conditions d'utilisation d'un outil qui présente de multiples possibilités. On s'appliquera à montrer que l'accréditation est une démarche de *qualité totale* qui présente une



grande souplesse d'utilisation. Le référentiel de l'ANAES laisse une marge importante d'adaptation, de réflexion et d'invention aux établissements et aux professionnels de santé.

Une première partie permettra de comprendre les choix effectués par la DPPS pour résoudre les contradictions initiales de la démarche et pour s'adapter aux contraintes locales. Pour n'avoir pas bénéficié d'expériences antérieures comparables sur lesquelles s'appuyer, la DPPS a dû concevoir sa propre stratégie de développement et ses propres modes d'action. Les choix qui ont été faits relèvent donc de l'expérimentation, même si la conduite de l'action a pu s'inspirer régulièrement des recommandations de bonne pratique issues de la littérature managériale et sociologique générale et hospitalière, et notamment du manuel de l'ANAES.

La seconde partie sera consacrée à l'analyse des résultats et des effets induits par la démarche. On ne peut porter une appréciation sur les intérêts et les limites de la démarche d'audit à l'aune exclusive de sa seule cohérence méthodologique. En dernière analyse, le succès du nouvel outil est subordonné à la capacité de ses promoteurs à démontrer les transformations réelles et durables en terme d'organisation que le processus d'évaluation aura permis d'enclencher. Pour déterminer le degré de réussite de l'expérience menée à la DPPS, il faut non seulement connaître les résultats positifs mais aussi analyser le gain différentiel que procure ce type de démarche par rapport à un processus d'audit classique. Enfin, cette évaluation amènera à porter une appréciation sur les possibilités de transposer cette démarche à d'autres services ou d'autres établissements de santé, en essayant de déterminer les conditions d'essaimage de l'expérience à l'extérieur.

# PREMIERE PARTIE

## UNE DEMARCHE GLOBALE ET CONTINUE

### DE L'EVALUATION AU PLAN D'ACTION :

#### La recherche d'un compromis méthodologique

La démarche d'accréditation est présentée dans deux ouvrages ANAES : le guide de l'expert-visitateur et le manuel d'accréditation. Cette démarche est cependant très ouverte et laisse une très grande liberté aux établissements quant à :

- la composition de l'équipe,
- l'organisation de l'évaluation,
- la forme de la restitution.

En l'absence d'expérience identique à celle-ci, la Direction du Personnel et du Projet Social a du concevoir elle-même sa propre stratégie de développement et ses propres modes d'action. Les choix qui ont été faits relèvent tout autant du "pari" que du calcul rationnel, même si la conduite de la démarche a pu s'inspirer des recommandations de l'ANAES et des différentes théories sur l'audit-qualité.

La démarche présentée s'appuie donc sur une méthode originale qui tient compte à la fois des recommandations de l'ANAES et de la spécificité des objectifs de la Direction du Personnel et du Projet Social. Elle s'est voulue continue et orientée vers des objectifs opérationnels, de l'évaluation à la définition d'un plan d'action.

# CHAPITRE 1 .

## Une évaluation tournée vers des enseignements pratiques

---

Toute la démarche d'évaluation a été conçue dans une optique opérationnelle avec une double perspective. En effet, il s'agit d'une part de faciliter la définition d'un plan d'action en orientant le rapport vers l'élaboration de recommandations et d'autre part de faciliter la mise en oeuvre du plan d'action grâce à une stratégie de mobilisation des acteurs.

La cohérence de la démarche ne peut cependant être évaluée qu'en tenant compte de la nécessité de s'adapter aux contraintes locales (liées à la structure et au jeu des acteurs) et générales (relatives au référentiel de l'ANAES).

Il a ainsi fallu effectuer des choix méthodologiques en réponse aux questions suivantes :

⇒ Par qui faire effectuer l'évaluation, compte tenu des délais impartis, de l'éclatement de la structure de la Direction du Personnel et du Projet Social et des objectifs définis ?

⇒ Comment tirer parti au maximum du référentiel de l'ANAES ? Le référentiel de l'ANAES est un référentiel généraliste, qui ne se focalise pas sur des problèmes ou des dysfonctionnements internes. Si cette option se justifie aisément, elle n'est pas sans présenter quelques risques. Cette option a été justifiée pour l'ANAES par trois considérations :

- la nécessité d'éviter un manuel trop volumineux,
- la volonté de ne pas construire un catalogue de recommandations contraignantes ;
- la nécessité de rendre le référentiel adaptable à toutes les structures.

Ce référentiel très souple laisse une grande marge d'adaptation, de réflexion et d'invention aux professionnels. Le risque essentiel quant à la démarche de la DPPS était de se limiter à des points apparents, défauts d'enregistrements, manque de traces écrites ou de formalisation des procédures. C'est la critique classiquement formulée dans les pays anglo-saxons à l'encontre de l'accréditation, qualifiée de "*paper exercises*"<sup>1</sup>.

A. Le choix d'une démarche se rapprochant d'un audit interne mais qui associe fortement les acteurs.

La Direction du Personnel a dû choisir entre deux modèles : une démarche d'auto-évaluation au sens de l'ANAES, menée par une équipe composée de professionnels de tous les secteurs, ou une procédure relevant plus de la logique d'un audit interne, réalisée par une cellule restreinte.

Si la nature du travail imparti a justifié la décision de recours à l'audit interne plutôt qu'à une auto-évaluation, la méthodologie choisie a tenté de corriger les effets négatifs d'un audit en impliquant et en responsabilisant les professionnels des services audités.

## **1. Le choix d'une démarche se rapprochant d'un audit interne**

### Différence entre auto-évaluation et audit interne

Les ouvrages théoriques donnent de ces deux notions des définitions aux contours flous. On a choisi ici de les caractériser de la manière suivante :

- l'auto-évaluation est une *étape de la procédure* d'accréditation, permettant à des professionnels de tous les secteurs d'activité de l'établissement et *notamment du service évalué* lui-même de se situer par rapport à des *objectifs et des critères définis par l'ANAES* ;

---

<sup>1</sup> Cf références bibliographiques

- l'audit interne est une *méthode* d'évaluation qui détermine *l'écart* entre l'activité et les résultats d'un établissement par rapport à une norme préétablie, et réalisé par des *personnes n'assurant pas de responsabilités* dans le secteur ;

On a donc retenu deux différences essentielles : les auteurs de l'évaluation (appartenance / extériorité au secteur concerné) et l'esprit dans lequel est mené la démarche (étape d'un processus qualité / méthode d'évaluation).

#### a. Les recommandations de l'ANAES : une procédure ouverte

L'ANAES laisse une grande liberté aux établissements quant à la mission des équipes d'évaluation, leur nombre, leur nature, leur mode de constitution et leur fonctionnement, tout en formulant certaines recommandations.

##### Des recommandations négatives.

Le guide pratique d'auto-évaluation précise que " *la réalisation de l'auto-évaluation par une seule personne, par un corps professionnel spécialisé dans le contrôle interne, ou par les seuls responsables hiérarchiques devrait conduire le Collège de l'accréditation à considérer que du point de vue de la méthodologie employée, il n'a pas été satisfait à la procédure d'accréditation*"<sup>2</sup>.

##### Des recommandations positives.

La constitution des équipes d'auto-évaluation doit répondre à certains critères, notamment le caractère "*multiprofessionnel*" et la présence de professionnels de santé. L'Agence recommande fortement<sup>3</sup> que les équipes associent trois types de catégories professionnelles, le nombre de représentants de chaque catégorie variant selon le secteur d'activité évalué :

- ⇒ un noyau "managérial" constitué de décideurs et de médecins impliqués dans la gestion de l'établissement,
- ⇒ un noyau "clinique" associant cliniciens et soignants des secteurs d'activité clinique et médico-technique,
- ⇒ un noyau "logistique", associant les équipes de soutien, c'est-à-dire les professionnels des secteurs d'activité autres que cliniques et leur encadrement.

---

<sup>2</sup> cf références bibliographiques

<sup>3</sup> cf références bibliographiques

Le manuel ajoute que *"l'équipe devant aborder la gestion des fonctions logistiques aura un noyau logistique, en veillant toutefois à la présence des professionnels des secteurs d'activité clients."*

#### b. Les motivations du choix de la Direction

La constitution d'équipes d'auto-évaluation constitue donc une caractéristique importante de la procédure d'accréditation. Cependant, pour des raisons essentiellement techniques, la direction a décidé de mettre en place une démarche se rapprochant plus de l'audit interne.

L'expérimentation de la procédure d'accréditation conduite à l'automne 1998<sup>4</sup> a souligné les difficultés du travail d'auto-analyse en équipe pluri-disciplinaire et l'importance des ressources logistiques et humaines que cela suppose. L'auto-évaluation sur la base d'un référentiel rédigé en termes d'objectifs larges et dans des termes techniques implique une charge de travail non négligeable en terme de lecture, de clarification, d'élaboration d'indicateurs, sans compter le temps consacré à la recherche documentaire et à l'évaluation proprement dite. L'ANAES souligne également la nécessité d'une formation de base afin de conduire un travail d'auto-évaluation efficace<sup>5</sup>.

La DPPS ne disposait pas des ressources nécessaires étant donné les contraintes :

- de délais impartis (4 mois d'avril à juillet 1999). L'évaluation devait être disponible pour la fin du mois d'août, afin de pouvoir être utilisée dans les entretiens d'évaluation des agents, intégrée dans les propositions destinées au nouveau projet d'établissement.
- de disponibilité, la Direction étant sous-dotée en personnel.
- de moyens financiers, liés à l'achat d'une action de formation.

#### c. Le rapprochement avec une démarche d'audit interne

Bien que restreinte dans les moyens matériels et humains à sa disposition, la Direction du Personnel a tenté de respecter autant que possible les règles relatives à l'audit. Le rapprochement avec ce type de démarche s'est manifesté :

---

<sup>4</sup> cf références bibliographiques

<sup>5</sup> cf références bibliographiques

- dans la composition de l'équipe,

Le choix s'est porté sur une équipe unique pour les deux sites de Metz et Thionville, afin de garantir aux personnels des deux établissements, les conditions d'une égalité de traitement. Cette équipe, très restreinte étant donné les ressources disponibles, a conservé cependant un caractère pluridisciplinaire, puisqu'elle associait un élève-directeur et un cadre infirmier rattaché à la Direction des Services des Soins Infirmiers.

- dans la nature de la mission

L'équipe d'auditeurs, bien que rattachée à la Direction du Personnel, a bénéficié d'une entière autonomie dans le choix de la méthode et la conduite de l'audit.

## **2. Une association forte des audités**

Cette orientation a reposé sur une idée principale : le changement, pour être accepté et durable, ne peut être subi par les acteurs hospitaliers. Or, l'audit, plus que l'auto-évaluation, peut susciter des attitudes de passivité ou de rejet, en dessaisissant les audités du contrôle de l'action, et en assimilant l'audit à une censure.

Les auditeurs ont cherché à minimiser ces phénomènes de résistance au changement, et dans la mesure du possible, à favoriser une participation active des acteurs hospitaliers. Dans cette optique, ils ont défini une stratégie d'implication des professionnels reposant sur trois axes : la politique de communication interne, l'association des cadres à la réalisation de l'audit, l'engagement de respect des audités.

### **a. Une politique active de communication ciblée sur les cadres**

La publicité donnée au lancement de l'audit visait à préparer le "bouclage" de l'audit en s'assurant que tous les responsables avaient une vue claire de l'action envisagée et de l'engagement de la Direction dans ce projet. Il s'agissait de répondre aux interrogations des professionnels et d'éviter ainsi l'image d'une démarche imposée par la Direction, obscure dans ses objectifs et son utilisation.

La communication a reposé sur **une logique de contrat**. Les auditeurs et la Direction se sont engagés officiellement sur les objectifs, les points sur lesquels il était convenu d'apporter une conclusion et les modalités de diffusion des résultats. Les responsables hospitaliers ont reconnu implicitement avoir été informés de cette action.

Cette démarche de contrat s'est traduite à la fois dans le choix des vecteurs de communication, et dans la définition des cibles.

- La Direction et l'équipe d'auditeurs ont présenté oralement le programme de l'audit<sup>(\*)</sup> au cours d'une réunion collective avec tous les cadres des services concernés, qui ont pu ainsi demander les éclaircissements nécessaires. Cette réunion d'ouverture a été suivie de l'envoi d'une lettre de mission élaborée par la Direction. Ces principes ont été rappelés ensuite dans chaque lettre de demande d'entretien et au début de chaque entretien avec les cadres.
  
- Par ailleurs, la politique de communication a été ciblée sur les cadres selon une logique de "*communication en cascade*", dans laquelle le destinataire final, l'agent du service, est informé de l'existence de la démarche et persuadé de son utilité grâce à son relais d'information habituel, le cadre. Ceux-ci ont ainsi été priés lors de la présentation orale de retransmettre les informations reçues à leurs agents selon la forme qu'ils choisiraient. Ce principe a permis aux cadres de s'approprier la démarche, en valorisant leur rôle d'animation et de pilotage au sein du service.

#### b. L'association des cadres à la conception de l'audit

Les cadres hospitaliers ont été désignés comme principaux acteurs du changement, par une politique de participation active à la phase d'élaboration du système.

- D'une part, les auditeurs ont bénéficié de l'opportunité que représentait la visite du service par le nouveau Directeur Général du CHR. Ils ont ainsi pu s'appuyer, pour la construction des

---

<sup>(\*)</sup> Présentation des fonctions et activités incorporées dans l'audit, des sites et personnes concernées, d'un calendrier prévisionnel, de l'équipe d'audit, des méthodes de travail.



indicateurs et des questionnaires d'entretien, sur la *présentation écrite et orale de chaque secteur d'activité de la DPPS par le cadre responsable* (mission, objectifs, système d'organisation, procédures existantes). Ces premiers renseignements ont été complétés, de manière ponctuelle et toujours dans une optique de préparation (et non d'évaluation), par un entretien individuel des auditeurs avec certains cadres.

- D'autre part, les auditeurs *ont mis au point avec les cadres de la DPPS, au cours cette fois des entretiens d'évaluation, la liste des "prestataires extérieurs"* n'appartenant pas à la DPPS mais rentrant dans le champ du référentiel : par exemple, syndicats, médecine du travail, services financiers, services des archives...

### c. L'engagement de respect et d'écoute des audités

La méthodologie définie a tenté de respecter le plus possible les "*droits*" des audités, tout en conservant le principe de responsabilité des auditeurs et en prenant en compte leurs obligations.

Cette logique de coopération s'est particulièrement appliquée dans la programmation des entretiens et des visites, dans la définition d'une procédure contradictoire, et dans la personnalisation des relations entre auditeurs et audités.

### **❶ La programmation des entretiens et des visites s'est effectuée avec le souci de perturber le moins possible le fonctionnement normal du service.**

La date et l'heure des entretiens ont été fixées par les cadres dans le respect d'un calendrier indicatif communiqué par les auditeurs.

Les visites des services ont été planifiées avec le cadre responsable lors de l'entretien de bilan.

## **② La démarche d'entretien et la communication des résultats aux cadres ont été personnalisées.**

Chaque entretien a été précédé, au minimum une semaine avant la date fixée, de l'envoi d'un courrier personnalisé comprenant les éléments spécifiques à la personne auditée soit :

- les références et critères de l'ANAES la concernant,
- les autres personnes auditées sur le même thème,
- le questionnaire d'entretien,
- les attentes des auditeurs par rapport à cet entretien. .

Par ailleurs, le rapport d'audit a fait l'objet d'un envoi spécifique à chaque cadre audité.

## **③ Les relevés d'observations et la présentation des résultats ont fait l'objet d'une procédure contradictoire.**

Les observations retenues par l'auditeur après entretien et visites ont été formalisées sur une feuille de relevé d'observations distinguant points forts, non-conformités et documents retenus comme preuves. Chaque cadre a reçu le relevé correspondant à son secteur et a été invité à apporter ses propres observations, réserves ou compléments d'informations. Le document a été considéré comme validé en cas de non-réponse dans les quinze jours.

Il s'agissait d'éviter toute contestation ultérieure, chaque responsable prenant acte des constatations le concernant et bénéficiant d'un "droit de réponse". Cette démarche n'a en rien entravé la liberté des auditeurs, ceux-ci gardant l'entière responsabilité de leurs conclusions. Les points contestés par les audités ont été vérifiés par l'équipe d'audit : après réexamen, les observations ont été soit modifiées, soit maintenues, les réserves des cadres étant alors signalées dans le rapport final.

Le rapport d'audit a fait l'objet d'une réunion collective contradictoire avec la Direction au cours de laquelle les services concernés ont été appelés à donner leurs avis sur les résultats et les recommandations : approbation, réserve ou complément.

## B. Une évaluation conçue pour faciliter la définition du plan d'action

Une fois la composition de l'équipe d'évaluation déterminée, les évaluateurs ont défini une méthode d'évaluation. Celle-ci a du tenir compte de plusieurs paramètres :

### → un référentiel généraliste

Le référentiel de l'ANAES alterne les critères précis, guidant l'évaluation vers les éléments concrets justifiant les réponses, et les objectifs de qualité, sans précision des voies d'action possibles pour atteindre ces objectifs. Cette caractéristique entraîne une absence de lisibilité des standards et des critères et une importante latitude d'appréciation des auditeurs. Ceux-ci ont défini en conséquence des indicateurs permettant de guider l'évaluation.

### → un référentiel externe

La méthode a dû concilier le référentiel de l'ANAES qui impose une logique de conformité à des standards de bonne pratique et une démarche d'audit interne qui doit révéler les dysfonctionnements réels de structure, de politique et de procédures.

## **1. Des constats exhaustifs et fiables : la méthode de recueil et d'analyse**

### **a. Des constats exhaustifs par rapport au champ du référentiel**

#### **❶ La définition des points à contrôler**

Pour l'analyse des processus, comme l'évaluation du personnel, la gestion des carrières, ou la formation continue, les auditeurs ont choisi de définir certains points à contrôler en priorité. Ils se sont livrés à la mise à plat des différentes procédures et politiques, en s'appuyant notamment sur la notion de parcours du "client", en l'occurrence le personnel hospitalier, ou d'un produit, par exemple, un dossier administratif.

Ces points comprennent toujours l'existence d'une procédure formalisée, mise à jour et à disposition des agents. Les autres points sont spécifiques selon les processus étudiés.

## ② L'élaboration d'indicateurs

Les auditeurs ont souhaité disposer d'indicateurs de résultat précis, dans une double perspective : à court terme, ces indicateurs viennent objectiver les observations des auditeurs. A moyen terme, ils doivent guider les professionnels dans la phase ultérieure de suivi des plans d'action.

Ces indicateurs ont été définis à partir de la synthèse de documents normatifs extérieurs au référentiel de l'ANAES :

→ théories de gestion, techniques et procédures communément utilisées dans les firmes,

*Exemples pour l'évaluation du personnel :*

% d'agents ayant bénéficié d'un entretien personnalisé dans les 12 mois précédents / nombre total d'agents ; tableau de bord annuel, par catégorie d'agents ;

% des cadres formés à l'évaluation ;

→ législation et cadre réglementaire

*Exemples pour la formation continue :*

Respect du 1% réglementaire

### b. Des constats fiables

Les auditeurs ont utilisé deux outils complémentaires : la recherche de documents-preuves, les questionnaires de contrôle interne.

Dans le souci de garantir la fiabilité des données observés, l'évaluation a donné lieu au croisement systématique des données :

- entre les documents écrits et les pratiques informelles, décrites lors des entretiens ou directement observées,
- entre les discours des différents acteurs d'une même procédure : cadre, exécutant, prestataire externe, client.

## **① la recherche de documents-preuves**

Le manuel d'accréditation précise que le diagnostic est conduit de manière précise et objective avec documentation à l'appui, les constatations devant être à défaut formulées sous réserve. La procédure est donc basée sur un système de *preuve*, celle-ci correspondant souvent à l'existence de procédures formalisées, mais également de tableaux de bord et autres documents chiffrés permettant l'évaluation...

L'examen de ces documents constitue la première étape de l'évaluation. Il permet notamment d'élaborer les indicateurs et les questionnaires d'entretien.

## **② le recours aux questionnaires de contrôle interne (QCI)**

La construction et l'administration des questionnaires ont amené les auditeurs à se poser la double question :

- des objectifs qui déterminent la longueur, la forme et le niveau d'exigence des QCI ;
- de la population-cible ;

### **◆ Les objectifs des questionnaires**

Les questionnaires ont été construits à partir des indicateurs, afin de déterminer les données que ne permettaient pas de déceler l'examen des documents. : l'organisation et les pratiques informelles, le niveau d'application des procédures, les perceptions des professionnels.

➤ Ils sont divisés globalement en quatre thèmes, déclinés en questions précises, selon les cibles, les références et les critères audités.

### **Thème 1 : structure et organisation formelle du service**

Il s'agit de prendre connaissance avec l'audité de la structure et de l'organisation formelle du service, et de ses relations formelles avec l'extérieur (autres services, personnel du CHR).

Il s'agit de faciliter l'introduction des thèmes suivants en évoquant ensemble les règles qui s'appliquent théoriquement.

## **Thème 2 : Organisation et fonctionnement réels du service**

Le thème 2 entend repérer les incertitudes et les jeux (potentiels et existants) des acteurs autour de règles formelles et notamment :

- l'existence de règles informelles d'organisation et de fonctionnement,
- le niveau d'application des procédures existantes

## **Thème 3 : Perception des acteurs**

Il s'agit de recueillir les perceptions des professionnels sur les fonctionnements et dysfonctionnements vécus :

- dans l'organisation et le fonctionnement de leur service,
- dans l'adéquation des procédures et de l'organisation aux objectifs.

## **Thème 4 : Synthèse et propositions**

Ce thème doit permettre le cas échéant aux personnes auditées d'évoquer les points oubliés dans le questionnaire et de valider les affirmations du début de l'entretien au travers de questions délibérément redondantes (qu'est-ce qui fonctionne bien dans votre service ? qu'est-ce qui fonctionne mal ?).

➤ Ces questionnaires prennent la forme alternative de **questions à réponse binaire et de questions ouvertes ou semi-ouvertes.**

- *Les questions binaires* favorisent a priori les réponses objectives et permettent à l'auditeur de vérifier sur place que la réponse donnée est exacte. Elles ont donc été choisies quand les indicateurs identifiaient des points de contrôle précis, par exemple, l'existence d'un organigramme hiérarchique du service audité ou d'un règlement intérieur pour une instance.

- *Les questions ouvertes et semi-ouvertes* ont été utilisées dans deux perspectives. D'une part, elles ont permis d'ouvrir le questionnaire et de repérer les pratiques informelles. D'autre part, l'analyse des discours a permis aux auditeurs d'identifier les relations à l'intérieur des services que ce soit les clivages entre les acteurs (rôle de la hiérarchie, relations de pouvoir) ou l'état global de motivation afin de repérer les sources d'insatisfaction, moteurs ou freins aux changements ultérieurs.

## ◆ L'administration des QCI : la population-cible

D'une part, les auditeurs ont défini avec la Direction la liste des "experts" dans le domaine évalué. Ces experts sont, en général les cadres des services. En effet, l'ANAES propose une approche transversale et non sectorielle des différentes activités hospitalières. Le terme "*secteur d'activité*" est ainsi utilisé pour définir une "*entité regroupant des structures élémentaires qui concourent à un ou plusieurs objectif(s) commun(s)*". On a ainsi inclus dans la liste des personnes n'appartenant pas à la Direction du Personnel mais gérant un secteur d'activité de la GRH.

Par exemple : pour les conditions de travail et les instances représentatives du personnel non médical, les Directions de Groupement de chacun des sites.

D'autre part, les entretiens avec les experts ont permis de définir la liste des autres personnes et notamment :

- les agents des services pour déterminer le niveau d'application des procédures, l'existence d'éventuelles pratiques informelles ;
- les partenaires de la D.P.P.S, concourant avec elle à la gestion sociale de l'établissement, comme :
  - . la médecine du travail, sur les références relatives aux conditions de travail et au CHS-CT,
  - . les syndicats sur l'ensemble des références et l'état du dialogue social dans l'établissement.

## 2. Un bilan précis et chiffré : méthode de synthèse et de cotation

A ce niveau encore s'est posé le problème de l'articulation entre une procédure d'évaluation externe, qui aboutit à une cotation par rapport à la conformité à des critères, et une logique d'audit, qui cherche à révéler les dysfonctionnements des organisations et processus.

La première difficulté soulevée résidait dans l'articulation entre la structure du référentiel de l'ANAES, qui détermine le plan du bilan autour de critères et de références, et la richesse des informations révélées par l'audit. Il s'agissait donc de limiter la perte d'information et au contraire d'élargir au maximum les potentialités du référentiel.

En deuxième lieu, les auditeurs se sont penchés sur le problème de la cotation. Fallait-il conserver ce système d'appréciation chiffrée renvoyant à une logique de notation ? Le caractère pédagogique de l'outil a conduit à une réponse positive.

#### a. Un bilan synthétique qui repose sur l'analyse des forces et faiblesses.

Le croisement des entretiens et des documents écrits aboutit à un diagnostic formulé en termes de forces et faiblesses. Le plan de réponse est articulé autour de la structure du référentiel modifiée afin d'élargir au maximum le champ des conclusions.

- ◆ Pour chaque référence, les commentaires du bilan utilisent le plan du référentiel et portent sur :

- . les actions réalisées et en cours

Il s'agit ici de la description générale des politiques menées et des démarches d'amélioration déjà conduites sur le thème concerné.

- . les points forts

Ils constituent les bases du futur plan de progrès et méritent, en tant que tels, d'être soulignés au même titre que les points à améliorer.

- . les points à améliorer

On signale ici les dysfonctionnements, les défaillances, les non-conformités et plus généralement les problèmes soulevés lors de l'évaluation.

- . les éléments de mesure

On précise ici les indicateurs quantitatifs utilisés.

- ◆ Les références ne sont pas ensuite déclinées en critères, mais en analyse des problèmes révélés.

On a utilisé à cet effet la Feuille de Révélation et d'Analyse des Problèmes ou FRAP<sup>6</sup>.

La FRAP est un instrument de travail destiné à mettre en lumière les conséquences des faiblesses rencontrées plutôt qu'à les décrire. Elle repose sur le chaînage faits-causes-conséquences, reformulé en problème. Le mode d'emploi peut s'énoncer ainsi :

- l'auditeur recense les faits,
- il détermine les causes logiques et répétitives des faits,



- il recherche enfin les conséquences des causes.

Le problème, formulé seulement au terme de cette démarche, constitue le message que l'auditeur veut faire passer. La FRAP présente l'avantage de la cohérence et du pragmatisme : elle intéresse le lecteur au problème à la mesure des conséquences et non au vu de la simple accumulation de faits qui ne sont que la matérialisation du problème.

#### b. Des politiques évaluées : la cotation

Le guide de l'ANAES prévoit que l'équipe d'évaluation *apprécie "référence par référence, le niveau global de conformité (...) ce niveau étant établi en utilisant l'échelle d'appréciation et en argumentant à partir de l'ensemble des informations."*

Cette étape est une phase essentielle de la procédure d'accréditation. Elle apparaît moins évidente dans la perspective d'un audit. Dans le cas d'une auto-évaluation, cette appréciation critique est portée par des professionnels du secteur. On peut craindre que, dans le cadre d'un audit, elle n'apparaisse comme une sanction ou un jugement.

Le principe de cotation a cependant été conservé dans un objectif de *lisibilité* de la démarche. Elle comprend en effet un caractère pédagogique en permettant aux équipes de se situer les unes par rapport aux autres et par rapport à ce que l'ANAES attend d'elles. Elle permet également aux bénéficiaires extérieurs du rapport, et notamment la Direction Générale, d'appréhender aisément les forces et faiblesses du service.

Les auditeurs ont essayé de diminuer l'apparence de subjectivité de cette cotation en s'appuyant sur les règles d'appréciation définies par l'ANAES et en rappelant ces règles en ouverture du rapport.

---

<sup>6</sup> Cf références bibliographiques.

## CHAPITRE 2.

### Un outil qui réoriente la stratégie de la Direction

---

Toute la démarche d'évaluation a été orientée par les nécessités de la seconde phase de l'expérience : la définition d'un plan d'action. Les auditeurs ont joué un rôle d'orientation puis d'accompagnement de la prise de la décision. C'est cependant la Direction et les cadres responsables des différents services de la DPPS qui ont été les principaux acteurs de cette phase.

Se sont posées dans cette seconde étape les mêmes problématiques que dans le choix de la méthode d'évaluation :

⇒ Pour les auditeurs, comment guider au mieux la prise de décision au vu des forces et faiblesses révélées et trouver une formulation pertinente des recommandations ?

⇒ Pour la Direction, comment enclencher une dynamique de changement à long terme ? Quelle démarche retenir afin de favoriser l'implication des acteurs hospitaliers et garantir ainsi au mieux l'application des orientations ?

Surtout, une nouvelle question est apparue, qui ne pouvait émerger qu'au vu des résultats.

⇒ A quel niveau de décision ce type d'évaluation permet-il de se situer : stratégique (objectifs à moyen et long terme : deux à cinq ans) et/ou opérationnel (objectifs à court terme : un an ) ? On peut reformuler la problématique ainsi : les résultats obtenus après une évaluation sur la base du référentiel ANAES incluent-ils suffisamment d'éléments pour garantir une prise de décision optimale à ces différents niveaux de choix ?

## A. Les recommandations des auditeurs

Les actions d'amélioration, incluses dans le rapport d'évaluation, ont souvent été proposées par les audités eux-même. On peut ainsi sortir l'audit du "*mythe de la révélation*" qui consiste à croire que la mise en évidence des problèmes est la clé principale de leur résolution. Les dysfonctionnements ne sont pas nécessairement cachés et peuvent être très bien connus, tout comme leurs solutions. L'apport de l'audit réside surtout dans la mise en forme des problèmes, l'analyse des causes et des écarts par rapport au système de référence. Il a donc un "*effet miroir*" qui permet la réflexion des audités sur leurs propres limites.

Compte tenu des limites énoncées, l'équipe d'évaluation a tenté de guider la prise de décision en définissant plusieurs niveaux de recommandations et surtout en les priorisant.

### ◆ Des recommandations à trois niveaux :

- au niveau du problème, les recommandations sont formulées dans une optique plus opérationnelle (changement à court terme) ;
- au niveau de la référence, les recommandations sont formulées dans une perspective de changement à moyen terme ;
- au niveau du thème, la GRH, les recommandations font la synthèse des références dans une approche transversale.

### ◆ Des recommandations priorisées :

- au niveau du problème, selon l'analyse des causes,
- au niveau de la référence, selon l'analyse des risques.

## 1. Des recommandations à trois niveaux

Ces recommandations ont été établies à trois niveaux : l'analyse du problème, la référence, le thème GRH. Elles sont en général formulées sous la forme d'objectifs généraux.

En effet, l'évaluation n'est pas un conseil : il n'est pas dans sa fonction de rechercher des solutions organisationnelles complètes. Les recommandations sont donc *limitées dans leur nature*. Elles délimitent les secteurs à améliorer et se prononcent sur l'opportunité de certaines actions, mais elles ne se penchent pas sur leur faisabilité ni sur leur contenu précis sauf dysfonctionnements immédiatement résolubles.

### a. Au niveau de l'analyse du problème.

Au niveau du problème, les recommandations sont formulées dans une optique opérationnelle de changement à court terme. Elles comportent donc souvent un caractère technique et concernent les procédures en place, mais aussi le circuit d'information, les supports des procédures... Deux exemples sont données pages suivantes.

### b. Au niveau des références

Les auditeurs ont tenté de dégager à ce niveau des aspects plus stratégiques portant sur :

#### - l'orientation des différentes politiques :

. *exemple de la référence 6 (procédures d'accueil et d'intégration des nouveaux agents et stagiaires) page suivante.*

#### - l'organisation des services et structures :

. *exemple de la référence 5 (politique de recrutement) : nécessité d'une réflexion sur l'organisation des filières de recrutement,*

. *exemple de la référence 8 (politique de formation continue) : nécessité d'un rapprochement puis d'une fusion entre les deux cellules de formation continue au niveau budgétaire.*

## EXEMPLE DE FRAP

### POLITIQUE : Accueil des nouveaux agents

#### Problème identifié

Le personnel temporaire (CDD inférieur à 4 mois ou à visée non définitive) ne bénéficie pas d'un accueil satisfaisant.

#### Faits observés

Les renseignements dispensés et le temps d'accueil consacré au personnel temporaire varient considérablement d'un service à l'autre.

#### Causes

La prise en charge de ce personnel spécifique n'est pas formalisée :

1. Le personnel temporaire ne bénéficie pas de la journée d'accueil institutionnel.
2. Ce personnel bénéficie en théorie de la procédure d'entretien de proximité mais l'application rigoureuse de cette procédure ne peut être garantie, notamment en période estivale.

#### Conséquences

Risques pour l'établissement :  
- relatifs à la sécurité de l'agent,  
- relatifs à la sécurité du patient.

Ce risque nous semble accru pour les remplacements d'été, période de désorganisation relative du service.

Insatisfaction de l'agent quant aux renseignements pratiques dispensés

#### Fréquence du problème :

Très souvent

Régulièrement

Irrégulièrement

Pratiquement jamais

#### Gravité de la conséquence :

Très grave

Sévère

Peu de conséquences

Sans conséquence

#### Propositions d'amélioration

Il serait utile de mettre en place une information à destination du personnel temporaire sur les thèmes suivants :  
- à la sécurité,  
- à la vie quotidienne : renseignements pratiques.

Etant donné les difficultés matérielles d'organisation d'une journée d'accueil pour ce type de personnels, il a été évoqué au cours des entretiens la possibilité de délivrer une information écrite aux agents sur le modèle des documents diffusés aux nouveaux agents ( livret d'accueil) ou aux stagiaires (pochettes).

Ce document pourrait être distribué par le recruteur lors de l'entretien d'embauche, avec consigne de lecture, et servirait de support à la discussion au moment de la visite d'embauche par la médecine du travail.

### c. Au niveau du thème

Ces recommandations figurent parmi les plus importantes puisque ce sont elles qui doivent guider la définition d'une politique générale d'amélioration à moyen terme. D'une part, les auditeurs ont tenté de faire une synthèse des axes d'amélioration prioritaires émergeant des différentes références. D'autre part, les différents thèmes ont été recoupés afin de dégager les actions transversales, susceptibles d'améliorer la qualité de plusieurs secteurs d'activité.

#### Par exemple :

La restructuration de la formation continue touche à la fois la référence 8 (formation continue) et la référence 4 (gestion prévisionnelle des compétences). Elle constitue un axe majeur d'amélioration pour la DPPS.

## **2. Des recommandations priorisées**

Il a paru nécessaire de hiérarchiser les axes d'amélioration afin de faire émerger clairement les faiblesses présentant des risques importants pour la qualité de la gestion des ressources humaines.

### a. En fonction des risques pour les références

L'ANAES a supprimé dans les dernières versions du manuel d'accréditation le principe de hiérarchisation des critères qui les répartissait en critères *souhaitables* et *hautement souhaitables*. Pour prioriser leurs recommandations, les auditeurs n'ont pas souhaité reprendre ce système qui limite la portée de l'évaluation. En effet, si l'on considère que certains éléments relèvent d'une pratique essentielle, d'autres d'une bonne pratique, d'autres enfin d'une pratique souhaitable, on admet implicitement que les constats d'écart à la norme qu'on établit sont plus ou moins graves. Ceux relevant de la pratique souhaitable par exemple ne peuvent être érigés en priorité, ce qui peut avoir pour effet de désinciter le service concerné à s'engager dans un processus de correction.

Ils ont donc choisi de prioriser leurs propositions **selon le niveau de risque** présenté par le dysfonctionnement. L'analyse des risques est basée sur la méthode AMDEC (Analyse des Modes de Défaillance, de leurs Effets, et de leur Criticité).

Cette dernière définit des critères de quantification :

- **la fréquence d'apparition** : c'est la probabilité pour que la cause se produise et qu'elle entraîne le mode de défaillance concerné.
- **la gravité, ou sévérité** : on s'intéresse à la gravité des conséquences provoquées par le dysfonctionnement.

auxquels on affecte un indice en utilisant une échelle à quatre niveaux :

- **la fréquence d'apparition du problème** est classée en :
  - . très souvent,
  - . régulièrement,
  - . irrégulièrement,
  - . pratiquement jamais.
- **la gravité de la conséquence** est évaluée en :
  - . très grave,
  - . sévère,
  - . peu de conséquences,
  - . sans conséquences

Cette méthode présente l'avantage d'intéresser le lecteur par une approche originale, qui n'est plus axée sur l'écart avec une "bonne pratique" définie de manière externe, mais sur les conséquences des faiblesses de l'organisation et des procédures. Elle a donc un caractère concret et pragmatique qui facilite la prise de conscience des audités.

#### b. En fonction de l'analyse des causes pour les problèmes

Les recommandations formulées dans chaque FRAP n'ont pas fait l'objet d'une priorisation à proprement parler mais plutôt d'un ordonnancement des réponses aux différentes causes. Ainsi, les recommandations portent d'abord sur les procédures puis s'élargissent aux politiques en cause.



La responsabilité des évaluateurs s'est arrêtée à la formulation de recommandations. Ils n'ont pas pour mission de mettre en œuvre les actions correctives préconisées : la prise de décision appartient au service évalué. Cependant, ils ont joué un rôle d'accompagnement en présentant leurs conclusions à la Direction puis à l'ensemble de la DPPS afin d'éclairer leur choix.

## **B. La définition des objectifs individuels et collectifs**

La Direction a décidé de la méthode de prise de décision. Elle pouvait soit choisir seule les orientations à retenir, soit retenir un mode plus collectif de décision. La question était la même que pour le choix de la méthode d'évaluation : comment favoriser une réelle implication des acteurs hospitaliers et garantir ainsi au mieux l'application des orientations ?

Au final, ce sont les principes de transparence et de coopération qui ont été retenus. Le choix des orientations stratégiques et opérationnelles a fait l'objet d'une large concertation avec les cadres de la DPPS, la Direction se plaçant en position d'arbitrage.

### **1. La définition d'un plan d'action**

A partir de la formulation de ces recommandations, la Direction a décidé de mettre en place un plan d'action à moyen terme (2000-2003), planifiant les orientations pour la DPPS. Les orientations à retenir ont fait l'objet d'un débat interne collectif, qui a permis de définir les secteurs stratégiques devant faire prioritairement l'objet d'une action d'amélioration, puis des objectifs opérationnels.

C'est à ce niveau que s'est posée la question de la faisabilité des actions retenues : question du coût, de la motivation des acteurs et notamment des partenaires extérieurs... Cette définition collective a permis notamment d'étudier les difficultés relatives aux actions transversales, touchant plusieurs unités de la DPPS ou faisant appel à des partenaires extérieurs (notamment les syndicats et la médecine du travail).

### a. Une définition collective

Tous les objectifs à définir ont fait l'objet d'un débat collectif, qu'ils soient sectoriels ou transversaux. Cette démarche a permis d'établir un climat de transparence, les cadres ayant une vue claire des actions menées sur l'ensemble de la DPPS.

Le bilan de l'évaluation a d'abord été présenté à la Direction. Les évaluateurs ont particulièrement insisté sur les faiblesses qui leur semblaient comporter le plus de risques, en explicitant les raisons de leur choix.

Le rapport d'évaluation a ensuite été transmis à tous les cadres de la DPPS qui en ont pris connaissance, avant d'en débattre avec la Direction et les évaluateurs au cours d'une réunion collective.

### b. Les éléments du choix

Le débat a d'abord porté sur les orientations *stratégiques pour la DPPS*, c'est-à-dire devant faire l'objet d'un plan d'action à moyen terme (2000-2003). Elles ont été retenues pour leur transversalité, et/ou pour leur caractère d'urgence. Dans tous les cas, c'est l'analyse de leur impact sur le niveau global de qualité des prestations offertes par la DPPS qui a déterminé le choix. Les améliorations à apporter ont souvent porté sur l'organisation structurelle de la DPPS, ou sur la réorientation de certaines politiques.

Ces orientations stratégiques ont ensuite été déclinées en objectifs opérationnels pour la période 2000-2001. Il s'agissait donc de définir les moyens concrets à mettre en œuvre.

Ainsi, la création d'un centre de formation continue a été retenue comme prioritaire à moyen terme. Les objectifs pour la période 2000-2001 portaient sur le rapprochement des cellules de formation continue, la mise en œuvre d'un budget commun, l'uniformisation des procédures d'achat et d'évaluation, la définition d'objectifs commun de formation.

## **2. La définition d'objectifs individuels**

### **a. L'utilisation des entretiens d'évaluation.**

Les objectifs collectifs ainsi définis ont été déclinés en objectifs individuels lors des entretiens d'évaluation des cadres. Cette technique a permis à la Direction :

- de *planifier* au niveau de chaque unité d'activité de la DPPS les actions à mettre en œuvre à très court terme et les moyens à mettre en œuvre ;
- d'impliquer les cadres en *programmant un suivi* des actions correctives entreprises, évaluées lors de l'entretien annuel suivant.

### **b. Des objectifs multiples**

Les cadres ont été priés de réfléchir à leurs objectifs pour l'année suivante en fonction du rapport d'évaluation qui leur avait été communiqué et des objectifs définis lors de la réunion collective.

Ces objectifs ont portés sur :

- la déclinaison des objectifs collectifs en actions individuelles,
- la définition d'actions proprement sectorielles, qui n'avaient pas données lieu à un débat collectif, telle que l'amélioration des procédures (formalisation, renouvellement des supports techniques...), du circuit d'information.

## DEUXIEME PARTIE

### RESULTATS ET ENSEIGNEMENTS : UNE DEMARCHE COHERENTE ET TRANSPOSABLE

---

L'analyse des résultats révèle les possibilités et les limites de ce genre de démarche. Son succès peut être évalué par sa capacité à aider la prise de décision et donc à transformer réellement et durablement l'organisation. Le caractère inachevé de l'expérience menée au CHR ne permet qu'une évaluation provisoire quant à la nature, l'ampleur et la pérennité des changements induits.

On peut cependant en déduire que la préparation à l'accréditation représente un outil interne intéressant si on respecte certaines conditions méthodologiques et certaines applications.

1/ Elle constitue un bon outil de management mais un instrument d'aide à la décision à utiliser sous réserve.

2/ On ne peut transposer la démarche dans son intégralité à une structure ou à un champ plus large, sans quelques aménagements.

Cette partie essaye d'identifier les facteurs et conditions de réussite qui garantissent ces résultats. On peut définir chacun de ces termes ainsi :

- facteurs de changement : "*élément d'une situation donnée qui, du seul fait de son existence, ou par l'action qu'il exerce, entraîne ou produit un changement*".

La mise en place d'une méthodologie d'audit interne fondée sur l'évaluation-diagnostic et la définition de plans d'actions représente un facteur de changement.

- conditions de changement : "*éléments de la situation qui favorisent ou défavorisent, activent ou ralentissent, encouragent ou retardent l'influence d'un facteur ou de plusieurs facteurs de changements*".

On peut citer comme exemple l'attitude des agents face à l'audit, ou l'efficacité de la politique de communication.

# CHAPITRE 1.

## Des résultats globalement satisfaisants

---

Au terme de cette expérience, plusieurs constats s'imposent :

1. La valeur intrinsèque du référentiel n'est pas déterminante.

C'est le travail d'analyse des résultats et de mise en place d'un plan d'action qui a constitué l'étape essentielle de la démarche. Le référentiel d'accréditation paraît devoir trouver son crédit dans l'action et non dans une réflexion de "tour d'ivoire". Ce sont les expériences et les critiques du terrain qui lui donnent sa validité, car il ne s'agit pas à proprement parler d'une expertise.

2. Faire de la démarche d'accréditation un outil d'aide à la décision a permis d'impulser une démarche positive, valorisante et a encouragé l'innovation.

L'organisation a tiré un bénéfice de la démarche parce qu'elle a su en faire un projet stratégique. Les professionnels se sont mobilisés autour d'objectifs concrets de changements, autour d'un plan d'actions qui garantissait une certaine valorisation collective et individuelle.

## A. Un outil d'évaluation original qui peut être approfondi

Le référentiel de l'ANAES n'a qu'une importance relative dans le processus. Tel quel, il ne permet pas de réaliser une expertise proprement dite des différents secteurs d'activité. Son intérêt réside ailleurs, dans une approche originale et nouvelle des activités hospitalières.

L'une des conditions essentielles de réussite de la démarche réside dans le perfectionnement et l'évolution de cet outil. Plusieurs directions peuvent être envisagées : l'élargissement du champ du référentiel, son recentrage sur des fonctions simples et essentielles.

### **1. Un outil d'évaluation original d'un service administratif**

Le référentiel de l'ANAES est sous-tendu par une culture nouvelle qui fait du "*client*" le centre du dispositif. La qualité y est définie comme la conformité aux besoins réels de ce client. Cette conception est fortement inspirée de la culture nord-américaine et notamment du modèle hospitalier canadien. Si elle a été introduite dans l'administration française il y a déjà une dizaine d'années, elle commence seulement à avoir des conséquences concrètes sur le mode d'organisation et la culture des services.

L'évaluation de la DPPS a ainsi été l'occasion de repenser l'approche sectorielle classique.

#### **a. Une approche transversale de l'organisation des services**

◆ Le référentiel de l'ANAES privilégie une *approche transversale* des différents secteurs d'activité. Celle-ci repose sur une conception ouverte de l'hôpital dont chaque segment doit travailler en bonne intelligence avec les autres secteurs dans le cadre d'une relation clients/fournisseurs. Ce "*client*" peut être un autre secteur d'activité de l'établissement, l'usager, le personnel...

Ainsi, pour la GRH, cette approche a conduit à identifier plusieurs types de prestations de service :

- au sein de la D.P.P.S : entre le personnel d'un même service, entre le personnel de sites différents, entre le personnel de services différents.

Par exemple : - entre le service de la paye et le service de gestion des carrières.

- entre le service de gestion des carrières et la cellule de gestion des effectifs.

- entre la DPPS et ses partenaires internes au CHR : autres directions, syndicats, médecine du travail, cadres.

- entre la DPPS et le personnel.

◆ La qualité des processus est appréciée *du point de vue du client* au travers de trois questions fondamentales :

- stratégie : savez-vous à quels clients vous vous adressez en priorité et quels sont ses besoins spécifiques ?

- organisation : le parcours du client dans le service est-il géré (planifié, organisé, maîtrisé) ?

- évaluation : avez-vous les moyens de vous assurer de la satisfaction des besoins du client, de repérer les dysfonctionnements et d'améliorer les processus défectueux ?

## b. Le décloisonnement des services

◆ C'est dans cette approche que se situe le **principal apport de ce type de démarche**. Elle permet de contourner l'obstacle du cloisonnement entre services, qui vivent encore souvent en autarcie. L'évaluation sur la base du référentiel ANAES a permis de mettre à plat les relations entre les unités d'activité et d'identifier les principaux dysfonctionnements dans la gestion de ces relations. Or,

- D'une part ces faiblesses échappent souvent aux cadres et aux agents qui ont en général une vision plus claire des améliorations à apporter dans l'organisation et le fonctionnement interne de leur service.

- D'autre part, la coordination entre les différents services représente le point essentiel d'achoppement des procédures mises en place. Toute amélioration portée dans ce domaine produit un "effet-levier" : une seule action corrective se répercute positivement sur plusieurs services.

◆ Cette conception a eu des conséquences fortes lors de la définition du plan d'action. Beaucoup d'actions d'amélioration ont concerné les relations et les flux entre les services. La D.P.P.S a été incitée à mettre en place de nouveaux modes de fonctionnement, avec le développement **d'organisations par "programme"** : le terme "*programme*" recouvre une cible de clientèles ayant



des besoins communs nécessitant l'association d'un ensemble de spécialistes de différentes disciplines.

## **2. Une approche qui peut être élargie**

### **a. Les limites actuelles**

L'expérience menée par la DPPS a mis en évidence la difficulté de concilier le référentiel ANAES qui impose une logique de conformité à des standards minimaux de bonne pratique et une démarche d'audit interne qui doit révéler les dysfonctionnements réels de structure, de politique, de procédures. L'évaluation réalisée strictement à partir du référentiel de l'ANAES est limitée quant au type d'investigation et quant au niveau d'analyse proposés. Elle permet essentiellement de réaliser un audit de conformité et un audit des procédures.

### **❶ Un audit de conformité ?**

Le référentiel de l'ANAES permet le contrôle de la conformité de l'organisation à un certain nombre de règles et de procédures issues de la législation et des bonnes pratiques de management (audit de conformité).

- Il ne permet pas toujours d'évaluer la pertinence et l'opportunité des règles elles-mêmes (*audit d'efficacité*), c'est à dire la cohérence entre résultats et objectifs. Il faut nuancer cependant cette appréciation puisqu'il s'agit de règles d'excellence avec des critères facultatifs. L'établissement peut répondre différemment en justifiant de son choix.

- Il ne permet pas de vérifier systématiquement l'adéquation entre la politique du service et la stratégie de l'établissement (*audit de management*).

Par exemple, la qualité de la formation continue est appréciée au travers des critères suivants :

Référence 8 : La formation continue permet d'assurer l'amélioration du niveau de compétence des personnels.

Critère 8a. Identification des besoins du personnel

Critère 8b. Existence d'un plan de formation annuel répondant à ces besoins

*La cohérence institutionnelle de l'activité du service de formation ne pourrait être appréciée qu'à travers la vérification de l'adéquation du plan pluriannuel de formation avec le projet d'établissement.*

## **② Un audit des procédures**

Le référentiel porte essentiellement sur *les moyens* mis en œuvre par l'établissement pour répondre à ces objectifs de qualité. Ces moyens concernent essentiellement les procédures à mettre en place. Aucun critère ne porte sur les performances de l'organisation et de la structure.

### **b. Les conditions d'élargissement**

Plusieurs directions peuvent être envisagées :

- l'adaptation du référentiel aux réalités de l'établissement,
- le complément au référentiel en cas de champ non couvert ou d'aspect oublié.

## **① L'élargissement du champ d'application**

Son ampleur dépendra de la volonté de la Direction de généraliser l'évaluation à l'ensemble des composantes de la qualité.

◆ On peut envisager d'élargir le référentiel aux structures et systèmes d'organisation, qui conditionnent largement la capacité du système à fournir des prestations de qualité. C'est ainsi que les évaluateurs ont analysé pour chaque référence la forme organisationnelle adoptée par la DPPS (recrutement, formation continue, gestion administrative des carrières) et ses performances par rapport aux objectifs de l'ANAES.

◆ D'autre part, même si l'on a coutume, depuis Deming, d'affirmer que plus de 80% de dysfonctionnements tiennent aux procédures et aux structures, la responsabilité des personnes dans l'organisation n'est évidemment pas neutre. La DPPS a eu bien conscience *que l'audit des pratiques professionnelles* est le prolongement nécessaire de l'audit organisationnel. Cette direction doit cependant être envisagée avec prudence dans la mesure où elle transforme l'esprit dans lequel

l'accréditation est pratiquée. Il faut attendre, pour investir ce champ, que les conditions soient réunies, tant au niveau des mentalités (les professionnels sont-ils prêts à ce type d'évaluation) qu'au plan des moyens (dispose-t-on d'évaluateurs formés ?)

## ② La cohérence interne/externe : vers un audit de management ?

◆ Le contenu des missions des évaluateurs peut utilement s'enrichir d'une vérification de la conformité de l'activité des services aux grandes orientations fixées par la Direction Générale ou la DPPS. Cette nouvelle perspective offrirait l'avantage d'améliorer la visibilité de l'action des services et de proposer à la Direction des "signaux d'alarme" en cas d'écarts importants. Elle permettrait ainsi de mieux garantir la cohérence institutionnelle du futur plan d'action, en inscrivant une action proprement interne dans son environnement externe immédiat.

◆ L'audit ainsi entendu est un audit de management qui demande une connaissance précise non seulement des priorités de la Direction mais aussi de la nature et de l'évolution de l'activité des services. Ceci suppose que les indicateurs retenus intègrent non seulement les impératifs de la Direction (contenus notamment dans les différents projets institutionnels : projet d'établissement, projet social, projet médical...).

## B. Un outil de management intéressant à prolonger sur le long terme

La démarche initiée par la DPPS peut constituer un outil de management très intéressant. Comme tout outil d'évaluation, il permet une remise en cause des acquis et l'introduction d'une dynamique de changement. Par ailleurs, la spécificité de la démarche, qui fait de l'évaluation un outil d'aide à la décision, a permis de limiter les résistances au changement. Elle constitue ainsi un gain différentiel par rapport à une perspective classique d'audit ou à la démarche plus nouvelle de l'accréditation.

Comme dans tout processus d'introduction du changement dans une structure, l'implication des acteurs n'est pas qu'une simple affaire de formation et d'information. Mobiliser les professionnels sur un slogan aussi consensuel que l'amélioration de la qualité ne devrait se heurter à aucune difficulté majeure. Le processus d'implication des acteurs confrontés à une problématique de changement est beaucoup plus complexe.

Il faut se demander ce qui peut pousser les acteurs à intérioriser le double impératif posé par l'audit d'auto-évaluation et la mise en place d'actions correctives, dans un contexte de pénurie du personnel et de restructuration hospitalière.

L'expérience de la DPPS a mis en évidence le fait que les acteurs se positionnent à partir des perceptions qu'ils ont des enjeux, mais aussi des perspectives concrètes de leur propre devenir.

### **1. Un outil de mobilisation des ressources**

Toute démarche de changement suscite à la fois une mobilisation des acteurs et des résistances au changement. Les caractéristiques de la démarche initiée à la DPPS ont limité l'incidence des freins au changement. Cette adhésion des acteurs à la démarche s'explique par un triple facteur : - l'apport traditionnel d'un audit,

- l'apport plus nouveau de l'accréditation,
- l'apport spécifique du projet stratégique de la DPPS.

### a. L'apport traditionnel d'un audit

Tout processus d'évaluation entraîne une réaction positive au départ. Les sociologues décrivent sous le nom d'"*effet d'Hawthorne*" ce mécanisme qui explique l'adhésion des acteurs à une réorganisation par le fait que les promoteurs du changement mettent en avant l'amélioration des conditions de travail qui peut en être attendue<sup>7</sup>. Cette dynamique quasi-automatique de changement a pris une forme différente chez les agents et chez les cadres :

◆ **Les agents** n'ont pas été informés directement de la démarche d'où une certaine réserve au début. Cette méfiance initiale a été vite remplacée par un désir d'expression que les entretiens satisfaisaient. Les entretiens d'évaluation ont permis aux agents d'exprimer leur ressenti par rapport au fonctionnement (en termes d'organisation du travail et au plan relationnel) du service ou de faire connaître leurs attentes par rapport à l'institution.

◆ Les entretiens ont fait prendre conscience **aux cadres** des réajustements à effectuer au niveau de la gestion des services. Leur réaction a été en général positive et s'est traduite par des changements organisationnels incontestables dans les semaines qui ont précédé la visite ou les jours qui ont suivi la réalisation :

- Dès l'annonce de l'audit et la transmission des questionnaires, la plupart des cadres ont amélioré certaines procédures existantes de façon à répondre positivement aux questions prévisibles.
- A la suite de la visite, et sans attendre les résultats, plusieurs services ont développé et mis à jour les procédures, ou réajuster d'office certains défauts légers d'organisation.

### b. L'apport de la perspective d'accréditation

La perspective de l'accréditation a apporté un gain supplémentaire par rapport à cet apport classique.

◆ Les auditeurs ont constaté en général une *attitude d'intérêt bienveillant et une forte curiosité* par rapport à la démarche d'accréditation : objectifs, méthode, suites de la procédure. Les professionnels ont cependant été moins sensibles à l'argument de l'amélioration de la qualité qu'au caractère

---

<sup>7</sup> Cf références bibliographiques

impératif du cadre réglementaire. La satisfaction du besoin du client ne constitue pas encore une valeur de référence pour les services administratifs.



◆ D'autre part, on a pu assister à des rencontres entre les services, sur un thème commun, ainsi qu'on observait le décloisonnement des équipes, des métiers. Une forte dynamique collective s'est exprimée lors de ces rencontres portant sur des éléments transversaux.

### c. L'apport spécifique de la démarche

L'apport spécifique de la démarche a résidé dans le fait de faire de cette évaluation un outil d'aide à la décision.

◆ La Direction a fait de cette démarche un projet stratégique, orientant les situations de travail de chacun dans un avenir à court terme. En centrant leurs efforts sur des programmes d'action et de résolution de problèmes réels, les professionnels ont perçu très concrètement le gain qu'ils pouvaient en attendre à court terme (de un à trois ans).

◆ Cette caractéristique correspond à une attente très forte des cadres et des agents. La mise en oeuvre de la qualité se traduit concrètement pour les professionnels par un investissement en temps (diagnostic des pratiques professionnelles, élaboration de procédures, traitement des dysfonctionnements) dans un contexte quotidien marqué par la pénurie d'effectifs et la gestion dans l'urgence. La démarche a été perçue par certains cadres comme une tentative de leur en faire faire plus dans la gestion du quotidien sans que rien ne change dans le management global et la gestion des ressources

## **2. Les conditions de réussite de la mobilisation**

La mobilisation des acteurs a cependant été freinée par des phénomènes de résistance : phénomène classique de résistance au changement, ou rejet de la logique d'accréditation. Le processus de changement n'est ni mécanique, ni naturel, mais *construit* et *contingent* : il constitue un apprentissage à coopérer autrement.

La mobilisation des acteurs a d'autant plus de chances d'être instaurée que les organisateurs de la démarche sont aptes à tenir compte des réactions des professionnels. L'expérience menée par la DPPS a permis d'identifier les facteurs de freins et les conditions concrètes de succès.

#### a. Identification des facteurs de frein

Le succès de la démarche est adossé à une approche sociologique particulière dont l'objectif est de prendre en compte les caractéristiques particulières de l'organisation et du projet. Elle est consacrée à l'estimation des capacités de changement : elle vise à reconstituer le jeu des forces, des identités collectives, et des retournements stratégiques susceptible de s'affirmer tout au long du projet. La réussite du changement repose sur l'aptitude des pilotes du projet à adapter leur méthode en fonction des réactions suscitées par leur action, leur capacité à évaluer les incidences de leur action et à assurer un suivi efficace de leur projet en accompagnant les acteurs.

Deux types de freins au changement ont été identifiés :

- des résistances liées au processus de changement,
- des résistances liées à la procédure d'accréditation.

#### **❶ Des résistances liées au processus de changement**

Les positions de rejet ou de passivité rencontrées sont en général suscitées par des craintes identiques : inquiétudes quant à la charge de travail supplémentaire, incertitudes quant à l'utilisation des résultats. Les réactions individuelles ont cependant été différentes selon qu'il s'agisse des cadres ou des agents.

◆ **Pour les agents**, les principales réserves ont porté sur l'utilisation des propos tenus au cours de l'entretien. Ils étaient également réticents à dévoiler les modes de fonctionnement informels que l'on retrouve dans toutes les unités de travail : il s'agit souvent de la transgression d'une procédure pour résoudre le problème plus rapidement, ou simplement pour pouvoir fonctionner. L'audit représentait le risque de *rupture d'un équilibre* dans le fonctionnement des services.

◆ **Les cadres** ont été placés dans une situation délicate et ambiguë puisqu'ils étaient à la fois les partenaires privilégiés des auditeurs et la catégorie la plus exposée aux résultats de l'évaluation. Les

principales craintes ont porté sur l'exploitation des résultats et notamment la possibilité que les cadres soient rendus personnellement responsables des dysfonctionnements.

L'évaluation représente une prise de risques. Il s'agit de mettre à plat son fonctionnement, c'est-à-dire se rendre plus évaluable, et donc plus vulnérable. Beaucoup de cadres ont craint d'être personnellement tenus pour responsables de la qualité dans leur service et donc mis en cause en cas de dysfonctionnements graves. Cette crainte s'est manifestée par une forte demande d'information tout au long du processus d'évaluation quant à la méthode et à l'exploitation des résultats.

## ② Des résistances liées à la procédure d'accréditation

Le caractère obligatoire et externe de l'accréditation a donné parfois l'impression d'une procédure imposée par en haut, et a entraîné de fortes résistances au changement :

- soit un rejet de la logique de conformité.

Certains cadres ont manifesté une grande réticence à se soumettre à des règles externes dans lesquelles ils ne se reconnaissent pas forcément. L'évaluation a touché là à un trait culturel important : le professionnalisme est associé chez les cadres à la responsabilité individuelle et à la prise de décision autonome.

- soit une attitude de passivité.

Les auditeurs ont constaté une certaine déresponsabilisation chez certains cadres qui s'est traduite par une attitude attentiste par rapport aux résultats.

- soit une position de "bon élève".

Certains cadres n'ont pas saisi la logique propre de l'accréditation, qui réside dans une amélioration continue de la qualité et ont recherché une conformité stricte au référentiel. Ils ont accordé une grande importance à la cotation.



## b Identification des facteurs de réussite.

◆ Les conditions traditionnelles de réussite en matière de conduite du changement ont été largement évoquées dans plusieurs référentiels sociologiques. Dans *L'entreprise en mouvement*, B.Grouard et F.Meston indiquent ainsi quelques uns des critères déterminants de qualité du changement entrepris, en les classant en huit étapes successives<sup>8</sup>. Hervé Leteurtre, dans son ouvrage sur la qualité hospitalière, s'inspire de ces travaux et en propose une lecture avec des éclairages spécifiques aux établissements hospitaliers. Il précise notamment *que "si une ou plusieurs de ces étapes est ou sont négligée(s), le risque est grand d'échec total ou partiel du changement souhaité."*

### **Les huit exigences de toute démarche de changement organisationnel**

(source : H.Leteurtre et I.Patrelle, *La qualité hospitalière*, p.80)

Définir clairement l'objectif ou les objectifs du changement souhaité



Valider l'utilité du changement et la pertinence du changement choisi



Définir le plan de projet



Obtenir l'adhésion ou la non-opposition des différents acteurs de l'organisation



Structurer l'équipe d'accompagnement du changement



Rassurer, associer, former et gratifier les différents acteurs



Communiquer en permanence sur les différentes étapes du changement



Prendre en compte les manifestations individuelles et collectives en cours de changement

◆ L'expérience de la DPPS a permis d'identifier les conditions concrètes de succès relatifs à cette démarche particulière. Nous retiendrons trois éléments qui nous ont paru déterminants dans la réussite du projet : l'information des professionnels et leur valorisation.

---

<sup>8</sup> cf bibliographie

## ❶ L'information des acteurs

### ◆ Le contenu de l'information

Tous les services ont manifesté une forte demande d'explication par rapport à la perspective d'accréditation et par rapport à la démarche en cours. Communiquer sur l'enjeu d'amélioration de la qualité ne suffit pas. Réussir la mobilisation passe par une réflexion sur les axes suivants :

Informé de l'impact des changements sur les situations de travail et les pratiques professionnelles :

- quels gains pour chaque acteur ?
- quelles pertes, quelles contraintes et donc quelles contreparties envisageables ?

Il s'agit de donner aux professionnels une visibilité de l'évolution de la structure et de leur propre avenir en terme d'emploi et de situation de travail.

### Clarifier le non-négociable

La Direction doit afficher clairement ses objectifs et préciser les suites qu'elle compte donner à la démarche. La transparence quant à l'utilisation des résultats est fondamentale pour permettre aux acteurs de se situer.

### ◆ La forme de la communication

Il est important que l'information touche tous les professionnels, cadres comme agents. La réussite de la "communication en cascade" retenue par la DPPS est conditionnée par la diffusion de l'information aux agents par les cadres. Elle est donc fortement corrélée avec la qualité de la vie collective du service. La communication mise en place par la DPPS n'a touché que partiellement les cibles potentielles, selon le degré de répercussion par le cadre. On pourrait privilégier une approche plus directe.

## ② Valoriser les acteurs

L'implication des acteurs repose, au-delà de la stratégie de mobilisation initiale, sur les incitations à agir en terme de valorisation collective des résultats et de gratification individuelle. Toute structure intéressée par la démarche de la DPPS, et plus généralement par l'accréditation, aura à réfléchir à cette question, puisque la procédure française d'accréditation ne prévoit aucun moyen d'intéressement.

### ◆ Adopter une attitude non coercitive et non culpabilisante

L'évaluation ne doit pas être entendue par les cadres comme une inspection comportant sanction. Il s'agit notamment d'éviter l'impression d'une mise en cause personnelle qui menacerait la légitimité du cadre au sein de son service. La démarche doit être replacée dans sa perspective réelle : une étape d'un processus continu d'amélioration de la qualité, une aide à l'inventaire des problèmes et au monitoring des actions correctives.

Plusieurs facteurs ont joué en ce sens dans la démarche adoptée par la D.P.P.S :

- l'engagement de la Direction sur l'utilisation des résultats :  
La Direction a délivré tout au long de l'audit, un message rassurant qui garantissait que les résultats ne seraient pas utilisés pour évaluer les performances des cadres.
- l'explication de la méthode et des résultats :
  - . L'équipe d'évaluation s'est particulièrement attachée à éviter toute mise en cause personnelle au moment de l'entretien. Elle a notamment rappelé le principe de confidentialité des propos aux agents et aux cadres.
  - . La formulation des rapports a fait l'objet d'un grand soin. Il était important que les propos restent mesurés et formulés dans des termes n'entraînant pas l'idée de sanction. L'utilisation du vocabulaire de l'ANAES, vocabulaire neutre, technique et commun à tous les hôpitaux, a permis de dédramatiser l'évaluation.
- le caractère contradictoire de la procédure :  
La possibilité de compléter les observations des auditeurs a particulièrement compté pour les cadres. L'ensemble des responsables audités ont retourné les feuilles de relevés d'observation en y apportant commentaires ou réserves.

#### ◆ **Garantir une gratification collective**

Les cadres de la DPPS n'ont adhéré à l'action d'évaluation que dans la mesure où ils ont perçu son utilité sociale et le gain qu'elle apportait à la structure ( et donc indirectement à leur propre situation de travail). Cette perception positive a été obtenue grâce à un engagement clair de la Direction sur la réalité de l'utilisation des résultats et sur l'engagement des moyens nécessaires aux actions de correction retenues. Cet engagement était bien entendu compris sous réserve des contraintes budgétaires et structurelles s'imposant à la structure.

#### ◆ **Valoriser la participation individuelle**

- L'utilisation de la procédure d'évaluation a sans aucun doute largement contribué à mobiliser les cadres. Les recommandations des auditeurs et les orientations retenues pour le plan d'action ont servi de base pour déterminer les objectifs individuels sur lesquels chaque cadre serait évalué l'année suivante. Cette démarche a incité le plus grand nombre à s'engager fortement dans une action de changement.

- A long terme, l'établissement doit dépasser l'aspect ponctuel de l'audit pour aller vers un processus itératif d'évaluation. A cet égard, l'utilisation d'audits récurrents garantit un suivi réel de la démarche. Ils doivent permettre de se rendre compte à périodicité définie de l'effort d'amélioration du fonctionnement et de l'organisation du service. Les auditeurs, en s'appuyant sur les points faibles et les indicateurs définis lors du premier audit, vont évaluer l'écart entre la nouvelle organisation et les prescriptions de l'audit initial.

Cette évaluation comporte plusieurs objectifs. Elle doit permettre de stimuler les équipes à engager des plans d'action, tout autant que révéler les difficultés rencontrées par les agents pour se mettre en conformité avec l'audit. Il s'agit de comprendre :

- les difficultés individuelles,
- les obstacles concrets à l'introduction du changement dans la structure : moyens financiers mis à disposition, organisation défectueuse,

La réflexion doit également porter sur les normes elles-mêmes, dont les acteurs de terrain auront expérimenté le réalisme et l'intérêt.

L'audit récurrent est donc au total un moyen nécessaire pour renouveler les incitations au changement et par ailleurs, identifier les contraintes et les difficultés qui s'opposent à cette dynamique de correction des dysfonctionnements.

## CHAPITRE 2 .

# Une procédure difficilement applicable uniformément

---

L'intérêt et la possibilité de transposer cette démarche dépendent de plusieurs paramètres :

- Les résultats de l'expérience laissent-ils présager un surplus de reconnaissance pour le service, qui plaiderait en faveur de la transposition de la démarche dans d'autres services ou établissements ?
- A quelles conditions et selon quelle méthodologie un autre service peut-il s'engager dans ce type de démarche ?

### A. Opportunité de transposer cette démarche

L'intérêt de transposer cette démarche dépend du gain différentiel que peuvent en attendre les acteurs par rapport à une démarche classique de pré-accréditation que ce soit en interne ou en externe.

#### **1. Les conditions de valorisation interne de la démarche**

##### Une situation interne de changement

La démarche de la DPPS s'est inscrite dans un contexte de mutation institutionnelle et d'anticipation sur une crise à plus ou moins long terme. La Direction a pu ainsi présenter des propositions de changement à effet immédiat concernant notamment leurs méthodes de travail, et leurs systèmes de

gestion et d'information. Il n'est bien sûr pas nécessaire que les établissements connaissent une situation de crise ou de remise en question profonde pour transposer cette démarche. Force est de constater cependant qu'il est plus facile d'introduire les modifications profondes induites par cette réforme dans des établissements ou des services où chacun est conscient des risques en terme de pérennité, plutôt que ceux où l'avenir paraît assuré.

## **2. Les conditions de valorisation externe de la démarche**

La valeur de l'expérience repose sur la possibilité de l'inscrire dans un contexte institutionnel global et à assurer ainsi une plus grande cohérence entre les besoins internes de la structure et les contraintes externes qui s'imposent à elles : accréditation et projet d'établissement.

### **a. Rapidité et succès de l'engagement dans le processus d'accréditation**

Tous les travaux portant sur l'accréditation confirment l'importance de la "préparation psychologique" des agents aux techniques d'accréditation et la nécessité d'une période consacrée à cet objectif au sein des établissements<sup>9</sup>. La démarche menée à la DPPS est à cet égard un vecteur privilégié d'assimilation par les agents de cette logique. Il constitue à la fois un outil de "dédramatisation" de la démarche d'accréditation (aspect psychologique) autant que de responsabilisation des agents .

- ◆ L'application de la méthode d'accréditation *a familiarisé les acteurs hospitaliers avec les principes de l'assurance-qualité*. Les valeurs retenues ont été différentes selon qu'ils s'agissent des cadres et des agents.

. Les agents se sont particulièrement appropriés la notion de formalisation des procédures, qui fonde les normes ISO et les démarches de certification : écrire les procédures garantissant la fiabilité des prestations, pratiquer en conformité avec ces procédures, prouver la conformité des actes à ces procédures par des traces écrites.

. Les cadres étaient déjà largement acquis à ces principes. Ils se sont montrés plus sensibles à la notion de planification et de maîtrise du parcours du "client", qui apportait une vision nouvelle et

transversale de leur activité.

◆ Par ailleurs, la DPPS s'est engagée dans une démarche plus ambitieuse qui dépasse le "plancher" exigé actuellement par l'ANAES. La réussite de l'expérience est subordonnée à la capacité des professionnels à démontrer non seulement qu'ils seront prêts avant beaucoup d'autres à s'engager dans le processus d'accréditation, mais en plus que la qualité de leur organisation se situe au-delà des normes requises par l'ANAES.

#### b. Utilisation dans le processus d'allocation des ressources

L'intérêt de la démarche doit être jugé également par rapport à l'utilisation qui peut en être faite dans le processus d'allocation des ressources. Cette démarche peut aboutir à développer la qualité des relations entre :

- le service et la Direction Générale (DG),
- l'établissement et l'Agence Régionale d'Hospitalisation (ARH).

◆ Cette expérience ne saurait demeurer sans incidence sur le processus *de distribution budgétaire* par la Direction Générale pour le service, par l'ARH pour l'établissement. Dans cette perspective d'allocation des ressources, il appartient au service de valoriser sa démarche, en montrant qu'il constitue une entité fiable et dynamique, en en faisant valoir la qualité de ses prestations.

◆ Elle peut également permettre aux professionnels d'orienter en leur faveur les différents projets institutionnels dans lesquels s'inscrit le service. Destinataire du rapport d'évaluation, la hiérarchie (ARH ou DG) ne sera probablement ni insensible, ni indifférente aux résultats qui lui seront transmis par les services. L'audit lui servira d'indicateur précieux des zones de faiblesse que le projet d'établissement devra s'employer à combler. Ainsi, la DPPS s'est servi du rapport d'audit dans les discussions sur les orientations du futur projet d'établissement ou projet social. Elle a assuré ainsi la cohérence interne/externe de son action en *la remplaçant dans la culture institutionnelle*.

---

<sup>9</sup> cf références bibliographiques





## B. Les conditions de transposition de cette démarche

### ◆ Transfert de savoir ou conversion ?

D'un strict point de vue théorique, on peut se demander si le changement visé par un outil donné (ici la préparation à l'accréditation) peut faire l'objet d'un simple transfert de savoir ou s'il nécessite un véritable apprentissage. En d'autres termes, si on fait l'hypothèse que la démarche a des effets bénéfiques sur la DPPS, peut-on être sûr que son implantation dans d'autres structures comparables aboutira aux mêmes résultats ? Doit-on penser au contraire que toute organisation hospitalière devra procéder à son propre apprentissage en fonction de ses contraintes et objectifs propres ?

C'est très schématiquement le débat qui oppose les théoriciens fonctionnalistes de l'adaptation et ceux de l'apprentissage collectif (Crozier et Friedberg, Argyris et Schon, Burns et Flam). Le changement suppose dans cette perspective une opération de conversion qui, pour contraignante qu'elle soit, garantit le succès et la pérennité de la démarche.

### ◆ Principaux paramètres à prendre en compte

Il s'agit, en fait, d'autant moins de reproduire à l'identique la démarche initiée à la DPPS qu'elle se caractérise par la prise en compte de contraintes spécifiques à un moment donné :

- son objet : un service administratif,
- son champ d'application limitée à une Direction.

Les possibilités et les conditions de transposition ont été testées lors de la mise en place de la démarche de pré-accréditation au CHR. La Direction de la Programmation et de l'Evaluation, chargée de la qualité, s'est en effet appuyée sur l'expérience de la DPPS pour définir sa méthode .

Deux observations principales peuvent être retenues :

- Il semble difficile de transposer cette démarche dans une perspective autre qu'institutionnelle.
- Une application progressive soutenue par une structure relais semble à privilégier.

## **1. Une démarche de niveau institutionnel**

Dans la réalité de l'action, l'expérience ne prend un sens qu'au travers de l'institution dans son ensemble. C'est certainement l'échelon le plus concerné compte tenu de l'implication nécessaire de ses responsables en termes d'impulsion, de coordination, et de l'impact produit sur leur mode de management. C'est aussi la nécessité de prendre en compte les inter-relations et les dépendances réciproques entre les différentes unités de responsabilité.

### **a. Au niveau du management**

◆ Le phénomène de transversalité et d'interfaces caractéristiques du référentiel ANAES est encore plus présent pour les références qui concernent les services cliniques et médico-techniques : organisation du parcours du patient, dossier médical...

- Il sera difficile, voire impossible, de mettre en place un plan d'action purement interne à un service de soins, sans assurer un minimum de coordination avec les services prestataires ou clients : sites techniques (laboratoire, imagerie, bloc opératoire...), service des admissions, autres services de soins. Si les services n'ont pas les moyens d'évaluer les dysfonctionnements transversaux et de prendre des décisions en conséquence, ils vont se trouver très vite limités à des problèmes très superficiels de formalisation des procédures.
- L'essaimage éventuel de ce type d'actions dans tout l'établissement pose également le problème à terme de la cohérence institutionnelle.

◆ Cette coordination relève clairement de l'institution qui dispose de la légitimité nécessaire. Dans l'expérience de la DPPS, c'est l'engagement de la direction qui a permis d'impulser les échanges entre les équipes. Elle a été fortement sollicitée sur des arbitrages multiples (une démarche de ce type est souvent l'occasion de prendre une série de décisions jusque là retardées). Sa vigilance et sa disponibilité se sont avérées essentielles.

## b. Au niveau de l'engagement des moyens

Les contraintes liées à la taille sont décisives. Il semble très difficile de reproduire une stratégie d'évaluation comparable à celle menée à la DPPS avec les moyens d'une petite structure ou d'un seul service. D'une part, l'élaboration d'indicateurs et la clarification des référentiels exigent une *formation initiale* des auditeurs à la démarche qualité. D'autre part, la méthode choisie s'est avérée très lourde et consommatrice en moyens.

- ◆ La charge de travail des auditeurs est liée à trois facteurs :
  - le *travail de construction des indicateurs de processus et de résultats*, qui nécessite un temps de préparation important,
  - *l'administration des questionnaires* : le temps moyen d'entretien par personne s'est élevé à environ 2 heures 1/2 pendant lesquelles l'agent ou le cadre référent n'ont pu exercer normalement leur activité,
  - *l'exploitation des résultats en volume et en qualité*.
  
- ◆ Elle risque d'être sensiblement alourdie avec l'application de la méthode à un service clinique :
  - le *domaine administratif* se prête plus facilement à la définition d'indicateurs, en ce sens qu'il est possible d'établir pour chaque étape de l'activité des normes à respecter. Il est plus difficile de décrire l'ensemble des étapes qui jalonnent la prise en charge du patient, de son arrivée à sa sortie du service.
  - l'importance de *l'organisation informelle* est particulièrement nette dans les services de soins et alourdit la démarche.
  
- ◆ Cette démarche entraîne donc automatiquement une ponction assez lourde des services, et notamment au niveau des cadres choisis comme auditeurs. D'autres choix méthodologiques peuvent être envisagés, mais ils ne garantissent plus les résultats obtenus par la DPPS :
  - l'étalement du calendrier de l'évaluation, mais ce choix présente d'autres risques, et notamment :
    - . la possibilité d'une démobilisation du service évalué face à la lenteur des résultats,
    - . l'émergence de résistances plus fortes au changement avec l'épuisement de l'effet initial de l'audit.
  - l'élaboration d'indicateurs de résultats et de processus moins précis : on risque alors de tomber dans une évaluation plus superficielle.

## **2. Une application progressive et coordonnée.**

La méthode choisie par le CHR nous semble résoudre un certain nombre de ces contradictions. L'idée repose sur l'application progressive de ce type d'outils à l'ensemble de l'établissement, en structurant la démarche autour d'une Direction de la Qualité, et en formant des cadres relais. Il s'agit en fait d'inscrire la démarche dans un projet stratégique global et coordonné.

### **a. Un projet global**

La recherche de la cohérence institutionnelle de la généralisation de la démarche doit aboutir à se poser les questions suivantes :

- l'application doit-elle être générale ou progressive ?
- quel peut être le mode d'exploitation des résultats (nature et auteur de la décision) ?

### **❶ Un tri sélectif des secteurs à auditer**

L'application simultanée de cette démarche à l'ensemble des services semble difficilement concevable.

◆ Certes, une application générale présente l'avantage d'impulser une direction claire et énergique. Elle place les services dans une position partielle d'aveuglement, qui ne permet aux acteurs ni d'organiser la résistance au changement, ni d'anticiper sur les réactions des autres participants au projet. Cependant, compte tenu de la **charge de travail** représentée par un audit, celui-ci doit rester sélectif et favoriser la meilleure allocation possible des ressources d'évaluation disponibles.

◆ Le CHR a organisé ce tri en fonction des risques, de la nature de l'activité mais aussi de la motivation des services.

- La méthode d'analyse des risques conçue en Angleterre par le National Health Service (NHS) semble dans cette optique un bon moyen de déterminer les domaines à auditer en priorité<sup>10</sup>. L'analyse des risques consiste à apprécier le niveau de risques auquel est sujette une organisation. Pour ce faire, un certain nombre de critères sont retenus :

---

<sup>10</sup> cf références bibliographiques

- . la valeur et le volume des transactions et activités,
- . l'image extérieure de l'hôpital : quelles sont les repercussions en terme d'image de tel dysfonctionnement à l'extérieur de l'établissement ?
- . les évolutions récentes ou à venir du système/activité : il s'agit de prendre en compte les évolutions récentes du système ou de les anticiper.

Des scores sont ensuite appliqués à chacun de ces critères, qui sont alors pondérés en fonction de leur importance. Les activités font l'objet d'une évaluation cyclique avec une périodicité différente selon la qualification de l'activité :

- . une activité "*fondamentale*" sera auditée tous les ans, et tous les points de contrôle seront revus,
- . une activité "*signifiante*" sera auditée tous les ans, mais uniquement sur certains aspects,
- . une activité "*moyenne*" sera auditée une fois au cours d'un plan audit à trois ans,
- . une activité d'audit "*basse*" sera auditée une fois au cours d'un plan quinquennal.

La prise en compte de cette méthode permettrait aux établissements d'alléger la charge de travail et de l'échelonner dans le temps, en consacrant plus d'attention aux secteurs jugés stratégiques et présentant un risque plus élevé.

- La nature de l'activité est également décisive. Elle détermine le niveau de standardisation et la facilité à élaborer des indicateurs normatifs performants, selon :
  - . *le système technique en œuvre*. Plus la répétitivité des opérations est grande et plus le savoir est immédiatement mobilisable, plus il est facile d'allouer le travail de manière précise. Le travail d'audit peut alors être menée de manière systématique. Plus l'activité est spécialisée, plus le savoir est complexe et difficile à mobiliser.
  - . *l'importance de l'organisation informelle*. Si cette organisation n'est pas forcément plus importante en volume dans les services de soins que dans les autres secteurs d'activité d'un hôpital, elle correspond dans les services cliniques à l'expression d'une solidarité. Liée à la pénibilité des tâches, elle semble plus difficile à remettre en cause.
 S'organise ainsi un double clivage : services cliniques/autres secteurs, activités spécialisées/activités généralistes.
- Enfin, il semble particulièrement nécessaire de se baser sur le volontariat de certains services afin de préserver la dynamique d'ensemble. Ce volontariat implique cependant une obligation

d'engagement minimum dans la démarche pour tous les services prestataires ; : c'est le cas par exemple des sites techniques par rapport aux services de soins.

## ② L'utilisation des résultats

Elle n'a pas été définie au CHR. Deux éléments doivent être examinées :

### - le mode d'exploitation des résultats :

Il s'agit de définir les liens entre les résultats obtenus et les différents projets planifiant les objectifs et les moyens au sein de l'établissement : projets de service, projet d'établissement, projet social...

### - le mode décisionnel :

Il nous paraît nécessaire de préserver un élément essentiel de la démarche de la DPPS : la définition collective, au niveau des services, d'un plan d'actions. La pré-accréditation serait alors autant un moyen de délégation des responsabilités qu'un instrument d'évaluation. Les orientations stratégiques ne peuvent cependant revenir qu'à la Direction Générale.

## b. Un projet coordonné

### ① La mise en place d'une équipe structurée

L'expérience de la DPPS a mis en valeur la contradiction entre la faiblesse des moyens humains et matériels accordés et les exigences de la méthode. Généraliser la démarche à tout un établissement suppose de faire reposer l'action sur une équipe structurée, formée et complète et non sur l'action d'un seul acteur.

#### ◆ Une équipe structurée

Cette expérience confirme très clairement ce qui a déjà pu être observé dans d'autres établissements, à savoir que le processus d'accréditation implique un minimum de coordination institutionnelle. Dès lors, et suivant la taille de l'établissement, il paraît relativement inéluctable qu'une nouvelle catégorie de direction apparaisse. Son rôle sera d'animer la démarche, d'apporter

des méthodes de travail, de faire circuler l'information, de formaliser et de suivre la mise en œuvre des plans d'action.

◆ Une équipe complète

Cette Direction ne peut à elle seule assumer le travail d'évaluation. Le CHR a mis en place plusieurs équipes d'auditeurs-visiteurs, équipes pluridisciplinaires chargées d'effectuer le travail d'évaluation en lien avec la DPPS.

② **La mise en place de relais**

Le CHR a choisi une modalité originale de diffusion du savoir qualité : les programmes de formation qualité. La Direction de la Programmation et de L'Evaluation s'est donnée pour objectif de former le plus grand nombre de cadres possibles et de favoriser la création puis l'essaimage des outils qualité dans l'établissement. L'originalité de la démarche repose :

- en premier lieu, sur le projet de "formation en cascade" des cadres à la qualité : deux groupes de *"formateurs-qualité"* recevront une formation à la qualité par la Direction avant de *dispenser à leur tour chacun un enseignement à des groupes de "correspondants-qualité"*.
- en second lieu sur le contenu des formations qualité, qui alterneront les phases théoriques (sensibilisation aux enjeux, à l'historique de la qualité, aux définitions) et les phases d'expérimentation sur le terrain.

La Direction de la Qualité espère ainsi favoriser la diffusion de la méthodologie à tout l'établissement, en faisant le pari que les professionnels progressivement formés à la qualité pourront s'approprier la démarche et servir, à terme, de relais de la démarche qualité impulsée dans tout l'établissement.

Au total, la mise en place d'une stratégie de changement assise sur l'audit repose donc autant à l'hôpital sur la constitution d'une équipe performante que sur la capacité à adapter en permanence la méthode aux contraintes de l'environnement et de la structure organisationnelle et à s'assurer du soutien durable de la Direction Générale.



# CONCLUSION

Il est encore trop tôt pour dresser un bilan définitif d'une expérience dont le succès reste largement conditionné par l'aptitude de la D.P.P.S à prendre le relais de l'évaluation sur le moyen terme. On peut cependant d'ores et déjà affirmer que cette démarche est particulièrement innovante, à la fois par les outils auxquels elle a eu recours, et par sa dimension organisationnelle qui a inscrit l'expérience dans une approche systémique et transversale.

A l'issue de ce mémoire, on a assisté à une réorientation de la problématique. La légitimité et l'intérêt de la démarche ne semble plus en question. Placer l'accréditation au cœur du discours institutionnel permet d'impulser une démarche positive, valorisante et qui encourage l'innovation. Les organisations qui tirent bénéfice de la démarche qualité sont celles qui en font *un projet stratégique*, piloté par une direction très impliquée.

D'autre part, *la problématique du référentiel et de sa valeur intrinsèque n'est pas déterminante*, alors que le travail de réflexion interne sur les résultats et les actions à mettre en œuvre constitue une étape essentielle. Il faut privilégier les étapes d'expérimentation et de communication large auprès des professionnels sur les résultats de ces premiers tests pour en tirer des enseignements pratiques. Le référentiel d'accréditation paraît en effet devoir trouver son crédit dans l'action et non dans une réflexion de "tour d'ivoire". Ce sont l'expérience et les critiques du terrain qui lui donnent sa validité, car il ne s'agit pas à proprement parler d'une expertise. Les pilotes de la démarche auront intérêt à privilégier un référentiel simple centré sur des fonctions essentielles à assurer, en relation avec des problèmes posés ou des risques importants susceptibles de se réaliser. Ils doivent cibler leurs efforts sur des programmes d'action et de résolution de problèmes réels, à partir de données chiffrées, plutôt que sur des constructions bureaucratiques et de formalisation systématique de leurs processus.

La véritable problématique repose plutôt sur le choix de l'échelon optimal de décision. Cette démarche renvoie en effet à une contradiction entre échelon local et échelon institutionnel qui sous-tend toute la perspective d'accréditation. La dynamique de changement ne peut être créée que par

une décentralisation au niveau du service. Mais la coordination nécessaire ne peut être gagée qu'au niveau institutionnel. Comment éviter la multiplicité des centres de décision, qui aboutirait à une action désordonnée des services, inefficace à court terme et nuisible à long terme à l'établissement, tout en ne tombant pas dans le piège d'une centralisation excessive, qui entraînerait la déresponsabilisation des professionnels et donc la superficialité du changement.

Cependant, le but de ce mémoire n'était pas de proposer une solution complète et intégralement transposable aux établissements désireux de se saisir de l'accréditation. Il s'agissait surtout d'éclairer le lecteur sur les multiples utilisations possibles d'un outil qui a probablement vocation à évoluer.

On ne peut, en dernière analyse, que souligner que la première étape décisive pour toute démarche de ce type est celle consacrée à la définition des objectifs du changement. Les établissements désireux de s'engager dans cette logique doivent identifier au préalable les progrès qu'ils comptent faire à l'occasion de cette pré-accréditation. Ils pourront après seulement se poser la question des moyens et de la méthode, en s'inspirant éventuellement de l'expérience de la DPPS, et en la reproduisant non à l'identique, mais en tenant compte des spécificités de chaque établissement.

# REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1 - Y. DERENNE. Les expériences françaises d'accréditation sont intéressantes. *Gestions Hospitalières*. Mars 1998, N° 374, p. 194-198
- 2 - ANAES. Préparer et conduire votre démarche d'accréditation. Un guide pratique. Juin 1999, p. 20.
- 3 - *ibid* p. 22
- 4 - *ibid*
- 5 - *ibid* p. 11
- 6 - O. LEMANT. La force des FRAP. *Revue française de l'audit interne*. Janvier-février 1986, N° 78.
- 7 - P. BERNOUX. *Sociologie des organisations. Points Essais*. 1985, p. 73.
- 8 - B. GROUARD, F. MESTON. *L'entreprise en mouvement*. Dunod. 1993, 327 p.
- 9 - *L'accréditation en action*. *Gestions Hospitalières*. Mars 1998, N° 374, p. 174-229
- 10 - R. HEMAIDA. A practical model to audit risk assessment in a health-care setting. *Managerial Auditing Journal*. 1995, p 37-41.

# BIBLIOGRAPHIE

## Ouvrages

DURIEUX P. Evaluation, qualité, sécurité dans le domaine de la santé ; Guide des principaux termes. Paris. Ed. Flammarion. Coll. Médecine-Sciences. 1997, 137 p.

FOURCADE A. et coll. Coordination DURIEUX P. La démarche d'accréditation dans un établissement de santé. Les guides de l'AP-HP. Doin Editeur. 1997, 163 p.

LETEURTRE H. L'accréditation hospitalière, Gestion et Services de soins. Berger-Levrault. - 12<sup>ème</sup> édition, 1997

RAVALEC JP. L'audit social et juridique. Ed. Monchrestien. 1986, 128 p.

VATIER R. Audit de la gestion sociale. Edition d'organisation. 1998, 250 p.

## Revues

BLOCH-LAINE J.M. Dossier : l'accréditation : au service de qui ? Union Sociale. 1999, 12 p.

BRUN. ROUSSEAU. Les enjeux de l'accréditation. Information psychiatrique. 1999, 3 p.

CHABRUN ROBERT C. L'accréditation des établissements de santé. Le concours médical. 1998, vol. 120.

FORCIOLI P. La gestion sociale et l'accréditation. Soins. 1998, Vol. 630, p 49-52.

ISRAEL Marc. Quelle place pour l'intérim dans la GRH. Hospitalisation privée. 1999, Vol. 346, p 527-541

MOREAU C. L'hôpital à l'heure de l'accréditation. Monitor hospitalier. 1998.

NOEL P. L'accréditation : quelle place et quel sens dans la culture anglo-saxonne ? Information psychiatrique. 1999, Vol. 2, p.145-149

PECHOUX G. 2001 : l'accréditation. Revue soins. 1991, vol. 635, p. 50-53

PRADEAU S. Qu'est-ce que les ARH feront de l'accréditation. Gestion hospitalière. 1999, vol. 382, p. 11-15.

# LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 : Référentiel Gestion des Ressources Humaines de l'ANAES

Annexe 2 : Outils de l'audit

Annexe 3 : Glossaire