



EHESP

Directeur des Soins

Promotion : **2014**

Date du Jury : **Décembre 2014**

**Le management intégré de la qualité,
des risques et de l'évaluation des
pratiques professionnelles
paramédicales : *une activité de travail
significative du directeur des soins dans les
établissements de santé.***

Stéphane MILLET

Remerciements

Mes sincères remerciements :

A l'ensemble des professionnels de santé – directeurs d'hôpital, médecins, cadres, équipes soignantes, et bien sûr directeurs des soins exerçant en gestion, formation et en ARS – pour leur disponibilité et la richesse de nos échanges.

Une mention particulière à l'adresse de mes tuteurs de stage qui ont largement facilité ma progression en tant qu'apprenant.

A mes collègues de travail et de promotion les plus proches. Pour l'envie commune et la compétence collective.

A mes très proches pour leur attention à ce que je suis et qui sont mon équilibre.

« Rien ne va de soi. Rien n'est donné. Tout est construit. »

Gaston Bachelard

« Après vingt d'efforts, toutes les entreprises ont compris que la qualité ne se contrôle pas a posteriori mais se fabrique a priori, qu'elle ne coûte pas mais qu'elle rapporte alors que c'est la non qualité qui coûte. Les cinq principes de la qualité – conformité, prévention, excellence, mesure, responsabilisation – sont assimilés par le plus grand monde. Les multiples outils de la qualité sont vulgarisés et se mettent partout en place. Les démarches de certification se multiplient. Mais parfois, sous l'abondance des techniques, on constate que l'esprit même de la qualité disparaît. Il faut s'engager dans la qualité plutôt que gérer la qualité. »

Hervé Sérieyx

« Le management de et par la qualité, la gestion des risques dans les soins et l'évaluation des pratiques professionnelles, ce n'est pas seulement faire mieux et chercher le zéro erreur avec ce que l'on appelle les ressources humaines mais bien d'y arriver avec ce que l'on doit appeler, les richesses humaines. »

Un directeur des soins interviewé

Sommaire

Introduction	1
1 La démarche QRE dans les établissements de santé : éclairage contextuel et approche conceptuelle	6
1.1 Qualité & risques : notion de sémantique et définitions	6
1.2 Une procédure itérative obligatoire : bref historique de la certification, point sur la législation et essentiel de la V2014	9
1.2.1 La mise en place d'un compte qualité	11
1.2.2 L'audit de processus	14
1.2.3 La méthode du patient dit traceur	18
1.3 Rôle, responsabilités et missions du DS	20
2 L'enquête sur le terrain	24
2.1 La méthodologie utilisée	24
2.1.1 La présentation des établissements, terrains d'enquête :	25
2.1.2 La population interviewée :	25
2.1.3 Les limites et les points forts de notre enquête	27
2.1.4 Le traitement des données	28
2.2 L'analyse des données	29
2.2.1 Les activités du DS liées à son positionnement institutionnel	29
2.2.2 Les activités du DS dans son champ de compétences propres	35
2.2.3 Les activités transversales du DS	40
3 De l'intérêt d'un mémoire professionnel et professionnalisant : nos préconisations et prolongements pour un DS	45
3.1 Un positionnement managérial inscrit dans la transversalité	45
3.2 Une posture managériale fondée sur la production de sens	47
3.3 Une activité de travail organisée dans l'effectivité	50
3.4 Plan des actions à mettre en œuvre	53
Conclusion	54
Sources et bibliographie	57
Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

- AFAQ : Association Française pour la Qualité
- AFNOR : Association Française de Normalisation
- ANDEM : Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale
- ARS : Agence Régionale de Santé
- CARSAT : Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé Au Travail
- CH : Centre Hospitalier
- CHSCT : Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail
- CHU : Centre Hospitalier Universitaire
- CLACT : Contrat Local pour l'Amélioration des Conditions de Travail
- CME : Commission Médicale d'Etablissement
- CODIR : Comité de Direction
- COFRAC : Comité Français d'Accréditation
- COMOP : Comité Opérationnel
- COFIL : Comité de Pilotage
- CRUQPC : Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la
Prise en Charge
- CS : Cadre de Santé
- CSIRMT : Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico –
Techniques
- CSP : Cadre Supérieur de Pôle
- CTE : Comité Technique d'Etablissement
- DCGS : Directeur(trice) Coordonnateur(trice) Général(e) des Soins
- DG : Directeur(trice) Général(e)
- DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins
- DPC : Développement Professionnel Continu
- DQGR : Directeur(trice) en charge de la Qualité et la Gestion des Risques
- DRH : Directeur(trice) des Ressources Humaines
- DS : Directeur(trice) des Soins
- DUER : Document Unique d'Evaluation des Risques professionnels
- EHESP : Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
- EI(G) (M) (AS) : Evénement Indésirable (Grave) (associé à un Médicament)
(Associé aux Soins)
- EPP : Evaluation des Pratiques Professionnelles
- ES : Etablissement de Santé

- GDR : Gestion Des Risques
- GPMC : Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences
- HAS : Haute Autorité de Santé
- HPST : Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires, dite Loi HPST
- IFAQ : Incitation Financière à l'Amélioration de la Qualité
- IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales
- ISO : International Organization for Standardization (Organisation Internationale de normalisation)
- MCO : Médecine, Chirurgie, Obstétrique
- PACQSS : Politique / Programme d'Amélioration Continue de la Qualité et de la Sécurité des Soins
- PACTE : Programme d'Amélioration Continue du Travail en Equipe
- PCME : Président de la Commission Médicale d'Etablissement
- PEP : Pratique Exigible Prioritaire
- PSIRMT : Projet de Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico - Techniques
- QRE : (Démarche / Projet) Qualité, gestion des Risques et Evaluation des pratiques professionnelles paramédicales
- RETEX : Retour d'Expériences
- RMM : Revue de Morbidité – Mortalité

Nota Bene : d'un point de vue purement formel, nous¹ souhaitons indiquer que les citations bibliographiques sont placées entre guillemets dans un style de police normal, tandis que les propos des personnes et plus particulièrement des professionnels interviewés sont placés entre guillemets dans un style de police italique.

¹ L'emploi du *nous* est l'usage dans les publications (scientifiques, universitaires, professionnelles). Ce n'est pas un NOUS de majesté mais un NOUS de modestie qui rappelle que l'auteur du mémoire n'est pas parti de rien ... cela permet de prendre de la distance avec l'ego (je). Dans un tel cas, la syllepse (*l'accord selon le sens*) est obligatoire.

Introduction

Le contexte hospitalier de la démarche Qualité, gestion des Risques et Evaluation des pratiques professionnelles (QRE) est en pleine transformation depuis ces vingt dernières années. Ainsi, la succession de crises sanitaires majeures dans les années 90, les progrès constants des technologies, la grande variabilité des pratiques professionnelles dans le domaine de la santé et le milieu des soins, l'explosion des sources d'informations médicales, les attentes toujours plus fortes des patients et des associations d'usagers et l'attention portée sur les risques professionnels, sont autant de sujets importants à traiter pour l'ensemble des Etablissements de Santé (ES) ; qui plus est, dans un environnement désormais contraint, à ressources limitées et à l'assurabilité rendue *a fortiori* plus difficile.

Plus particulièrement, les procédures d'accréditation puis de certification des établissements de santé français ont débuté il y a maintenant près de quinze ans. Les ordonnances n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme hospitalière puis la loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, ont ainsi institué une procédure externe d'évaluation, indépendante de l'établissement et de ses organismes de tutelle.

Aujourd'hui, cette procédure est conduite par la Haute Autorité de Santé (HAS). Elle est engagée à l'initiative de l'ES, notamment dans le cadre du contrat qui le lie à l'agence régionale de santé (Code de la santé publique, art. L. 6113-4). Elle s'effectue tous les 4 ans. Un manuel de normes et d'indicateurs permet d'évaluer le fonctionnement global de l'établissement, de contribuer à sa régulation par la qualité et l'efficience, et de porter une appréciation sur ses prestations, notamment sur sa politique et son Programme d'Amélioration Continue de la Qualité et de la Sécurité des Soins (PACQSS) à partir d'une approche systémique et associé à un plan d'actions.

La démarche de certification, désormais installée dans le paysage sanitaire français, a eu un impact significatif sur l'organisation, la mise en place de bonnes pratiques et un rôle important sur l'évolution des modalités de travail et le développement de la transversalité.

Pour autant, pour Jean-Luc Harousseau, président de la HAS, « *les études de perception et les retours d'expérience sur la V2010 soulignent [...] l'importante charge de travail qu'elle constitue, les difficultés d'appropriation par les professionnels intervenant au plus près du patient et une personnalisation encore insuffisante de la certification en fonction des contextes très variés des différents secteurs hospitaliers.* »²

² Source : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1616169/fr/article-les-enjeux-de-la-4e-procedure-v2014

Jean-Paul Guérin, président de la commission de certification de la HAS, souligne, lui qu' « *il demeure encore une impression de formalisme exagéré et de discontinuité de la démarche mais aussi un risque de ne pas évaluer la qualité réelle d'un établissement* », en ajoutant que « *dans les établissements, il existe la démarche qualité d'un côté et la certification de l'autre. Notre ambition est de rendre ces démarches complémentaires.* »³

Dans le cadre de notre expérience professionnelle, en tant que cadre supérieur de santé coordonnateur de pôle, nous avons pu mener des groupes de travail et accompagner l'encadrement de proximité dans l'auto évaluation et le « remplissage » de manuels d'itération. Nous avons fait à notre niveau, le même constat que celui de la HAS.

Parallèlement, toujours dans l'exercice de nos précédentes missions, nous avons pu mesurer l'engagement progressif des établissements et des professionnels dans ce cercle vertueux de la dite démarche, l'interaction avec les différentes instances décisionnelles et autres commissions consultatives y étant d'ailleurs bien actée et réalisée.

Aussi, si les premiers manuels d'accréditation & certification ont défini les exigences et les modalités de structuration et d'évaluation, les enjeux de la nouvelle certification dite V2014 soulignent quant à eux la nécessité de passer d'une procédure rendue obligatoire par la loi à une approche par processus en mettant notamment en œuvre un management non seulement de mais aussi par la qualité et la gestion des risques liés aux soins.

C'est pourquoi, la quatrième procédure se préparant dès à présent au sein des établissements, nous avons choisi d'explorer ce sujet prégnant dès notre premier stage de février dernier, tant auprès du Directeur des Soins (DS), maître de notre stage, que de professionnels lors de réunions institutionnelles ou de rencontres plus informelles.

Que ce soit lors de la Commission Médicale d'Etablissement (CME)⁴, de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico – Techniques (CSIRMT), mais aussi lors des réunions de fonctionnement avec l'encadrement supérieur de pôle et celui de gestion, nous avons pu y constater l'importance de la PACQSS⁵, le sujet y étant à chaque fois présenté. Cette présentation consistait précisément en la préparation de la prochaine visite des experts de la HAS pour la V2014, prévue courant de l'année 2015 avec proposition d'un rétro planning en vue de la réalisation de « l'auto diagnostic

³ Source : *ibid.*

⁴ Art. L. 6144-1 et L. 6144-2-2 du CSP précisant le rôle de la commission médicale quant à sa contribution à l'élaboration de la PACQSS.

⁵ Le PACQSS de l'établissement inclut toutes les démarches d'amélioration qu'il s'agisse de la certification, de la gestion des risques (GDR), du développement professionnel continu (DPC), des évaluations des pratiques professionnelles (EPP), de la formation, de l'accréditation des médecins.

qualité » (en remplacement de « l'auto-évaluation ») puis de l'envoi du « compte qualité »⁶.

Portés par la « cellule qualité et gestion des risques », composée d'un trinôme « ingénieur qualité – directeur adjoint en charge de la qualité, de la gestion des risques et des relations avec les usagers – directeur des soins », les objectifs étaient clairement pour l'établissement de faire un point d'étape sur son diagnostic, son engagement à travers des plans d'actions, ses résultats et ses modalités de suivi, mais surtout de faire un focus sur son pilotage de la démarche et son système de management pour mobiliser pleinement l'ensemble des acteurs administratifs, médicaux et soignants.

Particulièrement, il nous est apparu que le DS, bien plus qu'un organisateur des soins, devait être avant tout l'animateur d'une dynamique tant auprès de l'équipe de direction que du collectif des cadres, en s'assurant du respect des critères de qualité et de sécurité des soins dans les différents projets, *in fine* dans la déclinaison du « volet qualité, gestion des risques et évaluation des pratiques professionnelles » en lien avec les activités soignantes. En effet, son avis – son « *expertise dans le domaine du soin* » d'après les propos du Directeur Général (DG) –, était systématiquement requis pour abonder aux dossiers stratégiques implémentés.

Pour autant, dans l'exercice d'un management plus opérationnel, ceci ne nous a pas semblé *a contrario* chose aussi aisée. Par exemple, perçu comme un jugement et par peur de la sanction – en dépit de l'existence d'une « charte de sécurité des soins » -, tout événement indésirable survenu dans la prise en charge d'un patient, y compris les plus graves, n'était pas forcément déclaré (alors qu'il devrait l'être obligatoirement).

Force a été alors de souligner un certain décalage avec la réalité de terrain, que ce soit du côté des cadres : « *l'apprentissage par l'erreur, c'est bien mais cette charte est sans doute insuffisamment connue des agents, y compris de nous – mêmes et elle fait peur, ce n'est pas facile de dire c'est moi qui ...* », que du côté des agents eux-mêmes : « *c'est un grand cérémonial mais le quotidien, ce n'est pas ça, ce n'est pas des réunions organisées quand il y a eu une erreur avec une prescription, surtout quand on nous dit qu'il faut bien faire attention la prochaine fois, que c'est juste là un rappel à l'ordre ! Les soignants connaissent leur travail quand même, ils ne font pas exprès de faire des erreurs, nous respectons les patients et nous avons nos compétences...c'est plutôt une histoire de tous les jours, une attention pas facile à tenir avec la charge de travail.* »

⁶ Rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) de juillet 2010 sur « *l'information des usagers sur la qualité des prises en charge des établissements de santé* » en présentant chaque année un compte qualité au même titre qu'un compte financier.

Ce sont là, nous semble-t-il, les enjeux de demain qui résident certes dans la responsabilisation des acteurs soignants, mais aussi dans leur accompagnement dans la déclinaison de ce dispositif, et ce dans le cadre d'une démarche plus naturelle et continue d'évaluation qui soit davantage intégrée au management de et par la qualité et les risques associés aux soins. Programme ambitieux au demeurant qui vient interpeller directement, à notre sens, la fonction de DS.

Les deux stages suivants, réalisés dans d'autres établissements et régions, nous ont confirmé cette ligne directrice. Nous avons alors abordé la problématique à partir d'un premier questionnaire pour le DS : plus que des mots techniques écrits dans des manuels, au-delà des intentions aussi louables soient-elles pour le patient, usager des services de santé, et même des injonctions tantôt incitatrices tantôt coercitives (les deux en même temps parfois) à « faire de la qualité et à gérer le risque », comment faire et gérer avec les professionnels eux-mêmes, notamment avec les cadres qui sont à l'interface opérationnelle des différentes logiques soignante, médicale et administrative, pour travailler avec les équipes et les accompagner à davantage de déclaration, de prévention, d'appropriation, d'acculturation ... sans que cela ne constitue, autant que faire se peut, un énième tonneau des Danaïdes venant impacter davantage encore la charge de leur quotidien. Puis un autre questionnaire adjacent est apparu, sur le rôle et le positionnement du DS dans cette affaire-là, particulièrement dans l'animation du collectif des cadres et dans sa relation professionnelle avec certains des membres de l'équipe de direction, à l'interface plus stratégique cette fois-ci des logiques décrites ci-dessus.

Dans ce contexte et à la lumière de ces constats initiaux, le champ de compétences du DS doit être pris en considération, ne serait-ce que de plein droit au regard de la législation en vigueur (loi HPST) mais aussi d'un point de vue fonctionnel *stricto sensu*.

Où il est alors question de management et de gestion proactive dans l'exercice professionnel du DS. Car les enjeux et les ambitions de la prochaine certification mettent largement en exergue la nécessité d'un système de management irriguant toutes les organisations et s'installant durablement dans la réalité quotidienne des équipes de soins.

Cependant, tantôt DS et Directeur de la Qualité et de la Gestion des Risques (DQGR), tantôt DS détaché en mission transversale au sein de la cellule qualité, tantôt DS intervenant au titre de son expertise dans le domaine du soin et donc de la qualité et de la sécurité des soins en lien, tantôt ..., le périmètre des missions du DS au sein des ES, ainsi que l'articulation de celles-ci et la collaboration avec l'encadrement et l'équipe de direction, demeurent parfois à éclaircir.

Avec ce mémoire, nous en saisissons l'opportunité, en tentant de passer de l'implicite à l'explicite pour nous demander :

Dans quelle mesure le management intégré de la qualité, gestion des risques et évaluation des pratiques professionnelles paramédicales, constitue-t-il une activité significative dans et de la fonction de directeur des soins ?

A partir de cette question centrale, des sous – questions ont également émergé :

- Quelle formalisation prend le PACQSS au sein des ES ?
- Quelle déclinaison en termes de projet qualité / gestion des risques y trouve-t-on ?
- Quelle y est l'organisation de la cellule qualité / gestion des risques ?
- Quelle est la place et quels sont les missions du DS dans cette structuration ?
- Quel est son rôle / son positionnement en regard (stratégique et opérationnel) ?
- Comment collabore-t-il avec l'équipe de direction et l'encadrement sup. de pôle ?
- Comment anime-t-il le projet dans le collectif de cadres ?
- Comment se décline (méthodes / outils / procédures) l'implémentation de la démarche QRE au quotidien ?
- Quelle est la gestion *a priori* et *a posteriori* ? Pour quels effets / résultats ?
- Quels sont les freins et les leviers en termes de management, à l'appropriation / l'acculturation d'un dispositif de certification et plus largement d'une démarche QRE dans les établissements de santé ?

Nous nous proposons à présent d'aborder la problématique posée et de développer les différents axes d'investigation mis à jour selon le plan suivant.

Dans un premier temps, nous apporterons un éclairage contextuel et une approche conceptuelle sur la démarche QRE. En lien, nous aborderons également les niveaux de responsabilité des acteurs principaux dans une telle démarche prégnante, tout en soulignant en quoi consiste le management par processus.

Dans un deuxième temps, nous confronterons l'ensemble à la réalité de terrain, en présentant l'enquête réalisée auprès d'un panel de professionnels : membres de l'équipe de direction, directeurs des soins, cadres de santé, médecins, qualitéiciens...

Dans un troisième temps, en lien avec l'analyse croisée des différents entretiens, nous proposerons des axes de management identifiés dans une dimension tant stratégique qu'opérationnelle, avant d'envisager nos préconisations professionnelles pour un DS.

1 La démarche QRE dans les établissements de santé : éclairage contextuel et approche conceptuelle

Dans cette première partie, nous aborderons la démarche QRE à partir d'un focus sémantique et lexical car le langage et surtout le sens donné à chaque mot nous semble utile à la démonstration qui va suivre et gage d'une pertinence d'ensemble. Comme le veut l'adage, ce qui se conçoit bien s'énonce clairement. Ensuite, nous évoquerons la procédure itérative en elle-même en insistant sur la prochaine certification dite V2014 et ses nouvelles méthodes portant l'objectif de plus de proactivité ; un système de management stratégique et opérationnel y est mis en exergue, ce qui constitue une compétence essentielle à mobiliser par un des acteurs de la gestion de la qualité et des risques, à savoir le DS. Enfin, un paragraphe sera justement consacré à son rôle et ses responsabilités définies dans la loi HPST et ses décrets d'application, en vue d'implémenter cette démarche au sein des ES. Quelques schémas (des matrices que nous avons choisies de placer directement dans le corps du texte et non annexe pour un continuum de démonstration) viendront illustrer le propos en tant que partie intégrante de notre présentation contextuelle et conceptuelle.

1.1 Qualité & risques : notion de sémantique et définitions

Tous les métiers ont leur langage technique. Le jargon de la « qualité » et des « risques » foisonne de nombreux termes pour exprimer nombre de notions ; où l'on parle d'accréditation, certification, conformité, évaluation, satisfaction, mais aussi de procédures, protocoles, processus, etc. Les définitions sont tout aussi nombreuses et seraient presque sources de confusion. Dans ce mémoire, nous avons donc fait le choix d'en citer certaines parmi les plus utilisées dans le quotidien des professionnels de santé. Elles sont pour la plupart extraites du lexique proposé par la HAS⁷ et vont nous permettre de dérouler progressivement le volet management de la qualité et des risques en ce qu'il constitue la question centrale de notre travail.

Dans le monde de l'entreprise, la certification est une procédure par laquelle une tierce partie (organisme certificateur type AFNOR) donne, après évaluation, une assurance écrite qu'un système, un produit, un service, une activité, un processus, un groupe de personnes, est conforme aux exigences spécifiées. Elle concerne un ensemble

⁷ Source : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1732464/fr/manuel-de-certification-des-etablissements-de-sante-v2010-edition-janvier-2014, Manuel de certification (ACC01-T052-E) des établissements de santé, janvier 2014, direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins de la HAS

de normes telles que l'AFAQ ISO 9001. La qualité n'est plus seulement de fournir le meilleur produit ou service à ses clients, c'est également un mode de management qui s'appuie sur une culture d'entreprise méthodique et sur une pratique quotidienne à tous les niveaux de la hiérarchie. Ainsi, le premier apport d'une démarche qualité, c'est la mobilisation du personnel autour d'un projet d'entreprise.

Dans ce sens, l'organisme ISO définit la qualité comme « l'aptitude d'un ensemble de caractéristiques intrinsèques (système, produit, processus, personnes...) à satisfaire des exigences. »⁸ Et pour rester concret, l'organisme ISO précise que, dans un premier temps, la qualité peut se résumer à des principes relativement simples et pragmatiques :

- Dire ce que l'on fait,
- Faire ce que l'on dit,
- Vérifier que ce que l'on a fait correspond à ce que l'on avait dit.

Si la qualité n'apporte pas, en soi, de révolution, elle possède comme avantage de se donner les moyens et les outils pour mettre en application et formaliser explicitement ces principes. Car, dans un second temps, c'est bien l'organisation, la mise en place et le suivi de ces règles simples qui vont permettre d'orienter l'expertise et le savoir-faire d'une entreprise vers la satisfaction des besoins de ses clients.

Dans le monde hospitalier, la certification a pour but de s'assurer que les ES développent une démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins. Cette procédure obligatoire doit également servir à promouvoir la qualité des prestations délivrées aux patients. Outre la régulation des pratiques cliniques au bénéfice de chaque patient, les politiques d'amélioration de la qualité et sécurité ont aussi pour objectif la régulation de l'organisation des soins et la régulation des dépenses au service de l'intérêt collectif. L'articulation de ces trois registres est au cœur des politiques de la qualité, ce qui conduit la HAS à envisager la définition suivante : « la qualité d'un système de santé augmente lorsque les soins prodigués sont aussi efficaces, sûrs et accessibles que possible, dans des conditions aussi équitables et efficientes que possible ».

Et désormais mis en avant, que son système de management est pleinement organisé et investi dans cette optique. Ainsi, toujours pour la HAS, l'amélioration continue de la qualité est la « partie du management permettant d'accroître la capacité à satisfaire aux exigences pour la qualité. Le processus de définition des objectifs et de recherche d'opportunités d'amélioration est un processus permanent utilisant les constatations d'audit et les conclusions d'audit, l'analyse des données, les revues de direction ou

⁸ Source : <http://www.qualite-methode.com/Qualite/Qualitelso.html>

d'autres moyens, et qui mène généralement à des actions correctives ou préventives (NF en ISO 9000, 2005). » Quant à la démarche qualité, elle représente plus globalement « l'ensemble des actions que mène l'établissement pour développer la satisfaction de ses clients. La démarche qualité repose alors sur différents facteurs :

- prise en compte des besoins ;
- implication de la direction pour associer l'ensemble du personnel à cette démarche ;
- réflexion collective sur les ressources nécessaires ;
- adhésion du personnel à la mise en œuvre des actions qualité ;
- mise à disposition d'outils de mesure de la qualité.

Les décisions s'appuient sur des faits, des informations précises et objectives. »

Au même titre que la qualité, il existe aussi des normes associées aux risques et à leur management.

Le risque n'est pas un évènement en tant qu'entité propre mais « un concept qui combine la probabilité de survenue d'un événement et la gravité potentielle de cet évènement. En pratique, on commence par analyser les situations dangereuses ou dangers, qui sont des éléments perceptibles, puis on apprécie les risques correspondants. La démarche sécurité qui en découle consiste à œuvrer pour réduire les risques ainsi estimés. L'expression "gestion des risques" ou "management des risques" désigne l'ensemble de cette démarche sécurité. Les guides de référence ISO-CEI 51 et 73 (vocabulaire de la sécurité, du dommage et du risque) sont suffisamment clairs à ce sujet. Dans ce sens, l'expression « prévention des risques" est donc à proscrire. »⁹

Dans la continuité de ce point sémantique, plusieurs définitions peuvent être proposées comme celles de la HAS, d'abord sur le risque : « situation non souhaitée ayant des conséquences négatives résultant de la survenue d'un ou plusieurs événements dont l'occurrence est incertaine, et tout événement redouté qui réduit l'espérance de gain et/ou d'efficacité dans une activité humaine. », puis sur la sécurité : « état dans lequel le risque pour les personnes est réduit au minimum ; cet état est obtenu par une démarche de sécurité permettant d'identifier et de traiter les différentes sources de risques. »

Nous pouvons remarquer qu'il existe une certaine convergence entre les définitions proposées par la HAS pour le monde hospitalier et celles issues du monde de l'entreprise. Certes, la qualité des soins a de multiples facettes et son approche diffère quelque peu de

⁹ Source : <http://www.qualite-securite-soins.fr/congres-de-strasbourg-fin-mai/congres-2015>

celle développée dans les autres secteurs économiques en raison des spécificités du système de santé. Par exemple :

- la complexité du système de production des soins de par l'intervention conjointe de nombreuses interfaces (elles-mêmes complexes de par la foultitude de qualifications et compétences présentes dans le fonctionnement de l'hôpital) rend la maîtrise du processus plus difficile encore et augmente la probabilité de survenue de dysfonctionnements dans une activité humaine par essence ;
- la médecine n'est pas une science exacte en dépit de ses progrès incontestables et son caractère « aléatoire » rend donc le risque zéro inatteignable, même si la qualité des soins dépendant en partie de la capacité des professionnels de santé à réagir par rapport à cet aléa thérapeutique, le risque « évitable » existe...

Pour ce faire, la mise en œuvre d'une accréditation¹⁰ devenue certification constitue le principal moteur de la démarche « qualité et gestion des risques » dans les ES.

1.2 Une procédure itérative obligatoire : bref historique de la certification, point sur la législation et essentiel de la V2014

L'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme hospitalière a introduit la certification au sein du système de santé français. Elle s'inspire des modèles canadien et américain. La certification est une procédure d'évaluation externe d'un ES, indépendante de l'établissement et de ses organismes de tutelle. Elle s'effectue tous les 4 ans. Des professionnels de santé mandatés par la HAS réalisent les visites de certification sur la base d'un manuel. Ce référentiel permet d'évaluer le fonctionnement global de l'ES.

D'un point de vue législatif, l'article L. 6113-3 du Code de la santé publique dispose « qu'afin d'assurer l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, tous les établissements de santé publics et privés doivent faire l'objet d'une procédure externe d'évaluation dénommée certification ». Il ajoute, dans son second alinéa, que « cette procédure (...) vise à porter une appréciation indépendante sur la qualité d'un établissement ou, le cas échéant, d'un ou plusieurs pôles, structures internes ou activités d'un établissement... ». Depuis l'instauration de l'« accréditation » devenue « certification », ce sont les ES en tant que tels qui font l'objet de cette procédure.

¹⁰ Le terme d'accréditation reste employé pour les médecins et les équipes médicales : démarche nationale de gestion des risques fondée sur la déclaration et l'analyse des événements porteurs de risques médicaux, l'élaboration et la mise en œuvre de recommandations. De même, pour les laboratoires de biologie médicale : reconnaissance formelle de la compétence d'un laboratoire de biologie médicale à réaliser des examens de biologie médicale.

La procédure de certification concerne ainsi tous les ES, publics et privés, mentionnés à l'article L. 6111-1 du Code de la santé publique (CSP). Elle s'applique également aux groupements de coopération sanitaire mentionnés à l'article L. 6133-7 du CSP ainsi qu'aux réseaux de santé visés à l'article L. 6321-1 du CSP. Les hôpitaux des armées figurant sur la liste mentionnée à l'article L. 6147- 7 du CSP peuvent faire l'objet de la procédure de certification à l'initiative du ministre chargé de la Défense. Les installations de chirurgie esthétique visées à l'article L. 6322-1 du CSP sont également soumises à cette obligation.

Comme l'indique la HAS dans son dernier manuel à destination des ES, la certification cherche à évaluer avant tout l'existence et la maturité de projets relatifs à la qualité et à la sécurité, et relatifs à l'activité hospitalière en général et aux soins en particulier. Elle vise également à y mesurer la gestion des risques.

Ce positionnement inscrit la certification en complémentarité :

- des dispositifs d'inspection et de contrôle qui permettent d'assurer la fonction régaliennne de l'État. L'inspection permet de contrôler le respect des textes législatifs ou réglementaires garantissant la sécurité des patients, les bonnes pratiques professionnelles, la qualité des soins, le droit à l'information des patients ;
- de l'action des ARS responsables de la planification, des autorisations et de l'allocation des ressources. La certification fournit aux ARS des informations à prendre en compte sur les établissements par rapport aux différentes composantes de la qualité et de la sécurité des soins.

Historiquement, la première procédure d'accréditation date de juin 1999. Elle visait à promouvoir la mise en œuvre de démarches d'amélioration continue de la qualité dans les ES. La deuxième itération de la procédure de certification (V2-V2007) a débuté en 2005 et a pris fin au dernier semestre 2010 pour les visites initiales. Elle mesurait simultanément la mise en place d'une démarche d'amélioration continue de la qualité et le niveau de qualité atteint. Un de ses axes prioritaires portait sur l'évaluation des pratiques professionnelles renforçant ainsi la médicalisation de la démarche. La 3ème version (V2010) a été initiée en janvier 2010. Au 31 décembre prochain, tous les ES français auront reçu une visite initiale en V2010. Cette troisième itération de la certification prendra fin en 2016 avec les dernières visites de suivi.

De 1999 à 2014, trois versions de la certification se sont donc succédé, chacune donnant lieu à un nouveau manuel. La nouvelle version dite V2014 – la quatrième itération qui vient donc en chevauchement –, expérimentée par plusieurs établissements tests durant l'année 2014, est quant à elle entrée dans sa phase opérationnelle en septembre dernier avec la réception des premiers comptes qualité (descriptif ci-après). Les premières évaluations sur site débuteront à partir de janvier 2015.

La nouvelle procédure de certification propose de nouvelles approches et méthodes que nous allons présenter ci-dessous – nous avons fait le choix de ne pas « reproduire » bien sûr l'ensemble des documents mis à disposition sur le site de la HAS mais d'en extraire le contenu essentiel avec l'objectif d'en saisir la « philosophie » et l'approche pédagogique, notamment la place particulière de la thématique « management de la qualité et des risques », l'évaluation de la maturité de ce système de management étant systématiquement retenue au périmètre des visites de certification V2014 comme un axe déterminant des objectifs de la HAS dans cette procédure –. Il s'agit là du thème principal de notre mémoire au niveau de responsabilité du DS.

Pour cette version, les évolutions de la certification sont donc portées sur la mise en place du compte qualité et de nouvelles méthodes, l'audit de processus et la méthode du patient – traceur.

1.2.1 La mise en place d'un compte qualité

Le compte qualité est un outil de suivi longitudinal de la démarche QRE, axé sur les actions conduites par l'établissement et ses indicateurs. Le compte qualité traduit la synthèse des engagements de l'établissement concernant son système de management de la qualité et des risques et sa démarche d'amélioration et d'évaluation des pratiques professionnelles. Il nécessite un bilan de vingt thématiques (cf. annexe I), tous les deux ans (au lieu de quatre ans entre deux certifications) pour lesquelles l'établissement est invité à relever un niveau de maîtrise de la qualité et des risques de chaque thématique.

Il s'agit de compléter ou de réaliser une identification des risques auxquels il s'expose, en fonction de ses enjeux et de ses activités propres, et de faire part du ou des dispositifs qu'il a mis en place afin de faire face à leur survenue ou d'en atténuer les conséquences. L'exploitation de ces résultats d'évaluation permet à l'établissement de faire part de son analyse de la situation. Pour autant, le compte qualité n'est pas qu'une cartographie des risques qui serait établie une fois pour toutes, en préalable et avec un sentiment

d'exhaustivité. Il est plutôt fondé sur le recueil de données et résultats d'évaluation pertinents ainsi que sur une analyse et hiérarchisation des risques permettant une priorisation des actions.

Nous pouvons retenir que pour chaque thématique, le principe général de l'analyse consiste en 6 étapes :

- identifier les principaux risques *a priori* (tableau 1 ci-après),
- déterminer pour chacun un niveau de gravité et criticité,
- évaluer le niveau de maîtrise des risques (tableau 2 ci-après),
- mettre en œuvre les bonnes pratiques et un plan d'action (tableau 3 ci-après)
- suivre les actions d'amélioration engagées,
- évaluer l'impact de ces actions.

Tableau 1 : Identification des principaux risques et des dispositifs de maîtrise en place¹¹ :

La HAS propose une échelle de 1 à 5 pour déterminer la fréquence et la gravité : mineure, significative, majeure, critique, catastrophique

Id de données	Id du risque	Libellé du risque	Fréquence	Gravité	Criticité	Dispo. de maîtrise en place	Niveau de maîtrise	Commentaires ES
	R1							
	R2							
	Rn							

Identification de la donnée mobilisée

Dénomination générique des risques, listés dans l'ordre de priorité établi par l'ES. Cette dénomination sera reportée dans le plan d'action correspondant.

¹¹ Source : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1616601/fr/le-compte-qualite-v2014 : V2014_maquette_commentée_cq.pdf

Tableau 2 : Ex. d'une grille d'évaluation de la maîtrise d'une thématique en 5 niveaux¹² :

Niveau	Description synthétique
Niveau 1	On sait faire face, bonne maîtrise : plans avec exercices et formations, veille, contrôle, amélioration continue
Niveau 2	On a tout prévu : plans d'action en place avec indicateurs
Niveau 3	On a organisé : organisation en place sans évaluation
Niveau 4	On est en alerte : quelques actions mais insuffisantes - veille mais sans actions
Niveau 5	On découvre le risque : aucune action en place - études en cours - actions inefficaces ...

Tableau 3 : Ex. d'un plan d'action¹³ :

Id du risque	Objectif(s)	Action(s) d'amélioration	Pilote	Début prévu	Echéance prévue	Modalités / Indicateurs de suivi	Etat d'avancement
R1							
R2							
Rn							

Pour Thomas Le Ludec, directeur délégué, directeur de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins à la HAS, « *l'enjeu est d'en faire une démarche au quotidien, qui traduit la synthèse des engagements de l'établissement concernant son système de management de la qualité et des risques et sa démarche d'amélioration. [...] Cet outil permet très vite de voir où la démarche pêche, notamment quand on ne sait pas qui fait quoi. [...] Il permettra ainsi de générer des alertes.* »¹⁴

En quelque sorte, elle doit permettre à l'établissement de « *manager les risques pour prendre en charge le prochain patient avec des processus maîtrisés* ». Il s'agit très clairement de réconcilier démarche qualité et conduite de la procédure de certification et de mieux percevoir et évaluer la qualité réelle.

¹² Ibid.

¹³ Ibid.

¹⁴ Source : <http://abonnes.hospimedia.fr/articles/20140523-salons-sante-autonomie-2014-le-compte-qualite-promeut>, publié le 23 mai 2014

Ce qu'est le compte qualité :

- Un « auto-diagnostic qualité » substitutif à « l'auto-évaluation » de la certification V2010, à adresser tous les deux ans à la HAS,
- Un outil de valorisation et de suivi du PACQSS,
- Une approche par risques plutôt que par la conformité,
- Une hiérarchisation de ces risques grâce à une matrice de criticité,
- Une déclinaison de ses propres opportunités d'amélioration,
- Un outil de management actualisable, de pilotage standardisé au travers de l'outil-logiciel Sara© (application informatique de saisie des données utiles, à disposition des établissements pour compléter leur compte qualité)

1.2.2 L'audit de processus

L'**audit de processus** consiste à investiguer les thèmes de la certification pour s'assurer notamment :

- de leur maîtrise : pilotage, rôle et responsabilités, mise en œuvre effective sur le terrain, contrôles adaptés, gestion des interfaces, modalités d'évaluation et amélioration continue, information sur les productions clés ;
- de leur efficacité : capacité à atteindre les objectifs, identification et sécurisation des points critiques ;
- de leur efficience : capacité à comprendre et piloter la performance globale en fonction des ressources.

Le terme processus est très souvent utilisé pour parler des organisations. Il prend son origine dans le latin (*pro cedere* : marcher en avant) et influence considérablement les façons de penser quand il s'agit de la qualité et sécurité des productions et des services.

Un processus est défini comme un « ensemble d'activités corrélées ou interactives qui transforme des éléments d'entrée en éléments de sortie. » (Norme ISO 9001, 2000).

Les processus de soins¹⁵ sont souvent décrits comme un enchaînement ou un flux d'actions. Strauss parle de segments de travail ou d'arcs de travail (Strauss et al. 1997). L'enchaînement de ces segments compose la trajectoire du patient. Dans toutes les versions du manuel de certification des ES, nous retrouvons des références aux

¹⁵ ORVAIN J., « Les essentiels : processus d'action », in EHESP, *intervention pédagogique*, 03 avril 2014, Rennes

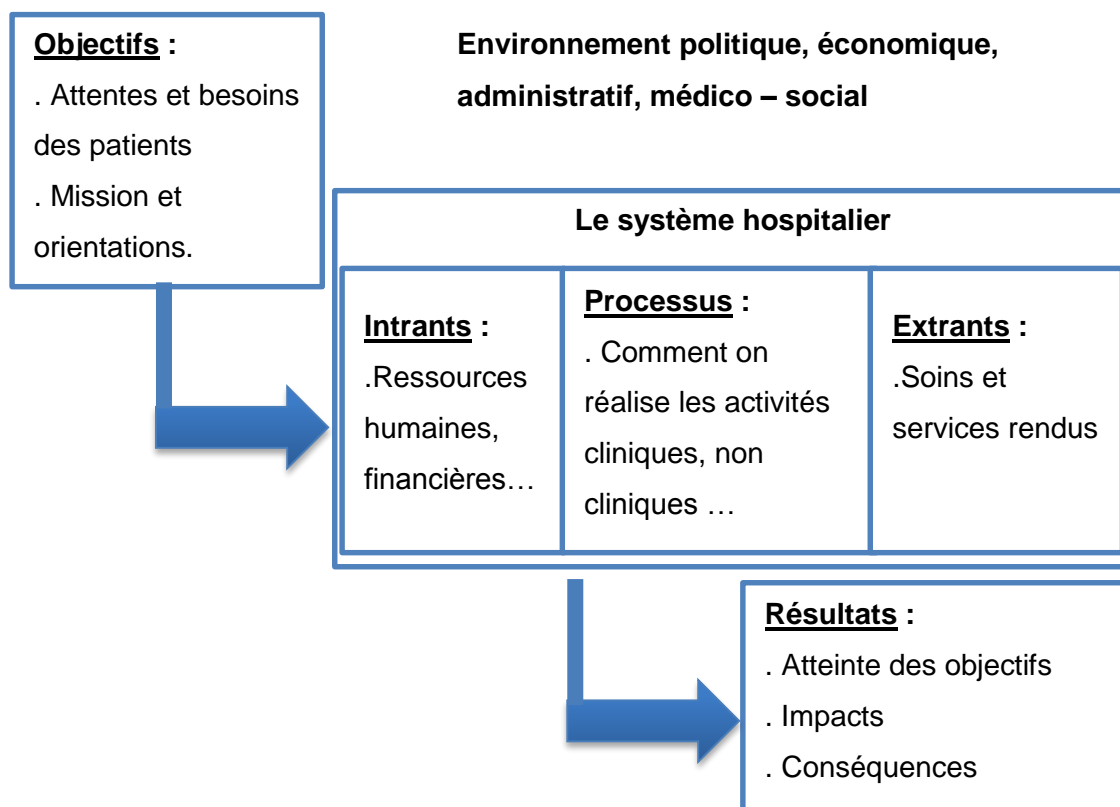
processus – types rencontrés à l'hôpital. La plupart des Pratiques Exigibles Prioritaires (PEP) de la V2010 consolidées dans la V2014 (cf. annexe I) peuvent ainsi être décrites comme des processus.

Chacun de ces processus peut être décrit, soit sous forme littérale soit sous forme graphique de façon à faire apparaître les actions et mécanismes de coordination qui le constituent.

Dans cette logique, **le management par processus** a toute sa place dans le cadre d'une démarche « qualité et gestion des risques ».

Le concept de management, évoqué en filigrane tout au long de notre mémoire et mis en exergue dans la V2014 en tant que système à développer et à articuler pour accompagner l'implémentation et l'évaluation de la dite démarche, a été très largement défini, notamment dans la sociologie des organisations et de la structuration du champ sanitaire. Dans cette discipline, les ES sont représentés *via* une approche systémique (schéma 1 ci-après) :

Schéma 1 : Etablissement de santé : une approche systémique :



En lien avec le sujet de notre mémoire, le management peut être défini comme l' « ensemble des techniques d'organisation et de gestion d'une entreprise. Par extension, le management désigne aussi les hommes de l'entreprise qui la dirigent. » (Normes en ISO 9000, 2005). Particulièrement, le management de la qualité est défini comme « les activités coordonnées pour orienter et contrôler un organisme. » (Normes en ISO 9000, 2005) et le management des risques comme « les activités coordonnées visant à diriger et piloter un organisme vis-à-vis du risque. Le management du risque inclut généralement l'appréciation du risque, le traitement du risque, l'acceptation du risque et la communication relative au risque. » (ISO/CEI 73, 2002).

Aussi, nous pouvons préciser que « dans le cadre du ou des buts d'un système, le management a (pour) fonction de définir la politique, la stratégie, l'organisation, les programmes, les plans, les objectifs. Il est caractérisé par trois capacités :

- une capacité d'application des programmes et des règles ;
- une capacité d'anticipation ou de prévision ;
- une capacité de décision.

Le management ne peut qu'être global ou systémique et dans ce sens, trois conditions doivent être réunies :

- une structure, dont toutes ses composantes sont en liens opérationnels et fonctionnels ;
- un fonctionnement, dont chacun de ses éléments est coordonné à chacun des autres ;
- des objectifs, définis par la fonction dirigeante comme résultats à atteindre et orientés vers un but commun.

La capacité d'un système de management dépend de la qualité de chacune de ces trois conditions. Structure, fonctionnement et objectifs sont ainsi les trois sources d'énergie du management global ou systémique. »¹⁶

Notons que la gestion, longtemps synonyme de management, est évoquée aujourd'hui comme « une activité organisée dans un programme [...] appelant de l'application et de la conformité. Elle est une composante du management. »¹⁷

Concernant le management par processus à proprement parler, il s'agit, sans tout remettre en cause, de rendre les macro – processus (tableau 4 ci-après) et les processus – clés (schéma 2 ci-après) de l'établissement plus aptes à satisfaire les patients / usagers (extrants), au meilleur coût c'est-à-dire en optimisant les ressources (intrants) et en faisant participer à cet objectif les différents acteurs du processus, dont le DS.

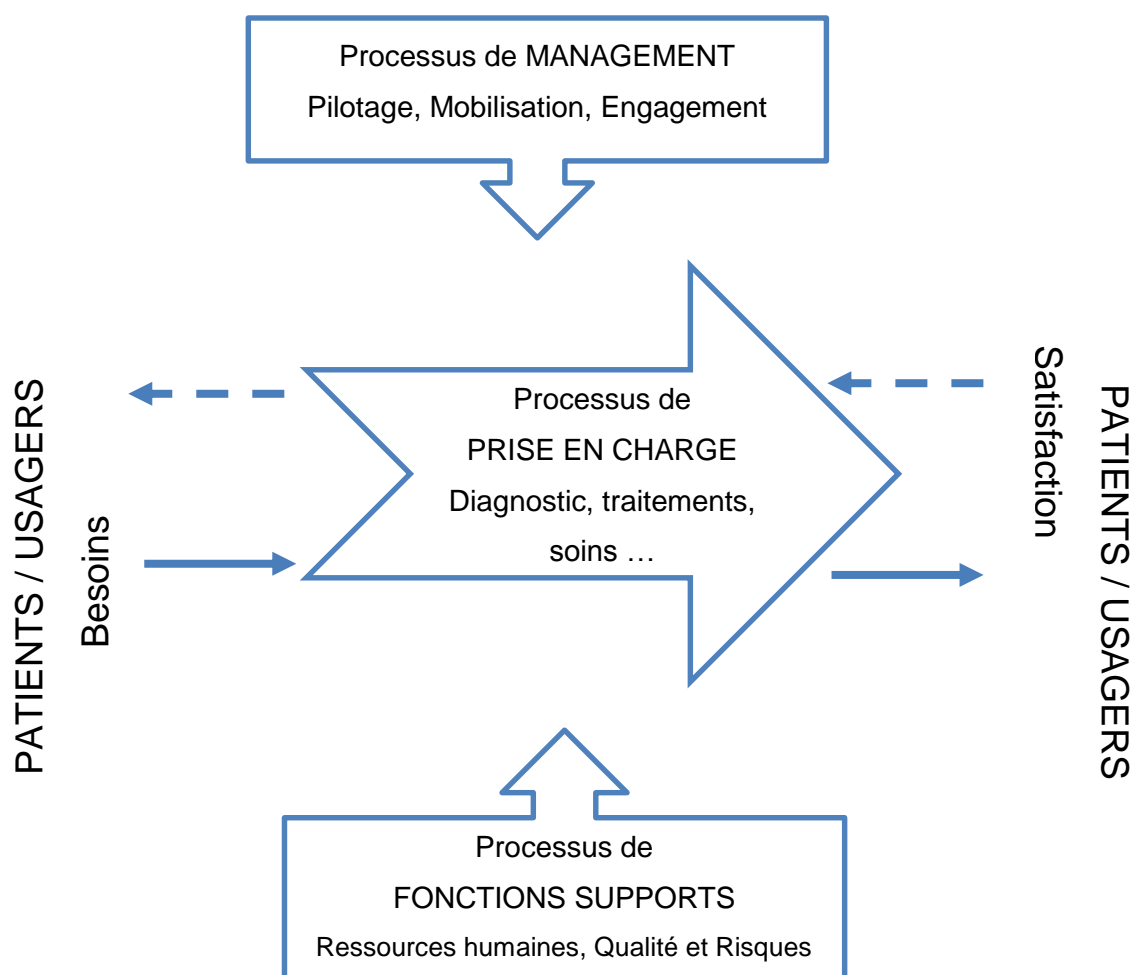
¹⁶ SEILLAN H., nov. – déc. 2012, « Glossaire du danger 2013 », Préventique n°126
<http://www.preventique.org/content/le-glossaire-du-danger-2013-0>

¹⁷ Ibid.

Tableau 4 : Table des macro-processus de l'organisation d'un système de santé

Offre de soins	Identification des besoins et négociation avec les tutelles
Activité	Création et/ou modification d'unités fonctionnelles
Production / Prestation	Réalisation et gestion des prestations
Contrôle	Amélioration continue qualité, sécurité et gestion des risques
Logistique	Gestion des équipements, fournitures
Achat	Acquisition de biens, matériels

Schéma 2 : Typologie des processus – clés de la certification¹⁸ :

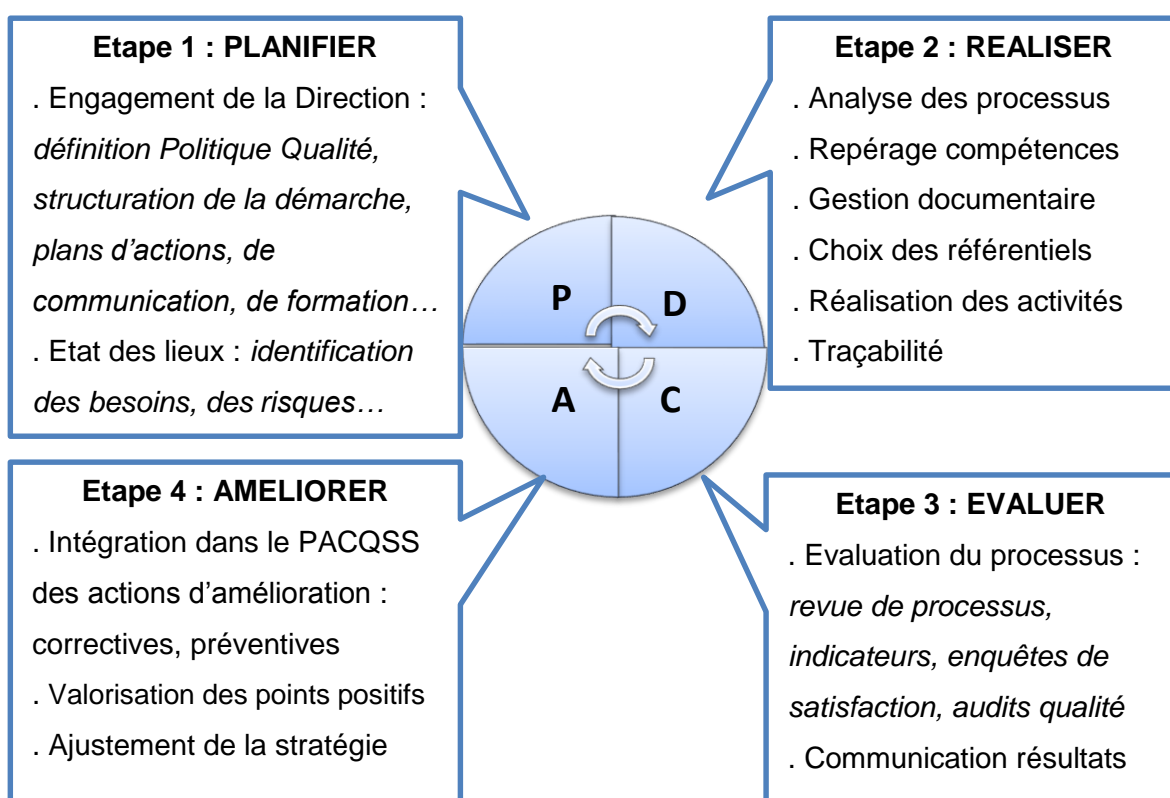


Dans un continuum, les processus peuvent être vus sous l'aspect du changement.

¹⁸ BERARD F., « La V2014 et nouvelles méthodes » in Journées Internationales de la Qualité Hospitalière et en Santé, chef du service certification des établissements de santé, 2012, HAS

Dans le domaine de la santé, l'approche PDCA (Plan, Do, Check, Act), quelquefois remplacée par l'approche PDSA (Plan, Do, Search, Act), et symbolisée par le cycle de Deming (schéma 3 ci-après) est souvent invoquée comme un processus générique de changement et d'amélioration des pratiques. « Il faut noter toutefois que ce script d'action, qui est très naturel, favorise une conception très séquentielle de l'action. Le caractère cyclique du mécanisme est adapté à une démarche incrémentale d'amélioration continue (progression par petites étapes successives). »¹⁹

Schéma 3 : Le PDCA :



1.2.3 La méthode du patient dit traceur

L'analyse du patient – traceur (schéma 4 ci-après) est axée sur l'évaluation des processus de soins et des organisations qui s'y rattachent à partir d'un séjour de patient hospitalisé. Cette méthode permet d'évaluer le degré de satisfaction de l'établissement aux critères de la certification lors de la prise en charge réelle d'un patient. Elle place le regard des experts-visiteurs au cœur des parcours de soins, au contact des équipes au sein des unités de soins et vient prendre en compte l'expérience du patient.

¹⁹ ORVAIN J., « Les essentiels : processus d'action », in EHESP, *intervention pédagogique*, 03 avril 2014, Rennes

Si elle ne peut constituer une évaluation de la pertinence de la stratégie diagnostique et thérapeutique du patient, elle s'adapte à la variété des prises en charge en situation concrète et elle permet d'observer les interfaces et la collaboration interdisciplinaire tout au long de cette prise en charge et en soins.

Elle a donc l'objectif de davantage de proximité dans l'évaluation, les experts se réservant désormais la possibilité d'interroger les bénéficiaires des prestations de soins, à savoir les usagers eux-mêmes et leur famille au sujet de leur parcours au sein de l'ES d'accueil.

Elle est complémentaire des autres méthodes déjà utilisées par et dans les ES, telles que le RETEX, la RMM, l'audit clinique, le projet de soins personnalisé, etc. (cf. annexe II)

Schéma 4 : La méthode du patient traceur en dix points²⁰ :

1	Une méthode d'amélioration de la qualité des soins en <u>équipe pluri-professionnelle et pluridisciplinaire</u> .
2	Le <u>dossier du patient</u> est le fil conducteur de la méthode.
3	La méthode prend en compte <u>l'expérience du patient et de ses proches</u> .
4	Elle nécessite <u>une organisation</u> au niveau de l'ES et des secteurs d'activités.
5	Pour les équipes, cette méthode <u>requiert un temps dédié</u> (2 h 00 à 3 h 00 env.).
6	L'analyse de la prise en charge est réalisée à partir de <u>grilles d'entretien</u> qui permettent de comparer la pratique réelle aux pratiques de référence.
7	Un <u>animateur</u> , formé à la méthode « <u>leader reconnu par ses pairs</u> » a la responsabilité de conduire l'étude d'un patient-traceur selon une démarche pédagogique, transparente, bienveillante et non culpabilisante, sans jugement sur le travail et recherche de responsabilité des professionnels.

²⁰ Source : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1661702/fr/la-methode-du-patient-traceur-en-etablissement-de-sante-methode-damelioration-de-la-qualite-et-de-la-securite-des-soins : guide_patient_traceur.pdf

8	<p>Quel que soit le type de prise en charge, sa mise en œuvre repose sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le <u>choix d'un patient</u> dont on souhaite analyser la prise en charge ; - <u>l'information de ce patient</u> et la <u>recherche de son consentement</u> pour analyser sa prise en charge et pouvoir le rencontrer lui et/ou ses proches, - <u>l'analyse de la prise en charge</u> avec les professionnels autour du dossier du patient puis par la rencontre du patient et/ou de ses proches suivi d'un temps d'échange avec les professionnels pour synthétiser, analyser les constats (<u>points positifs</u> et <u>points à améliorer</u>) et prioriser les actions d'amélioration ; - la mise en œuvre, dans un deuxième temps, de <u>plans d'amélioration</u>
9	La méthode doit garantir le respect du <u>secret professionnel</u> .
10	La méthode est reconnue comme méthode de DPC.

L'ensemble de ces outils au service de la démarche QRE – mise en place du compte qualité, audit des processus de soins, identification des processus-clés sous l'aspect du changement (roue de Deming), application de la méthode du patient dit traceur – doit permettre de lier les activités aux enjeux stratégiques de l'organisation. Ils pourront ainsi être suivis au niveau de l'établissement de façon à avoir une vision transversale et dynamique de l'organisation.

Cela pourra enrichir et s'articuler avec le pilotage par tableaux de bord. D'autres indicateurs et méthodes pourront être développés pour suivre la contribution des processus et plus particulièrement de certaines de leurs étapes, avec d'une part les différents acteurs, services et pôles d'activité, et d'autre part ces orientations stratégiques. Parmi ces acteurs, il y a le DS.

1.3 Rôle, responsabilités et missions du DS

La loi HPST et ses décrets d'application indiquent qu'après concertation au sein du directoire, le DG « décide, conjointement avec le Président de la CME (PCME), de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers [...] »²¹. En sus, il est précisé aussi que le PCME, vice-président du directoire, est « chargé du suivi de cette politique. Il peut organiser des évaluations internes à cette fin. Il veille à la mise en œuvre des

²¹ Instruction n° DHOS/E1/2010/75 du 25 février 2010 relative à la mise en place des directoires des établissements publics de santé

engagements de l'établissement en matière d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, qui résultent notamment des inspections des autorités de tutelle et de la procédure de certification. [...] Il présente au directoire le programme d'actions proposé au directeur par la CME. »²²

A leur côté au sein du directoire, en tant que président de la CSIRMT, le Directeur Coordonnateur Général des Soins (DCGS) est de fait, un acteur stratégique au cœur du projet d'établissement et de la PACQSS. Il participe à la définition des orientations et objectifs généraux de la dite politique, exprimés par la direction et formalisés dans un document écrit. Les enjeux poursuivis le sont en termes de satisfaction des bénéficiaires que sont les patients²³ et les professionnels de santé (ex. : qualité de vie au travail qui est une des thématiques recensée par la HAS dans la V2014).

La concertation avec les professionnels de santé et les représentants des usagers fonde le projet de développement de la certification pour les années à venir, dans lequel s'inscrit cette V2014. Par exemple, la décision de développer la méthode du patient-traceur émane d'une politique institutionnelle et/ou d'initiatives locales d'équipes, de pôles ou de services qui seront portées au niveau institutionnel. Le déploiement de cette méthode dans l'établissement contribue au développement d'une culture qualité et sécurité des équipes. Le DPC, en mobilisant les équipes, peut constituer un levier pour la mise en œuvre du patient-traceur. La CME, en collaboration avec la DS, contribue à l'élaboration de la stratégie de déploiement de cette méthode dans l'établissement, intégrée dans la PACQSS et le plan de DPC. La Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge (CRUQPC) est informée du projet et est consultée. Elle peut donner un avis, notamment sur le choix de spécialités à privilégier dans la sélection des profils de patients-traceurs, en fonction des plaintes et des réclamations, des événements indésirables, des résultats d'enquêtes de satisfaction, etc. Les autres instances sont également consultées.

Pour rappel, la CSIRMT est consultée pour avis sur cette politique.²⁴

Plus généralement, le rôle du DS est clairement affirmé dans l'art. 4 du décret n°2014-7 du 7 janvier 2014 modifiant le décret n°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière : « III. –

²² Décret n°2009-1762 du 30 décembre 2009 relatif au président de la CME, vice-président du directoire des établissements publics de santé – Art. D. 6143-37

²³ La mesure régulière de la satisfaction des patients est obligatoire depuis l'ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.

²⁴ Décret n°2010-449 du 30 avril 2010 relatif à la CSIRMT – Art. R.6146-10 du C. de Santé Publique

Sous l'autorité du directeur de l'établissement : « 3° Il élabore avec l'ensemble des professionnels concernés le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico – techniques, en cohérence avec le projet médical, et le met en œuvre par une politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins. »

Quant au référentiel de positionnement élaboré par l'EHESP à la suite de la publication du référentiel métier du DS²⁵, il identifie également des connaissances et des compétences en rapport : « Contribuer à la définition de la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins infirmiers, de rééducation et médico – techniques au sein de l'institution et sa déclinaison au sein des pôles » ; « Recenser les dysfonctionnements à partir des processus qualité » ; « Structurer et réaliser une auto évaluation pour la visite de certification de la HAS » ; « Identifier les pratiques professionnelles devant faire l'objet d'un programme EPP » ; « Contribuer à la structuration d'un système d'identification, d'analyse et de traitement des risques associés aux soins *via* les fiches d'événements indésirables » ; « Développer une politique de gestion des risques associés aux soins a priori »

Que ce soit au niveau de la gouvernance (participation aux instances telles que le directoire pour le DCGS mais aussi le CTE²⁶ et le CHSCT²⁷) ou d'un point de vue stratégique et opérationnel, le DS est membre de l'équipe de direction et il doit décliner, à son niveau de responsabilité, les valeurs, les missions et les orientations définies par l'établissement. Ainsi, son positionnement est clairement affirmé dans la nécessaire articulation entre l'organisation des soins, le processus de prise en charge clinique des patients et leur inscription dans des parcours et filières de soins, la gestion des risques associés aux soins et la formation des paramédicaux *via* les évaluations de leurs pratiques professionnelles.

Nous l'avons vu, la fonction de DS appelle donc le travail en interface avec le PCME mais aussi avec les Cadres Supérieurs de Pôle (CSP) et les Cadres de Santé (CS) dits de proximité. Concepteur du projet de soins et pilote de sa mise en œuvre, le DS est alors le garant du bon déroulement des activités de soins, tant dans les modalités de prise en charge que dans l'accompagnement des équipes soignantes, y compris en organisation polaire (déclinaison du projet d'établissement à travers le projet de soins, donc des orientations institutionnelles de qualité, sécurité et gestion des risques liés aux soins).

²⁵ Référentiel métier de DS – mars 2010 : Referentiel-DS-Mission-DGOS-CNG.pdf

²⁶ Le CTE est obligatoirement consulté sur la politique qualité, sécurité des soins et gestion des risques, et pour le plan de DPC

²⁷ Le CHSCT a pour mission de contribuer à la protection de la santé et de la sécurité des travailleurs de l'établissement, et procède à l'analyse et l'évaluation des risques professionnels

Aussi, il travaille en interface avec le Directeur des Ressources Humaines (DRH) avec qui il collabore au niveau des pratiques professionnelles, tant dans le respect et le développement des qualifications, la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences, que dans la définition du plan de DPC paramédical et l'élaboration du Document Unique d'Evaluation des Risques professionnels (DUER).

Il participe avec le DQGR, au sein d'une cellule où peuvent exercer d'autres professionnels qualifiés pour la structuration des procédures d'accréditation et de certification (lien avec la HAS, calendrier, connaissances juridiques et des attendus des manuels...), à la conception, la conduite, l'animation et l'évaluation du PACQSS.

De fait, la planification, la réalisation, l'évaluation et l'amélioration (selon la méthode PDCA comme illustré par le schéma 3 en p.18) de la politique qualité, sécurité et gestion des risques au sein d'un ES, notamment en regard des attendus et des méthodes de la prochaine certification, sont effectivement bien inscrits dans le champ d'exercice et de compétences du DS.

En effet, dans la V2014, nous l'avons vu, chacun des processus – clés et des processus de soins, notamment ceux en lien avec les PEP, est rattaché à des critères dans le manuel de certification. Les processus de management et de prise en charge du patient concernent directement l'activité professionnelle du DS.

Pour autant, nous avons voulu savoir et rechercher directement auprès de différents acteurs qui impulsent et interviennent également à ce niveau, **dans quelle mesure le management intégré – qualité, gestion des risques et évaluation des pratiques professionnelles paramédicales - constitue-t-il une activité significative de la fonction de directeur des soins ?**

Car, le DS se situant en interface de différentes logiques – administrative, médicale, soignante –, nous pensons qu'il est important d'interroger son positionnement stratégique mais aussi opérationnel au regard de ce sujet prégnant pour les ES. Entre autres sous-questions, comment collabore-t-il avec l'équipe de direction et l'encadrement sup. de pôle ?, comment anime-t-il le projet dans le collectif de cadres ?

2 L'enquête sur le terrain

Dans cette deuxième partie, nous présentons une enquête réalisée auprès d'un panel de professionnels : directeurs des soins eux-mêmes, autres membres de l'équipe de direction, cadres de santé, médecins, qualité. Les données recueillies sont analysées au regard de la première partie contextuelle et conceptuelle, notamment de l'approche systémique (audit de processus et management par processus) et des orientations du compte qualité et de la méthode du patient-traceur, en ce qu'elles engagent le DS dans un management institutionnalisé, partagé et intégré.

2.1 La méthodologie utilisée

Pour réaliser notre enquête, nous avons saisi l'opportunité des trois stages effectués au décours de notre cursus de formation.

Ainsi, nous nous sommes rendus dans trois établissements de taille, structure et organisation interne, différentes.

Qui plus est, ces établissements ne se trouvent pas dans une même région.

Aussi, ils sont tous les trois, « certifiés V2010 » et préparent chacun la prochaine certification dite V2014 et son corollaire présenté dans la première partie, c'est-à-dire le remplissage et l'alimentation du compte qualité (en auto – diagnostic), dont l'identification des risques à travers des cartographies. Ce qui nous a permis, en sus de la richesse des propos de la population interviewée, d'être présent à nombre de réunions préparatoires et d'avoir accès à une base documentaire mise à jour.

A noter qu'un des établissements (sous l'intitulé « CHB ») est « établissement – pilote » pour la description et l'évaluation de parcours – patient, comme il l'est également pour le Programme d'Amélioration Continue du Travail en Equipe (PACTE). Ce projet doit permettre aux équipes volontaires, obligatoirement pluri professionnelles, d'améliorer leurs pratiques et d'approfondir leur mobilisation au sein d'une unité, d'un service, d'un pôle, d'un parcours ou d'une filière de soins. Un niveau minimal est requis dans la certification des ES désireux de s'y engager, notamment dans le développement d'une culture partagée et d'une maîtrise des processus transversaux clés pour la qualité et la sécurité des soins tels que la qualité du dossier du patient, la lutte contre les infections nosocomiales, les procédures de vigilance, etc.

2.1.1 La présentation des établissements, terrains d'enquête :

- Le CHA est un Centre Hospitalier (CH) de taille intermédiaire de 1200 lits et places répartis sur 2 sites. Son offre de soins est composée de 6 pôles regroupant des activités de Médecine – Chirurgie – Obstétrique (MCO), d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, de psychiatrie et d'addictologie. Près de 2000 personnels soignants et 200 personnels médicaux y exercent. Un seul DS y travaille avec la fonction de DCGS. Nous avons pu notamment réaliser un entretien avec lui.

- Le CHB est un Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de 1400 lits et places. Son offre de soins est déclinée autour de 7 pôles regroupant toutes les spécialités médico-chirurgicales. Près de 4000 personnels soignants et 1000 personnels médicaux y exercent. L'équipe de la direction des soins est composée d'un DCGS, un DS et un faisant fonction de DS. Le DCGS et le DS ont chacun un cursus et ont suivi une formation diplômante dans le domaine de la qualité. Un autre DS est présent dans l'établissement, il coordonne les instituts de formation tout en assurant une mission de gestion. Nous avons pu notamment réaliser un entretien avec chacun d'entre eux.

- Le CHC est également un CHU, de plus grande envergure avec 2600 lits et places répartis sur 7 sites. Son offre de soins est déclinée autour de 13 pôles hospitalo-universitaires. Près de 6000 personnels soignants et 2000 personnels médicaux y exercent. L'équipe de la direction des soins est composée d'un DCGS et de trois DS, dont un a pour mission principale, l'articulation de la démarche QRE dans le projet de soins ; il est rattaché fonctionnellement à la direction en charge de la qualité et de la gestion des risques de l'établissement. Nous avons pu réaliser un entretien avec le DCGS et ce DS.

2.1.2 La population interviewée :

Notre choix s'est porté sur une enquête de terrain qui a consisté à nous entretenir avec des professionnels directement concernés par notre problématique en lien avec le management de la qualité et des risques. Notre travail cherchant à en comprendre la portée dans les activités du DS, nous avons donc interrogé un échantillon de professionnels qui ont à manager, de près ou de plus loin, cette démarche et qui sont amenés à collaborer avec le DS, et inversement, c'est-à-dire avec qui le DS est amené à collaborer.

A savoir :

- Pour le volet « management stratégique, engagement de la direction, pilotage de la démarche », des membres d'équipe de direction – DG, DRH, DQGR –,
- Pour le volet « management opérationnel de la démarche », des CSP et des CS en gestion de proximité dans les unités et services de soins,
- Pour l'ensemble des volets, en globalité, un médecin responsable de pôle et un PCME et bien sûr des DS, y compris des DCGS, certains de ces DS étant largement impliqués dans cette démarche QRE de par les missions dévolues dans l'organisation interne de l'établissement.
- Pour le volet « technique de la démarche », des ingénieurs qualité.

Dans le cadre de notre enquête, nous avons conduit 24 entretiens semi-directifs d'une durée comprise entre 45' et 1 H 15. Ils ont été réalisés à l'aide d'un guide d'entretien (cf. annexe III) court et adapté à la population cible, les quelques questions soumises nous servant surtout de levier et d'appel à une discussion plus « libre » et aux échanges autour de la problématique de notre mémoire.

Les entretiens ont été réalisés sur le lieu de travail des professionnels, dans leur bureau et sur rendez-vous, ce qui en a favorisé la richesse et la cohérence car tous se sont rendus disponibles en évitant d'être dérangés et de devoir couper la discussion engagée. Nous avons enregistré, avec leur accord et sous couvert d'un anonymat garanti, ces entretiens à l'aide d'un appareil numérique²⁸. Nous les avons ensuite retranscrits pour nous permettre de croiser les données recueillies et en faire l'analyse.

Un tableau récapitulatif (cf. annexe IV) présente le panel des professionnels interviewés entre les mois de février et septembre 2014, profitant du premier jusqu'au dernier de nos stages pour compléter notre étude.

NB : nous avons, en sus des entretiens réalisés auprès des professionnels, colligé un certain nombre de données supplémentaires et complémentaires lors de différentes réunions institutionnelles au sein desquelles nous avons eu la chance d'être invité en tant qu'élève directeur des soins – Directoires, CODIR, CME, CSIRMT, réunions de travail avec les directions des ressources humaines et de la qualité et gestion des risques, réunions d'encadrement, etc. – et dont l'ordre du jour proposait l'abord de la démarche

²⁸ Les entretiens ont été encodés en fichier audio dans notre ordinateur en vue d'une plus grande facilité d'analyse et restent disponibles devers nous si besoin.

qualité et gestion des risques, le déroulement du PACQSS, la préparation de la prochaine itération V2014, etc.

Par ailleurs, nous avons eu accès à l'ensemble de la gestion documentaire de chacun des établissements, des documents délivrés par les directions compétentes et recueillies sur leurs sites Intranet.

2.1.3 Les limites et les points forts de notre enquête

Les limites de notre travail tiennent au nombre restreint des personnes interviewées qui ne permet pas d'obtenir une représentativité suffisante pour généraliser nos résultats. De même, en nous rendant dans trois établissements de santé parmi les quelque mille établissements publics présents dans le paysage hospitalier français, toutes les combinaisons, tous les organigrammes, toutes les organisations, toutes les interrelations, toutes les déclinaisons en lien avec la démarche qualité et gestion des risques n'ont pu être bien sûr explorées.

Pour autant, il ne s'agissait pas d'un travail de recherche universitaire *stricto sensu* mais bien d'un travail professionnel devant nous permettre de mettre en exergue une tendance d'exercice professionnel et d'éclairer notre « futur quotidien » en tant que DS. Dans cette optique, la totalité et surtout la richesse des entretiens nous ont permis de rencontrer des personnes d'une réelle disponibilité et d'échanger avec des professionnels manifestant un dynamisme certain et une envie certaine d'être force de propositions au sein des établissements de santé dans lesquels ils exercent, qui plus est dans un contexte médico-économique très contraint, en cherchant toujours le juste équilibre avec la qualité et la sécurité des soins à maintenir et garantir pour les patients, usagers et en étant attentifs aux risques professionnels et à la qualité de vie au travail des agents. Que ce soit en CH ou en CHU, les propos de tous les professionnels que nous avons rencontrés, retranscrivent et « transpirent » une réalité reçue comme autant d'indications et d'orientations précieuses pour nous. De très nombreuses données, pertinentes en regard de notre questionnement, sont ainsi venues enrichir mon étude. D'ailleurs, nous sommes finalement peu intervenu pendant le déroulement des entretiens, laissant les personnes s'exprimer au plus. C'est pour cette raison que nous nous sommes largement appuyé, dans cette deuxième partie, sur leurs propos, n'hésitant pas à les citer (parfois avec des citations assez longues) en tant qu'acteurs – clés.

2.1.4 Le traitement des données

Pour réaliser notre analyse, nous avons d'abord pensé utiliser telle quelle la grille de lecture de Shortell, classique au demeurant mais éprouvée pour le management de la qualité. « Ce cadre fonctionnaliste (appelé quelquefois systémique) a longtemps constitué le cadre de référence. Issu des théories sociales de Talcott Parsons (sociologue américain) qui ont fortement influencées la façon d'analyser les organisations, il est conçu comme un système structuré autour de quatre grandes fonctions que nous retrouvons à l'origine de plusieurs grilles d'analyse de la performance des organisations dans le champ sanitaire et médico-social et des démarches qualité en santé. Shortell propose ainsi une grille d'analyse qui repose sur quatre dimensions : *la dimension stratégique* qui apparaît au travers des orientations stratégiques qui sont déclinées au sein de l'établissement sur le champ de la qualité et gestion des risques ; *la dimension structurelle* qui correspond à la mise en place des structures de coordination nécessaires à la démarche et notamment par la définition d'une composante politique et stratégique (comité de pilotage de la politique qualité) ainsi que d'une composante opérationnelle (fonction qualité et référents dans les services) ; *la dimension technique* qui repose sur des compétences, des connaissances et des savoir - faire dans différents domaines. Ceci concerne bien entendu les activités de soin mais également ce qui concerne plus particulièrement les activités liées à la mise en œuvre des politiques et projets d'amélioration de la qualité et de la sécurité du service rendu ; *la dimension culturelle* qui s'intéresse aux croyances, valeurs, représentations et comportements dans la mise en œuvre d'une démarche qualité et gestion des risques. Elle se traduit par des attitudes collectives cohérentes (par exemple : la capacité à travailler en équipe, la prise en compte de l'utilisateur ou la culture de la mesure et de l'évaluation). »²⁹

Selon cette théorie, un système qualité ne tiendra que si chacune des quatre dimensions est solide. Si un des piliers est défaillant tout le système s'écroulera. Cette approche a été à la base des premières procédures d'accréditation. « Cependant, l'organisation y est décrite comme un système composé de fonctions immuables qui interagissent peu entre elles. La version V2010 du manuel de certification a alors essayé de réaliser une sorte de compromis entre cette vision fonctionnaliste et une vision plus dynamique en créant des liens entre les différentes dimensions de l'action managériale, dans une approche plus interactionniste qui met en avant les dynamiques d'action et les relations entre acteurs. »³⁰ C'est le principe du cycle PDCA (l'ISO 9001 est structuré ainsi). En corrélation avec les quatre dimensions, il propose quatre points de maîtrise : P

²⁹ ORVAIN J., « Les essentiels : structuration des organisations et des dispositifs d'action », in EHESP, *intervention pédagogique*, 03 avril 2014, Rennes

³⁰ Ibid.

pour Plan, planifier ; D pour Do, réaliser ; C pour Check, vérifier ; A pour Act, assurer et améliorer (réf. schéma 3 en p.18)

Pour chaque entretien, nous avons donc balayé tous les propos des professionnels à partir de cette grille de lecture refondée, dans l'idée que les missions du DS « relèvent à la fois du niveau stratégique, du niveau de coordination et du niveau opérationnel avec, pour le DS en établissement, une responsabilité institutionnelle en matière de gestion du personnel soignant, de formation et de recherche. »³¹

Cette façon de procéder nous a finalement permis d'affiner notre analyse pour la présenter à partir de grandes catégories se retrouvant dans les référentiels du métier et de compétences du DS et faisant force autour de notre problématique :

- les activités liées à son positionnement institutionnel dans la gouvernance et en regard de l'organisation polaire de l'établissement de santé,
- les activités dans son champ de compétences propres,
- les activités transversales complémentaires.

2.2 L'analyse des données

2.2.1 Les activités du DS liées à son positionnement institutionnel

Dans la gouvernance interne, au sein des instances :

La loi HPST a introduit le conseil de surveillance (en remplacement du conseil d'administration) et le directoire (en remplacement du conseil exécutif) dans la gouvernance interne. Concernant notre sujet, c'est au DG et au PCME, après concertation avec le directoire, de décider conjointement de la politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques, ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers. Le conseil de surveillance, lui, délibère sur le projet d'établissement et donne son avis sur cette politique.

³¹ Référentiel métier de DS – mars 2010 : Referentiel-DS-Mission-DGOS-CNG.pdf

Plus précisément, le directoire est chargé de préparer le projet d'établissement, notamment sur la base des différents projets le composant : projet médical, projet social et projet de soins infirmiers, de rééducation et médico – techniques, entre autres. Nous constatons que tous ces projets sont liés par une même importance fondatrice en ce qu'ils constituent les documents de référence donnant la perspective et le sens de l'action des établissements de santé. Par exemple, le DG du CHC, dans l'éditorial de son projet d'établissement, indique que « *le projet pour les patients ainsi que la politique d'amélioration de la qualité et de gestion des risques constituent la colonne vertébrale de ce projet d'établissement. Une attention toute particulière est en effet portée à l'accueil, l'organisation du parcours de soins, la coordination des professionnels de santé autour du patient, ainsi qu'à la prise en compte de son entourage.* » Le patient, autant qu'usager à satisfaire dans ses besoins de santé, est ainsi placé légitimement au cœur des objectifs institutionnels, avec tout le bénéfice de soins de qualité et en sécurité qu'il est en droit d'attendre.

Au niveau institutionnel et pour la partie paramédicale, c'est le DCGS, au titre de président de la CSIRMT, qui est membre de droit et siège au sein de ce directoire. Concernant la CSIRMT, tous les DCGS rencontrés nous l'ont confirmé, « *la CSIRMT est et doit continuer à l'être, une instance politique et surtout stratégique pour l'établissement, au même titre que la CME [...] surtout sur des sujets qui touchent directement la prise en soins des patients et la vie des équipes.* »

Dans un continuum, le DG du CHB et le PCME du même établissement soulignent quant à eux la place importante du DCGS et des DS dans la traduction de la ligne politique et stratégique d'un ES en s'accordant notamment sur le fait que même s'ils en ont les prérogatives législatives, ils comptent pour ce faire s'appuyer sur « *l'expertise du directeur des soins, dans le domaine infirmier et les activités de soins en général* » (DG), et « *sa connaissance des pratiques du terrain et des compétences du personnel qui y travaille.* » (PCME)

D'une manière générale, tout en étant majoritairement positionné dans l'équipe de direction, tant par les directeurs généraux et directeurs délégués que par l'encadrement supérieur de pôle, le DS est aussi reconnu par le corps médical de par le contact étroit qu'il continue et « *doit continuer* » à avoir avec les professionnels de santé dans le cadre des activités de soins proposées dans les ES, car comme le précise un médecin responsable de pôle : « *quand on se parle, on se comprend entre gens du même métier [...] et c'est quand même un avantage, rarement un inconvénient, quand il s'agit de prendre des décisions dans les comités de projets, de directoire, etc., toutes ces réunions*

très importantes comme on dit, qui parlent de réorganisation des activités de soins, de restructuration des capacités d'accueil, ces choses-là, quoi [...] même s'il y a discussion, on se retrouve au moins à ce niveau-là. » Et le thème général de la démarche qualité et gestion des risques n'est plus le moindre des sujets abordés ; il en va des responsabilités de chacun, particulièrement des médecins et des soignants. Pour le PCME du CHB : *« j'aime bien l'aphorisme qui dit, la qualité ce n'est pas un projet, c'est un devoir [...] et un deuxième si vous voulez, pour moi le travail avec le directeur des soins n'est pas un sujet, c'est une évidence, encore plus sur ce thème-là. »*

Dans la gestion interne des ES, la direction des soins apparaît donc incontournable dans les questions de gouvernance en lien avec la qualité du service rendu et la gestion des risques liés aux soins.

Lors de tous nos stages, nous avons d'ailleurs pu constater que le DS était interpellé autant que nécessaire sur ce point par le DG (dans les trois terrains d'enquête CHA, B et C) au décours des réunions institutionnelles et instances – COPIL, CODIR, comité de projet, directoire –, et ce pour éclairer, au moins de son avis consultatif ou délibératif, les dossiers présentés. En effet, nous avons pu à chaque fois mesurer combien toute ingénierie de projet en lien avec une réorganisation et une évolution de structures et d'activités venait directement questionner l'organisation des soins, les pratiques professionnelles ainsi que les conditions de travail ; comme nous avons pu identifier, au sein de l'équipe de direction et pour la partie paramédicale, toute la responsabilité du DS quant à l'enjeu de la qualité et sécurité des soins ainsi que celle des risques à prendre en compte dans ces orientations stratégiques pour l'ES. Non pas pour s'opposer systématiquement mais bien pour en poser le sens pour le patient autant que pour l'équipe soignante, afin de limiter les sources d'erreur dès l'introduction des dossiers. Certes, le DS *« fait partie de l'équipe dirigeante et peut intervenir sur tous les dossiers de la direction »* mais plus encore *« dans tous les projets que nous passons en revue, la qualité et les risques dans le soin et pour les professionnels, c'est un axe sur lequel la coordinatrice générale et tous les directeurs de soins ne doivent pas hésiter, oui, à intervenir, pour nous faire du reporting, nous dire ce qui va sur le terrain ou ce qui ne va pas, ce qui risque de ne pas aller aussi, anticiper, surtout dans l'idée de ne pas attendre de découvrir telle ou telle situation qui deviendrait ensuite un problème impossible à gérer. »* (DG du CHB)

Le DCGS du CHB ne dit d'ailleurs pas autre chose et vient confirmer le positionnement recherché : *« tous les DS doivent montrer l'exemple. [...] je ne manque pas un comité de direction, un directoire ou autre sans rappeler où nous en sommes de la*

démarche, des initiatives prises, des difficultés du terrain [...] et je milite autant que possible pour que notre établissement soit choisi par la HAS pour tel ou tel projet innovant comme par ex. avec le projet PACTE qui correspond au training d'équipe, également pour être établissement test pour le patient – traceur [...] car pour moi, tout est étroitement lié et nous ne pouvons pas penser soin sans penser qualité, gestion des risques et EPP [...] c'est un travail de tous les instants, de tous les jours et c'est là-dessus que le directeur général nous attend [...] il faut mettre le pied dans la porte, ne jamais hésiter à le faire. »

De toutes ces façons, le DS participe et y est invité directement au plus haut niveau institutionnel, au positionnement stratégique de l'établissement. **Dans cette optique, son activité de travail apparaît significative dans la conception de la politique de soins avec une focale réglée sur la qualité, sécurité et gestion des risques liés à ceux-ci.** De fait, s'il participe à l'organisation et l'évolution des structures et activités de soins, il intervient également dans la négociation des contrats de pôle, proposant et évaluant les objectifs des pôles dans la politique de soins et ses différents volets dont la déclinaison de la politique d'amélioration de la qualité et gestion des risques.

Dans l'organisation polaire :

En relation avec les pôles, le DS doit ainsi s'assurer de la mise en œuvre opérationnelle du projet de soins dans les pôles et de son évaluation en proposant des indicateurs de suivi et de performance dans le domaine des soins.

Pour les CSP, la direction des soins représente d'abord « *un relais entre eux et la direction générale pour évoquer la réalité du terrain et les difficultés que les cadres de proximité rencontrent, c'est vrai, à mettre parfois les décisions en place dans les services et les unités [...] car rien n'est facile dans un pôle quand il s'agit de coordonner toutes les spécialités médicales et chirurgicales.* » Pour autant, ils souhaitent également que les DS « *relatent les réussites, la recherche d'un travail cohérent et pertinent en collaboration avec les cadres, ce qui marche bien avec les équipes, les efforts qu'ils font tous pour prendre en charge les patients avec qualité et surtout sécurité, même si la charge de travail est conséquente.* »

Avec la loi HPST, certains cadres supérieurs se sont vus octroyer des missions et des prérogatives dans la délégation de gestion d'un pôle, ce qui leur permet aujourd'hui, en fonction des dossiers traités, d'exercer en transversalité avec toutes les directions, et non plus spécifiquement avec la direction des soins. La ligne hiérarchique, « *cloisonnée, en silos* » s'est estompée au point que « *certaines réunions fondamentales pour le pôle*

peuvent parfois se réaliser sans le directeur des soins, comme par exemple les revues annuelles de contrat. » Cependant, pour les CSP, la direction des soins reste « *l'expert et un interlocuteur privilégié quand sont évoqués les soins et tout ce qui s'y rapporte. »*

Car, comme l'indique le CSP2 du CHA « *on a de tout un peu mais rien complètement [...] c'est un mix entre des missions stratégiques et opérationnelles, une délégation de moyens, des dossiers partagés comme la gestion financière et les ressources humaines. »* Quant à la démarche QRE, « *là pour le coup nous travaillons à la fois avec la direction qualité et la direction des soins, heureusement d'ailleurs [...]. »* En effet, tous les CSP interviewés disent travailler très régulièrement ce sujet prégnant avec les deux directions : avec la DQGR pour les directives sur les textes réglementaires, les procédures, les processus, les modèles (compte qualité, cartographie...) ainsi que pour les aides méthodologiques comme la réalisation d'audits et le traitement des données recueillies ; et avec la DS pour la diffusion et l'imprégnation de la démarche dans les pôles ainsi que pour l'accompagnement managérial auprès des cadres de proximité sur la mise à jour et la déclinaison de thématiques fortes au niveau des soins. Il y a en quelque sorte « *la vitesse générale de la direction qualité, c'est à dire celle des grandes lignes de la certification et ce qui va avec, et la vitesse spécifique de la direction des soins en termes d'affichage, de mise en œuvre et d'envie de développer des actions sur le terrain. »* (CSP3 du CHB)

Comme nous pouvons le constater là-aussi, **l'activité de travail du DS apparaît également significative dans l'organisation devenue polaire.** En relation avec les CSP, le projet QRE, en lien avec notre étude, est un vaste sujet à traiter. Si le principe retenu dans chacun des trois établissements visités est de mettre à disposition au moins « *une ressource technique par pôle en la personne d'un ingénieur qualité »*, nous retenons que chacun des CSP rencontré est directement impliqué dans la démarche et chacun d'entre eux attend du DS « *une aide précieuse pour mener à bien des actions, contrôler et valider le remplissage du compte qualité par exemple, nous dire si c'est pertinent ? »* Car quelquefois sur le terrain, c'est un peu « *une coquille vide »* que les CSP doivent remplir en fonction « *des réalités spécifiques »* de chaque service composant un pôle. Et alors d'attendre du DS la possibilité de « *pouvoir m'exprimer, argumenter mes choix et les orientations que je souhaite donner avec les cadres de mon pôle [...] ce qui est fondamental, c'est de pouvoir être dans le dialogue, relayer de l'information, et recevoir du soutien surtout dans le contexte changeant, médico-économiquement contraint comme on dit, notamment pour les professionnels mais qui a forcément un retentissement pour les patients dans leur prise en charge, ou en tout cas qui pourrait en*

avoir et donc j'attends au moins de la compréhension et de l'attention de la part de la direction des soins. », comme le précise le CSP1 du CHA.

De fait, de nombreuses thématiques entrant dans son périmètre d'interventions liées à son positionnement institutionnel, et dans son champ d'activités propres et transversales, « le DS ne peut pas être et n'a pas vocation à l'être, déconnecté de la PACQSS » (DS2 du CHB), **contribuant à son niveau de responsabilité à sa définition et déclinaison au sein des différents pôles.** Que ce soit dans des temps formalisés de pilotage de l'établissement, « *dans la préparation des avenants du pôle* » (DS1 du CHC), ou dans un management stratégique décliné plus directement auprès de l'encadrement supérieur de pôle, son rôle est certainement d'en impulser la dynamique et d'en permettre l'intégration en facilitant le passage de « *choses considérées comme compliquées voire abscondes, voire imbuables tellement ça peut ressembler à une usine à gaz ...* » - même si, nous l'avons décrit dans la partie précédente, l'objectif de la prochaine itération V2014 est de favoriser une sémantique et des approches plus opérationnelles et résolument plus proches du terrain –, à « *une mise en musique* » rendant plus audible encore sa compréhension et sa diffusion. **Le DS doit avoir à l'évidence cette compétence-là.**

Il s'agit aussi d'un travail de filtrage qui débute effectivement au niveau du DS pour se diffuser ensuite « *en toile d'araignée* » (DS1 du CHC) au niveau des CSP puis des CS dits de proximité afin que les informations qui circulent, permettent « *de prioriser des évidences de travail* » et « *d'accompagner plus facilement l'évaluation au fil de l'eau des pratiques professionnelles et de proposer alors plus logiquement des actions préventives et correctives.* » (DS2 du CHB).

Nous pensons, à la suite de nos entretiens, que l'encadrement supérieur de pôle doit être « *complètement* » en capacité d'intriquer les différents axes de cette démarche qualité et gestion des risques et d'entraîner « *naturellement* » avec lui, l'encadrement dit de proximité dans l'idée princeps que « *l'association étroite de tout l'encadrement dans le projet conjuguée à la réduction des circuits de décisions à son niveau contribuent très favorablement à prendre, au fil de l'eau et dans le quotidien des équipes, les mesures préventives et correctives les plus adaptées au bon fonctionnement des unités.* »

Dans cette optique, la direction des soins doit être elle-même en capacité de piloter un projet de management de l'encadrement qui soit partagé et intégré dans la politique qualité et gestion des risques. Il s'agit d'une activité du DS exercée dans son champ de compétences propres.

2.2.2 Les activités du DS dans son champ de compétences propres

Comme nous l'avons précisé au début de notre analyse, le DS exerce plusieurs types d'activités au sein des instances de l'établissement, notamment au sein du directoire pour les DCGS. Dans son champ de compétences propres, le DS définit le projet de soins en articulation avec le projet médical dans le cadre du projet d'établissement. Il en précise les objectifs, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation en lien avec la CME et bien sûr la CSIRMT.

Nos dix-sept semaines de stage effectuées au décours de notre année de formation à l'EHESP, complétées par l'ensemble de nos entretiens réalisés pour ce mémoire, nous ont permis de confirmer que le DS, bien plus qu'un organisateur des soins, doit être avant tout l'animateur d'une dynamique auprès de l'encadrement et des professionnels de santé. En effet, dans l'animation des différents projets en lien avec l'évolution des structures et les (ré) organisations d'activités, il doit systématiquement s'assurer du respect des critères de qualité et de sécurité des soins, *a fortiori* quand il s'agit de décliner la dite démarche qualité et gestion des risques. Pour ce faire, tous les temps d'échanges sont importants.

Nous avons participé à plusieurs CSIRMT et réunions d'encadrement. A chaque fois, l'ordre du jour proposait au moins un point de présentation et de discussion sur l'implémentation de la prochaine certification dite V2014, principalement à partir des nouvelles méthodes et approches – compte qualité, patient – traceur, description des processus, cartographie des risques. En sus, le DCGS du CHB a proposé de mettre en place « *une sous – commission qualité, gestion des risques et évaluation des pratiques professionnelles dans la CSIRMT, car toutes les catégories y sont représentées et constituent ensuite un bon canal de communication pour agir et déclarer. C'est aussi dans l'autre sens, un bon circuit d'informations qui permet de faire remonter les données du terrain.* »

Le DCGS du CHA a profité, lui, d'une CSIRMT pour souligner auprès des professionnels présents « *l'intérêt des RETEX [...] et surtout la nécessité de développer plus avant une culture de sécurité des actes et activités de soins dans les prises en charge des patients, en s'appuyant par exemple sur la méthodologie de la gestion des risques liés aux événements indésirables associés à un médicament (EIM) pour*

promouvoir les dispositifs de déclaration réglementaires et leur coordination, et en interne promouvoir des actions non punitives. »

A ce sujet, nous avons trouvé, au sein de cet établissement, l'existence d'une charte contresignée par le directeur, le PCME et le DCGS portant l'objectif de « *favoriser les retours d'expériences, avec l'engagement de l'établissement à ne pas entamer de procédure disciplinaire à l'encontre d'un agent qui aurait spontanément révélé un manquement aux règles de sécurité dans lequel il est impliqué et dont le centre hospitalier n'aurait pas eu connaissance.* » en précisant que « *toutefois, ce principe ne peut s'appliquer en cas de manquement délibéré ou répété aux règles de sécurité.* » et en insistant sur le fait que « *chaque agent, quelle que soit sa fonction dans l'établissement, doit s'impliquer dans cette logique qui contribue à notre recherche permanente du plus haut niveau de sécurité de notre activité.* »

Etape importante sans nul doute dans l'apprentissage par l'erreur mais si tous les professionnels de santé peuvent et doivent s'accorder sur cet objectif, il faut convenir de la difficulté parfois à y accéder. Un CS du CHB souligne ainsi : « *l'afflux de normes et de procédures, un peu comme avec l'hygiène des mains et l'utilisation des solutions hydro-alcooliques [...] oui, les bonnes pratiques sont connues mais quand il y a des experts qui arrivent, on change les flacons, c'est le théâtre qui se met en place, on range tout, on vérifie tout, on explique même aux patients ce qui va se passer pour les préparer [...] c'est un grand cérémonial mais le quotidien des équipes, ce n'est pas ça, ce n'est pas seulement des réunions organisées quand il y a eu une erreur avec une prescription, surtout quand on nous dit qu'il faut bien faire attention la prochaine fois, que c'est juste là un rappel à l'ordre [...] notre travail, nous les soignants, on le connaît, les infirmières ne font pas exprès de faire des erreurs, nous respectons tous, les patients et nous avons nos compétences [...] c'est une histoire de tous les jours pour les professionnels.* » Perçus comme un jugement, toute erreur, tout événement indésirable et toute plainte dans la prise en charge doivent pourtant pouvoir être utilisés comme situations réflexives apprenantes permettant d'améliorer la qualité des soins.

Eclairer les uns et les autres sur la différence entre une faute et une erreur, c'est un enjeu qui réside en premier lieu dans l'appropriation du dispositif par les professionnels eux-mêmes, et ce dans le cadre d'une démarche plus naturelle et continue d'évaluation qui soit davantage intégrée au management de la qualité et des risques associés aux soins ; une évaluation recentrée sur le travail en équipe et la qualité des prises en charge des patients par des processus maîtrisés, c'est-à-dire non plus seulement sensée décrire leurs parcours mais utilisée comme gestion de l'activité d'un service, d'un secteur, d'un

pôle. Pour le DS2 du CHB, « *on peut faire toutes les chartes possibles mais c'est finalement, encore une fois, mettre un verrou supplémentaire sur la marge d'autonomie et de responsabilité et responsabilisation, et donc sur l'intelligence de situation alors que nos professionnels, on les encourage à faire du raisonnement clinique puis de l'audit clinique.* » Et pour le faisant fonction de DS du CHB : « *si le directeur des soins a un rôle interventionniste pour alerter et parfois redonner la ligne directrice en mettant le pied dans la porte pour ne pas cacher les problèmes, il a évidemment un rôle de pédagogie pour expliquer et présenter tout ça.* »

Plus encore, le DS doit déterminer les besoins en compétence et donc en formation des personnels soignants : « *pour moi, la grande différence que je fais, c'est que le DRH gère des effectifs et le DS gère des compétences* » (DS1 du CHB). Car le DS qui représente l'ensemble des personnels soignants au niveau de la direction, doit « *être en capacité ou s'attacher à l'être* », de rapporter les risques que peuvent engendrer les pratiques professionnelles : « *tu ne peux pas parler du soin sans parler de gestion des risques et qualité et je pense que la gestion des risques fait partie du soin, de l'évaluation du soin et qu'il faut vraiment prendre conscience que le soin qui est fait tous les jours est dangereux.* » Le DS a donc un double rôle, celui de porter un regard sur le soin et sur le risque qui lui est associé, et un regard sur les qualifications et compétences des agents dont il est garant, c'est à dire mettre « *le bon soignant au bon endroit sur le bon soin au bon moment* ».

« Toujours présent dans le cœur de métier mais dans une autre façon de faire » (DS1 du CHC), **le DS assure un rôle et assume un positionnement s'exerçant et s'inscrivant dans un projet de management partagé avec l'encadrement supérieur de pôle et de proximité, et intégré dans la politique qualité et gestion des risques de l'ES dans lequel il exerce « une activité toujours significative pour l'institution, les usagers et les équipes. »** (DS2 du CHB). Entendu à plusieurs reprises lors de nos entretiens avec les DCGS et DS sur chacun des terrains d'enquête, l'abord de la qualité et de la gestion des risques par un management qui soit intégré, semble faire référence. Le DCGS du CHB nous l'a présenté ainsi : « *nous sommes tous impliqués dans cette politique, les directeurs des soins et l'ensemble des cadres supérieurs en tant que référents qualité, et l'ensemble des cadres de proximité en tant que correspondants qualité et gestion des risques [...] nous sommes également impliqués dans les EPP paramédicales qui sont le quotidien des cadres [...] car dans cette maison, quand on parle de la démarche qualité, ce sont ces trois composantes qu'il faut entendre et qui forment le pilier d'un management intégré [...] j'entends par management intégré, un management qui s'appuie sur un projet d'établissement avec une forte cohérence et*

cohésion de toutes les directions, une forte cohérence et cohésion de l'ensemble des professionnels médicaux et paramédicaux [...] je ne peux pas concevoir un tel projet de management dans l'établissement sans que chaque directeur, chaque médecin, chaque professionnel de santé, ne reconnaisse l'expertise de l'autre [...] donc nous travaillons ensemble en système intégré et en management intégré [...] toute réunion d'encadrement est imprégnée du projet [...] Et au niveau de l'encadrement, toute personne qui est faisant fonction puis cadre dans la maison, a pour obligation de faire une formation au raisonnement clinique puis à l'audit clinique.»

Ainsi définie par les acteurs eux-mêmes, cette approche qualité et sécurité des soins, à la fois fondée sur le développement professionnel de chacun et exercée en toute complémentarité et collaboration, vient servir (dans le sens d'une prestation attendue) l'usager de l'établissement, c'est-à-dire le patient et son entourage. De manière habituelle, ceux-ci ont une vision de la qualité et de la sécurité des soins plus orientée sur le vécu des soins : la communication avec les soignants, les délais d'obtention d'un rendez – vous, les conditions hôtelières d'un séjour, etc. Pour les patients, ces critères apparaissent plus faciles à évaluer par rapport à leurs attentes propres. Cependant, ce point de vue tend à s'émousser ces dernières années, comme le rapporte le DCGS du CHC : *« ne nous trompons pas, aujourd'hui le niveau de satisfaction des patients se mesure surtout en fonction de la qualité et de la sécurité des soins qui leur ont été prodigués, passant désormais avant la relation empathique et le fameux sourire des soignants, même si cela reste important pour eux, mais ils sont de plus en plus informés et exigeants et c'est tout à fait normal. »* Qui plus est, la compliance du patient au processus de soins est fondamentale pour la réussite du traitement. Le développement des consultations d'observance, auquel nous pouvons associer la participation toujours plus importante des représentants des usagers dans la vie institutionnelle et le circuit de décisions des ES, soulignent également l'importance de ce troisième niveau de la qualité des soins.

Associé au management par la qualité, le management des risques nous est apparu tout aussi prégnant, si ce n'est plus, dans les propos des professionnels interviewés ; avec un exemple parmi d'autres pour l'illustrer : *« alors moi, je mets la gestion des risques avant la qualité parce qu'il y a l'aspect a priori et que l'on est trop souvent a posteriori [...] la qualité c'est global et les professionnels l'identifient bien sous un aspect positif à donner dans les soins qu'ils délivrent, mais désormais il nous faut aussi gérer le risque qui, pour moi, a une connotation plus négative, parce que l'on a peur de ne pas pouvoir le maîtriser mais qui pourtant doit être évité pour la santé de nos patients.»* (Faisant fonction de DS au CHB)

Il nous faut préciser, nous semble-t-il, que lorsque l'on évoque la notion de risque, « *le patient se trouve en bout de chaîne de toutes les actions menées dans l'établissement, et non plus au centre comme sa prise en charge et en soins le prévoit dans les missions et l'activité première de l'hôpital* » (Médecin coordonnateur des risques au CHC). C'est une réalité de la gestion des risques. Comme évoqué dans la première partie contextuelle et conceptuelle, le risque est la combinaison d'une fréquence et d'une conséquence. Le risque à l'hôpital, c'est d'abord le risque pour le malade, que ce risque soit aléatoire ou accepté au nom d'un bénéfice attendu, ou que ce soit du fait d'une erreur dans la prise en charge. Le médecin, coordonnateur des risques au CHC rappelle que « *l'activité médicale est une activité complexe et à risques. Le risque est proportionnel à la complexité, c'est-à-dire au nombre d'intervenants.* » C'est aussi le risque pour le médecin et l'équipe soignante qui pourraient être mis en cause pour « *l'erreur médicale* » qu'ils ont ou peuvent avoir commise. Dans les deux cas, qui sont en fait liés, la « *fatalité* » ne peut plus être acceptée.

Vue sous l'angle « *risque / réussite* » issu du monde de l'entreprise, la logique hospitalière n'est pourtant pas de même nature car c'est la personne « humaine » qui est en cause, même si « l'économique » n'est pas / plus à négliger. Pour améliorer l'organisation de l'hôpital et réduire le risque, le manager de santé doit s'engager dans la mise en œuvre et l'amélioration des méthodes de travail pour gérer et limiter ces risques liés aux soins et pratiques professionnelles. « *C'est l'effort permanent pour la diminution des risques qui est une bonne idée.* » (CSP5 du CHB). « *Aujourd'hui, il faut passer sur un prisme de gestion des risques, notamment du risque a priori, mais là on est toujours dans cette phase de gestion de l'incident – accident et pas encore passé à la phase d'identification des risques potentiels dans le côté prévention – prospection* » (CSP1 du CHB)

Pour l'encadrement, le DS doit venir les aider, « *de manière significative puisque faisant parti de l'équipe de direction* », à structurer et engager la politique qualité et gestion des risques au sein des pôles. Le DS représente pour les cadres « *le garant des retours d'expérience réalisés dans les différentes unités* » et doit à ce titre en diffuser les résultats en vue d'améliorer les pratiques professionnelles des autres unités des autres pôles : « *le rôle de la direction des soins est de nous impliquer dans des groupes de travail institutionnels pour en avoir la vision et pouvoir l'inculquer dans le pôle ensuite.* » (CSP2 du CHB). Le DS est alors positionné comme un relais, « *forcément présent dans la boucle des décisions de la direction qualité et gestion des risques* », ne serait-ce que pour « *son expertise soins versus expertise qualité d'un point de vue technique.* »

Ainsi, le DS doit animer et coordonner les activités des cadres soignants dans un management, nous l'avons vu, partagé et intégré. Il définit leurs objectifs en matière de politique de soins, et donc politique qualité et gestion des risques liés aux soins, et évalue leurs résultats.

En sus, l'organisation de la cohérence des parcours de soins et l'optimisation des prises en charge et en soins des patients et de leur entourage (dans le sens d'amélioration continue) en coordination avec la communauté médicale, l'ensemble du personnel de soins et les services supports constituent tout autant une activité significative du DS.

Il prend également les mesures nécessaires à la continuité et la sécurité des soins notamment dans la gestion des moyens de remplacement de soignants, dans une logique de solidarité institutionnelle. Pour ce faire, il travaille notamment en collaboration avec la DRH. Ceci constitue une activité transversale du DS.

2.2.3 Les activités transversales du DS

Dans ses activités transversales, complémentaires aux autres, le DS est amené à travailler en collaboration avec d'autres directeurs, dont le DRH et le DQGR.

Collaboration avec le DRH

Un des dossiers prégnants, au vu du contexte médico – économique, est bien sûr de décider du ratio des effectifs nécessaires à la prise en charge et de proposer la répartition de ces ressources en soins au sein de chaque pôle. Dans cette optique et « *en synergie sur des sujets complexes* », le DRH organise avec le DS le recrutement et l'accueil des professionnels, travaillant ensemble à la Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences (GPMC) ainsi qu'à la définition de la politique de promotion professionnelle et des parcours professionnels qualifiants. Les deux directeurs sont ainsi associés dans l'élaboration du plan de formation, particulièrement du plan de DPC pour les besoins des personnels non médicaux contribuant aux activités de soins. Et les formations « qualité et gestion des risques » trouvent naturellement leur place à ce niveau.

Pour exemple, au sein du CHB, une formation itinérante est proposée dans les ES environnants : « *une formation en lien avec l'annonce d'un dommage lié aux soins,*

inscrite au DPC par la simulation en santé et qui a un intérêt dans le cadre de la certification car l'information du patient en cas de dommage lié aux soins (critère 11c de la V2010) se place en troisième position du palmarès des critères donnant lieu à réclamation. [...] Cette formation est ouverte au corps médical, aux cadres et paramédicaux et même aux directeurs. [...] Les objectifs sont de savoir communiquer autour de faits connus et vérifiés, garder la confiance du patient et de ses proches et informer sur la continuité de la prise en charge et du suivi. » La difficile communication entre les professionnels et les patients, notamment dans les situations qui peuvent nuire à leur relation, est un sujet incontournable à traiter dans la démarche qualité et gestion des risques. Le lien entre la direction des soins et la direction des ressources humaines, existe donc à travers le volet de la formation professionnelle.

Plus globalement, le DRH nous a dit intervenir « *en qualité de prestataire* » et « *en pleine collaboration et soutien du DS* » sur « *des projets à fort impact pour l'établissement, des projets de fond comme le circuit du médicament, la conduite du changement par rapport aux pratiques, et là nous mettons à disposition des ressources pour accompagner ces projets* ». Ensuite, le DRH nous a précisé être aussi « *gestionnaire de projets, sur des projets de qualité propre dont la direction des ressources humaines a la gestion en direct, où on va trouver la qualité de vie au travail [...] et sur ces choses-là, on est bien sûr avec la direction des soins mais pas que ...* ». Dans tous les deux cas, le DRH nous a dit travailler toujours « *étroitement avec le DS car les problématiques traitées, et pas seulement celles bien décrites dans les manuels comme le circuit du médicament ou des sujets de ce type, sont complexes à traiter, notamment quand elles touchent l'agent, par exemple dans le cas d'une faute, une faute d'injection ou d'erreur dans un médicament, et notre politique est de ne pas sanctionner la faute, en tout cas pas de prime abord.* » Sur ce point, DCGS, DS1 et DRH du CHB ont chacun évoqué lors de l'entretien, la notion de « *deuxième victime, où en général la deuxième victime est le professionnel concerné par un événement indésirable grave ... il peut culpabiliser, décompenser gravement et ... un agent peut complètement dévisser à cause de cela, aller jusqu'au suicide.* » Il y a le patient et il y a aussi l'agent qui peut faire une erreur et qu'il convient d'accompagner. La position systématique relayée tant par la direction des ressources humaines que par la direction des soins est « *dans tous les cas, la bienveillance, toujours, toujours, toujours.* ». Et après, le chemin de la sanction n'est emprunté que lorsque toutes les formes d'accompagnement sont épuisées. Il s'agit là d'un positionnement du DS attendu dans un précepte d'apprentissage en lien avec l'erreur commise « *involontairement* » et qui vient alimenter une situation apprenante afin qu'elle ne se reproduise plus.

Le travail en équipe DRH / DS est essentiel et vient ici servir la promotion du maintien des capacités de travail de l'agent, en faisant en sorte que le professionnel de santé soit bien au travail et exerce dans les moins mauvaises conditions possibles, « *malheureusement on ne peut plus dire les meilleures* », pour être bien auprès du patient pour lui prodiguer tout simplement des soins de qualité et en sécurité.

Concernant les risques professionnels pour les agents, il existe le DUER qui vient s'inscrire dans une démarche intégrée, complémentaire à la démarche QRE. En effet, la certification V2014 prévoit également des indicateurs sur la qualité de vie au travail et les risques psycho-sociaux. Nous pouvons retrouver dans ce DUER, les différents Contrats Locaux pour l'Amélioration des Conditions de Travail (CLACT) financés par les tutelles, les recommandations d'intervenants externes tels que l'Inspection du Travail et la Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé Au Travail (CARSAT), ainsi que les plans d'actions issus du projet social de l'établissement et votés en CHSCT. Nous avons d'ailleurs pu participer à des instances et des réunions au sein desquelles le DRH, le DQGR et le DS travaillaient en partenariat sur la rédaction et la mise en œuvre de ce DUER.

Et les trois directions ne peuvent bien « *fonctionner sur ces sujets que si tous les rouages sont ok pour ça [...] se retrouver sur des valeurs et des objectifs communs.* »

Collaboration avec le DQGR

S'il y a une autre direction fonctionnelle avec laquelle le DS travaille en collaboration, c'est « *évidemment* » la direction qualité et gestion des risques : « *[...] travailler avec les RH, c'est normal, mais il y a aussi la qualité ... c'est d'ailleurs une des directions avec laquelle on est le plus en proximité, la preuve c'est qu'il y a de nombreux directeurs des soins qui ont la qualité dans leurs missions ... peut-être pas dans les CHU, ou d'une autre façon, mais dans les établissements de plus petite taille c'est assez souvent parce que ce sont des directions qui s'interfacent bien ... car la qualité impacte tous les services si on zoome sur la qualité de la prestation et de la sécurité des soins.* » (DS1 du CHB)

La configuration de la direction qualité et gestion des risques et le lien plus ou moins étroit qu'elle entretient avec la direction des soins, est d'ailleurs intéressante à observer.

Certes, qualité et gestion des risques sont indissociables dans une démarche et un programme d'amélioration continue, néanmoins il peut y avoir un directeur en charge de la qualité et à ses côtés, un référent gestion des risques, deux personnes différentes

auxquelles sont adjoints des ingénieurs qualité. C'est ce que nous avons constaté au sein du CHB.

En effet, toutes les « cellules qualité » observées au sein des trois établissements enquêtés, nous sont apparues différentes en termes de fonctionnement et d'organigramme. Toutes sont bien constituées de qualitiens qui sont en charge de la dimension technique des procédures d'accréditation et de certification, et sont donc en lien avec la HAS pour la connaissance et le remplissage *ad hoc* des documents comme le compte qualité pour la prochaine V2014. Par contre, si un directeur d'hôpital délégué peut y être associé, cela ne semble pas systématique comme au CHA où c'est le DCGS qui a aussi cette attribution dans ses missions. Dans de nombreux CH, il n'est plus rare de trouver la délégation de la qualité et gestion des risques pour le DS. Cependant, dans tous les cas, nous avons relevé une constante forte, à savoir que tous les DS interviewés, quel que soit leur relation fonctionnelle avec le DQGR, participent à la conception, la conduite et l'évaluation du PACQSS à différents niveaux d'intervention.

Ce qui compte pour le DS, c'est « *la lisibilité de son poste qui est associé de près ou de plus loin avec la direction qualité et des risques.* » (DS1 du CHC) « *Je ne voudrais pas que la direction des soins serve de petites mains et qu'elle ne soit pas dans les objectifs stratégiques de la qualité et gestion des risques ... alors que la direction des soins a un grand rôle à jouer dans ce domaine, ça fait partie de ses rôles et c'est même un atout.* » (Faisant fonction DS du CHB)

Le DS impulse bien la politique des soins et de prise en charge du patient, dans sa partie paramédicale, en prenant la couleur de la dimension qualité et gestion des risques.

La direction qualité et gestion des risques a le plus souvent un rôle d'aide technique en vue de la mise à disposition des moyens et d'accompagnement dans l'utilisation des outils en lien avec les démarches intégrées de certification (HAS) et d'accréditation (COFRAC pour les laboratoires) ; également un rôle de veille réglementaire pour notamment tenir informé la direction des soins, car « *en plus la réglementation évolue très vite dans tous les domaines et il faut pouvoir la mettre à jour.* » (Ingénieur qualité du CHA) La direction des soins, elle, doit s'inscrire dans une dynamique auprès des professionnels de santé, particulièrement de l'encadrement. Pour le DQ du CHB, « *il faut qu'au moins la direction des soins soit partie prenante, qu'elle soit convaincue, moteur et qu'elle montre le chemin de la démarche sinon ce n'est pas possible, on y arrive pas ... c'est le directeur des soins qui fixe les priorités et engage les équipes des cadres soignants dans cette politique afin qu'elles ne perdent pas le cap.* » Les compétences ainsi mobilisées de part

et d'autre des deux directions sont donc complémentaires, notamment pour le déroulement et le suivi des actions du PACQSS : « *on décide ensemble, on fait un GANTT et puis on se rencontre très régulièrement, n'hésitant pas à nous interpeller.* » Des réunions formalisées, direction des soins et direction qualité et gestion des risques, sur des sujets transversaux tels que le circuit du médicament et la gestion des événements indésirables par exemple, doivent être en effet complètement institutionnalisées.

Au final de notre enquête, ce peut être un truisme de dire qu'aujourd'hui le fonctionnement d'un ES exige la définition, la structuration et la déclinaison d'une politique d'amélioration continue de la qualité et la sécurité des soins et une gestion des risques adaptée certes en *a posteriori* mais surtout en *a priori*.

Cependant, au terme de cette analyse des données et en appui de notre éclairage contextuel et notre approche conceptuelle, nous pouvons confirmer la prégnance du volet qualité, gestion des risques et évaluation des pratiques professionnelles paramédicales dans toutes les activités du DS, en tant qu'acteur-clé lui-même. En effet, qu'elles soient liées à son positionnement institutionnel, à son champ de compétences propres et à sa collaboration avec d'autres directions fonctionnelles, les activités du DS sont mises en exergue à tous les niveaux d'intervention, tant dans la dimension stratégique qu'opérationnelle.

En ce sens, nous affirmons que le management intégré constitue une activité de travail significative du DS dans les ES et que, dans la conjoncture médico-économique actuelle – faite de déficits structurels, restructurations, réorganisations, optimisation et rationalisation des ressources mais aussi de développement de nouvelles activités –, celle-ci vient répondre de manière effective à un double objectif : retrouver une performance financière tout en améliorant la qualité et la sécurité des prises en charge et en soins.

D'un côté, nous avons donc la certification des pratiques professionnelles ; de l'autre côté, complémentaire, la gestion des risques

3 De l'intérêt d'un mémoire professionnel et professionnalisant : nos préconisations et prolongements pour un DS

Nos préconisations professionnelles pour le DS s'articulent autour de trois axes managériaux orientés :

- Dans la transversalité, en interface des différentes logiques hospitalières (administrative / économique, médicale et bien sûr soignante) ;
- Dans la production de sens inhérente tout à la fois à la spécificité et la complexité des activités de soins, par essence faites de relations humaines ;
- Dans l'effectivité, au-delà des seules recherches d'efficacité et d'efficience dans l'exercice professionnel.

3.1 Un positionnement managérial inscrit dans la transversalité

L'activité de travail dans le domaine de la santé est comparable à une activité de services. Nous pouvons dire que les personnels dirigeants, médicaux et soignants travaillent d'une façon certaine dans le secteur tertiaire au sens où ce sont les bénéficiaires qui livrent les besoins en prestations et les professionnels qui organisent et délivrent un service de qualité et en sécurité pour les satisfaire.

Nous retrouvons là un processus – clé des ES en général et de la certification en particulier, à savoir celui de la prise en charge du patient, usager du service hospitalier (Cf. schéma en p.17). Dans ce processus – clé, deux autres processus viennent, de part et d'autre, l'impacter, nous pourrions dire là-aussi le « servir » : le processus de management (pilotage, mobilisation, engagement) au sein duquel le DS exerce, nous l'avons vu dans les parties précédentes, une activité de travail significative, et le processus de fonctions supports (direction des ressources humaines, direction qualité et gestion des risques) au sein duquel le DS collabore, nous l'avons relevé également précédemment, de façon significative.

Dans cette approche par processus, le DS doit donc piloter, superviser, coordonner, articuler la démarche QRE en se montrant en capacité, à la fois d'investiguer pleinement son propre champ de compétences, de croiser son regard professionnel avec d'autres champs et de tenir compte de son positionnement institutionnel.

Pour ce faire, le DS doit composer avec les différentes logiques qui s'exercent au sein des ES, à savoir les logiques administrative / économique, médicale et soignante. Certes,

l'objectif du « meilleur service possible » à l'adresse de l'individu qui est l'objet des soins, est le même *in fine*. Pour autant, les moyens pour y parvenir et les chemins empruntés ne sont pas forcément, nous pourrions dire « logiquement », les mêmes ; en tout cas pas inscrits dans des priorités toujours identiques. Cela tient à des systèmes d'action cohérentes au sein d'une même logique mais qui peuvent apparaître différentes avec les autres. Le manque de synergie, même transitoire, ne pourrait être que problématique et même constituer une force dans la réflexion et les propositions d'amélioration mais ce peut être dommageable, en termes de qualité, sécurité et gestion des risques, pour le patient et son entourage, par exemple si elles « s'enkystent » davantage sans autre démarche de cohésion.

Aussi, **face à une double pression d'accroissement des exigences certificatives et de renforcement des contraintes médico – économiques, nous voyons le DS comme un médiateur pour réunir ces logiques dans une combinatoire permettant de définir les étapes, de mettre en place une organisation *ad hoc*, de mesurer les résultats et de déclencher les actions correctives.** Car la démarche qualité et gestion des risques demande une remise en cause permanente et un engagement certain dans les actions nécessaires à l'amélioration des pratiques professionnelles. Encore faut-il vérifier que ces engagements soient tenus.

Nous pensons, à la lumière de notre expérience de cadre coordonnateur de pôle, de nos compétences développées et mobilisées dans la démarche projet, des enseignements reçus à l'EHESP, des stages effectués durant cette année, de notre étude et de nos échanges auprès d'acteurs-clés, que **le DS a une place essentielle à tenir dans le décroisement et la mutualisation des compétences présentes dans chacune des logiques, car il en comprend les enjeux et de fait, peut agir dans la transversalité.** Pour citer un DS interviewé : *« la vision globale, c'est notre plus-value, c'est là-dessus qu'on vient nous chercher parce qu'on apporte un éclairage transversal ... on le voit, quand il manque la direction des soins dans les réunions qualité, les analyses de situation ne sont pas complètes car pas remarquées d'un point de vue transversal. »*

Le « travailler ensemble dans un management stratégique et opérationnel » est d'ailleurs est des processus évalué par la HAS.

Ainsi, nous pensons que **le DS doit être en capacité de se positionner en interface et travailler en pluri professionnalité**, tant avec le médecin, l'encadrement et les équipes soignantes qu'avec un directeur. Ce qui peut apparaître plus évident entre le médecin, PCME, et le soignant que le DS a été de par sa filière métier, est tout aussi

nécessaire et finalement stimulant quand tous les acteurs cherchent à travailler ensemble, y compris avec le corps administratif auquel le DS appartient d'ailleurs en tant que membre de l'équipe de direction. Quand chacun se met autour d'une table et s'inscrit à son niveau de responsabilité dans la boucle de décisions, il nous semble essentiel d'exercer ses activités professionnelles dans une logique de compétence et non dans une logique hiérarchique ou de pouvoir. Nous avons bien relevé de la part des DCGS et DS interviewés, quelques expressions très évocatrices que chacun d'entre eux utilisent pour signifier toute leur implication : « *mettre le pied dans la porte* », « *avoir la place que l'on souhaite prendre* », « *ne pas hésiter à s'inviter soi-même aux réunions* ».

Au final, **concernant ce premier axe de management, nous adhérons à l'idée d'un DS qui est un manager transverse.**

En considérant que « la révolution copernicienne de l'organisation, c'est précisément le passage d'un mode de fonctionnement par services verticaux, séparés et en bataille, à un mode de fonctionnement transversal. Par projets – exigence de toute *nouvelle activité* –, par flux – exigence du *juste à temps* – et par processus – exigence de la *certification qualité* –. »³², **le DS a une position institutionnelle, dans les dimensions stratégique et opérationnelle, qui lui octroie une mission essentielle dans les chemins à ouvrir et la mobilisation des ressources pour atteindre les objectifs fixés.**

En sus d'un positionnement managérial inscrit dans la transversalité, le DS doit adopter, nous semble-t-il, une posture d'intérêt général et de recherche du sens commun. Se remettre dans ce pourquoi on est là.

3.2 Une posture managériale fondée sur la production de sens

Ce n'est sans doute pas tant la responsabilisation des acteurs soignants qui est désormais à rechercher, comme le précise un cadre supérieur de pôle interviewé, étant lui-même expert visiteur de la HAS : « *aujourd'hui, quand on fait une visite de certification, il y a une volonté de présenter ce que l'on fait et de demander de l'information pour progresser, c'est rentré dans les habitudes... il y a une bonne partie des professionnels qui comprennent qu'on apprend aussi de ces erreurs, qui se demande comment faire pour que cela ne se reproduise pas ... c'est vraiment une évolution des mentalités.* », mais bien l'appropriation pérenne du dispositif QRE et le développement des conditions nécessaires à son amélioration continue.

³² SERIEYX H., 2003, *Ce que je crois*, Paris, Editions d'Organisation, p.42

A la suite de notre étude, nous confirmons qu'il s'agit, pour le DS, de travailler étroitement avec l'encadrement supérieur de pôle et par ricochets celui dit de proximité, à une gestion plus proactive de ce dispositif. Pour ce faire, nous pensons que le DS doit pouvoir accompagner les cadres dans un management qui assume l'obligation de résultats. Cette recherche de la performance du facteur humain au sein des organisations n'est surtout pas dénuée de sens et de réflexion, bien au contraire.

Il est question ici de qualité de service, de sécurité dans les soins, de gestion des risques, il est donc question de lignes stratégiques à définir et de moyens opérationnels à mobiliser en cohérence avec le projet d'établissement, mais il est aussi question de la dimension centrale de l'hôpital, la dimension humaine : plaçant le patient au centre des attentions hospitalières et se montrant exigeant dans les pratiques professionnelles, notre élan commun n'a de sens que s'il est partagé et porté par toutes les femmes et les hommes qui composent la communauté car ils constituent, à n'en pas douter, la ressource première, la « richesse humaine » (un DCGS interviewé) essentielle à la réalisation et la réussite d'un tel projet commun.

Dans ce projet commun, le DS doit développer sa capacité à désigner un cap motivant, « le management des hommes (n'étant) pas une affaire d'objectifs généraux ni de bons sentiments mais de sens donné au travail. [...] Comme le commandant de bord tient le cap, quelles que soient les circonstances, il se donne l'ardente obligation d'amener l'équipage et les passagers à bon port, dans les meilleures conditions de satisfaction. » Cependant, à cette métaphore du pilote d'avion, nous lui préférons celle d'un capitaine d'un voilier (de croisière ou de course) avec cette différence notable que la barre ne se tient pas à la proue (avant) mais à la poupe (arrière) du bateau, permettant au capitaine de diriger toute manœuvre, d'accompagner toute initiative, d'évaluer toute action, d'apporter des mesures correctives à la trajectoire, tout en ayant un visu de l'ensemble et en s'appuyant sur toutes les compétences complémentaires des femmes et hommes d'équipage pour arriver à bon port ; en somme, coordonner et catalyser les énergies pour tenir le cap.

Justement, l'intelligence de situation, pour le DS, c'est de mettre en lien les bonnes compétences pour pouvoir traiter une situation de travail problématique, avec une combinatoire sur la capacité à entraîner, comme le précise un DS interviewé, ayant lui-même approfondi ce concept dans un travail universitaire : « *le leadership, c'est justement reconnaître en la personne une plus-value, une compétence à*

mener, à entraîner, à engager [...] une des manières de se faire reconnaître comme un leader, c'est aussi des choses du type parler vrai, aller chercher l'information, rencontrer les gens, non pas être dans le faire mais de bien positionner les gens qui ont la compétence et l'expertise pour tel ou tel domaine, et là tu crées de la confiance, un climat de confiance.» Le leader exerce son pouvoir avec les autres, et non sur les autres. Il ne s'agit pas tant pour le leader d'être (pas uniquement) associé à une fonction (même si sa légitimité passe aussi par la voie du positionnement hiérarchique) mais de savoir mettre en place les conditions pour que se réalise l'intégration des différentes parties.

Nous voyons le DS comme un relais amplificateur de la démarche QRE. A partir de son rôle dans l'institution et de son positionnement dans l'organisation, il doit savoir relier toutes les parties, les orientations, les propositions, les actions. Pour ce faire, il doit savoir s'appuyer sur ses compétences propres mais également sur celles des autres professionnels avec qui il collabore, dirigeants, personnels administratifs et cadres soignants.

Il nous semble également important **d'aborder la démarche QRE avec une approche pédagogique permettant d'éclairer le discours et favorisant une posture réflexive chez le professionnel de santé.** En effet, le poids symbolique de la faute, de l'erreur en regard de la procédure et du zéro défaut doit être pris en compte. Dans ce cas, la didactique professionnelle sert à la production de sens. Nous savons que l'activité de travail consiste en des opérations manuelles et intellectuelles qui sont initialement prescrites et qui doivent nous permettre, après apprentissage notamment, de répondre à une situation de travail donnée ; mais nous savons également que cette situation professionnelle dans le travail réel, se confronte très régulièrement à des événements, des aléas, des imprévus, qui plus est quand le milieu potentiel est le milieu humain. Dans ce cas, le professionnel de santé doit s'adapter et trouver des éléments de réponse tant dans les procédures que dans les schèmes d'apprentissage, dans sa propre expérience et son vécu de situations comparables ou s'en rapprochant que dans ses compétences, y compris dans l'alerte et le déclenchement d'une compétence collective.

Ainsi, travailler sur l'erreur, non pas comme une sanction et son corollaire punitif, mais comme situation réflexive apprenante en tant que culture positive (ne s'oppose à la notion de responsabilité de chacun) est pour nous une composante de l'activité de travail du DS. Travailler sur les chemins cliniques et les parcours – patient, crée des liens et du liant, tout comme le travail en équipe de débriefing, en *a posteriori* (tels les RETEX, CREX, etc.) et la simulation en santé, littéralement en *a priori* (« jamais le premier geste et la

première fois sur le patient », comme le préconise la HAS), permettent aussi d'améliorer sensiblement les pratiques professionnelles.

La formation sous toutes ses formes – initiale, professionnelle, universitaire – est un des outils de prévention dans le domaine de la qualité et de la sécurité, et de gestion des risques dont le DS doit se saisir, en collaboration avec les autres acteurs – clés (DRH).

Au total, **concernant ce deuxième axe de management, nous adhérons à l'idée d'un DS qui agit en leader.** Savoir articuler les ressorts de la motivation, expliciter la politique définie, le PACQSS ainsi que les objectifs stratégiques et opérationnels, engagent aussi, en sus de sa posture managériale, sa posture pédagogique. **Le DS est pour nous un catalyseur provoquant une dynamique auprès de l'encadrement, n'hésitant jamais à valoriser et accompagner les cadres dans leur propre management, en s'assurant de la cohérence avec le projet d'établissement et les projets afférents dont le projet de soins et l'axe QRE.** Il doit aussi faire preuve **d'intelligence de situation**, nous entendons par là **se saisir et engager l'encadrement à se saisir de situations apprenantes, favorables à l'amélioration des pratiques professionnelles.**

3.3 Une activité de travail organisée dans l'effectivité

A la notion d'efficacité : « construction d'une forme modèle, idéale, dont je fais un plan et que je pose en but ; puis je me mets à agir d'après ce plan, en fonction de ce but. »³³, aussi « mesure du niveau de réalisation des activités planifiées et obtention des résultats escomptés – normes en ISO 9000, 2005 – » (HAS), et à la notion d'efficience : « une façon de s'appuyer sur un potentiel de situations afin d'induire une transformation progressive au travers d'un déroulement continu »³⁴, aussi « rapport entre les résultats obtenus et les ressources utilisées – normes en ISO 9000, 2005 – » (HAS), nous souhaitons ajouter et insister sur la notion d'effectivité qui a l'avantage de s'appuyer tant sur la planification et les volontés pour y répondre que sur la prise en compte de tous les facteurs porteurs pour y parvenir.

³³ JULLIEN F., 2005, *Conférence sur l'efficacité*, Paris, Collection Libellés, PUF, p.15 – 16

³⁴ Ibid. p. 30 et 75

L'effectivité, c'est « une intervention humaine qui réussit à se brancher sur la propension des choses et s'y laisser intégrer »³⁵ En anglais, on distingue même l'efficacité « to do the things right » (faire les choses bien) de l'effectivité « to do the right things » (faire les bonnes choses).

Nous nous sommes intéressés à ce distinguo sémantique car s'il nous apparaît très important d'être efficace et efficient dans nos activités professionnelles, notamment pour « faire les choses bien » telles qu'elles sont « planifiées et prescrites », il nous semble plus prégnant encore de s'imprégner de la réalité de terrain, qui se découvre aussi hors des bureaux et des instances. C'est un tout. En effet, en tant que DS, la réalité de terrain doit continuer à nous interpeller dans le « montrez-moi » et pas seulement dans le « expliquez-moi ». Il nous faut continuer à intégrer qu'elle est plus complexe que compliquée. Il ne s'agit pas seulement de bien assembler des centaines de pièces entre elles pour constituer le bon puzzle, mais de bien agir en faisant face à nombre de petites difficultés chacune parfois relativement simples mais qui envahissent le quotidien et sont liées les unes aux autres, pouvant entraîner un manque et certainement un désordre.

« Pour pouvoir appréhender les situations complexes des établissements, les décideurs ont besoin d'une explication donnant le point de vue du spécialiste de la question (par exemple, le DQGR et les ingénieurs qualité) et d'un regard plus direct (le DS et l'encadrement, ainsi que les médecins) permettant de faire jouer le bon sens pragmatique et reconnaître la réalité de terrain. [...] Se confronter avec la réalité matérielle du monde dont on est responsable. »³⁶

Nous considérons que les DS, de par leur parcours dans le domaine sanitaire et leur fonction de responsable des activités de soins, ne méconnaissent pas cette réalité. Nul besoin d'être encore un expert en technique de soins, charge leur revient d'en transmettre les situations problématiques et les faits réels lors des instances et autres. Comme le précise un DS interviewé, « *on est forcément dans l'opérationnel parce que, pour peu que l'on s'intéresse à la question, on a le retour des professionnels, on les interroge, on fait des enquêtes, et là tout est en place pour faire émerger des idées.* »

Dans cette optique, le DS doit rester le relais de l'encadrement et insister pour cela sur la proximité, ne pas perdre le contact avec le terrain pour en écouter, saisir et analyser la réalité et les problématiques. Sa légitimité se situe aussi là. De même, le contact avec les équipes qui se mobilisent au quotidien ne doit pas être rompu ou distant

³⁵ Ibid. en quatrième de couverture

³⁶ BALLE M., CHAMPION – DAVILLER M.N., 2004, *Organiser les services des soins : le management par la qualité*, Paris : Masson, 2ème édition, p.13

par la force des choses. L'annulation d'une réunion et une case dans l'agenda qui se libère peut être tout à fait l'occasion de se rendre sur le terrain de l'activité hospitalière. L'objectif est simple : rester autant que faire se peut, pragmatique dans les décisions qui sont à prendre ensuite au niveau stratégique, pour le moins en toute connaissance de cause. L'effectivité passe par exemple par une visite de services et unités en tension, « effectivement » par de l'écoute et non de l'injonction même indirecte.

La déclinaison de la démarche QRE à partir du PACQSS et de la cartographie des risques exige une certaine rigueur dans l'exercice de la méthode mais aussi une adaptation certaine dans son application, eu égard à l'environnement spécifique, nous l'avons largement décrit, d'un établissement de santé. Aussi, nous sommes convaincus que l'encadrement constitue un relais essentiel des orientations stratégiques et des axes opérationnels du plan d'actions pris en amont, puis évalués et réajustés en aval.

L'encadrement supérieur de pôle et en gestion de proximité doit s'inscrire en soutien de la politique de soins, en ayant une responsabilité majeure dans l'implication de tous les collaborateurs. Certains cadres ont d'ailleurs suivis eux-mêmes une formation complémentaire et obtenus des diplômes universitaires qualité et environnement en santé et autres masters en gestion des risques.

Pour le DS, le cadre de proximité représente le pivot de la réalité de terrain et le lien direct avec les équipes soignantes dans les services et unités de soins.

Quant au cadre supérieur, coordonnateur de pôle, il représente pour le DS, le pivot de la mise en œuvre du projet de soins et de ses axes dans le pôle, dont l'axe en lien avec la démarche QRE. Il en est le garant paramédical dans le projet de pôle réalisé sous la responsabilité du médecin chef de pôle.

Ensemble et à leur niveau de responsabilité, le DS et l'encadrement animent la politique qualité, sécurité des soins et gestion des risques au plus près de l'activité hospitalière. Ils remontent et capitalisent les informations sur le fonctionnement global de l'établissement de santé, valorisent les initiatives et les résultats, et aident à surmonter les difficultés qui se présentent lors de la démarche.

Au total, **concernant ce troisième axe de management, nous adhérons à l'idée qui organise son activité de travail dans l'effectivité.** La démarche QRE demande un investissement humain et professionnel important qui nécessite un engagement fort de la coordination des soins et des directeurs de soins. **Cette implication permanente dans**

l'action requiert, comme en écho, une implication tout aussi forte de l'encadrement et des soignants. Pour ce faire, le DS doit synchroniser son travail avec l'encadrement supérieur de pôle et de gestion de proximité, et organiser sa mission en adoptant différents modes de management (projet, groupe de travail, réseau, processus) tout en tenant compte de la charge de travail non négligeable des professionnels de santé.

3.4 Plan des actions à mettre en œuvre

Le management QRE représente pour nous une activité de travail significative pour le DS qui vient agir en tant que relais amplificateur.

Ce plan d'actions présuppose que le DS, nous-même, débute / intègre la démarche QRE dès sa prise de fonction au sein de son établissement. Sans être innovantes ni exhaustives, les premières actions que nous prévoyons et proposons – dont certaines sont peut-être / sans doute déjà mises en œuvre dans le PACQSS de notre établissement d'affectation – s'inscrivent en corrélation de nos préconisations développées précédemment.

Evidemment, l'échéancier est présenté ici à titre indicatif car il doit tenir compte du contexte et de l'environnement que nous trouverons à notre arrivée. Nous présentons donc quelques actions qui nous apparaissent emblématiques, dans un tableau joint en annexe V.

Conclusion

L'essence même du management au sein des organisations, c'est d'expliquer les enjeux et d'accompagner les effets, conscientisés ou non, d'une politique définie par l'institution et déclinée en orientations stratégiques (identification des besoins, projets constitutifs, objectifs généraux) et opérationnelles (axes de travail, plan d'actions).

Concernant la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers, la structuration d'une démarche globale incluant la gestion des risques, constitue un sujet prégnant dans le contrôle et la transformation de l'activité hospitalière en général et des activités de soins en particulier.

La dynamique apparaît favorable : la notion générale d'une exigence collective de qualité, l'engagement certain dans la gestion des risques professionnels et dans les soins, notamment en *a priori*, ainsi que le développement d'une culture de l'évaluation des pratiques professionnelles paramédicales, progressent et s'accroissent. Sous l'impulsion des organismes chargés des procédures itératives de certification tels la HAS, de l'accréditation COFRAC, mais aussi de la tutelle ARS et des usagers eux-mêmes, les professionnels de santé s'engagent toujours plus avant dans la démarche, notamment en se formant, en formation initiale comme continue voire diplômante et universitaire. Les dispositifs de référents et correspondants devenant experts se généralisent. Les outils à disposition sont plus adaptés et les tableaux de bord plus lisibles.

Malgré ces atouts, les questions de la pérennité et de l'impact des orientations stratégiques et opérationnelles des politiques d'amélioration de la qualité continuent de se poser aujourd'hui. Quinze ans après leurs débuts, force est de constater que cette démarche peut encore se heurter à des difficultés d'adhésion et surtout d'appropriation. Dans les services et unités de soins, il n'existe pas deux patients ni même deux soignants identiques. De nombreuses situations font état d'une situation complexe, parfois imprévisible. Les procédures écrites et connues peuvent parfois se réduire au bon sens et à une bonne analyse que doivent en faire les professionnels de santé pour répondre aux attentes et attendus, et être en conformité. En tout état de cause, l'exercice médical très spécialisé rend difficile son pilotage. Qui plus est, l'action de promotion de la qualité en santé et de la gestion des risques poursuit plusieurs objectifs qui sont, en apparence du moins, relativement distincts : elle doit renforcer la qualité thérapeutique et humaine du soin, gérer le risque inhérent à toute activité médicale, renforcer la cohérence

organisationnelle du système de soins et guider l'allocation optimale des ressources pour soutenir l'efficience durable du financement solidaire de notre système de santé.

Pour autant, la certification dite V2014 qui est à venir dans tous les établissements dès 2015, et les méthodes et approches qu'elle prône (compte qualité, patient – traceur, processus) ont pour ambition de se raccrocher au plus près de l'exercice quotidien, davantage en corrélation avec la réalité de terrain. En ce sens, la prochaine itération constitue à notre avis, non pas un défi insurmontable mais bien un challenge stimulant pour les professionnels de toutes catégories et toutes filières. Une attention toute particulière est en effet portée sur l'organisation du parcours de soins et la coordination des professionnels de santé autour du patient et son entourage.

Pour ce faire, les modèles d'organisation mécaniste ou hiérarchique ne sont pas, plus appropriés. Les dirigeants et l'encadrement sont appelés à développer un système de management plus fonctionnel et proactif.

Ainsi, le management intégré de la qualité, des risques et de l'évaluation des pratiques professionnelles, appuyé sur une analyse systémique multifactorielle et justement sur la coordination entre professionnels à tous niveaux, est aujourd'hui la démarche reconnue pertinente pour sécuriser l'ensemble des soins.

C'est pourquoi nous avons souhaité en faire le thème de notre mémoire professionnel en interrogeant le rôle et le positionnement du DS en regard d'une telle organisation.

A partir d'un éclairage contextuel et d'une approche conceptuelle en lien avec la qualité et les risques, les deux développés dans une première partie, nous avons cherché à savoir dans quelle mesure l'intégration recherchée dans ce domaine pouvait constituer une activité de travail significative pour le DS. Tous les entretiens menés auprès de différents professionnels – membres de l'équipe de direction, médecins, cadres, directeurs des soins – ont confirmé que le DS représente un acteur – clé dans l'implémentation de la démarche qualité et gestion des risques. L'analyse des données recueillies nous a permis, dans une deuxième partie, de relever toute la prégnance de ce volet dans l'ensemble de ses activités professionnelles, qu'elles soient liées à son positionnement institutionnel dans la gouvernance et l'organisation polaire, dans son champ de compétences propres ainsi que dans sa collaboration avec la direction des ressources humaines et la direction en charge de la qualité et de la gestion des risques notamment. En exergue, les personnes interviewées nous ont signifié une représentation d'un DS comme relais amplificateur de la dite démarche, du fait notamment de se trouver

en interface des différentes logiques hospitalières, administrative, économique, médicale et soignante. Surtout, il apparaît le plus à même de les articuler entre elles et d'agir pour que chacun prenne ou soit incité à prendre sa place dans l'articulation du dispositif intégratif. Les préconisations que nous avons formulées ensuite, dans une troisième partie, proposent trois axes managériaux orientés à la fois dans la transversalité, la production de sens inhérente tant à la spécificité qu'à la complexité des activités de soins (par essence faites de relations humaines qui sont autant, nous l'avons dit aussi de richesses humaines), et dans l'effectivité, au-delà des seules recherches d'efficacité et d'efficience dans son exercice professionnel.

Pour nous, le management, c'est un comportement général, c'est accrocher l'Autre à un objectif à atteindre, un projet à mettre en œuvre, non pas contre lui mais avec lui. Certes, il peut y avoir conflit mais nous pensons que celui-ci doit s'avérer, dans tous les cas, constructif, du fait qu'il s'agit d'une force de relation, d'une implication, d'un engagement fort à retrouver du pouvoir – agir. C'est pourquoi, nous pensons, là-aussi avec force, que le travailler ensemble et la mise en lien dans une compétence collective sont des facteurs porteurs pour l'action.

La démarche qualité et gestion des risques appelant à un management et une évaluation centrés sur le travail en équipe et utilisés à part entière dans l'activité même d'une unité, d'un secteur, d'un pôle...et même à l'échelle d'un territoire de santé, nous pouvons mesurer toute la latitude et le périmètre d'interventions dans lesquels le DS a et continuera à avoir à se positionner en tant qu'acteur stratégique et opérationnel.

Aujourd'hui et encore plus demain, coordination et communication sont et seront des leviers d'opportunités pour le DS en vue d'accompagner le changement au sein de l'institution hospitalière.

Sources et bibliographie

- Textes législatifs et réglementaires

Loi n° 2009 – 879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

Décret n° 2014-7 du 7 janvier 2014 modifiant le décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière

Décret n°2010-449 du 30 avril 2010 relatif à la CSIRMT – Art. R.6146-10 du C. de Santé Publique

Décret n°2009-1762 du 30 décembre 2009 relatif au président de la CME, vice-président du directoire des établissements publics de santé – Art. D. 6143-37

Instruction n° DHOS/E1/2010/75 du 25 février 2010 relative à la mise en place des directoires des établissements publics de santé

Référentiel métier de Directeur(trice) des soins, mars 2010

Référentiel de positionnement, décembre 2013 (mise à jour), EHESP

- Ouvrages

AUBERT N., GRUERE J.P., JABES J., LAROCHE H., MICHEL S., 2005, *Management, aspects humains et organisationnels*, Paris : PUF, 8^{ème} édition, 656 p.

BALLE M., CHAMPION – DAVILLER M.N., 2004, *Organiser les services des soins : le management par la qualité*, Paris : Masson, 2^{ème} édition, 214 p.

CAVAGNOL A., ROULLE P., 2013, *Management stratégique des organisations*, Paris : Gualino, 247 p.

CSP Formation, 2013, *Les 5 clés du management transversal*, Paris : Dunod, 96 p.

HOLCMAN R., 2013, *Management hospitalier – manuel de gouvernance et de droit hospitalier*, Paris : Dunod, 658 p.

JULLIEN F., 2005, *Conférence sur l'efficacité*, Paris : Collection Libellés, PUF, 92 p.

ROCHE C., 2013, *Petit guide Lean à l'usage des managers*, L'Harmattan, 146 p.

SEILLAN H., 2013, *Piloter par le management global des risques*, Paris : Préventique, 24 p.

SERIEYX H., 2003, *Ce que je crois*, Paris : Editions d'Organisation, 181 p.

SUTTER P.E., 2011, *Le manager hiérarque*, Paris : Editea, 258 p.

- Dossiers de revue

Gestions hospitalières, mars 2014, « *L'effort individuel au service du collectif* », « *L'intérêt et la place du chemin clinique* », « *Les promesses du coaching d'équipe* », n°534, pp 150 – 172

Gestions hospitalières, août – septembre 2012, « *Qualité, sécurité, attractivité* », n°518, pp 396 – 406

Gestions hospitalières, février 2010, « *Qualité et partage* », n°493, pp 86 – 124

Revue Hospitalière de France, mai – juin 2014, « *Qualité et gestion des risques, quelle gouvernance ?* », n°558, pp 32 – 51

Soins cadres, août 2014, « *Innovations et pratiques managériales* », n°91, pp 15 – 46

- Articles (de périodiques)

ABRIAL S., avril 2014, « *La non – punition des erreurs, enseignements et vertus* », *Gestions hospitalières*, n° 535, pp. 251 – 253

CUVELIER L., 2013/4, « L'ingénierie de la résilience ? Un nouveau modèle pour améliorer la sécurité des patients ? L'exemple de l'anesthésie », *Santé Publique*, Vol. 25, pp. 475 – 482

DAMART S., avril 2014, « Le management intégratif en établissements de santé – relire et s'inspirer de Mary P. Follett », *Gestions hospitalières*, n° 535, pp 237 – 241

FOROPON C., LANDRY S., BEAULIEU M, MCLACHLIN R., août / septembre 2013, « La démarche lean au cœur des établissements de santé : l'initiative d'un hôpital canadien », *Gestions hospitalières*, n° 528, pp. 406 – 409

MARTINEAU R., avril / mai 2012, « Passer des procédures aux processus : l'appropriation du management par la qualité dans un hôpital », *Politiques & management public*, volume 29, n°2, pp. 215 – 232

SPINHIRNY F., BUBIEN Y., avril 2014, « Si tout le monde manage, qui dirige ? », *Gestions hospitalières*, n° 535, pp 226 – 228

- Communications / Interventions pédagogiques

BERARD F., « La V2014 et nouvelles méthodes » *in* Journées Internationales de la Qualité Hospitalière et en Santé, *chef du service certification des établissements de santé*, 2012, HAS

ORVAIN J., « Les systèmes de management et les dispositifs d'action », *in* EHESP, *intervention pédagogique*, 03 avril 2014, Rennes

ORVAIN J., « Les essentiels : processus d'action », *in* EHESP, *intervention pédagogique*, 03 avril 2014, Rennes

- Mémoires

BERTHET B., 2012, Du signalement des événements indésirables au signalement des incidents précurseurs : une évolution culturelle, Mémoire Directeur des Soins, EHESP, 53 p.

FLAGEOLET S., 2012, Une démarche qualité en soins coordonnée et investie par tous : une mission du directeur des soins, Mémoire Directeur des Soins, EHESP, 52 p.

TEDESCO C., 2013, L'acculturation à la qualité – sécurité des soins : l'impact du partenariat entre directeurs des soins institut de formation et établissement de santé, Mémoire Directeur des Soins, EHESP, 68 p.

- Sites Internet

Haute Autorité de Santé, *Accréditation & Certification*, [visité du 17 au 24 mars 2014], disponible sur Internet : <http://www.has-sante.fr/portail/jcms/1249603/fr/accréditation-certification>

Haute Autorité de Santé, *Accréditation & Certification, Certification des établissements de santé, La V2014*, [visité du 17 au 24 mars 2014], disponible sur Internet : <http://www.has-sante.fr/portail/jcms/1495044/fr/la-v2014>

Haute Autorité de Santé, *Accréditation & Certification, Certification des établissements de santé, La V2014, Article les enjeux de la 4^{ème} procédure* [visité du 17 au 24 mars 2014], disponible sur Internet : <http://www.has-sante.fr/portail/jcms/1616169/fr/article-les-enjeux-de-la-4e-procedure-v2014>

Haute Autorité de Santé, *Accréditation & Certification, Guides et méthodes*, [visité du 17 au 24 mars 2014], disponible sur Internet : <http://www.has-sante.fr/portail/jcms/1249605/fr/outils-guides-methodes>

ISO 9000 – Management de la qualité, [visité le 04 juin 2014], disponible sur Internet : http://www.iso.org/iso/fr/home/standards/management-standards/iso_9000.htm

Qualité et méthode, *La qualité et l'ISO 9001*, [visité le 04 juin 2014], disponible sur Internet : <http://www.qualite-methode.com/Qualite/QualiteIso.html>

Techno-science.net, *Gestion de la qualité*, [visité le 04 juin 2014], disponible sur Internet : <http://www.techno-science.net/?onglet=glossaire&definition=727>

Journées Internationales de la Qualité Hospitalière et en Santé, [visité le 04 juin 2014], disponible sur Internet : <http://www.ijqhs.fr/>

Qualité et sécurité des soins, [visité le 04 juin 2014], disponible sur Internet : <http://www.qualite-securite-soins.fr/congres-de-strasbourg-fin-mai/congres-2015>

Liste des annexes

ANNEXE I : Liste des thèmes par processus – certification version V2014 (source HAS)

ANNEXE II : Lexique de méthodes d'amélioration continue de la démarche « qualité et risques » utilisées par / dans les établissements de santé (source HAS)

ANNEXE III : Guides d'entretien

ANNEXE IV : Tableau récapitulatif de l'ensemble des professionnels interviewés

ANNEXE V : Plan d'actions

ANNEXE I

Liste des thèmes – V2014 avec critères de rattachement au manuel et indicateurs de Pratiques exigibles prioritaires (PEP) et les indicateurs nationaux généralisés par le ministère chargé de la santé (tableaux de bord des IN) et de la HAS (IPAQSS).



Processus de MANAGEMENT

1. Management stratégique, gouvernance
2. Qualité de vie au travail
3. Management de la qualité et des risques, dont :
 - Politique d'organisation et d'évaluation des pratiques professionnelles (PEP)
 - Indicateurs, tableaux de bord et pilotage de l'établissement (IND)
 - Programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (PEP)
 - Gestion des évènements indésirables (PEP)
 - Système de gestion des plaintes et réclamations (PEP)
 - Déploiement des démarches d'évaluation des pratiques professionnelles (IND)
 - Démarches EPP liées aux indicateurs de pratique clinique (IND)
4. Gestion du risque infectieux :
 - Maîtrise du risque infectieux (PEP) (IND)
 - Bon usage des antibiotiques (IND)

Processus de PRISE EN CHARGE

5. Droits des patients, dont :
 - Respect des libertés ind. et gestion des mesures de restriction de liberté (PEP)
6. Parcours du patient, dont :
 - Prise en charge somatique des patients (PEP)
 - Continuité et coordination de la prise en charge des patients (PEP)
 - Troubles de l'état nutritionnel (IND)
 - Sortie (IND)
7. Prise en charge de la douleur (PEP) (IND)
8. Prise en charge et droits des patients en fin de vie (PEP)
9. Dossier patient, dont :
 - Gestion du dossier patient (PEP) (IND)
 - Accès du patient à son dossier (PEP)

10. Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge (PEP)
11. Management de la prise en charge médicamenteuse du patient, dont :
 - Management de la prise en charge médicamenteuse du patient (PEP)
 - Prise en charge médicamenteuse du patient (PEP)
12. Biologie médicale & Imagerie
13. Prise en charge des urgences et des soins non programmés (PEP)
14. Management de la prise en charge du patient au bloc opératoire, dont :
 - Organisation du bloc opératoire (PEP) (IND)
15. Management de la prise en charge du patient dans les secteurs à risque, dont :
 - Prise en charge du patient en radiothérapie (PEP)
 - Prise en charge du patient en médecine nucléaire (PEP)
 - Prise en charge du patient en imagerie interventionnelle (PEP)
 - Prise en charge du patient en endoscopie (PEP)
 - Prise en charge du patient en salle de naissance (PEP)
16. Don d'organes et de tissus à visée thérapeutique

Processus de FONCTIONS SUPPORTS

17. Gestion des ressources humaines :
18. Gestion des ressources financières :
19. Gestion du système d'information :
20. Processus logistiques :
 - Gestion des équipements et produits au domicile du patient (PEP)

ANNEXE II

Lexique de quelques méthodes d'amélioration continue de la démarche « qualité et risques » utilisées par / dans les établissements de santé (source HAS)

- Évaluation des pratiques professionnelles (EPP) : analyse de la pratique professionnelle en référence à des recommandations et selon une méthode validée comportant la mise en œuvre et le suivi d'actions d'amélioration des pratiques (décret du 14 avril 2005).
- Pertinence des soins (revue de) : méthode permettant d'évaluer l'adéquation des soins et des durées d'hospitalisation aux besoins des patients. Elle s'applique à un soin ou un programme de soins et peut porter sur l'indication, l'initiation ou la poursuite des soins. Elle vise à établir, dans la gestion d'un système de soins, un équilibre entre les besoins particuliers d'un patient et les ressources disponibles.
- Projet de soins personnalisé : projet définissant le traitement et les soins adaptés au patient. Ce projet tient compte de l'avis du patient et de son entourage et est établi de manière concertée. Il est réajusté tout au long de la prise en charge.
- Recommandations de bonne pratique (ou recommandations professionnelles) : propositions développées selon une méthode explicite pour aider le professionnel de santé et le patient à rechercher les soins le plus appropriés dans des circonstances cliniques données. Elles sont produites par la HAS, les agences sanitaires, les sociétés savantes et associations professionnelles, etc.
- Réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) : lieu d'échanges entre spécialistes de plusieurs disciplines sur les stratégies diagnostiques et thérapeutiques en cancérologie. La RCP est organisée par un établissement, un groupe d'établissements ou un réseau de cancérologie, dans le cadre des centres de coordination en cancérologie (3C). L'évaluation régulière des RCP doit rendre compte d'une amélioration continue de la qualité des soins et du service médical rendu au patient. Ces réunions se développent également dans d'autres spécialités.
- Revue de morbidité-mortalité (RMM) : analyse collective, rétrospective et systémique de cas marqués par la survenue d'un décès, une complication, ou un événement qui aurait pu causer un dommage au patient, et qui a pour objectif la mise en œuvre et le suivi d'actions pour améliorer la prise en charge des patients et la sécurité des soins.

- Signalement d'événements indésirables : action par laquelle tout incident ou événement indésirable est porté par un prof. de santé à la connaissance de la structure de vigilance compétente pour le recueil, l'évaluation et la validation des cas.

Et donc :

- *Retour d'Expériences* (RETEX) : arrêté du 06 avril 2011 sur le management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse
- *Événement indésirable* (EI) : situation qui s'écarte de procédures ou de résultats escomptés dans une situation habituelle et qui est ou qui serait potentiellement source de dommages. Il existe plusieurs types d'événements indésirables : les dysfonctionnements (non-conformité, anomalie, défaut), les incidents, les événements sentinelles, les précurseurs, les presque accidents, les accidents (type erreurs médicamenteuses, etc.).
- *Événement indésirable évitable* : événement qui ne serait pas survenu si les soins ou leur environnement avaient été conformes à la prise en charge considérée comme satisfaisante.
- *Événement indésirable grave* (EIG) : tout événement indésirable à l'origine du décès, de la mise en jeu du pronostic vital immédiat, de la prolongation de l'hospitalisation, d'une incapacité ou d'un handicap (directive 2000/38/CE de la Commission européenne du 5 juin 2000, modifiant le chapitre Vbis – pharmacovigilance).
- Staff-EPP : réunions régulières (tous les 2 à 3 mois environ) entre professionnels qui, après une revue de dossiers associée à une revue bibliographique (ou vice versa), identifient un ou des enjeux d'amélioration à mettre en œuvre en intégrant les meilleures références disponibles, l'expertise des praticiens et les choix des patients.
- Vigilance sanitaire : les vigilances sanitaires réglementaires concernent l'utilisation des produits de santé (pharmaco-, addicto-, hémato-, matério-, bio-, cosméto-, réactovigilances), l'assistance médicale à la procréation, le signalement externe obligatoire des événements indésirables graves liés aux soins dont les infections associées aux soins et les événements significatifs en radioprotection. Elles ont pour objet la surveillance des événements indésirables par un processus continu de recueil, d'enregistrement, d'identification, de traitement, d'évaluation et d'investigation.

ANNEXE III – Les guides d’entretien :

Présentation introductive :

Bonjour, je suis élève directeur des soins et je vous remercie d’avoir accepté de me rencontrer et de vous rendre disponible. J’ai souhaité vous interviewer dans le cadre de mon mémoire professionnel. Comme je vous l’ai indiqué lors de ma prise de contact téléphonique (*ou selon, de rendez-vous*), mon travail a pour thème principal le rôle et le positionnement du directeur des soins dans la politique qualité, sécurité des soins et gestion des risques. Directeur des soins vous-même (*ou pour un autre professionnel, le directeur des soins étant amené à travailler en collaboration avec vous*), je souhaite connaître votre sentiment quant à la déclinaison de cette démarche au sein de l’établissement dans lequel vous travaillez, quel est votre niveau de participation et quel doit être, selon, vous, celui du directeur des soins.

Notre entretien sera bien sûr anonymisé et il aura une durée approximative de 45’ à 1 H. Si vous me le permettez, il sera enregistré.

Pour les membres de l’équipe de direction :

1. Pouvez-vous vous présenter brièvement ? Quelle est votre fonction ? Votre ancienneté dans cette fonction ? Votre ancienneté dans cet établissement ?
2. En tant que (directeur général, directeur des ressources humaines, directeur en charge de la qualité et de la gestion des risques...), comment définiriez-vous vos relations professionnelles avec le directeur des soins ? (*si besoin, relance autour de la collaboration dans la gouvernance de l’établissement et les axes stratégiques*)
3. Concernant un des axes stratégiques dans le projet d’établissement, le projet qualité et gestion des risques, pouvez-vous me dire « qui fait-quoi » dans cet établissement ? (*si besoin, relance autour de la connaissance de l’organigramme et du fonctionnement*)
4. A quel niveau intervenez-vous vous-même dans cette démarche ?
5. En matière de démarche qualité, sécurité, gestion des risques, quelles sont vos attentes concernant le rôle du directeur des soins ? Selon vous, quel positionnement doit-il adopter ?

Pour l'encadrement supérieur et de proximité, les médecins, les ingénieurs qualité :

1. Pouvez-vous vous présenter brièvement ? Quelle est votre fonction ? Votre ancienneté dans cette fonction ? Votre ancienneté dans cet établissement ?
2. En tant que (cadres supérieur de pôle, cadre de santé, médecin et président de la CME, médecin et responsable de pôle, ingénieur qualité...), comment définiriez-vous vos relations professionnelles avec le directeur des soins ? (*si besoin, pour les médecins et cadres, relance autour de la collaboration dans le domaine des activités de soins*)
3. Concernant un des axes stratégiques dans le projet d'établissement, le projet qualité et gestion des risques, pouvez-vous me dire « qui fait-quoi » dans cet établissement ? (*si besoin, relance autour de la connaissance de l'organigramme & du fonctionnement*)
4. A quel niveau intervenez-vous vous-même dans cette démarche ?
5. En matière de démarche qualité, sécurité, gestion des risques, quelles sont vos attentes concernant le rôle du directeur des soins ? Selon vous, quel positionnement doit-il adopter ?

Pour les directeurs des soins, coordonnateurs des soins :

1. Pouvez-vous vous présenter brièvement ? Quelle est votre fonction ? Votre ancienneté dans cette fonction ? Votre ancienneté dans cet établissement ?
2. En tant que (coordonnateur général des soins, directeur des soins...), comment définiriez-vous vos activités professionnelles au sein de l'établissement ? (*si besoin, relance, dans la gouvernance, avec les pôles, l'encadrement, les équipes soignantes*)
3. Concernant un des axes stratégiques dans le projet d'établissement, le projet qualité et gestion des risques, pouvez-vous me dire « qui fait-quoi » dans cet établissement ? (*si besoin, relance autour de la connaissance de l'organigramme & du fonctionnement*)
4. A quel niveau intervenez-vous vous-même dans cette démarche ?
5. En matière de démarche qualité, sécurité, gestion des risques, quel est / doit être votre rôle ? Quel positionnement adoptez-vous / devez-vous adopter ?

ANNEXE IV

Le tableau récapitulatif de l'ensemble des professionnels interviewés :

Professionnels interviewés	Date de l'entretien	Timing total
CHA		
DCGS	11/02/14	63'57
CSP1	19/02/14	54'38
CSP2	21/02/14	49'14
Ingénieur qualité 1	27/02/14	50'48
CHB		
DRH	19/05/14	50'07
DS1	20/05/14	57'18
Faisant Fonction DS	21/05/14	49'24
Président CME	22/05/14	44'49
Faisant fonction CS	23/05/14	47'40
DCGS	26/05/14	55'29
Directeur qualité	28/05/14	56'06
Ingénieur qualité 1	28/05/14	51'45
DS2	02/06/14	53'22
CSP1	02/06/14	52'24
CSP2	02/06/14	49'15
CSP3	03/06/14	60'20
CSP4	03/06/14	46'41
CSP5	04/06/14	52'39
CSP6	05/06/14	49'15
CS	05/06/14	49'52
Directeur général	06/06/14	43'17
CHC		
DCGS	04/09/14	67'14
DS1	16/09/14	70'56
Méd. responsable de pôle	18/09/14	46'13

ANNEXE V : Plan d'actions

Axes de management	Actions	Qui	Quand
<p>TRANSVERSALITE & INTERFACE</p>	<p>Réaliser un état des lieux de la PACQS des soins infirmiers, de rééducation et médico – techniques dans l'établissement où nous allons exercer en tant que DS.</p> <p><u>Commentaires</u> : dans notre cas, nous ne retournons pas dans notre établissement d'origine, un CH de 1200 lits et places dont nous connaissons l'organisation interne, notamment le fonctionnement de la DQGR et sa collaboration avec la direction des soins et l'encadrement. Au mois de janvier prochain, nous allons assurer des missions de DS au sein d'un CHU de 2000 lits et places répartis sur plusieurs sites. En tant qu'adjoint au DCGS, nous prenons en responsabilité paramédicale, l'ensemble des activités de MCO. Donc, nous souhaitons, dès notre prise de fonction, prendre connaissance et la mesure de la déclinaison stratégique et opérationnelle du PACQSS et nous enquérir du niveau de gestion des risques (cartographie des risques). Nous sommes informés que le CHU s'est soumis à quatre visites d'accréditation / certification dont la dernière en février dernier, et se prépare pour la V2014. Nous ne sommes pas sans ignorer l'organigramme de la DG et celui de la direction des soins et nous savons qu'un DS exerce une mission transversale principale sur le volet QRE. Nous nous appuierons autant que nécessaire sur son expertise et ses compétences tout en conservant un œil objectif sur l'implémentation de la démarche dans les pôles et unités de soins. Nous avons pour ambition de nous inscrire d'emblée en compétence collective dans ce domaine</p>	DS	Dès Janvier 2015

	<p>Analyser le PSIRMT et la politique associée (au sein du projet d'établissement et en complémentarité des projets afférents, médical et social entre autres), notamment le volet QRE</p>	<p>DCGS DS</p>	<p>Janvier 2015</p>
	<p>Informier et communiquer régulièrement, en interne et externe, sur les avancées des projets QRE, en organisant des retours d'information :</p> <ul style="list-style-type: none"> - au sein des pôles (tour des pôles, enquêtes ...) - au niveau des réunions institutionnelles (CODIR, comités...) et des Instances (Directoire, CSIRMT en interne et dans la communauté hospitalière de territoire ...) - auprès des usagers (CRUQPC) - auprès des groupes référents QRE 	<p>DCGS DS DQGR</p>	<p>En continu et selon la prégnance des données à transmettre</p>
	<p>Collaborer avec la DRH :</p> <ul style="list-style-type: none"> - élaboration / ajustement du DUER (lien avec les partenaires sociaux <i>via</i> le CHSCT) - GPMC <p><u>Commentaires</u> : dans le cadre des projets d'adaptation et d'évolution des activités (réorganisations et autres restructurations), l'angle QRE doit être obligatoirement développé en regard des propositions de redimensionnement des effectifs et doit tenir compte des qualifications et des compétences des équipes soignantes en place et en poste. Prévoir, en sus des indicateurs financiers, des indicateurs qualité et sécurité des soins.</p>	<p>DRH DCGS DS</p>	<p>En continu</p>

	<p>Collaborer avec la DQGR, à la conception, la conduite, l'animation et l'évaluation du PACQSS</p> <p><u>Commentaires</u> : travail en collaboration au sein d'une cellule où exercent d'autres professionnels qualifiés pour la structuration des procédures d'accréditation et de certification (lien avec la HAS, calendrier, connaissances juridiques et des attendus des manuels...).</p>	<p>DQGR DCGS DS</p>	<p>En continu</p>
	<p>Proposer au DCGS la mise en place, au sein de la CSIRMT, d'une sous-commission coprésidée par lui-même et le Président de la CME</p> <p><u>Commentaires</u> : l'objectif est de travailler sur des problématiques communes aux médecins et aux paramédicaux. Par ex., des thèmes prégnants et récurrents de la PACQSS et de la prise en charge médicamenteuse (parcours – patient, projet PACTE, erreur médicamenteuse...).</p> <p>De manière plus générale, proposer la tenue d'une rencontre « de façon systématique", entre le PCME et le DCGS (ou un DS adjoint).</p>	<p>DCGS PCME DS</p>	<p>Réunion semestrielle</p> <p>Réunion bi - mensuelle</p>

SENS & ACCULTURATION	<p>Décliner les principes d'un management intégratif utile au management des établissements de santé :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mettre en évidence et s'appuyer sur les qualifications et compétences de chacun (« portefeuille de compétences ») pour constituer les groupes de travail en pluri professionnalité et pluri compétences - Favoriser l'étude conjointe des problèmes (recherche d'une compétence collective) - Se référer à des situations par essence apprenantes - Développer le partage des responsabilités - Développer un management transverse, fonctionnel plutôt que hiérarchique 	DS CSP CS	En continu
	<p>Animer l'encadrement et proposer des temps / journées d'échanges professionnels :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Produire une information très souvent remise à jour sur la hiérarchisation des problématiques à traiter selon les personnels soignants de toutes filières - Généraliser le dispositif de référents et correspondants QRE dans les pôles et unités - Espaces d'échanges et de construction de consensus sur les pratiques professionnelles. Par ex. : Agora des soignants avec partage d'expériences (film sur parcours de soins d'un patient ...), journée de l'encadrement 	DS CSP CS	En continu Semestrielle

	<p>Accompagner l'encadrement sup. dans un management qui assume l'obligation de résultats.</p> <p><u>Organisation de réunions opérationnelles avec l'encadrement supérieur de pôle :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ réunion hebdomadaire (1 H maxi) DS / CSP de chaque pôle pour un tour d'horizon des activités de soins du pôle dont un focus sur les actions du volet QRE, ○ réunion mensuelle (3 H maxi) DS / tous les CSP pour échange collectif et suivi régulier de la démarche QRE au niveau polaire (point sur la déclaration des EIG, sur les situations à risque impactant les pratiques professionnelles <i>via</i> une fiche de liaison, axes d'amélioration, progrès et points positifs ...) <p><u>Commentaires :</u></p> <p>La fréquence et la régularité appellent à des réunions « courtes » et « proactives » permettant de recueillir des données essentielles et de mesurer les écarts avec les objectifs (quels résultats ?).</p>	DCGS DS CSP	Dès le 1 ^{er} trim. 2015
	<p>Développer une politique de gestion des risques de « non – punition des erreurs » :</p> <ul style="list-style-type: none"> - démarche d'accompagnement des professionnels - constitution de groupes de travail pluri professionnels, la communication en équipe constituant un levier favorable au CREX, RETEX ... - entretiens de débriefing / analyse des pratiques - identification des pistes de solution - cellule d'appui - simulation en santé : travail sur des situations à risque <u>en équipe</u> (corrélations entre unités CHU et salles de travaux pratiques) 	DCGS DS DQGR DRH	En continu et selon la prégnance des situations – problèmes

	<p><u>Commentaires</u> : « pas punir l'erreur en première intention » (c'est-à-dire non orientée d'emblée sur la faute et la sanction) mais « faire de l'erreur une situation d'apprentissage », permettant de poser une analyse réflexive. Travailler sur le pourquoi de cet événement indésirable, incident, accident, certes involontaire mais réel, et ce dans un questionnement global. S'appuyer sur un relevé <i>a posteriori</i> (d'où c'est parti) pour raisonner désormais en <i>a priori</i> (d'où ça pourrait encore partir) ... « la manière la plus efficace d'éviter qu'une erreur se reproduise est d'associer son auteur à l'amélioration du processus qui a permis qu'elle survienne »</p>		
	<p>Promouvoir la déclaration des événements indésirables et notamment des EIAS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - outil de signalement - organisation du traitement, analyse et suivi (retour aux déclarants) 	<p>DQGR DCGS DS CSP CS</p>	<p>En continu</p>
	<p>Intégrer la gestion des risques liés aux soins et la démarche EPP paramédicales dans le DPC :</p> <ul style="list-style-type: none"> - formation d'appui au déploiement de la gestion des risques pour les CS de proximité - organisation dédiée à la mise en œuvre et à la validation de l'EPP : stratégie, missions et responsabilités, procédures, outils (certification réf. 1 F – PEP) - référents soignants dans les pôles d'activité 	<p>DRH DQGR DCGS DS CSP CS</p>	<p>En continu</p>

	<p>Former les futurs professionnels aux concepts et aux méthodes d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, et de gestion des risques :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Favoriser « le partage et la mise en synergie des compétences cliniques et pédagogiques des interlocuteurs associés à la formation des professionnels » ; - Consolider les formations QGR au niveau des instituts de formation initiale, toutes filières de soins (module, unité d'enseignement ...) et spécialisée, en structurant le programme d'interventions pédagogiques des professionnels du CHU (référents et correspondants qualité et risques) ; - Consolider les formations QGR au niveau de l'institut de formation des cadres de santé en proposant un dispositif de développement professionnel * <i>in situ</i> (en plus des apports théoriques, stages et analyses de pratiques). Les unités de soins constituent des terrains permanents d'exploration du travail réel et de compréhension des situations de travail dans un co – accompagnement CS formateur et CS. Répartition de demi-journées sur l'ensemble de l'année dans une même structure. Plusieurs thématiques abordées dont la gestion de la qualité et des risques <i>in situ</i> <p>* reprise d'un dispositif expérimental mis en œuvre au sein du CHC</p>	<p>DS CS gestion & DS CS formation DQGR</p>	<p>En continu & Année scolaire</p>
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------

<p style="text-align: center;">EFFECTIVITE & REALITE</p>	<p>Utiliser au moins quatre grandes formes de management pour maintenir une dynamique : le projet, le groupe de travail, le réseau et le processus. Tous ces modes de management sont utiles à l'implémentation de la démarche QRE.</p> <p>- « <u>Le mode projet</u> est un management centré sur la structuration ; le manager a l'avantage de s'appuyer sur une équipe / cellule bien identifiée et sur des outils structurés. A ce niveau : membres des directions et cellules qualité dont DQGR, ingénieurs qualité, médecin coordonnateur des risques mais aussi tous les soignants formés à la certification – accréditation (correspondants et référents qualité dans les unités de soins), DS en mission transversale...</p> <p>- <u>Le mode groupe de travail</u> permet de produire de l'amélioration continue ; le grand enjeu managérial est le choix des contributeurs et le défi est de susciter leur créativité tout en restant connecté aux préoccupations de l'établissement. A ce niveau : différents prof. soignants et non soignants, toutes fonctions et filières, selon leurs compétences par rapport aux thématiques travaillées (circuit du médicament, parcours – patient, radioprotection, identité vigilance, etc.) :</p> <p>- cercles « qualité et risques » (initiative du terrain, pratique quotidienne de la vie au travail ...)</p> <p>- <u>Le mode réseau</u> est la création effective d'espaces de partage et l'entrée en relation des acteurs. A ce niveau : réseau de professionnels sur le territoire, inter établissements, les journées d'association, les sites Internet spécialisés et des organismes de la certification et accréditation, les conférences dans le domaine de la qualité et de la gestion des risques, etc.</p>	<p>DS</p>	<p>En continu & Constitution de groupes projet, travail, réseau, processus selon les attentes, les objectifs, les résultats, les mesures préventives et correctives à prendre pour réajuster la démarche QRE</p>
-----------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p>- <u>Le mode processus</u> répond au besoin de déployer régulièrement des orientations (qualité, sécurité, risques) ou des dispositifs (audit interne). Le défi est d'obtenir l'implication et la coopération des contributeurs. »³⁷ A ce niveau :</p> <ul style="list-style-type: none"> - compte qualité, patient –traceur, approche par processus de la prochaine itération V2014, - cartographie des risques - Check List pour les CS sur la prise en charge médicamenteuse, pour les soignants dès l'entrée du patient - audits : clinique, quick audit, « tenue du service », croisé (entre différentes unités de soins) - Boîte à outils alimentée par CSP et CS sur disque informatique partagé (questions – réponses, résolution de problèmes ...) <p><u>Commentaires</u> : les audits sont des éléments essentiels dans les systèmes de management (modèle de contrôle et d'inspection) car ils permettent à l'institution et à l'organisation de vérifier si les objectifs fixés sont remplis et si la conformité à la « norme » est assurée.</p>		
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

³⁷ CSP Formation, 2013, *Les 5 clés du management transversal*, Paris : Dunod, 96p.

MILLET

Stéphane

Décembre 2014

Directeur des soins

Promotion 2014

Le management intégré de la qualité, des risques et de l'évaluation des pratiques professionnelles paramédicales : une activité de travail significative du directeur des soins dans les établissements de santé

Résumé :

La démarche qualité et plus encore aujourd'hui, de gestion des risques, constitue un sujet prégnant au sein des établissements de santé.

Les possibilités de survenue des risques sont inhérentes à l'activité hospitalière en général et aux activités de soins en particulier. Les causes sont multifactorielles et trouvent leur origine dans l'exercice quotidien des pratiques médicales et soignantes.

Avec sa prochaine version dite V2014 de certification, la Haute Autorité de Santé encourage notamment les dirigeants hospitaliers, sur la foi d'une connaissance des principaux enjeux et effets des risques, à promouvoir une culture sécurité intégrée dans chaque composante de l'institution, et ce à partir d'un système de management plus proactif.

Pour ce faire, un pilotage, différent des modèles d'organisation mécaniste ou hiérarchique, est nécessaire. De par son rôle et son positionnement au sein de l'institution, le directeur des soins est celui qui peut relier toutes les parties. En tant que relais amplificateur de la démarche, il vient agir dans la transversalité et l'effectivité.

Mots clés :

Certification – Amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins – Gestion des risques – Evaluation des pratiques professionnelles – Activité(s) de travail du directeur des soins – Management transverse – Leadership – Effectivité

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.