ENSP
ÉCOLE NATIONALE DE LA SANTÉ PUBLIQUE
RENNES

Directeur des Soins

Promotion 2002

LE DEVENIR
DES EQUIPES D'AUTOEVALUATION
ENTRE DEUX ACCREDITATIONS

Nadine GARTAU

Je remercie toutes les personnes qui m'ont apporté
aide et soutien au cours de ce travail,
en particulier :

Germain Bertrand, sociologue, directeur de mémoire,
Pierre Pauchard, directeur du CHS de l'Yonne,
Muriel, Nadine, Maximin
Et François.

Sommaire

INTRODUCTION..... 1

PREMIERE PARTIE

1 - DÉFINITION DE L'OBJET.....3
- 1.1 Contexte.....3
- 1.2 Problématique.....4
- 1.3 Hypothèse.....5
- 1.4 Méthodologie d'investigation.....5
- 1.5 Proposition d'actions.....7

2 - CADRE CONCEPTUEL.....8
- 2.1 La démarche qualité et l'accréditation.....8
- 2.2 La notion d'implication des personnes au travail.....14
- 2.3 Le management par la transversalité et ses résistances dans les structures de soins.....19

DEUXIEME PARTIE

1 - L'ENQUÊTE.....24
- 1.1 Objectifs et méthodes.....24
- 1.2 Présentation des sites.....25
- 1.3 Présentation des personnes interviewées.....25

2 - ANALYSE.....26
- 2.1 Méthodologie de l'analyse.....26
- 2.2 Classement des commentaires obtenus.....26
- 2.3 Synthèse de l'analyse de contenu.....35

3 - COMMENTAIRES ISSUS DE L'ANAES.....37

4 - VÉRIFICATION DES HYPOTHÈSES.....39
- 4.1 Première hypothèse.....39
- 4.2 Deuxième hypothèse.....39

5 - LIMITES ET REMARQUES PÉDAGOGIQUES DE L'ENQUÊTE.....40

6 - CONCLUSION.....41

TROISIEME PARTIE

1 - DONNÉES DE CADRAGE 42

1.1 Constats 42

1.2 Objectifs 45

2 - DÉFINITION D'UNE POLITIQUE DE MANAGEMENT QUALITÉ DIRECTEUR DES SOINS : MEMBRE DE L'ÉQUIPE DE DIRECTION 48

2.1 Les bases de fonctionnement 48

2.2 La description du fonctionnement 50

2.3 La communication 54

2.4 L'évaluation 55

3 - MISE EN ŒUVRE DE LA POLITIQUE DE MANAGEMENT DIRECTEUR DES SOINS : COORDONATEUR DES ACTIVITÉS PARA-MÉDICALES 56

3.1 Les bases de fonctionnement 56

3.2 Description de l'organisation 58

3.3 Mise en œuvre 63

CONCLUSION 65

Liste des sigles utilisés

- ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en santé
- AE : Autoévaluation
- ARH : Agence régionale d'Hospitalisation
- CH A, CH B, CH C : Centre Hospitalier (observé dans l'enquête) intitulé A, B, ou C par souci d'anonymat
- CME : Commission médicale d'Etablissement
- CLIN : Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales
- COM : Contrat d'Objectifs et de Moyens
- COPIL : Comité de Pilotage
- CSI : Cadre Supérieur Infirmier
- DG : Directeur Général
- DIP : Droits et Information du Patient
- DPA : Dossier du PAtient
- DS : Directeur des Soins
- EDEQ : Equipe de Direction Elargie Qualité
- ENSP : Ecole Nationale de la Santé Publique
- Equipes d'AE : équipes d'autoévaluation
- GFL : Gestion des Fonctions Logistiques
- GRH : Gestion des Ressources Humaines
- GSI : gestion du Système d'Information
- GR AE : Groupe d'Autoévaluation
- MCO : médecine, Chirurgie, Obstétrique
- MEA : Management des l'Etablissement et des secteurs d'Activité
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- OPC : organisation de la Prise en Charge
- PAQ :Projet d'Amélioration de la Qualité
- PDCA : Plan, Do, Check, Act
- QPR : Qualité Prévention des Risques
- RQ : Responsable Qualité
- SPI : Surveillance et Prévention du risque Infectieux
- VST : Vigilances Sanitaires et Transfusionnelles

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

« Rendre crédible, donner confiance »
Telle est la signification latine du verbe « accréditer ».

Introduite au sein du système de santé français par l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme hospitalière et renforcée par le décret n° 97-311 du 7 avril 1997, l'accréditation est une procédure conduite par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES). Elle a pour but d'accroître la confiance que le public ou les patients portent à l'établissement de santé[1], confiance nécessaire depuis que le progrès médical accessible à tous, questionne sur les compétences professionnelles et les risques encourus dans un hôpital. La maladie n'est plus d'essence divine, les médecins n'en sont plus des grands prêtres, la confiance aveugle est peu à peu remplacée par une assurance démontrée.
L'ANAES, pour atteindre cette finalité, donne plusieurs objectifs à l'accréditation[2], parmi lesquels l'implication des professionnels à tous les stades de la démarche et ce notamment au cours de l'autoévaluation. En effet, dans le guide « préparer et conduire votre démarche d'accréditation »[3], il est clairement précisé qu'une des conditions nécessaires à la satisfaction de la procédure d'accréditation est que l'autoévaluation soit menée par plusieurs équipes multiprofessionnelles.
A ce jour, dans une centaine d'établissements accrédités, les méthodes d'autoévaluation employées correspondent aux exigences de l'ANAES.

Notre expérience professionnelle au cours de ces quatre dernières années nous a permis de mesurer l'ampleur du travail que représente l'autoévaluation de l'accréditation. En effet, pendant une période qui peut varier de trois à huit mois, une somme de temps et d'énergie

[1] GUIRAUD - CHAUMEIL B. Du nouveau sur la qualité de vos hôpitaux et cliniques, Rencontres régionales grand public ANAES, Disponibilité : « http://www.anaes.fr »

[2] COCHET C., FELLOUS N. L'accréditation des établissements de santé, de quoi parle-t-on ? Quels résultats ? Dossier de presse. Paris. ANAES. 18 mai 2000. Fiche n° 1.

[3] DIRECTION DE L'ACCREDITATION. Préparer et conduire votre démarche d'accréditation, un guide pratique, Paris, ANAES, Juin 1999. p. 22.

est mise en oeuvre par les professionnels des établissements qui sont en cours de procédure d'accréditation, et cela quelle que soit la méthodologie employée.

Notre entrée à l'Ecole Nationale de la Santé Publique, en tant que directrice des soins stagiaire, a succédé à un poste de responsable qualité dans un établissement de santé, où l'accréditation venait de s'achever. La prise de recul, immédiatement après cette expérience, nous a questionnée sur la pertinence et le suivi d'une telle effervescence d'activité.

Dans un premier temps ce mémoire nous permet d'approfondir ce questionnement, par une approche théorique sur la démarche qualité et l'accréditation, l'implication des professionnels dans leur travail, et le management par la transversalité avec les résistances qu'il induit.

Ensuite l'analyse d'une enquête de terrain auprès de professionnels de trois établissements ayant vécu l'accréditation depuis au moins un an, apportera différents éléments sur le sens et le devenir des équipes d'autoévaluation après une première accréditation.

Enfin, au regard de ces apports, une réflexion sera menée puis un projet de management global de la qualité sera envisagé, associant les équipes transversales d'autoévaluation et les équipes des unités de soins. Le directeur des soins y trouvera sa place en tant que membre de l'équipe de direction et manageur des services paramédicaux.

P R E M I E R E P A R T I E

1 - DEFINITION DE L'OBJET

1.1 CONTEXTE

L'accréditation, en France, a pour objectif d'inciter et d'aider tous les établissements de soins à développer une politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins dispensés aux patients, puis de s'assurer de l'existence et de l'efficacité de cette politique : elle intervient à intervalles réguliers, pour en apprécier les résultats.
Une procédure d'accréditation se déroule en plusieurs étapes successives : la demande d'engagement, **l'autoévaluation**, la visite et le rapport des experts visiteurs, la décision du collège d'accréditation, la prise en compte des réserves.

L'ANAES considère l'autoévaluation comme la phase essentielle de la procédure d'accréditation, qui consiste à mener un diagnostic qualité à partir duquel un plan d'actions d'amélioration sera défini et mis en œuvre. Les modalités d'organisation sont déterminées par chaque établissement, l'ANAES donne des consignes, qu'il est souhaitable de suivre pour satisfaire à la procédure :

- Une structure de pilotage, composée de décideurs et de professionnels compétents, doit organiser, coordonner la démarche et valider les résultats.

- Des équipes d'autoévaluation doivent être créées, impliquant toutes les catégories professionnelles. Elles sont appelées à couvrir l'ensemble des activités de l'établissement soumises à accréditation, quelle que soit la taille de l'établissement et le nombre de secteurs d'activités. Elles doivent prendre en compte l'organisation de la prise en charge du patient et les multiples facteurs interdépendants : histoire, architecture, culture, logistique… Le niveau d'engagement de l'établissement dans une démarche d'amélioration continue est aussi pris en considération. L'ANAES insiste pour que chaque équipe d'autoévaluation intègre et donne la parole à **différents professionnels,** la qualité de la prise en charge des patients dépendant à l'évidence de la coopération de tous les professionnels de l'établissement. Le nombre

d'équipes d'un établissement à l'autre peut varier, toutefois il est fréquent d'observer, une équipe par référentiel, soit dix équipes, avec une moyenne de 8 à 10 membres par équipe. La mission des équipes est de formuler des réponses objectives aux 298 critères du manuel d'accréditation. Les preuves écrites permettent l'objectivité : documents, traçabilité, résultats d'enquêtes, tableaux de bord… Ensuite pour les 89 références, les équipes doivent préciser les actions réalisées ou en cours, les points forts et les points à améliorer, les actions d'amélioration proposées, les éléments de mesure et éventuellement d'autres commentaires. Le guide précise un dernier point, qui à priori est peu entendu : prévoir le devenir des équipes.

Cette liste de recommandations fait déjà entrevoir qu'il s'agit là d'une charge de travail relativement importante, sachant qu'une réalisation d'autoévaluation par seulement quelques personnes (responsable qualité, directeur…) conduirait le collège d'accréditation à considérer que l'établissement, d'un point de vue méthodologique, ne satisferait pas à la procédure d'accréditation.

1.2 PROBLEMATIQUE

Dans le cadre de notre expérience professionnelle d'accréditation, nous avons constaté que la constitution des équipes transversales d'autoévaluation, par les établissements de santé, peut répondre à deux objectifs :

- L'objectif premier constaté dans les établissements est de satisfaire à la procédure d'accréditation en respectant les recommandations méthodologiques formulées par l'ANAES

- L'objectif second, souhaité notamment par l'ANAES et par les responsables qualité des structures, est que l'ensemble du personnel de l'hôpital s'implique dans une démarche d'amélioration continue de la qualité, au-delà du respect des consignes.

Nous pouvons aussi souligner que constituer les équipes transversales d'autoévaluation engendre des difficultés d'ordre organisationnel, cela prend du temps, les agendas sont peu conciliables… et d'ordre culturel, les hiérarchies verticales risquent de se trouver bousculées, les domaines et fonctionnements singuliers craignent de perdre leur identité.

Ces constats sont probablement à l'origine d'une question exprimée par certains membres d'équipes : « Que va devenir notre équipe après l'autoévaluation ? »

Cette question suggère que l'avenir des équipes d'autoévaluation n'est àpriori pas envisagé entre deux accréditations.
Il nous paraît donc intéressant, après presque trois années d'accréditation nationale, de savoir ce que sont devenues les équipes d'autoévaluation des établissements accrédités.

« Les équipes pluriprofessionnelles transversales
constituées pour l'autoévaluation de l'accréditation,
Ont-elles leur raison d'être dans une démarche d'amélioration continue de la qualité ?
Si oui, comment peuvent-elles perdurer entre deux accréditations ? »

1.3 HYPOTHESE

A partir du questionnement initial « Les équipes pluriprofessionnelles transversales constituées pour l'autoévaluation de l'accréditation, ont-elles leur raison d'être dans une démarche d'amélioration continue de la qualité ? Si oui, comment peuvent-elles perdurer entre deux accréditations ? » Et à la lumière des cadres théoriques, deux hypothèses pourront être vérifiées :

- Pour que les équipes d'autoévaluation aient leur raison d'être, après une première accréditation, elles doivent être source d'amélioration, de satisfaction envers les patients, l'institution, les personnels, et surtout source de bénéfices envers les membres des équipes.

- Les équipes transversales d'autoévaluation, pour perdurer entre deux accréditations, nécessitent un management particulier de type transversal, réfléchi, préparé, impulsé, organisé et partagé, impliquant tous les acteurs de l'institution, y compris les patients.

1.4 METHODOLOGIE D'INVESTIGATION

Afin de vérifier ces hypothèses :

- Une base d'éléments de comparaison sera obtenue par un questionnaire adressé aux responsables qualité des établissements dont les résultats d'accréditation sont rendus publics sur le site INTERNET de l'ANAES. Les questions porteront sur la mise

en place des équipes (antériorité, modalités de composition, nombre et fonction des participants, organisation : animateur, charte de fonctionnement, objectifs, moyens, résultats, état un an après l'accréditation) ;

- Des entretiens seront menés auprès de différents membres de ces équipes, des directeurs et des directeurs des soins (environ 7 personnes par établissement), afin de percevoir des discours variés sur ce qui est retiré de la démarche, les implications, et les suivis souhaités. Les éléments de réponse pourront ainsi se compléter et être croisés.

L'investigation se limitera, par souci méthodologique de mesures comparatives et de faisabilité, à 3 établissements MCO (médecine, chirurgie, obstétrique) d'une capacité de 400 à 800 lits.
Un autre choix sera effectué sur les équipes : seront étudiées seulement celles qui se sont intéressées aux référentiels DIP (droits et information du patient), OPC (organisation de la prise en charge) et GFL (gestion des fonctions logistiques).
Le respect des droits du patient (DIP) est primordial et concerne l'ensemble des personnels de l'établissement, quels que soient le grade, le statut et la fonction.
L'OPC traite de l'ensemble des processus concernant le patient notamment la continuité des soins.
La GFL intègre les processus indirects par rapport aux soins pour lesquels soignants et non soignants doivent se coordonner.
Dans chacun de ces trois référentiels, les soignants sont intégrés à part entière, avec de nombreux autres professionnels.

- Un entretien auprès d'un responsable du suivi des accréditations de l'ANAES devra compléter les éléments en faveur ou non de ces hypothèses

A la lumière de tous ces éléments, les hypothèses *« les équipes d'autoévaluation devraient être source de satisfaction et d'amélioration et nécessiteraient un management transversal, pour perdurer entre deux accréditations »*, pourront être vérifiées.

1.5 PROPOSITIONS D'ACTIONS

Le travail de recherche débouchera sur une réflexion et sur des propositions d'actions en matière de management transversal et continu de la qualité. Le positionnement du directeur des soins y sera envisagé d'abord en tant que membre de l'équipe de direction puis en tant que manageur des équipes paramédicales. Rappelons que dans ses missions[4] il doit participer en liaison avec le corps médical et l'encadrement des services administratifs, logistiques, socio-éducatifs et techniques, à la conception, l'organisation et l'évolution des services et des activités de soins. Nous tenterons donc de répondre à ces exigences : quelle est sa participation dans le management des équipes transversales d'AE ? Comment intègre-t-il projet de soins et démarche continue de la qualité ? Quelle est sa capacité à impliquer les personnels ? Comment peut-il coordonner les différentes organisations professionnelles ?

[4] Décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière.

2 - CADRE CONCEPTUEL

2.1 LA DEMARCHE QUALITE ET L'ACCREDITATION

2.1.1 Définitions

Qualité[5] : « manière d'être plus ou moins caractéristique, aspect sensible et non mesurable des choses »
Cette définition concerne la **qualité perçue**, qui est purement subjective : l'objet ou le service rendu est considéré de «bonne » ou de «mauvaise » qualité soit par celui qui réalise, soit par celui qui reçoit.
La **qualité réelle**[6] peut être considérée comme relativement objective, puisque après avoir fait l'objet d'une définition commune, norme ou référentiel, elle devient mesurable.

Une autre approche permet de définir la qualité [7]: celle du **produit** fabriqué qui peut être évalué a posteriori et celle du **service** rendu, qui ne peut s'apprécier qu'au moment même où il est exécuté. Le service s'inscrit plus particulièrement dans la qualité perçue, faisant intervenir les enquêtes de satisfaction, tandis que la qualité d'un produit, répond à une norme préalablement définie, elle est mesurable. Toutefois, l'expérience nous a montré qu'un service rendu, par exemple l'accueil, peut faire l'objet d'une définition de qualité optimale, qui permet ensuite, par audit ou autoévaluation, de mesurer les écarts entre ce qui est souhaité, et ce qui « paraît » être réalisé. Le subjectif, dans ce cas est relativisé par une échelle de référence.
L'organisation mondiale de la santé «OMS » définit la qualité ainsi : « délivrer à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en terme de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de

[5] Définition issue du dictionnaire : Le petit Robert 1. A. REY, J. REY DEBOVE. Paris. 1984

[6] H. GARNIER. Formation ANFH / APAVE. Mise en place d'une démarche qualité dans un établissement de santé. Dijon. 1998.

[7] G. MAGUEREZ. Amélioration continue de la qualité, approche par processus. Formation ENSP filière infirmier général. Rennes. 2002.

soins ». Nous pouvons noter que cette définition prend en compte les notions de qualité perçue et réelle, tant en matière de produits que de services.

2.1.2 Historique

La qualité est traditionnellement associée au travail de l'**artisan**, à la tâche unitaire effectuée à la demande du client par une seule personne qui aime le travail bien fait. L'organisation scientifique du travail au début du 20ème siècle, élaborée par F. W. Taylor, a remis en question ce mode de production. En effet, en imposant une séparation entre la conception, la fabrication et le contrôle, cet auteur introduit avec la notion de cadence et de productivité, celle de la surveillance, essentielle pour obtenir de la qualité au moindre coût. Le **contrôle de la qualité** vérifie à posteriori que les produits sont conformes à des exigences qualité. La seconde guerre mondiale conduit l'armée américaine à rechercher des **standards de qualité** pour son armement, conçu dans des délais très courts et produits en très grandes séries. C'est ainsi, qu'en 1942, un pionnier des techniques modernes de **maîtrise de la qualité** entre en jeu : W. E. Deming. Après la seconde guerre mondiale, le contrôle de la qualité se répand dans tous les pays du monde. En France en 1957 est créée l'association française pour le contrôle industriel de la qualité. En décembre 1979, la norme NF X 50-100 définit **l'assurance qualité** comme la mise en œuvre d'un ensemble approprié de dispositions préétablies et systématiquement destinées à donner confiance en l'obtention régulière de la qualité requise. Elle permet de détecter les défauts en cours de production et de mettre en œuvre des actions visant à agir sur l'origine des défauts. A partir des années 1970, s'impose le concept de **qualité totale**, d'abord au Japon, où l'entreprise est une communauté humaine au sein de laquelle l'accroissement des compétences du personnel et la culture d'entreprise priment. En 1980 dans les entreprises françaises la recherche de la qualité totale se matérialise avec l'introduction des cercles de qualité, méthode qui recherche l'engagement du personnel dans l'amélioration des processus et des produits. Ces cercles, constitués principalement de cadres et insuffisamment intégrés à l'ensemble de l'entreprise, disparaissent assez vite. Le 10 janvier 1978, la loi Scrivener, apporte un cadre réglementaire à l'industrie : les certificats de qualification[8]. En 1988 l'association française pour l'assurance de la qualité est créée, elle utilise un référentiel international : les normes ISO 9000, pour effectuer des audits dans les entreprises. Aujourd'hui, les entreprises utilisent « la qualité » comme outil de management interne[9]. Cette nouvelle orientation a été favorisée par le

[8] WWW.club-internet.fr/encyclopédie/

[9] SERVICE EVALUATION HOSPITALIERE. Mise en place d'un programme d'amélioration de la qualité dans un établissement de santé. ANDEM / ANAES. Paris – 1996.

développement concomitant du management participatif. Les démarches ont toujours pour objectif premier la satisfaction des clients et la recherche constante de l'amélioration de la qualité, mais les méthodes sont différentes, elles sont progressives, centrées sur un ou quelques processus particuliers de l'entreprise. Ce mouvement correspond à **l'amélioration continue de la qualité,** et surtout implique l'entreprise dans sa globalité créant une interdépendance des secteurs.

2.1.3 Qualité et établissement de soins

Dans le domaine de la santé, le développement des démarches qualité est directement lié au mouvement qualité de l'industrie. Toutefois, les méthodologies n'ont été transférées que d'une façon fragmentaire, en effet l'adaptation des concepts, des outils et des organisations est difficile dans le contexte spécifique que représente l'établissement de soins, notamment en termes de culture et de terminologie. C'est en 1917 aux USA, qu'apparaissent les premières règles formalisées, dans le domaine de la chirurgie et en 1975 en France, le contrôle de qualité dans les laboratoires d'analyse est institué.

En 1991, la création de l'Agence Nationale de Développement et d'Evaluation Médicale « ANDEM », implique le développement des méthodes d'évaluation et l'élaboration de référentiels de bonnes pratiques. C'est aussi en 1991 par la loi portant réforme hospitalière[10], que la notion d'évaluation des pratiques, des organisations et des soins est impulsée.

En 1996, la Direction des Hôpitaux lance des appels d'offres pour le développement de programmes d'amélioration de la qualité. Dans ces années, de nombreuses équipes hospitalières se lancent spontanément dans des démarches d'amélioration de la qualité, elles travaillent sur des projets qui leur sont propres, en fonction de la motivation des membres de l'équipe, de l'attente des patients et des besoins du service. Ces travaux témoignent d'un esprit d'amélioration de la qualité pour certains professionnels, en outre, ils sont peut valorisés au niveau institutionnel et n'induisent donc pas aisément une généralisation de la démarche. De plus, une démarche institutionnalisée n'est pas toujours bien vécue car les améliorations sont observables moins rapidement. Pourtant le travail d'une équipe améliore certes son propre fonctionnement, mais n'a que peu d'impact sur une prise en charge globale du patient, sur des processus complets, où différents services et fonctionnements sont en jeu.

[10] Loi N° 91- 748 du 31 juillet 1991

L'ordonnance de 1996[11] renforce cette notion en précisant que la qualité de la prise en charge des patients est objectif essentiel pour tout **établissement de santé**, que des évaluations régulières de la satisfaction des patients doivent être menées, par ailleurs, cette ordonnance crée l'ANAES et l'accréditation. A partir de 1997, les démarches d'amélioration continue de la qualité institutionnalisées prennent vie dans la plupart des hôpitaux, selon des méthodes très diversifiées.

2.1.4 Les méthodologies hospitalières

Les objectifs principaux d'une démarche d'amélioration continue de la qualité en milieu hospitalier, sont d'améliorer les prises en charge des patients et de réduire les dysfonctionnements. **En octobre 1996, l'ANAES publie un guide[9] dans lequel trois principes méthodologiques sont énoncés :**

- Toute activité dans un établissement peut être décrite sous forme d'un processus (ensemble de moyens et d'activités liés qui transforment des éléments entrants en éléments sortants[12]),
- Ce processus est analysé dans son fonctionnement actuel. Cette analyse permet d'identifier les dysfonctionnements en situation réelle et de définir les actions d'amélioration avec les personnes concernées,
- L'efficacité de toute amélioration doit être objectivée par une mesure.

Ces trois principes semblent, en effet, être la base de toute démarche d'amélioration continue de la qualité en établissement de soins, quels que soient, ensuite, les moyens et les outils mis en œuvre. Pour cela, l'ANAES a publié un autre guide[13] qui décrit différentes méthodes, empruntées pour la plupart, au monde de l'industrie : l'audit clinique, le Projet d'Amélioration de la Qualité PAQ ANAES, la méthode de résolution de problème, l'Hazard Analysis Critical Control Point (HACCP), la roue de Déming (planifier, faire, évaluer, réajuster ou PDCA)… Ce guide liste et explique les outils susceptibles d'être employés : : le diagramme causes / effets, autour des cinq « M » (main d'œuvre, méthode, milieu, matériel, matière), le remue méninge « QQOQCP » (quoi, qui, où, quand, comment, pourquoi)…

---

[11] Ordonnance 96-346 du 24 avril 1996 –Article L 710. 1. 1

[12] Petit dictionnaire de la qualité. A Savoir. AFNOR. Campagne qualité. Paris 1996.

[13] Service évaluation en établissement de santé. Guide : Méthodes et outils des démarches qualité pour les établissements de santé. ANAES. Paris. Août 2000.

Autant d'éléments qu'il ne nous paraît pas utile de développer dans le cadre de ce mémoire, qui peuvent aider les établissements à démarrer leur démarche d'amélioration de la qualité, mais aussi autant d'éléments qui peuvent la compliquer.

Nous pouvons à ce jour, avec un peu de recul, prendre conscience que les démarches doivent être simples, compréhensibles par tous, et surtout **que la finalité soit partagée** par le maximum d'acteurs. Une démarche d'amélioration continue de la qualité peut vivre si réellement les professionnels s'y impliquent, se concertent et qu'ils en voient les résultats assez rapidement, elle se doit d'être pragmatique, participative et transversale.

La démarche par processus, prônée par G. Maguerez[14], définit comme base nécessaire à l'amélioration continue de la qualité : un directeur convaincu, un management participatif qui doit aller au-delà de l'accréditation, des compétences nouvelles en management (à priori les gens travaillent bien, ce sont les organisations qui sont à revoir), et une stratégie définie (savoir où l'on va). Ensuite, la méthodologie correspond à une méthode d'apprentissage, où il faut débuter par des projets non ambitieux, où le droit à l'erreur est accepté, où la confiance des uns envers les autres doit être réciproque et où les acteurs ont un esprit curieux et progressiste. Cette démarche de terrain, relative à la qualité perçue et mesurable, nécessite par ailleurs la création et le travail d'une cellule qualité pour tout ce qui concerne les sécurités, les vigilances et l'hygiène.

Pour le développement des démarches d'amélioration de la qualité en établissement de soins, un levier a, semble-t-il, été nécessaire, c'est pourquoi, au niveau national, une procédure nommée accréditation, est devenue obligatoire.

2.1.5 L'accréditation

Les principales organisations en matière d'accréditation, prennent naissance avec la création de structures :

- Aux Etats Unis en 1917 : l'Hospital Standardisation Program, renforcée en 1950 avec la Joint Commission of accreditation for health care organization,
- Au Canada en 1958 : le conseil canadien d'agrément des services de santé,
- En Australie en 1974: Australian council of health care standards
- En Grande-Bretagne en 1995 : king's fund organization audit
- En France en 1996 : l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé.

[14] ibid. 7, p. 7

En France, l'accréditation est une démarche d'évaluation externe, obligatoire pour les 3700 établissements de santé. Ses fondements sont l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, la place centrale du patient, l'implication des professionnels. Elle permet, à intervalles réguliers (5 ans), d'apprécier le niveau d'engagement de l'établissement dans une démarche d'amélioration continue de la qualité, à partir d'une évaluation menée en interne par les professionnels eux-mêmes, sur la base du référentiel de l'ANAES : le manuel d'accréditation. Ce référentiel se décompose en trois grands domaines : le patient et sa prise en charge, le management, la gestion et la logistique, et la qualité et la prévention. Chacun des 10 référentiels est structuré de façon identique : d'abord la politique de l'établissement, ensuite l'engagement des acteurs, puis les outils et les pratiques mis en œuvre et enfin l'évaluation des résultats.

L'accréditation n'est pas une fin en soi, c'est un moment particulier d'appréciation dans un processus continu de l'hôpital. Il serait vain de croire que tout le dispositif à mettre en place pour valider l'accréditation, ne dure que quelques semaines en amont et en aval de la visite des experts visiteurs. En effet, un des objectifs de l'ANAES, est que la démarche d'amélioration continue devienne un mode de management qui soit totalement intégré à la politique et au fonctionnement de l'institution.
Le fait que les experts-visiteurs soient aussi des professionnels de santé en exercice et formés, contribue à cet objectif. Ils servent de relais dans leur établissement, autant pour la diffusion des informations et recommandations issues de l'ANAES, que par la découverte de fonctionnements reproductibles qu'ils peuvent rencontrer au cours des visites[15].

Les résultats de l'accréditation sont décidés, selon une procédure particulière, par les membres du collège d'accréditation, puis adressés au directeur de l'établissement et au directeur de l'agence régionale d'hospitalisation compétente, sous forme de rapport ; de plus, un compte rendu d'accréditation est rendu public, notamment sur le site INTERNET de l'ANAES. Les résultats exprimés en termes de recommandations ou de réserves, doivent permettre à l'établissement de définir et développer une politique d'amélioration continue de la qualité, avec des plans d'action précis, pour lesquels, l'implication des personnels semble indispensable.

---

[15] Ordonnance 96-346 du 24 avril 1996 –Article L 710. 1. 1

[15] Petit dictionnaire de la qualité. A Savoir. AFNOR. Campagne qualité. Paris 1996.

[15] Service évaluation en établissement de santé. Méthodes et outils des démarches qualité pour les établissements de santé. ANAES. Paris. Août 2000.

2.2 LA NOTION D'IMPLICATION DES PERSONNES AU TRAVAIL

Le terme « implication des professionnels » vient d'être mentionné à plusieurs reprises : en effet autant dans une démarche d'amélioration continue de la qualité que dans le bon fonctionnement des équipes d'autoévaluation, il est souhaitable que les individus s'impliquent. Aussi devient-il intéressant, de définir ce à quoi peut correspondre ce concept. Nous appuierons notre réflexion sur le livre de Maurice Thévenet, « le plaisir de travailler, l'implication des personnes »[16].

2.2.1 Définition

La définition du concept de l'implication pose trois questions théoriques :

- Existe-t-il une différence entre les concepts d'implication, de motivation, de satisfaction ?
- ce concept d'implication connu, a-t-il la même signification pour chacun ?
- l'implication a-t-elle des liens avec les pratiques de gestion de ressources humaines, de management ?

La motivation est une caractéristique individuelle, un moteur, une force qui pousse l'individu à agir, donc en amont de l'action.
La satisfaction traduit un état procuré par une expérience de travail, plutôt après l'action. Quant à **l'implication**, elle met l'accent sur une relation tissée entre la personne et son travail, en temps réel. L'implication n'exclut ni la motivation ni la satisfaction, la personne s'implique parce qu'elle trouve un intérêt dans son travail.

Dans la littérature, le concept d'**implication** fait principalement l'objet d'une définition de ses composantes : **l'identification par l'individu à des buts et à des valeurs, l'engagement ou volonté d'agir dans le sens de ces buts et de ces valeurs**, la loyauté ou le désir de rester.

L'implication n'est pas une caractéristique personnelle, la formation , la personnalité, l'âge, le sexe, le type d'emploi, rien ne permet de dire que la personne peut ou ne peut pas s'impliquer. L'implication résulte de la **relation entre la personne et son contexte**, relation qui loin d'être figée, devient œuvre de construction personnelle.

[16] M. THEVENET. Le plaisir de travailler, favoriser l'implication des personnes. Collection de l'institut Manpower. Paris : Jouve, 2001. 269 p.

2.2.2 Les signes extérieurs de l'implication

Selon Thévenet, trois signes d'implication peuvent se dégager du discours tenu par des responsables ou des personnes se sentant impliquées :

- Faire plus que ce qui est attendu, en terme de temps de travail, d'énergie, et de volume de travail. Dans le milieu hospitalier, nous constatons assez fréquemment ce genre de fonctionnement.

- Donner une place prépondérante au travail, le faire déborder sur le hors travail. Soit par débordement, le travailleur sort épuisé de sa journée de travail, soit par compensation d'une vie hors professionnelle non investie, soit par fusion, l'investissement professionnel a autant d'importance que l'investissement hors professionnel. Cette implication poussée à l'extrême, ne nous paraît pas souhaitable.

- Faire autrement que ce qui est attendu, les personnes prennent de la liberté par rapport à ce qui leur est prescrit. La définition de la fonction ne constitue pas une limite, mais un minimum. Laisser la créativité se développer est facteur d'enrichissement, toutefois, il n'est pas envisageable d'innover n'importe quoi, notamment en matière de sécurité sanitaire.

2.2.3 Les sentiments du salarié impliqué

A partir d'une enquête effectuée auprès de 141 personnes, M. Thévenet décrit quatre sentiments principaux ressentis par les personnes se trouvant impliquées dans leur travail :

- **La tension**, le stress, l'angoisse, l'excitation. L'implication n'est pas toujours agréable. Souvent la peur de l'échec, de la remise en cause personnelle, et / ou du challenge est présente.

- **La réalisation.** La personne répond à un objectif précis par une action concrète, elle se sent dans un processus de progrès, qui la spécialise, en lui donnant un sentiment d'utilité et de succès

- **Le plaisir** procuré par tous les éléments de la réalisation, est exprimé en ces termes : satisfaction que l'on me donne la possibilité de faire, de pouvoir agir, d'accomplir quelque chose, d'élargir mon domaine d'intervention, enrichissement

personnel et découverte de nombreux aspects du travail, satisfaction de faire un changement, bonne camaraderie, intérêt, privilège et chance de vivre cette expérience…

- **La fierté**, obtenue par la confiance gagnée en soi-même et la confiance ou la reconnaissance portée par les autres.

2.2.4 Les règles opérationnelles et conditions de l'implication

L'intérêt de l'implication dans l'entreprise est de constituer une ressource qui doit être actionnée, exploitée pour produire quelque chose. A priori tout le monde est impliqué mais de manière et d'intensité variables. Dans la plupart des études menées, il est constaté que **les salariés s'impliquent plus fort que ne le croient les dirigeants**, vouloir retrouver l'implication des personnes et admettre qu'elle puise exister, c'est **y croire**, c'est peut-être là le plus difficile à faire.
L'implication ne peut guère créer de performance si on ne dispose pas de produits et matériels corrects, d'une bonne stratégie, d'une organisation adéquate et des compétences nécessaires.

On ne peut pas impliquer les personnes, ce sont elles qui s'impliquent. L'individu reste toujours libre d'agir comme il le veut, c'est lui qui fait ses choix, qui actionne son corps et sa parole pour se comporter, hormis dans les situations de réflexe physique.
Les actions à entreprendre pour créer de l'implication doivent être de l'ordre de la condition nécessaire, sans garantie toutefois de succès parce que celui-ci résultera in fine de la démarche de la personne.
Les stratégies d'implication[17], pour réussir sur le long terme, nécessitent trois conditions :

- **La cohérence** entre les discours et les actions

- **La réciprocité** : une personne s'implique dans une entreprise si elle a le sentiment que l'entreprise s'implique vis à vis d'elle. La réciprocité se trouve dans les valeurs, dans le système de gestion (rémunération, appréciation qualitative des performances, formation , organisation) et dans la relation managériale.

[17] J. PFEFFER . The Human equation. Harvard business school press, p.5 - 1999.

- **L'appropriation** : les personnes ont l'impression d'être totalement en charge de ce qu'elles font, leur supérieur apporte un soutien seulement quand elles en ont besoin. C'est un défi pour les managers qui doivent pouvoir sentir le moment opportun et le type d'actions qui sont attendues, comme aide, par la personne. De plus le responsable ne doit pas s'approprier les résultats positifs.

2.2.5 Pérenniser l'implication

L'implication peut être freinée par plusieurs éléments : la crise des institutions, l'investissement professionnel individuel plus qu'institutionnel et l'accroissement permanent des exigences. Toutefois, pour pérenniser l'implication, la cohérence, la réciprocité et l'appropriation doivent être respectées. Le démarrage des actions doit aboutir rapidement à des résultats positifs qui marquent.

Il faut aussi se méfier des fausses bonnes approches comme par exemple, essayer de surmonter ou de supprimer les faiblesses plutôt que chercher à **renforcer encore les forces** ou encore vouloir changer une équipe qui gagne par crainte de reproduction des modes d'action sans laisser les individus **aller jusqu'au bout des changements**.

Dans le service public, il est préférable, pour s'adapter aux situations ou exigences nouvelles, de renforcer l'esprit du service public plutôt que de s'acharner à imposer vainement des modes de pensée différents. **Le renforcement des valeurs fortes, celles qui fondent réellement les comportements, permet d'assurer les actions à long terme**, d'où l'intérêt dans une démarche d'amélioration de la qualité, de partager les finalités, avant tout.

La relation managériale est également à considérer dans la pérennité de l'action, **l'exemplarité** est une des qualités à attendre du manageur. Celui-ci représente la personnification des valeurs et des comportements dans le discours et dans les actes. Sa compétence humaine dans le savoir être est primordiale, elle doit lui permettre de fonctionner avec d'autres et d'adopter les comportements adaptés aux situations. Cette compétence peut se décliner ainsi :

- capacité à repérer ses propres besoins, objectifs, valeurs, hypothèses et références dans la façon d'aborder le monde qui l'entoure,

- capacité à écouter le cadre de référence de l'autre et l'inciter à l'exprimer,

- capacité à exprimer à l'autre ses sentiments, ses opinions,
- capacité à comprendre les processus internes aux groupes,
- capacité à investir le rôle qui lui est attribué dans une organisation,
- capacité à contribuer à l'efficacité d'une équipe,
- capacité à fonctionner simultanément avec une égale loyauté dans des groupes et équipes différents,
- capacité à agir dans une organisation, ou en terme plus moderne, être un leader visionnaire, faire fonctionner des équipes transversales, négocier, mobiliser.

Pour développer ces compétences humaines, il faut être mis en situation, travailler en s'interrogeant sur ses comportements, leurs raisons et leurs conséquences sur le cours des choses. Il faut accepter le principe de rendre les personnes encore plus responsables d'elles-mêmes, il faut donner du temps et de la durée et il faut développer des systèmes d'évaluation et de gestion de carrières.

2.2.6 Conclusion

Dans un monde du travail de plus en plus éclaté, l'implication est de plus en plus nécessaire à l'hôpital comme dans toute autre structure. A la vérité, il n'existe pas de recette de l'implication, seule la personne choisit de s'impliquer. Toutefois, **comprendre pourquoi et comment les personnes s'impliquent**, **aide les responsables à créer les conditions qui favorisent l'implication,** dans le quotidien des stratégies, des systèmes et surtout des comportements de chacun.

2.3 LE MANAGEMENT PAR LA TRANSVERSALITE ET SES RESISTANCES DANS LES STRUCTURES DE SOINS

Nous avons tenté de montrer que, tant dans une démarche d'amélioration continue de la qualité que dans l'implication des personnels au travail, concepts en outre totalement complémentaires, le management par la transversalité est nécessaire, voire indispensable.

Pourquoi parle-t-on de concept de transversalité ? Michel Laforcade[18] donne une raison d'être à ce concept : la transversalité est indispensable dans un monde éclaté pour que les logiques d'acteurs trouvent une cohérence.

2.3.1 Les caractéristiques de la transversalité

Elle est **indispensable** car les avantages de la spécialisation atteignent leur limite, et pour aller au-delà, il faut faire travailler ensemble les spécialistes. Elle est de nos jours, la principale valeur ajoutée de l'entreprise et également de l'organisation des actions sanitaires et sociales.
Elle est **possible**, à la condition que les professionnels, qui souhaitent la pratiquer, aient des projets, notamment des projets de complémentarité dans une prise en charge globale du patient, qu'ils ne soient pas dans une réactivité oppositionnelle permanente.
Elle est **difficile**, car elle doit faire face à de nombreuses contraintes.

2.3.2 Les contraintes

Le monde polyarchique que représente un établissement de soins, fait que : « plus rien ne s'impose mais tout se négocie ! »[18]. En effet, le pouvoir est de plus en plus éclaté entre les acteurs : les tutelles, l'administration, le corps médical, les soignants, les partenaires extérieurs et les patients, détiennent chacun une parcelle, plus ou moins importante, de pouvoir. Cette contrainte peut jouer en faveur de la transversalité puisque les décisions sont souvent prises après concertation.

Les spécialisations : la tendance depuis 30 ans a été de multiplier le nombre des lieux de travail autonomes pour améliorer la prise en charge technique, de spécialiser les unités et de rendre le confort et les relations humaines plus satisfaisants par la réduction de la taille des unités. Il existe actuellement des flux d'information très nombreux et des liens

[18] M. LAFORCADE. La transversalité des politiques sanitaires et sociales et ses conséquences sur les modes d'exercice professionnel. Enseignement ENSP, filières EDH, EDESSS et I.G. 21 janvier 2002. Rennes .

relationnels très complexes entre tous ces lieux de production. Gérer au mieux ces informations au bénéfice du patient est un des enjeux majeurs dans la bonne gestion de l'hôpital.[19]

Le rôle surévalué du médical à l'hôpital rend difficile la participation des autres partenaires : soignants, sociaux, logistiques, administratifs et techniques. Au titre de la transversalité, le manager doit être capable de poser le problème en terme de prise en charge globale : diagnostic, traitement et soins certes, mais aussi accueil, confort, hygiène, alimentation, environnement, prise en charge financière, sortie …

Les acteurs ont des logiques différentes qu'il faut être capable d'admettre. A l'hôpital, opposition et négociation se retrouvent en permanence entre les trois cultures professionnelles : celle du corps administratif, celle des médecins et celle des soignants. Les médecins accordent une faible importance, du fait de leur culture particulière, aux phénomènes organisationnels comme facteurs explicatifs de l'efficacité et de l'efficience de leur pratique. C'est dans ce contexte fragmenté que s'opèrent les relations internes à l'hôpital. Des règles de communication existent plus ou moins formalisées, particulières à chaque établissement. En fait, elles montrent rapidement leurs limites dès lors que le recours à une autre unité de soins prend un caractère urgent ou a lieu dans des conditions inhabituelles.

2.3.3 Les nécessités

Une mission du responsable d'une unité de soins, qu'il soit médecin ou cadre infirmier, consiste en sa capacité à garder la cohérence interne de son unité, tout en permettant qu'elle soit traversée par de multiples réseaux, qui constituent un stock de ressources permanentes potentielles, mobilisables rapidement et permettant de faire face à des situations imprévues tout en maintenant la qualité des prises en charge.

La transversalité ne peut fonctionner que si **les divers membres se reconnaissent comme légitimes**. Cette légitimité, préalablement établie par un projet défini en terme de résultats à atteindre et de valeurs partagées, est basée sur la confiance que les participants de chaque structure doivent valider régulièrement. En effet la pérennité d'une transversalité ne peut être assurée que si ses acteurs considèrent qu'elle continue à servir ses objectifs, qui sont d'améliorer la qualité et la cohérence de leur travail.

---

[19] M. NAIDITCH, OBERLIN . Les réseaux, des outils pour transformer l'hôpital. Gestions hospitalières. Décembre 1995, n°135, pp.739-746.

2.3.4 Les résistances à la transversalité

Nous constatons avec la notion de projet, que la transversalité est là pour aider à bien faire aujourd'hui mais aussi pour préparer le fonctionnement de demain : vision prospective nouvelle dans le raisonnement des soignants. Ce souci de l'amélioration permanente rejoint les perspectives des programmes d'amélioration de la qualité à l'hôpital. Véritable transformation culturelle et silencieuse du milieu.
Néanmoins, nous ne devons pas négliger les résistances des professionnels, qui ne sont pas encore impliqués dans ces nouvelles organisations.

Les résistances identifiées devant un management par la transversalité sont communes à toutes résistances au changement. Cependant, il faut avant tout préciser que la résistance fait partie du processus normal d'acceptation au changement, un changement qui ne provoquerait aucune résistance serait-il un réel changement[20] ?

D. Dicquemare[21] définit la résistance au changement comme la manifestation d'une réticence à modifier ses comportements, représentations ou idées, pour des raisons autres que ses valeurs personnelles (morales, religieuses, sociales…). Elle apparaît tout d'abord dans les habitudes de fonctionnement des équipes et des institutions : refus des nouveautés, mode de travail, évolution de la législation… Elle se manifeste par une absence de prises d'initiatives innovantes, une résistance passive ou active aux propositions des autres, un refus de modifier son système de penser et de représentations, une grande inertie dans le passage à l'acte, des blocages et des sabotages plus ou moins conscients dans la mise en application de certaines modifications, qui se soldent souvent par un échec dans les mois qui suivent.

La résistance au changement, est un phénomène complexe, la réduire à une question de volonté personnelle serait une interprétation réductrice amenant à un simple jugement de valeur de l'autre, qui aurait tendance à la renforcer plutôt qu'à la diminuer. La première nécessité pour la prévenir ou la guérir, est de se convaincre que l'autre n'est pas le seul responsable.

---

[20] R. Vaillancourt. Les travailleurs sociaux ont-ils peur du changement ? Réflexions autour de la perception du changement organisationnel. Les cahiers de l'actif, n° 292 / 293, actif information, pp 63-71. La Grande Motte. Septembre octobre 2000.

[21] D. Dicquemare. La résistance au changement, produit d'un système et d'un individu. Les cahiers de l'actif, actif information, n° 292 / 293, pp.81-108. La Grande Motte. Septembre, octobre 2000.

Par ailleurs, l'approche psychosociale des mécanismes de défense face aux changements, développée par A. Mucchielli[22] renforce cette notion de phénomène complexe, qu'un manager doit savoir identifier pour proposer un accompagnement de réassurance nécessaire. Le moi est considéré comme un système d'adaptation à l'environnement, l'individu fait des efforts d'adaptation pour réduire son anxiété face aux dangers que peuvent représenter notamment le bouleversement des repères, la modification des règles, la modification des fonctionnements. Les réactions de défense sociale apparaissent donc dans un contexte social, lorsque celui-ci menace l'intégrité physique et / ou la valeur sociale de l'individu. Ces réactions visent à neutraliser cette menace et à préserver l'intégrité et la valeur sociale du moi.

Les mécanismes de défense sociale peuvent être :

- La mise à distance, ou dominance de l'autre avec les attaques défensives (agressivité, révolte…), les intimidations (menace, domination …) ou les évitements (fuite, suicide….),

- L'immobilisation : faire celui qui ne sait pas, qui n'entend pas, faire l'affairé... Là les groupes pour se protéger du monde extérieur se replient sur eux- mêmes, s'enferment dans la tradition. Combinaison d'une inhibition (on ne fait rien, on attend tout de l'extérieur) et d'un rejet (tout ce qui est proposé est critiqué et rejeté), ce genre de comportement paralyse les actions de développement d'un groupe. La rétraction ou défense passive, consiste à se mettre à l'abri derrière des lois, des règlements,

- Le rapprochement peut se traduire par la soumission, la justification (les excuses sociales) ou encore par la séduction ou la victimisation utilisée par des groupes pour s'attirer la sympathie protectrice de l'opinion publique ;

Ces comportements sont aisément discernables dans le milieu hospitalier.

2.3.5 Les démarches favorisant l'acceptation du changement

Après avoir identifié les différents comportements de résistance auxquels le manager risque d'être confronté, notamment devant un management transversal dans une démarche

[22] A. MUCCHIELLI. Les mécanismes de défenses. PUF, Collection Que sais-je, 127p. Vendôme 1981.

d'amélioration continue de la qualité, il devient intéressant d'étudier les différents types d'accompagnement que propose A. Mucchielli.
L'association de plusieurs actions concrètes peut porter ses fruits :

- Travailler sur le sens et les effets des actions par l'éducation : aider la personne à passer d'un état à l'autre, par une prise en charge dégressive et des exigences progressives pour viser l'autonomie, avec une vision à moyen et long terme, par la transmission de valeurs sociales et par le recentrage systématique des comportements ou actions sur les effets auprès des usagers,

- Assurer une formation continue des professionnels, en intra-muros sur l'ensemble d'une équipe, en harmonisant les représentations (vocabulaire commun, appartenance à un groupe), en développant une démarche participative et responsabilisante (faire construire plutôt que d'apporter des réponses toutes faites…), en travaillant sur le deuil de l'équipe idéale (accepter les conflits d'idées, les considérer comme propice à enrichissement), et en formant les cadres à la gestion des ressources humaines et à l'animation de réunion,

- Avoir une politique de transparence et de communication autant ascendante que descendante,

- Travailler par projet et évaluer,

- Développer les échanges entre institutions (voir ailleurs comment ça fonctionne …).

Le concept de transversalité présente dans sa mise en œuvre, des difficultés identiques à celles décrites dans le concept d'une démarche d'amélioration continue de la qualité. La nouveauté, le changement des organisations, la remise en question de certaines valeurs, sont autant d'éléments qui peuvent soit faire s'impliquer les personnels, soit les rendre méfiants.

A la lumière de ces cadres théoriques, nous pouvons déjà entrevoir qu'elles seront les pistes à suivre pour un projet de management des équipes d'AE transversales ; toutefois, l'approche pragmatique, obtenue par les entretiens menés sur le terrain, doit apporter des éléments complémentaires sur les expériences vécues, le ressenti des personnes concernées, les contextes, indispensables à la pertinence du projet et à sa faisabilité.

Deuxième partie

1 - L'ENQUETE

1.1 OBJECTIFS ET METHODES

Le choix de mener l'enquête dans trois établissements de soins permet de croiser les points de vue des professionnels d'organisations différentes. Les établissements sont définis en fonction des possibilités d'accueil en stage au cours de notre formation, d'un recul de plusieurs mois par rapport à l'accréditation, et d'une activité relativement comparable. Les commentaires recueillis ne sont pas généralisables car ils ne représentent que ces trois établissements, toutefois, ils permettent d'enrichir notre réflexion, et de vérifier nos hypothèses.

Par souci d'anonymat, les établissements sont nommés, respectivement A, B et C.

Des entretiens semi-directifs individuels, d'une durée moyenne de 45 minutes, sont menés à partir d'une grille commune de quatre questions *(annexe 1).* L'objectif est d'obtenir des éléments de réponse à ces différentes interrogations :

- « Est-ce que les équipes d'AE sont constituées uniquement pour satisfaire à la procédure d'accréditation ou, valent aussi comme moyen d'impliquer le personnel dans une démarche continue de la qualité ? » ;
- « S'il y a réelle démarche continue de la qualité, qui l'impulse ? » ;
- « Qu'apportent les équipes d'AE en terme de satisfaction et d'amélioration ? »

(Rappelons que selon notre hypothèse, elles ont leur raison d'être entre deux accréditations seulement si elles sont source de satisfaction et d'amélioration) ;

- « Que deviennent les équipes d'AE après l'accréditation ? ».

De plus, un questionnaire est administré aux responsables qualité *(annexe 2),* il permet de décrire les modalités d'organisation de l'AE mise en œuvre dans l'établissement : délais par rapport à la visite des experts-visiteurs, participation volontaire ou désignée des personnels, nombre et fonction des participants, formation, information, animation, organisation, durée d'engagement, et continuité après la première accréditation *(annexes 3, 4, 5)*. Il est important de connaître le mode de fonctionnement des équipes d'AE avant et pendant l'accréditation, afin d'en comprendre le cheminement, l'impact et ce qu'elles sont devenues à ce jour.

1.2 PRESENTATION DES SITES

Etablissement	Statut juridique	Spécialités	Nombre de lits	Date début autoévaluation	Date visite Experts visiteurs	Résultats accréditation
A	Privé PSPH	médecine chirurgie court séjour	452	oct-99	mai-00	5 recommandations 1 réserve
B	Public	MCO court, moyen et long séjour	644	sept-99	janv-00	7 recommandations
C	Public	MCO court, moyen et long séjour	502	avr-00	déc-00	10 recommandations 4 réserves

1.3 PRESENTATION DES PERSONNES INTERVIEWEES

Etablissement	Directeur général	Directeur des soins	Responsable qualité	Membre équipe AE DIP	Membre équipe AE OPC	Membre équipe AE GFL
A	oui	oui	Oui, CSI	cadre supérieur infirmier	infirmier anesthésiste	responsable logistique
B	Non parti ds. autre établissement	oui	Non Ingénieur parti ds. autre établissement	cadre supérieur infirmier adjoint des cadres hospitaliers : service admissions		
C	oui	oui	Oui, cadre de santé	infirmière	préparatrice en pharmacie	cadre hygiéniste

2 - ANALYSE

Bien entendu, chacune des personnes interviewées s'est exprimée en fonction de son positionnement dans l'institution : le directeur place son point de vue au niveau institutionnel et politique, le directeur des soins en tant que manageur des équipes para-médicales, le responsable qualité se situe comme coordonnateur de la démarche d'amélioration de la qualité et de l'accréditation, les trois membres d'équipes d'AE s'expriment en tant qu'individus appartenant à une profession, à une équipe de travail, et intégrés dans un groupe transversal.
L'analyse des propos recueillis permet de comparer les discours exprimés lors des entretiens et d'identifier les réponses données à nos questions.

2.1 METHODOLOGIE DE L'ANALYSE

L'analyse, dans un premier temps a été réalisée à partir d'un tri de tous les commentaires obtenus. Ce tri est effectué selon une logique relative à notre questionnement initial et aux concepts définis dans la première partie, notamment la notion d'implication :

- Quel management des équipes d'autoévaluation ?
- Quels bénéfices apportent les équipes d'autoévaluation ?
- Quels fonctionnements des équipes d'autoévaluation après l'accréditation ?

Ce classement permet de relier les types de management avec les effets produits par les équipes d'AE, et leur devenir. Un schéma tentera d'illustrer ces relations dans la seconde partie de l'analyse, facilitant ainsi la confrontation à nos hypothèses.

2.2 CLASSEMENT DES COMMENTAIRES OBTENUS

2.2.1 Le management des équipes d'AE

Dans les trois établissements étudiés nous observons une antériorité des autoévaluations de deux à un an, sous forme d'autoévaluation à blanc. Il semble que c'est la mise en route d'une démarche qualité qui ait créé le besoin d'un diagnostic initial ; toutefois, il est difficile d'affirmer qu'une démarche qualité suivant cette méthodologie aurait été mise en œuvre sans l'accréditation à l'horizon.

Les personnes rencontrées dans les différents établissements ne font état d'une traçabilité écrite de la politique définie que dans les réactualisations de projet d'établissement et des contrats d'objectifs et de moyens, en cours d'élaboration ou de négociation avec les Agences Régionales d'Hospitalisation.
Les directeurs n'ont pas participé directement aux équipes d'autoévaluation, ils s'y sont intéressés par l'intermédiaire de leurs collaborateurs, ils ont suivi l'avancée du travail et la production des groupes :
CH A le directeur : *« J'ai suivi de très près les groupes, je n'avais pas d'angoisse particulière sur le suivi du travail réalisé »*, « ***tout dépend de la façon dont le directeur annonce l'accréditation, s'il la présente comme une obligation imposée par l'administration, on va à l'échec***».
Le responsable qualité du CH C : « implication médiocre de la direction, elle laisse faire mais n'est pas moteur ».

- **Les équipes d'AE : réponse formelle à l'accréditation**

Les consignes suggérées par l'ANAES pour satisfaire à la procédure d'autoévaluation sont systématiquement observées. Une campagne d'information, des sessions de formation, une organisation structurée, sont menées sous des formes variables.
Plusieurs commentaires décrivent bien l'autoévaluation comme étant limitée à l'accréditation et non inscrite dans une démarche continue :

- *CH A, Un membre d'équipe* : « *les collègues du bloc opératoire y ont vu peu d'intérêt, ils n'ont pas bien compris ce que c'était,, il n'y a pas que des adhérents, certains collègues ne participant pas à l'AE y ont vu de la réunionnite, avec un esprit pessimiste* ».

- *Au CH B, les membres des équipes* ont tendance à parler de l'autoévaluation en terme global d'accréditation : « *c'était pour préparer l'accréditation* » « *les gens ont vu les questions qui pouvaient être posées*, *ça permet de dédramatiser*.. . » « *à la visite des experts visiteurs, le groupe était bien au clair, il savait de quoi il parlait* », *« dans le service, peu d'intérêt à la démarche qualité, ce sont les mauvaises conditions de travail qui essoufflent »*
  le directeur des soins « l'établissement n'est pas prêt pour la transversalité, c'est un vœu mais il faut une volonté »

- *Le directeur du CH C* dit clairement : *« les gens n'ont pas forcément ressenti de lien entre l'accréditation et la démarche qualité qui avait débuté bien en amont …*

l'accréditation c'est le maître mot pendant 18 mois, après on a l'impression que tout s'effondre, on a du mal à maintenir le souffle », « *les audits, est-ce bien ? On les fait puis après on repart comme avant car les problèmes du terrain liés aux effectifs, font mal accepter les remises en cause de la cellule qualité* ». Ces difficultés sont confirmées par *Le responsable qualité* : « *il n'aurait pas fallu que ça dure plus longtemps car ça devient très dur à gérer par rapport aux réalités du quotidien* ».

Les membres d'équipe d'autoévaluation : « *on a fait beaucoup de choses pour l'accréditation et maintenant on attend…avec les 35 heures et les nouvelles organisations, le contexte est peu favorable à la démarche qualité… », « il faut vraiment secouer pour que ça reparte, je reste sur ma faim, après la visite on n'est plus concerné* », « *un peu frustrant : on a l'impression que l'on a eu besoin de nous, on a eu des remerciements et puis plus rien* »..

- **Les équipes d'AE : moyen d'implication dans une démarche continue d'amélioration de la qualité**

L'autoévaluation inscrite dans un processus global et continu

Quelques observations font entrevoir que l'autoévaluation est inscrite dans un processus global d'amélioration continue, elles restent cependant assez floues dans les établissements B et C.

- *CH A : Le directeur* rapproche l'autoévaluation de la mise en place des 35 heures : « *cela a permis de partir sur de nouvelles bases d'organisation pour les 35 heures…, le manuel d'accréditation fait se poser les bonnes questions sur l'organisation de notre travail, base de réorganisation …* »

  Le *DS* : « *il n'y a pas d'après accréditation, il s'agit d'une poursuite de la démarche, il appartient à la direction et à l'encadrement de maintenir, de porter et de transmettre la dynamique*» « *le projet social en cours d'actualisation se fait sur la base du référentiel ANAES* ».

  Un membre d'équipe d'AE : « je participe à un groupe d'AE, un an et demi après la démarche d'accréditation », « *quand les deux chirurgiens ne sont pas tout à fait d'accord sur la description de l'organisation, ce sont les patients qui tranchent en exprimant leur vécu* », « *les équipes essaiment partout, projet de soins, projet social*… » « *l'idéal serait que tous les personnels participent une fois à un groupe d'AE pour que la démarche qualité vive et implique les équipes sur les référentiels* »

- *CH B, le DS :* « *l'accréditation ça sert pour faire évoluer les pratiques, y compris médicales »,*

Les membres d'équipe : « on était déjà habitué à la démarche d'évaluation en soins ».

- *CH C, le directeur : «il faut intégrer dans la politique de l'établissement les actions d'amélioration : recommandations et réserves», « l'autoévaluation ça entraîne une culture intéressante, tous les mois on effectue une AE sur un sujet différent, déchets, linge, repas », « l'AE fait partie de la culture de l'établissement non en lien avec l'accréditation, ce qui est positif*
- *Les membres d'équipe :* « *on va avoir des bases pour pouvoir avancer* » « *on s'est aperçu de l'ampleur du travail qui reste à accomplir* ». « *ça a apporté un élan »*

L'autoévaluation comme moyen d'impliquer les personnels.

La partie théorique sur l'implication contient les notions d'identification à des valeurs, d'investissement en temps et en charge de travail, de liberté d'agir et de s'exprimer, de sentiments de progrès, d'utilité et de fierté. Nous relevons fréquemment ces notions dans les propos entendus mais ils sont avant tout reliés à l'autoévaluation et non à la démarche continue d'amélioration.

- CH A, le directeur : « *le manuel de l'ANAES est le guide permanent de toutes les conduites de projet à venir, pour notre établissement », « sentiment de fierté des personnels, car ils faisaient partie des premiers établissements à être accrédités »*

  Le Directeur des Soins : « ceux qui ont participé à la première accréditation incitent et stimulent les autres à aller dans les nouveaux groupes, en disant que c'est bien »

  Le référent qualité : « bonne participation de chacun », « possibilité de s'exprimer sur son métier », « l'AE n'est pas ressentie comme une approche réglementaire, l'ANAES permet une certaine liberté, même si la démarche est encadrée », *« développement d'un esprit constructif avec une réelle volonté de s'améliorer »*

  Les membres d'AE : « on gagne en nombre d'adeptes à la démarche qualité » « ça permet de prendre conscience de la nécessité d'une prise en charge globale des patients », « permet de valoriser le travail de fond de l'institution : accueil, proximité du patient » « bienveillance, accueil, écoute, proximité du patient sont des valeurs partagées par les soignants et les personnels en soins indirects », « les gens qui sortent de l'AE, sont à l'écoute des autres », « amène tolérance et compréhension, lève l'esprit critique et le dénigrement, amène humilité, tolérance, compréhension, construction », « c'est un outil de motivation » « possibilité de s'exprimer sur son métier » « j'ai pu dire la réalité relative aux fonctions logistiques dans l'établissement », « maintenant partout dans l'hôpital on travaille sur ce mode là : ça a eu un effet boule de neige en largeur et en profondeur », « ça force à améliorer le travail au quotidien »

- *Au CH B, les membres d'AE : « il faut bien préciser que les pratiques et les personnes ne sont pas évaluées, c'est important… il ne faut pas arriver dans les services en inquisiteur, il faut rester à sa place », « création d'un élan de solidarité entre les membres du groupe et avec le personnel des services visités » « permet de se remettre en question », « chacun s'est senti très concerné, ça a été très formateur pour les participants » « les gens étaient plus confiants après »*
  Le directeur des soins : « ça a été une charge de travail importante »

- *CH C, le directeur : « l'AE cible le malade, elle fait se demander si on est bien en phase avec ce que l'on souhaite faire »*
- *Le DS : « valoriser ce qu'on fait », « travail très lourd, important… bonne participation… expression spontanée », « c'est intéressant de voir les documents existants, les procédures, opportunité intéressante pour une prise de poste dans l'établissement »*
  Le responsable qualité : « les gens ont valorisé ce qui fonctionne bien, ce qui n'est pas fait au quotidien, ça fait du bien » « nécessité de valoriser les participants, éventuellement dans le cadre de la notation », « acceptation du regard de l'autre », « une réflexion en commun sur certains thèmes, permet de répondre à un besoin avec homogénéité (exemple : chariot dossier patient), ce qui est une garantie pour le patient, c'est mieux que les choix individuels dans un service », « globalement forte mobilisation des personnels qui sont venus sur leurs jours de repos et de congés annuels », «j'en retire une certaine fierté car ça a bien fonctionné ».
  Les membres d'AE : « réel développement du sens d'appartenance à l'établissement » « la remise en cause et le partage font changer l'état d'esprit, il faut que l'on travaille tous ensemble au service de l'établissement, on voit se développer la notion d'entraide », « satisfaction du travail bien accompli » « investissement de soi dans l'établissement » « on avait un objectif commun : on a joué la transparence, on n'a pas cherché à masquer » « le patient est au centre des préoccupations de tous » « toutes les idées sont bonnes à entendre, personne n'a une réponse, c'est en discutant avec mise en commun des idées que l'on obtient la meilleure solution … on a trouvé des solutions qui ne nécessitaient pas de moyens, grâce au travail en commun », « revalorisation des choses mises en place, il y avait des choses faites avant, on avait déjà bien bossé sur la qualité».

2.2.2 Les bénéfices apportés par les équipes d'AE

Au cours des entretiens nous avons posé deux questions très ouvertes afin de ne pas influencer les réponses concernant l'impact des équipes d'autoévaluation en terme de

satisfaction et / ou d'amélioration : « L' autoévaluation : qu'avez-vous retiré de cette expérience ? Qu'est-ce que ça a apporté ? ». Les réponses à ces questions doivent nous permettre de vérifier l'hypothèse que les équipes d'AE ont leur raison d'être entre deux accréditations, si elles sont effectivement source de satisfaction et d'amélioration **pour les participants**, pour **l'établissement** et aussi pour **les patients.**

- **Satisfaction / Amélioration : pour les membres des équipes**

Les éléments les plus récurrents obtenus lors des entretiens, expriment la satisfaction ressentie par les membres des équipes d'AE. Ce classement utilise des thèmes issus, là encore du concept d'implication et aussi du management par la transversalité :

L'enrichissement personnel, le plaisir

- *CHA, le directeur : « l'autoévaluation a été une bouffée d'oxygène pour le personnel par rapport à l'ambiance morose crée par le plan social »*
  Le directeur de soins : « les gens ont appris beaucoup de choses »
  Le responsable qualité : « aspect pédagogique : connaissance du manuel d'accréditation, découverte de différents métiers, connaître ce que fait le voisin »
  Les membres d'équipe : « particulièrement riche, fait se découvrir des professionnels qui sont souvent en opposition… » « connivence qui s'établit entre les membres du groupe, à la fin les gens ne voulaient plus se quitter » « très agréable, très enrichissant, très intéressant », « *moments riches parce que ça permet une ouverture sur les autres services, et réciproquement, dans un esprit convivial et non polémique ».*

- *CHB, les membres d'équipe : « très intéressant, découverte des services que je ne connais pas », « ça a été très formateur pour les participants », « permet des échanges enrichissants, permet de développer des affinités entre professionnels »*, *« la formation en amont devait permettre de ne pas se laisser intimider par les réactions des gens, des médecins, on a fait des jeux de rôle, c'était amusant…. Les relations avec les médecins se sont bien passées, sans difficulté ».*

- *CHC, le responsable qualité : « les gens ont valorisé ce qui fonctionne bien, ça fait du bien ».*
  Les membres d'équipe : « investissement de soi dans l'établissement », « ça s'est très bien passé, très intéressant, c'est enrichissant : ça permet de rencontrer d'autres personnes dans le cadre du travail », « on apprend à travailler ensemble, ce qui est bénéfique », « gens heureux de travailler ensemble, rapprochements », « gros travail clôturé par une fête organisée par le responsable qualité, très agréable »

La satisfaction de produire du changement, l'ouverture sur la transversalité

- *CHA, le directeur des soins : «prise de conscience que tout ne marche pas tout seul, découverte à travers le manuel des liens entre les choses (exemple : le service informatique et les droits des patients…)*
  Les membres d'équipe : « prise de conscience qu'il est nécessaire d'inclure des patients dans les prochains groupes d'AE », « on est tous dans un grand bateau, chacun est très concerné par le sujet », « ça met en évidence la transversalité, ouvre les uns et les autres sur l'organisation transversale ».

- *CHB, les membres d'équipe : «j'ai été interpellée par ces services que je ne connais pas : ça rend beaucoup plus attentif aux fonctionnements et aux dysfonctionnements », « ça a permis d'aller vers des gens peu ouverts comme le bloc obstétrical », « en tant qu'administratif c'est intéressant de connaître les problématiques, les contraintes, les fonctionnements des autres services », « on voit qu'il y a trop de cloisonnement et qu'il ne faut pas se rejeter la faute systématiquement ».*

- *CHC, le directeur des soins : «ça a décloisonné, on travaille plus en transversal, on voit qu 'ailleurs il se fait d'autres choses dont on n'a pas connaissance».*
  Le responsable qualité : « en général l'hôpital : c'est les services de soins, les autres services sont secondaires, avec l'AE les gens prennent conscience que l'hôpital c'est un tout », « meilleure connaissance des difficultés de l'autre », « permet de découvrir que chez des voisins il y a des bonnes choses que l'on peut appliquer chez soi ».
  Les membres d'équipe : «quand on est dans une unité le travail a toujours une répercussion sur les autres, ce qu'on a du mal à voir généralement », « on découvre ce qui se passe dans les services, après on réagit différemment par rapport aux problèmes, on voit que ce n'est pas toujours de la mauvaise volonté ».

➢ **Satisfaction / Amélioration : pour l'établissement**

Les fonctionnements de l'établissement sont avant tout améliorés par le développement de la communication et par la connaissance des personnes et des organisations des différents services, éléments exprimés autour de la satisfaction des personnels. Ces améliorations et satisfactions, ne sont-elles pas l'essence même du management par la transversalité ?
Quelques phrases annoncent que des actions d'amélioration concrètes et à court terme ont été mises en oeuvre :

- *CH A, un membre d'équipe : « le problème de discrétion est ressorti dans dix groupes, il y a donc eu constitution d'un groupe discrétion, qui met en œuvre un plan d'actions »,*

« ça force à améliorer le travail au quotidien, à améliorer les procédures »

- *CH B, un membre d'équipe : « ça a permis de rectifier ce qui n'allait pas », « en pré-visite on a déjà apporté des améliorations »*

- *CH C, Le responsable qualité : « …sur ce qui fonctionne moins bien, ils ont fait en sorte que ça s'améliore, réactivité rapide sur certains points »*
  Les membres d'équipe : « amélioration de petits fonctionnements dans le service »

➢ **Satisfaction / Amélioration : pour les patients / familles**

L'unique expression concernant une amélioration concrète apportée aux patients est celle du *directeur du CH C* : « *l'autoévaluation a permis une remise à niveau de la prestation repas* » en effet, dans tous les autres entretiens, aucun élément n'a été donné ni spontanément, ni après suggestion.
Peut-on ainsi interpréter que l'autoévaluation d'une première accréditation n'apporte pas systématiquement d'améliorations directes vis-à-vis des patients ?

2.2.3 Le fonctionnement des équipes d'AE après l'accréditation

➢ **Disparition des équipes d'autoévaluation**

- CH A, le directeur des soins apporte une suggestion : «une idée : reconstituer les mêmes groupes une fois tous les 18 mois (sauf les personnels qui sont partis) pour mesurer l'évolution… si non les gens ont l'impression d'avoir œuvrer un moment et après, les choses se perdent »

- *CH B, le directeur des soins : « établissement pas prêt dans la transversalité, ça peut être un vœu mais il faut une volonté de la direction »,*
  Un membre d'équipe : « après le rapport de l'ANAES, il n'y a pas d'après pour le groupe »

- *CH C, le directeur : « on ne pourrait pas continuer les groupes d'AE de la même façon, mais intégrer les gens dans d'autres groupes »*

Un membre d'équipe : « *il serait souhaitable que chaque équipe se réunisse pour continuer, mais il faudrait définir quoi mettre en place* », «*Cet entretien permet de confirmer que l'on a tourné la page* ».

- **Transformation des équipes**

- *CH A, le directeur :* « *un groupe a été élargi sur les droits des patients en y associant deux usagers, ce qui enrichit le groupe* », « *pour tous les projets à venir, notre objectif est de se référer au manuel de l'ANAES, et à la méthode de l'AE : associer tous les professionnels confondus et travailler dans la transversalité* »

  Le directeur des soins : «*il n'y a pas de groupe qui se réunit régulièrement, mais des groupes sont constitués sur certains thèmes soulevés par l'accréditation* », « *le projet social en cours d'actualisation se fait sur la base du référentiel ANAES, un diagnostic est réalisé par des groupes multi-professionnels* »,

  Le responsable qualité : « *reconstituer régulièrement un groupe d'AE pour actualiser la synthèse antérieure, y intégrer les nouveaux embauchés pour qu'ils découvrent rapidement l'hôpital de façon complète* »

  Un membre d'équipe : « *constitution d'un groupe discrétion, dont les membres étaient tous issus de l'AE* ».

- *CH B, les membres d'équipe :* «*une suite est donnée par le service infirmier avec l'outil IGEQSI (instrument global d'évaluation de la qualité des soins infirmiers), c'est lourd pour faire autre chose* ».

- *CH C, le responsable qualité :* « *création d'un groupe d'auditeurs internes, 8 personnes qui ont pour obligation d'avoir fait partie de l'AE* », « *par rapport aux réserves : deux réunions du comité qualité par an pour définir les objectifs et faire le bilan, un ou deux responsables d'action pour chaque réserve* »,

  Les membres d'équipe : « *avoir une personne engagée au sein d'une équipe : le correspondant, c'est intéressant, mais pour la personne c'est difficile même si le cadre soutient la démarche* ».

2.3 SYNTHESE DE L'ANALYSE DE CONTENU

Une synthèse de l'analyse de contenu des entretiens est présentée sous forme synoptique. Le schéma met en évidence les relations entre le management, l'implication des professionnels, les apports et le devenir des équipes d'AE :

- Les flèches de gauche ciblent le positionnement du directeur « DG », du directeur des soins « DS » et du responsable qualité « RQ » dans une démarche d'amélioration continue de la qualité, pendant l'accréditation ;

- Les flèches de droite situent les dirigeants dans l'intérêt du suivi des équipes d'AE, après l'accréditation ;

A partir du calcul du nombre d'expressions formulées par les uns et les autres sur les différents thèmes, nous proposons une présentation synthétique, qui ne se prétend pas scientifique, mais qui relativise la subjectivité *(annexe 6)* :

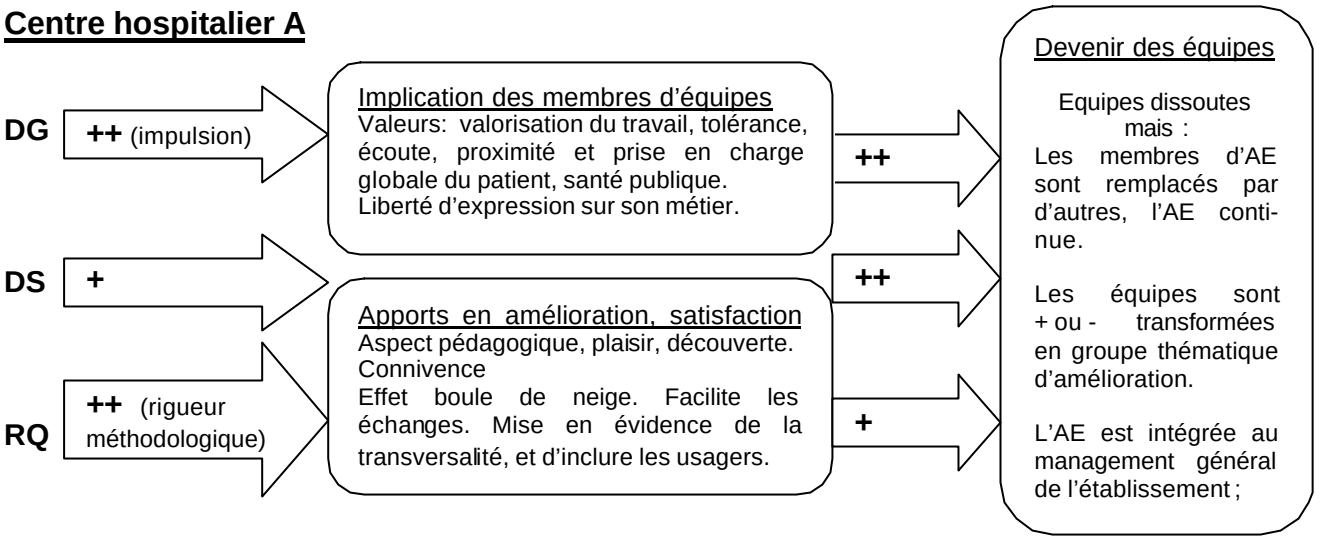
- Les « ++ » signifient un engagement individuel fort qui imprègne les personnels ;

- Les « + » : engagement individuel peu transposé au niveau collectif établissement ;

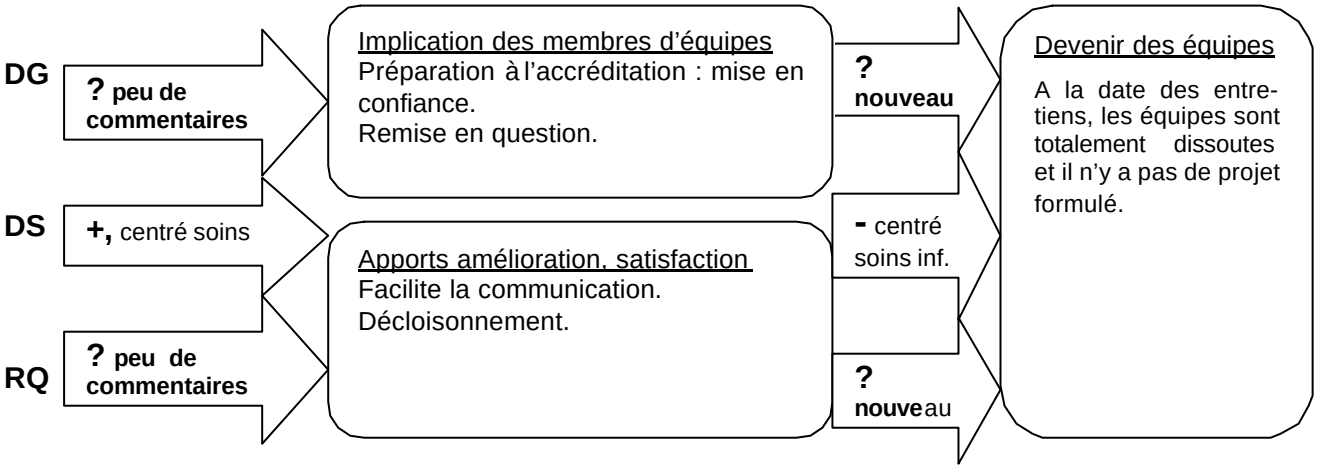
- Les « - » : engagement individuel incertain, avec des contradictions ;

- Les « ? » : faute d'entretien direct avec la personne concernée, le positionnement n'est pas identifié.

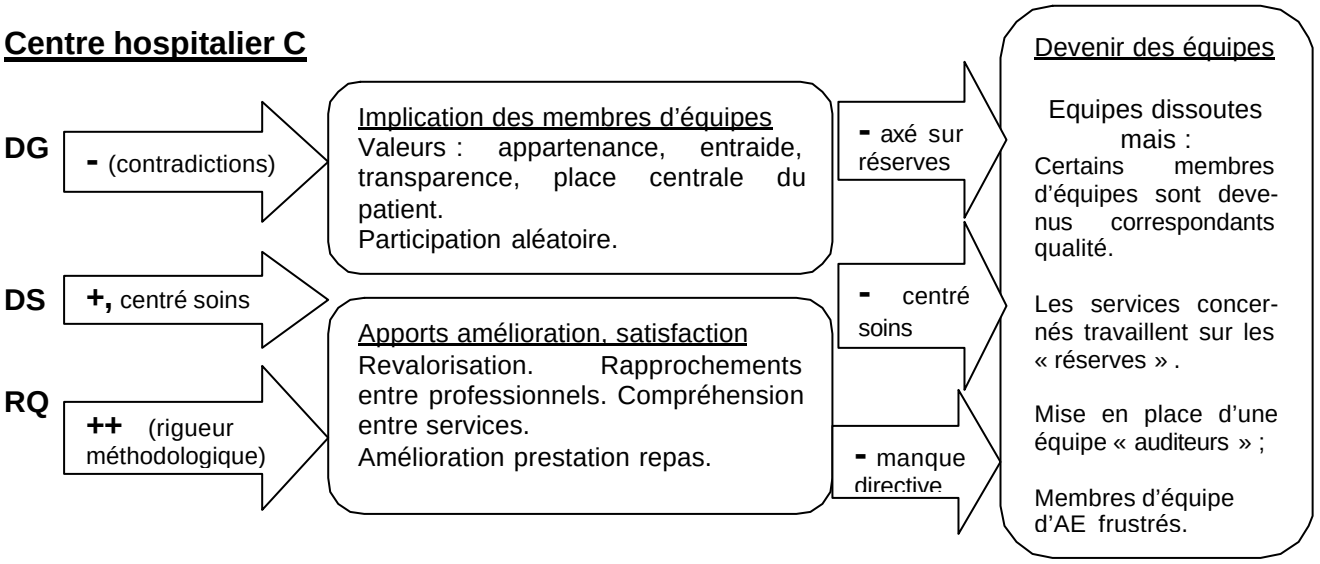
Centre hospitalier A



Centre hospitalier B



Centre hospitalier C



3 - COMMENTAIRES ISSUS DE L'ANAES

Afin de vérifier si nos questionnements correspondent à une réalité au sein de l'ANAES, et pour apporter un complément aux données de notre enquête, un entretien semi-directif avec Madame R-M. Andrieux du service « études et développement » de l'ANAES renseigne sur les constats, le positionnement et les orientations de l'ANAES quant aux équipes d'AE après une première accréditation.

- Première question : quel constat effectué par l'ANAES sur les équipes d'autoévaluation pour l'accréditation ?

« Sur les 140 établissements qui ont terminé la démarche d'accréditation, tous ont respecté la méthodologie conseillée : les équipes pluriprofessionnelles et multicatégorielles, car il s'agit d'un facteur de satisfaction à la démarche définie par le collège. »
Une enquête non représentative (23 établissements y ont participé), ayant pour objectif d'évaluer la pertinence du guide « préparer et conduire votre démarche d'accréditation », a donné notamment en conclusion : *« le profil tiré de la démarche est essentiellement un bilan de l'existant, avec un plan d'action d'amélioration de la qualité ainsi qu'un décloisonnement, mais* ***on déplore un surcroît de travail et une baisse de la qualité des soins engendrée par le manque de présence auprès des patients*** *»*.

- Deuxième question : l'ANAES a t-elle des informations sur le devenir des équipes d'AE après la première accréditation ?

Madame Andrieux ne peut apporter de réponse précise à cette question qui a pourtant été posée dans le cadre de son enquête, enquête rappelons-le non exhaustive, : « *le devenir de ces équipes est envisagé dans 17 cas pour la mise en œuvre d'actions d'amélioration ou pour recommencer l'AE régulièrement, mais il n'y a aucune réponse précise à comment est organisé ce travail…».*

- Troisième question : quel positionnement a l'ANAES entre deux accréditations ?

« Aucun, l'ANAES ***incite*** *l'établissement à poursuivre sa démarche, c'est à chacun de continuer sa progression au regard des recommandations. Une question se pose actuellement : le rapport de la première visite sera t-il donné aux experts-visiteurs et au*

collège d'accréditation lors de la deuxième accréditation ? ne sera-t-il pas aux établissements de prouver quelle a été leur progression ?

- Quatrième question : qu'est-ce que l'ANAES souhaiterait voir se développer entre deux accréditations à propos des équipes d'AE ?

La réponse nous conforte dans le choix de notre thème : « *le devenir des équipes d'AE est une des préoccupations de la direction de l'accréditation. Un nouveau guide «* préparer et conduire votre démarche d'accréditation *» est en cours de validation à l'ANAES, un paragraphe entier est consacré à ce thème, il s'intitule :* le devenir des équipes d'autoévaluation »*.*

A l'intérieur de ce paragraphe[23], la question suivante est posée : « Dans la poursuite de la démarche d'amélioration de la qualité, les équipes d'AE seront-elles maintenues en activité pour mettre en œuvre les mesures d'amélioration ? ». Dans sa mission pédagogique l'ANAES se doit de proposer différentes suggestions qui sont les suivantes :

« Elles peuvent devenir ainsi des groupes de projet d'amélioration de la qualité appelés à conduire des projets ciblés et successifs, en fonction des résultats de l'autoévaluation et du rapport d'accréditation :

- Définition et priorisation des axes d'amélioration et des actions à engager identifiées lors de l'AE ou de la visite ;
- Mise en application des actions décidées ;
- Suivi de ces actions, voire préparation de l'accréditation suivante. »

Par ailleurs Mme Andrieux, soignante de formation, pense que le management de ces équipes entre deux accréditations est important pour ne pas frustrer et démotiver les gens. Le directeur général pourrait déléguer cette mission au directeur des soins, notamment parce que les personnels para-médicaux sont nombreux dans un établissement de soins et qu'un directeur de soins, de par son cursus, connaît bien le « terrain ».

[23] Direction de l'accréditation- préparer et conduire votre démarche d'accréditation- Un guide pratique. p.40 - janvier 2002 – (version en cours de validation)

4 - VERIFICATION DES HYPOTHESES

Rappelons que nos hypothèses se basent sur la question suivante : « Les équipes pluriprofessionnelles transversales constituées pour l'autoévaluation de l'accréditation, ont-elles leur raison d'être dans une démarche d'amélioration continue de la qualité, si oui, comment peuvent-elles perdurer entre deux accréditations ? ».

4.1 PREMIERE HYPOTHESE

♦ **Pour que les équipes d'autoévaluation aient leur raison d'être, après une première accréditation, elles doivent être source d'amélioration, de satisfaction envers les patients, l'institution, les personnels, et surtout source de bénéfices envers les membres des équipes**.

A l'unanimité, les personnes interviewées expriment une grande satisfaction à avoir participé aux équipes d'AE. Le rapprochement à des valeurs, le plaisir, l'enrichissement de la connaissance de l'autre sont les arguments constants des entretiens. Quant à l'amélioration et la satisfaction envers les patients et l'institution, nous avons observé qu'elles existent d'avantage par ricochet que par impact direct. **Nous pouvons donc déduire, avec les commentaires de l'ANAES qui corroborent l'affirmation, que les équipes d'AE ont leur raison d'être entre deux accréditations.**

4.2 DEUXIEME HYPOTHESE

♦ **Les équipes transversales d'autoévaluation, pour perdurer entre deux accréditations, nécessitent un management particulier de type transversal, réfléchi, préparé, impulsé, organisé et partagé, impliquant tous les acteurs de l'institution, y compris les patients**.

Les établissements B et C, témoignent que sans management transversal partagé, impulsé voire organisé, les équipes d'AE ne peuvent perdurer, ce qui induit parfois une démotivation et une frustration du personnel impliqué lors de l'AE. L'établissement A nuance la réponse, le management qui est partagé, impulsé et organisé, pourrait maintenir les équipes d'AE, mais le choix a été différent, puisqu'il a-y priorité à faire participer de nouveaux personnels. **Le résultat de notre enquête confirme qu'un management particulier est nécessaire à la continuité des équipes d'AE.**

5 - LIMITES ET REMARQUES PEDAGOGIQUES DE L'ENQUETE

L'enquête réalisée sur trois établissements, auprès de 15 personnes, n'a pas la prétention d'une recherche exhaustive et scientifique. Il s'agit d'avantage d'une expérience, à partir de laquelle différents enseignements sont à tirer :

- La volonté de cibler trois équipes d'AE : « DIP », « OPC » et « GFL », n'a en fait pas d'intérêt puisque pour deux établissements la méthode n'a pas été d'organiser une équipe par référentiel. De plus, les groupes étant multiprofessionnels, les différents personnels de l'établissement (médicaux, soignants, administratifs, techniques, logistiques, médico-techniques) peuvent se trouver dans chacune des équipes.

- Au cours des entretiens, une difficulté a été récurrente : l'éloignement dans le temps implique un manque de précision dans les réponses. Les réponses sont parfois floues : les membres des équipes le formulent clairement, « ç*a paraît loin, je ne me souviens plus bien comment ça s'est passé…». Q*uant aux dirigeants c'est la confrontation des discours, parfois divergents pour un même établissement, qui témoigne de cette difficulté de se rappeler. Ne peut-on considérer que seuls les faits les plus marquants et éventuellement les plus intéressants sont retenus ? Cette difficulté liée à l'oubli pourrait se transformer en point positif : ce qui reste après l'oubli, c'est ce qui compte le plus pour les gens interviewés.

- Plusieurs managers actifs pour l'accréditation, n'ont pu être rencontrés suite à leur mutation dans un autre hôpital. Les mouvements des dirigeants sont une réalité courante dans les établissements de santé.

- Les personnes rencontrées sont principalement des cadres, un recueil d'opinions auprès des agents du terrain aurait enrichi l'analyse. De même, le ressenti de professionnels qui n'ont pas participé à l'autoévaluation, ainsi que celui de quelques patients, aurait éventuellement confirmé les propos recueillis.

- Enfin, au cours de l'analyse, il nous a paru peu aisé de différencier les améliorations ou satisfactions induites par l'autoévaluation auprès des patients, de l'établissement ou des personnels. La satisfaction des personnels semble retentir sur l'amélioration des fonctionnements de l'établissement et par ricochet sur la satisfaction des patients.

6 - CONCLUSION

L'accréditation, grâce à l'autoévaluation, est facteur d'implication des personnels d'un établissement de santé. Les participants aux équipes d'AE s'impliquent pour la plupart dans cette mission spécifique, **limitée dans le temps**, en y trouvant certains bénéfices ou satisfactions.

Les améliorations concrètes concernant les patients, objectifs d'une démarche d'amélioration continue de la qualité et de l'ANAES, ne semblent pouvoir se constater que sur du moyen ou du long terme.

En conséquence, l'équipe de direction d'un hôpital, ne pourrait-elle pas construire un projet de management des équipes d'autoévaluation sur du long terme, comme par exemple les 5 années prévues entre deux accréditations, en associant l'implication de tous les services dans une démarche continue d'amélioration de la qualité ?

La richesse des réponses obtenues au cours de l'enquête, associée à la théorie sur l'implication et la transversalité, sont des matériaux précieux pour l'élaboration d'un tel projet, que nous pourrions, en tant que directeur des soins membre de l'équipe de direction, présenter sous forme d'axes de proposition.

Tel sera l'objet de la dernière partie de notre travail.

Troisième partie

Cette dernière partie du mémoire s'appuie sur les recherches et apports précédents pour d'abord cadrer un contexte et des objectifs et pour ensuite définir une proposition de management global de la qualité (maintien des équipes d'autoévaluation associé à la participation des tous les services) et de sa mise en œuvre, notamment par le directeur des soins.

1 - DONNEES DE CADRAGE

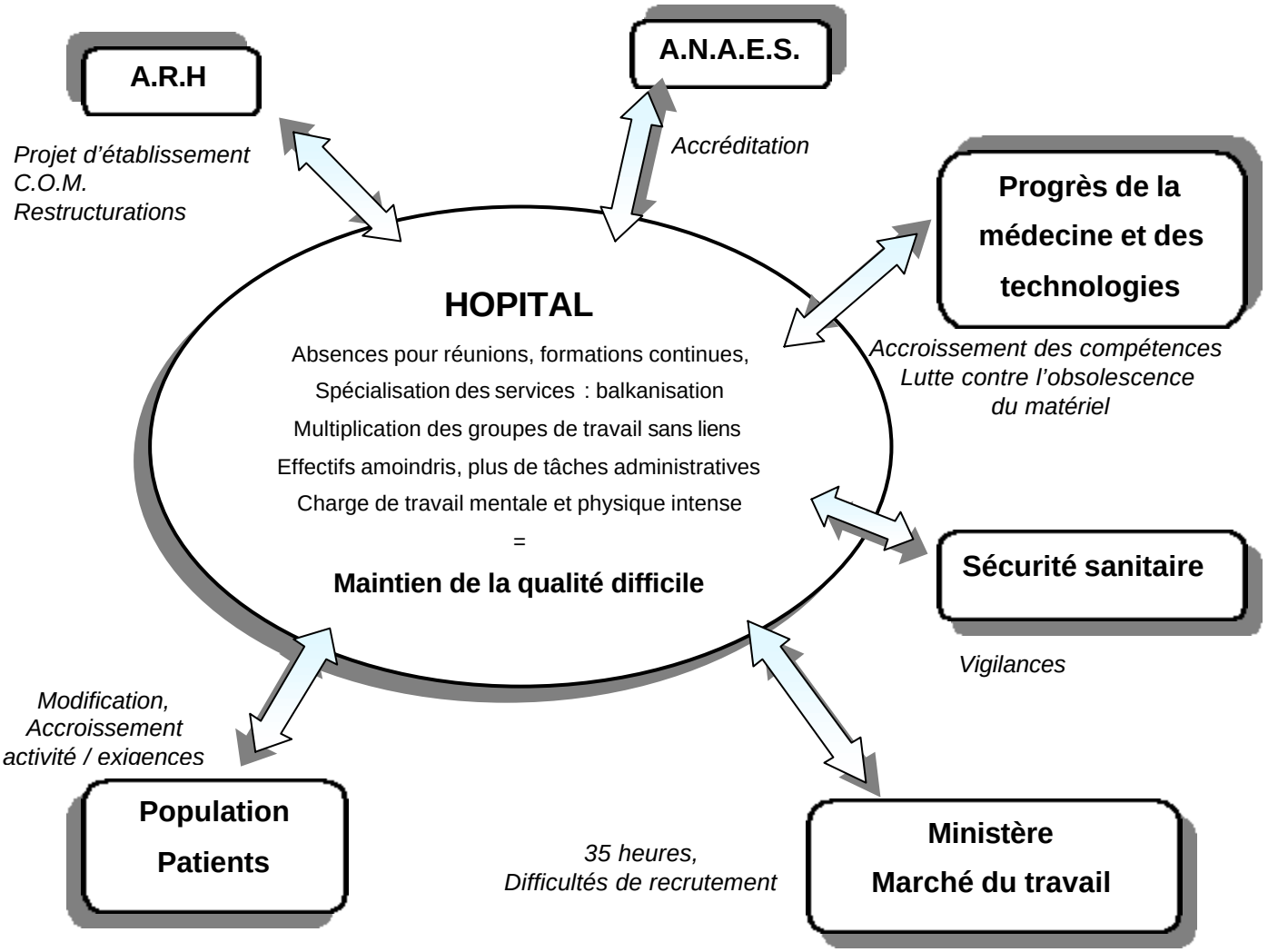
1.1 CONSTATS

1.1.1 Les contraintes

Au cours de notre expérience professionnelle (référent qualité, expert visiteur) et tout au long de ce travail de recherche, nous entendons, à des degrés plus ou moins importants, des plaintes exprimées par les professionnels de santé. Le contexte hospitalier actuel, verbalisé assez fréquemment sous une forme négative, doit être entendu par les équipes de direction afin que les projets, notamment en matière de démarche qualité, tiennent compte des difficultés ressenties.

L'expression des professionnels de santé peut être présentée sous forme schématique :

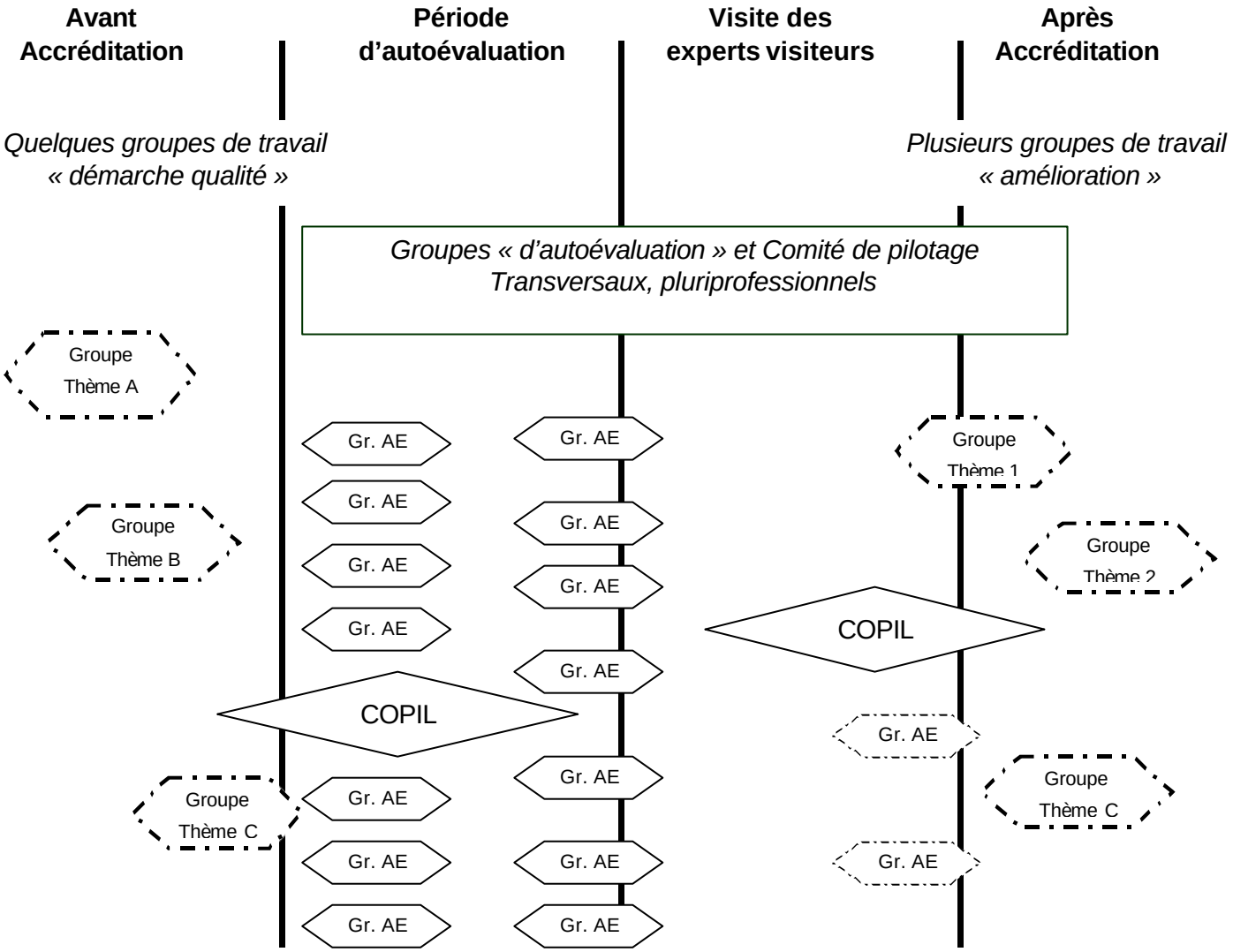
Représentation schématiques de l'expression des professionnels de santé sur le contexte actuel de la santé hospitalière :



1.1.2 L'organisation des équipes d'AE

Afin de compléter le constat préalable au projet, une synthèse des organisations des équipes d'AE est nécessaire. Là encore une présentation schématique permet de visualiser globalement ce que nous avons perçu en majorité dans les établissements de santé.

Présentation schématique des modes d'organisation de l'accréditation en établissement de santé :



Ce schéma tente d'illustrer combien l'activité des groupes de travail transversaux est dense et organisée pendant la période d'accréditation et en contrepartie, comment elle devient moins structurée et plus allégée en post accréditation. Le manque de cohérence autour des groupes de travail, en amont, pendant et en aval de l'accréditation est aussi mis en évidence : l'intitulé des groupes, leurs missions, leurs organisations, leurs animateurs varient sans qu'un réel sens soit donné à tout cela. Ne devrions-nous pas dans nos propositions d'actions rendre plus homogène, constante et cohérente l'activité des groupes de travail relatifs à la démarche d'amélioration continue de la qualité ?

1.2 OBJECTIFS

1.2.1 Tableau des objectifs et des moyens théoriques

Nous venons de proposer un premier objectif qui est la cohérence, toutefois il nous paraît intéressant à ce stade, de récapituler certains principes issus du cadre conceptuel et de l'enquête, en terme d'objectifs et de moyens, avant de concevoir le projet.

Concepts	Principes retenus	Objectifs	Moyens
Démarche amélioration continue de la qualité, Accréditation	Direction convaincue	Impulser et maintenir une dynamique	Donner une place importante à la démarche qualité en équipe de direction
	Finalité partagée	Aller tous dans un même sens	Prendre le temps de définir en commun les finalités
	Stratégie définie Objectifs précis et connus	Assurer la faisabilité et la pérennité	Anticiper l'organisation définir les buts à atteindre et communiquer
	Définition des processus	Connaître les fonctionnements de l'hôpital pour analyser les dysfonctionnements	Observer et rédiger en complémentarité pluriprofessionnelle
	Compétences nouvelles : Management participatif	Faire acquérir aux cadres des compétences en management participatif	Informer sur les finalités Formation et accompagnement
	Implication des professionnels	Rendre acteurs un maximum de professionnels	*Voir concept « implication »*
	Concertation entre différents acteurs	Permettre la complémentarité des différents professionnels pour prendre en charge le patient	Rencontres, connaissance et valorisation du travail de chacun par communications écrite et orale
	Qualité perçue	Induire auprès des patients un ressenti positif	Enquêtes de satisfaction avec indicateurs de suivi
	Qualité réelle	Disposer de références écrites pour les actes ou procédés à risques	Définir les protocoles indispensables, les rédiger et les faire vivre (diffusion, utilisation, évaluation, réajustement)
	Résultats rapides et positifs	Rendre crédible et assurer la pérennité de la démarche	Objectifs très attendus et peu ambitieux pour démarrer
	Valorisation des projets réalisés	Maintenir l'implication des professionnels	Plan de communication, notation, intéressement collectif

Concepts	Principes retenus	Objectifs	Moyens
L'implication	Identification àdes buts, àdes valeurs Renforcement des valeurs fortes	Donner aux individus l'envie d'agir et de rester dans l'action	Définir et communiquer sur les valeurs
	Nécessité de matériel, stratégie, organisation, compétences adéquates	Permettre une implication performante des professionnels	Connaissance et mise à disposition des moyens nécessaires àl'action
	Cohérence, Réciprocité, Appropriation	Développer les conditions favorables àl'implication	Définition claire, partagée et connue des finalités, des objectifs et de la stratégie, des valorisations, de l'espace de liberté de chacun
	Tension Réalisation, plaisir, fierté	Reconnaître les signes de l'implication, les accompagner et les favoriser (sauf tension)	Rôle des cadres, formation, sensibilisation par cadre N+1
	Laisser les individus aller jusqu'au bout des changements	Maintenir l'implication	Nécessité de temps et durée, avec échéances fixées préalablement
	Exemplarité du manageur	Pérenniser la démarche	Accompagnement des cadres Par cadre N+1
Management transversal et résistances	Cohérence interne de l'unité traversée par des réseaux	Rendre cohérente et performante la spécificité du service avec les organisations externes nécessaires àla prise en charge du patient	Rôle du responsable médical ou soignant ou autre : respect des procédures, des règles de fonctionnement avec logistique, administration, autres services,
	Légitimité des membres	Faire fonctionner la transversalité	Définition du rôle de chacun dans les objectifs àatteindre : fiches de fonction…
	Les formes de la transversalité (groupe de travail, commission, personne plein temps,	Définir une stratégie et une organisation transversale stable	Définition en équipe de direction
	Prise en charge dégressive, Exigences progressives	Favoriser le changement et diminuer les résistances	Rôle du manager : Accompagnement, connaissance des potentialités et limites de chacun, des besoins en formation, communication, loyauté, équité
	Formation continue commune		
	Politique de transparence et de communication ascendante et descendante		
	Travail par projet et évaluer	Maintenir la dynamique	Projets et objectifs dénis, évaluations, réajustements
	Echanges entre institutions	Accroître la stimulation, l'implication	Comparaison àd'autres fonctionnements, benchmarking

1.2.2 Adéquation entre la théorie et la pratique

De ce récapitulatif des objectifs et moyens théoriques, nous différencions deux axes :

- La définition d'une politique qui précise valeurs, finalités et stratégie ;

- La mise en oeuvre de cette politique où l'encadrement joue un rôle important.

Les propositions d'actions, concernant le directeur des soins dans le management des équipes transversales d'AE entre deux accréditations, dans sa manière d'intégrer projet de soins et démarche d'amélioration continue de la qualité, dans sa capacité à impliquer les personnels et dans son rôle de coordonnateur des différentes organisations professionnelles, sont structurées dans notre projet en fonction de ces deux axes. Dans le premier, le directeur des soins est positionné en tant que membre de l'équipe de direction, alors que dans le second il se présente comme coordonnateur des activités de soins.

Nous donnons comme objectif essentiel à ce projet de développer une cohérence à partir des contraintes, soit :

- **Organiser un fonctionnement des équipes d'AE « plus léger » pendant la démarche d'accréditation ;**
- **Définir ce fonctionnement dans la durée avec homogénéité et constance ;**
- **Intégrer ce fonctionnement à la vie de l'institution ;**
- **Eviter la multiplication des groupes de travail.**

Le projet n'a pas la prétention d'être exhaustif et définitif, mais peut servir de base de réflexion / travail à une équipe de direction, notamment dans notre futur établissement d'exercice professionnel.
Les propositions développées sont en mesure de s'inscrire dans un établissement de santé d'une capacité d'environ 400 lits, où le poste de directeur de soins est aussi celui de coordonnateur général des activités de soins (soins infirmiers, activités de rééducation, activités médico-techniques).
La mise en oeuvre ou non de l'autoévaluation n'a pas d'incidence sur le déroulement des actions, une adaptation soit du projet, soit de la démarche de l'établissement est toujours envisageable.

2 - DEFINITION D'UNE POLITIQUE DE MANAGEMENT QUALITE

Directeur des Soins : membre de l'équipe de direction

La définition d'une politique de management «qualité » est du ressort du directeur de l'établissement, toutefois celui-ci, pour remplir une telle mission, s'entoure couramment de ses collaborateurs. A partir d'une réflexion commune en équipe de direction, la rédaction d'un document s'avère nécessaire pour fixer les bases de fonctionnement, pour décrire le fonctionnement, et pour communiquer tant en interne qu'en externe.

2.1 LES BASES DE FONCTIONNEMENT

2.1.1 Projet d'établissement

« Le conseil d'administration définit la politique générale de l'établissement et délibère sur le projet de l'établissement… Le directeur… prépare les travaux du conseil d'administration et lui soumet le projet d'établissement… »[24] .

« Le directeur des soins, coordonnateur général des soins…est membre de l'équipe de direction… »[25]

A partir de contextes externe et interne, l'équipe de direction mène une réflexion sur le management de l'établissement, notamment en matière de démarche d'amélioration de la qualité (conformément à l'ordonnance du 24 avril 1996), soit dans le cadre de l'élaboration ou de la réactualisation du projet d'établissement, soit dans la mise en place d'une démarche qualité qui sera, somme toute, intégrée au projet d'établissement.

Il est nécessaire que chacun des membres de l'équipe de direction puisse s'exprimer sur sa propre conception avant de parvenir à un consensus qui sera négocié avec le corps médical, ensuite présenté aux partenaires sociaux puis, validé par le conseil d'administration et enfin appliqué par l'ensemble des personnels.

Le consensus en équipe de direction ne doit pas être « bâclé », il peut être fait appel à des experts en la matière, en l'occurrence un Expert-Visiteur ANAES de l'institution. Chacun des dirigeants doit prendre conscience, que la démarche d'amélioration continue de la qualité concerne l'hôpital dans son ensemble : ses organisations, ses moyens humains et matériels,

[24] Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière.

[25] Décret n°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière. Art.4 -

ses projets. Le management de la qualité peut et doit intégrer tous les fonctionnements institutionnels (cf. : l'hôpital A de notre enquête dont le projet social s'élabore à partir du référentiel de l'ANAES). Le directeur des soins doit insister sur le fait que les soignants sont certes en première ligne auprès des patients, mais que la qualité de leurs actions dépend en partie de la qualité des prestations des autres professionnels, fournisseurs internes ou externes (cuisine, pharmacie, formation continue…) et réciproquement.

2.1.2 Rappel des valeurs fortes de l'institution

La politique de management doit avant tout faire l'objet d'une remise à plat des valeurs institutionnelles, comme par exemple :

- Service public : Accès àtous, équité, permanence et continuité des services… ;
- Soins, Santé : recherche, formation, technique, diagnostic, traitement, hygiène… ;
- Droits de l'homme : respect, dignité, intimité, liberté… des patients, des personnels et autres ;
- Droits des patients : intégration des patients dans le fonctionnement de l'hôpital[26], information, participation aux soins ;
- Relations humaines : écoute, considération, soutien, valorisation des personnels.

2.1.3 Consensus sur les finalités

Ensuite, les finalités de la politique doivent être partagées par l'ensemble des dirigeants pour qu'il y ait cohésion des actions qui émaneront de chacune des directions :

- Assurance du respect de nos valeurs ;
- Inscriptions dans les directives nationales ;
- Place centrale du patient, évaluation de sa satisfaction
- Enrichissements collectifs et individuels par le développement de la complémentarité entre les uns et les autres ;
- Evolution des mentalités concernant les remises en cause des moyens et des compétences : l'autoévaluation, le regard extérieur ;
- Souci constant d'évolution et d'amélioration de tous les fonctionnements et de tous les individus.

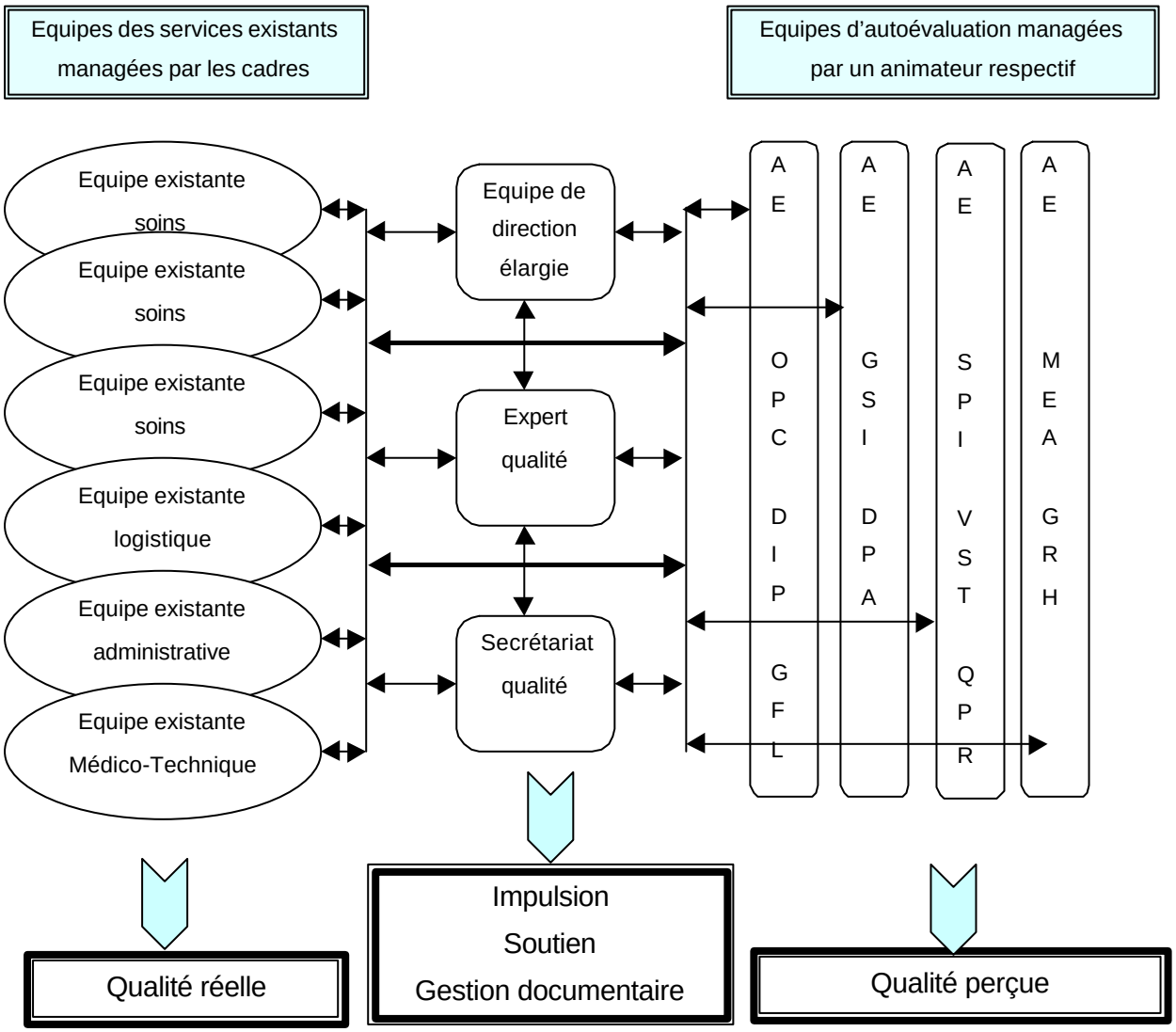
[26] loi n° 2002-303du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et àla qualité du système de santé

2.2 LA DESCRIPTION DU FONCTIONNEMENT

Après que les dirigeants se sont approprié de façon consensuelle les finalités du projet de management « qualité », ils sont prêts à en définir un fonctionnement.

2.2.1 Définition d'une structure

La structure doit être pensée à long terme, être constante et homogène, s'intégrer à la vie institutionnelle, et éviter de multiplier les groupes de travail. De plus, pour répondre aux objectifs d'alléger l'organisation tout en faisant participer le maximum de professionnels, nous imaginons un croisement de groupes transversaux et longitudinaux.
Organigramme fonctionnel :



2.2.2 Définition des responsabilités hiérarchiques et fonctionnelles

L'organigramme ressemble assez aisément aux structures déjà existantes, c'est vraisemblablement davantage dans le descriptif des responsabilités et des fonctions que l'innovation intervient. Ce descriptif pourrait être rédigé sous forme de fiches de fonction.

- **L'équipe de direction élargie qualité (EDEQ)** est composée de l'équipe de direction initiale à laquelle s'ajoutent le président et vice-président de la CME, les ingénieurs, les correspondants vigilances, le responsable du DIM, le président du CLIN, les experts visiteurs ANAES le cas échéant, l'expert qualité et la secrétaire qualité.

  La responsabilité hiérarchique de chacun est de participer aux définitions de programmes « qualité », d'impulser et de maintenir la dynamique dans les services respectifs (service au sens large), de valider les évaluations.

  Le rapport annuel de chacun doit faire part des moyens mis en œuvre et des résultats obtenus en terme d'implication dans la démarche qualité à travers les fonctionnements habituels.

  Cette équipe peut se réunir deux fois par an.

- **Le responsable hiérarchique des équipes d'autoévaluation transversales**

  Il est un membre de l'équipe de direction, représentant de la CME ou ingénieur, nommé par le directeur dans cette mission. Le directeur des soins pourrait rationnellement être nommé responsable hiérarchique des équipes d'autoévaluation transversales. Un intérêt particulier à la démarche d'amélioration continue, une antériorité dans l'évaluation des pratiques, un personnel en lien direct et constant avec le patient, un effectif paramédical majoritaire à l'hôpital, rendraient ce choix légitime.

  Le responsable hiérarchique manage les équipes d'AE : définit la composition, l'organisation, les objectifs, évalue les besoins en formation, organise les sessions de formation nécessaires, évalue la production en terme quantitatif, valorise les équipes.

  Pour cette mission, il est en lien direct avec le Directeur des Ressources Humaines, le Directeur des Soins, le président de la Commission médicale d'Etablissement et l'expert qualité pour l'organisation des effectifs (membres des équipes) et la formation continue (qualité, accréditation, évaluation…). Il soumet au directeur général les décisions à prendre. Cette mission est inscrite dans sa fiche de fonction, elle peut nécessiter environ une journée de travail par mois, réparties sur l'année en fonction des besoins.

  Un rapport annuel doit présenter les équipes d'autoévaluation : composition, organisation, production, évaluation, valorisation, et une synthèse des AE effectuées.

Ces rapports seront transmis à l'ANAES lors de la prochaine accréditation, évitant par la même de mettre en œuvre une autoévaluation spécifique.

- **Les équipes transversales d'autoévaluation**

Leur nombre est défini par l'EDEQ en fonction des effectifs de l'établissement. Il semblerait qu'une équipe par référentiel ne soit pas absolument nécessaire, de plus, l'expérience des hôpitaux A et B montre l'intérêt pour les équipes de travailler sur plusieurs référentiels. Nous pourrions proposer 3 ou 4 équipes, composées chacune d'environ 6 personnes. Plus le nombre est élevé, plus l'absentéisme croît. La multiprofessionnalité est de rigueur, de même que l'appartenance à des unités différentes pour les membres d'un même groupe. Un représentant des patients devrait être intégré dans chaque groupe.

Les objectifs sont :

- ✓ Exprimer son ressenti sur l'ensemble des fonctionnements de l'hôpital : travail subjectif (qualité perçue) uniquement basé sur des expériences vécues ou entendues, sans notion de jugement.
- ✓ Définir des actions d'amélioration et les transmettre aux services concernés.

Chaque équipe doit être identifiable, soit par l'intitulé du référentiel traité, soit par un grand processus, exemple : « les attentes du patient » peuvent identifier le groupe qui traite de DIP, OPC, GFL (les droits, les soins, l'accueil hôtelier…).

Les équipes doivent avoir un planning prévisionnel sur une année scolaire, d'environ 3 heures de réunion par quinzaine.

Chaque membre est invité à travailler avec un service (autre que celui de sa propre affectation) sur une action d'amélioration.

Chaque équipe est sollicitée pour avis, en fonction du ou des thèmes qu'il traite lorsqu'un projet doit être développé ou une réorganisation envisagée au sein de l'établissement.

Chaque équipe est reconstituée l'année suivante, aux objectifs précédents s'ajoute l'intérêt de mesurer l'évolution d'une année sur l'autre, et de constater l'impact du travail des équipes d'AE.

Chaque année, un groupe est créé avec les nouveaux embauchés, cette équipe « nouveaux » traite de l'ensemble du manuel d'accréditation dans les mêmes conditions que les autres équipes. Ces personnes sont réparties l'année suivante dans les équipes d'AE déjà formées pour remplacer les départs éventuels. **Cela facilite l'intégration, la notion d'appartenance à l'établissement et peut s'assimiler à un regard extérieur**.

- **L'animateur d'une équipe d'autoévaluation**

  Toute personne de l'établissement ayant été repérée par son cadre comme ayant un sens des responsabilités et des facultés de communication peut être animateur. Il reçoit une formation commune à tous. Il doit dans les équipes d'AE faire respecter les règles, inciter chacun à s'exprimer de façon équitable, développer l'écoute attentive, et faire régner un climat positif. Il soutient le secrétaire dans sa tâche.

  Il rend compte de son activité, de ses difficultés ou questionnements au responsable hiérarchique, il demande soutien à l'expert qualité quand cela est nécessaire, il rédige un rapport annuel.

  Il doit disposer de 4 à 6 heures par quinzaine pour assurer cette mission.

- **Le secrétaire qualité,** doit effectuer tous les comptes rendus des réunions des équipes d'AE, les envoyer avec les convocations à chaque membre respectif des groupes, ainsi qu'au responsable hiérarchique et à l'expert qualité. De plus il gère toute la documentation qualité de l'établissement, il la centralise et se charge de la diffusion.

  Il s'organise lui-même pour remplir cette mission, dans le cadre de son plain temps « qualité ».

- **L'expert qualité,** est un cadre supérieur, ayant une expertise en démarche qualité. Il est affecté en plein temps sur cette mission transversale.

  Il coordonne le travail des équipes transversales d'AE avec celui des équipes longitudinales existantes en ce qui concerne l'évaluation, les axes d'amélioration et la documentation qualité. Il répond aux demandes des personnels concernant la qualité. Il est sous l'autorité du responsable hiérarchique, ils travaillent en collaboration, notamment dans la rédaction des synthèses d'autoévaluation, dans les programmes de formation, dans les propositions d'axes d'amélioration et dans la préparation des réunions de direction élargie.

- **Les équipes des services existants.**

  Ce sont les personnels de tous les services de l'établissement (médicaux, administratifs, techniques …), ils participent à l'autoévaluation sous la responsabilité du directeur adjoint concerné ou du chef de service et du cadre de proximité. Dans les unités de soins, il est indispensable que le cadre de santé travaille en lien direct et constant avec le médecin chef et l'équipe médicale.

  Le cadre doit recenser toute la documentation qualité du service, et s'assurer qu'elle est centralisée au secrétariat qualité. Il doit la faire évaluer par ses équipes, la réajuster, la diffuser, la faire appliquer. Il doit lui-même évaluer comment les agents la respectent.

Il doit recueillir les propositions d'action provenant des équipes d'AE, puis, avec son personnel et les partenaires concernés, en définir un projet d'amélioration annuel. Il peut solliciter l'intervention d'un membre d'AE pour l'aider à répondre au besoin ou au dysfonctionnement formulé ou pour tout projet nouveau. Il doit définir, en équipe, des indicateurs qualité qu'il tient à jour.

Un rapport annuel doit mentionner toutes les actions mises en œuvre dans le service pour en favoriser le bon fonctionnement, les résultats d'évaluation, la documentation, le partenariat et les projets d'amélioration pour l'année suivante. Le premier peut être rédigé à l'occasion de l'accréditation.

2.2.3 Définition d'un programme

Lorsque les « **Qui** fait **Quoi**, **Comment** et **Pourquoi** » sont définis, il reste à préciser le « **Quand** ». L'équipe de direction détermine un calendrier, soit en fonction de l'accréditation dont la date est déjà fixée, soit en programme annuel. Les échéances principales concernent la période d'autoévaluation reconduite annuellement et celle du plan d'actions qui en découle. Chaque établissement en fonction de son cursus doit singulariser son programme, qui nonobstant, sera clairement rédigé.

2.3 LA COMMUNICATION

Rappelons-nous, à travers l'enquête, combien il est important pour que les gens adhèrent à un projet de bien communiquer autour. La communication peut être définie en terme de stratégie autour de trois dimensions.

- La communication stratégique avec les instances pour des validations, des points d'étape, des informations pour décisions.
- La communication promotionnelle, information pure transmise aux relais hiérarchiques ou fonctionnels, et à l'ensemble des personnels.
- La communication opérationnelle qui recherche la consultation et qui rend compte des résultats.

Les outils de communication sont choisis en fonction du public concerné, ils doivent permettre d'être concret et de donner du sens. Le plan de communication doit être arrêté en amont du projet et doit aussi prendre en compte la communication externe.

2.4 L'EVALUATION

L'équipe de direction prévoit dans son programme un temps et des modalités d'évaluation de ce management. Le management défini est-il cohérent ? Est-il adapté aux réalités de l'hôpital ? Est-il mis en œuvre ? Quel est son degré de mise en œuvre ? A-t-il un impact positif ? Quel est son impact ? Autant de questions à se poser dans le cadre d'une évaluation et de rajustements ultérieurs nécessaires.

3 - MISE EN ŒUVRE DE LA POLITIQUE DE MANAGEMENT

Directeur des soins : coordonateur des activités para-médicales

Nous souhaitons associer au management des équipes d'autoévaluation transversales, le management des équipes des services (soins, administratifs, logistiques, techniques…) de l'hôpital. Dans ce cadre, chacun des directeurs adjoints est concerné par la mise en œuvre d'une telle politique dans son secteur. Nous développons ici un projet concernant la direction du service des soins, qui néanmoins pourrait être transposé à d'autres directions.

3.1 LES BASES DE FONCTIONNEMENT

3.1.1 Le statut

En référence au décret n°2002-550 du 19 avril 2002[27] le Directeur des Soins dispose par délégation du chef d'établissement de l'autorité hiérarchique de l'ensemble des cadres de santé. A ce titre, plusieurs missions lui incombent, qui seront déclinées dans la suite du projet :

- Organisation, mise en œuvre, animation, encadrement des activités de soins ;
- Elaboration du projet de soins, mise en œuvre par une politique d'amélioration continue de la qualité ;
- Participation en lien avec le corps médical, l'encadrement administratif, logistique, socio-éducatif et technique à la conception, l'organisation et l'évolution des services et des activités de soins ;
- Participation à la gestion des personnels des activités de soins, proposition d'affectation ;
- Contribution à la formation : élaboration des programmes, responsable des stages au sein de l'établissement ;
- Développement de la recherche, politique d'évaluation des pratiques de soins, collaboration à la gestion des risques ;
- Rédaction d'un rapport annuel des activités de soins.

[27] Ibid. 26, p. 52

3.1.2 Le projet de soins

Afin d'appliquer la politique du management qualité définie en équipe de direction, le Directeur des Soins construit le projet de soins selon les références de l'ANAES et sur l'objectif essentiel : **donner confiance**. Nous pouvons aisément imaginer que les grands thèmes du projet de soins seraient les suivants :

1) Les droits du patient et les responsabilités professionnelles (rappel des valeurs fortes, devoirs individuels et collectifs des soignants vis-à-vis des patients en fonction de la charte du patient hospitalisé) ;
2) La prise en charge du patient et la coordination de soins (en amont du service, dans le service sur les 24 heures et entre les différents professionnels, en aval du service : préparation sortie, relation entourage, partenaires médico-sociaux…) ;
3) Le dossier de soins (transmissions écrites : qui écrit quoi, comment, quand, pourquoi) ;
4) Le management du service des soins (missions du DS, des cadres supérieurs, des cadres de santé, organisation des équipes…) ;
5) La gestion du personnel para-médical (besoins, descriptif de fonctions au regard des décrets de compétence, adaptation aux postes, formations, accompagnement, mobilité, évolution, évaluation…) ;
6) Le partenariat avec les services logistiques (relations clients fournisseurs en fonction des besoins des patients) ;
7) La gestion du système d'information (flux des informations multiples : accès et transmissions, technicité…) ;
8) La démarche qualité intégrée à l'organisation des services de soins et la prévention des risques ;
9) Les vigilances sanitaires : mission des soignants ;
10) Le risque infectieux dans les soins.

Ce classement correspond aux référentiels du manuel d'accréditation. C'est par souci de cohérence et de volonté d'intégrer la démarche qualité dans tous les fonctionnements de l'établissement que ces thèmes sont repris dans le projet de soins.

La réalisation du projet s'appuie sur la dernière autoévaluation réalisée dans l'établissement. Pour chaque référence les points à améliorer, concernant spécialement les équipes para-médicales, sont formulés sous forme de projet : Objectifs, moyens, échéances, évaluations.
Pour la conception de ce projet le Directeur des Soins s'entoure de l'équipe de cadres de santé (supérieurs et proximité) et sollicite un ou plusieurs participants d'équipes

d'autoévaluation. La méthodologie doit ressembler à celle décrite pour l'équipe de direction : obtention initiale d'un consensus sur les valeurs et les finalités, définition d'une structure et d'une organisation précisant les responsabilités hiérarchiques et fonctionnelles de chacun, élaboration d'un programme d'actions, détermination d'un plan de communication et d'évaluation.

Précisons que les valeurs en terme de qualité doivent être considérées selon ces principes :

- ✓ Place centrale du patient, prise en charge globale, évaluation de sa satisfaction
- ✓ Plus grande satisfaction du patient notamment en matière de contact humain
- ✓ Notion d'actes diagnostiques et thérapeutiques (selon le rôle propre), assurant le meilleur résultat en terme de santé
- ✓ Meilleur coût pour un même résultat
- ✓ Moindre risque iatrogène
- ✓ Evaluation des pratiques et des organisations
- ✓ Interdépendance des secteurs
- ✓ Implication de l'hôpital dans sa globalité.

Rappelons également que les valeurs fortes en terme de soins infirmiers[28] se rapportent à des valeurs humanistes comme la liberté et la dignité de l'être humain, à l'approche globale de l'homme et de la santé et aux compétences et responsabilités professionnelles.

Après la conception d'un cadre, le projet de soins, notamment en ce qui concerne le management de la qualité et les équipes d'autoévaluation entre deux accréditations, doit décrire l'organisation qui permettra d'atteindre les objectifs fixés.

3.2 DESCRIPTION DE L'ORGANISATION

Nous avons identifié dans la structure deux types d'équipes participant à l'autoévaluation : les équipes transversales et les équipes des services. Le directeur des soins gère les équipes transversales s'il en est nommé responsable hiérarchique par le directeur général. Nous l'avons déjà signifié, cette délégation pourrait tout à fait s'inscrire dans son domaine de

[28] www.sante.gouv.fr - Soins infirmiers, normes de qualité. Annexe 1 : le cadre de référence de l'élaboration de ces normes. Mai 2002.

compétence. Dans un tel positionnement, sa mission et ses responsabilités sont décrites précédemment.

Par ailleurs, le rôle du Directeur des soins dans le management des équipes paramédicales, nous intéresse particulièrement, nous allons tenter de les décrire corrélativement aux questions posées dans notre première partie :

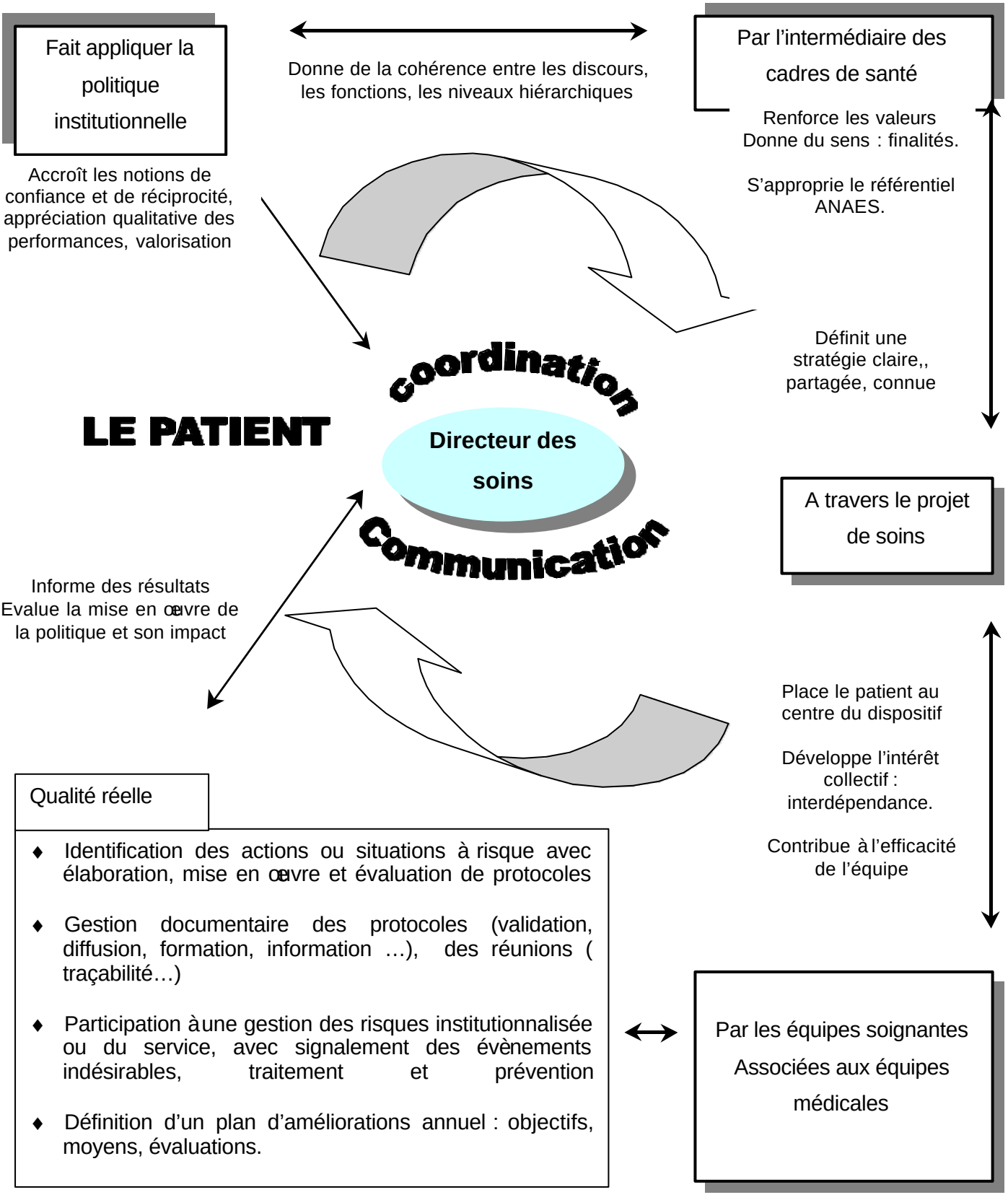
- ✓ Comment intègre-t-il : projet de soins et démarche d'amélioration continue de la qualité ?
  (relié au cadre théorique : démarche qualité)

- ✓ Comment génère-t-il l'implication des personnels ?
  (relié au cadre théorique : l'implication)

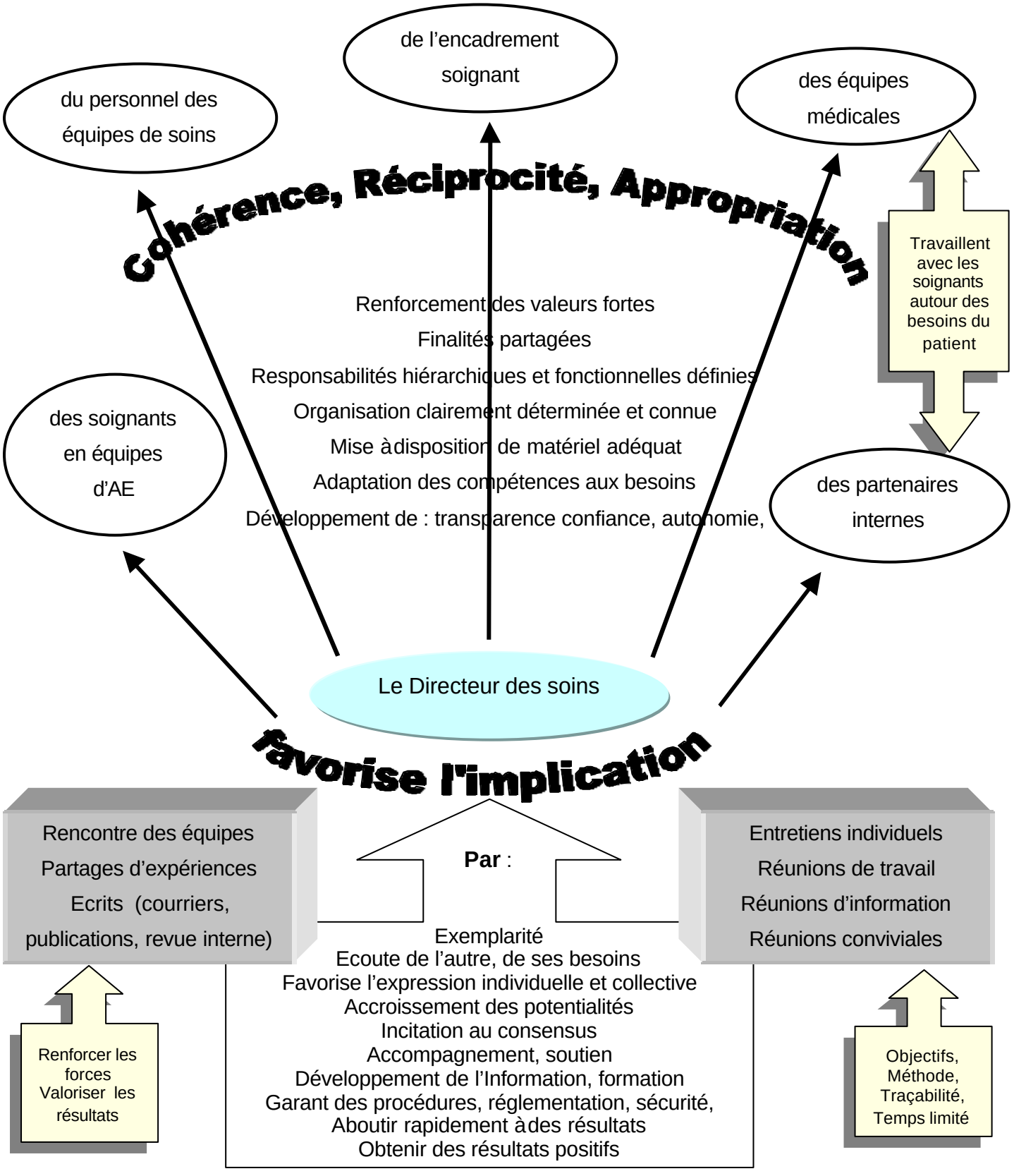
- ✓ Comment peut-il concilier les différentes organisations professionnelles ?
  (relié au cadre théorique : le management par la transversalité)

Notons que les réponses à ces trois questions doivent et peuvent aisément figurer dans le classement proposé du projet de soins.

3.2.1 Le Directeur des Soins et la démarche continue de la qualité intégrée au projet de soins : présentation schématique



3.2.2 Le Directeur des Soins et l'Implication des personnels : présentation schématique

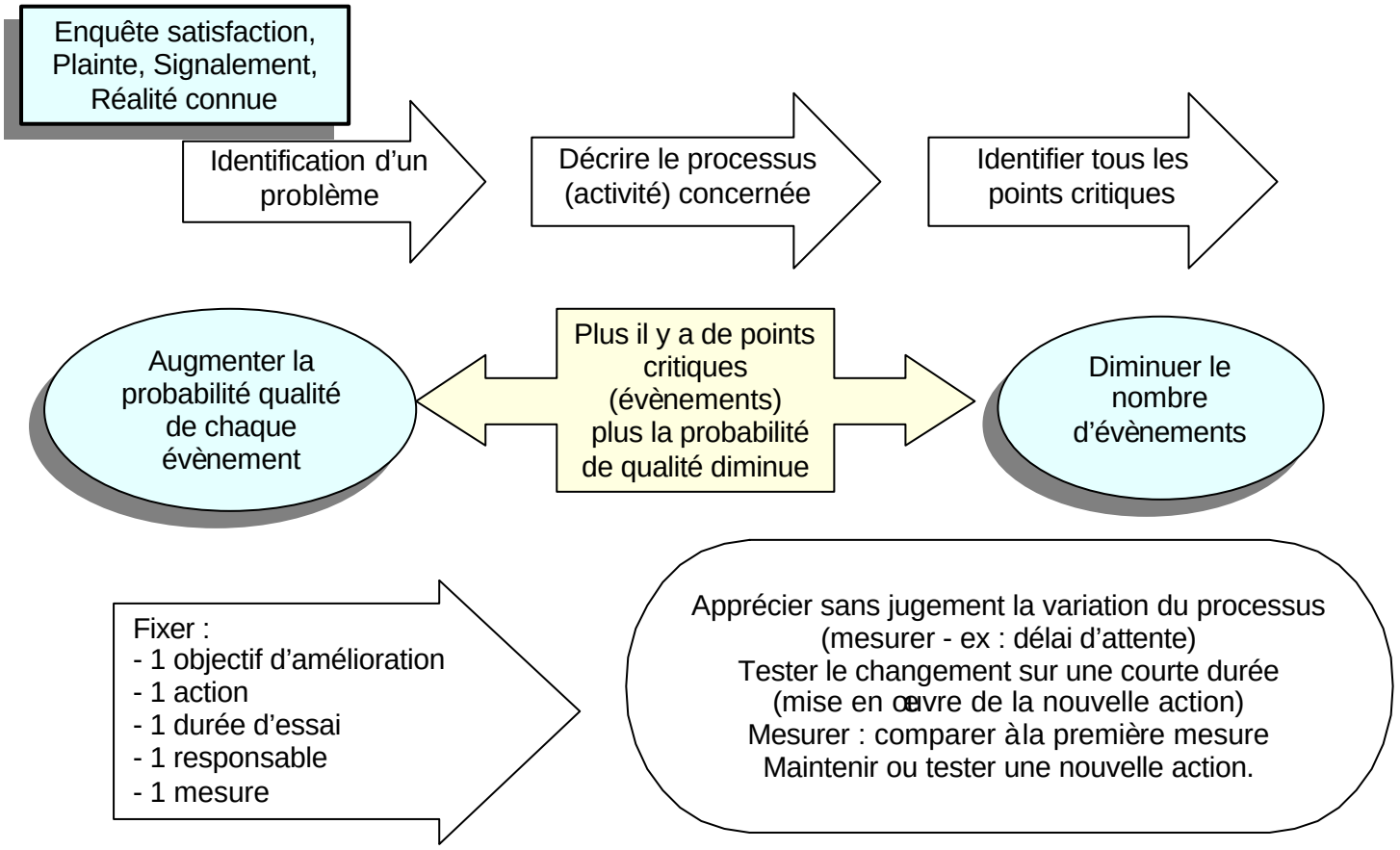


3.2.3 Conciliation des différentes organisations professionnelles

Le décret du 19 avril 2002 stipule qu'une des missions du directeur des soins est de participer en lien avec le corps médical, l'encadrement administratif, logistique, socio-éducatif et technique à la conception, l'organisation et l'évolution des services et des activités de soins. Dans ce cadre, le DS conçoit les chapitres suivants du projet de soins : *« La prise en charge du patient et la coordination des soins »* et *« Le partenariat avec les services logistiques »*.

Les intentions concernant ces deux thèmes peuvent s'inscrire dans un management méthodologique à la fois longitudinal et transversal. Nous envisageons de développer la méthode par processus décrite par G. Maguerez, car elle ne nécessite pas de temps de réunion hors des services, elle produit des résultats rapides qui sont objectivés par des mesures, elle associe tous les partenaires d'un processus, la traçabilité pertinente est limitée en écritures. La démarche peut dans un premier temps, être expliquée et accompagnée par le Directeur des Soins lui-même s'il en a les compétences ou avec l'assistance d'un intervenant extérieur, avec dans les deux cas un but pédagogique auprès des cadres.

Nous synthétisons ainsi cette méthode qui se réalise sur le terrain par les professionnels concernés d'un ou de plusieurs service:



Cette méthode peut s'appliquer à de nombreux types d'amélioration :

- ✓ Le suivi du patient entre deux services (soins, médico-techniques) : la transmission des informations relatives aux soins reçus, à recevoir, aux contre- indications, aux surveillances, aux examens….
- ✓ Une fonction logistique comme le non-respect des souhaits du patient dans son choix de menus : à quel(s) niveau(x) du processus faut-il s'améliorer ? Dans la compréhension ou le traitement de l'information transmise par le patient, dans la transmission aux cuisines, dans la distribution des repas ?
- ✓ Les relations avec les services administratifs : la transmission des données relatives au patient lors de l'admission…
- ✓ etc.

Ces trois organisations présentées de façon synoptique sont étroitement liées. Le projet de soins, par son mode d'élaboration en concertation pluriprofessionnelle, par son contenu pragmatique, par sa cohérence avec les projets médicaux, social et d'établissement, par le cadrage «satisfaction du patient » et « valeurs fortes », par ses objectifs réalisables et quantifiables, favorise l'implication des personnes et la transversalité, indispensables à une démarche d'amélioration continue de la qualité.

3.3 MISE EN ŒUVRE

Pour une mise en œuvre optimale du projet de soins relatif à la qualité plusieurs exigences doivent être prises en compte, elles soutiennent également le directeur des soins dans ses missions de manageur :

3.3.1 La communication

Avant même l'élaboration du projet et jusqu'aux résultats de son évaluation, la communication en interne permet au DS d'informer instances, partenaires et soignants et de recueillir les réactions, interrogations, résistances potentielles ou réelles, auxquelles des réponses ou réactions appropriées seront nécessaires.

3.3.2 La formation

Les nouveaux modes de fonctionnement transversaux, la méthodologie par processus, l'accompagnement des équipes et l'évolution en matière d'évaluation, nécessitent que les cadres, mais aussi d'autres professionnels soient formés. Le DS travaillera avec le DRH sur cet aspect, mais l'évaluation précise des besoins auprès des professionnels est de son ressort, notamment par l'intermédiaire des cadres et cadres supérieurs.

3.3.3 L'évaluation

Nous devons nous assurer que nos objectifs sont atteints, de vérifier si les moyens mis en œuvre permettent d'y répondre, et dans quelle mesure nous y répondons. Des indicateurs de satisfaction des patients, du personnel, des autres professionnels avec qui le service infirmier est en complémentarité, des tableaux de bord traçant les taux d'amélioration sont les éléments nécessaires à objectiver l'impact de la mise en œuvre du projet.
L'évaluation et les indicateurs de suivi sont aussi prévus dès l'élaboration du projet, en fonction des objectifs quantifiables que nous souhaitons obtenir, la périodicité d'évaluation est également déterminée. L'année nous paraît raisonnable comme périodicité, le rapport de fin d'année peut ainsi être assimilé à une évaluation.

3.3.4 Le réajustement

En fonction des résultats de l'évaluation, les actions sont poursuivies en l'état ou développées différemment, voire abandonner si cela s'avère nécessaire et argumenté.

conclusion

Nous tenons à rappeler que ces propositions d'actions ne sont en aucun cas un projet « prêt à l'emploi », mais une base de travail d'équipe pour un exercice futur, qui se veut le plus pragmatique possible.

Le management qualité transversal des équipes d'autoévaluation, se veut institutionnel, néanmoins il implique que le projet de soins y soit en concordance. C'est par l'alliance des équipes transversales d'autoévaluation et des équipes des services que nous envisagerions le maintien de la dynamique d'autoévaluation et d'amélioration que fait naître, plutôt « provisoirement » l'accréditation.

La cohérence entre les projets, l'évitement d'une surabondance de projets, d'excès de réunions et de surcroît de charge de travail, le constat de résultats rapides et positifs sont les objectifs intermédiaires que nous souhaiterions atteindre par cette proposition de projet afin que le patient se sente en confiance lorsqu'il est soigné à l'hôpital, que cette confiance soit aussi partagée par les tutelles et peut-être valorisée par l'ANAES.

Bibliographie

- AFNOR - Petit dictionnaire de la qualité- A Savoir - Campagne qualité - Paris 1996.
- ANAES - Service évaluation en établissement de santé - Méthodes et outils des démarches qualité pour les établissements de santé – Paris - août 2000.
- ANAES Direction de l'accréditation – « Un guide pratique : préparer et conduire votre démarche d'accréditation », p.40 - janvier 2002 – (version en cours de validation)
- ANDEM / ANAES - GUIDE Mise en place d'un programme d'amélioration de la qualité dans un établissement de santé - SERVICE EVALUATION HOSPITALIERE - Paris -1996.
- COCHET C., FELLOUS N. - L'accréditation des établissements de santé, de quoi parle-t-on ? Quels résultats ? - Dossier de presse - Paris. ANAES. 18 mai 2000 - Fiche n° 1.
- Dicquemare D. « La résistance au changement, produit d'un système et d'un individu. Les cahiers de l'actif, actif information, n° 292 / 293, pp.81-108. La Grande Motte. Septembre, octobre 2000.
- GARNIER Hélène – Cours : Mise en place d'une démarche qualité dans un établissement de santé -Formation ANFH / APAVE - Dijon - 1998.
- GUIRAUD - CHAUMEIL B - Du nouveau sur la qualité de vos hôpitaux et cliniques - Rencontres régionales grand public ANAES -Disponibilité : « http: //www.anaes.fr »
- LAFORCADE M. - La transversalité des politiques sanitaires et sociales et ses conséquences sur les modes d'exercice professionnel, Enseignement ENSP, filières EDH, EDESSS et I.G. 21 janvier 2002, Rennes.
- MAGUEREZ Georges - Amélioration continue de la qualité, approche par processus - Formation ENSP filière infirmier général – Rennes - 2002.
- MUCCHIELLI Alex - Les mécanismes de défenses - PUF, Collection Que sais-je - 127p. – Vendôme - 1981.
- NAIDITCH M., OBERLIN – « Les réseaux, des outils pour transformer l'hôpital », Gestions hospitalières, décembre 1995, n°135, pp.739-746.
- PFEFFER J.. The Human equation. Harvard business school press, p.5 - 1999.
- REY. A, REY J., DEBOVE. - Le petit Robert – Paris - 1984
- THEVENET Maurice -Le plaisir de travailler, favoriser l'implication des personnes - Collection de l'institut Manpower - Paris : Jouve, 2001, p.269
- VAILLANCOURT R.. « Les travailleurs sociaux ont-ils peur du changement ? Réflexions autour de la perception du changement organisationnel ». Les cahiers de l'actif, n° 292 / 293, actif information, La Grande Motte. Septembre octobre 2000, pp 63-71.
- www.sante.gouv.fr - Soins infirmiers, normes de qualité. Annexe 1 : le cadre de référence de l'élaboration de ces normes. Mai 2002.

Rencontre : Andrieux Rose Marie – ANAES – Service études et développement –

Liste des annexes

1. Grille d'entretien sur l'organisation des autoévaluations, utilisée auprès des responsables qualité des trois établissements ;

2. Grille d'entretien sur le ressenti des équipes d'AE, utilisée auprès de toutes les personnes interviewées dans les trois établissements ;

3. Descriptif synthétique de l'organisation de l'autoévaluation de l'accréditation du Centre Hospitalier A ;

4. Descriptif synthétique de l'organisation de l'autoévaluation de l'accréditation du Centre Hospitalier B ;

5. Descriptif synthétique de l'organisation de l'autoévaluation de l'accréditation du Centre Hospitalier C ;

6. Graphiques représentant le nombre d'expressions formulées par personnes interviewées sur les différents thèmes.

Annexe n°1

Etablissement :

Personne interviewée (fonction dans l'institution) :

Equipe concernée : DIP, OPC, GFL

Vous avez participé à une équipe d'autoévaluation, comment ça s'est passé ?

Qu'avez-vous retiré de cette expérience ?

Qu'est-ce que ça apporté ?

Comment auriez-vous envisagé la suite ?

Annexe n°2

Etablissement :

Date de la visite d'accréditation :

	DIP	OPC	GFL
date de la mise en place			
modalités de mise en place			
appel à candidature			
volontaire ou non			
nombre de participants			
fonction des participants			
organisation			
animateur			
formation			
durée de l'engagement préalablement défini			
continuité après la première accréditation			

Annexe 3

CH A - Date de la visite d'accréditation : Mai 2000			
	DIP	**OPC**	**GFL**
date de la mise en place	Mars 1999 : 6 équipes, octobre 1999 : plus 2 équipes, janvier 2000 : plus 2 équipes		
modalités de mise en place	La structure EPAC (équipe préparation àl'accréditation, composée du directeur adjoint, des 3 personnes de la cellule Audit, Accréditation, Qualité et de 7 médecins représentant les différentes disciplines de l'hôpital) décident, compte tenu qu'une approche globale du manuel leur semble nécessaire, que chaque équipe devra travailler sur l'ensemble du manuel.		
appel à candidature	Lors d'une grande campagne d'information (réunions animées par l'AAC, touchant 700 personnes) sur la démarche continue d'amélioration de la qualité, l'accréditation, l'autoévaluation, le positionnement de St joseph dans ces démarches, des appels àcandidatures ont été lancés		
volontaire ou non	Les membres des équipes d'autoévaluation sont tous volontaires, il y a plus de volontaires que de membres nécessaires. Le choix a été fait par l'EPAC, en fonction de la non connaissance des personnes entre elles, et de leur disponibilité à la première réunion. Chacun a reçu une réponse écrite, ceux non retenus immédiatement, le sont ultérieurement.		
nombre de participants	10 équipes de 8 personnes : 80 personnes plus les membres de l'EPAC qui sont animateurs		
fonction des participants	Systématiquement chaque équipe est composée de 1 médecin, 1 infirmier, 1 cadre infirmier, 1 cadre administratif, 4 agents issus des 24 métiers de l'hôpital.		
organisation	Systématiquement 8 réunions de 2 heures en 2 mois. Des règles de fonctionnement préalablement définies par l'EPAC et transmises en première réunion Pas de travail entre les réunions mais participation active de chacun pendant les réunions : parler de son travail, évaluer chaque critère en fonction de la perception qu'on en a de son poste. Synthèse réalisée par l'EPAC Evaluation sur l'équipe d'autoévaluation par chacun des membres (voir questionnaire)		
animateur	Deux animateurs par équipe : 2 membres de l'EPAC dont 1 de l'AAC		
formation	1er temps : campagne d'information à l'ensemble du personnel 2ème temps : précisions sur la démarche, les objectifs, les modalités d'organisation à ST Joseph en début de la première réunion de chaque équipe, assurée par AAC (voir check List)		
durée de l'engagement préalablement défini	OUI : pour tous : 8 réunions de 2 heures étalées sur 4 semaines		
continuité après la première accréditation	Les membres des 10 équipes constituées pour l'autoévaluation sont systématiquement sollicités en priorité àla constitution de chaque nouveau groupe de travail. Ils y répondent favorablement. De nouveaux groupes d'autoévaluation, dont les modalités de fonctionnement sont totalement identiques aux premiers, continuent d'être mis en place : 2 nouveaux en juin 2000, 1 nouveau en septembre 2001, associant 2 usagers. (L'entretien a fait prendre conscience, qu'un nouveau pourrait actuellement démarrer). Les membres de ces nouveaux groupes sont des volontaires qui n'avaient pas été retenus les premières fois ou des nouveaux qui se sont manifestés entre temps. Les résultats permettent de travailler sur de nouveaux thèmes d'amélioration. Le projet social et le projet de soins, vont être remis àjour. La méthodologie est de s'appuyer le référentiel ANAES : GRH pour le projet social, et entier pour le projet de soins, pour d'abord faire un état des lieux dans l'établissement, qui débouchera sur un projet lui-même décliné ensuite en plans d'actions.		
organisation relative à la réserve	Les membres de l'EPAC y ont travaillé. Le groupe EPAC a été élargi : ont été associés le président de la CME et le vice-président ainsi que leurs deux assesseurs, la cellule hygiène et les participants au groupe dossier patient. Cet EPAC élargi était consulté pour conseil et validation des travaux de l'EPAC.		

Annexe 4

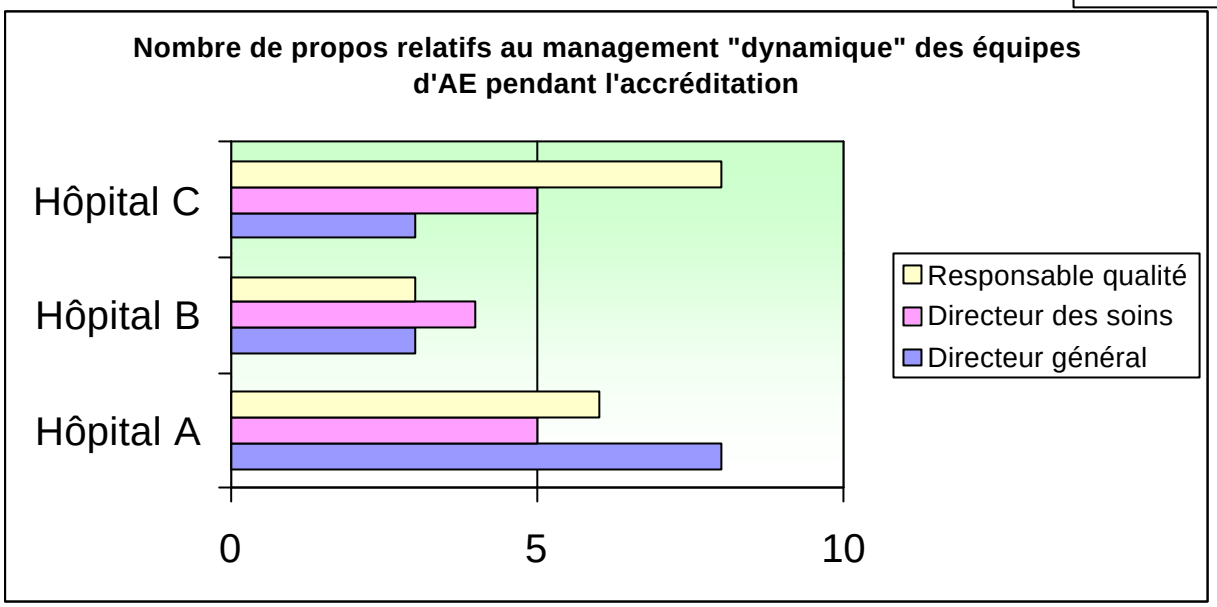
CH B - Date de la visite d'accréditation : Janvier 2000

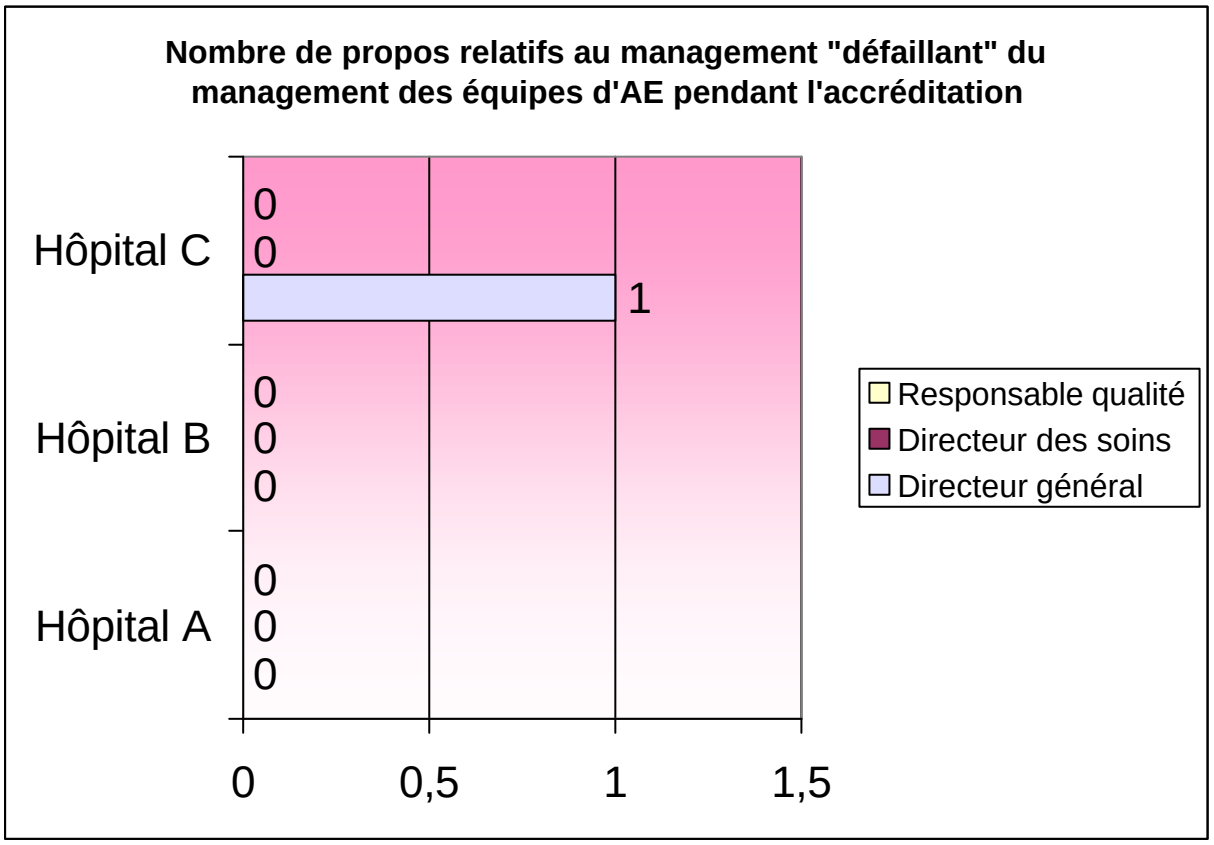
	DIP	OPC	GFL
date de la mise en place	**1ère autoévaluation en 1998**, questionnaire à remplir par chaque service à partir de référentiels existants (CNEH, H. Leteurtre), synthèse par le comité de pilotage faisant ressortir forces et faiblesses février 1999 : Le comité de pilotage intègre les résultats au manuel d'accréditation, et définit 8O critères sur lesquels il faut approfondir l'autoévaluation par un groupe de 16 personnes : **2ème AE septembre 1999**		
modalités de mise en place	décision du comité de pilotage de ne pas refaire l'autoévaluation complète, mais d'approfondir 80 critères par un audit en interne de tous les services, sur trois jours, type visite des experts visiteurs (simulation de la visite)		
appel à candidature	appel àvolontaires, note de service écrite, adressé àl'ensemble des personnels		
volontaire ou non	toutes les personnes se sont proposées spontanément		
nombre de participants	Pour l'ensemble de la 2ème autoévaluation : 16 personnes		
fonction des participants	multiprofessionnels		
organisation	Division des 16 personnes en 4 sous-groupes, chaque groupe avait un questionnaire élaboré par la cellule qualité, précisant quelles questions, et àqui les poser, en référence aux 80 critères de l'ANAES choisi en comité de pilotage élargi, la totalité des services a été visitée par un des 4 groupes, et interrogé àpartir du même questionnaire 3 jours ont été définis pour faire une simulation de visite pour l'autoévaluation, les services étaient prévenus sur les dates, mais sans horaires précis.		
animateur	les 16 observateurs internes étaient coordonnés par un membre du comité de pilotage		
formation	En 1998 : campagne d'information : 9 réunions : 300 personnes plus journal interne spécifique qualité en mars 1999 : 2 X 1/2 journées pour l'ensembles des cadres en 12 groupes en septembre 1999 : 3 jours de formation pour observateurs internes		
durée de l'engagement préalablement défini	trois journées d'observation sur sites, analyses faites par le comité de pilotage, validées par les instances		
continuité après la première accréditation	Rien n'est dit par les personnes interviewées, sur la continuité de la démarche après l'accréditation, les responsables qualité et le directeur ne sont plus dans cet établissement. La directrice de soins a maintenu une démarche d'évaluation àtravers l'outil IGECSI		

Annexe 5

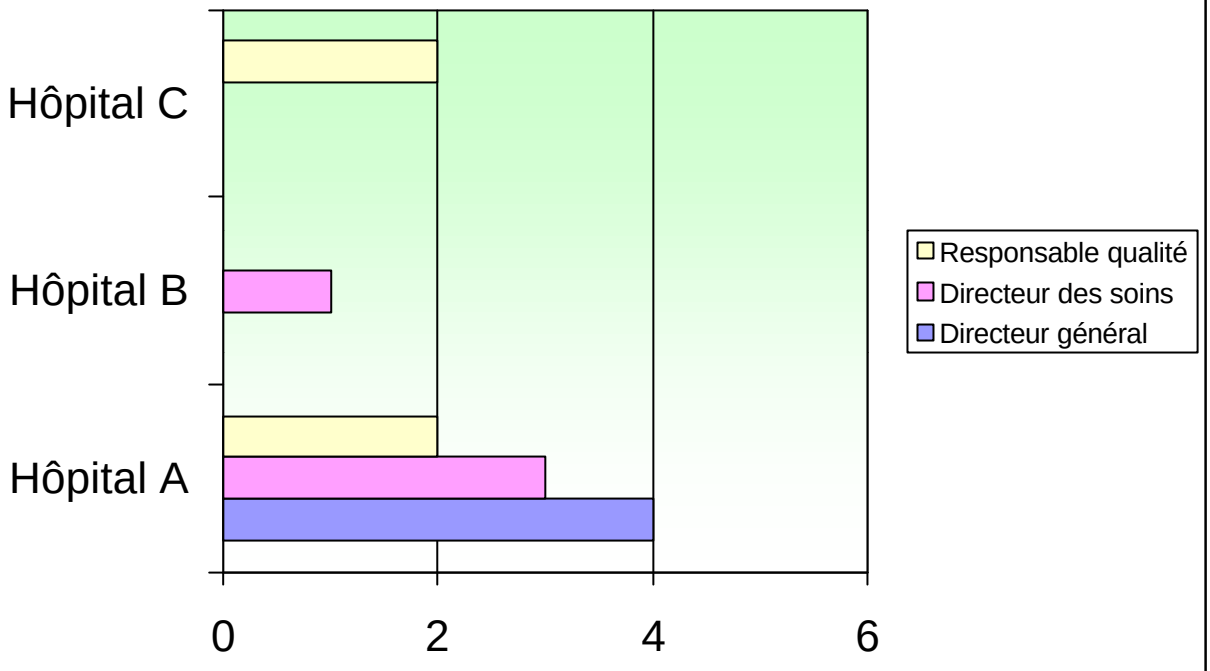
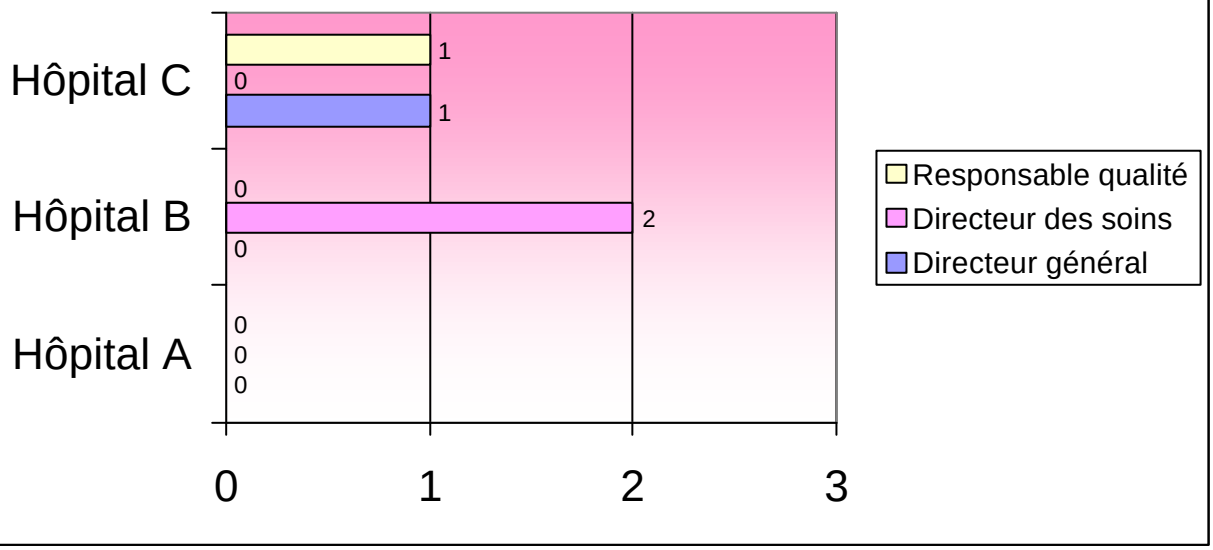
CH C - Date de la visite d'accréditation : Décembre 2000

	DIP	OPC	GFL
date de la mise en place	Première autoévaluation àblanc sur 98 critères en 1998, avril 2000 : création de 10 équipes, une par référentiel		
modalités de mise en place	Le directeur qualité et le référent qualité déterminent le nombre d'équipes, la composition, les modalités d'organisation. Un accompagnement du suivi des équipes est prévu par formateur extérieur OPC sera divisé en 4 sous-groupes en fonction des spécialités / médecins, chirurgie, mère / enfant, médico-techniques		
appel à candidature	Les participants sont soit des personnes qui se sont proposées spontanément en réponse aux appels àcandidature diffusés par l'intermédiaire des cadres, soit ils ont été sollicités individuellement par la direction, en fonction de leur participation jugée nécessaire (expert dans un domaine)		
volontaire ou non	Soit participation spontanée soit par sollicitation, àpriori, tous ont été volontaires		
nombre de participants	moyenne de 13 personnes		
fonction des participants	dans chaque équipe il y a au moins un expert dans le domaine concerné, un candide, un cadre et une représentativité de chaque service et métiers		
organisation	Organisation commune àtoutes les équipes : planning de réunion préalablement définis : 5 réunions (journée complète) prévues par groupe, dans chaque groupe il y a un animateur fixe et un secrétaire tournant, la première journée de réunion (journée complète), une deuxième journée en mi parcours et la dernière journée pour aide àla synthèse et cotation, sont accompagnées du formateur; entre chaque réunion, les membres du groupe sont chargés de collecter sur le terrain les éléments de preuve (documents) un compte rendu est rédigé àchaque réunion les supports écrits sont communs àtous les groupes fonctionnement très cadré, présence dans tous les groupes du référent qualité validation des résultats par comité accréditation		
animateur	un animateur fixe est désigné dans chaque équipe		
formation	3 journées de formation pour chacune des équipes d'autoévaluation, réparties au cours de l'autoévaluation, début, milieu, fin, par organisme extérieur		
durée de l'engagement préalablement défini	Cinq réunions étaient prévues, avec date limite pour terminer l'autoévaluation.		
continuité après la première accréditation	Une évaluation, enquête de satisfaction a été menée par le référent qualité, auprès de tous les participants, sur 130 personnes, 61 ont répondu 77% souhaitent donner une suite en participant àun groupe de travail qualité. Mise en place d'un correspondant qualité dans chaque unité de soins, avec nécessité d'avoir fait partie de l'Autoévaluation création d'un groupe d'auditeurs internes, avec nécessité d'avoir fait partie de l'AE, les thèmes sont définis par le comité qualité		


Nombre de propos relatifs au management "dynamique" des équipes d'AE pendant l'accréditation
Hôpital C
Hôpital B
Hôpital A
0
5
10
Responsable qualité
Directeur des soins
Directeur général


Nombre de propos relatifs au management "défaillant" du management des équipes d'AE pendant l'accréditation
Hôpital C
Hôpital B
Hôpital A
0
0
1
0
0
0
0
0
0
0
0,5
1
1,5
Responsable qualité
Directeur des soins
Directeur général

Nombre de propos relatifs au management dynamique d'une démarche globale d'amélioration continue de la qualité, après l'accréditation



Nombre de propos relatifs au management "défaillant" d'une démarche globale d'amélioration continue de la qualité après l'accréditation