



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Directeur des soins

Promotion 2002

**ETRE DIRECTEUR DES SOINS
ET
EXPERT-VISITEUR :**

UNE PLUS VALUE POUR L'ETABLISSEMENT ?

DREYER Véronique

S o m m a i r e

LISTE DES SIGLES UTILISES	3
INTRODUCTION	4
PREMIERE PARTIE : LE CADRE DE REFERENCE	5
1 - L'ACCREDITATION DES ETABLISSEMENTS DE SANTE	6
1.1 Le contexte français	6
1.2 Nature et contenu de l'accréditation	7
1.3 Concept d'évaluation	9
1.3.1 Evaluation spontanée	9
1.3.2 Evaluation prescrite	10
1.3.3 Evaluation construite	10
1.4 Concept de qualité.....	11
1.5 L'expert-visiteur (EV).....	12
1.5.1 Mission, rôle et obligations de l'expert-visiteur.....	12
1.5.2 Profil	13
1.5.3 Sélection et formation	14
2 - LA FONCTION DE DIRECTEUR DES SOINS (DS)	15
2.1 Missions et rôles.....	15
2.2 Profil	16
2.3 Sélection et formation	16
2.4 Concept de compétence	17
3 - LE CONCEPT DE REPRESENTATION.....	18
3.1 Le réel.....	18
3.2 L'imaginaire	18
3.3 Le symbolique	19
4 - PROBLEMATIQUE.....	20
5 - LES HYPOTHESES.....	21
DEUXIEME PARTIE : LE TRAVAIL DE RECHERCHE.....	22
1 - METHODOLOGIE	22
1.1 Fonction et origine des personnes interrogées	22
1.2 Recueil de données.....	23
1.3 Profil des experts-visiteurs interrogés	23

2 - RESULTATS DE L'ENQUETE	24
2.1 Les représentations du rôle et des missions du directeur des soins.....	24
2.1.1 Au niveau des directeurs des soins.....	24
2.1.2 Au niveau des directeurs d'établissement	29
2.1.3 Commentaires.....	32
2.2 Les représentations du rôle et des missions d'expert-visiteur	35
2.2.1 Au niveau des directeurs des soins.....	35
2.2.2 Au niveau des directeurs d'établissement	36
2.2.3 Commentaires.....	37
2.3 Les représentations sur les compétences requises.....	38
TROISIEME PARTIE : DISCUSSION ET SYNTHESE.....	42
1 - LIMITES DU TRAVAIL PRESENTE	42
2 - CONFRONTATIONS DES RESULTATS.....	42
2.1 A l'hypothèse de recherche n°1.....	42
2.2 A l'hypothèse de recherche n°2.....	44
2.3 A l'hypothèse de recherche n°3.....	46
3 - EXERCICE DE LA DOUBLE COMPETENCE.....	48
3.1 Limites entre les fonctions de directeur des soins et d'expert-visiteur	50
3.1.1 La gestion du temps.....	50
3.1.2 Place et rôle du DS/EV dans la politique qualité de l'établissement...	51
3.2 Reconnaissance des missions d'expert-visiteur.....	53
3.3 Valorisation professionnelle et personnelle du directeur des soins	54
3.4 Plus value pour l'établissement.....	54
4 - SYNTHESE ET PROPOSITIONS.....	56
4.1 Au niveau institutionnel.....	56
4.2 Au niveau de l'ANAES	58
CONCLUSION	58
<i>BIBLIOGRAPHIE</i>.....	
<i>ANNEXES</i>.....	

Liste des sigles utilisés

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

CH : Centre Hospitalier

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CH PSY : Centre Hospitalier Psychiatrique

CI : Cadres Infirmiers

CIS : Cadres Infirmiers Supérieurs

DE : Directeur d'établissement

DS : Directeur des Soins

DSSI : Directeur du Service de Soins Infirmiers

DS/EV : Directeur des Soins et Expert-Visiteur

ES : Etablissement de santé

EV : Expert-Visiteur

IDE : Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat

IFCS : Institut de Formation des Cadres de Santé

IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmiers

IG : Infirmier Général

PSPH : Participant au Service Public Hospitalier

I N T R O D U C T I O N

En cette période de montée en charge dans le cadre de la mise en œuvre de la procédure d'accréditation des établissements de santé, l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) lance régulièrement des appels à candidature pour la sélection d'experts visiteurs.

Les cadres paramédicaux infirmiers et de rééducation sont largement concernés et l'on note depuis 1998 la présence de plus en plus nombreuse de directeurs des soins (ex-infirmiers généraux et ex-directeurs de service de soins infirmiers) au sein des équipes d'experts visiteurs (45 en 2001, sur 148 cadres et cadres supérieurs de santé) soit près d'1/3 des soignants (30,41%).

L'ANAES n'ayant pas fait le choix volontaire de recruter spécifiquement les candidats dans cette proportion, nous pouvons nous demander ce qui pousse cette catégorie socioprofessionnelle à s'investir aussi massivement dans cette nouvelle mission et quels en sont les bénéfices espérés ou attendus tant sur le plan personnel que professionnel.

Le développement de cette double compétence, encore relativement récente, semble être pour les directeurs des soins et pour les directeurs d'établissement qui les emploient, une opportunité à saisir ou à développer.

Aussi pour tenter de répondre à cette question, nous aborderons dans la première partie le contexte de l'accréditation et les concepts qui la sous-tendent.

Puis nous nous attacherons dans la deuxième partie à comprendre les visions et perceptions qu'ont les directeurs des soins et les directeurs d'établissement de ces missions et rôles.

Ensuite nous analyserons ces représentations afin d'en distinguer les convergences et les divergences, et en mesurer les écarts.

Enfin nous aborderons dans la troisième partie le problème de la reconnaissance et de la valorisation de ces fonctions, ainsi que la plus value qui peut en être attendue à titre personnel et au niveau de l'établissement.

PREMIERE PARTIE : LE CADRE DE REFERENCE

Dans les années 80, la responsabilisation des établissements de santé et de leurs acteurs devient une préoccupation croissante du gouvernement et des tutelles, avec en corollaire la nécessité de l'évaluation des pratiques.

Les établissements hospitaliers en particulier, sont directement concernés par ces mesures nouvelles, car il leur est reproché une certaine opacité de fonctionnement et une non maîtrise des dépenses de santé, à tendance plutôt inflationniste.

C'est ainsi que la volonté politique, relayée par la pression médiatique, concourt à améliorer la transparence et l'efficacité des structures du système sanitaire français.

Les expériences étrangères, notamment anglo-saxonnes et nord-américaines, confortées par les recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), menées dans le domaine de l'amélioration continue de la qualité des soins, montrent qu'il est possible de rationaliser les moyens en assurant de meilleurs résultats en terme de santé, au meilleur coût, avec de moindres risques, et une meilleure satisfaction des usagers.

Ainsi s'est imposée peu à peu une culture de la qualité et de l'évaluation, qui s'est concrétisée du fait du législateur, par la **loi n°91-738 du 31 juillet 1991** portant réforme hospitalière.

Celle ci est renforcée dans son aspect politique générale d'évaluation des soins et des pratiques professionnelles, par **l'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996**, qui crée l'organisme chargé de mettre en œuvre la procédure d'accréditation et d'évaluation des établissements de santé : l'ANAES.

L'accréditation constitue donc une donnée récente pour les établissements de santé, notamment dans le domaine du management des organisations.

C'est dans ce contexte qu'apparaît pour la première fois le terme d'expert-visiteur.

Aussi afin de situer clairement l'objet de ce travail, nous allons aborder la notion d'accréditation qui le détermine.

1 - L'ACCREDITATION DES ETABLISSEMENTS DE SANTE

1.1 LE CONTEXTE FRANÇAIS

La loi du 31 juillet 1991 portant diverses mesures d'ordre social, stipule dans l'article 30 que :
« *L'organisation des soins et le fonctionnement médical des établissements publics de santé autre que les hôpitaux locaux, font l'objet d'une évaluation à l'issue d'un délai de cinq ans* ».

Ce périmètre d'intervention a été élargi par l'ordonnance du 24 avril 1996, et actuellement sont concernés tous les établissements de santé au sens juridique du terme, ainsi que les groupements de coopération sanitaire entre établissements de santé et les réseaux de soins. Pour l'instant les activités médico-sociales, même lorsque celles-ci s'exercent au sein d'un établissement de santé, en sont exclues.

Les activités d'enseignement et de recherche n'entrent pas non plus dans le champ de l'accréditation.

Cette démarche **obligatoire** d'évaluation a pour objectif :

- L'appréciation de la qualité et la sécurité des soins,
- L'appréciation de la capacité des établissements de santé à améliorer de façon continue la qualité des soins et la prise en charge globale du patient,
- La formulation de recommandations explicites,
- L'implication des professionnels à tous les stades de la démarche qualité,
- La reconnaissance externe de la qualité des soins dans les établissements de santé,
- L'amélioration continue de la confiance du public.*¹

« *Ainsi les résultats de l'accréditation seraient susceptibles de fournir des éléments utiles pour apprécier et comparer la qualité des prestations offertes* ». ²

¹ ANAES, Manuel d'Accréditation des établissements de santé, Direction de l'accréditation, Février 1999

² DUPUY O, Les premiers résultats de la procédure d'accréditation : confirmation de l'absence de sanction directe et mise en évidence de disparités des systèmes de qualité et de sécurité , La gazette de l'hôpital, décembre 2001, n°35

Toutefois cette procédure se distingue d'autres démarches existantes, et n'est pas :

- Une démarche de planification,
- Une procédure d'autorisation,
- Une allocation de ressources,
- Une inspection et un contrôle de conformité,
- Une évaluation des compétences individuelles,
- Une certification.

Néanmoins, tous les établissements de santé étant dans l'obligation de satisfaire aux normes de sécurité réglementaire, nous pouvons souligner qu'il existe une complémentarité entre le mode et le champ d'intervention de l'ANAES et celui relevant de l'état.

En effet lors des visites d'accréditation, les experts-visiteurs doivent s'assurer que chaque établissement de santé dispose des procédures internes et/ou externes permettant la prise en compte des observations ou recommandations issues des contrôles à caractère réglementaire.

1.2 NATURE ET CONTENU DE L'ACCREDITATION

L'accréditation est une procédure d'évaluation externe à un établissement de santé public ou privé, visant à assurer l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins.

Elle s'applique aux activités des établissements de santé qui participent directement et indirectement à la prise en charge du patient.

Elle est effectuée par des professionnels indépendants de l'établissement et des organismes de tutelle, et concerne plus de 3000 établissements en France.

Cette procédure, conduite par l'ANAES, vise à porter une appréciation indépendante sur la qualité d'un établissement ou, le cas échéant, d'un ou plusieurs services ou activités d'un établissement, à l'aide d'indicateurs, de critères et de référentiels portant sur les procédures, les bonnes pratiques cliniques et les résultats des différents services et activités de l'établissement.

Elle est engagée sur l'initiative de l'établissement de santé dans un délai de cinq ans à compter de la date de publication de l'ordonnance du 24 avril 1996,

(Article L 710-5 du code de la santé publique).

A l'heure actuelle tous les établissements de santé se sont engagés dans la procédure.

Les étapes de la procédure se décomposent en plusieurs temps :

1) La demande d'engagement par l'établissement de santé auprès de l'ANAES

Celle-ci s'effectue à la demande du représentant légal de l'établissement après consultation préalable des instances consultatives et délibératives de l'établissement.

2) L'entrée dans la procédure

À l'issue de l'examen par l'ANAES de la demande d'engagement, un échange s'établit entre l'établissement de santé et l'ANAES, conduisant à une proposition de contrat d'accréditation.

À la signature du contrat, l'ANAES transmet à l'établissement tous les documents d'analyse (référentiels, supports, pédagogiques, grilles de recueil) nécessaires à la phase d'autoévaluation.

3) L'autoévaluation

C'est l'étape essentielle de la procédure d'accréditation, qui permet à l'ensemble des professionnels de l'établissement d'effectuer sa propre évaluation de la qualité en regard des référentiels. À l'issue de la phase d'autoévaluation, les résultats sont communiqués par l'établissement à l'ANAES selon une forme prédéterminée.

4) La visite d'accréditation

Elle est effectuée par une équipe multidisciplinaire d'experts-visiteurs susceptibles d'intervenir dans tout type d'établissement. La composition de l'équipe et la durée de la visite sont fixées par l'ANAES en regard de la taille et des activités de l'établissement.

Toutefois, il figure toujours au moins un professionnel exerçant ou ayant exercé dans le même type d'établissement.

À l'issue de la visite, un rapport des experts est établi à partir des résultats de l'autoévaluation et des informations collectées pendant la visite.

5) La conclusion de la procédure

Le rapport des experts est transmis au collège de l'accréditation qui décide après son examen, si l'établissement a satisfait à la procédure d'accréditation.

Le rapport définitif appelé rapport d'accréditation, est alors formulé et comporte pour chaque établissement, des appréciations personnalisées.

6) La communication des résultats

Le rapport d'accréditation est transmis à l'établissement de santé et à l'Agence Régionale d'Hospitalisation (ARH).

Une possibilité de contestation est ouverte à l'établissement dans un délai d'un mois après réception du rapport d'accréditation et peut donner lieu à une deuxième délibération du collège.*³

Un compte rendu d'accréditation est remis à l'établissement de santé et peut être consulté par le public sur le site Internet de l'ANAES (<http://www.anaes.fr>).

A l'issue de la procédure d'accréditation et en l'absence de modalités particulières de suivi, un intervalle de 5 ans est admis avant que n'intervienne une nouvelle procédure d'accréditation.

1.3 CONCEPT D'EVALUATION

Comme nous venons de le voir, la procédure mise en place dans les établissements de santé développe les notions d'évaluation et d'autoévaluation.

C'est « *toujours un enjeu social, car il s'est constitué un système producteur d'évaluation* ».*⁴

C'est pourquoi nous allons maintenant aborder le concept d'évaluation qui les sous-tend.

De toutes les définitions existantes, celle présentée ici : « *Démarche visant à mesurer les résultats d'une action* »*⁵, semble être la plus appropriée au contexte de l'étude.

Michel BERNARD pour sa part, distingue trois types d'évaluation: « *l'évaluation spontanée, l'évaluation prescrite et l'évaluation construite* ».*⁶

1.3.1 Evaluation spontanée

C'est celle qui relève de la trajectoire individuelle.

Elle s'apparente plutôt à une auto-évaluation personnelle et permet la remise en cause de pratiques personnelles et professionnelles.

Elle consiste par exemple à tester ses connaissances par l'intermédiaire de réponses à des jeux ou questionnaires divers.

³ ANAES, Manuel d'Accréditation des établissements de santé, Direction de l'accréditation, Février 1999

⁴ LECOINTE M, Les enjeux de l'évaluation, L'Harmattan, Paris, 1997

⁵ GRAWITZ M, Lexique des sciences sociales, 6e édition, Dalloz, Paris, 1994

⁶ LOSCHI A, Mémoire, La formation professionnelle continue un investissement à optimiser, Rennes, ENSP, 1999

1.3.2 Evaluation prescrite

C'est celle qui est imposée, obligatoire et donc subie, souvent « négativée », car renvoie à un jugement de valeur sous jacent.

L'entretien d'évaluation en vue de la notation, dans la fonction publique hospitalière, en est une illustration assez marquante.

Il en est de même pour la phase d'autoévaluation dans la procédure d'accréditation, qui si elle n'est pas explicitée, accompagnée et « dédramatisée » auprès des personnels, peut être ressentie comme telle car elle est incontournable.

1.3.3 Evaluation construite

C'est celle qui se veut incitative et pédagogique, et peut être perçue comme outil de changement, de développement, d'amélioration.

Cette notion d'évaluation est celle qui prévaut dans la démarche d'accréditation initiée par l'ANAES.

« Il convient cependant de préciser qu'aucune évaluation n'est possible sans la constitution de référentiels, d'objectifs formulés de manière pertinente et opératoire ».^{*7}

Dans cette optique, *« des référentiels ont été élaborés et structurés sur la base de références elles-mêmes déclinées en critères ».*^{*8}

Cette démarche quoique contraignante mais rigoureuse, permet à l'ensemble des professionnels d'effectuer sa propre évaluation des pratiques et des organisations, en regard des référentiels existants.

Ce système d'évaluation basé notamment sur la mesure des écarts entre les pratiques professionnelles et la norme, permet de déboucher sur la mise en place d'actions correctives ou propositions d'amélioration.

Dans ce sens *« évaluer c'est analyser les procédures à mettre en place pour répondre aux besoins des clients internes et externes à l'organisation, refuser de rafistoler l'existant sans toucher les structures de base, proposer une reconfiguration de l'organisation, inventer de nouvelles façons de faire son métier ».*^{*9}

⁷ LE BOTERF G, Comment investir en formation, Les Editions d'Organisation, Paris, 1989

⁸ ANAES, Manuel d'Accréditation des établissements de santé, Direction de l'accréditation, Février 1999

⁹ CLAVERANNE J.P, Evaluation et services de santé, Actes du premier colloque des élèves et anciens élèves de l'IUP Santé de Lyon, Juin 1996

C'est la dynamique ainsi engagée qui est appréciée dans le processus d'évaluation des établissements de santé.

C'est pourquoi elle concerne l'ensemble des procédures des systèmes de soins et fait référence au concept qualité qui en est indissociable.

1.4 CONCEPT DE QUALITE

Issu du monde industriel à la fin du 19^e siècle, la qualité a envahi peu à peu tous les domaines professionnels.

Dans les années 60 il s'agissait de tendre vers le zéro défaut, le zéro stock, le zéro délai sans pour autant augmenter les coûts.

Par la suite, la recherche de la satisfaction du client (*usager*), oblige à s'orienter vers une meilleure utilisation des ressources (humaines notamment) et des savoirs-faire.

Cette démarche se structure peu à peu et intègre la notion de normes et de standards à respecter, incluant des seuils d'acceptabilité ou tolérance.

La définition officielle de la qualité par l'International Standard Organisation (**ISO**) est la suivante :

« *La Qualité c'est l'ensemble des propriétés et caractéristiques d'un produit, processus ou service qui lui confère son **aptitude à satisfaire des besoins exprimés ou implicites*** ».

Elle se décompose en trois niveaux :

- ❖ *Prévention* (c'est-à-dire intervenir avant l'apparition de problèmes),
- ❖ *Maîtrise des processus* (pour arriver au résultat escompté),
- ❖ *Amélioration continue* (car une norme ou un standard n'est pas une référence définitive et doit pouvoir évoluer).^{*10}

Le **management de la qualité** intègre donc les notions d'**évaluation**, de changement, de rationalité des coûts, de développement des **compétences**, d'optimisation des ressources, d'anticipation, de planification et de satisfaction de l'**usager**.

Les enjeux sont multiples :

¹⁰ TEBOUL J, La dynamique de la qualité, Les éditions de l'organisation, Paris, 1990

- Amélioration des prestations fournies,
- Réduction des dysfonctionnements,
- Amélioration des relations dans l'entreprise,
- Amélioration de l'image de marque,
- Intégration dans une démarche globale de management de l'entreprise.

Ce concept de démarche qualité, est apparu en France il y a une dizaine d'années environ dans les établissements de santé.

L'adaptation de ces principes d'amélioration continue de la qualité et le développement d'une démarche institutionnelle, se sont concrétisés par l'accréditation.

1.5 L'EXPERT-VISITEUR (EV)

L'expert-visiteur se trouve être « l'instrument » qui permet à l'ANAES d'apprécier cette dynamique d'amélioration continue de la qualité au sein des établissements de santé visités.

1.5.1 Mission, rôle et obligations de l'expert-visiteur

Ses attributions sont définies par l'ANAES, car l'expert-visiteur doit agir en parfait accord avec l'Agence et partager la philosophie des démarches qualité et de l'accréditation.

La mission principale d'évaluation, se structure autour d'axes pivots que sont:

- La place centrale du patient au ~~cor~~ cœur de l'établissement de santé et du réseau de soins,
- L'amélioration de la sécurité des soins, qui repose notamment sur la prévention des risques,
- L'amélioration continue de la qualité, qui est le reflet d'une démarche dynamique et volontariste impliquant les personnels de l'établissement,
- L'engagement de l'établissement dans une politique qualité s'inscrivant sur le long terme.

L'expert-visiteur est chargé d'assurer les visites d'accréditation dans tout type d'établissement de santé, en équipe multicatégorielle d'au moins trois membres, dont un médecin, un professionnel paramédical, un gestionnaire.

« Il doit à l'occasion des visites dans les établissements de santé mettre en évidence les points forts et aider à l'émergence des pistes d'amélioration ».^{*11}

Il est garant de l'objectivité de la procédure et assure la cohérence de la mise en œuvre de celle-ci entre tous les établissements de santé.

Il ne peut consacrer plus d'un tiers de son activité professionnelle à la mission confiée par l'ANAES et doit adhérer à la charte de l'expert-visiteur à l'accréditation qui définit les conditions d'exercice de la mission.

Il signe un engagement de participation, pour 6 visites minimum sur deux ans, à l'issue de la sélection.

Il est tenu au secret professionnel.

1.5.2 Profil

L'expert-visiteur est un professionnel exerçant depuis plus de trois ans dans un établissement de santé public ou privé, réseau de soins ainsi que groupements de coopération sanitaire ou, ayant exercé dans les trois années précédant l'appel à candidature **(Article R. 7106-3 du code de la santé publique)**

Il doit justifier d'une expérience professionnelle d'au moins dix ans.

Un parcours professionnel diversifié est largement souhaité, ainsi que l'expérience de conduite de projets d'amélioration continue de la qualité et une implication marquée dans des fonctions à caractère transversal.

Il peut être :

- Gestionnaire d'établissement de santé,
- Médecin clinicien de spécialité médicale ou chirurgicale,
- Cadre paramédical infirmier, de rééducation ou médico-technique,
- Responsable qualité, biologiste, pharmacien, ingénieur.

Il doit solliciter l'accord du directeur de l'établissement où il exerce son activité salariée.

¹¹ ANAES, Manuel d'Accréditation des établissements de santé, Direction de l'accréditation, Février 1999

Les professionnels médicaux doivent en outre demander l'avis du président de la Commission Médicale d'Etablissement (CME) pour présenter leur candidature.

1.5.3 Sélection et formation

La sélection des experts-visiteurs s'effectue suite à un appel à candidature paraissant au journal officiel, et se déroule en quatre temps sous l'égide d'un comité de pilotage.

Des qualités personnelles et professionnelles sont requises pour l'exercice de cette mission.

L'ANAES demande notamment aux candidats de :

- Faire preuve d'un sens des responsabilités, notamment en démontrant la capacité à se positionner dans cette nouvelle mission,
- Présenter un sens affirmé des relations sociales (sens de l'écoute, capacité de communication),
- Démontrer leur impartialité, leur sens de la rigueur et un esprit de synthèse,
- Respecter les règles de confidentialité et de discrétion.

A l'issue de la sélection par l'ANAES, celle-ci assure la formation initiale des experts-visiteurs leur permettant de conduire les visites d'accréditation selon une méthodologie homogène et objective, ainsi que le maintien du niveau de compétences par un programme annuel de formation continue.

Au sein de chaque équipe d'experts visiteurs, l'un d'entre eux est désigné par l'ANAES pour remplir la fonction de **coordonnateur**.

- ❖ Il a un rôle d'animation, de régulation et de coordination durant la visite,
- ❖ Il coordonne la rédaction du rapport des experts,
- ❖ Il assure l'interface entre la visite et l'examen du rapport des experts par le collège de l'accréditation.¹²

Actuellement près de 500 experts-visiteurs ont été formés.

D'ici 2006, l'ANAES prévoit un vivier de 600 à 800 experts-visiteurs.

▪ ¹² ANAES, Manuel d'Accréditation des établissements de santé, Direction de l'accréditation, février 1999

2 - LA FONCTION DE DIRECTEUR DES SOINS (DS)

Appelé à remplir la mission d'expert-visiteur, le directeur des soins s'inscrit parfaitement de par ses caractéristiques professionnelles, dans le profil de candidat recherché par l'ANAES.

2.1 MISSIONS ET ROLES

Tous les DS rencontrés dans le cadre de cette enquête, ayant pris leurs fonctions avant la parution du décret d'avril 2002, c'est volontairement que nous allons nous référer au décret qu'ils connaissent et citent régulièrement dans leurs propos, c'est-à-dire celui de 1989.

Le **décret n° 89-758 du 18 octobre 1989**, portant statut particulier des infirmiers généraux (IG), dont le directeur du service de soins infirmiers (DSSI) est issu, **modifié par le décret n°94-904 du 18 octobre 1994**, définit les attributions de ce corps professionnel.

Le directeur du service de soins infirmiers est membre de l'équipe de direction et président de la commission du service de soins infirmiers de l'établissement.

Il est chargé de :

- Coordonner l'organisation et la mise en œuvre des soins infirmiers et d'assurer l'animation, l'encadrement, et la gestion du service de soins infirmiers,
- Participer, sous l'autorité du chef d'établissement et en liaison avec le corps médical et les autres corps d'encadrement concernés, à la conception, à l'organisation et à l'évolution des services médicaux,
- Participer également à la gestion des personnels infirmiers, aide-soignants et agents des services hospitaliers dont ils proposent l'affectation, et de contribuer à l'élaboration et à l'application des programmes de formation des personnels de service de soins infirmiers,
- Contribuer à la définition d'une politique d'amélioration de la qualité des soins, au développement de la recherche dans le domaine des soins infirmiers et à l'évaluation de ces soins,
- Rendre compte du fonctionnement du service de soins infirmiers dans un rapport annuel d'activité remis au chef d'établissement.

Selon la taille de l'établissement, des IG peuvent assister ou suppléer le DSSI.

2.2 PROFIL

Jusqu'en avril 2002, le directeur du service de soins infirmiers de la fonction publique hospitalière, était issu de la filière infirmière **uniquement**, et portait ce titre ou celui d'IG, selon son grade et le poste qu'il occupait dans l'établissement qui l'employait.

Depuis la promulgation du **décret n° 2002-550 du 19 avril 2002**, qui crée un nouveau corps professionnel appelé Directeur des Soins (DS), l'élargissement de ces fonctions s'étend aux cadres issus des filières de rééducation ou médico-technique.

Leurs attributions ont été étendues à l'ensemble des activités de soins de l'établissement.

Lorsque plusieurs directeurs des soins sont employés dans un établissement public de santé, l'un d'entre eux exerce les fonctions de coordination générale des activités de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.

Il est toujours membre de l'équipe de direction et dispose par délégation du chef d'établissement de l'autorité **hiérarchique** sur l'ensemble des cadres de santé.

2.3 SELECTION ET FORMATION

Il est recruté à la suite d'un concours sur épreuves, organisé au niveau national par arrêté du ministre chargé de la santé.

Il doit justifier d'au moins dix ans d'expérience professionnelle et avoir exercé des fonctions d'encadrement pendant au moins cinq ans.

En outre il doit suivre un cycle de formation de neuf mois effectué à l'Ecole Nationale de la Santé Publique.

Il exerce majoritairement ses fonctions dans les établissements de santé publics ou quelquefois privés.

Dans un souci de compréhension mutuelle, le sujet de l'étude se limite pour l'heure à l'ancienne appellation « IG et directeur du service de soins infirmiers » que nous dénommerons sans les différencier directeur des soins (DS).

Comme il paraît difficile d'évoquer des profils de professionnels sans que cela ne se réfère à des compétences sous jacentes, présentes ou à développer, nous allons maintenant aborder ce concept.

2.4 CONCEPT DE COMPETENCE

Son apparition il y a une vingtaine d'années dans la littérature managériale, s'est depuis largement répandu dans toutes les institutions y compris le monde hospitalier.

Il met l'accent « *sur l'idée que l'expérience professionnelle est le seul moyen d'acquérir des compétences non reconnues par des diplômes, mais dont l'évaluation objective est nécessaire pour que l'individu puisse en faire état et pour que l'organisation puisse les utiliser* ». *13

Il est associé à l'analyse des activités professionnelles qui dépendent du cadre organisationnel dans lequel elles sont élaborées puis utilisées.

« *En France les diplômés sont souvent survalorisés, avec comme objectif l'application de savoirs et non l'acquisition de compétences autonomes.*

L'entreprise (dont l'hôpital) accorde de plus en plus d'importance à ces compétences extrascolaires, car le monde du travail requiert des compétences managériales et relationnelles qui sont développées à partir de la confrontation avec des problèmes concrets du terrain ». *14

C'est dans ce champ que se situe la problématique du directeur de soins/ expert-visiteur (et de l'EV en général).

La notion de compétence, met en jeu différentes sources d'informations qui comprennent :

- **Les aptitudes et traits de personnalité** (*ex* : l'autonomie, l'esprit d'analyse...),
- **Les compétences génériques** (*ex* : sens du commandement),
- **Les compétences spécifiques** (*ex* : savoir conseiller l'encadrement),
- **Les compétences techniques** (*ex* : savoir analyser des indicateurs d'activité). *15

L'inter relation qui existe entre ces différentes caractéristiques, a une influence non négligeable sur les pratiques professionnelles et sur l'intégration de l'individu dans son environnement.

En outre elles sont amenées à évoluer dans le temps et sont indissociables de la notion de développement personnel et professionnel qui les accompagne.

¹³ LEVY-BOYER C, La gestion des compétences, Les éditions de l'organisation, Paris, 1996

¹⁴ Op.Cit.

¹⁵ Op.Cit.

Ce qui génère des réponses aussi variées que multiples sur le sujet, car chacun possède ses propres représentations en fonction de son cursus personnel.

3 - LE CONCEPT DE REPRESENTATION

Avant d'étudier les perceptions qu'ont les directeurs des soins et les directeurs d'établissement, des missions et rôles du directeur des soins et de l'expert-visiteur, il convient d'évoquer brièvement le concept de représentation qui le sous tend.

En philosophie c'est « *l'acte par lequel un objet de pensée devient présent à l'esprit* ». ^{*16}

« *Les représentations relèvent d'un système symbolique organisé et structuré qui forme la vision subjective de la réalité* ». ^{*17}

Nous allons donc aborder les trois niveaux de la réalité qui participent à la construction de ces représentations.

3.1 LE REEL

D'après la définition du Petit Larousse Illustré c'est: « *Ce qui existe effectivement, qui est bien tel qu'on le dit* ».

Le réel doit être mis en images pour pouvoir se le représenter, produire à son propos des significations, puisqu'« *il n'y a pas de représentations sans objet* ». ^{*18}

Par exemple c'est le cas « *de la photo ou du croquis dont la vocation est d'être la copie de l'objet* ». ^{*19}

3.2 L'IMAGINAIRE

Chacun se fabrique des représentations qui le séduisent et c'est ainsi que le rapport au réel se structure dans un leurre qui passe pour la vérité.

Dans le monde de l'entreprise, « *l'imaginaire organisationnel représente un atout culturel tiré de la professionnalisation* ». ^{*20}

¹⁶ GRAWITZ M, Lexique des sciences sociales, 6e édition, Dalloz, Paris, 1994.

¹⁷ MARTIN D, ROYER-RASTOLL P, Représentations sociales et pratiques quotidiennes, L'Harmattan, Paris, 1994

¹⁸ MANNONI P, Les représentations sociales, PUF, Paris, 1998

¹⁹ Op.cit.

Par exemple l'atteinte du statut de cadre est souvent perçue comme facteur d'épanouissement professionnel et personnel.

En effet « *il existe des représentations communes qui se distinguent d'une position strictement technique et dans lesquelles les connaissances sont considérées comme un élément du métier et non comme compétences à acquérir* ». ^{*21}

C'est probablement à ce niveau des représentations que se situe l'attraction pour la mission d'expert-visiteur, tous corps de métier confondus, puisque l'ANAES a reçu environ 2600 candidatures lors du premier appel lancé en avril 1998 pour la sélection finale de 70 EV seulement.

A cette époque la mission n'existait pas en France et seul le profil des candidats recherchés par l'ANAES était une indication sur le public ciblé, qui a peut être idéalisé ou « fantasmé » la fonction.

Le rôle de l'imaginaire dans nos conduites n'est pas neutre et c'est aussi cela qui nous permet de progresser.

3.3 LE SYMBOLIQUE

C'est le troisième niveau de la réalité.

« *C'est un accord passé à l'intérieur d'un groupe social déterminé pour attribuer grosso modo les mêmes sens aux mêmes choses, les mêmes mots aux mêmes objets.*

*Il faut insister sur le fait que les **représentations sociales** comportent une part de vérité et correspondent à une certaine réalité, elles ne sont pas, il s'en faut de beaucoup, le tout de la réalité: leur vérité tient dans leur nature profondément affective, dépendant de la psychosociologie du groupe de référence et des circonstances qui peuvent en modifier le contenu* ». ^{*22}

C'est par exemple l'assimilation qui est faite entre le clair et l'obscur, le blanc et le noir, en comparaison avec le bien et le mal.

Au cinéma dans le film « La guerre des étoiles », le côté négatif de la force, c'est-à-dire le mal, est représenté par le personnage de « Dark Vador », tout de noir vêtu.

Ce codage représente une forme de langage universel par lequel chacun peut reconnaître instantanément le personnage dont il s'agit.

²⁰ ALTER N, La gestion du désordre en entreprise, Logiques Sociales, L'Harmattan, Paris, 1990

²¹ Op.Cit.

²² MANNONI P, Les représentations sociales, PUF, Paris, 1998

Ainsi les représentations sociales sont « *le produit d'une activité mentale témoignant des éléments qui ont présidé à son élaboration par un individu ou un groupe* ». ^{*23}

D'un point de vue professionnel, « *Les uns et les autres peuvent avoir des représentations communes à propos du fonctionnement de l'entreprise, mais c'est le rapport entre ces représentations et les valeurs qui les différencient* ». ^{*24}

Nous verrons l'importance de ce niveau dans les représentations évoquées lors des entretiens.

4 - PROBLEMATIQUE

Depuis la création de l'ANAES il y a 6 ans, nous assistons à l'émergence de nouvelles missions que sont celles d'expert-visiteur.

Le profil ciblé des candidats recherchés, avec implication marquée dans des responsabilités à caractère transversal et expérience de conduite de projets d'amélioration continue de la qualité prédestine assez naturellement les directeurs des soins à s'investir dans ce nouveau créneau.

En effet dans la définition de fonctions du directeur des soins évoquée au paragraphe 2.1, nous retrouvons cette vocation à s'inscrire dans des missions transversales et à définir une politique d'amélioration continue de la qualité, et pas seulement de la qualité des soins, « *ce qui tend à conditionner ce type de candidatures* ».

Toutefois cela suppose un intérêt personnel et professionnel fort, car il existe quelques contraintes inhérentes à la coexistence de ces deux fonctions.

Pourtant la forte attractivité exercée sur les directeurs des soins perdure, voire s'amplifie.

C'est pourquoi nous allons appréhender la façon dont les directeurs des soins perçoivent leurs rôles, leurs fonctions ainsi que ceux d'expert-visiteur, et ce que représente cette nouvelle mission dans leur travail au sein d'un établissement de santé.

Nous allons également chercher à comprendre comment s'articulent ces deux fonctions spécifiques et ce que cela apporte dans leurs pratiques professionnelles.

²³ MANNONI P, Les représentations sociales, PUF, Paris, 1998

²⁴ ALTER N, La gestion du désordre en entreprise, Logiques Sociales, L'Harmattan, Paris, 1990

Nous en viendrons inévitablement à nous demander comment les directeurs d'établissements perçoivent ces candidats et quelle est la valeur ajoutée pour l'établissement.

5 - LES HYPOTHESES

A partir du questionnaire ci-dessus, nous émettrons les hypothèses suivantes :

- 1) La connaissance et l'expérience acquise dans le milieu hospitalier, ainsi que les qualités professionnelles et personnelles requises par la fonction de directeur des soins, correspondent au profil recherché par l'ANAES et sont particulièrement adaptées à la fonction d'expert-visiteur, ce qui pousse le directeur des soins à s'investir dans cette nouvelle mission.
- 2) L'aspect transversal des missions à effectuer dans le cadre des visites d'accréditation, ainsi que la nouveauté introduite par le type de structure à visiter, présente un caractère attractif pour le directeur des soins qui peut ainsi investir des champs nouveaux et élargir son horizon professionnel.
- 3) Les compétences développées dans le cadre de cette expertise, peuvent être à leur tour (ré)investies dans la fonction première de directeur des soins et l'enrichir au retour des visites d'accréditation.

Ces fonctions se nourrissent l'une et l'autre apportant ainsi une valeur ajoutée à la personne et à l'établissement qui l'emploie.

En résumé nous avons à résoudre une équation du type :

$DS + EV = DS/EV = \text{Plus Value Pour L'établissement ?}$
--

DEUXIEME PARTIE : LE TRAVAIL DE RECHERCHE

Pour vérifier les hypothèses émises plus haut, nous avons décidé, après un balayage rapide de la littérature française sur le sujet, encore peu développé à cette heure, de recourir aux méthodes de l'entretien.

1 - METHODOLOGIE

En regard du questionnement et des hypothèses développées dans la première partie, nous avons d'abord contacté la responsable du service des experts-visiteurs à l'ANAES pour l'informer du projet en cours, et recueillir quelques précisions par rapport au thème du mémoire.

1.1 FONCTION ET ORIGINE DES PERSONNES INTERROGÉES

Puis douze entretiens ont été réalisés, de février à juin 2002, avec des directeurs des soins déjà missionnés en tant qu'expert-visiteur et avec des directeurs d'établissement employant cette catégorie de professionnels.

Il est intéressant de noter que deux des directeurs d'établissement interrogés sont eux-mêmes expert-visiteur.

Afin d'obtenir des informations pertinentes et une plus grande diversité des réponses, un panachage d'établissement représentatif des lieux d'exercice des DS/EV a été privilégié.

C'est ainsi que six établissements de santé ont été retenus, dont deux Centres Hospitaliers Universitaires (CHU), un Centre Hospitalier (CH), un Centre Hospitalier Psychiatrique et deux cliniques privées participant au service public hospitalier (PSPH).

	DIRECTEUR	DS/EV
CHU	2	2
CH	1(EV)	1
CH PSY	1	1
CLINIQUE PRIVE	2 (dont 1 EV)	2
HOMME	4	2
FEMME	2	4

1.2 RECUEIL DE DONNEES

Afin d'appréhender de manière large et non exhaustive « *les perceptions de la réalité dans la vie quotidienne* », fonction régulatrice entre « *les facteurs idéaux et les facteurs réels* »²⁵, nous avons élaboré une grille d'entretiens (cf. **annexe 1**).

Celle ci, qui comporte huit questions pour les directeurs des soins, et une question complémentaire pour les directeurs d'établissement, a permis de cibler trois thèmes :

- 1) **Les représentations individuelles**, par rapport aux missions et rôles de directeur des soins et d'expert-visiteur, ainsi que les compétences requises (questions 1-2-3)
- 2) **L'exercice des pratiques professionnelles** (questions 4-5)
- 3) **La reconnaissance et la valorisation attendue**, au niveau personnel et institutionnel par l'acquisition de cette double compétence (questions 6-7-8-9)

Les questions étaient essentiellement ouvertes et semi-ouvertes, et la personne interrogée avait la possibilité d'enrichir la grille d'entretien, si elle le souhaitait, par des remarques ou commentaires particuliers.

Tous les entretiens se sont déroulés individuellement lors de rendez-vous programmés, et chaque personne interrogée a été assurée de l'anonymat de ses réponses.

Les entretiens ont duré en moyenne 45 minutes, avec un minimum à 30 minutes, et un maximum de 2 heures pour deux entretiens.

1.3 PROFIL DES EXPERTS-VISITEURS INTERROGES

A partir de la liste officielle des experts-visiteurs, établie par l'ANAES, le choix s'est porté sur des professionnels ayant le grade d'IG, de directeur des soins ou équivalent dans le secteur privé.

Un des expert-visiteur interrogé, n'avait qu'une seule visite d'établissement à son actif, tous les autres en avaient effectué de trois à douze, avec une moyenne de deux à trois visites par an.

Deux d'entre eux avaient déjà rempli les fonctions de coordonnateur.

Un des directeurs des soins s'apprêtait à quitter ses missions d'expert-visiteur pour entrer au collège de l'accréditation.

L'un des directeurs des soins possède un DESS qualité.

²⁵ BERGER P, LUCKMANN T, La construction sociale de la réalité, Armand Colin, Paris, 1995

2 - RESULTATS DE L'ENQUETE

Pour une meilleure lisibilité des résultats, nous avons présenté le chapitre des **représentations** (questions 1-2-3), sous forme de tableaux récapitulatifs assortis de commentaires. (cf annexe 2)

Les questions 4-6 (partiellement)-7, sont traitées de la même manière.

Seules les questions 5-8-9, du fait de leur caractère ouvert et de l'éventail des réponses qui en a découlé, sont abordées sous forme de commentaires issus de la synthèse des entretiens. (cf annexes 3 et 4)

2.1 LES REPRESENTATIONS DU ROLE ET DES MISSIONS DU DIRECTEUR DES SOINS

A partir de leurs pratiques professionnelles et du contexte local dans lequel ils évoluent, il est intéressant de relever les représentations qu'ont les directeurs des soins et les directeurs d'établissements (DE) par rapport aux questions N°1 et 2 qui servent de cadrage à l'enquête.

2.1.1 Au niveau des directeurs des soins

Au niveau du **positionnement** dans l'institution, quelle que soit sa taille et son statut, tous se situent au niveau de l'équipe de direction.

Pour les CHU néanmoins, seul le coordonnateur des soins fait partie intégrante de l'équipe de direction.

Dans le secteur privé, « *le directeur des soins est le manager de l'ensemble des équipes de soins au sens large du terme, c'est-à-dire de tous les paramédicaux à l'exception des sages-femmes qui constituent un personnel médical à compétence limitée, et il coordonne depuis longtemps déjà toutes les activités de soins, et pas uniquement celles des soins infirmiers* ». En outre il peut être également le directeur de la qualité. C'est le cas de l'un des DS/EV interrogé.

Dans le cadre des missions de service public et de continuité des soins nous constatons que les préoccupations des directeurs des soins sont quasi identiques entre le secteur public et le secteur privé PSPH.

Le tableau suivant récapitule ces principales préoccupations d'après les réponses fournies lors des entretiens.

REPRESENTATIONS DES ROLES ET MISSIONS DS VU PAR LES DS/EV

CHAMP D'ACTION	LES REPONSES DES DS/EV	Nombre de réponses
Les activités paramédicales		
<u>Le patient et sa prise en charge</u>	Etre le représentant des patients au sein de l'équipe de direction S'attacher à servir de meilleures prestations aux patients selon les moyens alloués, hôtellerie par exemple	2 sur 6 1 sur 6
<u>Le management des équipes et de l'encadrement</u>	Participer à l'animation de l'équipe de cadres de l'établissement, au management des cadres et à leur évaluation Déléguer aux cadres la gestion du quotidien (planning, absentéisme, recrutement des ASH et AS)	5 sur 6 2 sur 6
<u>L'organisation et la coordination des soins</u>	Rester une personne de terrain et pas seulement devenir un "administratif pur" Favoriser la coordination des soins dans les services, par l'intermédiaire de l'encadrement comme relais	1 sur 6 3 sur 6
Les activités de formation	Gérer la fonction contrôle des actions mises en œuvre S'assurer de la bonne intégration des nouveaux arrivants Communiquer avec les IFSI et les IFCS	1 sur 6 1 sur 6 1 sur 6

REPRESENTATIONS DES ROLES ET MISSIONS DS VU PAR LES DS/EV

CHAMP D'ACTION	LES REPONSES DES DS/EV	Nombre de réponses
<p>Les activités d'administration générale</p> <p><u>Le recrutement et le suivi des agents relevant de sa compétence</u></p>	Garder la responsabilité de l'affectation des personnels	3 sur 6
<p><u>La politique d'amélioration continue de la qualité (et pas seulement de la qualité des soins)</u></p>	S'impliquer dans la politique d'amélioration continue de la qualité de l'établissement	3 sur 6
<p><u>La politique institutionnelle et stratégique de l'établissement</u></p>	Participer à l'élaboration de stratégies institutionnelles, à leur mise en œuvre et leur suivi	4 sur 6
<p><u>Les collaborations à privilégier ou à développer</u></p>	Avoir une vision transversale de l'établissement et pas uniquement de la partie soins ce qui peut être difficile lorsque la longévité dans l'établissement est très longue (manque d'objectivité) ou très courte (manque de recul)	3 sur 6
	Etre le conseiller "technique soignant", c'est-à-dire rester centré sur le soin et tout ce qui touche aux soins même de manière indirecte (ex : achat de mobilier, de matériel pour les équipes de soins,...)	2 sur 6
	Travailler en relation avec les autres directions	1 sur 6
	Etre l'interlocuteur privilégié des différents intervenants à l'hôpital : corps médical, partenaires sociaux, responsable qualité	1 sur 6
	Favoriser la remontée d'informations auprès du directeur	1 sur 6
	Ne pas être un DRH bis	1 sur 6
	Rendre compte de l'élaboration et de l'avancée du projet de soins de l'établissement	1 sur 6

A la lecture de ce tableau, nous constatons que :

- La mission de **manager** ressort de façon prépondérante dans la représentation des activités du DS (83,33%),
- Son positionnement clair dans l'équipe de direction lui permet d'être un acteur significatif dans la stratégie institutionnelle (66,66%),
- Son rôle d'animation et de coordination des soins occupe plus de la moitié des DS interrogés,
- Son implication dans la politique qualité de l'établissement est aussi importante (en nombre de réponses) que ses activités de gestion du personnel.

Par contre **les activités de formation** des personnels ne sont évoquées par aucun directeur des soins alors que cela fait pourtant partie de leurs attributions (cf. décret de 1994).

Nous émettrons l'hypothèse qu'en cette période mouvementée de pénurie d'infirmières et de mise en application de la Réduction du Temps de Travail (depuis le 1er janvier 2002 dans la fonction publique hospitalière), cette préoccupation passe pour l'instant au second plan dans le travail de la plupart des directeurs des soins interrogés.

2.1.2 Au niveau des directeurs d'établissement

Sur la question du **positionnement**, nous relevons la parfaite superposition des réponses faites par les DS et les DE.

En effet tous les directeurs d'établissement rencontrés, considèrent que la place du directeur des soins, coordonnateur général des soins est dans l'équipe de direction.

Il se situe au même niveau que les autres directeurs dans l'organigramme de direction, sous l'autorité directe du chef d'établissement.

Il n'y a aucune ambiguïté sur ce point et les textes sont respectés.

Dans le secteur privé le positionnement est identique à celui du public.

« Le directeur des soins a une vue transversale de l'établissement et doit gérer des secteurs en déshérence dans la fonction publique hospitalière, notamment médico-technique, car exclus du champ de compétences du Directeur du Service de Soins Infirmiers jusqu'au décret du 19 avril 2002 ».

« Il est perçu de part sa fonction et sa formation, comme ayant une grande facilité à appréhender des domaines qui ne sont pas forcément liés aux soins, notamment le domaine administratif, ce qui le différencie des cadres infirmiers (CI) et des cadres infirmiers supérieurs (CIS) ».

REPRESENTATIONS DES ROLES ET MISSIONS DS VU PAR LES DE

CHAMP D'ACTION	LES REPONSES DES DE	Nombre de réponses
Les activités paramédicales		
<u>Le patient et sa prise en charge</u>	S'attacher à servir de meilleures prestations aux patients selon les moyens alloués	1 sur 6
<u>Le management des équipes et de l'encadrement</u>	Savoir déléguer pour ne pas passer son temps à faire de la gestion de plannings et d'effectifs	2 sur 6
<u>L'organisation et la coordination des soins</u>		0
Les activités de formation		0

REPRESENTATIONS DES ROLES ET MISSIONS DS VU PAR LES DE

CHAMP D'ACTION	LES REPONSES DES DE	Nombre de réponses
<p>Les activités d'administration générale</p> <p><u>Le recrutement et le suivi des agents relevant de sa compétence</u></p>		0
<p><u>La politique d'amélioration continue de la qualité (et pas seulement de la qualité des soins)</u></p>	<p>Axer sa réflexion sur des soins pointus et une hôtellerie décente par rapport aux normes en vigueur</p> <p>Favoriser l'amélioration de la qualité des soins par l'intermédiaire de l'encadrement</p> <p>Savoir écrire des procédures</p> <p>S'impliquer comme les autres directeurs dans la démarche qualité de l'établissement</p>	<p>2 sur 6</p> <p>3 sur 6</p> <p>1 sur 6</p> <p>2 sur 6</p>
<p><u>La politique institutionnelle et stratégique de l'établissement</u></p>	<p>Etre le conseiller « technique soignant », c'est-à-dire rester centré sur le soin et tout ce qui touche aux soins même de manière indirecte (ex : achat de matériel pour les équipes de soins,...),</p> <p>Participer à l'élaboration du projet d'établissement.</p> <p>Connaissance des enjeux institutionnels, locaux, régionaux</p>	<p>1 sur 6</p>
<p><u>Les collaborations à privilégier ou à développer</u></p>	<p>Travailler avec autonomie et en interdépendance avec les autres directions</p> <p>Ne pas être un DRH bis</p> <p>Partager les expériences vécues après les visites d'accréditation</p>	<p>2 sur 6</p> <p>1 sur 6</p> <p>2 sur 6</p>

Ce tableau appelle quelques remarques, notamment sur les trois **thèmes non abordés** par les directeurs d'établissement, à savoir :

- ❖ **L'organisation et la coordination des soins**, qui relève de la compétence pleine et entière du DS et semble être un terrain méconnu des directeurs.
- ❖ **Le recrutement et le suivi des agents** relevant de la compétence du DS.
Cette absence de réponse s'explique peut-être par les difficultés rencontrées par le binôme DS-DRH (signalé par 2 directeurs), et par les enjeux auquel il renvoie.
A ce niveau l'empiètement de territoires organisationnels, ou du moins le ressenti qui en résulte, se traduit ainsi : « *Le DS ne doit pas être un DRH bis* ».
Cette hypothèse gagnerait à être vérifiée par d'autres entretiens ou l'explicitation de ceux effectués.
- ❖ **Les activités de formation** du personnel qui n'apparaissent à aucun moment dans les discours des directeurs.
L'hypothèse déjà émise pour les DS sur ce point reste vraisemblablement d'actualité pour les DE.

Le point qui suscite pour sa part le maximum de réponses, se trouve être celui touchant à l'amélioration de la qualité des soins.

A ce niveau les réponses des DS et DE se rejoignent une fois encore.

Par contre au cours des entretiens, les chefs d'établissement insistent fortement sur le lien de **subordination directe** qui existe entre eux et le DS, et plus particulièrement sur « *l'obligation qu'a le DS de rendre compte de l'élaboration et de l'avancée du projet de soins de l'établissement* », et sur « *la remontée d'informations indispensable au bon fonctionnement de l'institution* ».

Cette notion n'a été citée cependant que par un seul DS.

2.1.3 Commentaires

Nous pouvons remarquer qu'il y a **convergence** de point de vue au niveau de la politique institutionnelle et stratégique, auquel le DS est étroitement associé en tant que membre de l'équipe de direction.

Il possède une vision transversale de l'établissement qui l'incite à ne pas se cantonner uniquement aux secteurs des soins et s'attache à être un régulateur dans l'institution.

La place du patient reste au cœur des préoccupations des DS et DE, même si les chemins empruntés pour y arriver ne sont pas exactement les mêmes pour les uns que pour les autres.

Les écarts relevés à ce niveau des représentations, tiennent essentiellement aux vécus respectifs de chacun ainsi qu'à leur formation initiale et à leurs fonctions dans l'institution.

A ce propos, plusieurs des personnes interrogées (DS et DE), signalent la problématique de **l'ancienneté dans l'institution**, engendrant « *une tendance à la sclérose et à l'immobilisme* ».

Pour mémoire, 4 DS sur les 6 rencontrés (66,66%), n'ont jamais quitté l'établissement dans lequel ils exercent, depuis leur prise de fonction comme Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat (IDE), à la sortie de l'IFSI.

C'est le cas de tous les établissements publics où s'est déroulé l'étude.

Aucune des deux cliniques privées n'était dans cette configuration à ce niveau de responsabilité.

Nous tenons à préciser qu'il n'y avait aucun parti pris au départ par rapport à ce critère, et ce sont les entretiens qui ont fait émerger cette problématique.

Cette observation mériterait toutefois d'être vérifiée à grande échelle, pour obtenir un profil plus significatif des DS/EV à ce niveau.

A la lumière de ces explications nous comprenons mieux les remarques émises notamment par les chefs d'établissement, sur la **motivation** qui pousse un DS à postuler pour être EV.

Le fait « *d'aller voir ailleurs ce qui s'y passe et comment ça se passe est une opportunité récente pour la fonction* », qui permet une prise de recul avec le terrain et le vécu quotidien. Cette transitoire mobilité géographique contribue à élargir le champ de vision du DS, et à lui donner « *une vision macroscopique* » de l'établissement, ce qui est très favorablement ressenti par les directeurs.

Il convient toutefois de distinguer les deux types de motivation qui peuvent pousser un individu à s'investir dans de nouvelles fonctions :

- ❖ « *La **motivation intrinsèque** qui s'appuie sur la curiosité naturelle et l'envie de créer du sens, de donner un sens à son travail et est considérée comme dynamique et moteur d'évolution,*

❖ Les **motivations extrinsèques** qui sont plus nombreuses et plus aléatoires et englobent indistinctement, les conditions et relations de travail, le statut, le salaire, la reconnaissance ». ²⁶

C'est à ce niveau que la motivation peut-être ressentie comme négative s'il elle exprime une insatisfaction dans l'exercice de sa profession.

Savoir pourquoi un agent postule pour de nouvelles missions, dont celle d'EV, est déjà une forme de management stratégique nécessitant vigilance de la part du responsable d'établissement.

Nous aurons l'occasion de revenir sur ce sujet quand nous aborderons les points du **recrutement**, de la **reconnaissance individuelle et institutionnelle** dans la troisième partie.

Dans le domaine de **la politique d'amélioration continue de la qualité**, mis en avant par les deux corps de direction, les collaborations attendues varient selon la taille et la structure de l'établissement.

En effet le DS doit travailler avec l'équipe de direction et tous les autres acteurs institutionnels (ingénieur, responsable qualité, médecins, hygiéniste, pharmacien, cuisinier,...) en apportant son « *expertise soignante* » dans les domaines qui touchent indirectement le soin.

Par exemple pour l'aménagement de postes de travail, l'étude de circuits (linge, repas,...), l'achat de matériel pour les personnels soignants.

Il doit en outre éviter l'écueil de ne pas suffisamment déléguer, notamment aux CIS et CI.

Au niveau de **l'implication** personnelle du DS, celle ci est mentionnée par 50% des DS et « seulement » 33% des directeurs comme facteur de stimulation auprès des équipes.

Ce critère est en effet diversement apprécié selon la taille de l'établissement.

C'est dans les structures de petite et moyenne importance qu'il semble être le plus développé.

En effet la multiplicité et la spécialisation des acteurs dans les grands sites, rendent apparemment cette implication personnelle moins cruciale aux yeux des personnes interrogées.

Nous reviendrons sur ce point dans la troisième partie.

²⁶ LE SAGET M, Le manager intuitif, Dunod, Paris, 1992

2.2 LES REPRESENTATIONS DU ROLE ET DES MISSIONS D'EXPERT-VISITEUR

Après avoir approché les perceptions sur le « fondement du métier » de DS, nous allons examiner maintenant l'aspect « nouveauté » qui vient se greffer sur ces tâches.

2.2.1 Au niveau des directeurs des soins

Les missions sont définies par l'ANAES, mais l'actuelle montée en charge des procédures d'accréditation des établissements de santé et le contexte actuel des 35 heures, posent quelques problèmes de gestion du temps au niveau des établissements employeurs des experts-visiteurs, surtout pour ceux de petite ou moyenne importance.

La négociation claire des modalités d'absence entre l'expert-visiteur et le directeur, qui donne son accord, s'impose pour éviter que l'établissement ne soit ou ne se sente, pénalisé.

En outre l'EV ne doit pas être comptable de son temps, car une très grande partie du travail effectué avant et après les visites d'accréditation, l'est sur du temps personnel.

ROLES DE L'EXPERT-VISITEUR VU PAR LES DS/EV

		Nombre de réponses /6
➤	Valider ou non l'auto évaluation de l'établissement visité	2
➤	Respecter les règles édictées par l'ANAES, lors des visites sur sites, et être en accord avec les missions définies par l'ANAES	2
➤	Valoriser le travail effectué par les équipes d'auto évaluation	2
➤	Connaître la démarche qualité de l'établissement visité	1
➤	Savoir travailler en commun avec les autres experts-visiteurs	1
➤	Contribuer au plan national à la mise en œuvre de la démarche d'accréditation préconisée par l'ANAES	1
➤	Apporter des idées d'améliorations	1
➤	Donner des pistes de réflexion	1
➤	Se tenir au courant et à réactualiser ses connaissances dans le domaine de l'accréditation	1

Lors des visites d'accréditation, l'expert-visiteur est considéré en même temps comme :

- ❖ **Observateur** (observation *conformité* ou *décalage* avec l'autoévaluation faite par l'établissement de santé),
- ❖ **Valideur** (de l'auto-évaluation),
- ❖ **Conseiller** (par les remarques émises),
- ❖ **Contrôleur** (lié à l'obligation de signalement, si des faits ou des manquements susceptibles de mettre en jeu la sécurité des patients sont constatés lors de la visite).
(cf paragraphe 1.1.)

En plus de tous ces rôles, l'un des DS/EV interrogé insiste particulièrement sur le professionnalisme et la rigueur que se doivent d'avoir les EV en général, et pas seulement les DS/EV, et apporte ce témoignage vécu lors d'une visite d'accréditation :

« Ne pas considérer la visite comme un jeu, une inspection ou une subordination de l'établissement visité, éviter les dérives comme tutoyer d'emblée le personnel féminin de l'établissement, se présenter incognito dans des services de soins non programmés pour la visite, ne pas respecter le planning de visites sans motif valable... ».

Ces remarques soulèvent une fois encore le problème de la **motivation** pour ces nouvelles missions, sur lequel il convient d'être particulièrement vigilant pour éviter les dérives constatées même si elles restent marginales.

2.2.2 Au niveau des directeurs d'établissement

A cet endroit des représentations, les considérations sur la problématique de **l'absence**, reviennent régulièrement lors des entretiens et rejoignent celle des directeurs des soins.

Les chefs d'établissement sont particulièrement attentifs à ce que l'absentéisme généré par les visites d'accréditation, n'excède pas les 30 % autorisés par l'ANAES.

Aucun des DS/EV rencontrés n'était dans ce cas de figure.

Au travers des entretiens, il ressort qu'une appropriation des missions dévolues aux EV par l'ANAES est partiellement intériorisée par les directeurs.

Les notions les plus souvent développées dans le rôle de l'EV sont celles de :

- ❖ **Observateur**, « *décodeur* » de ce qu'il voit et entend pendant les visites d'accréditation :
« *il ramène les choses à l'essentiel et recadre les situations* »,

- ❖ **Enquêteur** (*mais sans la bienveillante neutralité avancée par l'ANAES aux dires d'un directeur pour qui il existe plus ou moins de tolérance de la part des EV quel que soit leur « métier » d'origine*),
- ❖ **Expert**, lors des visites d'accréditation,
- ❖ **Ambassadeur** de la démarche qualité.

C'est plutôt l'aspect aidant et positif de la mission qui émerge, alors que celui ressenti comme négatif est peu mis en avant, ce qui tend à objectiver la notion d'évaluation construite développée par l'ANAES.

Toutefois aucun des directeurs rencontrés n'a vécu la visite d'accréditation dans l'établissement qu'il dirige.

Il serait intéressant de les revoir après celle-ci, pour mesurer l'évolution du discours et des représentations en fonction de leur vécu et de leur ressenti.

En effet « *le contenu de la représentation varie parfois dans un temps assez court* ». ^{*27}

2.2.3 Commentaires

Si les représentations des DS et DE **divergent** sensiblement sur le rôle et les missions de l'EV, la mesure de l'écart se situe au niveau de l'expérience qu'ont acquis les premiers lors des visites d'accréditation, alors que les seconds se situent plus ou moins dans « le fantasme » de l'EV, sauf pour les directeurs rencontrés eux-mêmes EV.

Pour les DS le comportement observable et attendu semble prédominant; c'est l'alliance des savoirs, savoir-faire et des pratiques et expériences professionnelles qui est mise en avant.

« Les représentations agissent comme modalités opératoires de la connaissance commune, de la pensée et des pratiques sociales .

Elles régissent les problèmes d'identité et d'appartenance groupale ou encore de mentalité et de pratiques sociales.

La conduite du sujet apparaît conditionnée par la marge de manoeuvre possible, c'est-à-dire la règle sociale génératrice de prescriptions et de proscriptions ». ^{*28}

La conformité, d'avec les attentes de l'ANAES notamment, apparaît alors comme appropriée.

Pour les directeurs d'établissement, ce sont le profil et les aptitudes qui paraissent déterminants.

²⁷ MANNONI P, Les représentations sociales, PUF, Paris, 1998

²⁸ Op.Cit.

« *C'est la qualité de l'intervenant qui donne sa signification réelle à la mission* ». *29

Il semble que les ressources personnelles (cognitives, affectives et psychomotrices) nécessaires à la réalisation des pratiques, soient privilégiées dans les représentations des directeurs.

Ils identifient plus ou moins consciemment les compétences du DS/EV au comportement « *du DS idéal* » influencé par ceux qu'ils connaissent ou ont connu au cours de leur carrière professionnelle (propos soulignés par un directeur).

Nous sommes là dans le champ de l'imaginaire abordé en première partie dans le cadre conceptuel.

2.3 LES REPRESENTATIONS SUR LES COMPETENCES REQUISES

Pour mener à bien les missions de DS et d'EV, des pré-requis sont supposés, particulièrement en terme de capacités et de performances.

Les qualités et compétences que doivent posséder ou développer les DS/EV, sont souvent mises en avant par les personnes interrogées et paraissent superposables.

« *Elles font référence à des tâches ou des situations de travail et restent difficiles à décrire parce que la représentation...reste implicite* ». *30

Afin de faciliter la lecture des réponses faites indistinctement par les DS et les DE, nous les avons classées dans un tableau par ordre décroissant, selon quatre grandes rubriques communément retrouvées dans la littérature managériale, à savoir :

- ❖ Les aptitudes et traits de personnalité,
- ❖ Les compétences génériques,
- ❖ Les compétences spécifiques,
- ❖ Les compétences techniques.

La classification ainsi effectuée n'est pas forcément académique mais tente de respecter « l'esprit » des réponses fournies.

²⁹ MARTIN D, ROYER-RASTOLL P, Représentations sociales et pratiques quotidiennes, L'Harmattan, Paris, 1994

³⁰ LEVY-BOYER C, La gestion des compétences, Les éditions de l'organisation, Paris, 1996

PRE-REQUIS ET QUALITES SOUS TENDUES POUR ETRE EV

	Nombre de réponses / 12
<p>Aptitudes et traits de personnalité</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Avoir une grande capacité de travail ➤ Etre organisé ➤ Etre curieux, ouvert, positif ➤ Etre rigoureux et posséder une honnêteté intellectuelle ➤ Se tenir informé par des lectures dans le domaine de l'accréditation ➤ Etre motivé ➤ Savoir rester neutre ➤ Etre discret ➤ S'impliquer dans la démarche qualité de l'établissement ➤ Etre expérimenté dans son métier ➤ Etre objectif, tolérant ➤ Savoir prendre du recul et relativiser ➤ Etre modeste ➤ Se comporter en professionnel ➤ Etre crédible lors des visites, à travers ses propos ➤ Aimer la nouveauté, ne pas avoir peur de la remise en cause professionnelle, aimer apprendre ➤ Etre dynamique, énergique ➤ Avoir une bonne résistance physique car le travail d'expert-visiteur est éprouvant; les journées sont très longues lors des visites (souvent 15 heures par jour en moyenne) ➤ Savoir surmonter ses propres frustrations car on ne peut pas tout voir lors des visites d'accréditation 	<p>8</p> <p>6</p> <p>6</p> <p>6</p> <p>6</p> <p>6</p> <p>4</p> <p>4</p> <p>2</p> <p>2</p> <p>2</p> <p>2</p> <p>2</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p>

PRE-REQUIS ET QUALITES SOUS TENDUES POUR ETRE EV

	Nombre de réponses / 12
<p>Compétences génériques</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Avoir un sens développé de l'analyse des situations ➤ Savoir s'adapter à l'environnement ➤ Savoir communiquer, (être à l'écoute, savoir favoriser les échanges) ➤ Savoir décoder ce qu'il voit et ce qu'il entend ➤ Etre méthodique, ne pas interpréter ➤ Savoir observer, être réactif ➤ Etre polyvalent, car ce type de mission permet d'étudier des référentiels qui dépassent largement la sphère d'activité habituelle du directeur des soins ➤ Savoir rendre compte 	<p>6</p> <p>6</p> <p>6</p> <p>4</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p>
<p>Compétences spécifiques</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Savoir gérer son temps ➤ Savoir organiser le travail des autres ➤ Savoir travailler en équipe, collaborer 	<p>8</p> <p>6</p> <p>4</p>
<p>Compétences techniques</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Maîtriser l'outil informatique ➤ Avoir une capacité d'analyse et de synthèse ➤ Posséder la connaissance méthodologique de la démarche ➤ Savoir écrire des procédures 	<p>6</p> <p>6</p> <p>4</p> <p>3</p>

Dans ce « catalogue » des qualités, compétences et aptitudes énoncés par les DS et les DE, nous constatons que le savoir être est « sur-représenté » par rapport aux savoirs cognitifs et savoir-faire, tant il est vrai que l'assimilation de la fonction à la personne se fait sans que nous y prenions garde.

Cette constante montre que si les compétences professionnelles ont une influence sur la pratique professionnelle, les ressources personnelles mobilisables sont nécessaires à la réalisation de ces pratiques.

C'est pourquoi elles sont le plus souvent citées par les deux catégories de directeurs, car paraissent indissociables de fonctions « exigeantes ».

En effet la plupart de ces caractéristiques individuelles (aptitudes et traits de personnalité, connaissances, compétences) sont « *plus ou moins flexibles, évoluent dans le temps et sont plus ou moins dépendantes les unes des autres* ». ^{*31}

Nous retrouvons là des incontournables ou invariants, aux deux fonctions DS et EV.

N'oublions pas cependant que « *les entretiens permettent de recueillir la description des activités, les informations sur ce que la personne...considère comme étant particulièrement important ou difficile* ». ^{*32}

A cet égard il est intéressant de relever certaines aptitudes énoncées, qui peuvent paraître surprenantes au premier abord, telle la bonne résistance physique requise par les fonctions d'EV. En effet les journées de visite ont souvent une amplitude de travail de 15 heures ou plus.

A priori cette qualité personnelle n'est pas recensée par l'ANAES mais peut être le deviendra t'elle ultérieurement, si la cadence des visites d'accréditation par expert-visiteur vient à s'accélérer.

Ce critère est par exemple identifié au Canada dans le « Dictionnaire des compétences » élaboré pour les visiteurs du Conseil Canadien d'Agrément des Services de Santé.

D'autres points soulevés comme « *la gestion de ses propres frustrations* » sont plus difficiles à cerner car touchent à l'essence même de la personne, à ses valeurs, ses convictions et paraissent difficilement mesurables.

C'est à chacun de trouver le(s) compromis le(s) moins perturbateur(s) possible(s) pour arriver à concilier exigences et contraintes liées au développement de ces missions.

³¹ LEVY-BOYER C, La gestion des compétences, Les éditions de l'organisation, Paris, 1996

³² Op.Cit.

TROISIEME PARTIE : DISCUSSION ET SYNTHESE

1 - LIMITES DU TRAVAIL PRESENTE

Nous avons conscience que l'échantillon sélectionné (13% des DS/EV) est peu représentatif du fait de son faible nombre, et que le choix des établissements retenus est réducteur par rapport au panel existant.

La limite de ce travail repose donc sur une vision très parcellaire des situations rencontrées, liée essentiellement à un problème de temps et de moyens. Compte tenu de ces biais, c'est avec précaution que nous avançons les résultats qualitatifs et quantitatifs de cette enquête et que nous les analysons.

Il s'agit plutôt d'une réflexion tirée de la somme d'expériences individuelles recueillies sur un sujet peu étudié pour l'instant.

2 - CONFRONTATIONS DES RESULTATS

2.1 A L'HYPOTHESE DE RECHERCHE N°1

La connaissance et l'expérience acquise dans le milieu hospitalier, ainsi que les qualités professionnelles et personnelles requises par la fonction de directeur des soins, correspondent au profil recherché par l'ANAES et sont particulièrement adaptées à la fonction d'expert-visiteur, ce qui pousse le directeur des soins à s'investir dans cette nouvelle mission.

A travers les réponses fournies par les DS et les DE, nous avons relevé que le DS se définit à la fois comme « *un **manager**, dont le rôle est de prévoir, planifier, organiser, contrôler, mesurer les écarts et les redresser* ».

Il est également « ***leader**, et donne un souffle, conçoit une stratégie à long terme (le projet de soins infirmiers par exemple), anticipe pour s'adapter au mieux aux situations, pilote, motive, adapte le positionnement et fait évoluer les choses.*

*Le premier s'efforce de limiter les risques (gestionnaire), le deuxième **innovateur**, prend des risques et les gère* ». ^{*33}

³³ LE SAGET M, Le manager intuitif, Dunod, Paris, 1992

En outre, les deux rôles ne font pas appel aux mêmes qualités :

- ❖ Pour le **manager** : rigueur et méthode (apprentissage du métier),
- ❖ Pour le **leader** : enthousiasme et anticipation réaliste, allié à de la rigueur et du professionnalisme (apprentissage par l'expérience et l'ouverture aux autres).^{*34}

La complémentarité entre les deux doit permettre de :

- ❖ Informer,
- ❖ Communiquer,
- ❖ Expliquer pour acquérir performance et maturité dans l'établissement,
- ❖ S'attacher à définir la qualité. *³⁵

Selon la personnalité des uns et des autres, et le lieu d'exercice de la fonction, la répartition entre ces deux rôles sera plus ou moins équilibrée. Dans la pratique c'est un dosage subtil qui s'effectue selon les circonstances.

Ce qui explique que sur son lieu de travail, le DS doit développer des partenariats forts avec les différents acteurs de l'institution (corps médical, autres directeurs, responsable qualité lorsqu'il en existe un, partenaires sociaux...), afin d'établir un capital confiance et développer une « *intelligence collective* ».

Le partage d'informations, la transparence et le travail en équipe apparaissent comme des valeurs fortes qui sous tendent l'unicité du discours institutionnel et favorisent l'atteinte des objectifs.

Néanmoins le respect des compétences de chacun et de leurs zones de prérogatives s'impose, car tous doivent ~~oeuv~~ travailler ensemble en participant à l'élaboration de projets communs.

Nous avons là semble t'il, le profil « idéal » du candidat « type » recruté par l'ANAES, pour remplir les missions d'expert-visiteur.

D'un point de vue rationnel, « *il est important de développer une culture de fonctionnement de l'institution, une standardisation des pratiques qui permet de limiter les imprévus.*

L'organisation de la direction des soins doit être très bien structurée, car en l'absence du DS (EV) tout repose sur cette organisation ».

³⁴ LE SAGET M, Le manager intuitif, Dunod, Paris, 1992

³⁵ Ibid

A ce propos, la **stratégie de communication** à développer par l'établissement, et en particulier par le directeur des soins à destination des services de soins, paraît primordiale. Il convient de « *ne pas oublier les IFSI, les IFCS, et les divers centres de formation, car les étudiants d'aujourd'hui sont les professionnels de demain* ».

« *Il faut apprendre à travailler ensemble car les enjeux sont importants* ».

Si nous nous référons aux critères de sélection de l'ANAES et aux missions et rôle du DS définis par décret (cf première partie), nous allons devoir aborder la question de sa contribution dans **la politique d'amélioration continue de la qualité**.

Bien que l'implication du directeur des soins, son positionnement dans les démarches transversales initiées dans l'établissement où il exerce, notamment au niveau de la démarche qualité, semblent nécessaires, sa place au sein de la cellule qualité, est elle, plus ou moins controversée, car il convient d'éviter toute ambiguïté pouvant générer un trouble organisationnel.

N'oublions pas que « *la transgression de territoires organisationnels entraîne la défiance collective ou individuelle dont il conviendra de mesurer la portée* ».*³⁶

En effet certains voient le DS comme un **référent** au niveau institutionnel, ce qui le met en position singulière dans certains établissements, surtout ceux de moyenne ou grande taille. D'autres directeurs par contre ne lui trouvent aucune légitimité à part son expertise soignante et n'envisagent pas de lui accorder une place particulière dans la cellule qualité, ni même au sein du comité de pilotage, car il y a risque de confusion des rôles.

C'est sur ce point particulier, que les **divergences** entre DS et DE sont les plus marquées. Selon la position adoptée par le chef d'établissement dans la stratégie institutionnelle, il appartiendra à ce dernier de redéfinir les zones d'intervention de chacun des acteurs.

2.2 A L'HYPOTHESE DE RECHERCHE N°2

L'aspect transversal des missions à effectuer dans le cadre des visites d'accréditation, ainsi que la nouveauté introduite par le type de structure à visiter, présente un caractère attractif pour le directeur des soins qui peut ainsi investir des champs nouveaux et élargir son horizon professionnel.

³⁶ ALTER N, La gestion du désordre en entreprise, Logiques Sociales, L'Harmattan, Paris, 1990

La transformation des organisations, le déplacement du travail, la réponse permanente à diverses sollicitations, incite certains professionnels dont les DS, à repenser les modes de fonctionnement au travail.

Ceux dont les caractéristiques les prédisposent à être **innovateurs**, sont naturellement intéressés par tout ce qui est nouveauté, et l'opportunité présentée par la mission d'expert-visitateur ne peut que les séduire.

En effet elle leur donne la possibilité d'élargir leur domaine de compétences, d'augmenter leur niveau de professionnalisme, d'échanger des savoirs entre professionnels, « *d'actualiser des connaissances par l'accès aux réseaux de professionnels qui devient essentiel car c'est un espace d'échanges* ». ^{*37}

Elle permet également au DS de découvrir d'autres types de structures, d'autres modes de fonctionnement, d'autres matériels...toutes choses qui peuvent l'influencer dans ses pratiques et guider des choix ultérieurs.

Les mécanismes mis en œuvre font appel à :

- **L'initiative** : choix de ces nouvelles missions ,
- **La signification du rôle** : hiérarchisation des tâches et qualifications à effectuer,
- **La variété** : éviter la monotonie et enrichir le professionnalisme, permet le dépassement personnel,
- **La considération** : le droit à la reconnaissance attendue (c'est le plus difficile dans une entreprise),
- **Le futur espéré** : évaluer l'ambition de chacun,
- **La connaissance de l'environnement** : analyse rigoureuse des besoins d'informations par rapport aux décisions à prendre . ^{*38}

Ce peut être « *un atout pour l'individu et pour l'organisation* ». ^{*39}

En effet l'investissement dans le cadre de cette nouvelle mission est considéré comme facteur d'épanouissement professionnel et personnel par les personnes rencontrées, ce qui explique la forte attractivité exercée sur les directeurs des soins.

Cette expérience récente se veut formatrice et productive, car « *donne du recul dans l'analyse de situations, apprend à structurer l'information, à faire des plans à long terme* ». ^{*40}

³⁷ ALTER N, La gestion du désordre en entreprise, Logiques Sociales, L'Harmattan, Paris, 1990

³⁸ MINGOTAUD F, La fonction d'encadrement, Les éditions d'organisation, Paris, 1993

³⁹ LEVY-BOYER C, La gestion des compétences, Les éditions de l'organisation, Paris, 1996

⁴⁰ Op.Cit.

Ainsi la vision « *macroscopique* » (*transversale*) du fonctionnement de l'hôpital, développée au travers des visites d'autres sites, permet au DS de relativiser les situations rencontrées dans son établissement d'origine.

« *Il faut être imprégné de sa technique, avoir une intelligence des situations, pour pouvoir prendre du recul, libérer son intuition et avoir une vision stratégique de l'avenir* ». ^{*41}

La diversité des expériences acquises ou à acquérir, car chaque visite est unique, n'est probablement pas étrangère non plus à cet engouement massif de la profession.

2.3 A L'HYPOTHESE DE RECHERCHE N°3

Les compétences développées dans le cadre de cette expertise, peuvent être à leur tour (ré)investies dans la fonction première de directeur des soins et l'enrichir au retour des visites d'accréditation.

La maîtrise de la méthodologie de la démarche d'accréditation est considérée comme un plus par la majorité des personnes rencontrées.

Pour certains directeurs d'établissement le fait d'employer un DS/EV peut être « *le biais par lequel les choses vont évoluer et permettre d'arrêter les errements, les fuites en avant* ».

Est cité pour exemple le dossier du patient.

La pluralité des expériences acquises en tant qu'EV va ou devrait permettre le développement de partenariats institutionnels voire inter établissements.

Dans les endroits où la multiplicité des sites et des intervenants est importante, les messages ont plus de difficulté à passer c'est pourquoi il est important que le DS soit à l'interface des différentes logiques, soignantes, médicales, gestionnaires et administratives.

Au niveau de **l'encadrement soignant**, le rôle attendu du DS/EV, en tant que coordonnateur du groupe des CIS, est de favoriser le travail sur les référentiels lors de la démarche d'auto-évaluation et d'expliquer la méthodologie retenue : « *Il ramène les choses à l'essentiel* ».

La « *transmission des connaissances acquises lors des visites d'accréditation, sera favorisée par la restitution qui en sera faite aux soignants par l'intermédiaire de l'encadrement* ».

Au niveau **médical**, toutes les personnes interrogées ayant soulevé le problème du peu d'implication des médecins dans le processus d'évaluation et d'accréditation, certains

⁴¹ LE SAGET M, Le manager intuitif, Dunod, Paris, 1992

directeurs ont développé des stratégies de communication interne ciblées sur le corps médical afin de les sensibiliser aux enjeux à venir et à l'imminence de l'accréditation. La pierre angulaire de cette stratégie se trouve être, dans 92 % des cas, le DS/EV.

Dans les pratiques citées, nous relevons les :

- Restitutions systématiques en C.M.E., par le DS/EV de vécu de visites d'accréditation anonymisées, portant essentiellement sur le référentiel « Le patient et sa prise en charge » qui est décliné en « Droits et Information du patient, Dossier du Patient et Organisation de la Prise en charge des Patients »,
- Rencontres formalisées entre le DS/EV et un ou plusieurs médecins, pour traiter des difficultés rencontrées dans les services de soins ou des problèmes de dysfonctionnement médical pouvant entraîner des répercussions au niveau de la sécurité des soins ainsi que des réserves majeures lors de la visite d'accréditation,
- Diffusions aux chefs de services, des comptes-rendus d'accréditation ayant donné lieu à des réserves majeures sur un des sujets qui implique le corps médical,
- Réunions générales faites à destination de tout le corps médical pour expliquer la démarche d'accréditation et la phase d'auto-évaluation,
- Parutions d'articles sur l'accréditation dans le journal interne de l'établissement à destination de tout le personnel.

Il est à noter que dans les cliniques PSPH, lorsque les médecins sont salariés, le directeur possède un lien hiérarchique direct avec le corps médical « *et il est plus facile alors de les impliquer dans la démarche* ».

Il semble ainsi que la taille de l'établissement soit plus ou moins propice à une collaboration constructive et incitative avec le corps médical.

En ce qui concerne les **autres partenaires**, des procédures assez identiques à celles mises en place pour le corps médical existent.

Des restitutions systématiques en équipe de direction, aux instances, aux groupes de travail déjà constitués dans l'établissement sont faites par le DS/EV à la demande du chef d'établissement, aux retours des visites d'accréditation.

Selon le lieu et les conditions d'exercice, le DS/EV est considéré comme une **personne ressource** et un **référent** au niveau institutionnel, ce qui le singularise dans les petites ou grosses structures.

En effet son cursus personnel de soignant et l'expérience acquise lors des visites d'accréditation le font apparaître comme « **innovateur** » au sein de l'institution.

« *Etre novateur oblige à sortir de son rang, à s'isoler pour répondre aux propositions d'ouverture* ». ^{*42}

C'est pourquoi la plupart des chefs d'établissement interrogés attendent de lui un **retour sur investissement**, par ses remarques et interventions sur l'organisation en place ou à privilégier, pour une amélioration continue de la qualité dans l'institution.

« *Dans l'analyse du circuit du linge par exemple, l'expérience acquise par le DS/EV lors de ses visites, peut conforter le directeur dans une restructuration à mettre en place en vue d'une amélioration de la qualité du service rendu au patient* ».

Les mêmes remarques sont faites pour le réaménagement d'une biberonnerie, d'une stérilisation centrale, ...

A ce titre la plupart des chefs d'établissements considèrent les EV en général, et pas uniquement les DS/EV, comme les meilleurs ambassadeurs de la **démarche qualité**, et plus particulièrement de la démarche d'accréditation.

3 - EXERCICE DE LA DOUBLE COMPETENCE

Nous allons maintenant examiner les réponses qui concernent les atouts et difficultés liés à l'acquisition de la double compétence DS/EV.

Plusieurs des thèmes listés dans le tableau suivant ont déjà été abordés au cours de ce travail.

Les autres vont être développés plus loin.

⁴² ALTER N, La gestion du désordre en entreprise, Logiques Sociales, L'Harmattan, Paris, 1990

DOUBLE COMPETENCE DS/EV

QUESTIONS	REPONSES DS	REPONSES DE
ATOUT	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vision transversale de l'ES ▪ Expérience soignante à utiliser dans la démarche qualité ▪ Connaissance développée du domaine administratif ▪ DS/EV personne ressource pour soignants et direction ▪ Prise de recul permettant remise en cause des pratiques professionnelles et des modes de management ▪ Reconnaissance de l'agent et de sa double compétence ▪ Accompagne la démarche d'accréditation ▪ Développe des partenariats avec d'autres professionnels et d'autres établissements de santé (ES) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Découverte d'autres ES, d'autres méthodes de travail, d'autres organisations ▪ Partage d'expériences ▪ Oblige à aller à l'essentiel ▪ Valorisation personnelle du DS/EV ▪ Permet ressourcement dans la fonction DS, surtout si DS ancien dans la fonction et sur le site ▪ Connaissance de la méthodologie de l'accréditation = aide pour équipes et établissement de santé (ES)
DIFFICULTE	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gestion du temps ▪ Surtravail ▪ Positionnement, si double compétence pas reconnue dans ES ou par autres acteurs institutionnels ▪ Motivation si « <i>négative</i> » (fuite des problèmes rencontrés dans l'ES) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gestion du temps ▪ Surtravail ▪ Prise de recul par rapport aux fonctions DS et EV (éviter confusion des rôles) ▪ Reconnaissance plus ou moins formelle de la double compétence par pairs ▪ Matérielle (micro-ordinateur, ...) ▪ Motivation si « <i>négative</i> » » (fuite des problèmes rencontrés dans l'ES)

3.1 LIMITES ENTRE LES FONCTIONS DE DIRECTEUR DES SOINS ET D'EXPERT-VISITEUR

Nous avons vu tout au long de ce travail quelles étaient les complémentarités entre le rôle de DS et celui d'EV, c'est pourquoi nous allons examiner les limites qui se distinguent plus particulièrement de ces fonctions et missions, et doivent être prises en compte par les futurs candidats aux missions d'EV.

Tout d'abord nous évoquerons le problème du temps qui est revenu à maintes reprises dans tous les discours sans exception aucune.

3.1.1 La gestion du temps

Cette contrainte perçue comme inhérente aux cumuls des fonctions DS et EV, qui ne peuvent dépasser plus du tiers de leur temps de travail, suppose une organisation rigoureuse de la part du DS/EV pour ne pas s'éparpiller.

L'optimisation du temps est une nécessité à ce niveau de responsabilités et de charge de travail, car elle doit permettre de se concentrer sur les priorités et de rester vigilant sur les dérives.

*« Elle nécessite de la flexibilité, de se ménager des disponibilités, d'en avoir pour les autres sans perdre de vue ces buts personnels ».*⁴³

Toutefois quelques personnes interrogées reconnaissent que *« parfois un peu du travail d'EV est pris sur le temps de DS, notamment avant et après les visites d'accréditation, car il y a concentration intense du travail à fournir sur une très courte période et même le temps de travail personnel effectué à domicile (au détriment de la vie familiale ou des loisirs), n'est pas toujours suffisant pour remplir correctement ces missions ».*

Lorsque le DS/EV remplit les fonctions de coordonnateur, le problème du temps est encore plus crucial car la charge de travail (le *surtravail*)⁴⁴ s'en trouve majorée.

Les deux directeurs d'établissement interrogés, eux-mêmes experts-visiteurs, confirment cette grande difficulté à « trouver du temps ».

Ce qui explique pourquoi deux des directeurs des soins rencontrés ont refusé de remplir les fonctions de coordonnateur, et envisagent également la non-reconduction de leur mission à l'issue du contrat en cours.

⁴³ LE SAGET M, Le manager intuitif, Dunod, Paris, 1992

⁴⁴ GRAWITZ M, Lexique des sciences sociales, 6e édition, Dalloz, Paris, 1994

En outre la non-maîtrise de l'outil informatique et la non mise à disposition de micro-ordinateur par l'ANAES, sont également évoquées comme handicaps majorant le facteur temps dans l'exercice des missions d'EV.

L'autre point délicat abordé lors des entretiens, concerne le positionnement et le rôle du DS/EV dans la politique qualité de l'institution.

3.1.2 Place et rôle du DS/EV dans la politique qualité de l'établissement

Nous avons vu dans la deuxième partie de ce travail que **l'implication** personnelle du DS dans la démarche qualité est considérée par certaines des personnes interrogées, comme un facteur de progression des équipes et une aide à la démarche d'accréditation.

Par contre pour la majorité des DS/EV interrogés, la reconnaissance de la **double compétence**, passe par la légitimité institutionnelle et par un positionnement clair et officiel dans la cellule qualité.

Le tableau ci dessous récapitule les réponses faites par les DS et les DE sur le positionnement attendu ou souhaité, du DS/EV dans la démarche qualité de l'établissement.

DS/EV ET DEMARCHE QUALITE

POSITIONNEMENT SOUHAITE	REPNSES DS	REPNSES DE
Dans cellule qualité	33 %	16 %
Dans comité de pilotage (en vue de l'accréditation)	33 %	50 %
A la tête de la cellule qualité	16 %	16 %
Dans d'autres missions transversales	16 %	16 %
Cloisonnement de fonction entre DS et EV au niveau de la qualité	16 %	50 %
Implication personnelle du DS/EV dans la démarche qualité	80 %	66 %
Dans équipe de direction (Rappel)	100 %	100 %

La fonction nouvelle de DS/EV n'étant pas reconnue statutairement, il n'y a pas lieu pour la moitié des directeurs rencontrés, d'attribuer un rôle et une place particulière à la personne qui a acquis cette double compétence.

« *La segmentation institutionnelle résulte de l'accentuation de la spécialisation des rôles et peut entraîner une ségrégation cognitive* ». ^{*45}

C'est sur ce sujet sensible que les **divergences** de point de vue entre les directeurs eux-mêmes et les directeurs des soins apparaissent le plus tranchées.

A ce titre l'exemple d'un CHU est révélateur.

En effet après un audit interne le DS/EV n'a pas été positionné dans la cellule qualité, n'a eu aucune mission transversale au niveau de la démarche qualité de l'institution, et c'est un médecin qui a été choisi, pour travailler en collaboration directe avec la Direction des Soins sur la démarche d'accréditation.

La logique de direction qui a dominé, était de « *ne pas confondre la fonction avec la personne* ». ^{*46}

En ce cas la spécificité d'expert-visiteur n'est pas reconnue ni exploitée au niveau institutionnel « *hormis par la Direction du Service de Soins Infirmiers qui profite de l'expérience acquise pour favoriser les échanges et le travail en groupe de CI et CIS, sur les référentiels ANAES* ».

Ce qui explique pourquoi le **cloisonnement des deux fonctions**, qui apparaît comme absolument nécessaire à 3 directeurs sur 6, est majoritairement rejeté par les DS/EV.

Une exception est à noter cependant et concerne la réponse d'une clinique qui se distingue des autres, au niveau de la place accordée au DS/EV à la tête de la cellule qualité.

C'est le contexte local qui a déterminé ce choix stratégique, car le DS possède un DESS qualité.

⁴⁵ BERGER P, LUCKMANN T, La construction sociale de la réalité, Armand Colin, Paris, 1995

⁴⁶ ALTER N, La gestion du désordre en entreprise, Logiques Sociales, L'Harmattan, Paris, 1990

3.2 RECONNAISSANCE DES MISSIONS D'EXPERT-VISITEUR

Pour certains la « *jouissance personnelle* » éprouvée dans l'exercice des fonctions d'expert-visiteur prime sur le reste.

En effet « *la bouffée d'oxygène intellectuel* » (expression employée par 4 personnes sur 12, dont un directeur d'établissement lui-même EV) « *procurée par les visites d'accréditation qui permettent de sortir de l'institution et d'aller voir ailleurs ce qui s'y passe, de travailler avec d'autres partenaires pendant ces quelques jours* » contribuent à satisfaire pleinement les DS/EV rencontrés.

Le fait que le chef d'établissement ait donné son accord pour la candidature du DS au poste d'EV et le renouvelle à l'issue de la période d'engagement de 2 ans, est pour certains une reconnaissance suffisante des compétences développées.

La légitimité que leur confère le directeur, s'appuie sur « *des mécanismes complexes de reconnaissance mutuelle* »^{*47} qui sont facteurs d'assurance, d'autonomie, et de sécurité.

De plus les missions d'expert-visiteur sont les seules à être reconnues au même titre pour les directeurs de soins, pour les directeurs d'établissements et les médecins et il semble que « *sa qualité d'expert permet à un sujet de s'imposer* ».^{*48}

« *Elles satisfont ainsi un besoin de reconnaissance jusque là fort peu comblé au sein de la profession* ».

En effet « *la reconnaissance par les pairs, par l'ensemble de l'équipe de direction* », est un motif de satisfaction non négligeable, qui peut expliquer également l'engouement suscité auprès des DS.

Elle peut passer également par l'attribution de missions à caractère transversal sur l'établissement, par l'élaboration de projets institutionnels en partenariat avec les autres directions, par le rôle de conseiller «stratégique» que peut jouer le DS auprès du chef d'établissement sur des dossiers sensibles.

Pour d'autres au contraire, EV n'étant pas un métier, « *il n'y a pas de reconnaissance spécifique à accorder, et les autres formes de reconnaissances des missions d'EV*

⁴⁷ ALTER N, La gestion du désordre en entreprise, Logiques Sociales, L'Harmattan, Paris, 1990

⁴⁸ MANNONI P, Les représentations sociales, PUF, Paris, 1998

(pécuniaires notamment) doivent rester hors des préoccupations de l'institution et se règlent avec l'ANAES ».

3.3 VALORISATION PROFESSIONNELLE ET PERSONNELLE DU DIRECTEUR DES SOINS

La valorisation professionnelle et personnelle du DS, ainsi que la reconnaissance de sa **double compétence**, passe également, outre son positionnement, par les «*gratifications diverses que peut lui accorder le chef d'établissement* ».

Par exemple mise à disposition de micro-ordinateur portable, autorisation d'absence avant et après les visites d'accréditation pour lecture et rédaction des rapports, accord pour utiliser du temps de secrétariat de l'établissement au profit des tâches d'EV...

Cette expérience vécue par l'un des DS/EV rencontré, reste toutefois marginale et dépend des circonstances locales.

Il convient néanmoins de :

- ❖ Se méfier des effets pervers de la valorisation individuelle, qui pousserait le DS/EV à confondre les attributions qui sont propres à chaque fonction et à perdre de vue sa fonction première de DS pour lequel l'établissement l'emploie et le rémunère,
- ❖ Veiller à « *ne pas laisser l'EV s'enfermer dans ces fonctions, ni à les laisser s'appauvrir* » par l'exclusivité d'un territoire délimité,
- ❖ Garder une distance subjective qui apparaît comme raisonnable dans cette position à la fois individuelle et institutionnelle.

En outre «*des rapports de rivalité... peuvent s'élaborer à partir de la mise en jeu des systèmes de représentations qu'autrui va mettre en œuvre à son égard* ».*⁴⁹

C'est pourquoi il ne paraît pas souhaitable de valoriser de façon trop ostentatoire au sein de l'institution, la double compétence développée par le DS/EV.

3.4 PLUS VALUE POUR L'ETABLISSEMENT

Celle espérée par les chefs d'établissement est unanime.

⁴⁹ MANNONI P, Les représentations sociales, PUF, Paris, 1998

C'est pourquoi ils autorisent, « leur » DS à postuler pour la mission d'EV.

Toutefois ils souhaitent que ce dernier possède une certaine ancienneté dans l'établissement. (1 à 2 ans en général).

Le tableau ci dessous récapitule les réponses faites sur le sujet.

ATOUT ET PLUS VALUE

REPONSES	REPONSES DS	REPONSES DE
ATOUT POUR ETABLISSEMENT	66 %	50 %
ATOUT POUR DS LUI-MEME	100 %	100 %
PLUS VALUE POUR ETABLISSEMENT	100 %	100 %

S'il apparaît clairement que le fait d'être EV est un atout indéniable pour l'agent lui-même, les réponses sont plus mitigées par rapport à celui supposé pour l'institution.

Nous rejoignons sur ce point la problématique du cloisonnement de fonctions d'où la diversité des réponses.

Néanmoins avoir un DS/EV dans son établissement, permet :

- ❖ un retour d'informations émanant de l'ANAES, plus rapidement mobilisable pour l'institution,
- ❖ une diffusion « *vivante* » de la méthodologie de la démarche d'accréditation auprès du personnel,
- ❖ sensibilisation de l'encadrement soignant qui par effet miroir va le répercuter dans les services de soins.

Ce qui explique que lors d'un **recrutement**, le fait d'être EV est un « *discriminant positif* » pour tous les directeurs rencontrés, même si ce n'est pas le seul critère qui doit être pris en compte.

La nécessité pour un chef d'établissement d'avoir des collaborateurs opérationnels et fiables, possédant une vision « *macroscopique et stratégique* » de l'institution, le pousse à rechercher des adjoints performants, puisque « *posséder un diplôme ne suffit pas pour être*

*considéré comme expérimenté », et que « l'ancienneté dans la fonction n'est pas synonyme de professionnalisme ».*⁵⁰*

Pour un chef d'établissement, remplir les missions d'EV quand on est DS, démontre « sa capacité à se remettre en cause, à évoluer au sein d'une institution, à progresser dans une carrière ».

Au cours des entretiens, aucune expérience « malheureuse » n'ayant été relatée, tous les directeurs interrogés s'accordent à dire qu'ils trouvent là une **plus value** indéniable pour l'établissement.

Pour le DS/EV, cette plus value personnelle et professionnelle pourra être appréciée par exemple, lors d'un changement d'affectation géographique ou professionnelle.

C'est le cas de l'un des DS rencontrés, pour qui le fait d'avoir été expert-visiteur est très positif, car il lui permet de prendre d'autres responsabilités au sein de l'ANAES et d'évoluer ainsi sur le plan professionnel.

4 - SYNTHÈSE ET PROPOSITIONS

4.1 AU NIVEAU INSTITUTIONNEL

*« L'élargissement des domaines de compétences conduit à repenser et réorganiser la nature et la coordination des tâches avec comme finalité d'améliorer les capacités de réponses de l'organisation et de tendre vers une nouvelle productivité ».*⁵¹*

Si l'établissement est capable de s'adapter à ces changements, notamment dans le contexte actuel de pénurie de personnels qualifiés, de raréfactions des ressources, il y gagnera en efficacité pour ne pas dire en « rentabilité », ce qu'ont su parfaitement saisir les établissements de santé privés.

Au vu des résultats d'accréditation publiés sur le site de l'ANAES fin 2001, il est frappant de constater que sur 61 établissements évalués, 40 sont des établissements privés, quel que soit leur statut juridique.

Nous pouvons supposer que c'est leur plus grande réactivité qui est à l'origine de cette adaptation rapide.

⁵⁰ MINGOTAUD F, La fonction d'encadrement, Les éditions d'Organisation, Paris, 1993

⁵¹ ALTER N, La gestion du désordre en entreprise, Logiques Sociales, L'Harmattan, Paris, 1990

Pour un établissement public de santé, le défi reste à relever et le rôle du DS/EV dans cette démarche sera d'accompagner le changement pour qu'il soit profitable à l'institution de la manière la plus opérationnelle qu'il soit.

La nouveauté introduite par le décret d'avril 2002, laisse à penser que les futurs DS non issus de la filière infirmière, vont s'investir également dans ces missions de découverte et d'exploration.

Il appartiendra alors aux chefs d'établissements d'élaborer une stratégie d'arbitrage pour favoriser l'expression personnelle des compétences internes et permettre à l'institution de fonctionner au mieux de ses intérêts.

En synthèse nous retiendrons la complémentarité des rôles entre la fonction de DS, qui se situe davantage dans le champ du manager, alors que celle d'EV est plus en phase avec le rôle de leader.

Ce qui suppose pour le DS/EV des qualités lui permettant de développer un « *leadership durable* », à savoir :

- ❖ *Etre compétent,*
- ❖ *Etre « soi-même » un exemple,*
- ❖ *Avoir une intelligence des situations,*
- ❖ *Savoir prendre du recul,*
- ❖ *Avoir une vision stratégique de l'avenir,*
- ❖ *Etre porteur de valeurs,*
- ❖ *Apporter aux équipes une « réelle valeur ajoutée technique »,*
- ❖ *Avoir développé un professionnalisme incontestable.^{*52}*

Sa place et son rôle au sein de la structure qualité de l'établissement sont affaire de contexte local et il convient d'en être conscient pour s'adapter à la réalité des situations rencontrées.

Toutefois il reste primordial dans l'intérêt de tous, de développer au niveau de la politique de soins de l'établissement, des stratégies reprenant la maîtrise des processus qualités.

- ❖ Le renforcement de la responsabilisation de l'encadrement,
- ❖ la sensibilisation des personnels à l'amélioration et au suivi de la qualité des soins et du service rendu,

⁵² LE SAGET M, Le manager intuitif, Dunod, Paris, 1992

- ❖ leur implication dans la démarche d'auto évaluation,
- ❖ l'accompagnement des services et/ou personnels en difficulté,
- ❖ l'identification des besoins de formation des personnels,
- ❖ le recrutement de personnels qualifiés et motivés pour faciliter le décloisonnement et encourager le changement,

sont autant de moyens à la disposition du DS et de la direction des soins pour faire évoluer les pratiques existantes et tendre vers une dynamique qualité durable qui ne soit pas déconnectée du contexte dans lequel elle s'enracine.

*« Le but étant de permettre aux équipes d'agir avec davantage d'efficacité tout en préservant la liberté de chacun ».*⁵³

Le développement et le renforcement de partenariats à l'intérieur et hors de l'institution, les stratégies de communication développées, sont autant de facteurs favorisant l'atteinte des objectifs fixés.

Etre au moins deux à la direction des soins, disposer d'une équipe de cadres compétents et en nombre suffisant, travailler en parfaite coordination avec le chef d'établissement, est souvent évoqué comme un facteur de réussite dans le développement de double compétence de DS/EV.

En outre l'organisation interne du service de soins va être déterminante dans l'avenir, pour favoriser l'accès ou gérer la pérennité des fonctions d'EV, et rester une plus value pour l'établissement.

4.2 AU NIVEAU DE L'ANAES

A l'heure actuelle la philosophie de l'ANAES est de ne pas professionnaliser les experts-visiteurs, pour :

- Que ceux ci gardent un lien étroit avec le « terrain »,
- Maintenir une cohésion au niveau des différents corps recrutés,
- Ne pas singulariser une fonction à compétences transversales parmi d'autres.

⁵³ BERGER P, LUCKMANN T, La construction sociale de la réalité, Armand Colin, Paris, 1995

En effet « *l'émergence d'un personnel temps plein (avoir des experts professionnels) porte le germe du conflit social par la différence entre expert et praticien* »⁵⁴, et serait un risque pour l'indépendance et la neutralité de la mission à accomplir.

Néanmoins l'ANAES « *doit veiller à préserver le niveau de formation continue des EV dans le cadre de leurs missions et renforcer celle de coordonnateur* ».

Il n'y a pas lieu pour l'instant d'envisager d'autres formes de « *reconnaissance sociale des missions d'expert-visiteur, mais selon l'évolution de celles-ci dans les années à venir, le statut d'EV pourra éventuellement être repensé* » (2 réponses sur 6).

Toutefois, tous les EV interrogés y compris les directeurs d'établissement eux-mêmes EV, sont favorables à un octroi de temps supplémentaire accordé par l'ANAES avant et après les visites d'accréditation, afin de travailler efficacement et de réduire le « *surtravail* »⁵⁵, d'autant qu'aucun d'entre eux n'a atteint le quota fatidique des 30 % maximum autorisé.

En outre la question de la rémunération et du remboursement des frais liés à l'exercice de la mission d'EV a souvent été évoquée, y compris par les chefs d'établissement eux-mêmes EV.

En effet plusieurs d'entre eux signalent de fréquents retards de remboursement de la part de l'ANAES, ce qui les oblige à faire des avances de financement conséquentes, pour les frais inhérents aux déplacements lors des visites d'accréditation.

Aucun d'entre eux ne songe à « *s'enrichir* », mais une prise en compte des problèmes financiers rencontrés serait également ressentie comme une reconnaissance liée au travail effectué.

A ce propos un chef d'établissement (non EV) avance les propositions suivantes :

- ❖ « *L'établissement employeur de l'EV ferait l'avance de la totalité des frais (transport, nourriture, hébergement), puis se ferait directement rembourser par l'ANAES sur la production des justificatifs,*
- ❖ *Envisager de créer un fond spécial, destiné à faire des avances de prêts sans intérêts pour tous les experts-visiteurs dans l'exercice de leurs missions, en attendant le remboursement des frais réellement engagés par l'ANAES.*

Cela existe déjà dans certaines collectivités »..

⁵⁴ BERGER P, LUCKMANN T, La construction sociale de la réalité, Armand Colin, Paris, 1995

⁵⁵ GRAWITZ M, Lexique des sciences sociales, 6e édition, Dalloz, Paris, 1994

C O N C L U S I O N

La nouveauté de la mission d'expert-visiteur introduite en France par la procédure d'accréditation des établissements de santé, séduit un nombre toujours croissant de directeurs de soins issus des secteurs public et privé.

Si pour l'instant la non professionnalisation des EV reste un gage d'indépendance vis-à-vis de la procédure d'accréditation telle que souhaitée par l'ANAES, il n'est pas interdit de penser qu'elle sera peut être amenée à évoluer avec la montée en charge et le renforcement des procédures dans les années à venir.

La logique d'innovation qui sous-tend la plupart des candidatures, prend sa source dans une vision plus ou moins originale des rôles et fonctions attendus ou supposés au sein de l'institution dans laquelle ils s'exercent

Toutefois vigilance et circonspection restent de mise sur :

- Les motivations qui poussent un agent à postuler pour ces missions,
- Le nombre d'agents à encourager dans cette démarche au sein de l'institution,
- Les effets pervers qui peuvent s'en dégager, notamment les balkanisations de fonctions ou les transgressions de territoire.

Aussi après avoir surmonté la difficulté à gérer son temps, ce qui demeure la préoccupation première des personnes interrogées, les directeurs de soins et les chefs d'établissements sont unanimes à reconnaître que la double compétence acquise, se révèle être un plus indéniable dans la gestion des situations rencontrées au sein des établissements de santé.

En effet les qualités développées lors des visites d'accréditations potentialisent celles requises par les fonctions de DS et contribuent à les valoriser.

En outre l'élargissement des champs de compétence du DS consécutif au décret d'avril 2002, va imposer au chef d'établissement de redéfinir un positionnement clair au sein des structures de l'établissement notamment au niveau de la cellule qualité.

C'est pourquoi après validation des hypothèses, nous pouvons dire que l'équation de départ est résolue :

DS+EV= plus value pour l'établissement

Bibliographie

- ANAES, Manuel d'Accréditation des établissements de santé, Direction de l'accréditation, février 1999
- ANAES, Principes de mise en œuvre d'une démarche qualité en établissement de santé, avril 2002
- ALTER N, La gestion du désordre en entreprise, Logiques Sociales, L'Harmattan, Paris, 1990
- BERGER P, LUCKMANN T, La construction sociale de la réalité, Armand Colin, Paris, 1995
- CARRE.P, De la motivation à la formation, L'Harmattan, Paris, 2001
- CLAVERANNE J.P, Evaluation et services de santé, Actes du premier colloque des élèves et anciens élèves de l'IUP Santé de Lyon, juin 1996
- DUPUY O, Les premiers résultats de la procédure d'accréditation : confirmation de l'absence de sanction directe et mise en évidence de disparités des systèmes de qualité et de sécurité, La gazette de l'hôpital, n°35, décembre 2001
- GRAWITZ M, Lexique des sciences sociales, 6e édition, Dalloz, Paris, 1994
- LE BOTERF G, Comment investir en formation, Les Editions d'Organisation, Paris, 1989
- LECOINTE M, Les enjeux de l'évaluation, L'Harmattan, Paris, 1997
- LE SAGET M, Le manager intuitif, Dunod, Paris, 1992
- LEVY-BOYER C, La gestion des compétences, Les éditions d'Organisation, Paris, 1996
- LOSCHI A, Mémoire de fin d'études, La formation professionnelle continue un investissement à optimiser, Rennes, ENSP 1999
- MANNONI P, Les représentations sociales, Paris, PUF, 1998

- MARTIN D, ROYER-RASTOLL P, Représentations sociales et pratiques quotidiennes, Paris, L'Harmattan, 1994
- MINGOTAUD F, La fonction d'encadrement, Les éditions d'Organisation, Paris, 1993
- TEBOUL J, La dynamique qualité, Les éditions d'Organisation, Paris, 1990

Liste des annexes

GRILLE D'ENTRETIEN

ANNEXE N° 1

SYNTHESE DES REPRESENTATIONS DE ET DS

ANNEXE N° 2

Questions 1 – 2 - 3

SYNTHESE DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

ANNEXE N° 3

Questions 4 – 5

SYNTHESE DES REPONSES SUR VALORISATION ET RECONNAISSANCE

ANNEXE N° 4

Questions 6 – 7 - 8 - 9

ANNEXE N° 1

GRILLE D'ENTRETIEN

GRILLE D'ENTRETIEN

LES REPRESENTATIONS

- 1) Quelle est votre conception du rôle, des missions, du travail du **directeur des soins** ?
- 2) Quelle est votre conception du rôle, des missions, du travail de l'**expert-visiteur** ?
- 3) Quelles **qualités** cela suppose t'il ?

LES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

- 4) Quelle est l'implication du D.S/E.V dans la **démarche qualité** de l'établissement ?
- 5) Quel **partenariat** développe t'il (ou devrait-il développer) avec le corps médical, les autres acteurs de l'institution ?

RECONNAISSANCE - VALORISATION

- 6) A votre avis le fait de porter ces deux casquettes est il :
 - Un **atout** pour l'établissement, pour la personne elle même?
 - Une **difficulté** pour l'établissement, pour la personne elle même?Pourquoi ?

- 7) Peut-on parler de **plus value** pour l'établissement? : OUI-NON
Pourquoi?

- 8) Faudrait-il **reconnaître** statutairement, financièrement, d'une autre façon ces compétences particulières?

POUR LES DIRECTEURS D'ETABLISSEMENT UNIQUEMENT

- 9) Pour vous est-ce un **atout** supplémentaire, dans une logique de **recrutement**, d'avoir cette double compétence?

ANNEXE N° 2

SYNTHESE DES REPRESENTATIONS DE ET DS

Questions 1 – 2 – 3

SYNTHESE DES REPRESENTATIONS DE

Question 1 Quelle est votre conception du rôle, des missions, du travail du directeur des soins ?		
Directeur 1	Directeur 2	Directeur 3
<p>Sont stipulés par voie réglementaire</p> <p>Le DS fait partie de l'équipe de direction et il est associé comme les autres directeurs au fonctionnement de l'institution. Chacun a sa zone de compétences délimitée, participe à l'élaboration des projets communs, partage les informations et travaille en collaboration avec les autres.</p>	<p>7 attributions fixées par décret (cf. celui du 19 avril 2002).</p> <p>Au CHU, chaque DS a 1 secteur en charge dans la gestion du service de soins infirmiers, et a également des missions transversales</p> <p>Doit prendre la dimension pyramidale, horizontale et transversale du CHU.</p> <p>Il convient d'éviter la guerre des sites qui dépend en partie de la personnalité du DG et des adjoints, surtout en période de restructuration.</p> <p>Le DS doit faire preuve d'ouverture d'esprit, avoir un regard institutionnel, être motivé pour son travail.</p> <p>Il doit sortir de la gestion du personnel et ne pas faire que du recrutement.</p> <p>Il faut favoriser le management de projets.</p> <p>Le DS doit posséder et développer des valeurs professionnelles : prise de recul nécessaire par rapport au personnel, sentiment d'appartenance à l'institution, esprit d'équipe, respect mutuel de chacun; solidarité dans l'équipe de DS, entraide, transparence professionnelle.</p> <p>La longévité dans la fonction et dans l'établissement est un plus pour le travail de fond, mais un moins pour le ressourcement, le regard nouveau.</p> <p>La Direction des Soins doit rester centrée sur les soins et sur tout ce qui touche aux soins même de manière indirecte.</p> <p>La fonction contrôle est à ne pas oublier également; elle fait partie du rôle des DS.</p>	<p>Est intégré dans l'équipe de direction.</p> <p>Le rôle du DS est utile car il doit s'attacher à servir de meilleures prestations aux patients selon les moyens alloués ; il joue un rôle essentiel au niveau de l'amélioration de la qualité des soins par l'intermédiaire des cadres soignants.</p> <p>Ses missions sont définies par voie statutaire et réglementaire.</p> <p>Il travaille en partenariat.</p> <p>Chacun doit s'impliquer à son niveau dans la démarche qualité, le DS comme les autres directeurs. Il a un rôle propre mais, le fonctionnement de l'équipe de direction prime sur le fonctionnement de sa direction.</p> <p>Il ne doit pas passer son temps à faire de la gestion des effectifs, de plannings. Ce n'est pas son rôle.</p>

SYNTHESE DES REPRESENTATIONS DE

Question 1 Quelle est votre conception du rôle, des missions, du travail du directeur des soins ?		
Directeur 4	Directeur 5	Directeur 6
<p>Le DS doit garantir la qualité des soins dans l'établissement et la faire évoluer.</p> <p>Le DS a un rôle de directeur. Il fait partie de l'équipe de direction et à ce titre est associé au projet d'établissement, à la stratégie mise en place.</p> <p>Il doit favoriser la remontée d'information auprès du directeur, proposer des évolutions ou des perspectives d'évolution, savoir prendre du recul par rapport aux situations rencontrées, de la distance par rapport aux agents.</p> <p>Ce n'est pas un deuxième DRH.</p> <p>Le DS doit garder l'esprit soignant, c'est ce qui fait la différence avec les autres directeurs.</p> <p>Les difficultés souvent rencontrées sont plutôt sur le binôme DRH-DS et non DS-DG. L'ancienneté dans l'institution, surtout, peut être un frein au changement, car la prise de recul nécessaire à ce niveau n'est pas présente.</p> <p>La notion de mobilité géographique est fortement souhaitée ; c'est une opportunité pour la fonction, la personne, l'établissement. Par contre l'ancienneté dans l'établissement lui permet d'avoir une meilleure connaissance du terrain.</p> <p>La fonction de DS est importante ; il faut prendre de la distance, savoir comment fonctionne un hôpital dans son ensemble et pas seulement avoir une vision réduite à la portion soins. Le DS doit rester une personne de terrain et pas uniquement de textes..</p>	<p>Facilité d'appréhender des domaines qui ne sont pas forcément liés aux soins.</p> <p>La fonction de directeur du service de soins est récente et peut être un moteur de changement.</p> <p>Il faut trouver sa place dans l'organigramme.</p>	<p>Le DS est le « manager » de l'ensemble des équipes de soins au sens très large du terme.</p> <p>C'est un collaborateur membre de l'équipe de direction.</p> <p>Il est le comptable de l'élaboration et de l'avancée du projet de soins de l'établissement.</p>

SYNTHESE DES REPRESENTATIONS DS/EV

Question 1 Quelle est votre conception du rôle, des missions, du travail du directeur des soins ?		
DS/EV 1	DS/EV 2	DS/EV 3
<p>DS a un rôle de responsable : de la qualité des soins à l'hôpital, chargé de la compétence des agents placés sous sa responsabilité. Missions d'organisation et réalisation de soins, d'évaluation, animation des équipes soignantes(CIS surtout qui seront chargés de démultiplier les infos et d'assurer le retour dans les services de soins). Importance du rôle du DS dans la démarche qualité vis-à-vis des usagers, de la sécurité des soins et des vigilances</p>	<p>Répond à une mission de service public réglementée par les textes. Rôle conseil auprès des autres directeurs car le passé professionnel particulier des DS leur donne une bonne connaissance du terrain, du patient, de l'organisation des services, que n'ont pas les autres directeurs car leur formation est différente, insuffisante, essentiellement administrative et manque de réalité du terrain.</p> <p>Le DS est le représentant du patient au niveau de la direction, sinon personne ne parle du patient. C'est une logique différente de celle des directeurs qui ont vision plus comptable, plus budgétaire de l'hôpital. Le DS est ce représentant mais selon la place qui lui est faite par le DG au sein de l'institution, ce qui n'est pas évident partout. Lorsque l'IG, le DS est reconnu dans sa fonction, c'est plus facile. Dans toutes les actions à mener par le DS, le patient doit rester au centre de ses préoccupations : recrutement (dans une logique de recrutement que peut apporter l'IDE au patient?), travaux, choix du matériel, organisation de travail,...</p> <p>C'est une vision, une préoccupation un peu différente de celle des soignants(CIS et CI) qui voient le côté plus immédiat et adapté des choses.</p>	<p>Le DS est le collaborateur du chef d'établissement.</p> <p>Il travaille avec les autres directions. Il doit gérer tout ce qui concerne la partie soins et être le lien avec les services « prestataires » des services de soins.</p> <p>Son rôle est multiple et souvent ingrat : organisation de la politique des soins, coordination entre les différents services et les différents responsables, recrutement du personnel dont il a la responsabilité, « public relation » avec patient et famille si besoin...</p> <p>Son professionnalisme et sa rigueur doivent lui permettre d'être référent au niveau institutionnel de la qualité des soins.</p>

SYNTHESE DES REPRESENTATIONS DS/EV

Question 1 Quelle est votre conception du rôle, des missions, du travail du directeur des soins ?		
DS/EV 4	DS/EV 5	DS/EV 6
<p>Rôle de coordination des soins. Le DS fait partie de l'équipe de direction, participe à l'élaboration des stratégies institutionnelles, s'inscrit dans une démarche qualité et de stratégie d'organisation coordonnée au sein de l'établissement et en accord avec le projet médical, anime le service de soins infirmiers, la CSSI.</p> <p>Travaille en partenariat avec d'autres directions fonctionnelles, manage les CI, les CIS, les équipes de soins en collaboration et en relation avec le projet de soins. Il doit déléguer le recrutement, sauf celui des cadres et cadres supérieurs qu'il garde.</p> <p>Par contre le DS doit s'assurer de la bonne intégration et du suivi des agents recrutés.</p>	<p>Se situe au niveau "politique" de l'établissement; il fait partie de l'équipe de direction et à ce titre participe à l'élaboration de la stratégie et du projet de l'établissement, du projet social.</p> <p>Le DS, coordonnateur des soins propose une politique de soins.</p> <p>Le DS est un conseiller technique pour le DG. Il suit également la carrière administrative des agents.</p> <p>Il doit être à l'écoute et participer aux différents projets qui se mettent en place dans l'institution dont le projet de soins.</p> <p>C'est un animateur d'équipe de cadres, et en cascade leur demandera d'animer à leur tour les équipes dont ils ont la charge.</p> <p>Il intervient dans les conseils de service, les projets des services, des secteurs de soins.</p>	<p>Dans le privé, la fonction de directeur de soins existe depuis des années.</p> <p>Le DS a sous sa responsabilité toutes les filières de soins.</p> <p>Responsabilité de l'organisation des services, Affectation du personnel, Responsabilité de la politique d'amélioration continue de la qualité dans ces secteurs.</p> <p>Le DS est un manager de l'ensemble des activités médico-techniques de l'hôpital; il les coordonne, propulse une dynamique et en suit les évolutions.</p> <p>La qualité est un axe intégré dans cette politique au même titre que la gestion et le management du personnel.</p> <p>Le DS représente le malade en équipe de direction.</p>

SYNTHESE DES REPRESENTATIONS DE

QUESTION 2 Quelle est votre conception du rôle, des missions, du travail de l'expert-visiteur ?		
Directeur 1	Directeur 2	Directeur 3
<p>L'établissement donne son accord pour les différentes formations des agents, dont celle d'EV.</p> <p>La motivation qui pousse un agent à aller voir ailleurs ce qui se passe, si c'est une bonne motivation (curiosité, ouverture personnelle et professionnelle...), et non une fuite de son établissement, de situation difficile à gérer etc est un plus pour tout agent quelle que soit sa fonction.</p> <p>L'EV doit avoir une curiosité naturelle sur le fonctionnement général d'un établissement.</p>	<p>Discrétion demandée lors des visites et après.</p> <p>Il y a beaucoup de travail à fournir avant et après les visites, en général sur du temps personnel (le soir, les WE...).</p> <p>L'EV a un regard particulier sur la procédure d'accréditation; il ramène les choses à l'essentiel, les recadre.</p> <p>Son rôle en tant que coordonnateur du groupe des CIS, est de transmettre les connaissances acquises lors des visites effectuées pour favoriser ainsi un retour aux équipes par l'intermédiaire de l'encadrement.</p>	<p>Son rôle est défini par l'ANAES; Problème de la conception du rôle avec les 35 heures et la montée en charge des procédures d'accréditation, si le temps imparti à cette mission avoisine les 30%.</p> <p>Cela posera un problème de gestion du temps. Cela nécessite de négocier clairement le contrat avec le directeur de l'établissement employeur avant la pose de candidature auprès de l'ANAES pour bien définir le postulat de départ.</p>

SYNTHESE DES REPRESENTATIONS DE

QUESTION 2 Quelle est votre conception du rôle, des missions, du travail de l'expert-visiteur ?		
Directeur 4	Directeur 5	Directeur 6
<p>C'est un observateur, un enquêteur mais qui n'a pas de bienveillante neutralité.</p> <p>Chacun vit les visites par rapport à son expérience personnelle et professionnelle, et à travers le prisme de l'établissement visité.</p> <p>Il existe en fonction de ces éléments plus ou moins de tolérance de la part des EV.</p> <p>Ils doivent être capables de dépasser le simple fait et de décoder ce qui s'y rattache.</p>	<p>Regard extérieur sur la structure visitée.</p> <p>Le temps passé avec d'autres catégories socio-professionnelles lors de visites d'accréditations permet convergence du regard.</p> <p>Savoir prendre du recul avec l'affect pendant les visites et au retour dans l'établissement.</p> <p>« Jouissance personnelle » mais beaucoup de travail supplémentaire. Mission très contraignante.</p>	<p>Le rôle de l'EV consiste en un travail d'expertise pendant les visites.</p> <p>La connaissance du cadre dans lequel l'EV intervient est importante; il doit connaître les enjeux.</p> <p>La diversité des origines des EV n'est pas une difficulté mais une nécessité dans le cadre de l'accréditation.</p>

SYNTHESE DES REPRESENTATIONS DS/EV

QUESTION 2 Quelle est votre conception du rôle, des missions, du travail de l'expert-visitateur ?		
DS/EV 1	DS/EV 2	DS/EV 3
<p>Ces missions sont clairement définies par l'ANAES.</p> <p>Son rôle sera de :</p> <p>Valider (ou non) l'auto-évaluation des établissements, donner des pistes de réflexions, apporter des idées d'amélioration.</p> <p>Importance durant la visite de valoriser le travail effectué par les équipes, et de l'officialiser à travers le rapport final de visite.</p>	<p>C'est un conseiller et un "valideur".</p> <p>Il a un œil extérieur à l'hôpital, c'est un professionnel qui pointe et analyse ce qu'il voit.</p> <p>Les questions qu'il pose lors des visites d'accréditation servent à comprendre ce qu'il a vu lors de ces visites et permettent de valider la démarche d'auto évaluation.</p> <p>C'est une observation "conformité" ou "décalage" entre l'auto-évaluation et la visite effectuée</p> <p>Doit connaître la démarche qualité.</p>	<p>Lors des visites d'accréditation : mission d'évaluation, de confrontation par rapport à l'autoévaluation faite par l'établissement de santé.</p> <p>Rôle de «neutralité » lors de l'élaboration du rapport, exactitude des propos.</p>

SYNTHESE DES REPRESENTATIONS DS/EV

QUESTION 2 Quelle est votre conception du rôle, des missions, du travail de l'expert-visiteur ?		
DS/EV 4	DS/EV 5	DS/EV 6
<p>Doit savoir travailler en commun avec d'autres experts visiteurs. Contribue à la mise en œuvre au plan national, de la démarche d'accréditation préconisée par l'ANAES. Effectue des visites sur sites. Permet de voir ailleurs ce qui se fait, d'autres organisations, d'autres outils, d'autres méthodes de travail,...</p> <p>C'est un travail de professionnel qui implique de rester crédible, objectif, attentif.</p> <p>Doit respecter les règles édictées par l'ANAES lors des visites sur sites.</p>	<p>L'EV doit faire des recherches théoriques personnelles dans le cadre de l'accréditation et des visites qu'il va devoir effectuer.</p> <p>C'est un attrait personnel pour la mission. Le DS mesure et développe des partenariats avec d'autres établissement dans le cadre de ses recherches. Le fait d'être EV permet d'avancer plus vite, de pointer les manques de l'établissement. Il faut alors rechercher les ressources internes surtout pour la méthodologie. L'EV ne doit pas oublier l'aspect "contrôle" de la mission même s'il paraît négatif. L'accréditation, c'est une manière "de contrôler" pour aider les autres à progresser.</p> <p>Etre EV permet d'aller voir ailleurs ce qui s'y passe et il y a un intérêt pour l'établissement car il y a un retour sur investissement ensuite.</p> <p>Le fait d'être EV permet de trouver des solutions par rapport à ce qui est vu en interne et ce qui a été vu ailleurs car les visites sont intenses. ça permet de voir autre chose, de comparer, d'apprendre, de partager avec d'autres EV.</p>	<p>Ses missions sont bien définies par l'ANAES, sont claires et font l'objet d'un contrat d'engagement. Si on accepte, on applique, et si on n'est pas d'accord alors on s'en va.</p> <p>Etre EV est une fonction en détachement de l'établissement; dans son propre établissement on n'est pas EV.</p> <p>La fonction EV enrichit les connaissances du DS (ou des autres EV qui ne sont pas DS; ce n'est pas spécifique aux DS).</p>

SYNTHESE DES REPRESENTATIONS DE ET DS

QUESTION 3 Quelles qualités cela suppose t'il ?		
Directeur 1	Directeur 2	Directeur 3
<p>Motivation "+++", car charge de travail énorme en tant qu'EV autour des visites d'accréditation.</p> <p>"Avoir de la bouteille", savoir prendre du recul, avoir une capacité d'analyse certaine lors des visites, savoir synthétiser ce qui est vu ; faire preuve de curiosité, d'ouverture d'esprit, être organisé.</p>	<p>Etre structuré, organisé, Avoir une rigueur et une honnêteté intellectuelle,</p> <p>Respecter la politique mise en place dans l'institution même si on n'est pas d'accord avec,</p> <p>Savoir gérer, rendre compte, Capacité à communiquer,</p> <p>Savoir prendre de la distance, relativiser les évènements,</p> <p>Etre modeste : la reconnaissance des autres passe par le travail que l'on accomplit,</p> <p>Eviter les critiques mais parler vrai tout en y mettant les formes,</p> <p>Entretenir des relations avec le président de la CME, avec le DG, les autres directeurs.</p>	<p>Organisation dans le travail, méthode et connaissance de la méthodologie requise par l'ANAES pour les procédures d'accréditation, rigueur personnelle et professionnelle, ouverture d'esprit nécessaire pour entrer dans la démarche qualité, la connaissance du monde hospitalier public et privé.</p> <p>Autres compétences à développer : -aptitude à faire, à produire des résultats, avoir une connaissance préalable des problèmes traités (liée à l'expérience professionnelle), connaissances théorique et techniques.</p> <p>Se partager le travail, les référentiels avant la visite d'accréditation selon les compétences des uns et des autres,</p> <p>Etre professionnel,</p> <p>Développer des aptitudes psychologiques.</p> <p>Sur le plan personnel : être curieux, ouvert, positif... ,</p> <p>Etre EV est un enrichissement personnel au départ mais pas institutionnel.</p>

SYNTHESE DES REPRESENTATIONS DE

QUESTION 3 Quelles qualités cela suppose t'il ?		
Directeur 4	Directeur 5	Directeur 6
<p>Objectivité Tolérance Connaissance du milieu hospitalier Ouverture d'esprit pour éviter les clivages, les cloisonnements Le fait d'être EV conduit à être à l'aise et polyvalent.</p>	<p>Organisation rigoureuse et une reconnaissance par le directeur et par ses pairs. Il faut une motivation de départ, être partant pour un projet.</p>	<p>Avoir un intérêt personnel pour la qualité des soins. Avoir un esprit planificateur, une grande capacité d'organisation personnelle Savoir organiser le travail des autres (il est très important de maintenir une pression organisatrice constante), maîtrise des outils existants notamment de l'informatique, capacité d'adaptation sur le terrain. Sens de l'observation qui permet de pointer les spécificités du contexte local lors des visites, rigueur intellectuelle très importante dans son travail et dans la gestion de son temps, montrer un intérêt intellectuel pour la lecture professionnelle surtout dans le domaine de l'accréditation, de la qualité, ce qui oblige à savoir faire la part des choses, à faire du classement dans son esprit. Les problèmes liés à l'absentéisme du DS/EV lors des visites d'accréditation, et à l'organisation de la gestion du temps sont des faux problèmes car cela se prépare dans l'établissement. Cela nécessite une excellente collaboration entre le directeur et le DS et entre le DS et ses principaux collaborateurs. Il faut une rigueur dans l'organisation des réunions, de la ponctualité dans la restitution des comptes-rendus, une standardisation dans le fonctionnement de l'institution.</p>

SYNTHESE DES REPRESENTATIONS DS/EV

QUESTION 3 Quelles qualités cela suppose t'il ?		
DS/EV 1	DS/EV 2	DS/EV 3
<p>Etre organisé "+++" (c'est primordial). Savoir gérer son temps car gros travail en amont et en aval de la visite elle-même. Obligation de tout lire, d'approfondir les référentiels à traiter par l'EV dès la répartition des tâches entre EV connues. Etre crédible dans ses propos lors de la visite : méthode, rigueur, disponibilité. Il faut mettre des cadres, poser des jalons ; obligation de discrétion; difficile parfois quand on rentre de visite. Savoir positiver ce qui a été vu, rapporter les dysfonctionnements pointés de façon "correcte". Ne pas émettre de jugement de valeurs, savoir rester neutre. Maîtriser l'informatique est un + (problème de confidentialité si rapport donné à la secrétaire).</p>	<p>Grande capacité de travail car cela prend beaucoup de temps d'être EV avant, pendant et après les visites. Bonne résistance physique car le travail d'EV est éprouvant (journées très longues lors des visites d'accréditation; en général amplitude de 15 heures voir plus parfois). Très grande objectivité, sens de l'analyse; ne pas chercher des solutions à la place de l'établissement visité. Rester sur les faits observés, rien que les faits. Aimer la nouveauté, la découverte, la remise en cause professionnelle surtout par rapport aux pratiques; cela nécessite une ouverture d'esprit certaine. Aimer également ce que l'on fait, le travail en équipe, aimer apprendre ; ce doit rester un plaisir.</p>	<p>Mêmes qualités requises pour DS et pour EV mais en plus : Ouverture d'esprit suffisante pour accepter remise en cause pratiques professionnelles voire personnelles Rigueur et grande capacité de travail. Sens de l'écoute. rapidité de compréhension des situations rencontrées. Etre organisé, conseiller mais aussi contrôler. Etre professionnel, curieux et dynamique</p>

SYNTHESE DES REPRESENTATIONS DS/EV

QUESTION 3 Quelles qualités cela suppose t'il ?		
DS/EV 4	DS/EV 5	DS/EV 6
<p>Adaptabilité</p> <p>Sens relationnel, écoute,</p> <p>Sens de l'analyse; pas de jugements de valeur,</p> <p>Comprendre le pourquoi, le comment de ce qui est vu, de ce qui est fait,</p> <p>savoir travailler en partenariat, être capable de décisions, être ouvert, capable de curiosité intellectuelle personnelle et professionnelle, avoir l'esprit positif, être disponible, dynamique, énergique, avoir de la rigueur, savoir s'organiser, gérer son temps,</p> <p>Se fixer des priorités, faire des choix, déléguer, planifier, organiser, s'organiser, être motivé.</p>	<p>Gros travail de lecture ; savoir pointer rapidement ce qui pose problèmes. Frustration à surmonter quand on est EV, car on ne peut pas tout voir lors des visites et on a très peu de temps à consacrer aux échanges avec les professionnels qui sont eux mêmes frustrés de la rapidité de la visite par rapport à tout le travail engendré.</p> <p>L'EV doit favoriser les échanges, aiguiller les établissements vers des pistes de réflexions, aider à pointer les éléments manquants et marquants.</p> <p>Savoir s'organiser, respecter le temps imparti, ne pas se laisser déborder,</p> <p>Avoir une expérience professionnelle variée, surtout pour un DS,</p> <p>Savoir observer, avoir une réactivité importante,</p> <p>Développer un savoir être afin de faire passer des messages parfois négatifs, même s'ils restent à visée pédagogique et non destructrice,</p> <p>Parler plutôt en termes d'améliorations à apporter, être à l'écoute.</p> <p>Etre EV n'est pas neutre mais impliquant.</p>	<p>La qualité première est d'être très bien organisé pour partager son temps et son travail entre les deux fonctions.</p> <p>Il existe un profil de personnes recherché par l'ANAES :</p> <p>Etre touché à tout, se situer comme auditeur et comme "conseil", non comme décideur, manager.</p> <p>Tout DS ne fera pas un bon EV et vice versa.</p> <p>Etre DS est aidant dans la fonction d'EV car c'est le seul de part sa fonction, qui possède une vision très transversale de l'établissement.</p>

ANNEXE N° 3

SYNTHESE DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

Questions 4 – 5

SYNTHESE DE DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

QUESTION 4 Quelle est l'implication du D.S/E.V dans la démarche qualité de l'établissement ?		
Directeur 1	Directeur 2	Directeur 3
<p>Doit être impliqué dans la démarche qualité de l'établissement.</p> <p>Le "retour", après les visites d'accréditation, peut être réinvesti dans l'établissement.</p> <p>L'EV est une personne ressource au sein de l'institution et peut donner, ou aider, pour des conseils de méthodologie, de management de groupe.</p> <p>C'est un référent mais tout dépend de la taille de l'établissement.</p>	<p>Le DS qui a choisi d'être EV a fait sa démarche à titre personnel, donc il n'y a pas lieu d'utiliser ses compétences à titre institutionnel.</p> <p>C'est un positionnement par rapport à la Direction des Soins.</p> <p>Travailler sur les différents items, surtout ceux qui ont été cotés C et D, est du ressort de la cellule qualité.</p>	<p>DS/EV n'a pas de rôle particulier dans la structure qualité de l'établissement.</p> <p>Il a sa place au sein du comité de pilotage mais en tant que DS dans sa fonction, et non en tant qu'EV; ses compétences seront requises par rapport à une exigence de qualité des soins</p> <p>Il n'a pas sa place au sein de la cellule qualité.</p> <p>Les fonctions de DS et d'EV doivent être cloisonnées. Il ne doit pas y avoir de mélange sur le terrain, de confusion des genres.</p> <p>L'implication dans la démarche qualité en tant que DS est totale mais en tant qu'EV nulle; il y a un clivage professionnel entre les deux.</p> <p>L'approche personnelle du DS/EV est cependant mise à profit par l'établissement car il faut savoir utiliser les compétences développées, les ressources disponibles pour les intégrer dans la démarche mais en tant qu'acteur positionné d'après le rôle qui est le sien.</p>

SYNTHESE DE DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

QUESTION 4 Quelle est l'implication du D.S/E.V dans la démarche qualité de l'établissement ?		
Directeur 4	Directeur 5	Directeur 6
<p>Le DS est impliqué dans la démarche qualité pour faire progresser le service de soins.</p> <p>En tant qu'EV c'est un référent pour l'établissement, il sera sollicité pour différents travaux, dans différents groupes de travail.</p> <p>Si un groupe qualité existe, le DS sera sollicité par rapport à son expérience d'EV.</p> <p>Le partage d'expériences après le retour de visites tout en conservant l'anonymat des sources, est attendu.</p> <p>Ce retour est également attendu au niveau institutionnel en positif ou négatif, par comparaison avec ce qui a été vu et une implication marquée dans la vie de l'établissement est demandée au DS/EV.</p> <p>L'accréditation des autres doit servir à soi. Il y a concentration d'informations à exploiter.</p> <p>C'est porteur de dynamique, de changement.</p> <p>De plus l'EV doit se mettre, s'il n'y était déjà à l'utilisation de l'informatique.</p>	<p>Il faut laisser du temps au temps et être bien installé dans l'établissement pour avoir suffisamment de recul.</p> <p>Il faut s'impliquer dans la démarche qualité et être soi-même un exemple, repenser le fonctionnement dans l'institution, écrire des procédures.</p> <p>D'où l'intérêt en tant qu'E.V d'aller voir ailleurs ce qui se passe, ce qui se fait sur un même modèle (curiosité intellectuelle) et qui peut déboucher sur une réorganisation interne du travail, une mise en conformité des locaux, des procédures, des méthodes.</p>	<p>L'implication du DS en tant qu'EV doit être complète dans la démarche qualité. Dans un petit établissement c'est conciliable.</p> <p>Il y a souvent identification de l'individu à la fonction, à dissocier dans la cellule qualité.</p> <p>Le DS doit être associé de la manière la plus étroite possible à la politique qualité de l'établissement.</p> <p>Si la taille de l'hôpital le permet, le DS doit être à la tête de la cellule qualité.</p> <p>Cela permet de maintenir une pression positive sur l'organisation et la démarche qualité</p>

SYNTHESE DS/EV DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

QUESTION 4 Quelle est l'implication du D.S/E.V dans la démarche qualité de l'établissement ?		
DS/EV 1	DS/EV 2	DS/EV 3
<p>Présence obligatoire dans la cellule qualité. Acteur clé dans la pérennisation de la démarche après la visite.</p> <p>L'accréditation est centrée sur la personne soignée est c'est également le rôle du DS; il y a cohérence entre les 2 fonctions.</p> <p>Le DS/EV maîtrise les concepts, la méthodologie de la démarche projet, d'où sa place dans la cellule qualité. Il s'implique également dans l'évaluation de la démarche car, par sa formation initiale, il est déjà formé à la culture de l'évaluation. C'est un atout dans cette fonction.</p> <p>Dans la phase d'auto évaluation, rôle de conseil important surtout si on a déjà fait des visites sur site; aide du DS/EV pour la méthodologie, la rédaction d'écrits.</p>	<p>Sera celle donnée par le DG.</p> <p>Si DS/EV sollicité il y aura apport de démarche partagée.</p> <p>Si DS/EV non sollicité se cantonnera à son rôle de DS strictement.</p> <p>Néanmoins le DS/EV fera des restitutions d'approche de visites d'accréditation aux CIS dans les différents groupes de travail existant.</p> <p>La formation faite par l'ANAES aux EV sera ainsi rendue à l'établissement par l'intermédiaire des échanges professionnels avec les CIS; ceux ci seront ainsi largement familiarisés avec la démarche d'accréditation et pourront répondre plus facilement aux interrogations du personnel.</p> <p>Il n'y a pas d'implication particulière au niveau de la cellule qualité.</p>	<p>Partie prenante de la démarche qualité mais pas responsable qualité dans un grand établissement. Dans un petit, (hôpital local par exemple), cumul de fonction possible par nécessité : équipe de direction très restreinte (souvent 2 à 3 personnes) d'où cumul de casquettes inévitable.</p> <p>Doit être un guide pour l'équipe de soins, un conseiller au niveau de la méthode.</p>

SYNTHESE DS/EV DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

QUESTION 4 Quelle est l'implication du D.S/E.V dans la démarche qualité de l'établissement ?		
DS/EV 4	DS/EV 5	DS/EV 6
<p>La démarche qualité fait partie intégrante du rôle de l'IG et du DS dans le projet et la dynamique de l'amélioration continue de la qualité.</p> <p>Ce doit être un réflexe à n'importe quel niveau; savoir qui fait quoi, pourquoi, comment, à quoi cela va servir; c'est un comportement à adopter dans la gestion du service infirmier et à faire adopter par les CIS et les CI.</p> <p>La place de l'IG, du DS dans la cellule qualité est à dissocier de celle du responsable qualité mais l'intérêt de sa présence en tant que DS/EV demeure.</p> <p>Ce doit être un travail en intelligence avec le responsable qualité; le DS/EV doit s'intéresser à cette démarche car il est un élément favorisant, une personne ressource de part son expérience mais il ne doit pas prendre la place du responsable qualité.</p> <p>Lors d'une nouvelle prise de poste en tant que DS il est important de se positionner d'abord en tant que DS avant de s'intéresser à la démarche qualité et de se positionner dans celle ci : attention à ne pas déborder !.</p>	<p>S'il y a déjà un EV dans la cellule qualité, il n'est pas utile que le DS/EV y soit.</p> <p>Par contre il peut apporter une aide méthodologique aux équipes.</p> <p>La direction des soins s'engage aussi dans la démarche d'accréditation, et le DS/EV se situe alors en tant que DS; par contre il apporte son expérience d'EV au comité de pilotage, à l'équipe de direction, à ceux qui le sollicite.</p> <p>Le DS/EV axe son travail par rapport aux référentiels et par rapport à son vécu d'EV; c'est un aspect important constaté avec l'expérience.</p> <p>Le DS n'est pas un animateur de groupe "a priori"; c'est plutôt le rôle des CIS et CI, voire du responsable de service.</p> <p>Par contre le DS doit faire avancer la démarche qualité de l'établissement.</p> <p>La démarche d'accréditation permet d'avancer dans la réorganisation du travail de l'institution.</p>	<p>Il ne faut pas associer le DS/EV dans la démarche qualité de l'établissement afin d'éviter la confusion des genres.</p> <p>On est EV hors de son établissement et DS dans celui ci.</p> <p>Si le DS/EV est le directeur de la qualité, il s'occupe de la démarche qualité intégrée dans la politique qualité de l'établissement.</p> <p>En tant qu'EV, il a acquis des connaissances à réinvestir dans la compréhension de la démarche par un apport méthodologique important, par le remplissage des référentiels, par les connaissances et compétences liées au management de l'établissement et à sa stratégie, et non liées à une question de personne.</p>

SYNTHESE DE DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

QUESTION 5 Quel partenariat développe t'il (ou devrait-il développer) avec le corps médical, les autres acteurs de l'institution ?

Directeur 1	Directeur 2	Directeur 3
<p>Les partenariats à développer dépendent du positionnement du DS, de sa compétence, de sa reconnaissance au plan local.</p> <p>Sur le principe il y en a à développer mais avant de positionner une personne, il convient de définir une méthodologie, de poser un cadre institutionnel selon le contexte dans lequel il évolue.</p> <p>Après un audit interne, un médecin coordonnateur travaille en collaboration avec la DSSI et pas forcément avec le DS/EV.</p>	<p>L'hôpital est un milieu écrasant où il faut savoir faire sa place, "avalier des couleuvres", se positionner.</p> <p>En accord avec le DG, le coordonnateur des soins fait le compte rendu des activités de la direction des soins en CME uniquement (et pas lors des autres instances), mais ne demande pas leur avis aux médecins.</p> <p>Le DS collabore avec les autres directeurs.</p>	<p>La fonction DS/EV n'existe pas statutairement donc il n'y a pas de partenariat à développer à ce titre.</p> <p>Néanmoins il y a partage de savoirs à 2 niveaux : professionnel par le développement de compétences spécifiques, qui confère une aura particulière et permet de faire passer des messages dans l'institution, de développer une image, personnel par la valorisation des expériences qui permet un rapport individuel avec la cellule qualité ou le responsable qualité de l'établissement.</p>

SYNTHESE DE DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

QUESTION 5 Quel partenariat développe t'il (ou devrait-il développer) avec le corps médical, les autres acteurs de l'institution ?

Directeur 4	Directeur 5	Directeur 6
<p>Le partenariat peut revêtir plusieurs formes : -communication interne via le journal de l'établissement à destination de tout le personnel (médical et autres) par :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la participation active à différentes commissions, (CME, CTE, ...) en relatant sous couvert d'anonymat ce qui a été vu ailleurs et pourrait être transposé dans l'établissement, - le retour en équipe de direction, aux groupes de travail déjà constitués, au groupe qualité, aux équipes, aux instances 	<p>Le D.S s'inscrit dans une démarche transversale en liaison avec le corps médical et administratif.</p> <p>Pour entrer en accréditation la compétence médicale est un "+" en dehors de la compétence soignante et administrative.</p> <p>La culture de l'évaluation est difficile à intégrer dans la culture médicale. Il n'y a pas de remise en cause des pratiques, pas de critères objectifs.</p> <p>Le dossier médical est un point sensible : le médecin diffère du soignant et veut garder son autonomie.</p> <p>Il faut éviter les errements (ex : le dossier patient), les fuites en avant.</p> <p>Il faut trouver un langage commun, se saisir des expériences vécues ailleurs si sont positives, et profiter de la convergence pour faire avancer la démarche. Cela dépend également de la maturité des équipes, de l'avancée des travaux dans l'établissement.</p>	<p>Dans le domaine du partenariat, toutes les solutions sont imaginables. Place à la créativité !.</p> <p>Il existe à l'heure actuelle une logique des centres de responsabilités avec ses côtés positifs et ses côtés négatifs.</p> <p>Le DS/EV a sa place dans le partenariat avec le corps médical car il participe en tant que directeur adjoint aux définitions des orientations de l'établissement et plus particulièrement sur le plan de la qualité.</p> <p>Le point fort dans établissement PSPH : les médecins sont salariés et nommés par le CA et le directeur de l'établissement, d'où un lien hiérarchique direct et donc pas de possibilité de rester en marge du fonctionnement de l'établissement.</p>

SYNTHESE DS/EV DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

QUESTION 5 Quel partenariat développe t'il (ou devrait-il développer) avec le corps médical, les autres acteurs de l'institution ?

DS/EV 1	DS/EV 2	DS/EV 3
<p>C'est un plus si le DS est EV car il a un discours soignant et pas seulement administratif qui rejoint le discours médical et il permet de sensibiliser le corps médical encore peu formé.</p> <p>Il "assoit" la démarche ; si le DG n'est pas convaincu, vraie difficulté.</p> <p>Importance de développer des partenariats surtout avec le responsable qualité, mais le DS ne doit pas être le responsable qualité de l'établissement. Il n'a pas la formation nécessaire même s'il a des compétences. Le regard externe est nécessaire, le multi-partenariat aussi car la qualité n'est pas seulement l'affaire des soignants. Les partenaires sociaux : à associer à la démarche qualité, l'accréditation, et dans le suivi de la démarche. Faire des retours réguliers des différents groupes de travail. Il faut jouer la transparence, donner les différents éléments, les discours qui sont tenus. Le discours doit être le même quels que soient les interlocuteurs. Il y a un gros travail de communication à réaliser sur la démarche qualité . Il faut apprendre à travailler avec les IFSI et les IFCS et les divers centres de formation.</p>	<p>Pas de relation particulière en tant qu'EV avec le corps médical et les autres acteurs de l'institution, mais en tant que DS uniquement.</p> <p>Relation privilégiée avec les CIS uniquement.</p> <p>Le corps infirmier est beaucoup plus mobilisé que les autres acteurs par la démarche d'accréditation; les CIS sont les relais de l'information.</p> <p>Il existe une dynamique interne à la DSSI, un comité de pilotage a été institué, un audit interne a déjà été effectué.</p>	<p>EV est un plus dans la fonction du DS donc partenariats restent identiques.</p> <p>Rien de plus à développer que pour le DS mais axer le discours qualité et les bonnes pratiques sur le long terme et pas seulement en vue d'une accréditation.</p> <p>Doit faire prendre conscience à tous les acteurs de l'hôpital de l'état d'esprit à développer.</p>

SYNTHESE DS/EV DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

QUESTION 5 Quel partenariat développe t'il (ou devrait-il développer) avec le corps médical, les autres acteurs de l'institution ?

DS/EV 4	DS/EV 5	DS/EV 6
<p>Il est absolument nécessaire de travailler en bonne intelligence avec les autres acteurs de l'établissement et surtout avec le corps médical; la collaboration est indispensable et s'inscrit elle-même dans la démarche qualité. En outre le regard des deux parties est indispensable car il a une même finalité centrée sur le patient</p> <p>Tout le monde est partie prenante malgré le rôle propre de chacun (médecins, administratifs, paramédicaux, médico-techniques,...).</p>	<p>Le DS est à l'interface entre les différentes logiques de l'hôpital : administratives, soignantes, médicales, gestionnaires...</p> <p>Il est à l'interface également entre le corps médical et les directeurs car il est soignant à la base et reste soignant, même si la partie administrative de sa fonction occupe environ 95% de son temps.</p> <p>Il doit également être à l'écoute des personnels et aussi des patients et/ou de leur famille.</p>	<p>Il est nécessaire pour le corps médical de savoir "QUI" parle : le DS, l'EV, le directeur de la qualité (quand cumul des 3 casquettes).</p> <p>Etre EV permet de faire passer des messages, de "remettre des pendules à l'heure", et permet d'éviter des ragots, de couper court aux rumeurs au sujet de l'accréditation et de la procédure. On dit souvent n'importe quoi à l'hôpital. Etre EV donne du poids mais peut être un handicap car il n'y a pas, il n'y a plus de corporatisme.</p> <p>Idem pour le personnel médical ou non : il y a un fantasme de psychose ou de "je m'en foutisme" vis à vis de l'accréditation.</p>

ANNEXE N° 4

**SYNTHESE DES REPONSES SUR VALORISATION ET
RECONNAISSANCE**

Questions 6 – 7 – 8 – 9

SYNTHESE DES REPONSES DE SUR VALORISATION ET RECONNAISSANCE

QUESTION 6 A votre avis le fait de porter ces deux casquettes est il :		
- un atout pour l'établissement, pour la personne elle même? Pourquoi		
- une difficulté pour l'établissement, pour la personne elle même? Pourquoi ?		
Directeur 1	Directeur 2	Directeur 3
<p>Atout Oui sans conteste pour la personne elle même et pour l'établissement. Permet d'aller voir ailleurs ce qui se passe, d'en ramener des idées, sans vouloir les copier à tout prix mais en les adaptant au contexte local.</p> <p>Difficulté : problème de la gestion du temps est le plus gros problème rencontré. En théorie seul le travail d'EV est pris sur le temps personnel uniquement; en pratique une partie du travail d'EV est pris sur le temps de travail institutionnel donc sur celui de DS.</p>	<p>Atout : pour la personne elle-même, être EV est un "+" car permet un ressourcement dans la fonction quand le DS est ancien dans sa fonction, dans sa carrière.</p> <p>Pour l'établissement c'est également un "+" car la personne peut être sollicitée en cas de besoin.</p> <p>Difficulté : si le choix d'être EV est une "fuite" pour passer du temps hors de l'établissement et échapper ainsi aux problèmes rencontrés.</p>	<p>DS/EV est d'abord une valorisation personnelle et indirectement un atout pour l'établissement par le partage des expériences acquises.</p> <p>C'est un plus pour les deux mais il doit y avoir une clarté obligatoire au départ dans la fonction pour éviter les difficultés (cf. point 2).</p> <p>Difficulté pour l'établissement: (cf. point 2 sur problème d'absentéisme):</p> <p>Il ne faut pas faire une instrumentalisation de l'accréditation. Ce n'est pas sain si un établissement demande à un DS de devenir EV; la demande doit rester personnelle car ce n'est pas (pour l'instant) une mission institutionnelle.</p> <p>L'EV a l'autorisation de partir pour les visites d'accréditation et est rémunéré pour cela mais rien de plus.</p>

SYNTHESE DES REPONSES DE SUR VALORISATION ET RECONNAISSANCE

QUESTION 6 A votre avis le fait de porter ces deux casquettes est il :		
- un atout pour l'établissement, pour la personne elle même? Pourquoi		
- une difficulté pour l'établissement, pour la personne elle même? Pourquoi ?		
Directeur 4	Directeur 5	Directeur 6
<p>ATOUT C'est un "+" pour l'établissement, surtout après quelques visites effectuées par DS en tant qu'EV. Au départ la candidature du DS pour être EV a été considérée comme négative par le directeur, qui y voyait plutôt une perte de temps, une envie de fuir l'institution et ses problèmes un manque de rigueur dans la fonction. Au contraire, selon les référentiels étudiés, une grande rigueur doit être développée qui nécessite une vision transversale d'un établissement.</p> <p>DIFFICULTE "-" écart parfois grand entre ce qu'on voit et ce qu'on vit; il faut le gérer. Beaucoup de temps est investi lors de ces missions (temps personnel essentiellement et parfois un peu professionnel), Pas mise à disposition d'un ordinateur.</p>	<p>Etre E.V ATOUT pour l'établissement mais comment concilier les 2 fonctions D.S et E.V au quotidien? C'est une richesse pour l'établissement, un partage d'expériences vécues, des idées au bon moment. La candidature sera retenue si des compétences sont développées au niveau de la démarche qualité, de l'encadrement des soignants. DS a la vision transversale de l'établissement et possède une expérience soignante qui est très importante dans l'appréhension des soins au niveau de la démarche qualité. A le regard du professionnel averti. Cela génère une quantité de travail supplémentaire, mais apporte une bouffée d'O2 intellectuel pour l'individu E.V. C'est un éveil à travers un partage d'expériences professionnelles et personnelles.</p> <p>DIFFICULTE La fonction DS/EV est très chronophage d'où nécessité d'obtenir des moyens et du temps en secrétariat, en informatique,...</p>	<p>ATOUT pour l'établissement: OUI. C'est un partage de l'information qui est important pour le bon fonctionnement de l'établissement. Le DS est source d'informations nouvelles, fait le partage des expériences vécues lors des visites d'accréditation dans le respect de l'anonymat, et le retour à l'établissement employeur peut se faire dans la transposition de certains domaines pour améliorer un fonctionnement existant.</p> <p>ATOUT pour la personne : OUI C'est une ouverture d'esprit, sur des connaissances et des pratiques profitables à titre personnel et institutionnel. C'est une bouffée d'oxygène d'aller voir ailleurs ce qui s'y passe.</p> <p>DIFFICULTE : la principale réside dans la gestion de l'absentéisme (lors des visites d'accréditation), et la gestion du temps. Le DS/EV ne doit pas oublier qu'il est d'abord DS, avant d'être EV.</p>

SYNTHESE DES REPONSES DS/EV SUR VALORISATION ET RECONNAISSANCE

QUESTION 6 A votre avis le fait de porter ces deux casquettes est il :		
- un atout pour l'établissement, pour la personne elle même? Pourquoi		
- une difficulté pour l'établissement, pour la personne elle même? Pourquoi ?		
DS/EV 1	DS/EV 2	DS/EV 3
<p>Atout pour l'établissement si ce dernier lui reconnaît sa double casquette et les compétences qui vont avec, ainsi que sa place dans la politique qualité. DS/EV = personne ressource; rôle pédagogique car possède l'expérience et la méthodologie.</p> <p>Atout personnel : OUI. A un pouvoir de décisions, de mise en place d'actions, de management, d'animation d'équipes,... peut faire évoluer des pratiques dans l'établissement où il travaille. Si l'expérience d'EV est antérieure à la prise de fonction DS elle permet d'avoir une vision transversale d'un établissement, de développer des connaissances sur la politique générale de ce dernier, de (re)découvrir des modes de management différents, d'avoir des connaissances approfondies des différents secteurs de l'hôpital, d'être sensibilisé à certains fonctionnements particuliers. Elle oblige à approfondir ses connaissances professionnelles. La remise en question des modes de management, d'approche de la démarche qualité, des fonctionnements d'équipes soignante vus lors des visites ont un impact sur le rôle du DS dans son établissement.</p> <p>Difficulté si l'expertise du DS n'est pas reconnue par l'établissement ce qui génère un décalage dans les pratiques. Etre EV relève d'un choix personnel mais la mission est contraignante Toutefois c'est un enrichissement personnel et professionnel certain, une ouverture vers l'extérieur qui permet de développer une polyvalence dans la fonction.</p>	<p>Atout pour l'établissement : NON car le DS n'est pas sollicité en tant qu'EV</p> <p>Atout personnel : OUI. C'est un enrichissement personnel et professionnel qui permet d'anticiper certaines situations, de (mieux) travailler en équipe, de s'aérer, d'aller voir ailleurs ce qui s'y passe, de partager des expériences avec les autres experts visiteurs lors des visites d'accréditation. Il faut aimer ce type de mission et c'est une opportunité qui se présente au moins 3 fois par an.</p> <p>Difficultés : NON Il existe un problème de temps qui est en partie compensé par la motivation personnelle de l'EV; une partie du temps de travail nécessaire avant après les visites d'accréditation est pris sur du temps de travail DS. Par contre difficulté pour être coordonnateur, car charge de travail encore plus importante que celle de l'EV et donc pénalisant pour l'établissement. DS/EV nécessite une forte implication. Si la part du rôle EV augmente ce ne doit pas être au détriment du travail DS, ni en marge de celui ci, car le temps n'est pas extensible (surtout depuis le passage aux 35 h).</p>	<p>Atout pour l'établissement : OUI par discours développé dans partenariat. Mais les faits doivent suivre les paroles</p> <p>Atout personnel : OUI richesse professionnelle par ouverture sur l'extérieur possibilité d'aller voir ailleurs ce qui se passe. « Soupape » dans un métier prenant et contraignant. Opportunité pour la fonction : remet le DS en situation « d'apprentissage. »</p> <p>Difficultés : Gestion du temps. Concilier 2 fonctions est chronophage et exigeant. Savoir aller à l'essentiel, être synthétique pour ne pas augmenter les difficultés liées à l'absentéisme (majoré par les 35 h)</p>

SYNTHESE DES REPONSES DS/EV SUR VALORISATION ET RECONNAISSANCE

QUESTION 6 A votre avis le fait de porter ces deux casquettes est il :		
- un atout pour l'établissement, pour la personne elle même? Pourquoi		
- une difficulté pour l'établissement, pour la personne elle même? Pourquoi ?		
DS/EV 4	DS/EV 5	DS/EV 6
<p>ATOUPS :- à titre personnel : reconnaissance de l'agent, dans l'institution, - à titre professionnel : reconnaissance du DS (IG) dans l'institution. Ouverture vers l'extérieur, approfondissement des connaissances personnelles et professionnelles; découverte de nouveaux métiers. Permet : la prise de recul sur l'établissement où l'on explique, dédramatise la démarche et la visite d'accréditation qui se rapprochent de la conception d'origine qui est une photographie à un instant donné de la vie de l'établissement et non une visite d'inspection ; de retransmettre à la direction et au personnel un certain nombre de messages après les visites, après retours et bilans effectués par l'ANAES tout en respectant la confidentialité requise. Etre EV est un relais entre l'hôpital et l'ANAES et permet des retours d'infos utilisables et mobilisables plus rapidement pour l'hôpital; c'est un gain non négligeable.</p> <p>DIFFICULTES : position qui peut être mal vécue parfois par d'autres acteurs de l'établissement, absence rémunérée mais non remplacée d'où gestion rigoureuse de son travail, de son temps car surcroît de travail après absence pour visite d'accréditation en tant qu'EV</p>	<p>ATOUPS :-personnel : sur un CV pour un recrutement futur, peut être un plus ;-professionnel : permet de confronter ses pratiques professionnelles et personnelles avec autrui, de faire le point, de rester objectif.</p> <p>DIFFICULTE : charge de travail très importante avant, pendant et après les visites d'accréditation sur un temps assez court,</p> <p>-avant : privilégier une lecture rigoureuse et attentive du rapport d'auto-évaluation se fait essentiellement sur temps personnel,</p> <p>-après : établir le rapport au plus vite, donc travail fait sur temps personnel pendant quelques jours.</p>	<p>ATOUP une bonne formation qui implique un apport méthodologique réinvestissable dans l'établissement. Fonction enrichissante, expérience professionnelle multipliée. Permet d'aller voir ailleurs ce qui se passe.</p> <p>La plus grosse DIFFICULTE est la gestion du temps, car il ne faut pas compter ses heures et donner beaucoup de son temps personnel à titre gracieux. L'organisation interne du service de soins doit être très bien structurée car en l'absence du DS/EV tout repose sur cette organisation. Si le DS est sur des missions de prospective, de développement de projets, etc son absence sera facile à combler.</p>

SYNTHESE DES REPONSES DE SUR VALORISATION ET RECONNAISSANCE

QUESTION 7 Peut-on parler de plus value pour l'établissement? : OUI-NON et Pourquoi?		
Directeur 1	Directeur 2	Directeur 3
Plus-value : OUI pour les deux parties;	Plus-value : OUI car véhicule la culture de l'accréditation	Plus value pour l'établissement et pour le professionnel concerné : OUI.
Directeur 3	Directeur 4	Directeur 5
Plus-value : OUI sans conteste	<p>C'est une plus value incontestable pour l'établissement et pour la personne elle-même.</p> <p>La découverte est une méthode puissante que des professionnels partagent en même temps et ils font les mêmes expériences pendant quelques jours.</p> <p>Ils vont à l'essentiel, ne racontent pas d'histoires car ils ont le regard global du professionnel.</p> <p>Les E.V. sont les meilleurs ambassadeurs de la démarche qualité.</p> <p>De nouveaux métiers transversaux apparaissent (logisticien, qualicien, responsable des vigilances...), assumés aujourd'hui par d'autres fonctions d'où pour certains de multiples casquettes à porter..</p>	<p>PLUS VALUE : OUI</p> <p>Mais réside davantage dans la préoccupation que le DS manifeste quotidiennement dans la recherche de la qualité des soins et non dans la transposition stricte d'un système vu lors des visites d'accréditation et à transposer dans l'établissement où il exerce..</p>

SYNTHESE DES REPONSES DS/EV SUR VALORISATION ET RECONNAISSANCE

QUESTION 7 Peut-on parler de plus value pour l'établissement? : OUI-NON et Pourquoi?		
DS/EV 1	DS/EV 2	DS/EV 3
<p>Plus- value : OUI,</p> <p>Car l'EV est une personne ressource au sein de l'institution, un expert à l'hôpital. Son contrat de 3 ans avec l'ANAES est renouvelable et la dynamique professionnelle instituée peut se proroger</p>	<p>Plus- value : OUI</p> <p>L'entrée en auto-évaluation, en démarche d'accréditation en sera facilitée ; Meilleure maîtrise de la démarche, de la méthodologie, réinvestissement des acquis au sein de l'établissement, ouverture, enrichissement personnel et professionnel qui peut être réinvesti dans l'institution</p>	<p>Plus- value : OUI</p> <p>Naturellement pour toutes les raisons évoquées précédemment. A priori, avoir un EV est un plus pour ES par rapport à ceux qui n'en n'ont pas. Dépend toutefois de la personnalité du DS et des conditions d'exercice.</p>
DS/EV 4	DS/EV 5	DS/EV 6
<p>Plus- value : OUI sans conteste</p>	<p>Plus- value : OUI; voir raisons "+" haut (atout et difficulté)</p> <p>Etre au moins 2 DS dans l'établissement est incontestablement favorisant pour assurer la continuité en cas d'absence de l'EV</p>	<p>Plus- value : OUI car le professionnalisme du DS/EV enrichit la démarche dans l'établissement par ses connaissances et ses expériences.</p> <p>Attention à la rivalité entre DS et Directeur de la Qualité.</p> <p>C'est une très bonne formation d'être EV car c'est un enrichissement personnel et professionnel; au retour des missions d'EV, le DS (ou une autre catégorie de visiteur) a un regard neuf sur l'établissement.</p>

SYNTHESE DES REPONSES DE SUR VALORISATION ET RECONNAISSANCE

QUESTION 8 Faudrait-il reconnaître statutairement, financièrement, d'une autre façon ces compétences particulières?		
Directeur 1	Directeur 2	Directeur 3
<p>La reconnaissance actuelle des missions d'EV est suffisante (autorisation d'absence par l'employeur, indemnisation versée par l'ANAES, éventuellement temps de travail EV pris en partie sur temps de travail institutionnel).</p> <p>Il y a déjà beaucoup d'experts en tout genre dans les hôpitaux qui ne sont pas reconnus sur un autre plan que celui de leurs compétences propres (ex : référent en hygiène,...)</p>	<p>EV n'est pas un métier, donc il n'y a pas de reconnaissance spécifique à accorder autre que l'existante.</p> <p>Il faut au contraire éviter la professionnalisation des EV par une forme de reconnaissance, notamment statutaire, qui n'a pas lieu d'être.</p> <p>L'ANAES doit néanmoins préserver la formation continue des EV dans le cadre de leurs missions.</p>	<p>La reconnaissance des missions d'EV se fait par l'ANAES et doit rester externe à l'institution.</p> <p>Les missions d'EV sont périphériques à celles de DS mais selon l'évolution des missions dans les années à venir revoir le statut d'EV si nécessaire</p>
Directeur 4	Directeur 5	Directeur 6
<p>Reconnaissance de ces missions doit passer par plus de temps avant et après les visites (1 à 2 jours ou plus selon la taille de l'établissement visité) pris sur du temps ANAES et rémunéré comme tel.</p> <p>Eviter les problèmes liés aux remboursements des EV.</p>	<p>A terme, E.V. sera probablement un nouveau métier à positionner qui permettra de reconnaître l'expertise développée; ce pourra être un tremplin dans une carrière professionnelle.</p>	<p>La professionnalisation des EV n'est pas du tout souhaitable.</p> <p>Il faut absolument que les EV, quelle que soit leur origine gardent le lien avec le terrain.</p> <p>Envisager néanmoins de donner plus de temps aux EV pour préparer et restituer les visites d'accréditation.</p>

SYNTHESE DES REPONSES DS/EV SUR VALORISATION ET RECONNAISSANCE

QUESTION 8 Faudrait-il reconnaître statutairement, financièrement, d'une autre façon ces compétences particulières?		
DS/EV 1	DS/EV 2	DS/EV 3
<p>Même si le directeur ou l'établissement a reconnu l'expertise avant la fonction d'EV, il la valorise dans la pérennisation de la fonction puisqu'il faut l'accord du DG.</p> <p>La reconnaissance statutaire dépend de la taille de l'établissement : CHU, CH, ... Risque également pour l'établissement au départ du DS/EV si seul dans cette fonction; si 2 ou plus DS/EV, envisager travail en binôme pour potentialiser les compétences mais rester vigilant sur la perte de dimension du DS hyper spécialisé. L'établissement doit investir dans des moyens pour aider la cellule qualité et le DS. L'idéal serait que l'employeur puisse libérer le DS/EV dans sa mission d'EV avant une visite sur site pour lui permettre de se concentrer sur le dossier à étudier. Les visites étant programmées longtemps à l'avance sauf imprévu, il est indispensable d'avoir l'accord du directeur qui voit souvent la valeur ajoutée pour l'établissement mais pas forcément le côté contraignant de la mission. Il y a moyen de s'organiser car le gros du travail d'EV se situe en amont et en aval de la visite</p>	<p>La reconnaissance sous une autre forme que celle actuelle n'est pas importante pour l'instant de façon "revendicative".</p> <p>La reconnaissance de ces fonctions est liée à l'accord donné par l'employeur pour remplir la mission d'EV et permettre de partir en mission sans problèmes, et par les indemnités accordées par l'ANAES.</p> <p>L'employeur doit être en accord avec les missions de l'EV.</p> <p>La fonction d'EV est importante mais ne doit pas se réaliser au détriment d'autre chose.</p> <p>Il n'y a pas pour l'instant de spécificité EV à promouvoir; il y a des compétences en plus de celle de DS mais cela doit rester un plus pour une richesse de la fonction.</p>	<p>Reconnaissance par l'ANAES en 1^{er} lieu, pour mieux reconnaître les difficultés rencontrées dans l'exercice des missions (visites rapides, manque de temps) accorder plus de temps avant, pendant (éviter frustrations ES visité et EV qui a le sentiment parfois de bâcler le travail) et après. Temps dégagé par l'ANAES. Revoir problème de rémunération (indemnisation et remboursement frais tardifs et pas toujours dans l'intégralité (barème).</p> <p>Mettre micro à disposition pour visite. Prévoir évolution mission, fonction.</p> <p>Essayer de prêter appareil numérique ou caméra pour joindre pièces plus parlantes au rapport final.</p> <p>Reconnaissance EV à discrétion du directeur</p>

SYNTHESE DES REPONSES DS/EV SUR VALORISATION ET RECONNAISSANCE

QUESTION 8 Faudrait-il reconnaître statutairement, financièrement, d'une autre façon ces compétences particulières?		
DS/EV 4	DS/EV 5	DS/EV 6
<p>La reconnaissance passe par la valorisation de la fonction d'EV; c'est le directeur qui donne son accord pour cette candidature.</p> <p>Une autre reconnaissance du rôle d'EV passe par la demande de conseils et de services par la cellule qualité.</p> <p>Il faut prévoir l'évolution de cette fonction à l'avenir, car l'attractivité liée à la nouveauté de cette fonction va s'amenuiser avec le temps surtout pour les premiers EV; à terme perte possible de disponibilité ce qui suppose de revoir la motivation, la rémunération des EV, leur formation interne par l'ANAES, un peu légère actuellement sauf pour les coordonnateurs.</p> <p>Faut-il prévoir une spécialisation pour les EV coordonnateurs?</p> <p>Pour l'instant l'ANAES ne valorise pas spécialement les fonctions d'EV.</p>	<p>Actuellement reconnaissance des missions d'EV suffisante.</p> <p>La fonction d'EV sera probablement amenée à évoluer, l'indépendance par rapport à l'ANAES sera peut-être revue.</p> <p>Etre un professionnel du soin chargé de ces missions est un "+", et il ne semble pas souhaitable de les déléguer à un organisme extérieur comme ceux de formation continue ou le meilleur y côtoie le pire.</p>	<p>Etre EV n'est pas enrichissant financièrement; le temps de travail passé sur le temps libre n'est pas rémunéré à sa juste valeur; de plus le remboursement par l'ANAES est long et mal fait; l'EV « y est quelque fois de sa poche ». Il faut prévoir du temps supplémentaire rémunéré hors visite pour tous les "avant, après" qui prennent du temps (lecture de documents, rédactions de rapports...)</p> <p>Problèmes : il n'existe pas de passerelle entre le secteur privé et le public; (un expert visiteur du privé ne peut intégrer la fonction publique malgré son expérience d' EV).</p> <p>Faut-il professionnaliser la fonction de coordonnateur? Questions à se poser dans l'avenir. Enrichir le débat par confrontation entre l'ANAES et les coordonnateurs.</p>

SYNTHESE DES REPONSES DE SUR VALORISATION ET RECONNAISSANCE

QUESTION 9 Pour vous est-ce un atout supplémentaire, dans une logique de recrutement, d'avoir cette double compétence?		
Directeur 1	Directeur 2	Directeur 3
<p>Dans une logique de recrutement, être EV peut être un "+" mais pas forcément un gage de mieux, tout dépend de la motivation du postulant</p> <ul style="list-style-type: none"> - est-ce pour fuir un établissement avec des responsabilités internes lourdes ou difficiles à assumer? - est-ce par curiosité intellectuelle et professionnelle? <p>Il est important de nuancer les appréciations en essayant de connaître les motivations réelles des agents.</p> <p>En outre selon le niveau de recrutement recherché, il faut que la charge de travail permette au futur collaborateur de remplir ses différentes missions, sinon ce n'est pas la peine (risque de mal faire les deux fonctions).</p> <p>De manière générale le "+" par rapport à la fonction EV l'emporte sur le « - ».</p> <p>Dans la perspective de l'accréditation, toutes les compétences sont les bienvenues.</p>	<p>Etre EV est un "+" dans une candidature de recrutement, mais attention à ne pas dépasser un certain seuil dans l'équilibre des équipes (2/6 DS paraît un bon chiffre mais pas plus).</p> <p>Il ne faut pas perdre de vue l'essentiel et recentrer les missions de chacun sur le rôle premier de l'hôpital qui est le soin et le patient.</p> <p>Attention au choix interne des futurs DS qui pose le problème de la cooptation, ce qui peut être ambigu à terme par risque pour l'établissement d'être débiteur vis-à-vis de l'agent choisi.</p>	<p>Etre EV est un atout dans une logique de recrutement car présente un intérêt au niveau de la démarche qualité, une approche professionnelle intéressante. De plus il existe des compétences établies, un dynamisme, une ouverture d'esprit qui sont appréciés par le directeur.</p>

SYNTHESE DES REPONSES DE SUR VALORISATION ET RECONNAISSANCE

QUESTION 9 Pour vous est-ce un atout supplémentaire, dans une logique de recrutement, d'avoir cette double compétence?		
Directeur 4	Directeur 5	Directeur 6
<p>Etre EV n'est pas le premier critère de recrutement pour un directeur, mais n'a pas non plus de connotation négative.</p> <p>Ce n'est pas un handicap; ce peut être un plus, un discriminant positif car dénote une ouverture d'esprit, une expérience professionnelle certaine.</p> <p>La longévité dans un établissement et l'expérience d'EV nécessite un mode de fonctionnement qui consiste à ne pas se laisser piéger par ce qui est vu, à dépasser le quotidien en tenant compte de la tâche à boucler.</p>	<p>Le recrutement à ce niveau de compétences s'inscrit dans une démarche qualité au profit de l'établissement.</p> <p>Il est raisonnable de confronter certaines candidatures.</p> <p>Néanmoins il existe des contraintes lourdes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - temps notamment, - surcharge de travail énorme dans les jours qui précèdent et qui suivent les visites, - pouvoir plus ou moins reconnu, plus ou moins accepté par ses pairs, dans l'équipe de direction... - l'ANAES rembourse mal et tard les frais engagés par les experts. <p>C'est une mission difficile à assumer dans le temps car très contraignante.</p>	<p>Le fait d'être EV peut être un atout supplémentaire pour un directeur dans un recrutement, mais ce ne sera pas seulement cette spécificité qui sera déterminante.</p> <p>C'est pourtant un discriminant positif car dénote une ouverture certaine et un souci d'implication dans la démarche qualité.</p> <p>Cela présente un intérêt dans un projet de soins et dans une fonction qualité au sein d'une équipe de soins.</p> <p>La dimension qualité est essentielle dans le travail; il faut la faire vivre au quotidien.</p>