



**EHESP**

---

**Directeur d'hôpital**

Promotion : **2015 - 2016**

Date du Jury : **Octobre 2016**

---

**Améliorer la qualité et le management à l'hôpital :  
L'exemple de la démarche « EFQM » au CH de  
Luxembourg et au CH de Melun**

---

**Cédric MARECHAL**



---

# Remerciements

---

Je souhaite tout d'abord remercier Monsieur PELJAK, Directeur Général du Centre Hospitalier de Melun ainsi que toute l'équipe de direction pour la qualité de leur accueil et la transmission de leur passion du métier de directeur d'hôpital.

Je tiens, tout particulièrement, à exprimer ma reconnaissance à mon maître de stage, Michel JEANNEY, Directeur des Ressources Humaines et Coordonnateur du pôle GRH-Stratégie-Qualité, pour son temps, ses conseils et son écoute mais surtout pour avoir, par son exemple et son investissement sans relâche, conforté mon enthousiasme à exercer ce métier. Sa supervision de mon mémoire a été d'une aide sans commune mesure et m'a permis d'aiguiser ma compréhension des principales problématiques posées à l'hôpital public.

Je souhaite remercier le président de la CME, Docteur MONCHI, ainsi que toutes les équipes médicales, paramédicales, administratives et techniques du CH de Melun rencontrés dans le cadre de la rédaction de ce mémoire et qui, par leurs avis, ont permis d'enrichir ma réflexion sur le sujet.

J'adresse également un très grand merci au Centre Hospitalier de Luxembourg pour son accueil, son partage d'expérience et son ouverture. Je tiens particulièrement à remercier Mme BIRKEL, Directrice des soins, Mme LACHOR, Responsable du service qualité, risques et processus et M. WEHR, Référent EFQM sur les critères 3 et 7 au service RH. Sans leur aide précieuse, ce mémoire n'aurait pas pu être possible.

Enfin, mes remerciements vont à toutes les organisations non hospitalières qui m'ont ouvertes leurs portes pour mener à bien ce mémoire. Pour le groupe La Poste, Branche Service-Courrier-Colis, je remercie Jacky POITOUX, Directeur de la Qualité, Corine GERMAIN, Directrice de la Maîtrise des Risques et du Contrôle Interne, et Yves-Vincent GALVEZ, Direction du Système d'Excellence. Au groupe Apicil, groupe français de protection sociale complémentaire, je remercie Emilie SANTACRUZ, Responsable de service à la Direction Qualité & Excellence Opérationnelle, Mireille FASSLER, Responsable des Ressources Humaines, ainsi que toute la cellule qualité pour leur expertise.



---

# Sommaire

---

<b>Introduction .....</b>	<b>1</b>
<b>1. Management et qualité à l'hôpital : deux sphères encore très hermétiques en France .....</b>	<b>11</b>
1.1 Historique de la qualité à l'hôpital : Le choix des processus de soins plutôt que du management et des résultats .....	11
1.2 La singularité de la France par rapport à ses voisins .....	12
1.3 Les raisons d'un échec du management par la qualité totale en France .....	14
<b>2. Réconcilier qualité et management par l'utilisation de la démarche EFQM.....</b>	<b>17</b>
2.1 La compatibilité du modèle EFQM avec les valeurs et les contraintes actuelles de l'hôpital .....	17
2.2 L'EFQM ou comment rééquilibrer « performance qualité » et « performance économique » .....	22
2.3 Une approche résultats qui s'attache à expliciter les liens de cause à effet.....	23
2.4 Un nécessaire avènement du « quality-mix » .....	25
<b>3. Les conditions de réussite de la démarche EFQM à l'hôpital : .....</b>	<b>29</b>
3.1 Une impulsion importante de la direction et du Directeur Général .....	29
3.2 Un pilotage transversal et une cellule qualité renforcée .....	31
3.3. Une auto-évaluation et des tableaux de bord systématisés.....	35
<b>4. Une proposition de démarche EFQM au CH de Melun.....</b>	<b>37</b>
4.1 Explication de la méthode .....	37
4.2 Les atouts expérimentés de la démarche EFQM.....	38
4.3 Les difficultés rencontrées .....	40
<b>Conclusion.....</b>	<b>42</b>
<b>Bibliographie .....</b>	<b>44</b>
<b>Table des annexes .....</b>	<b>49</b>
<b>Résumé.....</b>	<b>130</b>

# Liste des sigles utilisés

AMDEC : Analyse des Modes de Défaillance, de leurs Effets, et de leur Criticité

ARS : Agence Régionale de Santé

ATIH : Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalier

COFRAC : Comité Français d'Accréditation

CH : Centre Hospitalier

CHL : Centre Hospitalier de Luxembourg

DG : Directeur Général

DRH : Directeur des Ressources Humaines

EFQM : European Foundation for Quality Management (Fondation européenne pour le management par la qualité)

HAS : Haute Autorité en Santé

DIM : Département d'Information Médical

GHT : Groupement Hospitalier de Territoire

IFSI-IFAS : Institut de Formation en Soins Infirmiers et Institut de Formation Aide Soignant

IQ : Indicateurs Qualités

MCO : Médecine, Chirurgie, Obstétrique

ONDAM : Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie

PDCA : Plan/Do/Check/Action

TIM : Technicien d'Information Médicale

T2A : Tarification à l'Activité

## Introduction

Le management hospitalier est en apparence écartelé entre trois enjeux majeurs. Le premier est une exigence de qualité et de sécurité des soins car l'acceptabilité sociale du risque inhérent aux activités de soins est de plus en faible. Les normes imposées aux hôpitaux dans le cadre des certifications sont, au fil des années, devenues plus exigeantes<sup>1</sup>. En conséquence, le temps et les efforts fournis par les professionnels a augmenté afin de préparer l'établissement à « l'épreuve » de l'évaluation<sup>2</sup>.

Le second enjeu incontournable concerne les contraintes financières. Elles n'ont jamais été aussi fortes<sup>3</sup> et la nécessité de maîtriser les déficits publics et le niveau des prélèvements obligatoires poussent à la recherche de l'efficience. Le tournant de la Tarification à l'activité (T2A) au début des années 2000 constitue, à cet égard, un changement majeur pour le fonctionnement des hôpitaux qui doivent, dorénavant, améliorer leur activité pour augmenter leurs ressources. L'Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM) qui encadre la progression des dépenses de santé<sup>4</sup>, pousse au regroupement des structures et à la recherche de gains de productivité. La mise en place des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT), en tant que dernières évolutions du système hospitalier public ponctue cette quête de rationalisation.

Le troisième enjeu est d'ordre organisationnel. Les modifications de rythme de travail (35h, passage aux 12h), les changements de gouvernance (les pôles d'activité ou pôles de soins<sup>5</sup>, les contrats de pôle), la montée de l'absentéisme<sup>6</sup> font s'interroger les communautés hospitalières sur la qualité de vie au travail et sur les risques psychosociaux. L'amélioration de la prise en charge du patient au moindre coût amène également à repenser les organisations. Il ne faut toutefois pas voir dans ces trois enjeux une opposition irréductible mais une équation naturelle que l'économiste propose habituellement de résoudre par des modèles d'optimisation sous contrainte.

---

<sup>1</sup> Les différentes versions (V1, V2/V2007, V2010, V2014) de la certification HAS sont allées dans le sens d'une plus grande continuité des contrôles

<sup>2</sup> Dans Haute Autorité de santé, Trimestriel d'information aux établissements de santé Numéro 7 – Octobre -décembre 2012. Jean-Paul Guérin, Président de la Commission de certification identifie que la certification est encore vue comme une « épreuve » pour nombre d'établissements et Jean-Luc Harousseau, Président de la HAS cite comme point faible de la V2010, « l'importante charge de travail qu'elle constitue » d'où une tentative d'allègement dans la V2014.

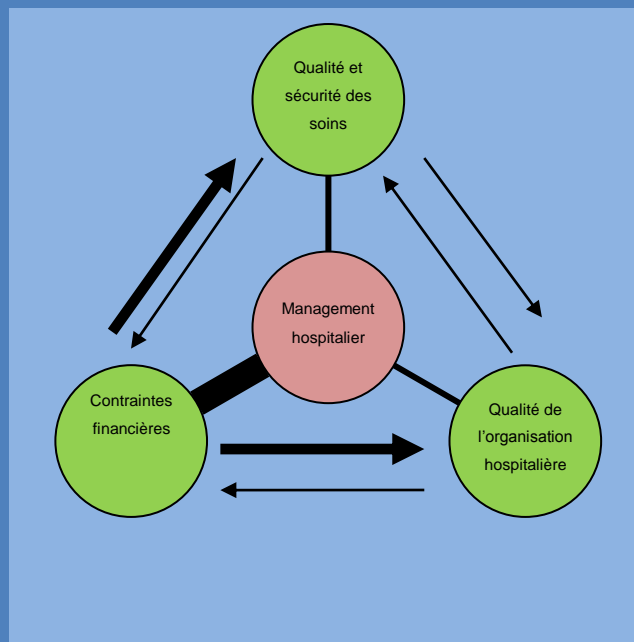
<sup>3</sup> Robert Holcman parle de « contraintes financières sans précédent » dans *La fin de l'hôpital public ?* Editions Lamarre, Rueil-Malmaison, 2007.

<sup>4</sup> L'ONDAM établissements de santé augmente de 1.75% entre 2015 et 2016 soit la plus faible progression depuis 2004.

<sup>5</sup> Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé. Il constitue le volet "Gouvernance" du Plan hôpital 2007

<sup>6</sup> Source ATIH 2014 : L'absentéisme du personnel non médical pour motif médical et non médical est passé de 7.4 % en 2013 à 8% en 2015 au niveau national

Le management hospitalier est écartelé (fig. 1)



A ce tiraillement des priorités managériales s'ajoute le morcellement des démarches qualité au sein d'un même établissement. Elles peuvent concerner la prise en charge du patient, les mesures d'hygiène, les pratiques professionnelles mais aussi la qualité du management. Par exemple, au Centre Hospitalier de Melun, cinq démarches sont simultanément engagées. Certaines sont obligatoires telles que la certification V2014 ou l'accréditation COFRAC pour le laboratoire. D'autres sont le fruit de démarches volontaires comme la certification ISO 9001<sup>7</sup> à l'IFSI-IFAS, le prix des « Best Practices Awards 2016 » pour la blanchisserie inter hospitalière en matière d'hygiène et de conditions de travail, ou encore une labélisation RH<sup>8</sup> au niveau territorial. Au CH de Luxembourg (CHL), l'ISO 9001 a été mis en place sur la stérilisation, la sénologie, les laboratoires, la dialyse ; l'ISO 15189<sup>9</sup> s'est appliqué au laboratoire de la Procréation Médicalement Assisté (PMA). Le CHL a également le label RSE et est en cours d'accréditation JCI<sup>10</sup>.

<sup>7</sup> L'ISO 9001 est une accréditation garantissant la qualité au niveau de l'organisation, du management, de la production, de l'environnement.

<sup>8</sup> Label RH Sénart - Melun Val-de-Seine de la Maison de l'emploi et de la formation qui valorise l'engagement social des entreprises du territoire, insiste sur l'importance d'une démarche RSE et recense les bonnes pratiques.

<sup>9</sup> L'ISO 15189 est une accréditation pour les laboratoires de biologie médicale qui permet une reconnaissance des compétences techniques et des exigences de qualité

<sup>10</sup> JCI : « Joint Commission international », standard international des établissements de santé pour la qualité des soins et la sécurité des patients. 866 organisations sont accréditées dans le monde. En Europe, tous les voisins de la France à l'exception de la Suisse ont des établissements qui ont réussi à obtenir l'accréditation.



Ce morcellement empêche une visibilité et un pilotage de la qualité au même niveau que le pilotage du budget. En reprenant la terminologie de l'économiste de la santé Pierre-Louis Bras, la « performance économique » semble aujourd'hui prévaloir sur la « performance qualité »<sup>11</sup>. En d'autres termes, le fait de « rendre un service, de délivrer des soins au meilleur coût » (performance économique) prend, au moins en apparence, l'ascendant sur des « soins pertinents, sûrs, efficaces, adaptés, délivrés dans le respect de la dignité et des aspirations des patients »<sup>12</sup> (performance qualité). Certains personnels médicaux et soignants ne disent pas le contraire quand ils affirment que leur relation avec l'équipe de direction se réduit, trop souvent, à une discussion sur la Durée Moyenne de Séjour (DMS)<sup>13</sup>. Ce ressenti est, par ailleurs, confirmé par certaines études sociologiques<sup>14</sup> et managériales qui relèvent que le développement d'outils complexes tels que le PMSI et les GHM sont sans équivalent réels en matière de qualité au sein de l'hôpital<sup>15</sup>.

**Dès lors, deux problématiques principales se posent avec acuité au dirigeant hospitalier. D'une part, quel(s) outil(s) peut-on solliciter pour permettre au management hospitalier de décliner sa stratégie dans un cadre facilitant le rapprochement des contraintes budgétaires, de qualité des soins, et d'organisation ? D'autre part, comment redonner à la qualité une même visibilité et exigence dans le pilotage de l'hôpital que l'axe financier ?**

La qualité est, dans ce mémoire, entendue à la fois comme une relation de service et comme un principe de gestion selon la distinction réalisée par le professeur Minvielle<sup>16</sup>. En tant que relation de service, la qualité concerne une activité multiservice singulière qui peut produire jusqu'à 2 300 Groupements Homogènes de Malades (GHM). Elle inclut aussi bien les résultats sur l'état clinique du patient que les conditions de déroulement de la relation (processus de soins). Comme principe de gestion, la qualité organise l'établissement en interne, notamment avec les démarches qualité, et elle évalue la performance.

Le management est dit stratégique quand il y a alignement permanent entre le positionnement compétitif décidé pour l'établissement à moyen et long terme et la

---

<sup>11</sup> P.-L. Bras, *Hôpitaux : vers un même niveau d'exigence pour la performance qualité que pour la performance économique* ? Les Tribunes de la santé, 2012/2 (n°35).

<sup>12</sup> Idem

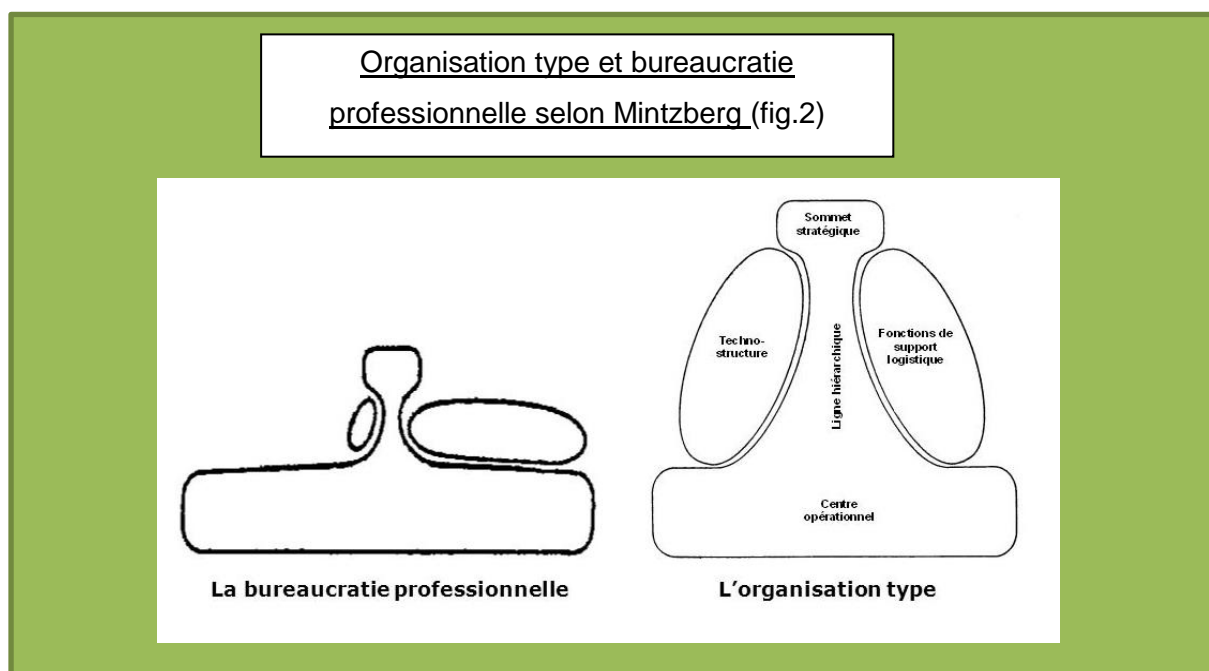
<sup>13</sup> Dans le rapport d'étape sur l'évolution du mode de financement des établissements de santé (Mission Véran), plusieurs retranscriptions d'audition avec des médecins chefs de pôle ou de service vont dans ce sens : « Là où je dis qu'il y a un problème, c'est quand on parle plus de durée moyenne de séjour que de projet de soins. Quand on rechigne à participer à des staffs avec les rhumatologues ou les gériatres parce que ce n'est pas une activité valorisée. Quand il est plus important de remplir une ligne de code dans les délais que d'envoyer un courrier de sortie dans les délais ».

<sup>14</sup> Belorgey Nicolas ; *L'hôpital sous pression : enquête sur le « nouveau management public »*, Paris, La Découverte, 201

<sup>15</sup> Thierry Nobre. *Quels tableaux de bord de pilotage pour l'hôpital ?* 21<sup>e</sup> Congrès de l'AFC, Mai 2000, France

<sup>16</sup> Minvielle Étienne, *De l'usage de concepts gestionnaires dans le champ de la santé. Le cas de la qualité hospitalière*, Revue française de gestion 5/2003 (n° 146), p. 167-189

mobilisation de toutes ses ressources (internes et externes) en vue de l'atteinte de cet objectif. Cela suppose de rompre avec le fonctionnement en silo. Chaque silo est un fief au niveau de chaque service avec son organisation propre, son fonctionnement managérial singulier, éventuellement ses procédures internes de traitement des événements indésirables. Cette grande indépendance des médecins est caractéristique des bureaucraties professionnelles telles que décrites par Mintzberg<sup>17</sup>. Selon ce-dernier, l'hôpital est composé d'une ligne hiérarchique limitée, d'un sommet stratégique disposant de peu de pouvoirs pour défendre ses options (les Directeurs)<sup>18</sup> et d'une base opérationnelle dotée d'un haut niveau de compétence lui permettant de disposer d'une large autonomie d'action. Pour Thierry Nobre, professeur de management hospitalier à l'École de Management de Strasbourg, l'hôpital, pour conduire le changement, devrait pouvoir se rapprocher d'une bureaucratie professionnelle « coopérative et éclairée »<sup>19</sup> avec pour objectif, non pas la remise en cause de la place des médecins mais une coopération augmentée entre partenaires légitimes pour améliorer la coordination<sup>20</sup>. La question des outils à mettre en place pour y parvenir se pose alors tout particulièrement.



Source : Mintzberg, Structure et dynamique des organisations (1982)

<sup>17</sup> Mintzberg, Henry, Structure et dynamique des organisations, Broché, 1982

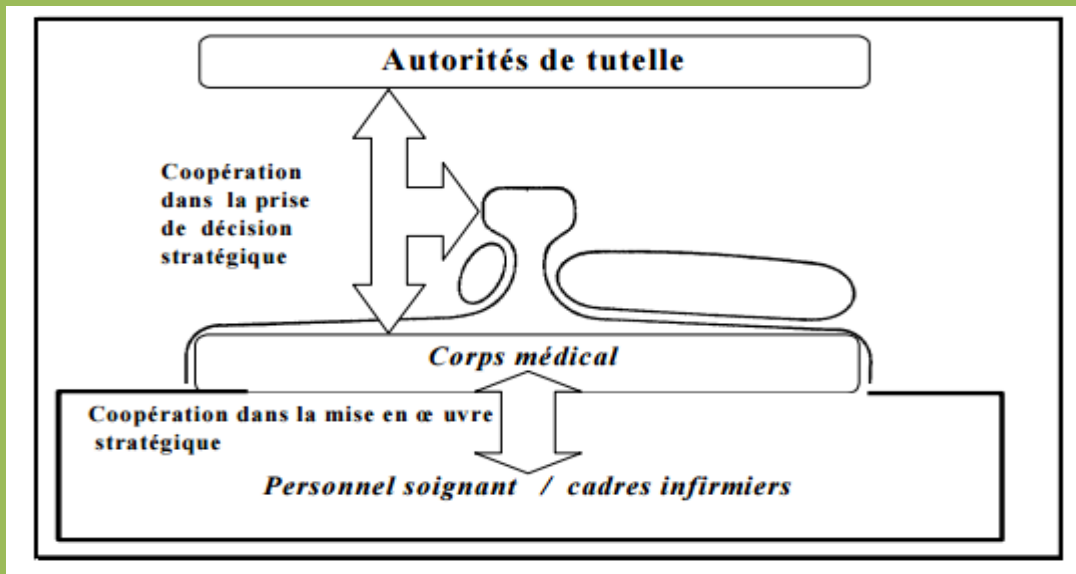
<sup>18</sup> A nuancer par le renforcement de leur pouvoir dans le cadre de la loi HPST

<sup>19</sup> Thierry Nobre. L'hôpital : le modèle de la bureaucratie professionnelle revisité à partir de l'analyse du coût des dysfonctionnements. 20EME CONGRES DE L'AFC, May 1999, France.

<sup>20</sup> Coordination verticale : entre métiers différents au sein d'une même unité ; coordination horizontale : entre services médico-chirurgicaux, médico-techniques et administrativo-logistiques pour un même processus.

Source : Thierry Nobre. Quels tableaux de bord de pilotage pour l'hôpital ? 21<sup>e</sup> Congrès de l'AFC, Mai 2000, France

Bureaucratie professionnelle « coopérative et éclairée » selon Nobre (fig. 3)



Source : T. Nobre (1999)

L'objectif de certains modèles managériaux, en particulier celui du référentiel européen de l'European Foundation for Quality Management (EFQM), est de lutter contre ce morcellement des compétences, des cultures hospitalières et des objectifs pour tenter de les faire converger. Mis en place en 1989 à Bruxelles sous l'égide de Jacques Delors, le modèle EFQM s'est d'abord développé dans le secteur privé industriel avant de s'adapter au secteur public hospitalier au début des années 2000. Avant l'EFQM, d'autres démarches et outils ont été empruntés au monde de l'entreprise avec succès : l'analyse stratégique<sup>21</sup>, le projet d'établissement<sup>22</sup>, la comptabilité par activité<sup>23</sup>. Au cours des quinze dernières années, des hôpitaux en Allemagne, en Suisse, aux Pays-Bas, au Luxembourg, en Espagne et au Royaume-Uni ont adopté ce modèle. Les hôpitaux de Zumarraga et la Clinique Tambre en Espagne, la Maternité et l'Hôpital pédiatrique Eskisehir en Turquie, le Centre hospitalier de Kirchberg et le Centre Hospitalier du Luxembourg (CHL) au Luxembourg sont les principaux établissements de santé ayant

<sup>21</sup> Valette A, " Une gestion stratégique à l'hôpital", *Revue française de gestion*, juin-juillet-août, pp.92-99, 1996

<sup>22</sup> Claveranne J.P., " Le management par projet à l'hôpital", *Revue française de gestion*, juin-juillet-août, pp.103-114, 1996

<sup>23</sup> Garrot T., " La gestion hospitalière par la méthode ABC", *Revue Française de comptabilité*, Décembre N° 273, pp. 53-61, 1995

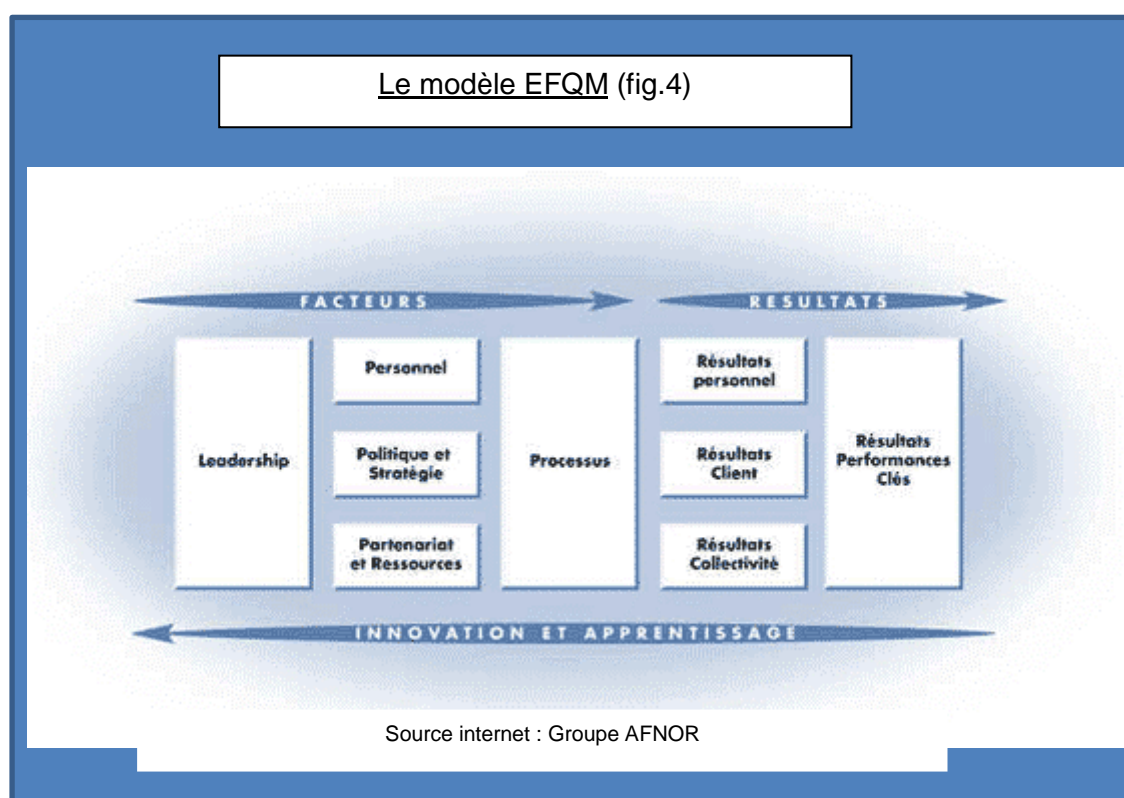
King M., Lapsley I., Mitchell F., Moyes J., " Costing Needs and Practices in a Changing Environment : The Potential for ABC in the NHS", *Financial Accountability and Management*, Volume 2, N° 2, pp. 143-160, 1994

Holford D., McAuley, "Activity Based Costing in the National Health Service", *Management Accounting*, octobre pp.26-30, Décembre pp. 40-42., 1987

Kirton R., Hazlehurst, Activity Based Costing at the Luton & Dunstable Hospital , London, CIMA, Mastercourse Presentation, 1991

obtenus des prix d'excellence au niveau européen pour leur management EFQM par la qualité. Cependant, en France, l'EFQM est encore très méconnu.

L'EFQM est basé sur neuf critères répartis en deux catégories. Cinq indicateurs concernent les « facteurs », c'est-à-dire les moyens à mobiliser : leadership, stratégie, personnels, partenariat/ressources, et processus/produits/services. Quatre indicateurs analysent les « résultats » obtenus auprès du personnel, des clients, de la société, et les résultats cliniques et économiques clés. La complémentarité entre les facteurs et les résultats assure la cohérence du modèle.



Ce mémoire étudie la pertinence du modèle EFQM pour l'hôpital, puis s'attache, avec des visites ciblées auprès des organisations qui ont adopté cette démarche, à mieux comprendre les conditions de réussite de la démarche EFQM à l'hôpital. Enfin, l'expérimentation d'une préparation à l'EFQM à l'hôpital de Melun permet, concrètement, de mieux endurer les forces et faiblesses du modèle dans le contexte français.

Quatre forces de la démarche EFQM ont été rapidement identifiées par les lectures, puis confirmées par les visites et la pratique. Il s'agit de :

- L'orientation « résultats » qui questionne aussi bien sur la manière de faire que sur les cibles à atteindre
- La mise en valeur de l'existant, jusqu'alors éparpillé ou méconnu des agents eux-mêmes

- La création ou le renforcement d'une culture de responsabilisation des agents par un renforcement du management de proximité
- L'alignement des actions menées avec la stratégie grâce à une visibilité plus grande des objectifs visés

La démarche employée est celle de visites sur site dans les meilleurs établissements ayant adopté la démarche EFQM. Toutes les organisations rencontrées sont primées au niveau national ou européen pour l'excellence de leur management par la qualité dans les secteurs hospitaliers, des services et de la logistique. Des entretiens semi-directifs ont été menés de manière systématique selon la même grille et sont retranscrits en annexe de ce mémoire<sup>24</sup>.

La première entreprise visitée est la Direction Services Courrier Colis du groupe La Poste (société anonyme à capitaux publics). Elle est la première organisation en France à avoir obtenu une reconnaissance 4 étoiles dans la catégorie « Assessment global » sur l'ensemble de son organisation comprenant le siège, les directions nationales, les 38 Directions régionales et les 658 établissements représentant un total de 165 000 personnes.

La seconde entreprise visitée est le groupe privé APICIL qui a obtenu le Grand Prix France Qualité Performance pour l'utilisation volontariste du référentiel EFQM en 2015, après une première distinction régionale en 2014. APICIL, groupe de protection sociale (mutuelle, assurance, prévoyance), a progressé rapidement dans sa démarche stratégique qu'elle a réussi à formaliser et à déployer en seulement 3 ans.

Bien qu'il s'agisse de secteurs non hospitaliers, la réflexion initiale, la méthode et l'organisation sous-tendue par ces deux modèles français de réussite sont d'un intérêt certain pour le secteur hospitalier, qui a défaut de tout importer, peut s'inspirer des bonnes pratiques managériales extérieures à son champ de spécialité.

De plus, afin de comprendre la mise en place concrète de l'EFQM dans un hôpital, la visite de l'hôpital public de Luxembourg (CHL), primé au niveau européen, a été réalisée. Le CHL et le CH de Melun sont de taille comparable avec un case-mix d'activités relativement proche. L'hôpital Luxembourgeois est un établissement de Médecine, Chirurgie, Obstétrique (MCO) de taille moyenne, composé de 2 000 agents, avec 161 000 journées d'hospitalisation et 32 000 passages aux urgences adultes. A Melun, 2 026 agents sont présents - personnels médicaux et non médicaux compris -, 199 139 journées

---

<sup>24</sup> Voir annexes n°1,2 et 3

d'hospitalisation ont été effectuées en 2015 et les urgences adultes représentent 40 000 passages par an.

Enfin, des entretiens avec la responsable qualité, le président de la CME, des cadres du centre hospitalier de Melun ont été menés pour la réalisation d'un dossier EFQM pour le CH de Melun. Ce document doit être un document de travail initial avant une éventuelle application pour l'obtention d'un prix au niveau national. Sa conception a permis d'identifier les atouts mais également les difficultés et limites de la démarche au sein d'un CH français.

L'intérêt de ce mémoire pour le métier de Directeur d'Hôpital tient en trois points essentiels. Premièrement, le référentiel EFQM prétend pouvoir équilibrer en termes de pilotage et de visibilité la « performance économique » et la « performance qualité ». Or, le Directeur d'Hôpital (DG ou adjoint) est un manager. Il doit ainsi donner du sens et adopter une stratégie qui engage la conduite de l'hôpital non seulement sur le court terme mais également sur le moyen et le long terme. Une telle conception du métier de Directeur se matérialise sur les questions budgétaires par le Plan global de financement pluriannuel (PGFP) d'une durée de cinq ans. Le référentiel EFQM cherche à atteindre un niveau de prospection équivalent en matière de pilotage de la qualité.

Deuxièmement, l'approche EFQM permet de rapprocher, à l'hôpital, les cultures médicales, soignantes et de direction en diffusant une approche qualité aux décisionnaires et en propageant, dans le même temps, une perspective managériale au plus grand nombre. L'EFQM peut ainsi être un outil d'accompagnement au changement organisationnel au service des équipes de Direction<sup>25</sup> et de l'encadrement<sup>25</sup>.

Troisièmement, l'engagement dans une démarche EFQM peut être intéressante en termes d'affichage et de visibilité. Des prix faisant l'objet de cérémonies de récompense ont lieu chaque année pour toutes les organisations qui ont réussi à améliorer la performance de leur organisation et la qualité de leurs services grâce à la démarche EFQM, tous secteurs confondus. Au niveau régional, lorsque des clubs de benchmark sur la qualité existent, comme le Mouvement Français pour la Qualité Rhône-Alpes, des prix peuvent être décernés. Au niveau national, le prix de l'excellence EQFM a été remis au Sénat par le troisième personnage de l'Etat, le président Gérard LARCHER en mars 2016. Enfin, au niveau européen, deux catégories de prix sont remises en fonction des scores obtenus : le niveau 1 avec le C2E « Engagement vers l'Excellence »

---

<sup>25</sup> Thierry Nobre, C. Merdinger-Rumpler "Quelles étapes pour la conduite du changement à l'hôpital? ", Gestion 2000, Vol. 3, n° 11, mai 2011

et le niveau 2 avec le R4E « Reconnaissance de l'Excellence » comprenant lui-même une distinction allant de 1 à 5 étoiles.

En France, la qualité à l'hôpital s'est concentrée sur les processus de soins tandis que les exigences en matière de management et de résultats n'ont pas hérité de référentiel normatif de même niveau d'exigence (I). Le modèle EFQM s'attache à réconcilier qualité et management à travers la recherche d'un « quality-mix » (II). L'étude des conditions de réussite de la démarche EFQM dans les entreprises et au CH de Luxembourg permet d'identifier trois points incontournables pour sa mise en place (III). Une ébauche de matrice EFQM au CH de Melun permet de jauger les forces et faiblesses du modèle avec plus de précisions (IV).





# 1. Management et qualité à l'hôpital : deux sphères encore très hermétiques en France

---

## 1.1 Historique de la qualité à l'hôpital : Le choix des processus de soins plutôt que du management et des résultats

**L'idée que les hôpitaux doivent rendre des comptes sur la qualité de leurs prises en charge a émergé au gré de crises successives qui ont ému la société civile.** Dans l'opinion publique, on passe progressivement de l'image du médecin paternaliste « omniscient » à celle d'un milieu hospitalier secret, donc nécessairement suspect. Deux événements majeurs vont contribuer à faire de la qualité à l'hôpital un sujet incontournable en France. Le premier concerne la presse écrite qui généralise à la fin des années 1990 un nouveau genre de classement, le palmarès des hôpitaux (Sciences et Avenir, le Figaro et le Point) qui compare les établissements de santé entre eux et connaît un franc succès malgré des méthodes et critères retenus loin d'être incontestables. Le second événement concerne les infections nosocomiales avec le très médiatique scandale de la clinique du sport qui éclate en 1997. On apprend qu'entre janvier 1988 et mai 1993, des interventions chirurgicales bénignes auraient été effectuées avec des instruments d'endoscopie mal stérilisés entraînant jusqu'à la paralysie de certains patients. Dans les deux cas, l'opacité du système de santé est dénoncée, le droit à la transparence ainsi qu'à l'information du patient est affirmé.

**En réponse à cette pression sociale, des normes de qualité privilégiant les processus de prise en charge et leur traçabilité plutôt que les résultats et le management sont élaborées.** Mené par l'administration et guidé par la recherche de consensus, le projet de recherche COMPAQH (Coordination pour la Mesure de la Performance et l'Amélioration de la Qualité Hospitalière) décide la mise en place d'Indicateurs Qualité (IQ) ayant des propriétés bien spécifiques. Les dimensions retenues de la qualité mesurent les processus et traçabilité de la prise en charge d'après les informations recueillies dans des documents administratifs, notamment le dossier patient, le dossier anesthésique, les réunions de concertation pluridisciplinaires. Ils ne mesurent pas les résultats du soin<sup>26</sup> qui font l'objet de désaccords majeurs au sein de la

---

<sup>26</sup> Exception faite des infections nosocomiales

commission. Certains indicateurs cliniques de résultats, pourtant utilisés par l'OCDE, sont éliminés en raison de problèmes métrologiques susceptibles de remettre en cause leur acceptabilité et légitimité auprès des professionnels en France. Ainsi, on n'inclut pas dans les indicateurs qualité le taux de mortalité à l'hôpital dans les 30 jours après une admission pour infarctus aigu du myocarde (IAM) ou pour AVC ischémique, les complications chirurgicales (corps étranger laissé dans l'organisme pendant l'opération, taux de septicémie post-opératoire, taux d'embolie pulmonaire et de thrombose veineuse profonde postopératoire) ou encore le taux de réadmission non programmé d'un patient hospitalisé dans les 30 jours ... Le périmètre de l'évaluation est également caractéristique de ce consensus recherché. Les IQ mesurent la qualité à l'échelle de l'établissement de santé plutôt qu'à l'échelle des services ou des praticiens hospitaliers afin d'éviter des remises en cause d'équipes ou de personnes. La qualité du management, entendu dans sa double dimension d'organisation et d'évaluation des résultats, est, elle, absente<sup>27</sup>.

Malgré l'évolution continue des indicateurs - la Loi HPST rend, par exemple, obligatoire la publication du délai d'envoi du courrier de sortie au médecin traitant, et la V2010 de la HAS a introduit une petite partie sur le management de l'établissement- la philosophie initiale consistant à exclure le management et les résultats du champs mesurable et mesuré de la qualité perdure. Ce choix constitue une singularité à l'échelle des pays de l'OCDE.

## 1.2 La singularité de la France par rapport à ses voisins

**Une brève comparaison avec nos voisins européens permet de s'apercevoir que le dispositif français de mesure et de supervision de la qualité connaît un certain retard (P-L. Bras, 2012) tant du point de vu des indicateurs de résultats que du management par la qualité.** En Angleterre, au Luxembourg et en Allemagne, les indicateurs de résultat en matière de qualité font partie intégrante de l'évaluation de la « performance qualité » des hôpitaux. En Allemagne, les 400 indicateurs retenus pour trente domaines cliniques permettent de mesurer à la fois le respect des bonnes pratiques et l'atteinte de résultats tels que le taux de complication opératoire, le taux de complications postopératoires, le taux de mortalité<sup>28</sup>. De surcroît, depuis 2005, un rapport sur la qualité des prises en charge doit être présenté tous les deux ans par chaque hôpital et doit comprendre une explication des résultats obtenus pour 182 des 400 indicateurs. En Angleterre, trois niveaux complémentaires permettent de suivre la performance

---

<sup>27</sup> Bertillot Hugo, *La rationalisation en douceur. Sociologie des indicateurs qualité à l'hôpital*, Thèse de doctorat en sociologie, Institut d'Etudes Politiques de Paris, 2014.

<sup>28</sup> Aqua Institute, *German hospital quality report 2010*, Göttingen, 2011.

qualité : les indicateurs cliniques, les indicateurs retraçant l'expérience des patients et les indicateurs visant à mesurer l'expérience de leur travail par les soignants. Certaines prises en charge sont systématiquement associées à des indicateurs de résultats (taux de réadmission, taux de mortalité) et un taux de mortalité global par établissement est connu de tous : c'est le « *summary hospital-level mortality indicator* ». Une enquête auprès des patients hospitalisés permet également de mesurer le niveau de satisfaction des « clients » et d'obtenir des données qualitatives sur le ressenti lié à l'hospitalisation (qualité de la nourriture, temps d'attente, relations avec le personnel soignant, qualité de l'information dispensée lors de sa sortie, etc. ...). Enfin, un questionnaire similaire est présenté au personnel soignant et concerne la satisfaction au travail, les conditions de travail, la qualité du management de proximité, les possibilités de formation et de développement, la manière dont sont gérés les incidents, etc. ... De même, au Luxembourg, les indicateurs de qualité et de performance vont de « l'incidence annuelle des infections urinaires par 1 000 journées de sondage urinaire en soins intensifs » à des indicateurs sur le personnel tel que le « taux d'absentéisme annuel global »<sup>29</sup>.

**Les dispositifs qualité chez nos voisins européens ne se contentent pas d'indicateurs de santé, ils comprennent également des initiatives hospitalières d'amélioration du management par la qualité totale.** En 1998, le Ministère Allemand de la Santé a mis en place un projet pilote de trois ans appelé « Le Management par la qualité dans les Hôpitaux »<sup>30</sup> en se basant sur le modèle d'excellence managériale de l'EFQM. Depuis 1997, des conférences annuelles sur le management par la qualité sont animées par les université de Heidelberg (école de médecine) et de Bielefeld (école de santé publique) et rassemble tous les professionnels du domaine pour favoriser le benchmark dans le secteur hospitalier et partager les meilleures pratiques. En Angleterre et au Luxembourg, l'utilisation de l'EFQM a été imposée par les autorités.

Si le management par la qualité ne se réduit pas à l'EFQM, ce modèle institutionnalisé, éprouvé et durable sert souvent d'étalon pour l'hôpital chez nos voisins. En France, cependant, le management par la qualité totale n'a pas eu le succès escompté.

---

<sup>29</sup> Cf annexe 4

<sup>30</sup> Dehnavieh Reza et al., *EFQM-based Self-assessment of Quality Management in Hospitals Affiliated to Kerman University of Medical Sciences*, International Journal of Hospital Research 2012, 1(1):57-64.  
Moeller J, Sonntag AK. *Evaluation of health services organizations – German experiences with the EFQM Excellence approach in healthcare*. The TQM Magazine 2001, 13(5):361-67.

### 1.3 Les raisons d'un échec du management par la qualité totale en France

**Il convient de différencier, d'une part, les réserves qui seraient spécifiques au monde hospitalier et, d'autre part, les raisons contextuelles qui se sont imposées à l'hôpital.** En ce qui concerne la communauté hospitalière, trois arguments reviennent dans la littérature et au cours des entretiens qui ont été menés. Premièrement, un scepticisme culturel règne quant à la pertinence de l'utilisation, dans les hôpitaux français, d'un type de management venant initialement de l'industrie. Ce doute s'appuie, notamment, sur la spécificité revendiquée du domaine de la santé en règle générale, et de l'hôpital en particulier<sup>31</sup>. Les établissements de santé produiraient un service qui serait peu standardisable car multiple (entre 600 et 1 500 types de prise en charge selon le degré de finesse de la classification) et singulier (il traite d'êtres humains, chacun différent et aux conditions physiques et psychiques inimitables). D'où une opposition grande à ce management jugé inapproprié. Deuxièmement, la difficulté de prouver que les résultats sont systématiquement la conséquence déterministe d'actions entreprises constitue également une critique vive contre les modèles de management par la qualité totale. Enfin, la complexité du modèle EFQM qui demande le déploiement d'une ingénierie importante, du moins, dans un premier temps (directeur qualité, ingénieurs qualité), n'aide pas à une appropriation spontanée, surtout quand le contexte est déjà important en termes d'obligations et que les finances des hôpitaux sont exsangues.

A ces trois sujets, une réponse peut être apportée. D'une part, l'EFQM ne nie pas la spécificité du service fourni par les hôpitaux, il s'attache, cependant, à mettre en valeur les bonnes pratiques internes et externes au milieu hospitalier et à instaurer une dynamique projet qui permet à l'organisation hospitalière de mieux s'adapter à son environnement. D'autre part, la démarche EFQM, éprouvée dans de nombreux domaines et à diverses occasions arrive à montrer, par l'exemple, que les progrès sur les facteurs permettent, à terme, l'amélioration des résultats. Par exemple, si on s'attarde sur le personnel, il est admis que la qualité des conditions et des relations de travail (critères 3 et 7 sur le personnel) est un gage de qualité des soins<sup>32</sup> (critère 6 sur les clients et critère 9 sur les résultats clés). De plus, comme l'indique P-L Bras, les indicateurs sur le personnel « jouent un rôle de garde-fou, ils constituent un signal d'alerte si, dans certains établissements, les managers visaient l'efficacité économique au détriment des

---

<sup>31</sup> Minvielle Étienne, « De l'usage de concepts gestionnaires dans le champ de la santé. Le cas de la qualité hospitalière », *Revue française de gestion* 5/2003 (n° 146), p. 167-189

<sup>32</sup> Y. Brunelle, « Les hôpitaux magnétiques : un hôpital où il fait bon travailler en est un où il fait bon se faire soigner », *Pratiques et Organisation des soins*, 40, 1, janvier-mars 2009.

conditions de travail »<sup>33</sup>. Enfin, si le coût d'entrée dans la démarche EFQM peut nécessiter une certaine expertise (consultant, recrutements dans le service qualité), le retour sur investissement se fait au bout de quelques années avec le renforcement des processus et l'amélioration des résultats cliniques, de la satisfaction du patient et de celle du personnel.

**Cependant, le contexte hospitalier fort contraignant des années 90 et du début des années 2000 est, sans doute, l'un des principaux facteurs explicatifs de l'échec des mouvements par la qualité totale en France.** La primauté des questions financières et la « course » au respect des nouvelles exigences réglementaires en matière de qualité pour rattraper un certain retard pris sur la question ont pu saturer l'espace et diminuer les possibilités d'initiative. L'attention de la communauté hospitalière s'est focalisée sur les questions d'ordre financière avec la préparation, la mise en place, puis le passage progressif de la T2A à 100 % en Médecin, Chirurgie et Obstétrique. Cette réforme a radicalement changé le fonctionnement des hôpitaux. Les performances économiques sont mesurées (compte annuel, EPRD ...) et sanctionnées (Plan de Retour à l'Equilibre, administration provisoire), le suivi financier par les autorités de tutelle est plus strict. Au sein des établissements, les tableaux de bord se généralisent et le dialogue de gestion avec les chefs de service devient la norme. « La dotation globale, c'était la liberté » résume le président du Mouvement pour la Défense de l'Hôpital Public (MDHP)<sup>34</sup>. Cette réforme, qui a fait l'objet d'oppositions majeures, a nécessité la mobilisation de ressources importantes au sein des établissements qu'elles soient d'ordre technique (recrutement ou formation d'un médecin DIM puis d'équipes de TIM), financières ou organisationnelle (recomposition de l'offre pour augmenter l'activité). Parallèlement, les exigences en matière de qualité se sont imposées aux hôpitaux de manière croissante, tout en se multipliant (les accréditations, les différentes certifications HAS, etc. ...). Ces normes obligatoires sont très exigeantes et chronophages. Enfin, une faible implantation de l'EFQM en France, y compris dans le secteur privé, peut expliquer que le modèle n'ait pas particulièrement pénétré le milieu hospitalier.

Ainsi, pour des raisons à la fois historiques, culturelles et contextuelles, le management hospitalier n'a pas été associé, en France, à la qualité hospitalière. La sphère qualité et sécurité des soins s'est construite indépendamment, se concentrant sur les processus de soins et leur standardisation, évitant ainsi les problèmes de métrologie. Cependant, chez certains de nos voisins européens, les deux versants de la qualité – processus de soins et management par la qualité orienté résultats - ont été abordés de

---

<sup>33</sup> P.-L. Bras, *Hôpitaux : vers un même niveau d'exigence pour la performance qualité que pour la performance économique ?* Les Tribunes de la santé, 2012/2 (n°35).

<sup>34</sup> Rapport d'étape sur l'évolution du mode de financement des établissements de santé (Mission Véran)

pair. Face aux exigences grandissantes qui se présentent devant le système hospitalier (ONDAM, absentéisme, démocratie sanitaire), il apparaît plus que jamais nécessaire de penser un modèle de management englobant et équilibré. C'est l'objectif affiché de l'EFQM.

## 2. Réconcilier qualité et management par l'utilisation de la démarche EFQM

---

### 2.1 La compatibilité du modèle EFQM avec les valeurs et les contraintes actuelles de l'hôpital

**Bien que la terminologie de l'EFQM, parfois qualifiée de « pro business », peut sembler, de prime abord, antinomique avec la vision traditionnelle du secteur public, les principes fondamentaux de l'EFQM sont bien conformes aux valeurs de l'hôpital public.** Le modèle EFQM est historiquement issu du secteur privé. Il parle de clients et non de patients, et il promeut la création de valeur ajoutée. Pourtant, malgré cette sémantique parfois rédhibitoire, notamment pour les professions médicales<sup>35</sup>, le modèle EFQM est suffisamment précis dans sa philosophie et souple dans sa déclinaison opérationnelle qu'il semble, a priori, réutilisable, tel quel, dans la fonction publique hospitalière.

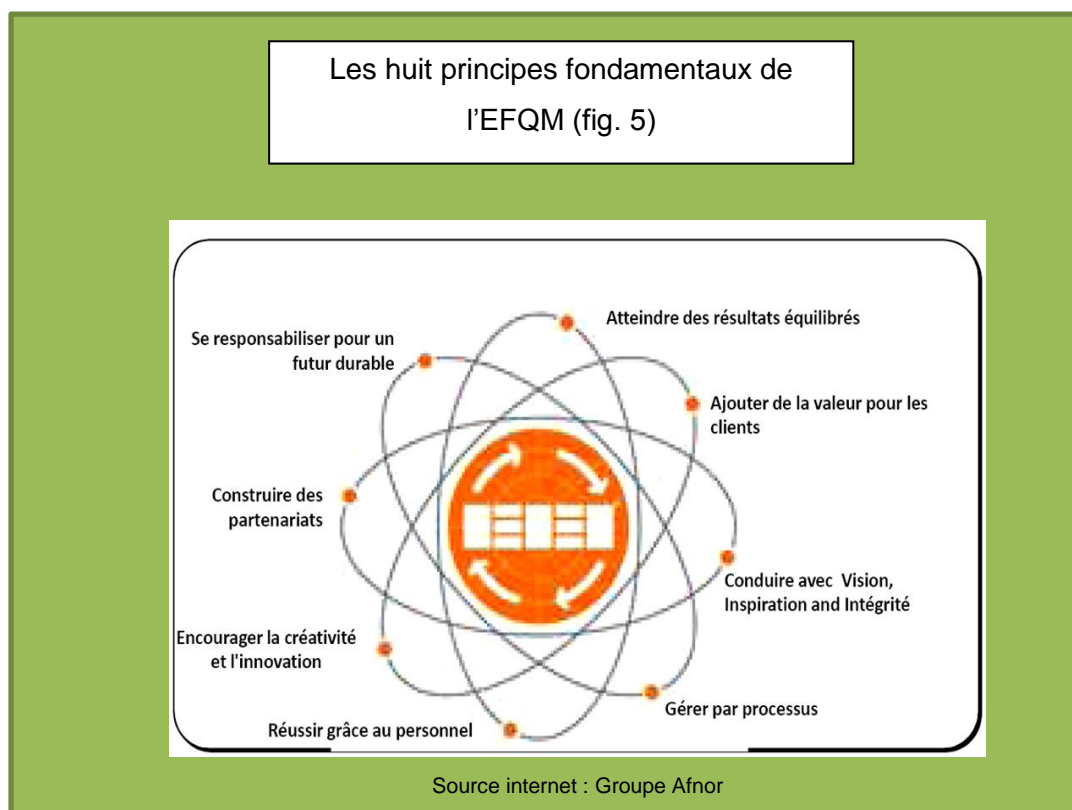
Ces principes, au nombre de huit, peuvent être regroupés en trois groupes représentatifs des valeurs hospitalières : la solidarité (réussir grâce au personnel, construire des partenariats), le dévouement (atteindre des résultats équilibrés, ajouter de la valeur pour les clients) et l'excellence (gérer par processus, se responsabiliser pour un futur durable, encourager la créativité et l'innovation, conduire avec vision, inspiration et intégrité).

Dans le respect du service public, le modèle concentre son attention sur les patients et leur famille (durée d'attente raisonnable, taux de ré-hospitalisation, information suffisante du patient). L'EFQM insiste, également, sur les changements organisationnels et les interfaces permettant d'améliorer le service offert tout en s'assurant que les deniers publics sont utilisés au mieux (vision hospitalière de la justification au 1<sup>er</sup> euro, liens entre processus et résultats, auto-évaluation systématique.). Enfin, le modèle EFQM intègre pleinement le personnel aux indicateurs dans le cadre d'une responsabilité sociétale assumée (formation et gestion des compétences, satisfaction du personnel).

---

<sup>35</sup> Cf. annexe 3 pour l'entretien avec le CH de Luxembourg (CHL)

Ainsi, si l'inspiration initiale du modèle vient du privé industriel, les principes fondamentaux de l'EFQM sont bien conformes au service public, aussi bien du point de vue du manager hospitalier que du personnel et du patient.



**Plusieurs articles publiés au début des années 2000 indiquent, par des études empiriques, les apports du modèle EFQM pour la qualité dans les hôpitaux.** Ces résultats concernent aussi bien les processus que les résultats. Au Pays Basque espagnol, les processus se sont considérablement améliorés en sept ans (de 1997 à 2003), et la satisfaction client, notamment concernant l'information du patient est devenue l'une des toutes meilleures du pays dans le cadre du passage à l'EFQM<sup>36</sup>. En Angleterre, le questionnement des équipes sur les indicateurs de qualité et les méthodes à adopter pour les améliorer ont pu être un élément moteur pour de meilleures prescriptions données aux patients<sup>37</sup>. D'autres avantages du modèle EFQM sont bien documentés. On peut notamment citer de meilleures prescriptions données aux patients<sup>38</sup>, la plus grande

<sup>36</sup> Sanchez Elena et al., A descriptive study of the implementation of the EFQM excellence model and underlying tools in the Basque Health Service, *International Journal for quality in Health Care*, Colume 18, 2006.

<sup>37</sup> Jackson S, Bircher R. Transforming a run down general practice into a leading edge primary care organisation with the help of the EFQM excellence model. *Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv* 2002; **15**: 255–267.

<sup>38</sup> Jackson S, Bircher R. Transforming a run down general practice into a leading edge primary care organisation with the help of the EFQM excellence model. *Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv* 2002; **15**: 255–267.



motivation des équipes<sup>39</sup>, l'amélioration des processus grâce à un bon système d'identification des problèmes et de suivi des plans d'action<sup>40</sup>41.

Au Luxembourg, dès 2012, un bilan des dix années d'utilisation de l'EFQM dans les hôpitaux a été réalisé par des experts du Comité National de la Coordination de la Qualité des Prestations Hospitalières ; organe luxembourgeois de tutelle des établissements de santé en matière de qualité. Ils notent, plus particulièrement, le travail effectué sur les résultats avec des tableaux de bord d'indicateurs où l'on peut lire l'efficacité des actions et parfois la performance des principaux processus. Surtout, la structuration du management autour de la qualité a permis de développer la professionnalisation du management des hôpitaux (augmentation des exigences et compétences demandées aux cadres, formations au management et au leadership, utilisation et compréhension plus approfondie des tableaux de bord, benchmark plus systématique).

**Enfin, les utilisateurs de la démarche EFQM identifient de nombreux changements concrets dans leur fonctionnement depuis leur engagement dans la démarche.** Dans le cas du CH du Luxembourg, l'EFQM leur a été imposé par les autorités de tutelle. Néanmoins, la responsable qualité et la Directrice des soins relèvent cinq points forts à la démarche :

- 1) Donner du sens quant-au projet de l'établissement, ses priorités et ses échéances sur 3 à 4 ans. « Dans notre CH, les gens ont envie de montrer ce qu'ils font, ils sont assez volontaires et entreprenants pour répondre à la direction fixée »<sup>42</sup>.
- 2) Faire évoluer le concept de gestion des ressources humaines. L'agent n'est pas seulement un salarié mais est aussi un collaborateur. L'établissement doit être le meilleur endroit où travailler pour lui et il faut veiller à ce qu'il reste compétent. A cet effet, le CHL a, notamment, mis en place un plan de formation managériale pour tous les managers avec un tableau de suivi trimestriel de la performance (délai de recrutement, % d'annulation de formation, etc. ...) d'ordre plus qualitatif.
- 3) Une approche satisfaction des patients (enquête nationale 2008 puis enquête CHL 2012, et questionnaire à chaud pour les patients tout au long de l'année) pour pouvoir suivre l'impact des politiques menées dans le cadre de

---

<sup>39</sup> Stewart A. An investigation of the suitability of the EFQM Excellence Model for a pharmacy department within an NHS Trust. *Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv* 2003; **16**: 65–76.

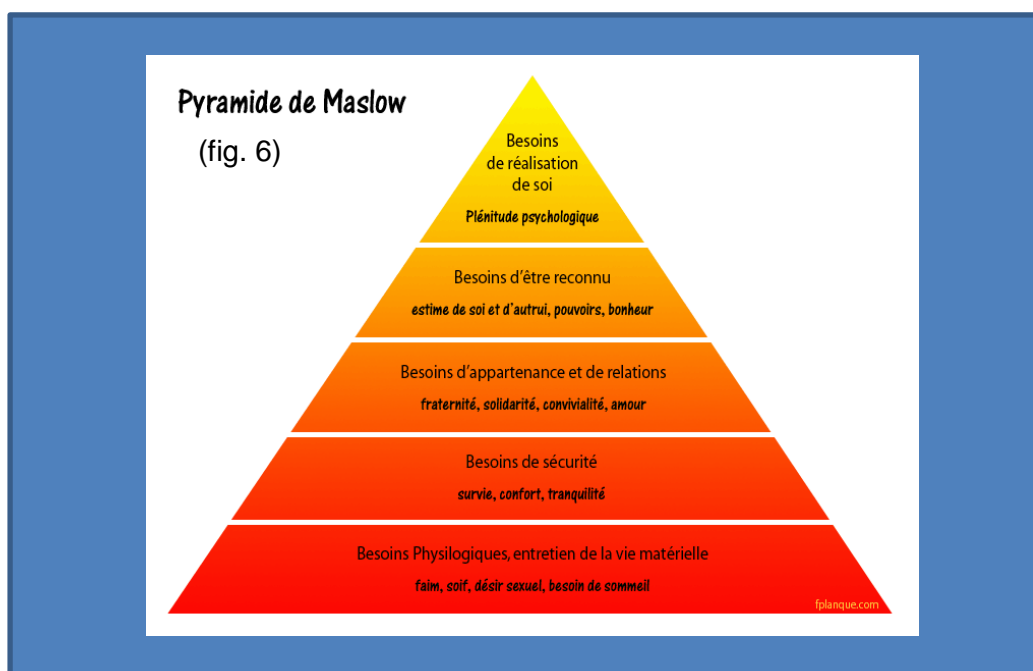
<sup>40</sup> Holland K, Fennell S. Clinical governance is 'ACE' – using the EFQM excellence model to support baseline assessment. *Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv* 2000; **13**: 170–177.

<sup>41</sup> Jackson S., Exploring the possible reasons why the UK Government commended the EFQM (European Foundation for Quality Management) excellence model as the framework for delivering governance in the new NHS. *Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv* 1999; **12**: 244–253.

<sup>42</sup> Cf annexe n°3

l'EFQM a été systématisée. Au CH de Luxembourg, il y a un ou deux référents EFQM dans chaque équipe qui définissent librement la méthode pour atteindre de bons résultats. Une meilleure gestion des plaintes avec une plus grande implication des personnels est également opérationnelle. Auparavant, les agents redirigeaient, voire conseillaient les patients d'aller se plaindre auprès de la Direction. Aujourd'hui, il y a des référents dans l'équipe dont le rôle est de résoudre directement les plaintes (délégation et responsabilisation des agents). Le constat est identique au groupe La Poste. « Chaque collaborateur, à son niveau est jugé responsable. La qualité que l'on s'impose en interne, on l'applique au client ensemble dans une solidarité collective. C'est pourquoi il est important de présenter l'ensemble du projet aux collaborateurs avec une incitation au dépassement de tâche » selon Yves Galvez, responsable de l'application de l'EFQM au groupe La Poste.

4) Depuis l'EFQM, la satisfaction personnelle est devenue l'une des priorités. Les actions menées ont permis d'augmenter la satisfaction. Quand on observe les aspirations du personnel du CHL au regard de la pyramide de MASLOW, on s'aperçoit qu'elles sont passées d'un besoin de sécurité (1ère enquête) à un besoin d'être reconnu (2<sup>e</sup> enquête) grâce à des actions prises entre les deux enquêtes.



5) Avant, quand il y avait un problème, les agents trouvaient souvent des explications pour ne pas changer leur fonctionnement. Maintenant, le CHL a une approche systémique qui permet de mieux suivre et identifier ce qui a été fait et

comment. Les outils de management utilisés sont la méthode Ishikawa<sup>43</sup>, six sigmas, la méthode AMDEC (Analyse des modes de défaillance, de leurs effets, et de leur criticité), la méthode PDCA (Plan/Do/Check/Action). Ces méthodes ont été généralisées par la cellule qualité qui a fait des formations et a participé à des ateliers de résolution des dysfonctionnements<sup>44</sup>.

### Diagramme de cause à effet ou diagramme Ishikawa (fig.7)

Objectif : Travail de groupe consistant à classer par familles et sous-familles, de façon claire, toutes les causes identifiées d'un effet observé. Le diagramme se présente sous forme d'arborescence en arête de poisson.

Déroulement : Suite à un brainstorming où les causes sont mises en évidence :

1 - Définir les familles de causes autour des 5M

Main d'œuvre : Qualification, absentéisme, formation, motivation

Matériel : Machines, outillage, capacité...

Matière : Matière première, documents, données informatiques...

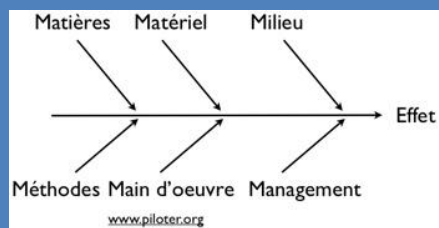
Méthode : Règles de travail, procédures, protocoles, façons de faire...

Milieu : Infrastructure, espace, bruits, éclairage, température...

2 - Affecter chacune des causes du problème à l'une des familles : Si les causes sont nombreuses à l'intérieur d'une famille, définir des sous-familles ou sous causes : ex : dans la famille Formation (formation initiale, formation professionnelle...)

3 - On peut rechercher des causes plus fines ; il s'agit alors de « descendre » dans le détail de chacune des causes principales.

4 - Structure d'un diagramme de cause et effet



- *Matières*  
Les entrées : matières premières, sous-ensembles...
- *Matériel*  
Les matériels de production et de suivi
- *Milieu*  
Le contexte de travail
- *Méthodes*  
Méthodes Techniques et procédures
- *Main-d'oeuvre*  
Le personnel
- *Management*  
Le management des hommes

Le modèle EFQM semble donc compatible avec les hôpitaux publics tant dans ses principes que dans ses apports. L'adéquation de la démarche aux hôpitaux est d'autant

<sup>43</sup> Cf. annexe n° 5

<sup>44</sup> Cf. annexe n°3

plus importante qu'elle répond aujourd'hui à un besoin de pilotage rééquilibré entre « performance économique » et « performance qualité ».

## **2.2 L'EFQM ou comment rééquilibrer « performance qualité » et « performance économique »**

**La démarche EFQM possède une force stratégique indéniable : elle associe pilotage qualitatif et pilotage économique dans un document unique et synthétique qui priorise les objectifs ; c'est le « Balanced Scorecard » (BSC) ou le tableau de bord prospectif.** Un BSC est un système de planification et de contrôle stratégique. La logique est que pour atteindre les objectifs financiers, il faut d'abord satisfaire les besoins des clients (patients, famille, médecins de ville ...), ce qui nécessite la définition et la mise en place de processus internes efficaces et une capacité d'innovation et d'adaptation de l'organisation. Cet outil est utilisé depuis le milieu des années 1990 dans le secteur privé, notamment les grandes entreprises<sup>45</sup>. Il a été élaboré par Norton et Kaplan et publicisé dans une série de trois articles de la Harvard Business Review en 1992 : « The Balanced Scorecard, Measures that drive performance ». Ce qui rend cet outil à nouveau d'actualité est son très faible usage dans l'administration public et le besoin croissant qu'ont les hôpitaux publics français à rééquilibrer la finance avec la qualité aussi bien en termes de pilotage que de visibilité institutionnelle<sup>46</sup>.

**Le BSC s'organise autour de quatre axes - finance, processus internes, organisation apprenante, clients – définis par le Directeur général et partagé par l'équipe de direction.**

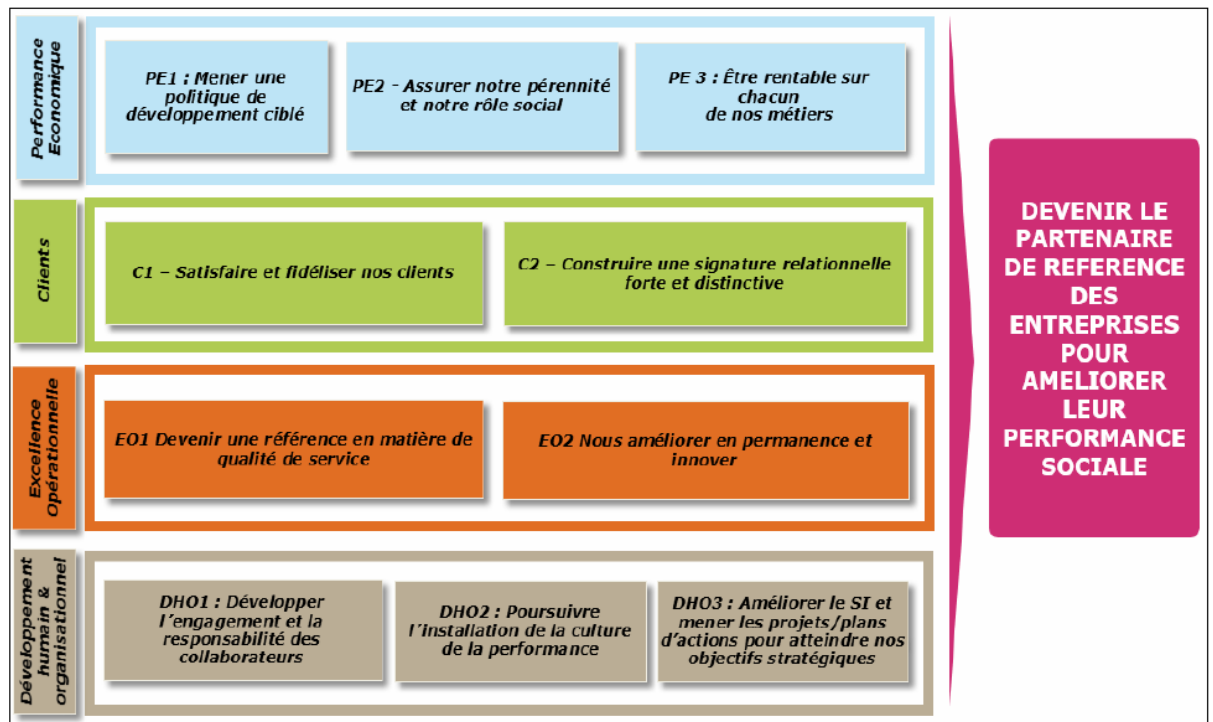
L'axe « finance » comprend, notamment, l'activité envisagée (chiffres d'affaires), les économies à réaliser, les investissements souhaités. La perspective « processus internes » comprend l'efficacité du cycle de production, la gestion des événements indésirables, la réduction du temps d'attente des patients. Le champ de « l'organisation apprenante » prend en compte la capacité d'adaptation de l'établissement telle qu'une offre de soins nouvelle mais aussi le taux d'absentéisme et le nombre de jours de formation. L'axe « client » correspond au degré de satisfaction, au taux de réclamation, à la part de marché.

---

<sup>45</sup> Plus de 499 salariés

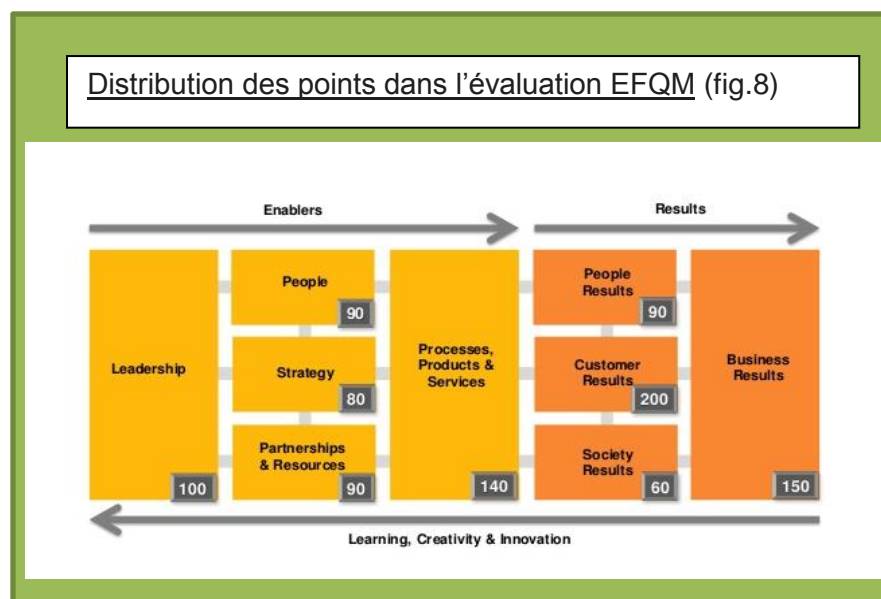
<sup>46</sup> Nobre. Thierry, Quels tableaux de bord de pilotage pour l'hôpital ? 21<sup>e</sup> Congrès de l'AFC, Mai 2000, France

Par la suite, les actions menées dans l'établissement devront être alignées sur ces buts stratégiques. Le référentiel EFQM permet alors de systématiser ce déploiement. L'une des rencontres avec le groupe APICIL illustre très bien cette utilisation de la BSC.



### 2.3 Une approche résultats qui s'attache à expliciter les liens de cause à effet

Une démarche EFQM regarde en priorité les résultats tout en les liant, tant que faire se peut, aux moyens développés. Parmi les résultats, ceux concernant les clients sont les plus prépondérants (200 points sur 500).



Si on s'arrête, un instant, sur les résultats clients, on remarque qu'il s'agit principalement de :

- La perception des patients (enquêtes)
- L'évolution des réclamations clients (nombre et taux de résolution)
- Le taux de décrochage des appels au standard, le temps d'attente au standard
- L'évolution des parts de marché (par spécialité, zone d'attractivité, taux de fuite)
- Le temps d'attente moyen pour un RDV en consultation
- Le temps d'attente moyen pour une prise en charge aux urgences,

En fonction de la stratégie de l'établissement, l'hôpital peut choisir d'insister sur certains types d'indicateurs plutôt que d'autres. Par exemple, s'il s'agit de redévelopper la compétitivité de l'établissement en matière de chirurgie orthopédique, on s'appuiera plus particulièrement sur les points suivants :

- La perception des patients (sur les chirurgiens orthopédiques, sur la qualité des soins prodigués, sur la préparation et le suivi de l'opération, sur la qualité des informations fournies)
- L'évolution des réclamations au bloc et leur résolution
- L'évolution de la part de marché de l'établissement sur cette spécialité chirurgicale

Autre exemple, si le but recherché est l'amélioration de la réputation/image de l'établissement aux yeux du public (patients, familles et amis, médecins de ville), l'attention sera plus portée sur :

- La perception des clients (notamment sur les informations fournies, la qualité des relations avec les personnels soignants et les médecins)
- La perception des médecins de ville (notamment sur la qualité des praticiens, la qualité des échanges entre professionnels, le contenu et le délai d'envoi du compte-rendu de sortie)
- Les publications de recherche dans les revues spécialisées
- L'évolution du nombre de réclamations patients et le taux de résolution
- Le taux de décrochage des appels au standard, le temps d'attente avant un décroché au standard
- Les partenariats et événements extérieurs (forums, conférences, programmes d'échanges) organisés

Dans tous les cas, c'est la stratégie initiale voulue par l'établissement, puis ordonnée dans le Balanced Score Card qui sera la base de détermination des indicateurs.

Objectifs	Indicateurs	Cible
Redévelopper la compétitivité de l'établissement en matière de chirurgie orthopédique	Taux de résolution des réclamations  Part de marché	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 91 %</li> <li>• + 5 %</li> </ul>
Améliorer la réputation/l'image du CH	Taux de décrochage des appels au standard  Publications de recherche dans les revues spécialisées	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 88 %</li> <li>• 10 par an dont 1 dans une revue internationale</li> </ul>

Les critères 6 à 9 renvoient aux facteurs de la 1ère partie du modèle (1 à 5). Par exemple, concernant les résultats « personnels » (critère 7) et notamment le développement professionnel, ils sont corrélés aux actions prises dans le facteur 3 sur le « personnel ». Dans son dossier EFQM, le groupe privé APICIL décrit ses actions de recueil de besoins de compétences (critère 3B avec la revue du personnel, l'incitation à la mobilité, le tutorat/coaching, l'accompagnement individuel, les groupes de résolution des problèmes), puis observe ses résultats en matière de perception du développement professionnel par les agents (panel de 914 personnes sur 2000 agents). Pour le groupe APICIL, le baromètre insistait sur la volonté de plus de travail participatif demandé par les collaborateurs. Ainsi, des ateliers dits « pépites » ont été mis en œuvre. Ils sont l'occasion de cibler deux ou trois problématiques sur lesquelles l'ensemble de l'équipe travaille. Lors des réunions d'équipe mensuelle, une partie est sur le repère mensuel qualité (EFQM), une autre partie concerne des problématiques internes propres au service. La partie participative du baromètre s'est alors améliorée.

Cette orientation « résultats », accompagnée du suivi des actions menées, peut permettre à l'hôpital d'améliorer, en parallèle, la qualité de son management et la qualité et la sécurité des soins : c'est l'idée d'un « quality-mix ».

## 2.4 Un nécessaire avènement du « quality-mix »

**L'évolution des débats et des mesures prises en matière de qualité hospitalière au Luxembourg est assez caractéristique de la recherche permanente d'équilibre entre qualité et sécurité des soins et qualité du management dans le secteur hospitalier (quality-mix).** Au Luxembourg, trois temps sont identifiables. Il y a d'abord eu une réflexion menée par la commission d'évaluation qui souhaitait mettre en place un programme incitant à la qualité au niveau national. En 1995, il a été décidé qu'une récompense allant jusqu'à 2% du budget serait attribuée aux établissements les plus vertueux en matière de qualité. Les indicateurs qui étaient suivis étaient le dossier patient (volet médical, soin, administratif), les protocoles d'infection nosocomiale, les programmes de mammographie, les paramètres de la douleur (assessment, prévention). A la fin, il y avait un classement qualité entre établissements puis un benchmark établi : Plus un établissement était loin du « best of class » (le 1<sup>er</sup> du classement), moins la somme reçue par cet établissement en matière de récompense qualité était importante.

Ensuite, en 2004, il y a eu une prise de conscience de la nécessité de ne pas réduire la problématique qualité aux soins. Les « programmes incitant qualité » sont alors intégrés à une démarche d'amélioration qualité globale évaluée sur le modèle EFQM. Une auto-évaluation, tous les 2 ans, a été instaurée dans le cadre de l'amélioration continue et des visites menées par des évaluateurs EFQM extérieurs ont lieu tous les 3 ans.

Enfin, une demande clinique plus importante et un refus du cantonnement au lexique managérial s'est développé avec le temps, notamment de la part des médecins. Depuis 2014, un système de quality-mix a donc finalement été mis en place (40% EFQM et 60% sécurité des soins) par les autorités de tutelle. Il était inconcevable de se passer de l'EFQM car il s'agissait de s'assurer de l'efficacité de l'utilisation de l'argent public d'un point de vue organisationnel.<sup>47</sup>

Si en France l'EFQM n'est pas porté par la Haute Autorité de Santé (HAS), l'idée d'un « quality-mix » se développe progressivement. Cependant, la partie managériale reste encore très marginale. Aujourd'hui, dans la version V 2014 de la HAS, seules 3 thématiques sur 21 concernent le management, soit 14 %.<sup>48</sup> La composition professionnelle du Collège de la HAS dont les  $\frac{3}{4}$  des membres sont médecins<sup>49</sup> expliquent, peut-être, en partie, la faible importance accordée au management. Au Luxembourg, le Comité National de la coordination de la Qualité des prestations

---

<sup>47</sup> Cf. annexe n°3, entretien avec le CHL

<sup>48</sup> La thématique « gestion du risque infectieux » est difficilement assimilable au management tel qu'envisagé par l'EFQM et se rapporte plus à une pratique médicale ou de soins (maîtrise du risque infectieux, bon usage des antibiotiques, hygiène des locaux)

<sup>49</sup> 6 médecins, 1 IGAS, et 1 Directeur d'hôpital. [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_434776/fr/composition-du-college-de-la-haute-autorite-de-sante](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_434776/fr/composition-du-college-de-la-haute-autorite-de-sante)



hospitalières (CoNaQual-PH) intègre, de façon équilibrée, membres du ministère, médecins, directeurs, et représentants de l'assurance maladie. Néanmoins, une attention croissante à cette thématique se fait jour aujourd'hui en France et il conviendrait, sans doute, d'avancer pas à pas vers un modèle mixte HAS/EFQM si les autorités de tutelle s'emparaient de cette démarche. L'EFQM ou un modèle s'en inspirant, pourrait donc, à terme, être adossé au modèle HAS existant déjà.

Ainsi, l'EFQM répond, d'une part, à une exigence de rééquilibrage du pilotage des hôpitaux entre finance et qualité, et, d'autre part, à un besoin de complémentarité dans la conception de la qualité qui doit s'occuper à la fois de la sécurité des soins (processus mais aussi résultats) et du management. Une fois l'utilité de l'EFQM à l'hôpital avérée, il convient alors de se questionner sur les conditions de réussite de la démarche.



# 3. Les conditions de réussite de la démarche EFQM à l'hôpital : Exemple du CH de Luxembourg enrichi des groupes La Poste et Apicil

---

Au cours des visites réalisées à la Branche Services Courriers-Colis de La Poste, au groupe de protection sociale APICIL et au Centre Hospitalier de Luxembourg, un même questionnaire semi-directif a été utilisé. La grille de questions s'organisait en 4 étapes : l'introduction dans la démarche EFQM, le pilotage, la mise en œuvre, le bilan et les perspectives. Un intérêt tout particulier a été donné à la démarche EFQM à l'hôpital de Luxembourg, établissement public de santé, proche dans son fonctionnement et ses activités du CH de Melun. Les entretiens ont permis de dégager trois jalons indispensables à la réussite de la démarche EFQM à l'hôpital : (1) l'impulsion de l'équipe de direction et du Directeur général, (2) un pilotage transversal et une cellule qualité renforcée, (3) une auto-évaluation et un retour d'expérience systématique.

## 3.1 Une impulsion importante de la direction et du Directeur Général

**L'impulsion de la Direction Générale peut prendre la forme d'une implication personnelle du Directeur dans le déclenchement de la démarche EFQM.** Au groupe APICIL, par exemple, la démarche EFQM a été mise en place grâce à une double impulsion de membres de la direction nouvellement installés. Un nouveau DG, Philippe BARRET, arrive en 2011 en provenance de Réunion (groupe paritaire de protection sociale) où il était déjà très engagé dans la démarche qualité. Peu de temps après, le nouveau Directeur qualité, Stéphane CHEVRIER, arrive en poste. Il avait déjà connu la démarche EFQM lorsqu'il était à Sophaxis (aujourd'hui Sham) et il parvient à convaincre le Directeur Général de son efficacité en termes de qualité du service fourni aux clients. Au groupe La Poste, le portage de la démarche EFQM a été accompagné personnellement par le DG via la pratique du « stratégie tour » : Le Directeur s'est déplacé dans les directions départementales pour présenter la démarche EFQM, les objectifs et les enjeux, dans une logique de transparence. Des ateliers de préparation et de travail ont ensuite eu lieu. Le DRH a mis en place la Commission du Dialogue Social

*Cédric MARECHAL - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - 2016*

« afin que des rencontres libres sur la stratégie aient lieu dans un cadre moins institutionnel que le CHSCT ou le CT »<sup>50</sup>. Enfin, les cadres de proximité ont organisé des petits déjeuners avec leurs agents pour travailler sur la méthode et la mise en œuvre. Au CH du Luxembourg, la démarche EFQM a été imposée par les autorités de tutelle. Néanmoins, le modèle a reçu un accueil très favorable de l'équipe de direction qui s'est impliqué rapidement dans sa mise en œuvre.

**L'impulsion de la Direction vient s'appuyer, généralement, sur l'opportunité d'un nouveau contexte. On peut identifier trois types de stratégie pour une direction : la recherche de compétitivité, la volonté d'une meilleure visibilité, l'intention de mettre en valeur ce qui se fait déjà de bien au sein de l'établissement.**

Au groupe La Poste, c'est la 1ère option qui a été privilégiée. Les contraintes budgétaires et la forte concurrence européenne (DHL, Post NL, Royal Mail) ont amené la nouvelle direction à mettre en place le programme « Cap qualité courrier » qui recherchait des gains de productivité par un meilleur management des organisations. Au Centre Hospitalier du Luxembourg (CHL), c'est le recensement des points forts qui a été privilégié. Le Directeur Général a voulu présenter son établissement au R4E (Niveau 2 de « Reconnaissance de l'Excellence » au niveau européen) en 2011 pour bénéficier d'une reconnaissance donnée par des experts européens et non seulement luxembourgeois afin d'apporter une légitimité et un regard extérieur sur le travail déjà effectué. « Notre objectif était de renforcer ce qu'on faisait déjà de bien afin de montrer en interne où on en était arrivé » précise la directrice des soins. La volonté de non affichage extérieur se perçoit dans l'emplacement de la vitrine présentant les diplômes (dans un coin, derrière les portes de l'entrée du bâtiment principal)<sup>51</sup>. Enfin, pour le groupe APICIL, il convenait de se distinguer qualitativement avec un message fort auprès du public. Ainsi, une campagne d'affiches publicitaires (avril-mai 2016) a rappelé les avancées de l'organisation en termes de résultats clients et personnels.

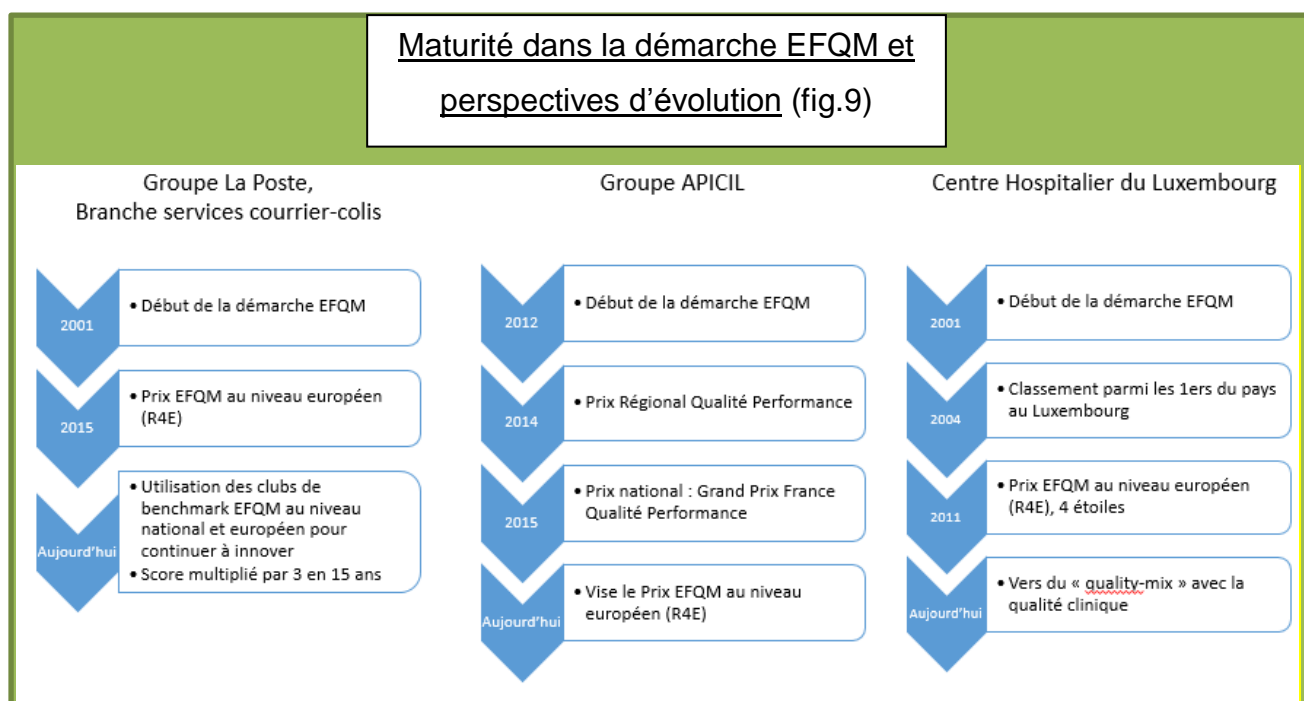
**Enfin, l'impulsion de la direction générale devient rapidement celle de l'institution afin de faire de l'EFQM une démarche de moyen et de long terme.** Cela s'explique, d'une part, par le temps nécessaire pour pouvoir évaluer les premiers résultats obtenus. Si la vitesse d'adaptation des organisations varie, les reconnaissances nationales ont pris entre trois à huit ans pour les organisations visitées et la reconnaissance européenne de dix à quatorze ans, preuve de l'exigence en matière de qualité du modèle (cf. schéma ci-dessous). D'autre part, le déploiement de l'EFQM nécessite un pilotage transversal qui inclue tous les cadres. « L'EFQM est un modèle de

---

<sup>50</sup> Cf. annexe n°2

<sup>51</sup> Cf. annexe n°6

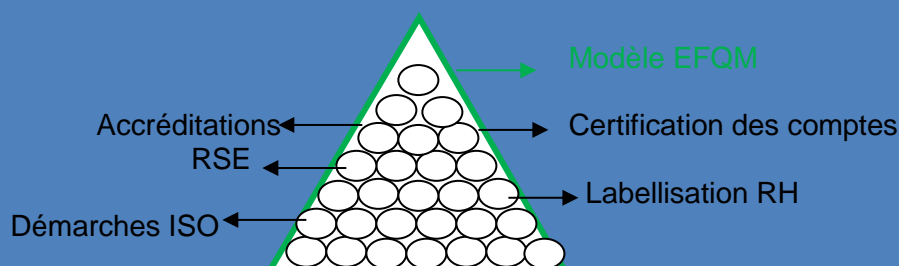
management et le plus intéressant est de se plonger dans les critères. On met ainsi en place une petite entreprise performante pour chaque service », selon la responsable qualité du CH de Luxembourg. La directrice des soins ajoute que « L'EFQM nécessite une stratégie forte, un Directeur général et une équipe de direction très engagée ainsi qu'une projection sur trois à quatre ans, au moins, afin d'atteindre les premiers résultats. L'approche a toujours été institutionnelle ». Cela explique la nécessité d'un pilotage transversal.



### 3.2 Un pilotage transversal et une cellule qualité renforcée

Avec la mise en place de l'EFQM, la cellule qualité doit nécessairement se renforcer, au moins dans un premier temps. Au groupe APICIL, la direction de la qualité a été créée en Septembre 2012 pour piloter et accompagner la mise en place de la démarche européenne. Auparavant, la cellule qualité était simplement une mission annexe d'une autre Direction. En trois ans, le service qualité est passé de deux à six employés par le biais du redéploiement de ressources en interne (deux mouvements), du recrutement de deux chargés/animateurs de mission qualité, et de la formation d'un étudiant en alternance. Leurs tâches sont le suivi de la démarche EFQM, le développement de la Responsabilité Sociale d'Entreprise (RSE) et les certifications (ISO 9001 : système de management de la qualité ; et ISO 27001 : management de la sécurité de l'information), trois démarches complémentaires.

La démarche EFQM s'appuie sur toutes les initiatives et les met en cohérence eu égard à la stratégie de l'établissement (fig. 10)



Au CHL, la cellule qualité a vu le temps consacré à l'EFQM évoluer au cours des années. S'il était important au début, lors de la mise en place, il a considérablement diminué depuis car la pratique s'est répandue au sein des personnels encadrant qui ont maintenant une plus grande autonomie. La cellule qualité se charge, dorénavant, surtout de la coordination et de la rédaction du dossier EFQM. Selon la responsable qualité du CHL, le temps de travail dégagé pour l'EFQM est de 27% en 2012, 20% en 2013, 5% en 2014 (période de transition), 16% en 2015 et 8% en 2016. Ainsi, si l'engagement initial dans la démarche EFQM est chronophage et nécessite le recours à des ressources humaines supplémentaires (le recours à un consultant pour la 1<sup>ère</sup> phase de diagnostic et une aide méthodologique est aussi indispensable), l'institutionnalisation de la démarche permet, à terme, de revoir le dimensionnement des effectifs qualité si besoin.

#### **La cellule qualité monte également en compétence avec la démarche EFQM.**

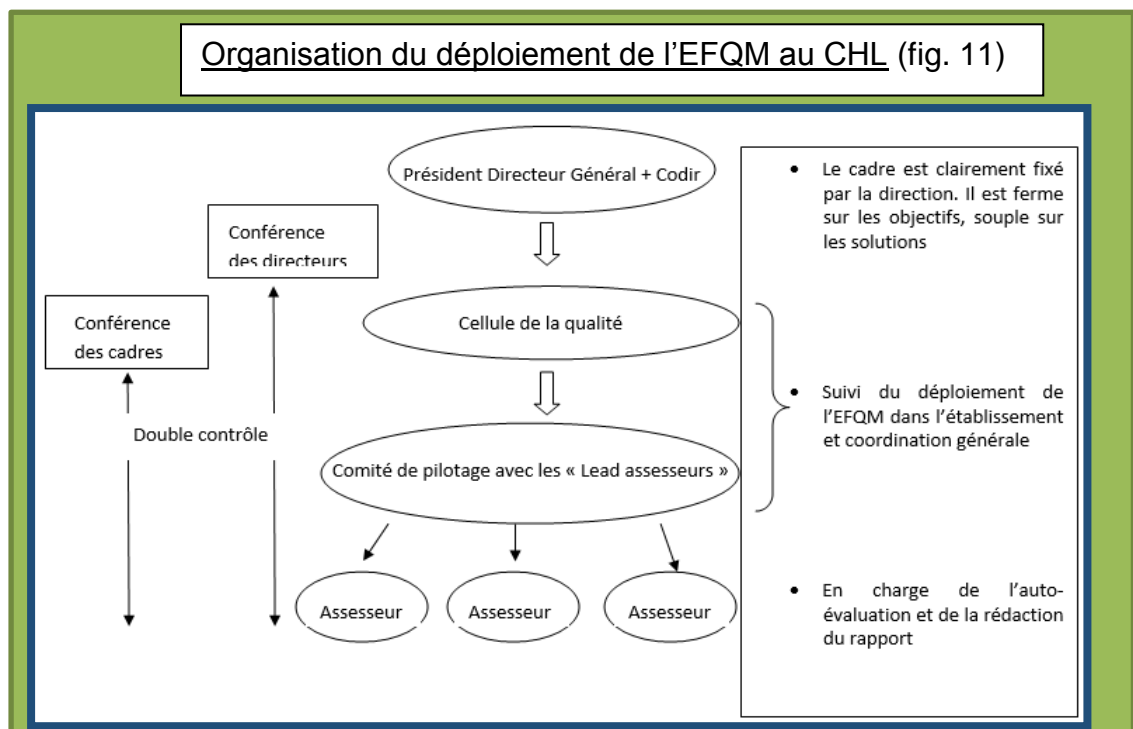
Les deux recrutements externes du groupe APICIL se sont fait au niveau master : un master en « Qualité et audit social » et un master en « Management des organisations ». La fiche de mission « référent qualité » est plus précise et comprend « Qualité – Risques – Contrôle interne, Responsabilité Sociétale »<sup>52</sup>. Dans les référentiels et fiches de poste, il y a maintenant un item qualité pour expliquer en quoi le collaborateur peut contribuer à l'amélioration de la qualité dans l'entreprise. A chaque processus dans l'établissement est associé un mode opératoire et une procédure. Au CHL, des modules EFQM obligatoires pour tout collaborateur de l'hôpital sont assurés par la qualité et cela concerne aussi tout nouveau recruté.

**Cette montée en compétence ne se limite pas au service qualité. Elle se propage dans toute l'organisation.** Ainsi, au CHL, la notion de cible est devenue

<sup>52</sup> Cf. annexe n°7, fiche de poste transmise par APICIL

incontournable avec l'EFQM. Avant 2009, 90% du travail au sein de la Direction des Ressources des Humaines (DRH) concernait la gestion administrative des personnels (paie, retraites, licenciement ...). « L'EFQM a été vital par la formalisation qu'il a impliqué » selon le référent EFQM au sein de la DRH. Tous les process RH s'inscrivent maintenant dans l'EFQM et, aujourd'hui, la politique RH est plus tournée vers les compétences et le développement professionnel (reconnaissance professionnelle avec rencontre avec le DG pour les agents qui ont atteints les cibles qualité, organisation de concours en interne pour résoudre des difficultés posées, développement des formations en interne, renforcement des compétences par auto-évaluation ...). La politique RH est devenue unique et cohérente dans tout l'établissement. Elle est devenue une vraie fonction support pour tous les autres services avec des procédures et des processus renforcés.

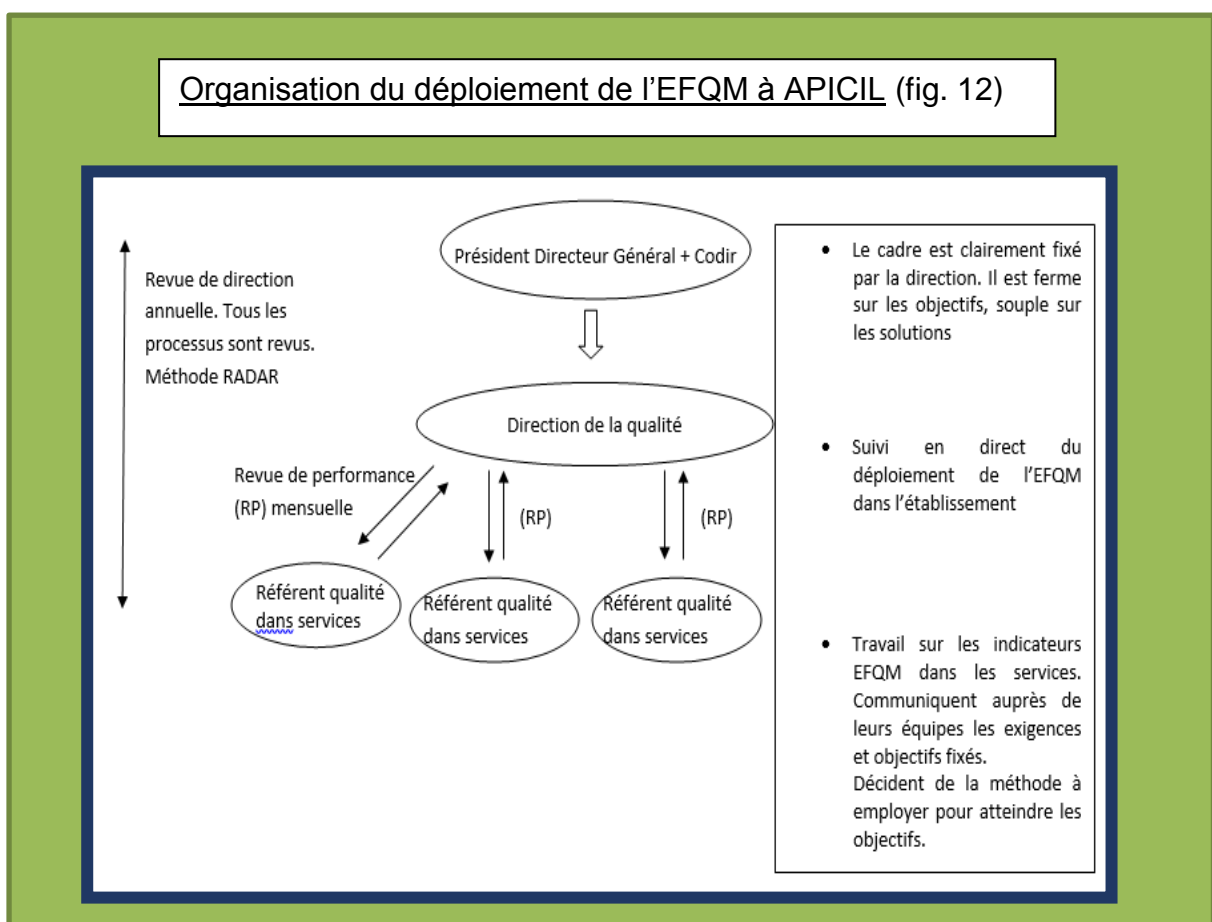
**Pour être efficace, le déploiement de l'EFQM a donc besoin d'être transversal même si les organisations retenues peuvent varier sensiblement.** Pour faciliter le déploiement de l'EFQM, quatre conférences des cadres ainsi que quatre réunions des directeurs de soins/BAM/Administratif et financier sont mises en place chaque année au CHL. Le CHL a choisi de ne pas nommer un référent qualité unique mais de déléguer la gestion de l'EFQM au niveau de chaque service pour renforcer la responsabilisation à l'échelle de l'encadrement de proximité. Un système documentaire fourni a été mis en place sur intranet et les cadres sont formés pour se l'approprier et le renseigner.



Dans l'organisation, la coordination générale est assurée par la cellule qualité qui s'occupe de la cohérence des informations du rapport EFQM. Le Lead assesseur est une personne qui coordonne une équipe d'assesseurs. Les assesseurs internes sont en charge du suivi de l'EFQM dans les services, de l'autoévaluation, et de la rédaction du rapport. Il s'agit souvent de cadres de santé. Un double contrôle existe sur le déploiement de l'EFQM :

- Un qui se fait quotidiennement par les lead assesseurs et la cellule qualité
- Un autre qui se fait trimestriellement par la conférence des cadres et la conférence des directeurs

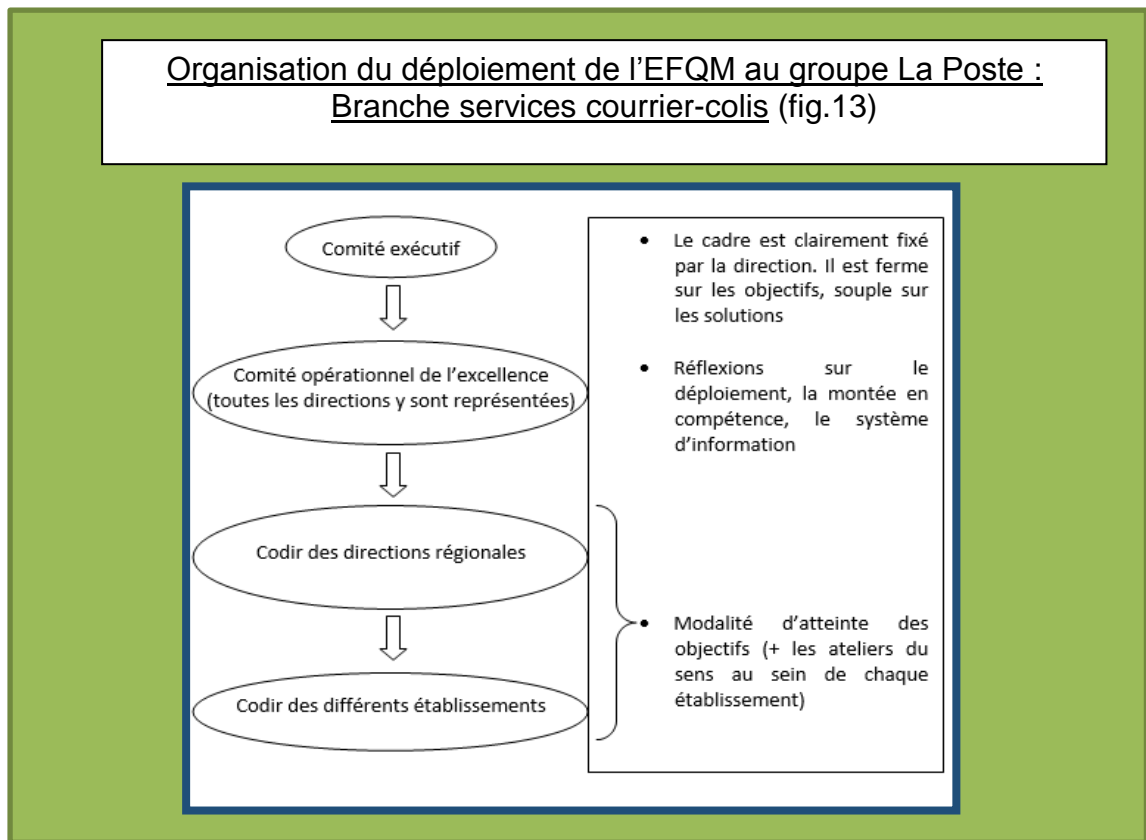
L'organisation de APICIL est assez proche de celle du CHL avec une direction qualité qui coordonne et des référents de proximité (une cinquantaine chez APICIL). Ces derniers ont pour mission de communiquer auprès de leurs équipes les exigences et les objectifs fixés. Ils sont libres de définir la méthode à employer pour atteindre les objectifs. Pour s'assurer que leurs compétences sont à jour, une réunion plénière est organisée chaque année et une autre tous les semestres sur un thème précis.



Le groupe La Poste diffère sensiblement de ces deux organisations car sa taille et sa structure multi-site sur tout le territoire national ne lui permettent pas de confier à une direction qualité unique la coordination du déploiement EFQM au sein de sa structure



(situation certainement idem pour les très gros hôpitaux tels que l'AP-HP, les HCL ou l'AP-HM). Le groupe La Poste s'appuie plutôt sur les codirs locaux pour cela mais toujours dans une optique transversale (toutes les directions y sont représentées).

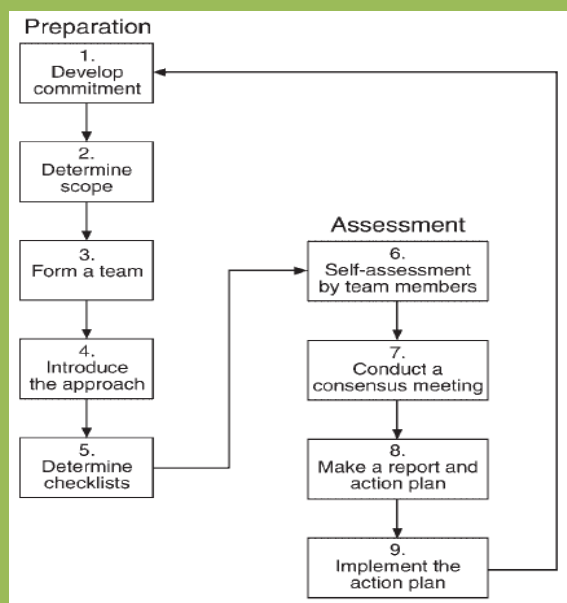


Toutes ces organisations qui permettent le déploiement de l'EFQM nécessitent un contrôle et une évaluation des missions mises en place. Dans la démarche EFQM, l'auto-évaluation joue un rôle essentiel pour que les agents s'approprient le processus engagé au sein de l'institution. Cette auto-évaluation doit être périodique et intervenir à différents niveaux.

### 3.3. Une auto-évaluation et des tableaux de bord systématisés

**Avec la démarche EFQM, il y a une lecture en termes de dynamique de progrès interne.** Le processus d'autoévaluation peut être décomposé en 9 thèmes.

## Processus d'autoévaluation EFQM (fig. 14)



1. S'assurer d'un engagement sur le long terme
2. Déterminer l'étendue de la mission
3. Former une équipe
4. Introduire l'approche
5. Déterminer une « checklist »
6. Auto-évaluation
7. Mettre en place une réunion de consensus
8. Rédiger un rapport et un plan d'action
9. Mettre en place le plan d'action

Source : U. Nabit, et al., *The EFQM excellence model: European and Dutch experiences with the EFQM approach in health care*. Int J Qual Health Care 2000, **12**(3):191-202.

Cette démarche d'amélioration perpétuelle crée un cycle vertueux car elle favorise une dynamique collective allant du cadre de proximité à l'équipe de direction. Pour la partie 6 sur l'auto-évaluation par les pairs, le modèle EFQM préconise la logique RADAR :

- **R**ésultats à atteindre sur le plan financier, de la performance et de la perception qu'en ont les parties prenantes
- **A**pproches à planifier et développer pour atteindre les résultats attendus
- **D**éploiement des approches pour une mise en œuvre effective
- **A**ssessment/Evaluation et **R**evue afin de suivre et analyser les résultats obtenus avant de hiérarchiser et appliquer les améliorations nécessaires<sup>53</sup>.

**Si la méthode RADAR est présentée par l'EFQM comme un outil d'auto-évaluation, les établissements se sont réappropriés cet instrument pour en faire également un outil de conception de projets.** Aujourd'hui, au CHL, la méthode RADAR n'est pas seulement utilisée pour évaluer, elle est même exigée comme préalable à toute présentation de projet. « Cela permet de mieux cadrer et formaliser les projets tout en nous permettant de mieux comparer un projet à un autre » précise la Directrice des soins. Ainsi, la logique RADAR, qui est au départ une méthode d'auto-évaluation, facilite l'excellence dans la conceptualisation des problèmes. Pour le groupe APICIL, les revues de processus annuels présentées en Codir se décomposent en cinq parties : Un SWOT, des indicateurs clés que l'on suit, une évaluation RADAR, des échanges sur les résultats de l'évaluation, la validation du processus.

<sup>53</sup> AFNOR [www2.afnor.org/images/evaluation/evaluation\\_radar.htm](http://www2.afnor.org/images/evaluation/evaluation_radar.htm)

**Enfin, l'auto-évaluation ne se limite pas au processus interne. Il comprend également du benchmark avec l'extérieur.** Pour chaque indicateur et sous indicateur, un élément de comparaison systématique avec ce qui se fait de mieux (le « Best of class »), est réalisé quand les données sont disponibles. Cette approche, différente de la comparaison à la moyenne, incite à l'excellence. L'engagement de l'établissement dans la démarche EFQM lui ouvre également les portes de clubs de benchmarks avec tous les secteurs. Au CHL, l'hôpital est membre du Réseau d'entreprises socialement responsables et du Réseau « Paper jam business clubs ». L'un des leitmotifs du CHL est « Sortez de votre domaine, le Best of Class n'est certainement pas dans votre secteur ». Il faut oser se comparer à tout type d'entreprise de taille équivalente. En France, des réseaux de nature similaire existent. APICIL, par exemple, est membre du mouvement français pour la qualité Rhône-Alpes et participe aux groupes de benchmark régionaux (Parcours croisés Confluences et Club EFQM RA).

En somme, les conditions de réussite de l'EFQM à l'hôpital doivent s'atteler à une modification de la culture de l'organisation, tant dans ses rapports en interne que sur son rapport avec l'extérieur avec une implication forte dans le processus d'amélioration de la qualité par toute l'équipe des managers (direction, président de CME, cadres, médecins chef de pôle et chef de service). Avec tous ces éléments en tête, une possibilité d'ébauche d'une matrice EFQM au CH de Melun est envisageable.

## 4. Une proposition de démarche EFQM au CH de Melun

---

### 4.1 Explication de la méthode

**Cette partie s'attache à expérimenter la constitution d'un dossier EFQM pour obtenir une labélisation EFQM.** Il s'agit d'un dossier « virtuel » d'une cinquantaine de pages présent en annexe<sup>54</sup>. Ce dossier s'appuie, d'une part, sur ce qui existe déjà au CH de Melun mais n'est ni formalisé ni rassemblé au sein d'un document unique et, d'autre part, sur les pratiques et préconisations observées dans les établissements primés EFQM (Groupe la Poste, Apicil, Centre Hospitalier du Luxembourg surtout) ainsi que sur leur dossier de candidature au prix EFQM. Dans la partie « Résultats » (critères 6 à 9), pour raison de confidentialité ou à défaut d'avoir des chiffres déjà édités, des éléments

---

<sup>54</sup> Annexe n°8

illustratifs sont indiqués avec un chapeau explicatif au début de chaque partie. Ce dossier « virtuel » se veut donc, aussi, un mode d'emploi pour les établissements qui souhaiteraient s'investir dans une telle démarche dans le futur.

Afin de réaliser ce dossier EFQM, des rencontres avec le président de CME, la responsable qualité, le Directeur des ressources humaines et des cadres ont été nécessaires afin de rassembler les informations et les démarches existantes déjà et clarifier le fonctionnement de certains dispositifs tel que « kaliweb », l'interface intranet de la qualité à l'hôpital. L'observation directe par la participation à des réunions de travail et à des rencontres de trio de pôle ont aussi été indispensables. Enfin, l'analyse documentaire a été fondamentale. La lecture du projet d'établissement et du règlement intérieur ainsi que le travail réalisé dans le cadre du stage hospitalier sur le bilan social et le rapport d'activité ont été des éléments cruciaux. Un contrôle de l'effectivité opérationnel des dispositifs n'a pas pu être systématiquement réalisé mais il constitue le travail des évaluateurs EFQM et, en amont, des référents EFQM de la structure hospitalière une fois que l'impulsion officielle dans la démarche EFQM est donnée par la Direction. Cette impulsion est la condition indispensable de la mise en place d'une nouvelle culture « qualité et management » au sein de l'organisation comme identifié au chapitre précédent.

## **4.2 Les atouts expérimentés de la démarche EFQM**

**Parmi les atouts observés, certains viennent confirmer les expériences des organisations visitées, et notamment celles du Centre Hospitalier du Luxembourg :**

- **Penser à s'engager dans une démarche EFQM permet de recenser, auprès des différents services et des agents, toutes les initiatives et bonnes pratiques ayant cours dans l'établissement.** Chaque sous-critère du modèle EFQM nécessite de mobiliser des acteurs assez précis. Par exemple, le sous-critère 3d interroge sur la communication au sein de l'établissement. Afin d'investir cette section, il a fallu interroger des membres du Codir et se rendre dans des services pour interroger les agents afin d'identifier trois flux majeurs de communication : descendant, ascendant et transversal. Ces trois flux étaient effectifs mais non nécessairement répertoriés et coordonnés de manière systématique lors d'une communication donnée.
- **La préparation d'une démarche EFQM offre une vision à 360° de l'hôpital.** Toutes les directions fonctionnelles sont concernées et questionnées sur la pertinence et l'efficacité des mesures prises. La DRH, par exemple, est très fortement impliquée par le critère 3 sur le personnel et le critère 7 sur les résultats

concernant le personnel mai également sur le critère 1 sur le leadership et le critère 4 sur les partenariats et les ressources . La nécessité de renforcer le contenu et la périodicité des questionnaires de satisfaction des agents est apparue comme incontournable.

**Parmi les atouts observés, d'autres étaient plus inattendus. Ainsi, la flexibilité laissée par le modèle dans l'atteinte des objectifs a été perçue comme positive par le personnel médical par rapport à un modèle qui impose une manière de faire standardisée et unique.** Le président de la CME, le Dr. MONCHI, a considéré comme une avancée la focalisation sur les résultats concernant les patients (critère 6b) notamment en termes de taux de mortalité, taux de réadmission ou encore en termes de délai de compte-rendu d'hospitalisation qu'il oppose aux mesures administratives sur des processus à respecter comme demandé par la HAS. Cependant, des difficultés non initialement identifiées et non apparues au cours des entretiens ont vu le jour.

### 4.3 Les difficultés rencontrées

**Trois difficultés ont été remarquées au cours de l'élaboration de ce dossier EFQM. Premièrement, les informations à recueillir sont très nombreuses et le document ne remplit pas la condition d'un document synthétique facilement lisible.**

Les neuf critères se subdivisent en 32 sous critères qu'il convient de présenter avec des preuves solides d'existence et de fonctionnement qui seront ensuite contrôlées par les évaluateurs sur le terrain. Ainsi, sur le leadership, l'hôpital doit s'interroger sur les valeurs (critère 1a), le pilotage (critère 1b), l'implication des dirigeants (critère 1c), la culture de l'excellence chez le personnel (critère 1d), la gestion du changement au sein de l'organisation (critère 1e). Pour le dirigeant (Directeur général, président de CME), une présentation par grand critère (item 1 à 9) au regard du BSC et d'un tableau de bord afférent serait plus synthétique et judicieux. Néanmoins, la constitution du dossier EFQM en interne permet à chaque partie sollicitée de mieux suivre l'évolution de ses actions et d'avoir une meilleure connaissance du travail des autres.

**Deuxièmement, la démarche EFQM est efficace à condition d'avoir des études quantitatives et qualitatives d'envergure afin d'étayer le résultat client (critère 6), le résultat personnel (critère 7), le résultat pour la collectivité (critère 8) et le résultat d'activité (critère 9).** Pour le résultat client, par exemple, il faut pouvoir être en mesure de produire des enquêtes sur la satisfaction patient par rapport au séjour (6a1 en annexe), de faire des enquêtes ponctuelles sur une thématique particulière (la douleur par exemple, 6a4), et d'appeler le patient le lendemain d'une chirurgie ambulatoire (6a2). Pour le résultat personnel, un questionnaire sur la qualité de vie au travail doit être élaboré avec des thématiques couvrant l'ensemble du sujet (travail au quotidien, développement professionnel, management, relation patient, information et communication interne, vision de l'hôpital, ...). Cela suppose soit une expertise et un temps en interne important à mettre à disposition (création de poste), soit une externalisation de la réalisation de ces enquêtes avec un taux de retour suffisant pour l'analyse (coût financier important). Cela confirme la nécessité d'un investissement financier initial qui peut varier en fonction de la maturité de départ de l'établissement sur ces questions.

**Troisièmement, la démarche EFQM en France serait plus facilement applicable dans les services si une récompense pouvait être accordée.** Si le prix EFQM récompense symboliquement l'établissement dans son ensemble, il n'est pas certain que cela suffise à motiver tous les services. Dès lors, plusieurs interlocuteurs, notamment le Président de la CME, m'ont interpellé sur la nécessité de pouvoir

récompenser individuellement, ou à défaut, collectivement, les personnes et services montrant de bons résultats dans la démarche EFQM. Sans être trop onéreuse, trois types de récompenses pourraient être mises en place au sein d'un établissement de santé. Tout d'abord, des récompenses de type symbolique peuvent être envisagées telles qu'une remise de prix au sein de l'établissement, ou encore un article sur le « service de l'année » publié dans le journal interne ou par affichage dans l'établissement. Ensuite, des avantages en nature pourraient être octroyés (participation de tout le service à un colloque, places de cinéma ou de concert offertes par l'hôpital, accès prioritaire à certaines formations très demandées). Enfin, une rétribution financière, individuelle ou collective, est envisageable. Au niveau individuel, la notation ou la Nouvelle Bonification Indiciaire (NBI) pour les emplois concernés pourraient être indexées sur les résultats d'un service dans la démarche EFQM. Au niveau collectif, la récompense financière pourrait venir de l'Agence Régionale de Santé (ARS) qui récompenserait les établissements les plus vertueux qui, ensuite, pourraient négocier en interne la répartition de l'enveloppe obtenue. Les derniers décrets sur la généralisation en 2016 du dispositif d'incitation à l'amélioration de la qualité (Ifaq) vont dans ce sens<sup>55</sup>. L'accompagnement des équipes dans la démarche EFQM gagnerait à la mise en place d'une telle incitation pour ses propres critères comme c'est déjà le cas au Luxembourg.

---

<sup>55</sup> Selon l'arrêté du 5 août 2016, [http://abonnes.hospimedia.fr/articles/20160819-qualite-l-incitation-financiere-a-l-amelioration-de?utm\\_campaign=EDITION\\_QUOTIDIENNE&utm\\_medium=Email&utm\\_source=ExactTarget](http://abonnes.hospimedia.fr/articles/20160819-qualite-l-incitation-financiere-a-l-amelioration-de?utm_campaign=EDITION_QUOTIDIENNE&utm_medium=Email&utm_source=ExactTarget) une dotation complémentaire sera versée aux établissements classés dans les deux premiers déciles du classement qualité avec une fourchette de rémunération comprise entre 0,2% et 0,6% de l'activité produite par l'établissement.

## Conclusion

Loin sans doute d'être le seul modèle disponible pour améliorer le management et la qualité au sein d'un établissement public de santé, l'EFQM est un des rares modèles qui favorise pleinement la professionnalisation du management des hôpitaux et l'optimisation d'une vision résultats en matière de qualité. Cela contribue fortement à un rééquilibrage entre le pilotage financier et le pilotage qualité tout en améliorant les organisations.

L'entrée dans une telle démarche nécessite un engagement fort de la part de l'équipe de direction comme il a pu l'être pour l'engagement dans la certification HAS. Il requiert un pilotage transversal coordonné par une équipe qualité renforcée, et, surtout, la déclinaison d'un ensemble d'outils reliés à la stratégie à chaque niveau (pôle puis services). Le Balanced Score Card ou tableau de bord prospectif équilibré, la méthode RADAR d'auto-évaluation ou de présentation de projet, ou encore les tableaux de bords systématisés avec des cibles quantitatives et qualitatives sont autant d'aides opérationnelles pour favoriser le rapprochement des contraintes budgétaires, de qualité des soins, et d'organisation au service de la stratégie collective. Il en ressort, potentiellement, un plus grand décloisonnement des métiers à l'hôpital. Les organisations visitées témoignent toutes de leur progression dans la maîtrise des processus et dans la satisfaction globale aussi bien du personnel que des clients (patients, familles, médecins de ville dans le cas de l'hôpital).

L'EFQM ne constitue cependant pas une solution magique. Il s'agit d'une démarche qui a besoin d'investissements initiaux, notamment en temps, mais aussi en compétences et en nombre au sein de l'équipe qualité. Le retour sur investissement n'est pas strictement identifiable en termes financiers alors que les coûts de départ sont réels. C'est également un modèle qui requiert de la patience. Une période de trois à quatre ans est nécessaire pour, d'une part, expliquer le processus et fixer les objectifs et, d'autre part, accompagner le suivi du nouveau pilotage. Une fois engagé dans la démarche, il faut donc mieux s'y tenir pour au moins quatre années, indépendamment des changements dans l'équipe de direction et dans l'encadrement. Enfin, l'expérience des établissements primés EFQM laisse apparaître un effet de seuil au bout d'une douzaine d'années. Comme expliqué par le Centre Hospitalier du Luxembourg, une fois que les agents ont intégré la méthode « ils font de l'EFQM sans savoir qu'ils font de l'EFQM »<sup>56</sup> et l'amélioration se joue alors sur des détails. Ainsi, la démarche EFQM doit s'inscrire dans un club de benchmark pour être au fait des nouvelles pratiques qui peuvent émerger,

---

<sup>56</sup> Cf. annexe 3



sachant que le modèle EFQM peut, lui aussi, évoluer. De plus, la régénération de la démarche passe également par la réaffirmation de la stratégie dont la définition échappe clairement au modèle.

Le « quality-mix », entendu comme la combinaison de critères sur la qualité et la sécurité des soins et de critères sur la qualité des organisations (excellence managériale) ressort comme le vrai besoin des organisations hospitalières françaises. L'EFQM comble l'absence de guide managérial que la démarche qualité de l'HAS n'a pas encore complètement développé. Il se concentre sur les résultats et aura besoin de politiques incitatives sur le modèle de l'IFAQ pour s'imposer au sein des hôpitaux français.

---

# Bibliographie

---

## Effets ou Incitations de la T2A sur la qualité

Holcman R., *La fin de l'hôpital public ?*, Editions Lamarre, Rueil-Malmaison, 2007.

Masson A., Ward P., Street A., « England: the healthcare resource group system », in : R. Busse *et al.* (dir.), *Diagnosis-Related Groups in Europe, Moving towards transparency, efficiency, and quality in hospitals*, European Observatory on Health Systems and Policies Series, 2011.

Or Z., Häkkinen U., « DRG'S and quality: for better or worse? », dans : R. Busse, A. Geissler, W. Quentin, M. Wiley (dir.), *Diagnosis-Related Groups in Europe. Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals*, Open University Press, 2011.

## Balanced Score Card

Boris M., *Balanced Scorecard : vers un management plus équilibré*, Revue Proiciel Expert, octobre 2001.

Haouet I., *Le cas d'un balanced scorecard en contexte hospitalier. Éluder la carte stratégique pour privilégier la performance organisationnelle*, Revue Française de Gestion, Vol. 37, n° 211, 2011.

Kaplan R. et Norton D., *The Balanced Scorecard-Measures that drives performance*, Harvard Business Review, 1992.

Mendoza C. et al., *Tableaux de bord et Balanced scorecard*, Guide de gestion RF, 2001.  
Bouquin H., *Le contrôle de gestion*, Gestion PUF, 2000.

Mendoza C. et al., *Tableau de bord : en v.o. ou en version américaine*, Revue Financière et comptable n°309, 1999.

Terrand C., *Tableau de bord ou Balanced Scorecard*, Management, septembre 2002.

## Qualité et choix des patients / Qualité et choix du personnel

Bertillot H., *De la mise en crise à la mise en transparence de la qualité hospitalière*, Congrès AFSP Aix 2015.

Bertillot H., *La rationalisation en douceur. Sociologie des indicateurs qualité à l'hôpital*, Thèse de doctorat en sociologie, 2014, Institut d'Etudes Politiques de Paris.

Bezes P., « Rationalisation salariale dans l'administration française : un instrument discret », dans Lascoumes P., Gales P. (dir.), *Gouverner par les instruments*, Paris, Presses de Sciences Po, 2004.

Bras P.-L., Gohet P., Lopez A., *L'information des usagers sur la qualité des prises en charge des établissements de santé*, Inspection générale des affaires sociales, 2010.

Bras P.-L., *Hôpitaux : vers un même niveau d'exigence pour la performance qualité que pour la performance économique ?*, Les Tribunes de la santé, 2012/2 (n°35).

Brunelle Y., *Les hôpitaux magnétiques : un hôpital où il fait bon travailler en est un où il fait bon se faire soigner*, Pratiques et Organisation des soins, 40, 1, janvier-mars 2009.

Dixon A. et al., *Patient choice, How patient choose and how provider respond?* The King's Fund, 2010

Faber M., et al., *Public reporting in health care: how do consumers use quality of care information? A systematic review*, Medical Care, 47, 1, janvier 2009.

Fung H. et al., *Systematic review: the evidence that publishing patient care performance data improves quality of care*, Ann. Intern. Med., 2008.

Hibbard J. et al., *Hospital performance reports: impact on quality, market share and reputation*, Health Affairs, 24, 4, juillet-août 2005

Ikkersheim D., Koolman X., *Dutch healthcare reform: did it result in better experiences in hospitals? A comparison of the consumer quality index over time*, BMC Health Serv. Res., 2012.

Audit Commission, Healthcare Commission, *Is the treatment working?* Health National Report, juin 2008.

## **Les indicateurs**

Carricaburu D., « Confinement et déconfinement des luttes définitionnelles : le cas de la périnatalité et des infections nosocomiales », dans Gilbert C., Henry E. (dir.), *Comment se construisent les problèmes de santé publique*, La découverte, 2009,.

Aqua Institute, *German hospital quality report 2010*, Göttingen, 2011

## **Management**

Belorgey N. *L'hôpital sous pression: enquête sur le « nouveau management public »*, Paris, La Découverte, 2010.

Cavagnol A. et Roulle P., *Management stratégique des organisations*, Gualino, 2013.

Delacour H., Liarte S., *Management stratégique de l'Innovation*, Economica, 2014.

Dupuy F., *Lost in Management : La vie quotidienne des entreprises au XXIe siècle*, Seuil, 2011.

Garrot T., *La gestion hospitalière par la méthode ABC*, Revue Française de comptabilité, Décembre, N° 273, pp. 53-61, 1995.

Holford D. et al., *Activity Based Costing in the National Health Service*, Management Accounting, octobre pp.26-30, Décembre pp. 40-42., 1987.

King M., et al., *Costing Needs and Practices in a Changing Environment : The Potential of ABC in the NHS*, Financial Accountability and Management, Volume 2, N° 2, pp. 143-160, 1994

Kirton R., *Activity Based Costing at the Luton & Dunstable Hospital*, CIMA, Mastercourse Presentation, 1991.

Mintzberg, Henry, *Structure et dynamique des organisations*, Broché, 1982

Minvielle Etienne, *Les politiques d'amélioration de la qualité des soins à l'hôpital. Quel fondement organisationnel ?*, Politiques et management public, vol. 17, n° 4, pp. 59-84, 1999.

Minvielle Étienne, *De l'usage de concepts gestionnaires dans le champ de la santé . Le cas de la qualité hospitalière*, Revue française de gestion 5/2003 (n° 146) , p. 167-189, 2003.

Nobre T., *Désapprendre ce qui n'a pas été appris : le paradoxe de la conduite du changement à l'hôpital*, Revue Internationale de Psychosociologie et de Gestion des Comportements Organisationnels (RIPCO), n° 47, 2013.

Nobre T., *L'innovation managériale à l'hôpital Changer les principes du management pour que rien ne change ?*, Revue français de gestion, 2013/6 (N° 235), 2013.

Nobre T., Merdinger-Rumpler C., *Quelles étapes pour la conduite du changement à l'hôpital?*, Gestion 2000, Vol. 3, n° 11, mai 2011.

Nobre T., *Quels tableaux de bord de pilotage pour l'hôpital ?*, 21<sup>e</sup> Congrès de l'AFC, Mai 2000.

Nobre T., *L'hôpital : le modèle de la bureaucratie professionnelle revisité à partir de l'analyse du coût des dysfonctionnements*. 20<sup>e</sup> Congrès de l'AFC, Mai 1999.

Parthasarthy R. et al., *Fondements de management stratégique*, ERPI, 2011.

## **EFQM**

Arcelay A, et al., *Self-assessment of all the health centres of a public health service through the European Model of total quality management*. Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv, 12(2-3):54-8, 1999.

Dehnavieh R., et al., *EFQM-based Self-assessment of Quality Management in Hospitals Affiliated to Kerman University of Medical Sciences*, International Journal of Hospital Research , 1(1):57-64, 2012.

Haller G., Quenon J.-L., *Démarches qualité à l'hôpital : laquelle choisir ?*, Revue médicale suisse, 2014.

Jackson S, Bircher R. *Transforming a run down general practice into a leading edge primary care organisation with the help of the EFQM excellence model*. Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv, 15:255-67, 2002.

Jackson S., *Exploring the Suitability of the European Foundation for Quality Management (EFQM) Excellence Model as a Framework for Delivering Clinical Governance in the UK National Health Service Centre for Excellence Development*, University of Salford, Salford, UK, 2001, John Wiley & Sons, Ltd.

Jackson S. *Exploring the possible reasons why the UK Government commended the EFQM excellence model as the framework for delivering governance in the new NHS*. Int J Health Care Qual Assur, 12(6):244-53, 1999.

Mira JJ, Lorenzo S, Rodríguez-Marín J, Aranaz J, Sitges E., *Application of the European improvement model to healthcare: benefits and limitations*. Rev Calidad Asistencial, 13:92-97, 1998.

Moeller J, Sonntag AK. *Evaluation of health services organizations – German experiences with the EFQM Excellence approach in healthcare*. The TQM Magazine, 13(5):361-67, 2001.

Nabitz U., et al., *The EFQM excellence model: European and Dutch experiences with the EFQM approach in health care*. Int J Qual Health Care, 12(3):191-202, 2000.

Sanchez E. et al., *A descriptive study of the implementation of the EFQM excellence model and underlying tools in the Basque Health Service*, International Journal for quality in Health Care, Colume 18, 2006.

Stewart A., *Pharmacy department within an NHS Trust*, International Journal of Health Care Quality Assurance, Vol. 16 Iss: 2, pp.65 – 76, 2003.

Vallejo P., et al., *A proposed adaptation of the EFQM fundamental concepts of excellence to health care based on the PATH framework*. Int J Qual Health Care, 18(5):327-35, 2006.

EFQM. *Introducing Excellence*. Brussels: European Foundation for Quality Management 2003.

### **Innovation managériale**

Dubouloz S., Bocquet R., *Innovation organisationnelle : S'ouvrir pour innover plus ?*, Lavoisier | « Revue française de gestion », 2013/6 N° 235 | pages 129 à 147, 2013.

Le Roy F., et al., *L'innovation managériale, généalogie, défis et perspectives*, Lavoisier « Revue française de gestion », 2013/6 N° 235 | pages 77 à 90, 2013.

Nobre T. (dir.), *L'innovation managériale à l'hôpital : 14 cas de mise en œuvre*, Collection: Santé sociale, Dunod Éditions, 2013.



---

## Table des annexes

---

Annexe 1	Entretien avec La Poste (Branche Services-Courrier-Colis) au sujet de la démarche EFQM	p. 48
Annexe 2	Entretien avec le groupe APICIL au sujet de la démarche EFQM	p. 56
Annexe 3	Entretien avec le Centre Hospitalier de Luxembourg au sujet de la démarche l'EFQM	p. 64
Annexe 4	Liste des indicateurs de qualité et performance au CH de Luxembourg (extrait)	p. 76
Annexe 5	Exemple de diagramme d'Ishikawa	p. 77
Annexe 6	Communication autour de l'obtention du prix EFQM au CHL	p. 78
Annexe 7	Fiche de mission « Référent qualité »	p. 79
Annexe 8	Dossier EFQM fictif du Centre Hospitalier de Melun	p. 80

## Annexe 1

### Entretien avec La Poste (Branche Services-Courrier-Colis) au sujet de la démarche EFQM

Jacky POITOUX, Directeur de la Qualité

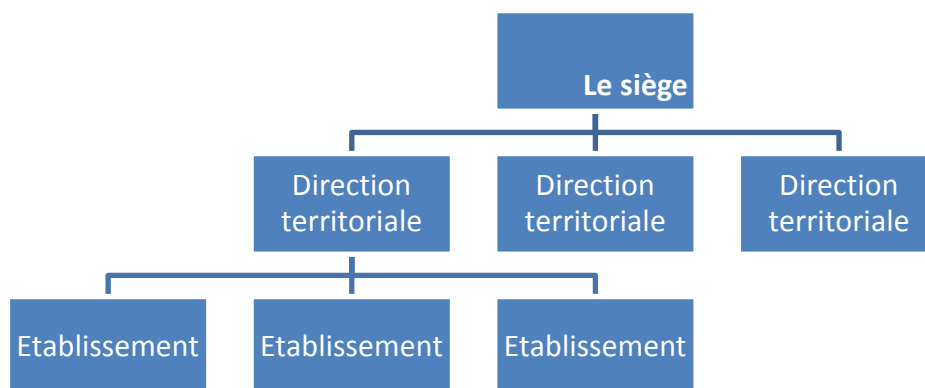
Corine GERMAIN, Directrice de la Maîtrise des Risques et du Contrôle Interne

Yves-Vincent GALVEZ, Direction du Système d'Excellence

#### FICHE D'IDENTITE DE L'ENTREPRISE :

#### Présentation du groupe La Poste et de la Branche Services-Courrier-Colis.

Le groupe La Poste : Le siège - 38 directions territoriales - 500 établissements - une trentaine de filiales.



Le groupe La poste se divise en 5 branches présentes sur tout le territoire :

- **Services courrier-colis**
- Réseau La Poste
- Géopost avec la branche internationale chronopost
- La Banque postale
- La Poste numérique

Le service courrier-colis représente 48,6% du chiffre d'affaires du groupe avec plus de 22 Milliards de plis adressés en 2015 et un résultat d'exploitation de 697 M€. A l'intérieur de la branche courrier-colis il y a 4 filiales : Asendia, Docapost, Médiapost, Viapost

Le Service courrier est devenu le Service courrier-colis depuis peu car la seule activité courrier sera divisée par 2 entre 2008 et 2020 d'où l'intérêt de diversifier les activités. Parallèlement, l'activité internationale et l'activité colis ont un potentiel important de croissance.



La branche a une stratégie de conquête qui repose d'une part sur les leviers de croissance (international et colis) et, d'autre part, le développement de 2 nouveaux services (proximité et « silver economy »).

L'excellence s'appuie sur 3 piliers -la conquête, l'excellence opérationnelle et l'engagement des postiers – et 2 supports - le volet managérial et la performance économique.

POINTS COMMUNS	POINTS DIFFERENTS AVEC L'HOPITAL
Capitaux 100% publics	Société anonyme et non EPS
Tarifs réglementés	Opère sur tout le territoire national alors que l'hôpital n'exerce que sur une portion restreinte du territoire
Multi-métiers	Taille plus importante pour le groupe La Poste que pour les CH et CHU
Direction générale qui change tous les 4 ou 5 ans	Spécificité du soin et du médical ?

## I – INTRODUCTION DANS L'EFQM

***Q°1 : Pourriez-vous me préciser la réflexion, la démarche ayant guidée vers le choix du modèle EFQM ? Quel est le périmètre ? Quel a été l'événement déclencheur ? Quelle était la situation antérieure en termes de qualité et management ? Quelles ont été les incitations (au niveau national, régional, ou en interne) pour s'y engager ?***

L'engagement dans la démarche EFQM s'inscrit dans la volonté de créer un système d'excellence au sein de la branche services courrier-colis. Ce choix a été nourri par une demande importante des gros clients (EDF, Société Générale) qui demandaient si La Poste était EFQM. On s'est aussi aperçu que certains de nos axes de travail pouvaient s'inscrire dans la démarche EFQM, notamment la sécurité au travail, qui dépend de la Direction « Vie au travail », elle-même reliée au « comité de l'excellence » aujourd'hui.

**La démarche EFQM a débuté en 2001** pour le Groupe La Poste. Un grand programme de transformation, appelé « Cap qualité courrier », devait être mis en place. Il s'agissait d'un plan d'investissement de 3,4MdE que l'on souhaitait accompagner d'une meilleure compétitivité. Les ISO ne suffisaient pas car ils sont uniquement de l'ordre de la conformité. On cherchait à faire du benchmark afin d'avoir des gains de productivité. La démarche EFQM semblait donc très opportune.

La concurrence était nationale sur certaines villes ou certains secteurs. Elle était aussi européenne avec des entreprises allemandes (DHL), hollandaises (Post NL), anglaises (Royal Mail).

La démarche EFQM est un modèle d'accompagnement de la stratégie, donc cela nous a fortement intéressé. La procédure posait, cependant, plus de questions. Soit on commence sur certaines plateformes, services (comme les concurrents tels que BHL sur les services

express et la Royal Mail sur les bureaux de poste), soit on s'engageait sur une démarche sur l'ensemble des entités.

En somme, le choix a pu se faire selon une démarche en 3 points :

- 1) Les clients « grands comptes » tels que la Société Générale et EDF étaient déjà engagés dans la démarche EFQM ce qui a été incitatif pour se mettre au niveau
- 2) On ne souhaitait pas afficher de différence territoriale dans le traitement des clients (principe d'égalité)
- 3) Au niveau interne, il y avait la volonté de ne pas être uniquement dans le respect de la réglementation, avec une recherche de sécurisation mais bien d'aller au-delà avec un management rénové

**Q°2 : L'engagement dans l'EFQM s'inscrit-il dans une démarche de différenciation-marketing, d'affichage face à un environnement concurrentiel ? A-t-il été le point de départ d'un projet de renouvellement du modèle de management ?**

Il y a 2 lectures possibles quand on s'engage dans la démarche EFQM :

- Il y a une lecture directe avec les diplômes (C2E, R4E) qui permettent un affichage important.
- Il y a une lecture en termes de dynamique de progrès en interne. (1) autoévaluation avec les points forts/points faibles, (2) la mise en place de plans d'action annuel, (3) mesures d'efficacité des actions engagées dans l'année (performance, perception, évolution sur les 5 dernières années) (4) Quelles performances des autres entreprises ont sur la même durée.

In fine, ce qui fait la différence dans la démarche EFQM, ce n'est pas tant les récompenses qui aident simplement au début mais bien la façon de faire (le « way »). Dans la cadre de la démarche EFQM, nous avons une cinquantaine d'entités évaluées chaque année. Cela fait partie de la dynamique interne de l'établissement.

Ces 2 questions et leur ordre de priorisation font l'objet de discussion importantes au sein du comité stratégique de l'EFQM encore aujourd'hui.

**Q°3 : Selon vous, la démarche EFQM au sein de votre entreprise est-elle une démarche passagère, transitoire, ou est-elle, une démarche de long terme appelée à durer ?**

La démarche EFQM prend du temps avant de donner des résultats. Au départ, on avait 200 points. On en a aujourd'hui 600. Mais il nous a fallu plus de dix ans pour y arriver. De plus, l'EFQM est une démarche d'amélioration continue. Si on veut garder les équipes motivées, il vaut mieux rester dans l'EFQM pour continuer à s'améliorer sur les points moins développés.

**Q°4 : Quelles sont toutes les autres démarches qualité dans lesquelles le groupe La Poste est engagé ? Quelles sont toutes les autres démarches d'amélioration du management dans lesquelles l'établissement est engagé ?**

La branche Courier-colis du groupe La Poste est engagée dans de nombreuses démarches de certification sur lesquelles elle s'appuie pour améliorer sa démarche EFQM.

ISO 9001 : Management de la qualité

ISO 14001 : Management environnemental

ISO 27001 : Sécurité de l'information

ISO 50001 : Performance énergétique  
ISO 26000 : Responsabilité sociétale  
ISO 18001, devenue ISO 45001 : Santé et Sécurité et travail  
NF345 : Centres d'appel

Ces certifications permettent de rendre la démarche EFQM beaucoup plus lisible et crédible. Ces certifications sont complémentaires avec l'EFQM car elles sont autant de points de repère isolés et spécifiques pour nos clients. L'EFQM offre une excellence transversale qui peut s'appuyer sur chacun de ces cailloux pour grandir.

## **II – Niveau organisationnel : Le pilotage**

***Q°5 : Comment la démarche a-t-elle été enclenchée en interne avant de prévoir son déploiement ? Un état des lieux initial a-t-il été mené ? Si oui, comment ?***

1<sup>er</sup> objectif : Modification de la culture de l'entreprise, tant dans ses rapports en interne que sur son rapport avec l'extérieur (comment les employés traitent les clients, comment les clients voient/jugent notre travail).

2<sup>e</sup> objectif : Si la démarche fonctionne, on aura besoin dans quelques années que de 20% de ce qui a été dépensé initialement pour atteindre un niveau d'excellence haut. De plus, l'auto-évaluation permet autant de développer une capacité de travail sur les secteurs de non-qualité, c'est-à-dire les secteurs où on est mauvais, que de créer des axes de percée sur les domaines où on est déjà particulièrement bons. Si le système d'excellence permet d'être systémique, il n'est pas désincitatif du travail plus poussé en silo grâce à ses 9 critères détaillés.

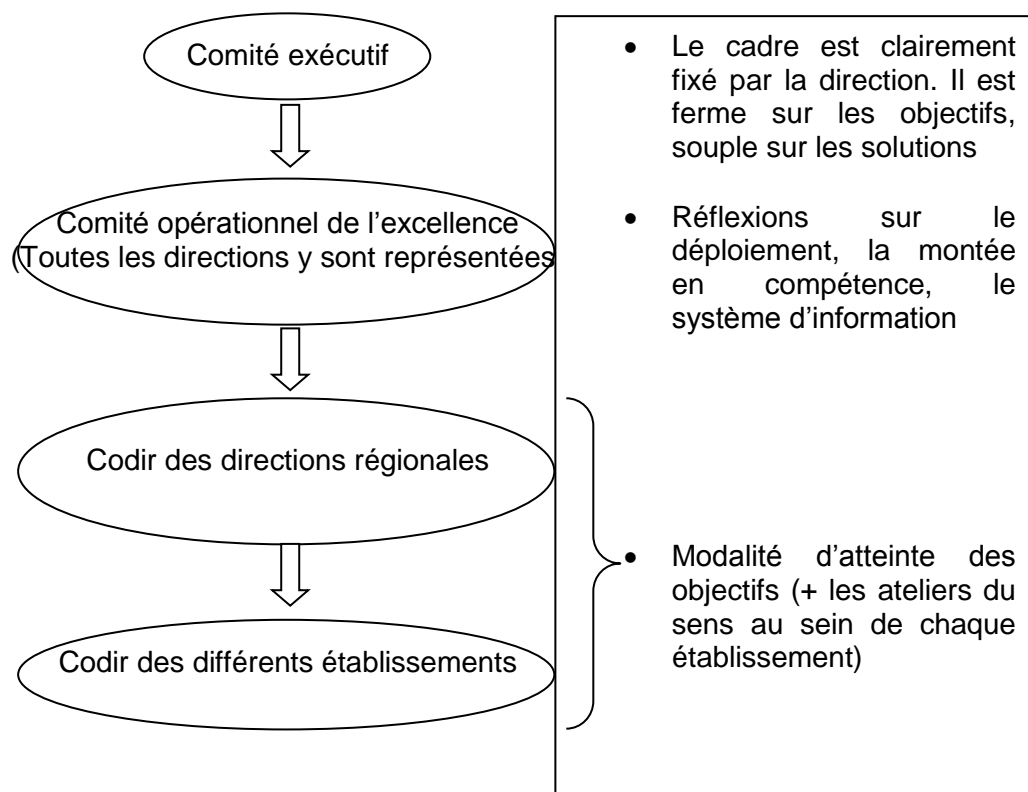
Il ne faut pas construire en rivalité. Il ne s'agit pas de dire qu'on fera mieux que ce qui a été fait. Au contraire, on va mettre en œuvre une démarche qui va permettre de valoriser l'existant.

Les questions que l'on se pose sont les suivantes :

- Comment bien faire en nous appuyer sur ce qui existe déjà ?
- Comment on rend cela concret pour le collaborateur ?
- Qu'est-ce que la démarche change pour mon travail ?

Chaque collaborateur, à son niveau est jugé responsable. La qualité que l'on s'impose en interne, on l'applique au client ensemble dans une solidarité collective. C'est pourquoi il est important de présenter l'ensemble du projet aux collaborateurs avec une incitation au dépassement de tâche.

***Q°6 : Quelle est l'organisation et le pilotage adoptés pour contrôler et accompagner la mise en place de l'EFQM ?***



Le cadre défini par le Comex garantit l'alignement stratégique (top-down). Mais il y a également des débriefings et du reporting qui permettent de faire remonter les difficultés rencontrées et de s'assurer que tout se fait dans les délais.

Le portage de la démarche EFQM s'est effectué selon un triptyque :

- Pratique du « stratégie tour » dans les directions départementales avec une logique de transparence. Le président intervenait au niveau local puis des ateliers avaient lieu
- Petits déjeuners avec les collaborateurs (les employés tels que les agents d'entretien, les manutentionnaires, les postiers, hormis les responsables du Comité Exécutif - COMEX)
- Identification des grands marqueurs du système qu'on souhaite mettre en valeur

La Commission du Dialogue Social de La Poste (CDSP) a été pilotée par la DRH. Ce cadre de travail avait été créé par le Directeur Général, J-P Bailly, afin que des rencontres libres sur la stratégie aient lieu dans un cadre moins institutionnel que le CHSCT ou le CT. C'est une démarche inclusive qui nécessite l'implication du DG.

Avec l'EFQM, on est sur de l'échange en amont. Avec l'ISO 26000 (base de volontariat), on enrichit notre démarche EFQM. Les collaborateurs montent en compétence. On enrichit les pratiques existantes avec une prise en compte croissante de la dimension humaine (perçu, ressenti, satisfaction des salariés, des clients).

L'EFQM est un modèle non prescriptif. Les critères sont imposés mais les modalités de mise en œuvre sont laissées à l'appréciation de chaque entreprise

**Q°7 : Comment les cibles sont définies ? Sont-elles atteintes ? Comment garde-t-on le personnel motivé et engagé même quand les objectifs sont déjà atteints ? Y-a-t-il un intéressement financier ou autre des personnels à la démarche EFQM ?**

Les cibles sont définies dans le cadre d'un plan stratégique défini par la direction sur les 3 ou 5 ans à venir. L'ISO permet aussi de monter en grade. L'objectif est que tous les ans les entités s'autoévaluent. Par échantillonnage, on demande à l'EFQM de venir. Ainsi, plus de 1 000 entités ont été revues en 12 ans.

Il n'y a pas eu d'intéressement financier. Les agents étaient aussi inquiets pour le taux d'imposition qui pouvait augmenter. On s'est surtout appuyé sur la reconnaissance des personnes au travail et des équipes. La Poste a mis en place des challenges/concours, accès à l'équipe de direction par le retour d'expérience, financement des idées lorsque l'avis a été donné. Nous avons, de plus, valorisés la mise en place d'un parcours qualifiant intitulé « Un avenir pour chaque postier ». En 2015, ce sont 6 500 postiers qui ont commencé un parcours qualifiant.

**Q°8 : Comment se déroule (s'est déroulé) l'évaluation EFQM ?**

Il y a un nombre important d'auto-évaluations et une cinquantaine d'évaluation extérieure de la part de l'EFQM France.

### **III – Niveau opérationnel : La mise en œuvre**

**Q°9 : Comment s'inscrivent les personnels dans la démarche EFQM ? Ont-ils été associés dès le départ ? Comment ont-ils réagi ? Ont-ils adhéré ? A quelles résistances vous êtes-vous heurtés ? Comment les avez-vous dépassées ?**

On a commencé sur le pourquoi avant d'être sur le comment. Au niveau de chaque établissement, des « ateliers du sens » ont été mis en place. Ils intégraient 10-12 messages clés préparés par les équipes au niveau national. Mais nous sommes partis du principe que, de toute façon, nous n'aurons jamais l'unanimité au sein de l'entreprise.

Les principaux freins ont été de rendre la démarche le plus concret possible : « L'excellence c'est abstrait » disaient souvent les collaborateurs ; « Ca nous apportent quoi concrètement ? Une contrainte de plus ? ».

L'autre inquiétude est que cette nouvelle démarche remette en cause ce qu'ils faisaient avant : « ça veut dire qu'on travaille mal », « On veut nous imposer de l'extérieur comment travailler ».

C'est pourquoi il est indispensable de d'abord valoriser tout ce qui est fait de bien. La démarche EFQM permet de savoir ce qui marche déjà bien et de le perfectionner avant d'essayer de se concentrer sur d'autres aspects à améliorer. Cela permet de garder les compétences, le savoir-faire dans l'entreprise.

Ensuite, il convient de bien expliquer que l'EFQM n'est pas prescriptif. Il permet simplement de se mettre à jour vis-à-vis des nouvelles exigences réglementaires ou des attentes du public.

**Q°10 : Un rôle particulier a-t-il été attribué à l'encadrement de proximité ?**

L'encadrement de proximité jugeait de lui-même les modalités d'atteinte des objectifs et cadres fixés par la direction.

**Q°11 : Une communication en interne a-t-elle été mise en place ? Avez-vous communiqué en externe sur l'entrée dans la démarche EFQM ?**

Oui, par le biais des ateliers du sens et grâce au « strategy tour » de la direction.

**Q°12 : Y-a-t-il eu un lien direct entre la direction et les agents de terrain ou tout est passé par l'intermédiaire des cadres ? Ces-derniers ont-ils communiqué directement avec les agents de terrain et ont-ils clairement présenté la démarche EFQM dès le départ ?**

Oui, les cadres ont tout expliqué aux collaborateurs selon une logique de transparence et afin de faire sens.

**Q°13 : Pourriez-vous nous en dire plus sur la Balance score card et les tableaux de bord mis en place ? Existait-ils avant la démarche EFQM ? Si oui, ont-ils évolué avec la démarche ?**

Nos tableaux de bord sont surtout prospectifs sur 3 à 5 ans. On décortique comment s'est développée cette performance. Sur les tableaux de bord, on y trouve le rythme de déploiement, l'intérêt de certaines offres, la trajectoire économique, le niveau d'exposition au risque.

Il faut faire attention et toujours veiller à ce que la performance d'aujourd'hui ne détruise pas la performance de demain.

**Q°14 : Quels investissements ont été nécessaires pour mettre en place la démarche EFQM (en termes de temps, de ressources humaines, de moyens financiers, du point de vu organisationnel, de résistance au changement) ?**

Investissement en formation, investissement pour payer les évaluations, investissement en termes de personnes. Au départ (2004), il y avait 40 personnes. Aujourd'hui nous sommes 4 personnes et nous y passons chacun ¼ de notre temps (1ETP au total). Nous passons le reste du temps sur les ISO et les autres normes.

#### **IV - Bilan et enseignements / Perspectives**

**Q°15 : Quel bilan d'étape tirez-vous de la démarche EFQM ?**

Notre score a été multiplié par 3, et au-delà de cela c'est une philosophie d'entreprise qui a considérablement évoluée.

La principale différence entre avant l'entrée dans la démarche EFQM et maintenant est que le chef d'établissement a une vision plus multidimensionnelle de la performance. Avant, il ne regardait que l'excédent brut d'exploitation et le chiffre d'affaire. Aujourd'hui, il s'intéresse aussi à la santé/sécurité des collaborateurs (baromètre de satisfaction), à l'impact sur l'environnement de ses décisions (RSE), à la satisfaction client (qualité rendue et qualité perçue). Ainsi, les managers sont montés en compétence et sont maintenant capables d'arbitrage plus complexe. Ils ont acquis une vision systémique de leur activité.

**Q°16 : Quelles ont été les principales difficultés rencontrées ?**

Inscrire la démarche EFQM dans un projet claire et durable.

**Q°17 : Comptez-vous continuer avec cette démarche ou pensez-vous à abandonner / à en adopter une autre ?**

Continuer, car nous avons encore de grandes marges d'amélioration. Dans le modèle EFQM, il y a la mise en place de clubs de benchmark pour que les entreprises d'un même territoire puissent partager leurs bonnes pratiques et expériences dans l'utilisation du modèle EFQM. Par exemple, il y a le club rassemblant les villes de Toulouse/Lyon/Strasbourg, Paris/Amiens, ou encore le club Point-à-Pitre/ Saint-Denis de la Réunion. Ils peuvent, éventuellement, faire part de recommandations lors de la réunion nationale annuelle.

**Q°18 : Pensez-vous que le modèle EFQM pourrait être adapté au milieu hospitalier ? Si oui, pourquoi ? Comment ?**

400 établissements de santé sont aujourd'hui engagés dans la démarche EFQM, notamment en Allemagne, Suisse, Luxembourg. Si cela est fait ailleurs pour des établissements publics de santé, il est fort probable que ce soit le cas pour les hôpitaux.

## Annexe 2 :

### Entretien avec le groupe APICIL au sujet de la démarche EFQM

Emilie SANTACRUZ, Responsable de Service, Direction Qualité & Excellence Opérationnelle  
Mireille FASSLER, Responsable Ressources Humaines

#### I - Introduction dans l'EFQM

- 1. Pourriez-vous nous préciser la réflexion, la démarche ayant guidée vers le choix du modèle EFQM ? Quel est le périmètre ? Quel a été l'événement déclencheur ? Quelle était la situation antérieure en termes de qualité et de management ? Quelles ont été les incitations (au niveau national, régional, ou en interne) pour s'y engager ?**

La démarche EFQM a été mise en place grâce à une double impulsion de membres de la direction nouvellement installés :

- Un nouveau DG, Philippe BARRET, arrive en 2011 en provenance de Réunica (groupe paritaire de protection sociale) où il était déjà très engagé dans la démarche qualité.
- Le nouveau Directeur qualité, Stéphane CHEVRIER, avait déjà connu la démarche EFQM lorsqu'il était à Sophaxis (aujourd'hui Sham) et décide de la diffuser.

Il y avait la stratégie de se différencier par la qualité et l'innovation. C'est pour cela qu'ont été mis en place, de façon parallèle, à la fois les ISO et la démarche EFQM qui a commencé en 2013.

Il faut bien comprendre que l'EFQM est un outil d'alignement stratégique plutôt que d'innovation.

Le côté communautaire, c'est-à-dire la possibilité de se comparer avec d'autres, est très stimulant.

- 2. L'engagement dans l'EFQM s'inscrit-il dans une démarche de différenciation-marketing, d'affichage face à un environnement concurrentiel ? A-t-il été le point de départ d'un projet de renouvellement du modèle de management ?**

Les clients prospectifs nous demandaient si nous étions certifiés ISO. Il y avait une volonté de répondre positivement à cette attente.

Cependant, la démarche ISO 9001 ne va pas assez loin. Dans la 1ere version de ISO il n'y avait rien sur le personnel et le management. L'ISO 9001, version 2015, s'inspire maintenant de l'EFQM pour intégrer les processus et les partenariats et ressources. La démarche EFQM nous a permis de compléter les certifications ISO en les inscrivant dans une stratégie globale de l'entreprise.



Avec la démarche EFQM, on souhaitait également se démarquer car aucun de nos concurrents ne s'y était essayé.

On a fait le choix de passer par les prix (au niveau régional puis national) plutôt que par les diplômes à la fois pour une meilleure valorisation de l'entreprise et du travail des salariés. On a ainsi obtenu le Prix Régional Qualité Performance décerné par le jury du mouvement Français pour la Qualité Rhône-Alpes en 2015. Cette année, nous avons obtenu le Grand Prix France Qualité Performance pour l'utilisation volontariste du référentiel de pratiques de l'excellence EFQM (European Foundation For Quality Management).

**3. Selon vous, la démarche EFQM au sein de votre entreprise est-elle une démarche passagère, transitoire, ou est-elle, une démarche de long terme appelée à durer ?**

La démarche EFQM suppose l'amélioration perpétuelle. Nous avons comme objectif d'atteindre le diplôme « Recognised for excellence » d'ici à 2017. Cela permet une reconnaissance au niveau européen avec des évaluateurs européens de l'EFQM. Au niveau national c'est l'AFNOR qui s'en charge et au niveau régional c'est le mouvement français pour la qualité. Donc on passe, a priori, à un niveau d'exigence supérieur qui nous permet de nous comparer à des entreprises européennes.

L'EFQM a changé nos pratiques, notamment avec l'utilisation de la méthode RADAR pour le suivi et la mise en place de tous nos projets. On compte aussi l'utiliser pour le nouveau plan stratégique de l'établissement (2017-2020). La logique RADAR, qui est au départ une méthode d'auto-évaluation proposée par l'EFQM, permet plus d'anticipation tout en cadrant chaque atelier pour que le déploiement se fasse de façon homogène. Elle facilite aussi l'excellence dans la conceptualisation des problèmes.

Dans la logique RADAR, l'organisation s'applique à mettre en perspective les éléments Résultats, Approche, Déploiement, Assessment (évolution), Revue par rapport au travail sur les 9 critères de l'EFQM.

Avant, on n'utilisait que les tableaux de bord avec des dispositifs de vigilance et un plan d'action. Nous avons donc enrichi notre outillage en le rendant plus multi-facette et systématique.

**4. Dans quelle mesure la démarche EFQM s'agence avec les autres engagements (initiatives ou obligations) de l'entreprise (certification, RSE, participation à d'autres labels) ? S'agit-il de l'ajout d'une strate supplémentaire indépendante ou d'un projet transversal ?**

Nous avons mené en parallèle, de manière complémentaire, les efforts de certification et la démarche EFQM. C'est une option qui fait plus de sens car l'EFQM permet de mettre en cohérence ces certifications.

**5. Quelles sont toutes les autres démarches qualité dans lesquelles le groupe La Poste est engagé ? Quelles sont toutes les autres démarches d'amélioration du management dans lesquelles l'établissement est engagé ?**

De 2012 à 2014, nous avons ainsi mis en place :

- ISO 9001 : système de management de la qualité
- ISO 27001 : management de la sécurité de l'information
- EN15 838 : Centre de relation client
- NF service

## II – Niveau organisationnel : Le pilotage

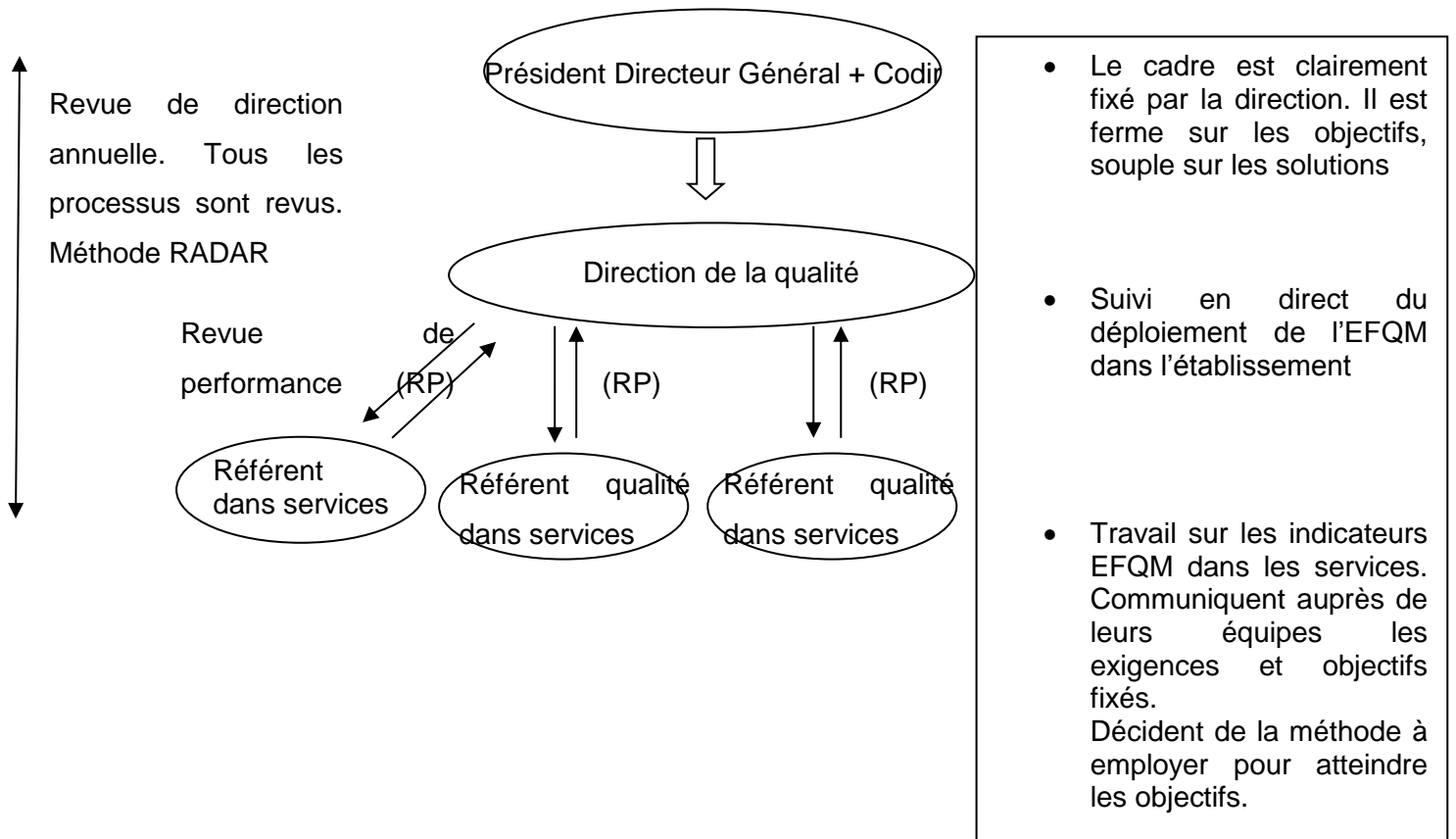
### 6. Comment la démarche a-t-elle été enclenchée en interne avant de prévoir son déploiement ? Un état des lieux initial a-t-il été mené ? Si oui, comment ?

L'EQM s'inscrit dans le plan stratégique 2012-2016 appelé « Convergence 2016 » qui se compose de 4 axes :

- Client
- Performance économique
- Excellence opérationnelle
- Ressources humaines

### 7. Quelle est l'organisation et le pilotage adoptés pour contrôler et accompagner la mise en place de l'EFQM ?

Afin de mettre en place la démarche EFQM, la direction de la qualité a été créée en Septembre 2012. Avant, la qualité était simplement une mission annexe à la Direction de la performance



Tous les collaborateurs ont accès à la documentation qualité qui est disponible sur l'intranet mais aussi à tous les tableaux de bord avec code couleur rouge et vert. Tous les collaborateurs ont un poste informatique pour eux avec leurs identifiants.

**8. Comment les cibles sont définies ? Sont-elles atteintes ? Comment garde-t-on le personnel motivé et engagé même quand les objectifs sont déjà atteints ? Y-a-t-il un intéressement financier ou autre des personnels à la démarche EFQM ?**

Les cibles sont définies au regard du plan stratégique et des résultats antérieurs. L'EFQM est une démarche d'amélioration perpétuelle donc d'autres cibles peuvent être mises en place.

Les membres du CODIR ont une part variable de leur rémunération qui dépend de l'obtention du prix européen.

Une expérimentation est en place. Il s'agit de l'initiative productivité qui s'appuie sur une philosophie : rendre acteur les collaborateurs dans la construction de leur activité. Elle consiste en l'attribution d'une prime en fonction des objectifs collectifs et individuels atteints. Il est encore trop tôt pour en tirer des conclusions puisqu'il s'agit d'une expérimentation.

**9. Plus précisément, comment ont été travaillés les critères 3 et 7 sur le personnel, ainsi que les sous-critères qui y sont associés ?**

Les RH ont été les premières à être formées sur l'EFQM. L'EFQM n'est pas une démarche à part, déconnectée de la vraie vie. On avait déjà des projets RH. L'intérêt de l'EFQM pour le DRH est qu'il peut fédérer le constat. C'est un support qui pose les problèmes. Il est plus intégratif, simple à expliquer et fédératif que l'ISO qui est assez segmentée.

La DRH s'est occupé du pilotage des critères 1 et 3 (leadership et personnels).

Le département RH est composé de 30 agents pour 1300 collaborateurs à Apicil gestion.

3 fonctions sont présentes au sein de la DRH :

- Recrutement, formation, GPEC (10 aine)
- Relations sociale et juridique
- Communication interne et dynamique managériale

Dans le plan stratégique, il était prévu une délégation importante aux collaborateurs de la gestion purement administrative RH (RIB, pointage, absences validées par managers) ce qui a permis au service RH de se concentrer sur des critères et sous-critères EFQM.

Pour la GPEC par exemple, les collaborateurs saisissent sous forme littéraire ce qu'ils souhaitent. Les managers identifient les besoins individuels et la DRH travaille sur les besoins collectifs. Dans les nouveaux enjeux, il y a la dynamique managériale : un service dédié, une offre proposée, un coach pour la formation.

Aujourd'hui, la DRH organise des tutoriels et des forums. Cela oblige la DRH à être en « front office » plutôt qu'en « back office ». Les collaborateurs de la RH participent plusieurs fois par an aux réunions de service.

Il y a également la mise en place d'ateliers de reconnaissance professionnelle afin de répondre aux résultats du baromètre social qui laissait apparaître un faible sentiment de reconnaissance des agents au travail. On a ainsi pu mettre en place un film sous forme

humoristique sur le vivre ensemble, une charte sur le contenu et la forme des emails échangés au travail, une meilleure transparence sur la rémunération (quelles sont les règles pour avoir une augmentation salariale par exemple). Nous souhaiterions mettre en place une part variable de la rémunération basée à 60% sur le collectif et à 40% sur l'individuel.

On a essayé d'améliorer la proximité managériale, notamment dans le processus d'intégration du nouvel arrivant. Par ailleurs, le DG vient une fois par an à la rencontre des équipes pour échanger avec elles sur un thème sélectionné.

Le baromètre insistait sur la volonté de plus de travail participatif demandé par les collaborateurs. C'est pour cela que les ateliers pépites ont été mis en œuvre. On cible 2 ou 3 problématiques et on y travaille ensemble. Lors des réunions d'équipe mensuelle, une partie est sur le repère mensuel qualité (EFQM), une autre partie concerne des problématiques internes plus propres au service. Afin de permettre la rencontre de toutes les équipes, nous avons instaurés le jeudi comme journée où on ne télétravaille pas.

Toutes ces initiatives ont été rendues possibles grâce aux moyens attribués par le plan stratégique avec :

- Le budget communication
- Les outils créés par les consultants sélectionnés
- La GPEC plus structurée

Pour travailler sur le leadership, la DRH a mis en place un comité de managers qui se réunit plusieurs fois par an et se subdivise en groupes de travail où les managers réunis ensembles par typologie.

Aujourd'hui, tous les managers participent au plan stratégique qui contrairement au 1<sup>er</sup> est plus « bottom-up ». Les managers travaillent ainsi plus entre eux et ont acquis une plus grande autonomie.

## **10. Comment se déroule (s'est déroulé) l'évaluation EFQM ?**

Pendant plusieurs jours, des évaluateurs EFQM viennent sur site et vérifient que ce qu'on a indiqué dans le dossier EFQM est bien réel. Ils préviennent de leur visite quelques semaines en avance.

### **III – Niveau opérationnel : La mise en œuvre**

## **11. Comment s'inscrivent les personnels dans la démarche EFQM ? Ont-ils été associés dès le départ ? Comment ont-ils réagi ? Ont-ils adhéré ? A quelles résistances vous êtes-vous heurtés ? Comment les avez-vous dépassées ?**

Au début, la démarche EFQM a été très difficile à mettre en place d'autant plus que le Directeur Général précédent était moins impliqué et qu'une démarche qualité avait déjà été tentée sans succès. La culture de la qualité était donc généralement perçue comme de la paperasse administrative qui ajoutait simplement du travail sans performance pour l'entreprise ni changement réelle pour le quotidien des collaborateurs.

Il a fallu prouver que la méthode EFQM était efficace. On a commencé par la plate-forme téléphonique où il y avait des difficultés et où on savait qu'on pouvait avoir un impact positif rapidement.

Grâce à un accompagnement méthodologique et un outillage (cartographie des processus, formation des managers, méthode RESC-midi, ateliers de résolution des problèmes avec le diagramme d'Ishikawa), on est passé d'un taux de décroché de 60% en 2012 à un taux de décroché proche de 90% en 2013.

Afin d'identifier les dysfonctionnements, on réunissait toute l'équipe après le travail entre 18h et 20h. On posait le problème ensemble, on prenait des décisions, puis on répartissait les tâches en groupe de travail.

Une fois qu'un service a pu servir de modèle et d'exemple de réussite, c'est ensuite plus simple pour l'application de la démarche EFQM partout.

Un autre exemple de résistance initiale était au sein de la DRH. Il fallait bloquer ½ journée entière pour travailler avec toute l'équipe sur l'EFQM. Cependant, c'est en faisant l'exercice que la DRH a compris que ce n'était pas inintéressant. En réalité, le début de la démarche valorisait ce que l'entreprise faisait déjà de bien en interne sans le savoir. Après, dans un second temps, ils ont pu regarder ce qu'il leur manquait et ce qu'il faudrait améliorer. Cela permet de prendre du recul.

## 12. Un rôle particulier a-t-il été attribué à l'encadrement de proximité ?

Oui, des référents qualités ont été nommés pour participer à la mise en place de l'EFQM sur le terrain.

Les référents qualité sont une cinquantaine. Pour les coordonner et s'assurer que leurs compétences sont à jour, nous organisons une réunion plénière par an et une autre tous les semestres sur un thème précis.

Dans les référentiels et fiches de poste, il y a maintenant un item qualité pour expliquer en quoi le collaborateur peut contribuer à l'amélioration de la qualité dans l'entreprise. A chaque processus dans l'établissement est associé un mode opératoire et une procédure.

Dans les revues de processus il y a 5 parties :

- Un SWOT
- Des indicateurs clés que l'on suit
- Une évaluation RADAR
- Des échanges sur les résultats de l'évaluation
- La validation du processus

C'est le référent qualité qui pilote le processus et l'ensemble de la ligne managériale. Avec des invitations du contrôle de gestion et du système d'information quand cela est nécessaire.

	Critères	Preuve	Notation	RADAR
<b>Créer de la valeur pour les parties prenantes</b>				
<b>Leadership/Management</b>				
<b>Ressources</b>				
<b>Partenariat</b>				
<b>Gestion des risques</b>				

<b>Amélioration</b>				
<b>Résultats</b>				

Le RADAR est présenté en revue de direction tous les ans où on montre tous les processus.

**13. Une communication en interne a-t-elle été mise en place ? Avez-vous communiqué en externe sur l'entrée dans la démarche EFQM ?**

Il n'y a pas eu de communication en externe sur l'entrée dans l'EFQM, mais nous avons communiqué ensuite lors de l'obtention de prix. C'était une manière pour nous de nous différencier de nos concurrents et de montrer aux collaborateurs que leur travail portait ses fruits.

**14. Y-a-t-il eu un lien direct entre la direction et les agents de terrain ou tout est passé par l'intermédiaire des cadres ? Ces-derniers ont-ils communiqué directement avec les agents de terrain et ont-ils clairement présenté la démarche EFQM dès le départ ?**

Non, il n'y avait pas de lien direct entre la direction et les agents de terrain. L'EFQM était porté par les cadres de proximité qui étaient formés au préalable à l'EFQM par la cellule qualité et ont été accompagnées par elle.

**15. Pourriez-vous nous en dire plus sur la Balance score card et les tableaux de bord mis en place ? Existait-ils avant la démarche EFQM ? Si oui, ont-ils évolué avec la démarche ?**

Il y a une Balanced Scorecard (BSC) dans l'établissement et tous les indicateurs de la BSC sont dans les services. La stratégie et la BSC ont été co-construites avec tous les collaborateurs. Tout est visible par tous les collaborateurs et pas seulement les cadres.

**16. Quels investissements ont été nécessaires pour mettre en place la démarche EFQM (en termes de temps, de ressources humaines, de moyens financiers, du point de vu organisationnel, de résistance au changement) ?**

En termes d'investissements humains, la cellule qualité est passée de 2 à 6 employés :

- 2 mouvements internes
- 1 alternant
- 3 chargés/animateurs de mission qualité (niveau master « Qualité et audit social », « management des organisations »)

Leurs tâches sont sur l'EFQM, la RSE et les certifications (polyvalence) avec une répartition des services à gérer.

Nous avons également bénéficié d'une aide méthodologique grâce à un audit interne mené par un consultant.

Enfin, nous avons mis en place un système de référent qualité dans chaque service. Les référents qualité sont au nombre de cinquante. On travaille directement avec eux et ils ont comme mission de communiquer auprès de leurs équipes les exigences et objectifs fixés. C'est eux qui décident de la méthode à employer pour atteindre les objectifs.

**IV - Bilan et enseignements / Perspectives**

**17. Quel bilan d'étape tirez-vous de la démarche EFQM ?**

L'EFQM nous a permis de nous améliorer dans les processus utilisés et dans la professionnalisation de la qualité de notre management.

**18. Quel(s) retour(s) sur investissement pouvez-vous identifier en termes de temps, de ressources humaines, de moyens financiers, du point de vue organisationnel, de satisfaction client ou personnels, d'amélioration du service, etc. ... ? Ces améliorations sont-elles quantifiées/quantifiables ?**

Le retour sur investissement est difficile à évaluer en termes purement financiers. En revanche, en matière qualitative, la prestation de nos services et la qualité du management s'en sont retrouvés améliorées.

Par exemple, nous ne traitons pas les réclamations de manière systématique avant la constitution d'une cellule réclamation en 2013 qui mène des réflexions, des ateliers de travail et s'attache à mesurer la perception que les clients ont de l'entreprise afin de l'améliorer.

De même, il n'y avait pas de tableaux de bord à la DRH avant l'EFQM. APICIL travaillait en silo. Aujourd'hui, on travaille en mode transversal grâce à l'EFQM. APICIL utilise des indicateurs de performance avec objectifs et des indicateurs contextuels (volume) un suivi qui permet une revue mensuelle avec les équipes qu'on appelle « revue de performance » est également instauré.

**19. Quelles ont été les principales difficultés rencontrées ?**

L'une des difficultés est qu'un même outil peut correspondre à plusieurs indicateurs.

**20. Quelles sont limites, selon vous, de la démarche EFQM ? Quelles sont les erreurs à éviter ?**

Un effet de seuil peut être atteint une fois que tous les prix ont été obtenus mais cela peut prendre du temps. Les recommandations des évaluateurs EFQM sont parfois un peu vagues.

**21. Comptez-vous continuer avec cette démarche ou pensez-vous à abandonner / à en adopter une autre ?**

Nous continuerons cette démarche pendant plusieurs années encore.

**22. Selon vous, comment l'EFQM pourrait être améliorée ?**

Aujourd'hui, cette démarche est optimum.

## Annexe 3 :

### Entretien avec le Centre Hospitalier de Luxembourg au sujet de la démarche l'EFQM

Mme BIRKEL, Directrice des soins

Mme LACHOR, Responsable du service qualité, risques et processus

Mr WEHR, Service RH, Référent EFQM sur les critères 3 et 7

#### I - Introduction dans l'EFQM

- 1. Pourriez-vous nous préciser la réflexion, la démarche ayant guidée vers le choix du modèle EFQM ? Quel est le périmètre ? Quel a été l'événement déclencheur ? Quelle était la situation antérieure en termes de qualité et management ? Quelles ont été les incitations (au niveau national, régional, ou en interne) pour s'y engager ?**

De façon schématique, il y a d'abord eu une réflexion menée par la commission d'évaluation qui souhaitait mettre en place un programme qualité national. En 1995, il a été décidé qu'une récompense allant jusqu'à 2% du budget serait attribuée aux établissements les plus vertueux en matière de qualité. Les indicateurs qui étaient suivis étaient le dossier patient (volet médical, soin, administration), les protocoles infections nosocomiales, les programmes de mammographies, les paramètres de la douleur (assessment, prévention). A la fin il y a un classement qualité établi. Plus on a d'écart avec le 1<sup>er</sup> et moins on a d'argent.

En 2001-2002, il y a une réaction des administratifs qui se plaignaient que la qualité évoquée ne concerne que les soins d'où le choix de l'EFQM. Des modules transversaux pour se préparer à l'EFQM sont mis en place. L'évaluation se fait par étape. Il y a d'abord une 1ere auto-évaluation avec un scoring pour servir de base aux évaluateurs extérieurs. Puis, tous les 2 ans nous mettons en place une auto-évaluation dans le cadre de l'amélioration continu. Enfin, une visite par un évaluateur EFQM a lieu tous les 3 ans.

Cependant, les médecins, notamment, ont beaucoup réagi. Les hôpitaux luxembourgeois ont fait beaucoup de management et pensent avoir atteint un palier. Aujourd'hui, on a une demande clinique plus importante et un refus du cantonnement au lexique managérial de l'EFQM. En 2014, un système de quality-mix a donc finalement été mis en place (40% EFQM et 60% sécurité des soins). On ne pouvait pas se passer de l'EFQM pour s'assurer de l'efficacité de l'utilisation de l'argent public d'un point de vu organisationnel.

L'EFQM a été choisi car il s'agit d'un modèle qui laisse une marge de manœuvre aux hôpitaux sur la manière dont ils souhaitent procéder. Les Luxembourgeois ne souhaitaient pas entrer dans un modèle trop normatif.

Ce qui est méconnu est que l'EFQM est un management par la qualité et non un management de la qualité. C'est un modèle de management. Sa philosophie se concentre sur les résultats, les cibles à atteindre et le benchmark. L'EFQM n'est pas un modèle innovant, mais il est un modèle simple et structurant.



C'est un modèle pour les managers. Tous les agents qui écrivent dans le cadre de la démarche EFQM sont des managers. L'EFQM ne s'intéresse pas à ce que l'on fait mais à comment on le fait ainsi qu'à la stratégie. D'ailleurs, la nouvelle version de l'EFQM 2013 propose un alignement à la stratégie qu'on doit ensuite décliner puis suivre. Si on veut développer le management, l'EFQM fait plus de sens que le modèle ISO (certification) qui n'est pas de l'amélioration continu et est moins systémique.

**2. L'engagement dans l'EFQM s'inscrit-il dans une démarche de différenciation-marketing, d'affichage face à un environnement concurrentiel ? A-t-il été le point de départ d'un projet de renouvellement du modèle de management ?**

Il s'agit d'une démarche préconisée dans le cadre du programme national. Il y avait également une volonté du CHL de se présenter au R4E (Niveau 2 " Reconnaissance de l'Excellence " au niveau européen) en 2011 pour bénéficier d'une reconnaissance donnée par des experts européens et non seulement luxembourgeois. Notre objectif était également de renforcer ce qu'on faisait déjà de bien afin de montrer déjà en interne où on en était arrivé. Ce n'est pas un travail marketing.

**3. Selon vous, la démarche EFQM au sein de votre entreprise est-elle une démarche passagère, transitoire, ou est-elle, une démarche de long terme appelée à durer ?**

Il s'agit d'une démarche de long terme puisqu'elle a été engagée en 2003. Cependant, un plateau semble maintenant avoir été atteint en termes de management stratégique au sein de notre hôpital car nous nous sommes beaucoup améliorés en treize ans. Il convient maintenant de combiner les démarches EFQM avec des critères plus spécifiques aux soins.

**4. Dans quelle mesure la démarche EFQM s'agence avec les autres engagements (initiatives ou obligations) de l'entreprise (certification, RSE, participation à d'autres labels) ? S'agit-il de l'ajout d'une strate supplémentaire indépendante ou d'un projet transversal ?**

Les démarches qualité au CHL sont soutenues par de nombreuses démarches volontaires (ISO, Responsabilité Sociale de l'Entreprise, JCI). Elles sont complémentaires dans leur philosophie. La réalisation de l'autoévaluation et du rapport restent cependant chronophages.

**5. Quelles sont toutes les autres démarches qualité dans lesquelles le CHL est engagé ? Quelles sont toutes les autres démarches d'amélioration du management dans lesquelles l'établissement est engagé ?**

Le CHL a l'ISO 9001 sur la stérilisation, la sénologie, les laboratoires, la dialyse. Il a l'ISO 15189 au laboratoire de la Procréation Médicalement Assisté (PMA) et se prépare à la

certification pour les laboratoires. Le CHL a également le label RSE et est en cours d'accréditation JCI.

Par ailleurs, le CHL est engagé dans des démarches d'amélioration du management : auto-évaluation de la performance, amélioration des processus, groupes de travail pour la révision du règlement général.

## **II – Niveau organisationnel : Le pilotage**

### **6. Comment la démarche a-t-elle été enclenchée en interne avant de prévoir son déploiement ? Un état des lieux initial a-t-il été mené ? Si oui, comment ?**

L'EFQM nécessite une stratégie forte, un Directeur général et une équipe de direction très engagée ainsi qu'une projection sur 3 à 4 ans, au moins, afin d'atteindre les premiers résultats.

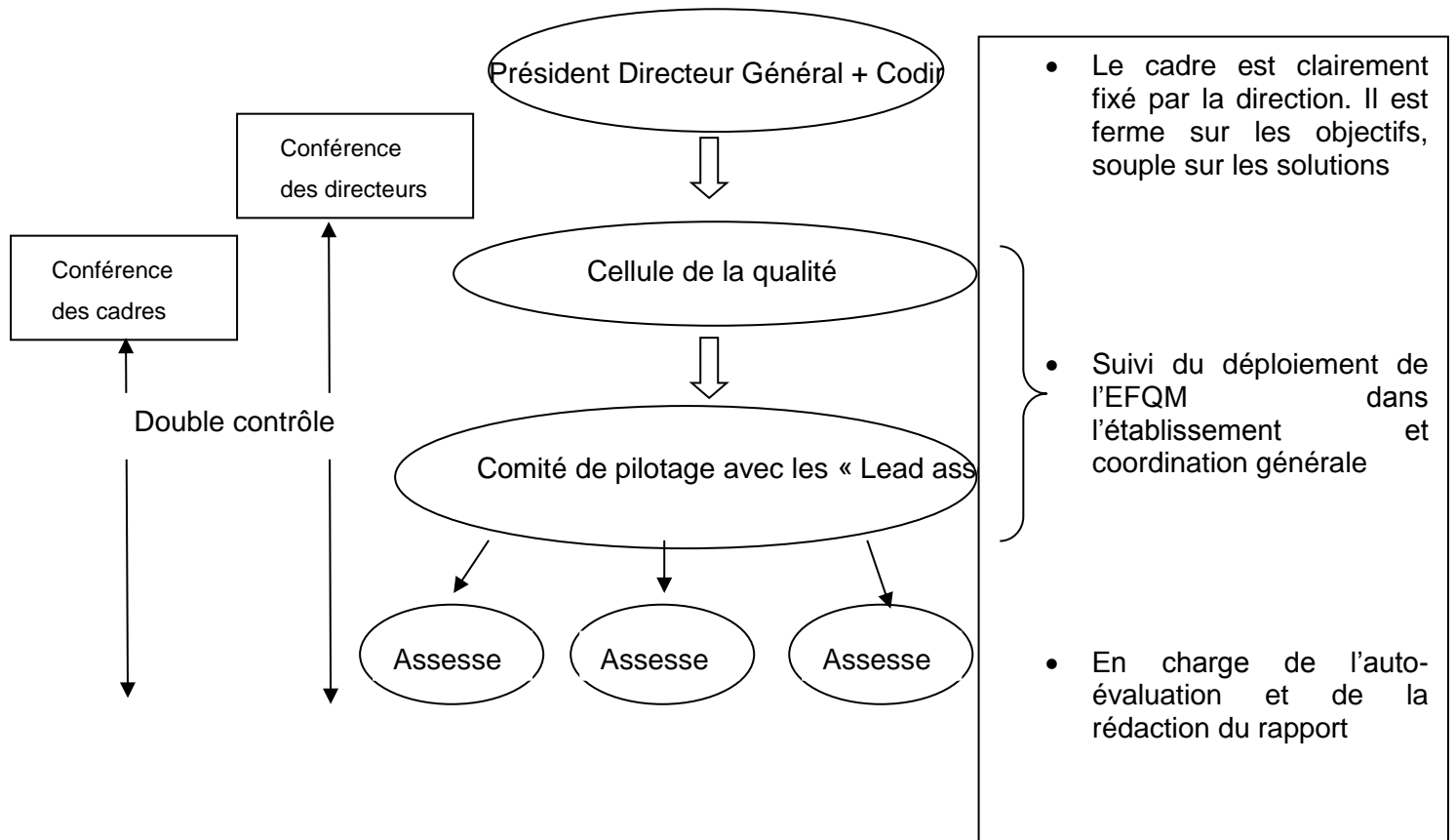
Ainsi, l'approche a toujours été institutionnelle. Un audit a été mené au début de l'EFQM puis des assesseurs internes ont été formés pour recueillir l'information. Le premier rapport a été rédigé grâce à une auto-évaluation coordonnée par la cellule qualité.

Dans notre CH, les gens ont envie de montrer ce qu'ils font, ils sont assez volontaires et entreprenants pour répondre à la direction fixée. Le multiculturalisme est très présent et le management participatif existait déjà.

L'EFQM a été possible dans sa mise en place dès que nous avons pu démontrer que c'était bénéfique pour tout le monde.

## 7. Quelle est l'organisation et le pilotage adoptés pour contrôler et accompagner la mise en place de l'EFQM ?

Un comité de pilotage qualité a été mis en place avec la coordination des assesseurs par la cellule qualité.



Le projet initial de la démarche EFQM a été accompagné par un consultant externe. La coordination générale a été assurée par la cellule qualité qui s'occupe de la cohérence des informations du rapport EFQM. Le Lead assesseur est une personne qui coordonne une équipe d'assesseurs. Les assesseurs internes sont en charge du suivi de l'EFQM dans les services, de l'autoévaluation, et de la rédaction du rapport. Il s'agit souvent de cadres de santé.

Il y a un double contrôle sur le déploiement de l'EFQM :

- Un qui se fait quotidiennement par les lead assesseurs et la cellule qualité
- Un autre qui se fait trimestriellement par la conférence des cadres et la conférence des directeurs

## 8. Comment les cibles sont définies ? Sont-elles atteintes ? Comment garde-t-on le personnel motivé et engagé même quand les objectifs sont déjà atteints ? Y-a-t-il un intéressement financier ou autre des personnels à la démarche EFQM ?

Les cibles sont définies de plusieurs manières : selon les résultats antérieurs, selon les publications/le benchmark, selon les ambitions de l'établissement. Il n'y a aucun intéressement financier. Par contre, les agents ne sont pas insensibles à la reconnaissance professionnelle ou sociale.

## 9. Plus précisément, comment ont été travaillés les critères 3 et 7 sur le personnel, ainsi que les sous-critères qui y sont associés ?

Un « Lead assesseur » ou coordinateur des projets RH a été identifié comme responsable de l'amélioration et du suivi des critères 3 et 7.

L'EFQM nous a permis de trouver un meilleur équilibre entre ce qu'on développe comme projet et le pilotage qui doit aller de pair (1 fois par trimestre). La notion de cible est devenue centrale. On cherche du benchmark y compris lors des enquêtes de satisfaction. Aujourd'hui, il y a la création d'une politique RH plus tournée vers les compétences et le développement professionnel (reconnaissance personnels, GPMC, dimension sociétale dans une logique de performance). Un Directeur adjoint RH est arrivé. La politique RH est aujourd'hui unique et cohérente. Elle est devenue une vraie fonction support pour tous les autres services avec des procédures et des processus renforcés. L'EFQM a été vital par la formalisation qu'il a impliquée. Tous les process RH s'inscrivent maintenant dans l'EFQM. Avant 2009, 90% du travail concernait la gestion des personnels au CH de Luxembourg (gestion du personnel, contrats, recrutement).

Le pilotage de l'activité RH se fait à l'aide d'une cinquantaine d'indicateurs et 2 tableaux de bord. Un tableau mensuel de suivi de l'activité (formation et recrutement) est plutôt proche d'un suivi quantitatif. Un autre tableau de suivi trimestriel de la performance (délai de recrutement, % d'annulation de formation, etc. ...) est d'ordre plus qualitatif.

Objectifs → indicateurs → cibles.

Chaque service a son tableau de bord. Si au cours du trimestre on s'aperçoit qu'il y a des indicateurs qui dévient (jeu de couleurs avec le rouge pour les indicateurs qui sont en-deçà), le directeur responsable envoie un email pour demander des explications et/ou des corrections.

Les collaborateurs ont pu être motivés par la mise en place de différentes mesures (formations diplômantes, chef de projet, comité d'entreprise). L'agent doit être écouté, entendu, reconnu et avoir une certaine autonomie et marge d'initiative

Concernant la rédaction du dossier EFQM, le critère 7 se divise en 2 thèmes. L'un est subjectif (la perception), l'autre est objectif (la performance). Dans chaque thème, des sous-critères sont présents. Par exemple, pour la perception, nous n'avons pas hésité à choisir le taux de participation du personnel à la fête de Noël/corporate identity. Cela est une façon de mesurer l'attachement de son personnel à « l'institution hôpital » alors que l'événement n'est pas obligatoire et a lieu sur le temps de vie privée.

On peut également parler du critère 9 (résultats clés). On va, par exemple, comparer les résultats annuels et leur évolution sur 5 ans. On remplit tous ces sous critères en fonctions de la stratégie établie par le DG et des axes de sa Balanced Score Card (BSC). On ne peut donc pas simplement mettre les critères qui nous intéressent. Lors de l'évaluation extérieure de l'EFQM, les évaluateurs observent l'adéquation entre les deux.

Au sujet plus spécifique de la DRH, deux stratégies peuvent être adoptées. Soit on met en place tous les critères de l'EFQM (de 1 à 9), soit on se concentre sur les critères 3 (ressources humaines) et 7 (résultats pour le personnel).

### **10. Comment se déroule (s'est déroulé) l'évaluation EFQM ?**

Quatre experts visitent pendant 5 jours le Centre hospitalier et interrogent cadres et équipes opérationnelles.

### **III – Niveau opérationnel : La mise en œuvre**

**11. Comment s'inscrivent les personnels dans la démarche EFQM ? Ont-ils été associés dès le départ ? Comment ont-ils réagi ? Ont-ils adhéré ? A quelles résistances vous êtes-vous heurtés ? Comment les avez-vous dépassées ?**

**12. Un rôle particulier a-t-il été attribué à l'encadrement de proximité ?**

Les équipes d'assesseurs étaient initialement composées de médecins, de soignants et d'administratif mais ce modèle est un modèle de management. Il est donc moins adapté aux opérationnels qu'on a mis en difficulté les premières années en leur donnant des responsabilités de suivi et d'évaluation dans le cadre de la démarche EFQM.

Parmi le personnel soignant, ceux qui sont à même d'apporter des réponses au modèle sont les cadres. Cela s'explique aussi par un vocabulaire qui est assez élitiste dans l'EFQM (ex : carte stratégique).

Pour faciliter le déploiement de l'EFQM, chaque année sont mises en place 4 conférences des cadres ainsi que 4 réunions des directeurs de soins/BAM/Adm et financier.

Des modules EFQM obligatoires pour tout collaborateur de l'hôpital est assuré par la qualité. Des formations assesseurs/évaluateurs ont été menées par l'évaluateur extérieur.

Au sujet des blocages, lorsqu'ils existaient, on déployait une mesure dans une unité pilote pendant 6 mois. Puis, si les résultats étaient bons, on avait des arguments et la satisfaction du personnel pour ensuite déployer la mesure partout.

L'EFQM est un modèle de management et le plus intéressant est de se plonger dans les critères. On met ainsi en place une petite entreprise performante pour chaque service.

La phase de rédaction pour composer le dossier EFQM se passe comme suit :

- 1) Le Codir décide des éléments clés à retrouver dans le rapport
- 2) Le service qualité assure le pilotage de la rédaction du dossier EFQM qu'il délègue aux leads.
- 3) 4 leads (responsables) sont choisis pour s'occuper du suivi et de la rédaction des indicateurs qu'ils se répartissent (indicateurs 1,2,9 – indicateurs 3 et 7 – indicateurs 5 et 6 – indicateurs 4 et 8).
- 4) Les leads s'entourent d'une équipe de 3-4 personnes qu'ils coordonnent. Les leads ont pour but de mettre en lien avec la stratégie tout ce qui est écrit pour chaque critère. Ce qui est important ce n'est pas ce qu'on fait mais comment on le fait et quel lien avec la qualité. La rédaction du rapport est donc attribuée aux responsables du quotidien.

5) Une 1ere version est renvoyée au CODIR qui valide, demande des ajouts ou pas.

La rédaction du dossier prend près de 6 mois (de septembre à février).  
Lorsque le dossier final est partagé en interne, c'est une grande messe avec 120 personnes présentes.

En règle générale, on fête systématiquement tout fin de projet.

**13. Une communication en interne a-t-elle été mise en place ? Avez-vous communiqué en externe sur l'entrée dans la démarche EFQM ?**

Non, pas de communication en interne particulière car les interlocuteurs pour la qualité sont les cadres. Le CHL a choisi de ne pas nommer un référent qualité (comme cela peut exister dans d'autres établissements) pour garder la responsabilisation à l'échelle de l'encadrement (spécifier dans le règlement général).

Un système documentaire fourni a été mis en place sur intranet.

**14. Y-a-t-il eu un lien direct entre la direction et les agents de terrain ou tout est passé par l'intermédiaire des cadres ? Ces-derniers ont-ils communiqué directement avec les agents de terrain et ont-ils clairement présenté la démarche EFQM dès le départ ?**

L'information est transmise en conférence des cadres. Nous avons choisi de ne pas développer de communication externe particulière.

**15. Pourriez-vous nous en dire plus sur la Balanced score card (BSC) et les tableaux de bord mis en place ? Existait-ils avant la démarche EFQM ? Si oui, ont-ils évolué avec la démarche ?**

L'utilisation de la BSC est un réel développement lié au développement de la philosophie du modèle. On détermine une cible, on fait du benchmark. Le pilotage se fait ainsi jusqu'au cadre de proximité pour la direction des soins, la DRH et la DAF au travers des tableaux de bord.

Nous utilisons aussi d'autres outils de management : la méthode Ishikawa, six sigmas, la méthode AMDEC (Analyse des modes de défaillance, de leurs effets, et de leur criticité).

**16. Quels investissements ont été nécessaires pour mettre en place la démarche EFQM (en termes de temps, de ressources humaines, de moyens financiers, du point de vu organisationnel, de résistance au changement) ?**

La cellule qualité a vu le temps consacré à l'EFQM évoluer au cours du temps. S'il était important au début, lors de la mise en place, il a considérablement diminué depuis car la pratique s'est répandue au sein des personnels encadrant qui ont maintenant une plus grande autonomie. La cellule qualité se charge surtout de la coordination et de la rédaction aujourd'hui.

Temps de travail dégagé pour EFQM/programme IQ : 27% en 2012, 20% en 2013, 5% en 2014 car changement de programme, 16% en 2015, 8% en 2016.

Il faut également ajouter le temps assesseur consacré aux auto-évaluations et le temps des visites extérieures par les évaluateurs EFQM.

#### **IV - Bilan et enseignements / Perspectives**

##### **17. Quel bilan d'étape tirez-vous de la démarche EFQM ?**

Bon modèle de management pour engager la réflexion sur les liens entre les approches mises en œuvre, pour systématiser les processus et la méthode et pour s'orienter vers une approche résultats.

Les grandes avancées que l'EFQM nous a apporté sont au nombre de cinq :

- 6) Donner du sens vers où l'établissement se dirige
- 7) Faire évoluer le concept de gestion des ressources humaines. L'agent n'est pas seulement un salarié mais est aussi un collaborateur. L'établissement doit être le meilleur endroit où travailler pour lui et il faut veiller à ce qu'il reste compétent. A cet effet, on a, notamment, mis en place un plan de formation managériale pour tous les managers.
- 8) Une approche satisfaction des patients (enquête nationale 2008 puis enquête CHL 2012, et questionnaire à chaud pour les patients tout au long de l'année) pour pouvoir suivre l'impact des politiques menées dans le cadre de l'EFQM. Il y a 1 ou 2 référents EFQM dans chaque équipe. On laisse à chacun le choix de définir la méthode tant que cela fonctionne. Le DG remet une boîte de chocolat chaque année à ceux qui ont atteint la cible à 20%. On fait également aujourd'hui une meilleure gestion des plaintes avec une plus grande implication des personnels qui, auparavant, disaient simplement au patient d'aller se plaindre auprès de la Direction. Aujourd'hui, il y a des référents dans l'équipe dont le rôle est de résoudre directement les plaintes.
- 9) Idem au sujet de la satisfaction des personnels qui n'était pas notre préoccupation première auparavant. Depuis l'EFQM, la satisfaction personnel a augmenté. L'EFQM est très exigeant sur les enquêtes et regarde de près l'évolution des tendances. Quand on observe les aspirations de notre personnel au regard de la pyramide de MASLOW, on est passé d'un besoin de sécurité (1ère enquête) à un besoin d'appartenance (3<sup>e</sup> enquête), en passant par un besoin d'estime de soi (2<sup>e</sup> enquête). Après la 1ère enquête, on avait travaillé sur le développement des compétences et les équipes volantes.
- 10) Avant, quand il y avait un problème, on nous trouvait toujours des explications. Maintenant, on a une approche systémique qui permet de mieux suivre et identifier ce qui a été fait et comment.

##### **18. Quel(s) retour(s) sur investissement pouvez-vous identifier en termes de temps, de ressources humaines, de moyens financiers, du point de vu organisationnel, de satisfaction client ou personnels, d'amélioration du service, etc. ... ? Ces améliorations sont-elles quantifiées/quantifiables ?**

L'un des principaux retours sur investissement est que l'EFQM est un levier pour initier des changements. La prise d'initiatives est encouragée, le développement de projets innovants également. Nous ne sommes plus uniquement sur l'application de procédures.

Le lien entre la méthode utilisée et l'impact sur les résultats est amplifié

Nous avons aussi observé une meilleure structuration de toutes les méthodes utilisées à la cellule qualité.

Avant, quand il y avait un problème, on nous trouvait toujours des explications pour dédouaner tout un chacun et ne pas proposer des solutions concrètes. Aujourd'hui, on a une approche systématique de recherche causes à effets avec des plans d'action et des points réguliers pour savoir l'état d'avancement des nouvelles résolutions.

Aujourd'hui nous exigeons que les projets soient proposés de façon systématique avec la méthode RADAR. Cela permet de mieux cadrer et formaliser les projets tout en nous permettant de mieux comparer un projet à un autre.

L'approche qualité managériale évolue de plus en plus en se rapprochant des RH (ex des Risques Psycho-Sociaux).

### **19. Quelles ont été les principales difficultés rencontrées ?**

Au départ, nous avons constitué des équipes d'auto-évaluation avec des opérationnels (secrétaires, infirmiers) alors qu'il s'agit d'un modèle de management. Nous nous sommes rendu compte que la nécessité d'implication devait d'abord reposer sur les cadres et la direction.

De plus, les conclusions des experts restent très génériques

### **20. Quelles sont les limites, selon vous, de la démarche EFQM ? Quelles sont les erreurs à éviter ?**

Il s'agit d'un modèle de management, les personnes les plus impactées sont la direction (leadership/stratégie), l'encadrement (critère 3 et 4), la cellule qualité (critère 5). Le modèle ne cherche pas à comprendre ce qu'on fait (le quoi) mais comment on le fait et quels résultats ils apportent. Il faut donc bien comprendre qu'il s'agit avant tout d'un modèle qui interroge la stratégie d'une entreprise, son déploiement et ses résultats donc les décideurs et non les équipes de production.

L'atteinte des premiers résultats peut mettre plusieurs années.

Quand on utilise le modèle EFQM depuis plusieurs années, les équipes n'ont plus conscience qu'ils s'appuient toujours sur cette démarche qu'il font quasi-spontanément aujourd'hui. Il y a donc un manque de visibilité du modèle après un certain temps.

L'aspect processus n'est pas facile à instaurer dans la culture hospitalière. Il est compliqué de faire comprendre, par exemple, au médecin qu'il n'est qu'une partie, un bout du maillon de la chaîne. La philosophie hospitalière reste attachée à la notion de services (surtout pour les médecins) plus que de parcours patient. Les médecins disent qu'ils sont excellents mais que l'EFQM ne le montre pas.

### **21. Comptez-vous continuer avec cette démarche ou pensez-vous à abandonner / à en adopter une autre ?**



Cela dépendra, en partie, de la volonté nationale. Pour le CHL, le modèle ne permet plus de réellement évoluer. On a peut-être atteint un effet de seuil du management par la qualité. Par contre, l'un des atouts est le benchmark avec des entreprises de même taille car on est souvent confrontés à des problèmes similaires :

- Réseau d'entreprises socialement responsables
- Réseau « Paper jam business clubs ».

Notre leitmotiv est « Sortez de votre domaine, le Best of Class n'est certainement pas dans votre secteur ». On se compare à tout type d'entreprise de taille équivalente.

## **22. Selon vous, comment l'EFQM pourrait être amélioré ?**

Le modèle EFQM est un modèle générique qui a pour ambition de s'appliquer à toute entreprise. Il répond à cette attente.

Au-delà de 10 ans d'utilisation, la plus-value est moindre pour l'établissement d'où l'intérêt de varier les référentiels et d'aller vers des référentiels plus cliniques. Au bout d'un certain temps, les agents font de l'EFQM sans savoir qu'ils font de l'EFQM et oublient les mérites d'une telle exigence.

## **23. Pensez-vous que le modèle EFQM pourrait être adapté au milieu hospitalier ? Si oui, pourquoi ? Comment ?**

La France est plutôt mobilisée autour de l'obligation de certification HAS. Peu de démarches sont engagées volontairement en France. La relation est plus une relation de contractualisation avec les ARS. Le modèle de gouvernance diffère entre la France et le Luxembourg. La France est régie par la réglementation et le Luxembourg est plus dans le laissez-faire.

Oui, celui qui paie est l'assurance maladie, donc in fine le contribuable. Il est très important qu'il ait la garantie qu'on gère bien les hôpitaux.

Nos 5 valeurs communes au sein de notre hôpital sont complètement compatibles avec l'EFQM qui contribue à les renforcer :

- Recherche de l'excellence
- Engagement de solidarité
- Partage des connaissances
- Respect de la personne
- Exigence d'intégrité

## **Annexe 4 : Liste des indicateurs de qualité et performance au CH de Luxembourg (extrait)**

- Taux de réhospitalisation dans le même établissement hospitalier dans un délai de 28 jours après la sortie du patient vivant de l'hôpital pour « troubles mentaux et du comportement
- Taux de mortalité
- Incidence annuelle des bactériémies par 1 000 journées de cathéters centraux en soins intensifs
- Incidence annuelle des infections urinaires par 1 000 journées de sondage urinaire en soins intensifs
- Taux moyen de gain d'indépendance fonctionnelle en fonction de l'indépendance fonctionnelle à l'entrée lors d'une rééducation neurologique post-AVC
- Taux d'absentéisme annuel global pour l'ensemble des personnels
- Fréquence moyenne globale de l'absentéisme pour l'ensemble des personnels
- Durée moyenne de l'absentéisme pour l'ensemble des personnels
- Taux d'accidents par exposition au sang par ETP
- Taux d'interventions chirurgicales pour cataracte faites en ambulatoire
- Taux de dépenses pour dispositifs médicaux et médicaments achetés par le biais du groupement d'achat
- Durée moyenne d'occupation d'une salle opératoire les jours ouvrables
- Taux de couverture des lits par une distribution uni dose sur base d'une ordonnance médicale nominative par patient.

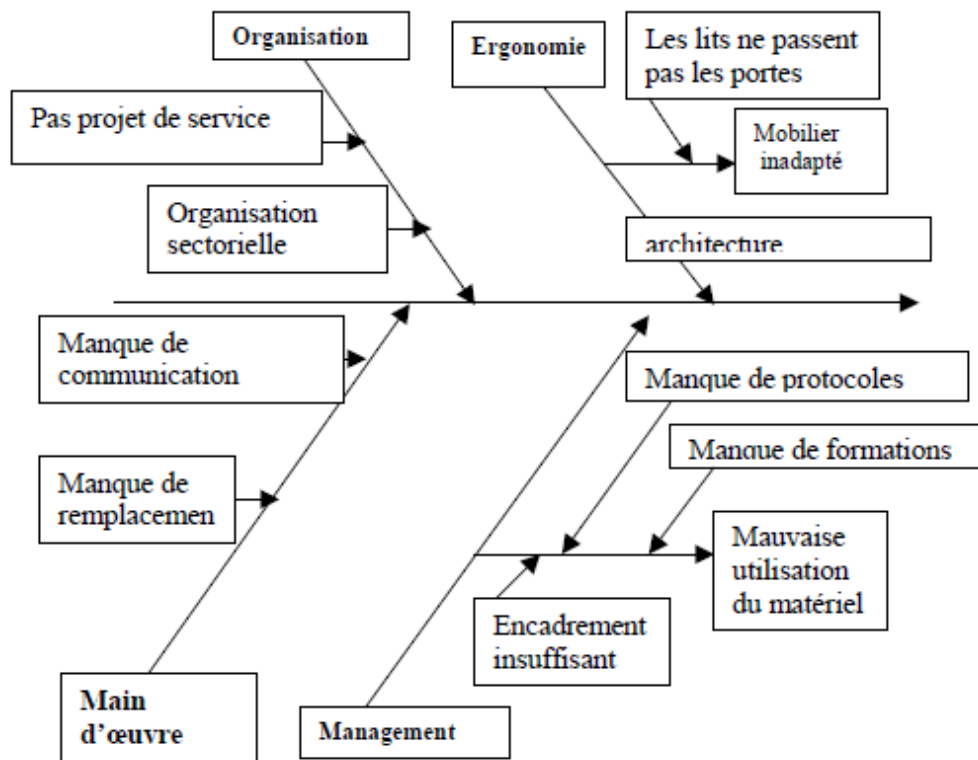
## Annexe 5 : Exemple de diagramme d'Ishikawa

Problème : désorganisation d'un service de soins.

Causes proposées par le groupe :

Les lits ne passent pas les portes, mobilier inadapté, manque de protocoles, encadrement insuffisant, manque de formations, architecture pavillonnaire, manque de remplacements, pas de projet de service, organisation sectorielle différente, manque de communication personnels médical/paramédical

Tracer le diagramme



Extrait : « L'accréditation hospitalière » Des fiches pour agir-Editions DEMOS

## Annexe 6 : Communication autour de l'obtention du prix EFQM au CHL

4a : La vitrine des prix obtenus, dans le hall d'entrée de l'hôpital mais peu visible derrière des portes-battantes.

4b : Diplôme EFQM « Recognised for Excellence » (R4E) au niveau européen



4a



4b

## Annexe 7 : Fiche de mission « Référent qualité »

Groupe APICIL	FICHE DE MISSION	Page : 1/2
FDM/06	REFERENT QUALITE	Version 01

Etre, aux côtés du management, l'acteur opérationnel de terrain qui s'assure de la bonne mise en œuvre au quotidien du système de management intégré « Qualité – Risques – Contrôle interne, Responsabilité Sociétale » par tous les collaborateurs sur le périmètre de son service

### 1. Le rôle du Référent Qualité permet de garantir quoi?

- La circulation de l'information descendante et remontante sur la mise en œuvre et le fonctionnement du système de management intégré (ex: diffusion de l'information Qualité vers les équipes de son périmètre...)
- La mise à niveau (sensibilisation, formation, accompagnement) des acteurs de son périmètre en matière de connaissance et de maîtrise du système de management intégré (ex: en parrainant les nouveaux arrivants sur son périmètre...)
- La mise à disposition de la documentation à jour de son service,
- Le bon fonctionnement du traitement des irritants sur son périmètre,
- La visibilité sur le plan d'action d'amélioration de son service,
- La mise à jour dans les délais du tableau de bord de son service.

### 2. Et par ailleurs, le Référent Qualité contribue à :

- L'identification et à l'évaluation des risques survenus sur son périmètre.
- La préparation des réunions Qualité de son service.
- L'identification et à la standardisation des activités et pratiques,
- La correction et au traitement des non conformités, réclamations, incidents, accidents et garant de la saisie des relevés,
- La recherche des causes et à la décision d'actions d'amélioration.

### 3. Compétences mobilisées :

- Aptitude relationnelle : écoute, capacité à faire converger des points de vue
- Capacité à travailler en équipe
- Aisance rédactionnelle
- Rigueur et précision

Annexe 8 :

---

**DOSSIER EFQM FICTIF DU CENTRE HOSPITALIER DE MELUN**  
**Qualité et management à l'hôpital**

---



---

## Sommaire

---

<b>A. Présentation du Centre Hospitalier de Melun .....</b>	<b>82</b>
<b>B. Rapport EFQM.....</b>	<b>885</b>
1. Leadership .....	85
2. Stratégie .....	91
3. Le Personnel.....	93
4. Les Partenariats et les ressources .....	100
5. Les Processus, les produits et les services .....	105
6. Résultats clients.....	109
7. Résultats personnel .....	114
8. Résultats pour la collectivité.....	124
9. Résultats d'activité .....	126

## **A. Présentation du Centre Hospitalier de Melun**

Le Centre Hospitalier de Melun est l'établissement de référence du Sud Seine-et-Marne, siège du SAMU de l'ensemble du département. Sa capacité d'accueil est de 733 lits et places proposant de multiples prestations de soins performants au service de la population. Grâce à ses pôles d'excellence, des équipes pluridisciplinaires répondent aux besoins et aux attentes les plus exigeantes : urgences, réanimations, médecine, chirurgie, gynéco obstétrique, pédiatrie, psychiatrie, gériatrie, imagerie médicale, laboratoires...

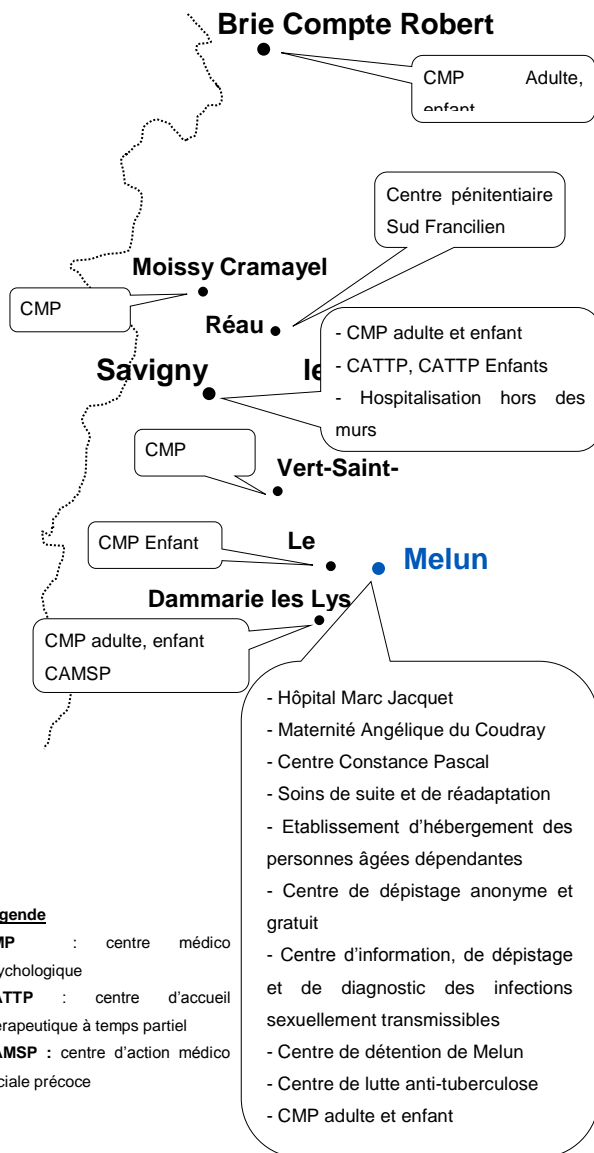
Les modes de prise en charge comprennent l'hospitalisation complète, l'hôpital de semaine, l'ambulatoire avec une hospitalisation de jour en médecine et chirurgie, ainsi que l'hospitalisation hors les murs pour la psychiatrie. Par ailleurs, l'établissement qui s'appuie actuellement sur une hospitalisation à domicile (HAD) dans le cadre d'une convention, entend développer prochainement sa propre HAD.

Cet établissement s'inscrit sur le territoire de santé du Sud Seine-et-Marne avec un bassin de population d'environ 300 000 habitants. Le projet de GHT Sud Seine-et-Marne comprend les Centres hospitaliers de Fontainebleau, Nemours, Montereau et Melun.

Un projet d'investissement de 256 Millions d'euros prévoit la construction d'une plateforme Hôpital-Clinique qui ouvrira ses portes en 2018. Ce projet se singularise par un partenariat d'une ampleur inégalée au niveau national avec des cliniques privées. Les cliniques Saint-Jean et l'Hermitage seront intégrées au site du nouvel hôpital.



**26 sites**  
**Un bassin de population de 300 000 habitants**



**Pôles**

**6 pôles de soins**

- Médecine
- Chirurgie
- Femme Enfant
- Médecine d'urgence et médecine intensive
- Psychiatrie
- Gériatrie



**3 pôles « support »**

- Administration
- Qualité et sécurité des soins
- Médico-technique

**Ressources humaines**

**Personnel**

Nombre total d'agents : 2 026  
 Equivalents temps plein : 1 924

**Médical**

- Effectif : 251  
 - Equivalents temps plein : 208

**Non médical**

- Effectif : 1 775  
 - Equivalents temps plein : 1 716



**Formation initiale**

- Internes : 48
- Etudiants à l'Institut de formation en soins infirmiers : 174
- Etudiants à l'Institut de formation d'aides-soignants : 36
- Etudiants préparant les concours d'entrée à l'IFSI ou IFAS : 20
- Stagiaires : 533

**Formation continue**

4 365 journées  
 Budget : 1,246 millions d'euros

**Qualité de vie au travail**

Œuvres sociales : 739 492 €  
 Places en crèche : 35

## Activité médicale et chirurgicale

	Lits et places	Entrées et Venues	Journées	Durée moyenne de séjour (en jours)	Taux d'occupation
<b>Hospitalisation complète</b>					
Médecine 117		5 042	37 724	7.48	89.42%
Chirurgie 30		2 283	10 124	4.43	89.25%
Femme Gynéco		3 966	14 940	3.77	69.38%
Obstétrique 59		2	9 464	3.76	86.47%
Enfant Pédiatrie 30		517			
Réanimation / Surveillance cont. 28		1 636	7 845	4.80	80.61%
Psychiatrie 99		1 304	31 783	24.37	89.21%
Gériatrie 252		1 552	87 259	56.22	95.37%
<b>Total 615</b>		<b>18 300</b>	<b>199 139</b>	<b>10.88</b>	<b>92.77%</b>
<b>Ambulatoire</b>					
Hôpital de jour et alternatives 87		11 640	14 791		
Hospitalisation courte durée 14		6 529	7 198		
Hémodialyse (séances) 19		11 148	11 148		
<b>Total 735</b>		<b>47 617</b>	<b>232 276</b>		

<b>Passages aux urgences :</b>	<b>64 930</b>
<b>Dont :</b>	
- Adultes :	39 465
- Psychiatriques :	1 164
- Pédiatriques :	15 996
- Gynéco-obstétriques :	8 305
<b>SMUR de Melun</b>	
- Nombre de sorties :	4 411
<b>SAMU de Seine et Marne</b>	
- Nombre d'appels traités :	200 075
<b>Nombre d'interventions en chirurgie :</b>	<b>3 023</b>
- Chirurgie orthopédique et traumatologique :	1 706
- Chirurgie viscérale urologie:	911
- Chirurgie vasculaire :	143
- Spécialités chirurgicales (ORL, ophtalmo, stomato) :	263
<b>Total des consultations externes :</b>	<b>89 419</b>
Interruptions Volontaires de Grossesse (IVG)	572

**Maternité : 2 713 naissances**



**Examens médico-techniques en nombre de patients**

- IRM :	5 528
- Scanner :	13 423
- Radiologie conventionnelle :	49 728
- Actes de laboratoire (B) :	22 999 322
- Pharmacie :	
- Lignes de dispensations :	251 206
- Préparations :	3 417
- Doses unitaires sur-conditionnées :	244 904
- Stérilisation :	393 m³

**Activité économique**

**Compte de résultat : 157 millions d'euros**

## B. Rapport EFQM

### 1. Leadership

1a. Les dirigeants développent la mission, la vision, les valeurs et l'éthique et sont exemplaires.

**La mission de l'hôpital de Melun est de proposer une offre de santé publique complète qui favorise la structuration de filières de soins cohérentes sur le territoire**, notamment pour les soins critiques, les urgences, la chirurgie, la cancérologie, la gériatrie et l'imagerie (BSC A1 « Développer des filières de soins »). Ces filières sont inscrites dans les priorités de réflexion et d'action du projet médical Partagé du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) Sud 77 auquel le CH de Melun est parti.

**Le CH de Melun, siège du SAMU de l'ensemble du département, a pour ambition de conforter son rôle d'établissement de référence du Sud Seine-et-Marne** (BSC A « Affirmer le rôle d'établissement de référence sur son territoire »). Pour cela, le développement de certaines activités telles que la médecine intensive, la médecine d'urgence, la formation et la cardiologie se développent. Cette vision d'un établissement de référence a été développée dans le projet d'établissement (2015-2019) au cours d'une démarche stratégique, participative et prospective qui a mobilisé tous les cadres de l'établissement, médecins y compris.

**Les valeurs et l'éthique de l'établissement sont développées dans le cadre de huit fiche-actions attenantes au projet social :**

- Identifier les valeurs portées par l'établissement et les communiquer
- Faire en sorte que la stratégie de l'établissement soit l'affaire de tous
- Développer un support de communication multimédia à destination du personnel
- Définir un programme annuel récurrent d'évènements pour valoriser les contributions remarquables des personnels
- Redynamiser l'amicale de l'établissement
- Favoriser le développement du tissu associatif hospitalier

**Le déploiement de ces orientations se fait de manière systématique par l'ensemble de la chaîne managériale suivant plusieurs modes :**

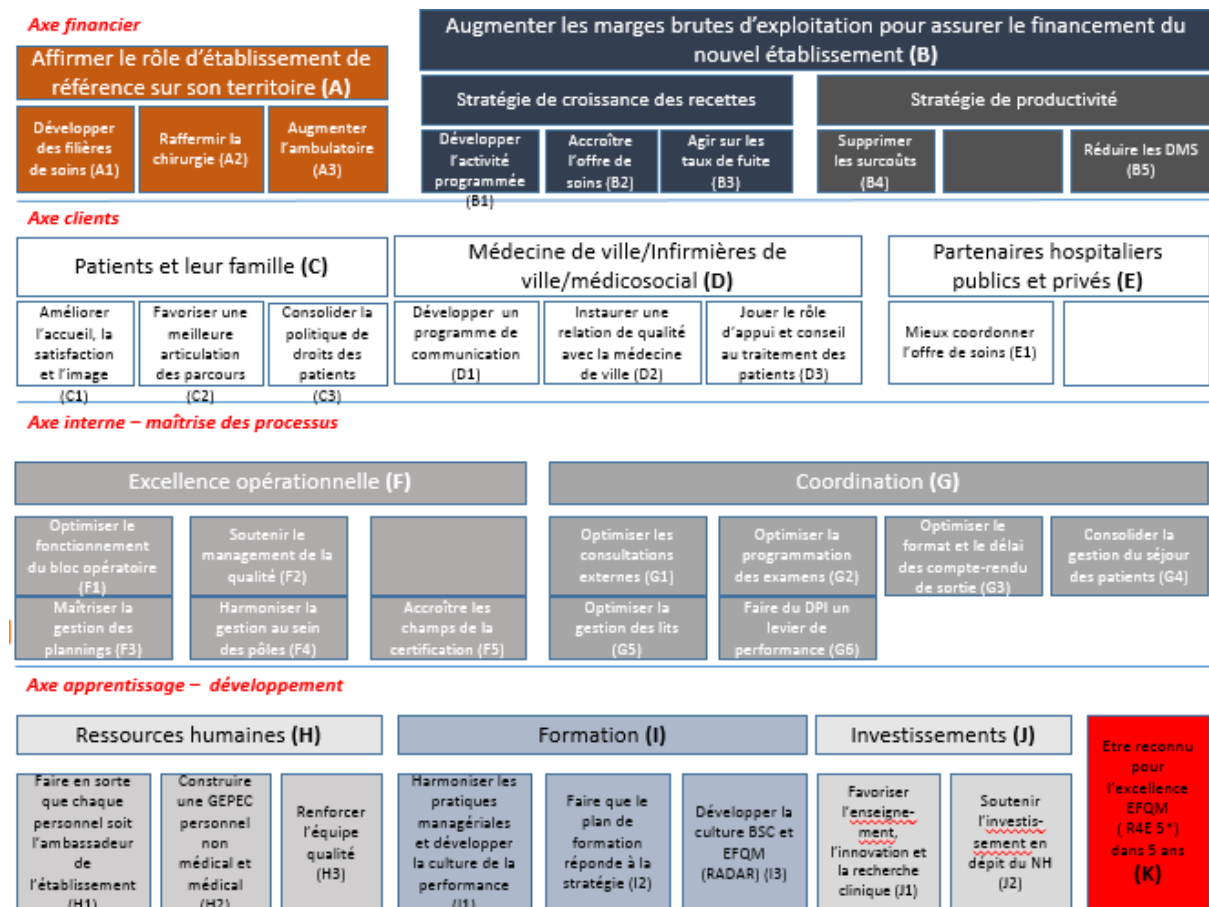
- Les membres du CODIR procèdent à une revue annuelle du déploiement de l'EFQM
- Tous les chefs de services et les cadres animent leur réunion mensuelle de qualité. Ils disposent pour cela d'une proposition de déroulé de réunion et d'un support « repères mensuel » comprenant les actualités de l'hôpital pour animer ces réunions.
- Des fiches techniques sont mises à disposition dans l'intranet pour que l'encadrement adopte les bonnes pratiques de conduite de réunion.
- L'enquête de satisfaction du personnel intègre seize questions (Indicateur 7a ; Questions 40 à 55) permettant de mesurer la perception sur le management.
- Un séminaire annuel des personnels d'encadrement permet de faire une revue de l'état du management avec une démarche « top-down » et un retour « bottom-up » (BSC F2 « Soutenir le management de la qualité », F5 « Harmoniser la gestion au sein des pôles » et I1 « Harmoniser les pratiques managériales et développer la culture de la performance »).

**Enfin, le CH de Melun formalise sa politique vis-à-vis de l'éthique managériale et médico-soignante.** Le règlement intérieur intègre des dispositions sur l'éthique managériale. L'éthique médico soignante s'applique aux problèmes et plaintes liés à la prise en charge du patient. Un Comité d'Éthique est mis en place et résout toutes les questions touchant à la prise en charge médico-soignante soulevées. Ce comité est accessible au

patient, à la famille (BSC C3 « Consolider la politique des droits des patients ») et à tout professionnel de l'institution. Sa composition intègre toutes les catégories des professionnels de santé. Une journée sur le thème de la communication des mauvaises nouvelles est organisée. Les managers sont identifiés et leurs missions explicitées dans le Règlement intérieur. La direction a mis en place des binômes médecins soignants dans chaque service qui doivent manager ensemble.

## 1b. Les dirigeants définissent, contrôlent, évaluent et pilotent l'amélioration du système de management et de la performance de l'organisation

L'élaboration du projet d'établissement a dégagé les indicateurs clefs de performance et les a agrégés dans un tableau de bord : le **Balanced Score Card (BSC)**<sup>57</sup>.



La BSC, telle qu'elle est conçue ci-dessus, s'appuie sur quatre axes traditionnels : axe financier, axe clients, axe interne et maîtrise des processus, et, enfin, axe apprentissage et développement. A chaque axe est associé deux à trois priorités identifiées par une lettre (A, B, C, D, E, F, G, H, I, J). Ainsi, pour l'axe client, la priorité va aux « patients et à leur famille » (C), à la « médecine de ville/infirmières de ville /au médicosocial » (D), et aux « partenaires hospitaliers publics et privés » (E). Ces priorités se déclinent ensuite en objectifs stratégiques. Pour la priorité « patients et leur famille » (C), les objectifs sont « Améliorer l'accueil, la satisfaction et l'image », « Favoriser une meilleure articulation des parcours »,

<sup>57</sup> Rappel : Ce document est totalement fictif et n'est intégré dans ce dossier que pour des raisons illustratives pour voir sous quelle forme il pourrait être présenté dans le cadre d'un hôpital français.

« Consolider la politique de droits des patients ». Ces priorités se matérialisent, enfin, par des tableaux de bord qui s'appuient sur des outils/facteurs (critères 1 à 5) tels que des enquêtes de satisfaction et des résultats (critères 6 à 9).

**La gouvernance de la qualité à l'hôpital est assurée selon les trois modes suivants :**

<b>Mode processus</b>	<b>Mode structure</b>	<b>Mode projet</b>
Revue annuelle de stratégie	Réunion du G2 (DG et Président de CME)	Comités stratégiques
Revue annuelle de direction	Réunions bimensuelles du CODIR élargi	Comités de pilotage
Revue semestrielles de processus	Réunions mensuelles du binôme (cadre et chef de service)	Comités opérationnels

Cette gouvernance permet de piloter la qualité mais aussi d'alimenter l'équipe dirigeante en alertes et suggestions. La systématique des réunions mensuelles du binôme est mesurée (Cf. critère 9b) par le référent administratif du pôle. En cas de problèmes ou questions, le binôme se réfère à un membre de la cellule qualité.

**Des actions d'amélioration de la valeur produite par ces instances et de renforcement du management sont menées :**

- la standardisation des ordres du jour,
- le kit de communication pour les managers
- le dispositif de coaching interne pour managers.

Dans le cadre du plan de formation des managers, des cadres et médecins sont formés selon un plan quinquennal à l'évolution de la méthodologie et des pratiques en matière. Le système de management de la performance de l'organisation des soins a été consolidé avec les managers en créant des workshops managériaux et en définissant les outils nécessaires à leurs attentes (ex : tableau de bord unité des soins...). En parallèle, les managers sont accompagnés par le médecin, l'infirmière et la psychologue du travail pour prendre en compte dans leur pratique quotidienne les risques psycho-sociaux, notamment en travaillant avec leurs équipes sur la maîtrise des risques générés par les écarts potentiels entre le travail prescrit et le travail réel. Enfin une attention toute particulière a été portée sur l'amélioration de la collaboration inter-managers avec la mise en place d'une structure d'entraide.

**Les résultats du CH de Melun sont présentés dans le rapport d'activité annuel accessible tant en interne qu'à l'externe.** On y trouve notamment les résultats clés quantitatifs et qualitatifs de chaque département. Cela contribue à une large information du public et des instances afin de maintenir le positionnement national. La performance des binômes est évaluée à travers les bilans d'activité des services. L'évaluation est accompagnée par un courrier de la direction félicitant les développements réalisés.

## 1c. Les dirigeants s'impliquent auprès des parties prenantes externes

**Le CH de Melun identifie et écoute ses parties prenantes externes afin de les satisfaire.** Ces parties prenantes sont principalement :

- les patients et leur famille (Cf.5e),
- la médecine de ville, les infirmières et sages-femmes de ville
- Le secteur médico-social (maisons de retraite, EHPAD, associations ...)

- La clinique Saint-Jean-l'Ermitage qui partagera le site du Santépôle Saine-et-Marne avec le CH de Melun
- Les futurs membres du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT), les CH de Brie-Comte-Robert, Fontainebleau, Montereau, Nemours
- Les élus des collectivités territoriales (mairies, communauté d'agglomération, députés, sénateurs, département, région)
- Les autorités de tutelle (ARS, Ministère de la Santé)
- L'organisme de paiement et de contrôle (Assurance Maladie)

**Des événements à l'hôpital de Melun ou à l'extérieur sont régulièrement organisés pour améliorer l'image positive du CH auprès des parties prenantes extérieures, notamment les patients et leurs familles.** Ainsi, le CH de Melun a participé aux Journées Européennes du Patrimoine en ouvrant les portes de ces bâtiments historiques : visite commentée de la chapelle, du couvent des Récollets et du cloître attenants (BSC C1 « Améliorer l'accueil, la satisfaction et l'image du CH »). Une semaine du sport à l'hôpital a été organisée, des fresques artistiques ont été ajoutées sur les murs de la maternité par des lycéennes, une fresque de « street-art » a été organisée par des artistes de rue sur le chantier en construction du nouvel hôpital.

**Pour renforcer les relations avec les partenaires hospitaliers publics et privés (BSC E), des journées de débat et de portes-ouvertes ont été organisées en gériatrie et à la maternité.** La deuxième journée de la filière gériatrique a eu lieu à l'hôpital de Melun en présence de 86 professionnels du territoire. Etaient présents des médecins coordonnateurs, des infirmières coordinatrices, des directeurs d'EHPAD, des praticiens et des cadres de structures sanitaires partenaires (CH de Brie-Comte-Robert, SSR de Coubert, SSR Le Prieuré d'Avon, Etablissement de Forcilles et de Tournan-en-Brie) ainsi que des représentants des services de soins à domicile, de la MAIA, des CLIC, de la mairie de Melun et du Conseil Général. De même, en maternité, une journée porte-ouverte visant à mettre en valeur les nouvelles prises en charge de la grossesse et de la préparation à la naissance (entretien prénatal du 4<sup>e</sup> mois, chant prénatal, posture Bernadette de Gasquet) a été organisée avec la présence d'organisations partenaires telles que la Protection Maternelle et Infantile (PMI), le réseau « Ville-Hôpital », l'association « *La Maison de Tom Pouce* (hébergement femmes enceintes en difficulté).

**L'implication auprès de la médecine de ville est également constante.** Les responsables médicaux sont en contact avec les médecins référents des patients hospitalisés ainsi qu'avec, quand cela est possible, les associations de patients du territoire réunis autour d'une pathologie (cancer, diabète, etc. ... - BSC C2 « Favoriser une meilleure articulation des parcours » et D3 « Consolider la politique de droits des patients »). Une enquête de satisfaction avec un taux de retour de 30% a été réalisée de mars à avril 2015 auprès de la médecine de ville. Un plan d'actions a été mis en place :

- Remise d'un compte-rendu d'hospitalisation provisoire avec Sillage
- Création d'une liste des médecins hospitaliers par spécialité avec coordonnées téléphoniques disponibles sur le site internet et envoyés directement aux médecins de ville
- Mise en place d'un partenariat ville-hôpital
- Réorganisation du circuit patient en évitant le passage par les urgences

## 1d. Les dirigeants renforcent la culture de l'excellence chez leur personnel

**Les principales modalités de renforcement de la culture de l'excellence des personnels sont les suivantes :**

1. La fixation d'objectifs clairs (résultats à atteindre)

- définition de missions et de responsabilités dans les fiches emplois, lettres de mission dans le cadre de missions temporaires en interne (Cf.3c)
- définition d'objectifs clairs déclinés sur tous les employés de façon identique dans chaque pôle, et intégrant les enjeux stratégiques (entretien d'évaluation et de développement personnel), lettres « objectifs »,
- déploiement d'un plan de communication interne annuel portant la vision et la stratégie auprès des Collaborateurs (Cf.2d),
- intervention d'un membre du CODIR en ouverture ou clôture de session de formation en interne (management, excellence opérationnelle ...) (Cf.3b).

## 2. L'implication dans le déploiement de la culture de l'excellence

- Mise à disposition d'un budget de formation conséquent (BSC H3 « Renforcer l'équipe qualité » ; Cf.7b)
- proposition de challenges individuels et collectifs (éco-gain, objectif sha pour l'hygiène des mains ...)
- incitation des salariés à relever les risques survenus et à faire des suggestions d'amélioration.

## 3. La mesure et l'analyse du réalisé

Les membres du codir assurent à tout le personnel le feedback des résultats de satisfaction des patients et les cadres expliquent les résultats de performance à leurs équipes.

## 4. Les moments d'apprentissage collectif (revues, autoévaluations, échanges de bonnes pratiques, groupes de résolution de problèmes)

Lors des résolutions de dysfonctionnement et des autoévaluations, les managers insufflent la culture de l'écoute des parties intéressées, de la prise en compte des évolutions contextuelles, de l'analyse des faits et des chiffres, de la recherche des causes racines, de la créativité en matière de solutions, de l'identification des risques et des opportunités, de l'apprentissage collectif.

**La Direction utilise également la participation à des prix et des concours pour insuffler la culture de l'excellence chez les personnels.** La participation au « label RH » sur le territoire de Sénart – Melun Val-de-Seine contribue à cet objectif. Le prix européen de la reconnaissance R4A dans le cadre du modèle EFQM en est un autre exemple (BSC D1 « Développer un programme de communication » ; Cf.8a). Par ailleurs, l'enquête de satisfaction du personnel comprend onze questions pour mesurer la culture de l'excellence (Cf.7a.Q3 à 10).

**Les différentes labellisations et reconnaissances de l'établissement renforcent auprès du personnel la culture de l'excellence.** Ce sont aussi autant d'occasion qui leur est offerte pour s'engager et s'approprier cette culture :

- Label RH à la DRH
- L'égalité des chances et la diversité sont intégrées dans la politique RH et la signature de la charte de diversité est prévue (BSC F6 « Accroître les champs de la certification »).
- ISO 9001 à l'IFSI
- Certification des comptes sans réserve
- V2014 de la HAS
- Récompense de la blanchisserie inter hospitalière de Seine-et-Marne dirigée par le Directeur Général du CH de Melun pour son excellence en matière de pratique professionnelle concernant l'hygiène, les conditions de travail et le développement. Elle est classée parmi les 25 meilleurs établissements mondiaux et 1<sup>er</sup> établissement de France pour les « Best Practices Awards 2016 ».

**Seine-et-Marne** *Matin*

www.leparisien.fr/77 Le Parisien / Mercredi 20 juin 2016

# Découvrez la crème des séries TV européennes

**FONTAINEBLEAU.** La 5<sup>e</sup> édition du festival Série Série débute aujourd'hui. Jusqu'à vendredi, il sera possible de voir — gratuitement — les meilleures créations du genre.

**VISIONNER EN AVANT-PRÉMIÈRE** les meilleures séries européennes, pendant trois jours et gratuitement. Voilà ce que vous propose la 5<sup>e</sup> édition du festival Série Série, qui se tient à Fontainebleau, à partir d'aujourd'hui et jusqu'à vendredi. Tour Max Barreau, directeur de cette manifestation présidée par Nicole Janet (secrétaire de « Dolmen » et « Section de recherches »), le festival Série Série « est un véritable bouillon de créativité et de rencontres, où vont se côtoyer 600 professionnels, dont 250 créateurs de séries. »

C'est un programme très riche et varié (lire ci-dessous) qui attend professionnels et grand public au théâtre municipal et au complexe cinématographique Clésymail. En tout seront projetées 28 séries inédites (Italiennes ou encore en développement) provenant d'un peu partout en Europe : Finlande, Allemagne, Norvège, Grande-Bretagne, Suède et, pour la première fois, de la République tchèque. Même si le public ne pourra voir « que » 14 séries, il pourra découvrir demain en exclusivité les premières images de « Guyane » (France/Canada). À suivre aussi des Masterclasses de professionnels hors du commun venues partager avec générosité leurs expériences. Comme Jeppe Gjervig Gram, un des scénaristes de « Borgen » et créateur de la dernière série de la chaîne publique danoise « Follow the money ». Il viendra évoquer le processus de création dans ce qui s'avère être des carrières. Ou encore Matthew Graham le créateur britannique talentueux de « Life on Mars » et « Ashes to ashes », entre autres. On attend aussi la venue de Nathaniel Mechal, compositeur français travaillant sur plusieurs couronnés et à l'origine de la création de messages originales pour la télévision et le cinéma, comme les sagas des « Transporteur » ou « Taken ».

**Des œuvres conçues pour les smartphones**

Les nouveaux modes de narration ne seront pas en reste avec la présentation « Studio » (du travail de Studio + et son offre de dizaines de séries de 10 à 30 minutes prévues pour la lecture sur smartphone notamment), et de « Studio », série britannique développée pour Instagram avec un format court de 14 minutes. On notera également la présence de deux artistes vedettes des séries TV, Caroline Frost, qui campe la capitaine Laura Betherald dans « Engrenages », et Anna Friel, héroïne de « Mouches ». Cette année, la projection des séries pour le grand public sera encore améliorée. Plusieurs équipes de la famille Raynaud, propriétaire du complexe Clésymail, ont à disposition ses nouvelles salles ultramodernes avec un accès

graves d'arrêt du lycée d'Orléans qui cherchent leurs voies dans les méandres de l'adolescence (à 18 heures), « **Hashtag** » (Suède) aborde les réseaux sociaux. Les jeunes de Göteborg ne parlent plus que de #hashtag, un compte Instagram où tout le monde peut exposer la vie intime des autres. Une histoire inspirée d'un fait-divers de 2012 (à 18 h 30), « **Valkyrien** » (Norvège) relate l'histoire de Ravn, un médecin respecté qui cherche un remède pour sa femme mourante. Il va ouvrir une clinique clandestine. À 20 heures, au théâtre municipal, en absence

grâce d'arrêt du lycée d'Orléans qui cherchent leurs voies dans les méandres de l'adolescence (à 18 heures), « **Hashtag** » (Suède) aborde les réseaux sociaux. Les jeunes de Göteborg ne parlent plus que de #hashtag, un compte Instagram où tout le monde peut exposer la vie intime des autres. Une histoire inspirée d'un fait-divers de 2012 (à 18 h 30), « **Valkyrien** » (Norvège) relate l'histoire de Ravn, un médecin respecté qui cherche un remède pour sa femme mourante. Il va ouvrir une clinique clandestine. À 20 heures, au théâtre municipal, en absence

**NANGIS**  
Le désespéré échappe à la mort en se trompant de voie ferrée

Par chance, le train ne circulait pas dans la direction attendue et il a pu sortir de sa voiture sain et sauf. Lundi, vers 21 heures, un homme qui voulait se suicider à gare sa voiture sur le passage à niveau à Nangis. Par erreur, il a stationné la voiture sur la voie en direction de Provins. Or, le train qui est arrivé allait dans l'autre sens, vers Paris, n'a fait qu'effleurer le véhicule. Le désespéré, qui attendait une mort certaine à l'intérieur de l'habitacle, n'a pas été blessé mais il a tout de même été pris en charge par les secours. La gendarmerie avait été prévenue par des proches à qui il avait laissé une lettre d'adieu. La circulation des trains sur la ligne P a été bloquée pendant environ 1 h 30.

**SANTÉ**  
La Blanchisserie interhospitalière est la meilleure de France !

La Blanchisserie interhospitalière de Seine-et-Marne (3111 77) le 2016 de linge par jour pour les centres hospitaliers de Meaux, Marne-la-Vallée, Coulterre, Joazeur, Melun, Provins, Fontainebleau et Nemours. Au cours du salon international Tenere de Francfort (Allemagne), le Comité International de nettoyage et d'entretien du textile a récompensé la BIH 77 pour ses excellentes pratiques professionnelles concernant l'hygiène, les conditions de travail et le développement. Elle a été classée parmi les 25 meilleurs établissements mondiaux et 1<sup>er</sup> établissement de France pour les « Best Practices Award 2016 ».



Pour la première fois au festival, les Tchèques présentent une série loufoque, « Kosmo », à voir aujourd'hui au CNRParadis, à partir de 14 h 30. (R)

**Il y en a pour tous les goûts...**

Le programme de cette première journée s'annonce riche. Ce sera ainsi l'occasion de se voir présenter des séries en mini-format. Avec « Studio », le public pourra découvrir une application qui sera lancée en septembre. Elle propose pour les smartphones et les tablettes un format de séries de 5 à 10 minutes. Seront ainsi projetés « **Amnesia** » et « **Tank** », entre 17 heures et 18 heures. Voici les autres séries à découvrir : « **Kosmo** » (République tchèque) raconte l'histoire drôle du premier vol spatial habité de Tchéquie sur la Lune, qui n'a

**La démarche EFQM est un des vecteurs principaux du développement de la culture d'excellence au sein de l'hôpital.** Une formation de base sur l'EFQM est proposée à l'ensemble du personnel et est obligatoire pour tout nouvel engagé. La réalisation d'une autoévaluation bi annuelle ainsi que différents projets d'amélioration qui en découlent mobilisent une partie importante des collaborateurs à tous les niveaux de l'organisation. La gestion des projets sur le modèle de la fiche RADAR a contribué à déployer le modèle.

1e. Les dirigeants s'assurent que l'organisation fait preuve de flexibilité et qu'elle gère le changement avec efficacité

**Quand l'équipe de direction a recours à des changements organisationnels, elle suit les étapes suivantes :**

- rencontre avec les représentants du personnel et des usagers (dialogue social)
- présentation des projets et changements d'organisation aux instances représentatives du personnel
- communication multicanale sur les changements prévus

**L'impact des futurs changements sur les ressources humaines est anticipé** grâce à une mise à jour annuelle des projections d'effectifs par pôle (BSC B4 « Supprimer les surcoûts »).

**Des réunions d'information sur le nouvel hôpital, animées par le Directeur Général à l'adresse de tout le personnel permettent d'accompagner le déménagement vers le nouvel hôpital.** Ainsi, les personnels se font une idée plus claire de ce que leur condition de travail sera et les discussions régulières permettent de susciter l'adhésion.





A l'attention de l'ensemble du personnel  
médical et non médical  
du Centre Hospitalier de Melun

Melun, le 1<sup>er</sup> juin 2016

**Objet:** Nouvel Hôpital - Organisation d'une journée d'information à l'attention de l'ensemble du personnel du Centre Hospitalier de Melun.

Madame, Monsieur, Docteur,

Je vous propose de participer à une réunion d'information sur le nouvel hôpital de Melun, organisée le mardi 5 juillet prochain à l'amphithéâtre de l'IFSI, sur plusieurs créneaux horaires afin de permettre la présence du plus grand nombre.

Ce rendez-vous a pour objectif de vous tenir informé du déroulement de la construction et du calendrier des différentes opérations restant à mener d'ici le déménagement sur le nouveau site, du travail mené avec notre partenaire sur l'organisation du Santépôle et de répondre aux questions que vous vous posez.

Je remercie les Cadres de l'établissement de faciliter dans toute la mesure du possible la participation à ces réunions et chacun d'entre vous de vous inscrire sur l'un des créneaux horaires suivants auprès de mon secrétariat (01 64 71 61 83 ou par mail : [secretariat.direction@ch-melun.fr](mailto:secretariat.direction@ch-melun.fr)):

- 5 juillet 2016 à 9H
- 5 juillet 2016 à 14H
- 5 juillet 2016 à 19H30.

Dominique PELJAK  
Directeur du Centre Hospitalier de Melun



**Le déploiement du Dossier Patient Informatisé (DPI) participe aux changements organisationnels majeurs connus par l'établissement.** Il est mis en place progressivement sur deux ans afin de bien préparer en amont les changements d'organisation qu'il implique et de s'adapter aux spécificités de certains secteurs. Dans tous les services, il participe à la sécurisation de la prise en charge du patient et du circuit du médicament. Il permet l'aide à la dispensation et la coordination des soins et facilite l'intégration des données cliniques entre les unités de soins et les services médico-techniques périphériques ce qui permet d'augmenter l'efficacité de l'organisation hospitalière (BSC G6 « Faire du DPI un levier de performance »).

Les retours d'expérience (CREX), les réunions de la Commission des Usagers, la mesure et l'analyse des résultats obtenus permettent d'améliorer progressivement la maîtrise des changements.

## 2. Stratégie

2a. La stratégie est basée sur la compréhension des besoins et des attentes des parties prenantes et de l'environnement externe

**Le CH de Melun recueille les besoins et attentes de ses clients et partenaires, et analyse régulièrement son positionnement :**

- **Après des patients** : enquête de satisfaction, évaluation de séjour, analyse des plaintes, interviews de sortie
- **Après des médecins référents** : enquête de satisfaction et rencontres
- **Après des partenaires externes** : convention, rencontres, partenariats
- **Lors de congrès** pour découvrir des nouveaux concepts de prise en charge. Ces approches sont systématiquement évaluées et améliorées sur la base d'indicateurs d'efficacité et d'efficience (ex : taux de participation). Grâce à ces analyses, le CH de Melun a pu développer de nouvelles prestations innovantes et répondre aux attentes (création d'un service de soins ambulatoires et de courte durée, mise en place de l'hospitalisation à domicile - HAD)

Les données pertinentes sont aussi recensées au niveau des services, ce qui permet à chacun d'eux de développer sa stratégie en cohérence avec celle du CH de Melun.

## 2b. La stratégie est basée sur la compréhension de la performance et des capacités internes

**Le CH de Melun recueille et analyse les données financières** découlant de ses activités, les données découlant des activités opérationnelles des différents services, les données opérationnelles consolidées au niveau du CH (BSC), les résultats cliniques soignants (tableau de bord) que les chefs de service commentent dans le cadre des bilans d'activités biennuelles.

**La cellule biomédicale en charge des équipements est en charge de la veille technologique.** Elle est à même de fournir des données d'entrée sur les opportunités offertes qui sont ensuite exploitées dans le cadre du développement stratégique (cf. 2b, 4c, 4d)

## 2c. La stratégie et les politiques qui la déclinent sont développées, réévaluées et mises à jour

**Le développement et la mise à jour de la stratégie fait intervenir différentes instances,** chacune ayant un rôle et des responsabilités définies permettant la rédaction du projet d'établissement qui comprend le projet médical, le projet de soins, le projet social, le projet de communication, le projet de qualité et gestion des risques. Les analyses des tendances d'évolution des indicateurs de performance et de qualité par direction et des résultats d'activité opérationnels sont présentés en Codir qui décide des actions de pilotage et des responsables requis.

**La stratégie et les politiques du CH de Melun intègrent la recherche d'une contribution au bénéfice de différentes parties prenantes.** Par exemple, les collaborateurs sont invités à mettre leurs compétences au service de la collectivité au travers de projet concret (cf. médecins assurant la journée de prévention du cancer colorectal dans le hall de l'hôpital, infirmières hygiénistes organisant la journée de sensibilisation « mains propres », etc. ...).

2d. La stratégie et les politiques qui la déclinent sont communiquées, mises en œuvre et pilotées

**La BSC de la direction générale, les BSC des directions et des pôles ainsi que les tableaux de bord des services contiennent les indicateurs nécessaires au pilotage de l'organisation et de sa performance.** Ces instruments incluent les cibles à atteindre pour assurer la réalisation de la stratégie. Une méthodologie de fixation de ces cibles a été développée. Elle inclut le recours au benchmark dès que cela est possible. Les contrats de pôle soutiennent les orientations stratégiques du CH de Melun. Ils déterminent les projets de services et les initiatives des services. L'accompagnement par les directions de la transposition des contrats de pôle permet de s'assurer de l'adhésion des leaders et de l'avancement des projets.

**La stratégie institutionnelle est communiquée par la Direction à l'ensemble du personnel selon un processus en cascade** (PV du Conseil de surveillance, conférence des cadres, réunion d'information du DG avec les personnels en amphithéâtre, réunion chefs de pôles, réunion trio de pôle, réunion de service). Elle est aussi transmise via les différents canaux de communication (journal mensuel du CH de Melun, intranet). Le bottom up (information allant du bas vers le haut) se fait par la communication des comptes rendus de réunion vers le N+1.

### 3. Le Personnel

3a. Les plans et politiques de gestion des Ressources Humaines soutiennent la stratégie de l'organisation

**Les orientations stratégiques RH** sont revues annuellement par le biais du comité stratégique RH composé de tous les directeurs, et pilotées sur base des tableaux de bord RH et du rapport EFQM. Chaque année, **la politique RH** est revue et formalisée. Cette politique est directement liée à la BSC. Elle intègre les approches mises en œuvre et définit les indicateurs d'efficacité et d'efficience de ces approches ainsi que les cibles rattachées à ces indicateurs.

**Une politique RSE a été développée avec un volet RH.** Ce volet se décline à travers des actions et des projets sur les thématiques suivantes :

1. Gestion de la diversité (non-discrimination, égalité de traitement, etc.) avec adhésion prévue à la charte de la diversité
2. Promotion de la santé et du bien-être des salariés (sécurité et de santé au travail, équilibre vie professionnelle – vie privée, développement des activités de la vie sociale et de l'amical du personnel
3. Développement de l'attractivité du CH de Melun auprès des jeunes avec la participation à un parrainage organisé par la mission locale de Melun pour les jeunes en situation d'échec scolaire, le développement de l'apprentissage quand cela est possible.
4. Accueil du nouveau collaborateur avec mise en place d'une procédure systématisée (visites de l'établissement organisées deux fois par an par la Directrice des Soins et le DRH).

**Recrutement (hors recrutement médecin).** Pour améliorer la détection et l'embauche des meilleurs potentiels, des grilles d'appréciation pour les stagiaires soins ont été introduites

dans tous les services. Ces résultats sont pris en compte systématiquement lors de la sélection des candidats. Les profils de poste pour le recrutement des cadres soignants tiennent compte des attentes et ambitions du pôle dans le cadre de la stratégie de l'établissement.

**Recrutement (médecin) :** Le recrutement médical a été amélioré par l'utilisation de grille d'évaluation des candidatures. Les entretiens de sélection sont formalisés et l'implication du DRH dans le processus de sélection a été renforcée (participation systématique aux entretiens de sélection). Un comité d'accompagnement suit et évalue le nouveau médecin trois fois au cours de la première année de façon à l'aider dans son intégration. La procédure est complétée par l'introduction d'un profil de poste.

**Dialogue, remontée d'informations : entretiens de sortie.** Les entretiens de sortie aux personnes quittant le CH de Melun ont été introduits systématiquement (démissions, départs en congé sans solde, périodes d'essai non concluantes). Les informations découlant de ces entretiens sont présentées statistiquement au Codir et, quand cela est nécessaire, au directoire. Les résultats sont également discutés avec la hiérarchie concernée pour mettre en évidence les points forts et les domaines d'amélioration.

**Un processus structuré permet de piloter et de gérer le recrutement, la mobilité et les carrières des personnels.** Le processus est intégré dans un système d'amélioration continue qui se concrétise par l'écoute des parties prenantes via :

- des groupes de travail sur différents aspects RH,
- un système de relevé des irritants et suggestions,
- l'écoute des instances représentatives du personnel,
- les remontées RH via l'encadrement,

Pour promouvoir la mobilité interne et favoriser l'appartenance à l'institution le CH de Melun publie en interne les postes vacants avant publication externe. Cette approche soutient la politique d'égalité des chances.

**Plan d'actions suite à l'enquête de satisfaction du personnel.** Le plan d'actions est diffusé sur Intranet concernant tant des actions institutionnelles que spécifiques aux catégories professionnelles les moins satisfaites. Les principales réalisations sont la création de boîtes à idées dans les services, des actions spécifiques pour les groupes en difficulté.

**Le CH de Melun développe l'implication des personnels dans la préparation des évolutions stratégiques et organisationnelles** (BSC H1 « Faire en sorte que chaque personnel soit l'ambassadeur de l'établissement ») :

- Démarches participatives sur de nombreux ateliers en lien avec le Nouvel Hôpital (Ex : Les secrétariats médicaux)
- Des approches expérimentales, par exemple pour le télétravail pour des Techniciens d'Information Médicale (TIM)

Les instances représentatives du personnel sont informées du plan annuel de formation du personnel, de la planification des concours, des programmes de CDI sation ou de titularisation des agents. La DRH accompagne les managers et la Direction des soins pour le déploiement des nouvelles organisations, notamment vis-à-vis des contraintes réglementaires et des partenaires sociaux, mais aussi en redéploiement des effectifs. Une mesure de l'impact RH en matière d'effectifs, de compétences et d'emplois est ainsi réalisée.

### 3b. Les connaissances et les compétences sont développées

**Tous les postes de travail bénéficient d'une fiche emploi qui comprend une identification des activités de cet emploi.** Les niveaux de performance du personnel nécessaires pour réaliser la mission, la vision et les objectifs stratégiques sont formalisés dans le cadre des entretiens annuels.

**Le programme institutionnel d'accueil et d'intégration du nouveau collaborateur vise à offrir à chaque nouvel embauché un parcours commun quel que soit sa fonction, sa formation, son expérience, son lieu de travail.** Ce programme repose sur un dispositif d'accueil et d'accompagnement visant à lui faire découvrir l'institution, sa stratégie, ses métiers, ses valeurs mais également des objectifs d'adaptation et de progression clairs. Une journée institutionnelle d'accueil organisée deux fois par an est organisée en présence du Directeur des Ressources Humaines et de la Directrice des Soins.

Les besoins de formation sont identifiés :

- par l'hôpital en fonction des évolutions de ses contraintes contextuelles, de ses processus, de ses projets et de ses systèmes d'information,
  - par l'agent qui émet ses souhaits de formation notamment au moment de l'entretien annuel.
- Le CH de Melun consacre un pourcentage élevé de la masse salariale à la formation professionnelle continue et s'assure d'un fort taux d'accès à la formation pour toutes les catégories socio-professionnelles.

**Le CH de Melun a mis en place un réseau interne de formateurs occasionnels et permanents.** Ceci permet à des managers et experts d'acquérir et de parfaire leurs compétences pédagogiques et techniques. La mesure de l'efficacité des formations est effectuée d'une part par le collaborateur formé via un questionnaire en ligne à 6 mois de la formation suivie (Cf. 7a), et, d'autre part, par le manager N+1 au moment de l'entretien annuel EEDP (Cf. 7b). L'évaluation globale du dispositif de développement des compétences et savoir-faire est réalisée avec le bilan social annuel (Cf.7b).

**Une formation à la prise en main d'outils pour accompagner leurs équipes dans l'analyse du travail a été dispensée à l'ensemble des managers pour leur permettre de maîtriser les changements qui sont amenés par la Direction.** Les staffs pluridisciplinaires viennent renforcer les instruments et moyens à la disposition des personnels.

### 3c. Le personnel est managé, impliqué et responsabilisé

**L'alignement des objectifs des équipes se fait au moment de la déclinaison des objectifs sur les services.** Tous les responsables de service informent leurs équipes des objectifs et cibles annuels, puis leur donnent mensuellement un retour sur les résultats au regard de ses objectifs et cibles, les félicitant des objectifs atteints et dépassés et recherchant les causes de non atteinte des résultats pour décider d'actions correctives. Le suivi de la réalisation de ces objectifs se fait au fil de l'eau à l'aide de tableaux de bord.

**L'implication et la responsabilisation des personnels dans la performance se fait par :**

- L'échelle d'évaluation permettant une évaluation nette de la performance
- L'animation des équipes par l'attribution des tâches
- La visibilité du suivi du travail des équipes
- Le feed-back hebdomadaire et mensuel sur le niveau d'atteinte des objectifs
- La valorisation des contributions exemplaires à la performance des activités récurrentes et des projets.

**L'implication et la responsabilisation des collaborateurs dans l'amélioration continue et l'innovation se fait par :**

- des challenges organisés régulièrement pour faire émerger les idées des collaborateurs (Intranet)
- l'invitation à émettre des suggestions d'amélioration dans l'outil Kaliweb
- l'intégration des collaborateurs dans des équipes de résolution de problèmes et d'amélioration continue (ex : réclamations, événement indésirable)
- un prix pour les meilleurs services en matière d'indicateur Qualité.

L'implication des collaborateurs est mesurée à travers plusieurs questions de l'enquête de satisfaction (Cf.7a.Q1,2,3,4,5,6,7,8,9,27,32,33,34,38, 68,69).

**Dans le secteur des soins, différentes initiatives sont mises en place pour renforcer l'implication et la responsabilisation du personnel.** Ainsi les personnes ayant des compétences particulières dans leurs services agissent maintenant comme spécialiste sur l'ensemble des services pouvant bénéficier de leurs compétences (réfèrent plaie, chirurgie de l'obésité). L'identification de professionnels avec des compétences spécifiques a permis de renforcer l'orientation des cliniques monothématiques.

**Le personnel est impliqué dans l'amélioration des prestations offertes aux patients et processus opérationnels.** Par exemple, les professionnels de santé se sont personnellement impliqués dans le développement de nouvelles offres comme des cours de préparation à la naissance dans le pôle femme-enfant, les consultations prénatales dès le 4<sup>e</sup> mois, des cours de diététique pour femmes enceintes, etc. ...

**Promotion du CH de Melun :** Les unités de soins du CH de Melun sont acteurs dans la réalisation et la participation de journée à thème, journée mondiale, congrès et séminaires ouverts aux professionnels et au grand public. De même les professionnels s'impliquent bénévolement lors de manifestations de solidarité (cancer du côlon, SIDA, etc. ...). Ces approches contribuent à la valorisation du personnel. Le CH de Melun concourt également à des prix et des labels nationaux. Il publie des articles dans les revues professionnelles.

**Promotion des professions de la santé :** Le CH de Melun participe aux forums emplois et forums métiers organisés sur son territoire de santé. Il y valorise ses centaines de métiers ainsi que sa formation (IFSI, IFAS, CESU). Les collaborateurs sont acteurs de ces événements et participent activement à des séances d'informations professionnels auprès de jeunes lycéens (forum des métiers à la maternité), et dans des salons professionnels (Kinésithérapie, Diététique, professions infirmiers...).

3d. Le personnel communique efficacement dans toute l'organisation et à tout niveau

**Le recueil des besoins d'information du personnel se fait selon plusieurs canaux :**

- la collecte par la communication interne de toutes les demandes de communication,
- la collecte par les cadres des attentes des collaborateurs en matière de communication,
- l'identification des besoins de communication liés aux projets, aux changements, aux événements
- l'enquête de perception pour vérifier la satisfaction en matière de communication (Cf. critère 7a - questions 61 à 66 sur l'« information et la communication interne »),
- le relevé des suggestions de communication,
- les instances représentatives du personnel.

**On peut identifier trois flux majeurs dans la communication :**

### **1. la communication descendante se décline ainsi :**

- le Directeur General communique régulièrement sur la stratégie et les projets importants à tous les cadres,
- les membres du CODIR assurent cette communication sur les pôles où ils sont référents et y ajoutent de la communication propre à leur périmètre,
- les membres du CODIR relaient cette communication dans leur service administratif,
- les chefs de service et cadres de proximité entretiennent dans leurs réunions mensuelles une communication structurée,

### **2. la communication ascendante se fait via :**

- l'expression des salariés dans les réunions auxquelles ils participent (réunions mensuelles d'équipes, groupes de travail, séances de résolution de problèmes...),
- le relevé par tous des risques survenus et l'expression des suggestions d'amélioration par rapport aux réclamations de patients
- la remontée des craintes et des problèmes des agents à travers les organisations syndicales

### **3. la communication transversale foisonne grâce à :**

- une intense communication interservices via téléphone, messagerie, déplacements, rencontres et réunions,
- la collaboration entre référents qualité,
- la communication informelle dans les lieux de convivialité (salles de restauration, points café...).

**L'intranet sert comme support en ligne de ces trois flux de communication et a été identifié comme point fort de la communication interne par les consultants du label RH Sénart / Melun-Val-de-Seine.** Le journal mensuel interne appelé « Point com' » complète ce dispositif de communication interne par la mise en valeur de toutes les actions menées au sein de l'hôpital et l'information des nouvelles arrivées, des départs et des retraites.

**EDITORIAL**

**Dominique Pejjak**  
Directeur

Depuis plus de vingt ans, les établissements hospitaliers sont habitués à la démarche qualité et à la gestion des risques. Cette dynamique qui concernait essentiellement les secteurs médico-techniques et logistiques, ne s'appliquait qu'imparfaitement aux processus managériaux et administratifs.

C'est désormais chose faite dans notre hôpital, qui fait partie des premiers établissements publics au niveau national à voir ses comptes certifiés. Et le résultat est à la hauteur de l'importance investissements des services concernés, puisque les comptes 2015 sont certifiés sans la moindre réserve.

Cette conclusion, qui est le fruit d'un énorme travail de préparation, est à mettre à l'actif de la Direction des Affaires Financières, mais également à celui de l'ensemble des services administratifs (DRH, DOSS, DAEI, ...) du DIM et de la Pharmacie, sans oublier la Trésorerie Publique qui a su parfaitement nous accompagner.

Un grand merci à toutes et tous. Encore une fois, notre hôpital peut être fier du travail accompli !

Dans le cadre de l'accréditation, ORCOM, Organisme Certificateur, nous a demandé de mettre à jour nos procédures d'inventaire, cela passe par les « bonnes pratiques » en matière de durée d'amortissement - en quelque sorte la durée de vie estimée d'un bien -, l'évaluation de nos pratiques, les contrôles réguliers des bonnes applications de ces procédures et la finalisation d'un protocole écrit.

Les biens mis en inventaire sont les mobiliers, matériels, prestations que vous utilisez quotidiennement dans votre activité, qui ont une durée de vie de plus d'un an et dont la valeur est supérieure à 800€ HT. Ces biens sont identifiés par un code apposé sur le matériel et qui constitue l'identité du matériel (année d'acquisition, coût, numéro de série, service utilisateur...).

Le Département d'Information Médicale (DIM) est un service médical qui gère le PMSI (Programme de médicalisation du système d'information).

Son rôle est de transmettre aux tutelles dans le cadre de la tarification à l'activité, l'ensemble des données médicales après les avoir contrôlées et codées, tout en veillant au secret médical.

Après audit, les admissions/facturation, la DAEI, le service informatique, la DAF et le DIM, directement impactés par le volet de la gestion des recettes ont partagé leurs efforts afin de respecter les normes de fonctionnement et de sécurité préconisées par l'équipe du commissaire aux comptes. Nous avons organisé le travail dans

**UNE CERTIFICATION DES COMPTES SANS RÉSERVE POUR LE CENTRE HOSPITALIER DE MELUN**

Un réseau de comités de compta (aussi) Comme tous les établissements ayant un budget de fonctionnement annuel de plus de 100 M€, le Centre hospitalier de Melun voyait ses comptes soumis à certification par un commissaire aux comptes pour la première fois en 2015. Le rapport annuel du commissaire aux comptes, présenté ce 24 juin au Conseil de surveillance de l'établissement, conclut à une certification des comptes sans réserve, à l'issue d'un processus d'examen des comptes et du contrôle interne demandé il y a près d'un an.

Un réseau de comités de compta (aussi) Honoré en juin 2015 par le Conseil de surveillance, le cabinet ORCOM a accompagné le Centre hospitalier dans sa démarche depuis l'ité dernier audit du bilan d'ouverture 2015, examen du contrôle interne, analyse des comptes 2015 et de la clôture.

Ce travail a été coordonné par la Direction des Affaires Financières, mais il a concerné l'ensemble des services impliqués dans les processus de gestion comptable et financière: recettes, achats, ressources humaines, immobilisations, enregistrement et trésorerie, système d'information.

Dans son rapport présenté fin juin aux instances de l'établissement, le commissaire aux comptes certifie que « les comptes annuels sont, au regard des règles et principes comptables français, réguliers et sincères et donnent une image fidèle du résultat des opérations de l'exercice écoulé ainsi que de la situation financière et patrimoniale du CH de Melun à la fin de cet exercice ».

Une conclusion qui vient récompenser la qualité historique de la gestion comptable et financière de l'établissement, mais aussi la forte mobilisation des équipes du comptable et de l'informateur pour formaliser davantage les processus de contrôle interne. L'établissement avait d'ailleurs bénéficié en 2015 d'un accompagnement à la finalisation des comptes, dans le cadre d'une offre de services portée par le RESAH et PARS d'Île-de-France. Ce résultat conforte l'établissement dans le cadre de sa reconstruction avec la clinique Saint-Jean-Clément sur le futur Site de Seine-et-Marne et au sein du futur Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) du Sud 77.

Aurélie Rama  
Directrice des affaires financières

**LE DÉPARTEMENT INVESTISSEMENTS**

Tous ces achats de classe 2, qui sont rentrés comptablement en inventaire, doivent être le reflet de ce qui est physiquement dans l'hôpital; dans ce contexte, une vérification entre l'existant physique, par le biais de la GMAQ et notre existant comptable a été réalisée sur le matériel biomédical. Cet inventaire doit être le plus juste possible et mis à jour quotidiennement; tous les acteurs de l'hôpital sont concernés et participent à cette mise à jour, en nous informant, quand un bien n'est plus conforme à l'usage pour lequel il a été acheté, dans ce cas il est réformé, ou quand des matériels ont changé de destination d'origine.

Selon les recommandations du Commissaire aux Comptes, une procédure de gestion des immobilisations a été écrite et est disponible sur Kalwela. N'hésitez pas à vous y reporter.

Une attention particulière d'ORCOM a été portée sur le patrimoine immobilier de l'hôpital, qui doit être également mis

en inventaire et correspondre à une réalité physique. Dans cette optique, il nous a été demandé de recenser, regrouper, exploiter les titres de propriété de l'hôpital. Cette mission d'expertise permet de faire la jonction entre les terrains, dont l'hôpital est propriétaire, et les bâtiments de l'hôpital; cette recherche de titres de propriété aura, de plus pour finalité, la vente du site pour une future reconversion.

Actuellement, un recensement des équipements hôteliers transférables sur le Nouvel Hôpital est en cours; il a pour objectif de préparer le déménagement en 2018 et de prévoir l'achat éventuel de nouveaux équipements indispensables à la future activité sur le nouveau site; il permettra également de fiabiliser notre inventaire comptable.

Nyriane LAUTRIC  
Responsable Investissements  
D.A.E.I.

**LE TRAVAIL TRANSVERSAL DU DIM VALORISE**

Le sens d'une opportunité organisationnelle plutôt qu'une contrainte administrative. Selon la formule consacrée, il a fallu « dire ce qu'on fait, et faire ce qu'on dit ». Nous avons mis en place des procédures écrites relatives à notre fonctionnement interne courant, posé un regard rétrospectif sur l'organisation et les processus de 2015, avec formalisation des accomplissements, et en avons profité pour établir en prospectif les activités futures de 2016. Au total, la dernière réserve émise bloquante a été levée grâce à une collaboration soutenue DAF/DIM et la fourniture par le DIM des derniers documents attendus par le Commissaire aux comptes.

Pour cette première étape de contrôles, l'établissement est donc certifié sur ses comptes.

Le commissaire aux comptes devrait bientôt procéder à des tests sur ces procédures, directement dans les services concernés et poursuivre ses contrôles. Nous aurons à rendre compte tout au long de l'année 2016 de la concordance entre le prospectif et le réalisé.

L'équipe du Département d'Information Médicale



**Le Codir définit annuellement un plan de communication interne pour soutenir la politique et stratégie du CH de Melun.** C'est dans ce cadre qu'ont été mise en place les actions suivantes : instauration de la conférence des cadres, mise en place de la boîte à idées, permanences de la direction. Enfin, un bulletin pour le manager est publié chaque mois à tous les cadres pour qu'il constitue un socle commun de communication et leur sert de point d'appui lors des réunions d'équipe.

3e. Le personnel est récompensé et reconnu. Il fait l'objet d'une grande attention de la part de l'organisation

**Un système de reconnaissance du personnel existe, basé sur la valorisation des contributions et réussites individuelles et collectives :**



- félicitations par les membres du CODIR des agents pour les contributions et réussites remarquables,
- articles dans le journal interne mettant en avant des collaborateurs sur des projets et missions diverses...
- moments festifs lors de l'aboutissement des projets

**Le CH de Melun favorise aussi la conciliation vie privée/vie professionnelle :**

- des places de crèches,
- des jours conventionnels (jours enfant malade...),
- l'accès au temps partiel,
- le télétravail pour certains agents (TIM)

**Enfin, le CH de Melun favorise la diversité et l'égalité par :**

- la signature et la mise en œuvre de la Charte de la diversité,
- la mise en œuvre du protocole AGEFIPH et un bilan de suivi.

**La perception du personnel en matière de reconnaissance et de rétribution de sa contribution est mesurée dans l'enquête de satisfaction** à travers plusieurs questions : (Cf.7a.Q14 à 18, Q35 à 37, et Q 82-3 et 82-4). Prochainement, un groupe de travail sur l'évolution de la reconnaissance au travail sera instauré.

**Politique de reclassement interne** : La politique de reclassement interne s'inscrit dans la politique de responsabilité sociale du CH de Melun et illustre la volonté de donner une chance à tous. Elle se fait en partenariat avec la médecine du travail.

**La formation et la sensibilisation à la sécurité au travail** : Les salariés sont informés lors de leur embauche de l'obligation et du rythme de la formation relative à la sécurité. Un rappel est régulièrement envoyé aux cadres responsables.

**La Vie Sociale est une activité alignée à la stratégie du CH de Melun qui a pour but d'unir le personnel du CH afin de maintenir et de développer l'esprit de collégialité et d'entraide mutuelle** (BSC H1 « Faire en sorte que chaque personnel soit l'ambassadeur de l'établissement »). Elle se déploie notamment via l'amicale du personnel et le Comité de Gestion des Œuvres Sociales des Etablissements Hospitaliers Publics (CGOS).

**Politique RSE – implication du personnel dans des actions tournées vers la collectivité : économie d'énergie.** Dans sa politique RSE, le CH de Melun a également mis l'accent sur la participation du personnel aux économies d'énergie. Une politique de communication encourage à consommer moins d'énergie sur le lieu de travail (journal interne, Intranet).

**Politique RSE – implication du personnel dans des actions tournées vers la collectivité : protection de l'environnement.** Pour réduire l'impact négatif environnemental lié aux transports du personnel, le CH de Melun encourage, via une large campagne d'information ses salariés à utiliser les transports en communs. Le CH de Melun met à disposition du personnel une plateforme sur Intranet pour l'organisation du covoiturage. Le CH de Melun aménage des parkings vélo et moto, met des vestiaires/douche à disposition du personnel venant à vélo.

## 4. Les Partenariats et les ressources

4a. Les partenariats et les fournisseurs sont gérés dans l'optique d'échanges durablement profitables

**Les partenariats développés par le CH de Melun existent pour une majorité d'entre eux depuis de très nombreuses années, confirmant ainsi la confiance et le respect réciproques.** Ceci démontre la qualité de la relation établie. L'établissement a développé des coopérations dans plusieurs domaines :

- Participation à la permanence des soins : collaboration avec le CH de Fontainebleau pour la PDSES chirurgicale engageant des professionnels paramédicaux et médicaux du CH de Melun.
- Convention de régulation SAMU-SMUR.
- Développement du conseil antibiotique territorial avec les centres hospitaliers de Provins et de Nemours.
- En psychiatrie, participation à la rencontre des cadres du département afin d'échanger sur les bonnes pratiques. Une réflexion approfondie a porté sur les restrictions de libertés ainsi que le protocole d'appel à renfort dans les différents établissements du département.
- En gériatrie, deux événements majeurs ont été organisés avec le Centre hospitalier de Melun. La première journée territoriale des Plaies & Cicatrisations consacrée aux escarres a eu lieu le 1er décembre 2015. De même, la deuxième journée de la filière gériatrique s'est déroulée le 11 décembre 2015 en présence de 86 professionnels du territoire. Etaient présents des médecins coordonnateurs, des infirmières coordinatrices, des directeurs d'EHPAD, des praticiens et des cadres de structures sanitaires partenaires (CH de Brie-Comte-Robert, SSR de Coubert, SSR Le Prieuré d'Avon, Etablissement de Forcilles et de Tournan-en-Brie) ainsi que de représentants des services de soins à domicile, de la MAIA, des CLIC, de la mairie de Melun et du Conseil Général.

**Le CH de Melun partage ses ressources et compétences avec ses partenaires quand cela est souhaitable ou nécessaire pour l'amélioration de l'offre de soins sur le territoire.** Des partenariats sont engagés depuis plusieurs années sur différentes activités avec des conventions de mise à disposition de personnel ou de financement :

- Avec le pôle départemental d'action sociale urgence 77 : depuis 2008 un travailleur social est mis à disposition du CH de Melun pour l'équipe mobile psychiatrie précarité.
- Une infirmière est mise à disposition du réseau ville-hôpital 77 sud à hauteur de 50 % de son temps de travail depuis 2010.
- Avec le Conseil Départemental, service de protection maternelle et infantile : financement sur les activités de planification et d'éducation familiale, l'équipe est composée d'une conseillère conjugale à mi-temps, deux infirmières à hauteur de 1,5 ETP, et une assistante administrative.
- Avec le CHI de Créteil : mise à disposition d'un psychologue à hauteur de 50 % partage son activité entre la pédopsychiatrie du CH de Melun et la pédiatrie du CHI de Créteil.
- Avec le Groupement Melunais de Radiothérapie : mise à disposition de manipulateurs d'électroradiologie : 3 manipulateurs sont mis à disposition du GMR.
- Avec l'Etablissement Français du Sang : 4 agents mis à disposition (1 technicienne de laboratoire, 1 adjoint administratif hospitalier, 1 maître ouvrier et 1 assistante médico-administrative).
- Avec l'AURA : mise à disposition d'un praticien hospitalier et d'une infirmière sur le site de la Clinique St Jean pour l'unité d'auto dialyse
- Convention passée avec les CH de Fontainebleau et Montereau sur l'hématologie (mise à disposition d'un médecin).

- En termes de recherche, le CH est associé à des programmes menées par l'AP-HP et développe de plus en plus ses propres programmes de recherche grâce à la création et au développement de son unité de recherche clinique.

**Certains partenariats sont en préparation depuis de nombreuses années et verront très prochainement le jour.** Les collaborations seront appelées à se développer avec le Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) qui verra le jour en 2016. Dans ce cadre, un projet médical partagé entre les Centres Hospitaliers de Brie-Comte-Robert, Fontainebleau, Montereau, Nemours et Melun est envisagé. Des discussions autour de la gestion des ressources humaines médicales au sein du Groupement apparaissent incontournables. Le renforcement et le développement des filières amènent les établissements vers la complémentarité pour répondre aux besoins des habitants du Sud Seine-et-Marne, créant un enrichissement des personnels amenés à s'investir dans ces partenariats. De même, la préparation du nouvel Hôpital continue en lien avec la Clinique Saint-Jean-l'Ermitage.

**Pour garantir la continuité des soins, augmenter le recrutement de nouveaux patients et échanger sur les besoins/attentes mutuelles, la relation avec les médecins référents est renforcée notamment par le biais d'enquêtes et de tables rondes annuelles.** Ces actions permettent de mesurer l'impact des actions d'amélioration (communication, disponibilité, délai d'envoi, qualité des courriers médicaux) (cf. critères 6a5, 6b5, 6b6, 6b7 et BSC D « Améliorer la relation avec la médecine de ville).

**En ce qui concerne le réseau de fournisseurs, l'établissement est coordonnateur de groupement au niveau départemental pour le Sud 77.** Comme centrale d'achat, il a recours à l'UGAP et au Resah. Le Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) permettra la mise en commun de la fonction achat avec les CH de Brie-Comte-Robert, Fontainebleau, Montereau, Nemours et Provins. Un plan d'action achat existe pour 2016. Il a été mis en place pour la première fois en 2013 au sein du CH.

4b. Les ressources financières sont gérées en vue d'une sécurité et d'une rentabilité durables

**La stratégie financière du CH de Melun n'est pas orientée vers l'excédent à très court terme, mais vers la durabilité sur les trois à quatre prochaines années** avec une augmentation considérable des ressources prévue à l'ouverture du nouvel hôpital en 2018.

**Il existe un processus de maîtrise de la conformité de la gestion des risques financiers qui permet de tenir les ratios d'endettement exigés.** Le contrôle budgétaire est géré via trois canaux. Le Comité interministériel de performance et de la modernisation de l'offre de soins (COPERMO) valide et suit les actions menées au regard de l'investissement que constitue la construction du nouvel hôpital. Le Plan Global de Financement Pluriannuel (PGFP) présenté à l'Agence Régionale de Santé (ARS) Ile-de-France prévoit charges et produits sur les cinq prochaines années. Enfin, la démarche de première certification des comptes de l'hôpital a mis en exergue l'excellence de la gestion et du contrôle interne. Le commissaire aux comptes a certifié le CH de Melun sans réserve. Cette fiabilisation des comptes hospitaliers renforce le processus budgétaire et augmente la crédibilité de l'établissement auprès de ses partenaires financiers.

**La politique financière formalisée du CH de Melun définit les objectifs** en termes de budgétisation, facturation, relation clients, efficience, utilisation des ressources et gestion des risques financiers ainsi que les résultats attendus par volet analytique.

**En termes de contrôle et de reporting, le déploiement et l'analyse de tableaux de bord à tous les niveaux institutionnels** (comité des finances, direction, responsables de services, groupes de travail) **permettent un suivi financier décentralisé régulier proche du terrain.** Cette approche proactive s'accompagne d'un recensement et mise en place des potentiels d'économie. Les membres du CODIR sont responsabilisés et intéressés sur l'élaboration et le suivi du budget. Ils effectuent leur revue budgétaire trimestrielle sur la base des consommations consolidées par le contrôle de gestion.

**En cohérence avec la stratégie institutionnelle, le budget d'investissement pluriannuel est documenté et élaboré dans une approche bottom-up.** En priorisant les investissements medicotechniques, l'arbitrage des enveloppes budgétaires est réalisé entre directions, CME et pôles sur la base des demandes des services afin d'orienter les investissements selon la stratégie institutionnelle et permettre le développement des domaines cliniques tout en respectant la qualité et sécurité et en limitant les frais de fonctionnement (BSC J2 « Soutenir l'investissement en dépit du Nouvel Hôpital »). Sont réalisées une évaluation des investissements medicotechniques, le contrôle des performances techniques des équipements en continu ainsi que de la revue annuelle des contrats de maintenance. Une analyse économique et fonctionnelle est réalisée pour orienter le choix d'un investissement informatique. Des réunions de pilotage et des indicateurs de suivi sont mis en place.

4c. Les constructions, équipements, matériels et les ressources naturelles sont gérées de façon responsable

**La Gestion des bâtiments est réalisée par la Direction des Affaires Economiques et de la Logistique (DAEL).** Elle vise à assurer aussi bien la sécurité des patients et du personnel que l'amélioration de leur prise en charge, de leur confort et leur bien-être. Le CH a pu finaliser les travaux de modernisation et de mise en sécurité de certains services d'hospitalisation. Sur le chantier, la finalisation de la phase de terrassement, le démarrage du gros œuvre et la livraison des 1ers locaux témoins ont été menés dans les temps, avec succès. La convention d'occupation temporaire (COT) a été signée et un groupement de coopération sanitaire (GCS) a été constitué avec la clinique Saint-Jean-l'Ermitage.

**La gestion des équipements médicaux repose sur le Processus du Cycle de Vie des Equipements incluant des niveaux de risques associés aux différentes étapes de ce processus.** La mesure annuelle du niveau de risque permet de définir des actions ciblées d'amélioration. Cette gestion préventive des risques complète la gestion réactive des incidents de matériovigilance dont une revue systématique permet des actions ciblées correctives. Une autoévaluation des pratiques biomédicales est réalisée annuellement. Le responsable biomédical participe à des missions d'expertise auprès de l'Association Française des Ingénieurs Biomédicaux.

**La stratégie de maintenance des équipements est basée principalement sur 4 facteurs :** responsabilisation par domaine/segmentation des niveaux de couverture /priorisation selon criticité du domaine/hiérarchisation des niveaux d'intervention. La gestion de la maintenance est optimisée grâce au recours de différentes approches : analyse financière, optimisation du processus de traitement des demandes, contrôle des prestations de service, bilan annuel des fournisseurs, outil informatisé de type GMAO, référentiel de bonnes pratiques. L'efficacité de la maintenance est pilotée par des indicateurs et des objectifs revus annuellement.

**Le CH de Melun optimise et évalue en permanence ses moyens et ressources** liés aux équipements médicaux en privilégiant le remplacement du matériel, en limitant le nombre de fournisseurs, en assurant la formation des utilisateurs par le fournisseur lui-même, en faisant évacuer le matériel remplacé par le fournisseur du nouveau matériel. Le CH de Melun évalue ses fournisseurs annuellement en privilégiant ceux des services accrédités ISO et les fournisseurs principaux.

#### 4d. La technologie est gérée et développée en soutien de la stratégie

**La technologie est gérée au travers des domaines d'activités spécifiques, comme l'informatique, les équipements techniques, les bâtiments, les dispositifs médicaux et les processus cliniques.** Elle est sous la maîtrise des différents responsables de domaines. L'utilisation appropriée de cette technologie est mesurée en termes de coût/bénéfice au service du patient et de l'institution. Le processus de mise en œuvre des nouvelles technologies se déploie par l'approche PDCA (Plan-Do-Check-Act). Ceci contribue à faire du CH de Melun un hôpital innovant. En 2015, le CH a mis en place plusieurs échographes 4D en maternité afin d'apporter une sécurité optimale en matière de dépistage prénatal.

**La veille technologique pour maintenir et développer sa technologie s'articule autour de participations annuelles à des Congrès ou des expositions spécialisées,** abonnement à des revues spécialisées et corrélation avec les études de marché, participation à des Colloques médicaux sur des thèmes d'actualité, test de matériel avant achat définitif, présentations comparatives de matériel lors de l'évaluation par les utilisateurs.

#### 4e. Le management de l'information et de la connaissance est structuré pour soutenir efficacement la prise de décision et le développement des capacités organisationnelles

**La politique informatique intègre le déploiement du dossier patient informatisé (DPI) dans le logiciel Sillage.** Le DPI participe à la sécurisation de la prise en charge du patient et du circuit du médicament. Il facilite la coordination interne. Il contient l'ensemble des informations concernant la santé du patient détenues par le professionnel, qui sont formalisées et ont contribué à l'élaboration et au suivi du diagnostic et du traitement ou d'une action de prévention, ou ont fait l'objet d'échanges écrits entre professionnels de santé. Le service de pneumologie, le SSR, l'USLD et l'EHPAD ont été parmi les premiers services à être informatisés à l'Hôpital dans le cadre du DPI. La pharmacie a contribué au développement de l'informatisation du DPI, notamment sur le versant de la prescription médicamenteuse. Après avoir effectué le paramétrage nécessaire au module, les pharmaciens ont formé les prescripteurs à l'outil. Des postes d'ordinateurs portables ont été installés dans les services.

**La gestion des risques et la gestion documentaire qualité se déploie à l'ensemble des services du CH de Melun via l'intranet (kaliweb).** Il permet l'amélioration de la gestion des incidents, plaintes, réclamations. Par ailleurs, des brochures d'information permettent aux patients de renforcer leurs connaissances sur les pathologies

## 5. Les Processus, les produits et les services

5a. Les processus sont conçus et gérés afin d'optimiser la valeur pour les parties prenantes

**Propriétaire de processus** : Les binômes médico-soignants sont les responsables des processus opérationnels ce qui renforce les partenariats clinique et l'orientation patient de l'hôpital.

**Gestion des risques** : la politique gestion des risques a continué à se déployer. Parallèlement à la gestion quotidienne des incidents, une cartographie globale des risques de l'établissement a été effectuée avec l'ensemble des acteurs de l'hôpital dans le cadre du document unique. Plus localement, des services ont identifié leurs risques a priori, et ont pu mettre en œuvre des plans de maîtrise des risques.

Chaque processus est maîtrisé grâce à :

- un pilote de processus avec une fonction définie dans une fiche de contribution,
- des managers et des référents Qualité,
- un dossier de processus identifiant les demandes et exigences de ses clients et autres parties prenantes, les exigences légales, règlementaires et normatives qui s'imposent à lui, ses partenaires et sous-traitants, ses outils de surveillance et de mesure, ses mesures de perception.

Chaque activité bénéficie de standards de travail qui y sont rattachés. De plus, tout processus possède :

- un tableau de bord pour piloter sa performance,
- un plan d'actions d'amélioration,
- une identification de risques,
- une revue semestrielle,

Les projets, processus ad-hoc, sont maîtrisés grâce à :

- un standard de mode projet générique,
- un chef de projet,
- un plan qualité projet décrivant les activités, les responsabilités, les instances de gouvernance et de pilotage, les risques projet et les éléments de maîtrise associés,
- un suivi de projet et des revues de projet,
- un bilan de projet.

L'efficacité du système des processus ainsi que de leurs interactions est revue annuellement en revue de Direction.

**Système de qualité : label et reconnaissance** Le CH de Melun s'appuie sur des systèmes de qualité reconnus et progresse avec l'obtention de nouvelles reconnaissances tant institutionnelles que de services. Cette stratégie est décrite dans sa politique qualité. La démarche de certification HAS et les projets de certification ISO 9001 s'inscrivent notamment dans un but d'harmonisation des pratiques dans les services où les intervenants ont des statuts différents. Ces projets communs permettent une plus grande cohésion de l'équipe et un meilleur service rendu au patient.

5b. Les produits et les services sont développés afin de créer une valeur optimale pour les clients

**Différentes méthodes sont utilisées pour identifier les attentes des patients et développer de nouvelles prestations pouvant y répondre** : écoute client, étude de marché, analyse du positionnement concurrentiel, santé publique, observatoire... Le développement de projets pour répondre à ces attentes est discuté lors des Codir et Directoire (Virage ambulatoire et hôpital de semaine, création de l'hospitalisation à domicile).

**Virage ambulatoire.** Le CH de Melun poursuit sa stratégie institutionnelle de développement du virage ambulatoire avec la mise en œuvre d'hôpitaux de jour et de semaine. Ainsi le CH a ouvert l'Hôpital de jour de psychiatrie infanto-juvénile à la Rochette dans des locaux spacieux et plus adaptés et a créé un service de « soins ambulatoires et de court durée » regroupant les unités d'Hôpital de Semaine, d'Hôpital de Jour et de consultations. La prise en charge ambulatoire a augmenté fortement en 2015 avec 1 500 venues en plus, soit +15% en un an. Le suivi est piloté et déployé via une fiche RADAR.

**L'adaptation de l'offre de soins à l'hôpital de Melun continue** avec, notamment, l'ouverture d'un service de cardiologie à compter du 4 janvier 2016 et le développement de l'activité d'écho endoscopie et de chirurgie vasculaire. Par ailleurs, le CH de Melun a connu une extension de son service de réanimation dans une logique de gradation des soins avec l'hôpital de Montereau.

**L'ouverture vers l'extérieur s'intensifie** avec :

- le projet de mise en place d'une structure d'Hospitalisation à Domicile en partenariat avec la Clinique Saint-Jean-l'Ermitage et la Clinique des 3 Soleils.
- l'ouverture d'un Centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGGID).
- la participation à l'élaboration du Contrat Local de Santé de l'Agglomération Melun Val de Seine.
- l'ancrage territorial de la filière gériatrique. Une équipe territoriale prenant en charge les plaies et cicatrisation a été créée et, en Court séjour gériatrique, un praticien a été formé au Diplôme Universitaire (DU) Alzheimer afin que le CH continue de s'adapter à l'évolution des connaissances sur cette pathologie.

**Des réorganisations pour s'adapter à la polypathologie des patients et à l'activité ont été réalisées :**

- 36 lits ont été réunis sur une unité de Court séjour gériatrique afin de garantir une surveillance optimale des patients.
- 2 lits supplémentaires ont été ouverts en Court séjour gériatrique portant le total à 38 lits et contribuant à l'augmentation de l'activité.

**La mise en place de projets de recherche innovants :**

- Un Projet de recherche en EHPAD visant à améliorer les troubles du langage des patients par la communication alternative a débuté. Un dossier de subvention auprès du Crédit Social des Fonctionnaires (CSF) a été rédigé et présenté en commission où il a reçu un avis favorable.
- Un programme hospitalier de recherche clinique interrégional relatif aux droits des patients en fin de vie en milieu gériatrique est en cours de structuration. Il s'agit du projet de recherche PROPRIEL (Promouvoir les droits de patients âgés en fin de vie). Ce projet sera mené en collaboration avec le service de Médecine Palliative du CH de Pontoise ainsi que les services gériatriques de l'AP-HP, de Villeneuve-sur-Loire, du CHU de Dijon et du CHU de Besançon.

**En chirurgie, la recherche permanente de l'adéquation des moyens proposés par l'hôpital au besoin de la patientèle** a permis le recrutement en Juin 2015 d'un nouveau chirurgien viscéral qui permet d'augmenter de +0,4 ETP le temps médical tout en apportant au CH de Melun ses compétences en chirurgie de l'obésité. Parallèlement, la prise en

charge pré-opératoire de l'obésité s'est développée dans un soucis d'amélioration continue de la qualité et sécurité des soins.

**Implication du personnel :** Le personnel est encouragé à transmettre ses idées innovantes pour améliorer les prestations offertes au patient. Les idées innovantes sont notamment présentées aux responsables hiérarchiques pour validation, formalisées sous format RADAR et le projet reste confié à l'initiateur qui peut acquérir, si besoin, les compétences -via la formation -pour développer son projet. Par exemple, les services ont été invités à faire des propositions en vue de réduire le nombre d'heures supplémentaires.

## 5c. Les produits et les services sont promus et commercialisés de manière efficace

**Plan de communication externe :** Chaque trimestre, le Codir définit un plan de communication externe reprenant les sujets, cibles, moyens et canaux de communication afin d'assurer la visibilité de son offre de soins auprès des parties prenantes externes et en cohérence avec ses missions de service public. Le CH de Melun est régulièrement cité dans des articles du « Le Parisien » et de « La République ».

**Melun** et ses environs

LA RÉPUBLIQUE ET LE PARISIEN 23

**SANTÉ. Les travaux du futur hôpital sont déjà bien entamés**

Le chantier du nouvel hôpital de Melun se poursuit. Les travaux engagés en 2014 doivent prendre fin en 2017. Évolution en images !






Les travaux du futur hôpital de Melun continuent, l'évolution est flagrante, et les résultats permettent d'être impressionnés.

La fin des travaux approché pour le nouvel hôpital de Melun. Débutés en 2014, les travaux doivent se terminer en 2017 et l'ouverture est prévue pour 2018.

La grande avenue déviée début 2014, des travaux de terrassement sont réalisés.

avant pour finaliser la suite et se stabiliser sur la plateforme qui entoure le chantier sous le regard attentif d'un géomètre précis.

**Gros-œuvre**  
La pose de la nouvelle structure se poursuit dans le respect de l'environnement.

travaux sont terminés permettant le démarrage du gros-œuvre.

Les travaux ne concernent pas de vastes zones d'habitat. Ils débutent en 2014. Début, début d'évaluation, pose de postes de surveillance, l'analyse des travaux est importante, comme en témoigne le nombre de jours.

**Résultats**  
En trois ans, le futur hôpital prend forme. 100 % des fondations sont effectuées, 80 % du dalle est fait et le recouvrement est bien entamé. En septembre, les travaux pourront s'élargir au 2<sup>e</sup> niveau du bâtiment, à l'abri de la pluie.

Le chantier progresse bien. En avril, trois grues ont été démontées, marquant la fin du gros-œuvre sur le bâtiment principal.

Le pavillon principal a été commencé il y a quelques mois plus tard. En ce mois de juillet, les travaux vont continuer, les fondations et la façade nord du bâtiment stable de rouge.

Prévue en 2017, la fin des travaux semble bien engagée et l'hôpital Marc-Jacques se prépare doucement au grand déménagement.

Pauline Flourey

**Site internet :** Afin de promouvoir ses prestations, le CH de Melun pense à améliorer son site internet sur base d'une analyse des pages consultées. Les améliorations à cibler sont l'agenda des événements, la rubrique actualité, l'annuaire institutionnel et le moteur de recherche. Un projet concernant la prise de RDV en ligne est également en discussion. La programmation du site permet un référencement optimal dans Google et de poster des actualités sur Facebook et twitter (BSC B1 « Développer l'activité programmée », G2 « Mieux programmer les examens »).

**Réseaux sociaux :** Le CH de Melun s'est adapté aux nouveaux modes de communication en s'inscrivant aux réseaux sociaux Facebook et twitter qui facilitent l'interaction et le partage



d'informations entre abonnés reflétant ainsi la volonté du CH de Melun d'être au service de la communauté. La démarche a été systématisée en veillant à la mise à jour des contenus de manière hebdomadaire. Des annonces d'emploi ont également été publiées sur ces sites. Nombre de publications Facebook : 8 de janvier à juillet 2016 ; 10 en 2015)  
Nombre de publications et de retweets sur Twitter : 13 de janvier à juillet 2016 ; 26 en 2015.

**Journées portes-ouvertes :**

Une journée portes-ouvertes a été organisée en septembre 2015 en Court séjour gériatrique, afin de présenter les différents acteurs de la consultation mémoire lors de la journée mondiale Alzheimer. Une journée portes-ouvertes a également été réalisée en maternité pour présenter les nouvelles pratiques de prise en charge en mars 2016. Chaque année, un ou deux services différents se prêtent à l'exercice dans le respect des objectifs stratégiques fixés par l'établissement.

**Journée à thème, journée mondiale, congrès et séminaires :** Les activités du CH de Melun sont promues lors de congrès accessibles à un public ciblé et aux professionnels externes (ex : journée mondiale sans tabac, semaine de la douleur, journée de lutte contre le cancer colorectal). Ces événements ont également été systématiquement communiqués aux médias professionnels (Hospimedia, APM news).

**Pour mieux informer les patients et leurs familles sur le CH de Melun, une lettre, CH de Melun info, leur est diffusée tous les 2 mois.** Les visiteurs Internet peuvent s'inscrire pour la recevoir. Un écran à l'accueil présentant les événements d'actualité doit être ajouté pour. Le CH de Melun entvoit de développer une lettre d'information, sous format électronique, vers les médecins de ville.

**Brochures éducatives :** Pour renforcer sa relation avec le patient et développer l'approche promotion et prévention à la santé, le CH de Melun élabore et actualise les brochures éducatives relatives à différents problèmes de santé, notamment via son unité de santé publique.

## 5d. Les produits et les services sont élaborés, délivrés et gérés

**Afin de favoriser l'interdisciplinarité, les services ont été encouragés à organiser des staffs pluridisciplinaires hebdomadaires** visant à coordonner la prise en charge du patient. La qualité des rapports destinés aux médecins référents doit s'en trouver améliorée.

**Au niveau de la restauration, un contrôle systématique de la production a été renforcé au niveau des patients et du restaurant pour les agents.** Au niveau des patients, il est possible pour eux de sélectionner, la veille, le type de repas qu'ils souhaitent manger avec avis et recommandations donnés par les diététiciennes le cas échéant. Afin de gérer au mieux la commande des repas par les unités de soins, un contrôle ponctuel est réalisé bimensuellement au retour des plateaux en soirée. Cette mesure a amené dans les services une sensibilisation des équipes à tendre vers une rigueur stricte tant en vue d'une meilleure gestion économique qu'éthique (gaspillage, élimination de nourriture non-touchée). Inversement, en psychiatrie, certains patients se plaignaient de portions trop réduites. Il y a été remédié par une adaptation calorique des plats cuisinés.

## 5e. Les relations avec les clients sont gérées et mises en valeur

Conformément à sa volonté d'être à l'écoute de sa patientèle et pour alimenter les données d'entrée du développement stratégique, le CH de Melun utilise de manière systématique différentes approches pour évaluer les perceptions et les expériences des clients. Quelques exemples sont présentés ci-après. Ces activités fournissent des données importantes dans le développement de nouvelles prestations ou l'amélioration de l'offre existante.

**Enquête de satisfaction :** Plusieurs approches sont mises en place pour suivre la relation avec les patients. Les résultats de l'enquête de satisfaction des patients hospitalisés sont discutés dans les services et doivent permettre de formaliser dix recommandations visant l'amélioration du contact avec le patient et sa famille et, l'organisation de la sortie du patient (Critère 6a).

**Interview de sortie :** Les interviews de sortie permettent une visibilité plus rapide des résultats institutionnels tout en gardant une segmentation par service. La formation concernant l'amélioration de la sortie des patients a été ajustée à la stratégie du CH de Melun. Un tableau de bord du processus gestion de sortie a été constitué et intègre un indicateur sur le % de sortie anticipée (critère 6b et 8a).

**L'appel du lendemain :** L'approche est mise en œuvre en Hdj et en Hôpital de semaine et peut être étendue à d'autres services telles que la maternité ou la néonatalogie (critère 6a).

**Evaluation de séjour et enquêtes ponctuelles :** La mesure de la satisfaction de la patientèle se fait en continu via les évaluations de séjour dont les résultats sont communiqués par unité chaque trimestre. Plusieurs de ces indicateurs de perception sont repris dans les tableaux de bord de pilotage (du niveau direction au niveau service) avec des cibles ajustées. Chaque service est libre de développer des actions d'amélioration complémentaires ou supplémentaires au projet institutionnel (les 10 recommandations).

**Enquête auprès des patients venus en consultation :** Le CH de Melun doit réaliser une enquête auprès des patients venus en consultation par méthode de quota.

**Développer le besoin récréatif des patients en Pédiatrie :** Une bibliothèque est disponible et des associations viennent proposer certaines activités.

L'école à l'Hôpital possède plusieurs facettes : Eviter un échec scolaire dans la mesure du possible, influence positive sur le psychisme de l'enfant malade et de ses parents (recréer de la normalité) et effet occupationnel. Une collaboration conventionnée avec le ministère de l'éducation nationale pour permettre aux enfants hospitalisés une continuité de leur scolarisation en attente de la réintégration de leur classe est en place.

**Cérémonie :** Le CH de Melun organise chaque année une cérémonie de vœux et une remise de médailles d'honneur au travail en fonction de la qualité des initiatives prises au travail et de l'ancienneté du service : médaille d'argent (20 ans), médaille de vermeil (30 ans), médaille d'or (35 ans), grande médaille d'or (40 ans).

## 6. Résultats clients

### 6a. Perception

*Différents dispositifs permettent de recueillir la satisfaction des patients et de leurs familles au CH de Melun : des enquêtes de satisfaction en continu (via les questionnaires d'évaluation de séjour, les interviews de sortie, l'appel du lendemain d'opération) et des enquêtes de satisfaction ponctuelles (cf. critère 5).*

*Ces indicateurs contribuent aux missions stratégiques A3 (développer l'ambulatoire), B1 (développer l'activité programmée), B3 (agir sur les taux de fuite) et C1 (améliorer l'accueil et la satisfaction des patients).*

*Des résultats d'enquête récents ne sont pas disponibles à ce jour. Néanmoins, on peut imaginer que les informations mentionnées et illustrées ci-dessous soient présentées dans cette partie et interprétées. Nombre de ces questionnaires est directement inspiré de ce qui se fait au Centre Hospitalier du Luxembourg (CHL) dans le cadre de la démarche EFQM.*

#### 6a1 Evaluation de séjour

<b>% d'insatisfaction (valeurs négatives)</b>	<b>2016</b>	<b>Cible</b>	<b>Ecart à la cible</b>
Comment jugez-vous les informations transmises par l'équipe des urgences ?	%		
Comment jugez-vous les informations transmises lors de l'admission à la réception ?	%		
Comment jugez-vous les informations transmises en consultation préopératoire	%		
Comment jugez-vous les informations transmises lors de l'accueil à l'unité des soins ?	%		
Comment jugez-vous les informations transmises par l'équipe médicale lors de l'hospitalisation ?	%		
Comment jugez-vous les informations transmises par l'équipe soignante lors de l'hospitalisation	%		
Avez-vous pu parler de vos préoccupations avec l'équipe médicale et/ou soignante ?	%		
Comment jugez-vous les fascicules remis sur votre intervention et/ou maladie et/ou traitement ?	%		
Comment jugez-vous la prise en charge aux urgences ?	%		
Comment jugez-vous la prise en charge en consultation ?	%		
Comment jugez-vous la prise en charge à l'unité de soins ?	%		
Comment jugez-vous la prise en charge au bloc opératoire ?	%		
Comment jugez-vous la prise en charge en salle de réveil ?	%		
Comment jugez-vous la prise en charge en kinésithérapie ?	%		
Comment jugez-vous la prise en charge en radiologie ?	%		
Comment jugez-vous la prise en charge par la diététicienne ?	%		
Comment jugez-vous la prise en charge par le service social ?	%		
Comment jugez-vous la prise en charge par le service douleur ?	%		
Comment jugez-vous la prise en charge par l'unité mobile de soins continus ?	%		
Comment jugez-vous la prise en charge par le psychologue ?	%		
Comment jugez-vous la prise en charge par le supportive care ? (supportive care = musicothérapie, aromathérapie, massage, soins esthétiques)	%		
Comment jugez-vous votre implication dans les décisions concernant votre traitement ?	%		
Vous, votre famille ou vos proches ont-ils eu suffisamment	%		

d'occasions pour parler au médecin ?			
Vous ou votre famille, avez-vous reçu les informations nécessaires à votre convalescence ?	%		
Vous a-t-on expliqué les complications auxquelles il faut faire attention à la maison ?	%		
Vous a-t-on expliqué dans quelle mesure vous pouviez reprendre vos activités habituelles (ex : travail, sport, vie active voyage, sexualité...)	%		
Comment jugez-vous l'organisation de votre retour à domicile / en maison de soins / en rééducation ou autre par l'équipe médicale et/ou soignante ?	%		
Comment jugez-vous le confort de la chambre ?	%		
Comment jugez-vous la propreté de la chambre ?	%		
Comment jugez-vous la qualité et le choix de la nourriture ?	%		
Comment jugez-vous la qualité de la cafétéria ?	%		
Comment avez-vous trouvé la collaboration entre les médecins et le personnel soignant ?	%		
Dans l'ensemble, comment jugez-vous les soins reçus dans le service ?	%		
En cas de ré-hospitalisation, souhaiteriez-vous revenir dans le service ?	%		
Recommanderiez-vous ce service à vos proches ?	%		
Si vous deviez attribuer une note entre 0 et 10 au Centre Hospitalier de Melun, laquelle lui donneriez-vous (10 étant la meilleure note) ?	%		

## 6a2 L'appel du lendemain (hôpital de jour de chirurgie)

Questions	2009 226 individus	2010 581 individus	2011 503 individus	2012 447 individus
Avez-vous bien dormi ?	%	%	%	%
Si vous avez mal quel est votre score ? (sur 10 ; 10 étant le plus douloureux)				
Avez-vous pris vos médicaments ?	%	%	%	%
Avez-vous eu des troubles digestifs ?	%	%	%	%
Etes-vous satisfait de votre prise en charge ?	%	%	%	%

## 6a3 Interview de sortie

Questions clés	2010/ 2011/ 2012 Echantillon : XXX personnes	Cible
Fiche de sortie présente dans le dossier ?	%	Excellent à très bien : 90 à 100%
Les risque(s) sont identifié(s) ?	%	
Le rapport médical est remis ?	%	
Les ordonnances médicales sont remises ?	%	A améliorer : 61 à 89%
Le personnel soignant s'est-il renseigné auprès de vous sur l'organisation de votre retour à domicile/transfert en rééducation ?	%	A très fortement améliorer :

Savez-vous si vous devez continuer un traitement médicamenteux à domicile ?	%	0 à 60%
Savez-vous comment prendre votre traitement à domicile (ex : inhalations, injections) ?	%	
Savez-vous les effets secondaires de votre traitement ?	%	
Savez-vous les signaux d'alarme de votre maladie ?	%	
Savez-vous à qui vous pourrez alors vous adresser ?	%	
Avez-vous RDV pour le suivi avec le médecin ?	%	
Avez-vous identifié votre médecin référent ?	%	
Le personnel soignant s'est-il régulièrement présenté ?	%	
Etiez-vous régulièrement informé de l'heure de passage du médecin ?	%	
Vous-sent(i)ez vous rassuré concernant votre retour à domicile ?	%	

#### 6a4 Exemple d'enquête ponctuelle (thématique douleur)

Echelle croissante de 0 à 10	2015	2016	Cible	Ecart à la cible
Efficacité du traitement douleur				
Satisfaction globale sur la prise en charge de la douleur				

#### 6a5 Enquête auprès des médecins référents

% de satisfaction	2013	Benchmark 2013	2016	Benchmark 2016
Taux de retour (%)				
Population interrogée				
<b>Niveau de satisfaction sur la prise en charge des différents sites</b>				
Bâtiment médico-chirurgical Centre Constance Pascale (Psy) Maternité ...				
<b>Relation avec l'équipe médicale</b> Facilité à joindre les correspondants Echanges avant hospitalisation Retour d'information pendant hospitalisation Retour d'information après hospitalisation Délai du retour d'information Suivi confié au médecin traitant				
Niveau de satisfaction de la collaboration avec le CH de Melun				
Souhaiteriez-vous développer une collaboration plus importante avec le CH (valeur partage des connaissances) ?				
Souhaiteriez-vous recevoir plus d'informations sur les activités et services existants au sein du CH de Melun ?				

--	--	--	--	--

## 6b. Indicateurs de performance

*Les indicateurs que l'on peut présenter ici concernent la mission « soins » du CH. Ils ont été choisis pour leur influence sur les résultats présentés en 6a et sont en lien avec les orientations stratégiques du CH. Pour cette partie, on peut très largement s'appuyer sur le travail déjà réalisé par la Commission des Relations avec les usagers et de la Qualité de Prise en Charge (CRUQ-PC).*

*Les résultats de la chirurgie ambulatoire ont un impact sur la satisfaction en 6a de l'appel du lendemain d'opération. Il entre dans la perspective de l'axe stratégique financier A3 qui concerne le développement de l'ambulatoire, mais aussi de la maîtrise des processus avec une optimisation du fonctionnement du bloc (F1) et de la gestion des lits (G5).*

*L'accueil-réception et la gestion des réclamations répondent à l'axe stratégique C1 d'un meilleur accueil. L'itinéraire clinique du pied diabétique correspond au développement de la filière de soins (BSC A1). Le délai entre la demande de RDV et sa date effective concerne la planification des consultations externes (G1) et la programmation des examens (G2). Les comptes rendus d'hospitalisation vers les médecins référents répondent à l'objectif de l'optimisation du format et du délai de CR de sortie (G3) et à l'instauration d'une relation de qualité avec la médecine de ville (D2). L'observation des taux de patients adressés par des médecins externes permet de fidéliser les patients et de limiter le taux de fuite.*

### 6b1 Gestion des réclamations

Réclamations patients	2014	2015	2016
Nombre	119	180	
Taux de réclamations	0.58	0.82	
Contentieux	19 dont 11 règlement amiables	19 dont 14 règlements amiables	

### 6b2 Hôpital de jour de chirurgie

	CH	CH Cible	Benchmark
Admission non-planifiée au CHL suite à une hospitalisation à l'hôpital de jour	%	%	%
Annulation d'une hospitalisation à l'hôpital de jour planifiée le jour même	%	%	%
Temps d'attente entre l'inscription et le départ vers le quartier opératoire de <= 30min	%	%	%
Temps d'attente entre l'inscription et le départ vers le quartier opératoire de > 30min - <= 1 heure	%	%	%
Temps d'attente entre l'inscription et le départ vers le quartier opératoire de > 1 heure - <= 2 heures	%	%	%
Temps d'attente entre l'inscription et le départ vers le quartier opératoire de > 2 heures	%	%	%

### 6b3 Accueil réception

	2014	2015	2016	Cible
Temps d'attente au guichet HM en moyenne	%	%	%	%
Nombre de passages mensuels en moyenne	%	%	%	%

### 6b4 Itinéraire Clinique Pied diabétique

	2015	2016	Cible
Plaies consolidées	%	%	%
Amputation	%	%	%
% de patients suivis dans la Clinique aux objectifs glycémiques 40%	%	%	%
Dépistage (au – 1 par an)	%	%	%

### Tableau 6b5 : Le délai entre la demande de RDV et sa date effective

En jours	2013	2014	2015	2016	Cible
Pour un 1er RDV					
RDV urgents					
RDV récursif, contrôle					

### Tableau 6b6 : Compte-rendu d'hospitalisation vers les médecins référents

	2014	2015	2016	Cible
Nombre de CR réalisés				
Délai entre sortie patient et validation du CR				

### Tableau 6b7 : Taux de patients adressés par des médecins externes

	2014	2015	2016	Cible
Ambulatoire				
Hospitalisation				

### Tableau 6b8 : Taux de réhospitalisation et taux de mortalité

	2014	2015	2016	Cible
Taux de réhospitalisation évitable en médecine polyvalent				
Taux de réhospitalisation évitable en chirurgie				
Taux de mortalité				

## 7. Résultats personnel

### 7a. Perception

*En s'inspirant des questionnaires APICIL et CHL posés aux salariés de leur entreprise, un questionnaire complet sur la satisfaction client a été imaginé dans le cadre de cet exercice pour le CH de Melun. Il est composé de huit parties :*

- *Le travail au quotidien*
- *Le développement professionnel*
- *Le management*
- *La relation patient*
- *L'information et la communication interne*
- *La vision de l'établissement*
- *Le positionnement des cadres et chefs de service*
- *La satisfaction globale, puis un résumé*

*La relative longueur de ce questionnaire (85 questions) lui permet de balayer de façon assez complète la satisfaction des agents. Cependant, cela suppose que le questionnaire ne soit réalisé que tous les deux à trois ans pour ne pas créer de lassitude chez les agents et avoir le temps de mettre en œuvre de nouvelles actions qui auront déjà produits certains de leurs effets. Les notes données par l'agent vont de -10 à +10.*





"-10 à -5 "	"-4 à 0"	"1 à 5"	"6 à 10"					
<b>Le travail au quotidien</b>				Score 2016 de l'établissement (moyenne note agents)	Objectif 2018	Benchmark	Réalisé 2018	Ecart
1. Je me sens motivé(e) dans mon travail								
2. Je suis satisfait(e) des responsabilités que l'on me confie								
3. Mon poste/mes responsabilités est (sont) clairement défini(es)								
4. Je dispose des informations nécessaires à mon travail								
5. Je suis encouragé(e) à prendre des initiatives dans mon travail								
6. La démarche qualité me permet de m'exprimer sur les dysfonctionnements que je constate dans mon travail								
7. Je suis directement associé(e) lorsque des changements interviennent dans l'organisation du travail de mon service								
8. Mes objectifs et mes priorités sont clairement définis								
9. Mes efforts sont reconnus								

10. Mes compétences sont bien utilisées dans mon travail					
11. Le respect des individus est un comportement partagé dans mon établissement					
12. Je peux compter sur mes collègues en cas de difficultés professionnelles					
13. Je parviens à équilibrer vie professionnelle et vie privée					
14. Ma charge de travail est tout à fait normale					
15. Je suis conseillé(e) et aidé(e) pour éviter les risques liés à ma charge de travail					
16. Mon espace de travail est agréable					
17. Je suis satisfait(e) de la collaboration entre services					
18. Je suis satisfait(e) de la collaboration entre corps et métiers					
19. L'organisation de mes horaires me convient					
20. Les services et aides proposés au personnel (crèche, assistance sociale, prévoyance...) sont satisfaisants					
21. Mon établissement est vigilant à la qualité de mon environnement de travail					

<b>Moyenne</b>					
----------------	--	--	--	--	--

**2**

"+100 à 51"	"50 à 0"	"-1 à -49"	"-50 à -100"					
<b>Le développement professionnel</b>				Score 2016 de l'établissement (moyenne note agents)	Objectif 2018	Benchmark	Réalisé 2018	Ecart
22. Les évolutions sont accompagnées de formations efficaces								
23. J'ai accès aux formations dont j'ai besoin								
24. J'ai accès aux formations professionnelles nécessaires pour envisager une évolution de carrière								
25. Je suis informé(e) sur les opportunités de carrière au sein de l'établissement								
26. Pour développer ma carrière, je suis prêt(e) à changer d'emploi au sein de l'établissement								
27. Pour développer ma carrière, je suis prêt(e) à changer de poste au sein de l'établissement								
28. J'ai des possibilités d'évolution au sein de l'établissement								

29. J'ai confiance dans mon avenir au sein de l'établissement					
30. J'ai facilement accès aux interlocuteurs chargés des ressources humaines					
31. J'ai facilement accès aux interlocuteurs chargés de la direction des soins					
32. Mon entretien d'évaluation et de développement professionnel est l'occasion d'avoir un dialogue ouvert et constructif avec mon responsable direct					
33. Mon entretien d'évaluation et de développement professionnel me permet de situer clairement mon travail et mes objectifs					
34. Mon entretien d'évaluation et de développement professionnel est utile pour mon évolution professionnelle					
35. Je suis informé(e) de tous les éléments qui constituent ma rémunération					
36. Je suis informé(e) de tous les éléments qui constituent ma carrière					
37. L'établissement facilite l'intégration des nouveaux recrutés (recrutement externe)					

38. L'établissement facilite l'intégration des nouveaux arrivants dans un service (mobilité interne)					
39. Je suis directement associé(e) et accompagné(e) dans les évolutions qui me concernent : formation, mobilité					
<b>Moyenne</b>					

"-10 à -5 "	"-4 à 0"	"1 à 5"	"6 à 10"					
<b>Le management</b>				Score 2016 de l'établissement (moyenne note agents)	Objectif 2018	Benchmark	Réalisé 2018	Ecart
40. Mon responsable hiérarchique fixe des objectifs clairs								
41. Je dispose des moyens pour atteindre mes objectifs								
42. J'ai suffisamment d'autonomie pour exercer mes responsabilités								
43. Mon responsable hiérarchique me fait un retour sur la qualité de mon travail								
44. Mon responsable hiérarchique favorise le travail en équipe								

45. Mon responsable hiérarchique répartit équitablement le travail au sein de l'équipe					
46. Mon responsable hiérarchique m'aide à progresser/à développer mes compétences					
47. Mon responsable hiérarchique est à mon écoute					
48. Mon responsable hiérarchique reconnaît mon travail					
49. Mon responsable hiérarchique délègue et fait confiance					
50. Mon responsable hiérarchique m'informe régulièrement des décisions prises					
51. Mon responsable direct est porteur du changement					
52. Mon responsable hiérarchique communique mensuellement sur les résultats, opportunités et contraintes, la stratégie, les projets de l'établissement					
53. Mon responsable hiérarchique assure bien son rôle en matière de ressources humaines					
54. Mon responsable hiérarchique garantit la qualité de l'activité de l'équipe avec le souci de la performance					
55. Je me sens accompagné par mon manager dans la démarche qualité					

"-10 à -5 "	"-4 à 0"	"1 à 5"	"6 à 10"					
<b>La relation patient</b>				Score 2016 de l'établissement (moyenne note agents)	Objectif 2018	Benchmark	Réalisé 2018	Ecart
56. Ma connaissance des métiers, des activités, services et actions de l'hôpital me permet d'en faire la promotion à l'extérieur								
57. Mon hôpital met le patient au centre de ses préoccupations (proximité, écoute, transparence, engagement, sécurité, délais...)								
58. L'hôpital est bien organisé pour satisfaire ses patients								
59. L'hôpital offre à ses patients une qualité de soins et de services au moins aussi bon que les établissements de santé environnant (hôpitaux et cliniques)								
60. La démarche qualité met à ma disposition les outils d'amélioration continue pour contribuer à la satisfaction des patients								
<b>Moyenne</b>								

"-10 à -5 "	"-4 à 0"	"1 à 5"	"6 à 10"					
<b>L'information et la communication</b>				Score 2016 de	Objectif 2018	Benchmark	Réalisé	Ecart



interne	l'établissement (moyenne note agents)			2018	
61. Je suis bien informé(e) des résultats de l'hôpital					
62. Je suis bien informé(e) des résultats du pôle					
63. Je suis bien informé(e) des résultats de mon service					
64. Je suis bien informé(e) sur l'environnement, les règles et les obligations du service hospitalier					
65. Je suis bien informé(e) sur l'organisation de l'hôpital					
66. Je suis bien informé(e) sur les autres activités de l'hôpital					
<b>Moyenne</b>					

"-10 à -5 "	"-4 à 0"	"1 à 5"	"6 à 10"					
Votre vision de l'Hôpital				Score 2016 de l'établissement (moyenne note agents)	Objectif 2018	Benchmark	Réalisé 2018	Ecart
67. J'ai compris les enjeux et les objectifs du projet d'établissement								
68. J'adhère à la stratégie de l'établissement								

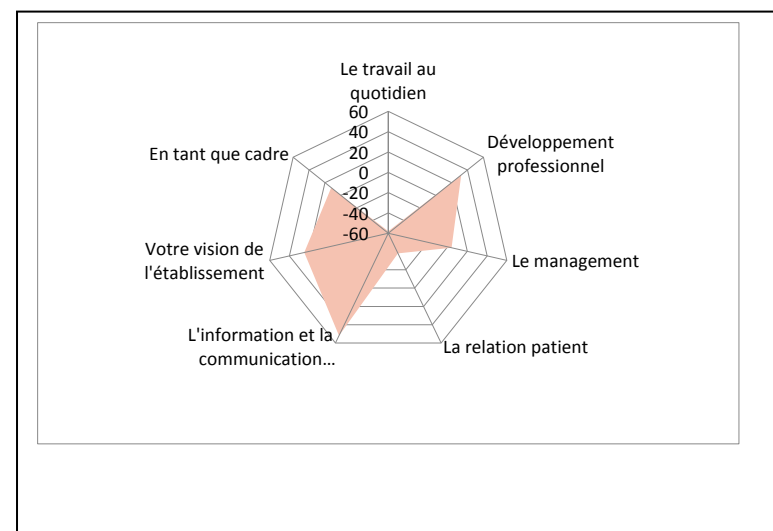
69. Les projets et la stratégie d'établissement sont motivants					
70. Je suis fier de travailler au Centre Hospitalier de Melun					
71. Le Centre Hospitalier de Melun est innovant					
72. Le Centre Hospitalier de Melun fait preuve de dynamisme au regard des autres établissements hospitaliers					
73. Le Centre Hospitalier de Melun a une bonne notoriété					
74. J'ai confiance dans l'avenir du Centre Hospitalier de Melun					
<b>Moyenne</b>					

"-10 à -5"	"-4 à 0"	"1 à 5"	"6 à 10"					
<b>En tant que cadre / chef de service</b>				Score 2016 de l'établissement (moyenne note agents)	Objectif 2018	Benchmark	Réalisé 2018	Ecart
75. J'ai une définition claire de ce que l'hôpital attend de moi en tant que cadre								
76. Je suis bien formé(e) pour assurer mon rôle de cadre								

77. Je me sens à l'aise dans mon rôle de cadre					
78. J'ai les moyens de récompenser les initiatives, les succès, la performance de mes collaborateurs					
79. J'ai les moyens de sanctionner la contre-performance					
80. En cas de difficultés dans le management de mon équipe, je me sens soutenu(e) par ma hiérarchie					
81. Je suis satisfait(e) de l'autonomie dont je bénéficie en tant que cadre					
82. J'ai les moyens d'expliquer et de faire partager à mes collaborateurs les résultats, les opportunités et contraintes, la stratégie de l'établissement					
83. Je me sens à l'aise pour accompagner l'évolution de l'Hôpital de Melun					
84. En tant que cadre, j'ai le sentiment de partager avec les autres cadres les mêmes valeurs, la même compréhension de la stratégie, les mêmes outils...					
<b>Moyenne</b>					



<b>Satisfaction globale de travailler au Centre Hospitalier de Melun</b>		Note donnée par l'agent	Score 2016 de l'établissement (moyenne note agents)	Objectif 2018	Réalisé 2018
85. Globalement, je suis satisfait de travailler au Centre Hospitalier de Melun					
"-100 à -50 "	"-49 à 0"	"-1 à 49"	"-50 à 100"	<b>Score</b>	
Le travail au quotidien		-58*			
Développement professionnel		32*			
Le management		4*			
La relation patient		-38*			
L'information et la communication interne		52*			
Votre vision de l'établissement		25*			
En tant que cadre		12*			
<b>Moyenne</b>		29*			



<b>Satisfaction globale</b>	De -100 à -50
-----------------------------	------------------

\*Chiffres fictifs



## 7b. Indicateurs de performance

*Il faut principalement y intégrer des indicateurs disponibles dans le Bilan social de l'établissement et qui répondent à l'alignement stratégique de l'établissement tel qu'élaboré dans le BSC. Dans le cadre du CH de Melun, on peut notamment citer le nombre de promotions professionnelles (BSC H2), le taux de formation, le budget formation, les formations proposées (BSC I1, I2, I3), le recrutement d'internes avec le développement d'autorisations (BSC H2), l'augmentation en nombre, en compétences et en missions de l'équipe qualité (BSC H3), l'évolution de l'absentéisme (BSC F3, F4 et H2).*

## 8. Résultats pour la collectivité

### 8a. Perception

*Les indicateurs présentés sont notamment relatifs aux missions de recherche, d'enseignement et de santé publique. Ils répondent à plusieurs axes stratégiques du CH de Melun (développer un programme de communication (BSC D1), instaurer une relation de qualité avec la médecine de ville (BSC D2), mieux se coordonner avec les partenaires hospitaliers publics et privés (E1).*

*Le suivi de la satisfaction des partenaires long séjour illustre le renforcement des relations avec les partenaires de soins ainsi que la satisfaction des patients (projet amélioration de la gestion de la sortie).*

*L'axe « favoriser l'enseignement, l'innovation et la recherche clinique » est illustrée par les résultats de la satisfaction des étudiants, les études et publications, le nombre de stagiaires accueillis.*

**Tableau 8a3 : Suivi de la satisfaction des partenaires du « long séjour » dans le cadre de l'amélioration du processus de sortie (Lien 6a2)**

Fiche de sortie présente dans le dossier ?	%
Les risque(s) sont identifié(s) ?	%
Le rapport médical est remis ?	%
Les ordonnances médicales sont remises ?	%
Le personnel s'est-il mis en contact avec votre institution pour organiser le transfert ?	%
Avez-vous RDV pour le suivi avec le médecin ?	%
A son arrivée, le patient était-il rassuré ?	%

**Tableau 8a5 : Présence dans les médias**

	2014	2015	2016
<b>Nombre d'articles de presse (total)</b>	27		23* chiffre au 28 juillet 2016
<b>Articles positifs</b>			
<b>Articles neutres</b>			
<b>Articles négatifs</b>	0	0	0

Depuis janvier, la présence du CH dans les médias est recensée, analysée et envoyée mensuellement pour information au comité directeur.

**Tableau 8a6 : Evolution du nombre de visiteurs différents sur le site Internet**

	2014	2015	2016
<b>Visiteurs différents</b>			

L'origine géographique des visiteurs, la durée de visite, les pages les plus visitées sont également suivis pour mieux appréhender la visibilité que peut avoir le CH de Melun et mieux comprendre les besoins du public.

**Tableau 8a7 : Satisfaction des élèves infirmiers et des élèves aides-soignants**



Questions	2014	2015	2016
Sentiment d'être accueilli			
Personne de référence			
Communication des objectifs			
Remarques sur les performances			
Atteinte des objectifs			
Satisfaction globale			

## 8b. Indicateurs de performance pour la collectivité

*Pour cette section, on pourra retenir différentes thématiques telles que :*

- La contribution à l'emploi et à l'économie régionale (axe d'apprentissage et de développement des ressources humaines– H2)
- L'action sociale (Faire de chaque personnel l'ambassadeur de l'établissement – H1)
- La mission de recherche et d'enseignement (axe innovation et recherche – J1)
- La responsabilité sociale (axe J1 et J2 sur l'investissement)

### 8b1. Nombre d'emplois

	2014	2015
ETPR	1903	1924

### 8b2. Nombre de stagiaires :

- **2014** : 782 stagiaires accueillis dont 609 dans la filière soignante
- **2013** : 743 stagiaires accueillis dont 605 dans la filière soignante

### 8b3. Taux de travailleurs handicapés :

Année	2013	2014	2015
% de travailleurs handicapés			

### 8b4. Bénéficiaires CGOS

- Montant des contributions versées au CGOS :
  - **2015** : 739 491,99 €
  - **2014** : 729 868,05 €
  - **2013** : 726 062,99 €
- Activité de l'Assistante Sociale du Personnel (dont aide financière CGOS ou autre organismes, aide alimentaire, aide au logement) :
  - **2015** : 127 dossiers dont 72 nouveaux dossiers et 55 dossiers de 2014 toujours en cours de traitement.
  - **2014** : 128 dossiers

### Tableau 8b5 : Etudes cliniques et publications (Cf. critère 4, Lien 8a7)

En cohérence avec les valeurs de compétences, d'expertise et d'innovation, les médecins du CH sont investis dans la recherche et la formation.

Année	2014	2015	2016
Etudes cliniques en cours			

<b>Publications scientifiques</b>			
-----------------------------------	--	--	--

Au Centre d'enseignement des soins d'urgence, une importance particulière est accordée à la formation initiale et continue afin de maintenir, renforcer et développer les compétences des agents.

- .175 jours de formation, soit 1 800 stagiaires formés par le CESU (1 400 en 2014, +29%).
- .2 420 heures de formation pour 128 agents soit 55,20% des personnels paramédicaux.

**Indicateurs environnementaux : consommations d'énergie et gestion des déchets**

	2015	2016	Cible	Ecart	
Consommation chaud urbain	kWh				
Consommation froid urbain	kWh				
Consommation électricité	kWh				
Production déchets ménagers	tonnes				
Tri sélectif carton et papier	tonnes				
Tri sélectif verre	tonnes				
Production déchets infectieux	tonnes				

**9. Résultats d'activité**

**9a. Les résultats stratégiques**

*Si cette partie est déjà développée dans la plupart des hôpitaux en France, elle a le mérite, dans le cadre de la démarche EFQM, d'être remise dans son contexte en fonction des objectifs de l'axe stratégique financier choisi dans la BSC. Dans notre exemple du CH de Melun, il s'agit d'« Augmenter les marges brutes d'exploitation pour assurer le financement du nouvel établissement » avec, d'une part, un versant « Stratégie de croissance » et, d'autre part, un versant « stratégie de productivité ». Cette partie concerne essentiellement les résultats financiers de l'année et leur explication, en lien avec la stratégie ; ainsi que la performance budgétaire.*

*Pour un établissement de santé, comme le CH de Melun, en pleine reconstruction d'un nouvel hôpital la durabilité du modèle économique est plus importante que les résultats financiers à court terme. Ainsi l'EPRD sera regardé relativement au PGFP. Les données répertoriées dans cette section sont des éléments du compte financier. Pour des raisons évidentes, ces informations confidentielles ne sont pas répertoriées ici.*

*Outre le critère financier, il peut y avoir, dans cette partie, des critères « personnel », « processus » et « client ». Ci-dessous, des exemples du critères « personnel ».*

**Personnel**

**Tableau 9a1 : Respect du budget ressources humaines (Lien critère 3, 7)**

	2014	2015	2016
<b>Effectif global</b>			
<b>Effectif cible</b>		-1% / +1%	

**Tableau 9a2 : Minutes en soins patient moyen, hospitalisation complète**

En minutes	2014	2015	2016
Soins normaux			
Soins intensifs			

**Tableau 9a3 : Développement des compétences cliniques**

	2014	2015	2016	Cible
Taux de participation des professionnels soignants impliqués et formés dans le développement et l'acquisition de compétences cliniques				
Nombre de personnes envoyées en formation diplômante				
Nombre de personnes ayant obtenues des formations diplômantes				

## 9b. Indicateurs et résultats de performance clés

*A la différence des résultats stratégiques (critère 9a ci-dessus) qui visent à démontrer le succès du déploiement de la stratégie de l'établissement, les indicateurs et résultats de performance clés (critère 9b), permettent de comprendre les résultats de l'organisation observé en 9a et de prévoir et d'améliorer les résultats du 9a pour les 2 à 3 ans à venir. Quatre thèmes, non exhaustifs, sont identifiables : finances, gestion des risques et sécurité du patient, personnel, clients.*

### 1. Finances

**Tableau 9b1 : Délais de facturation, délais de paiement, taux d'exhaustivité PMSI pilote, taux de paiement du site, taux de rejet B2.**

	Délai moyen de facturation des consultations	Délai moyen de facturation des tickets modérateurs	Délai de paiement des fournisseurs (<50 jours)	Taux d'exhaustivité PMSI pilote	Taux de paiement sur site	Taux de rejet B2
<b>2014</b>	XXX jours	XXX jours	XXX jours	%	%	%
<b>Cible</b>	XXX jours	XXX jours	XXX jours	%	%	%
<b>2015</b>	XXX jours	XXX jours	XXX jours	%	%	%
<b>Cible</b>	XXX jours	XXX jours	XXX jours	%	%	%
<b>2016</b>	XXX jours	XXX jours	XXX jours	%	%	%
<b>Cible</b>	XXX jours	XXX jours	XXX jours	%	%	%
<b>Média nationale</b>	XXX jours	XXX jours	XXX jours	%	%	%

**Tableaux 9b2 : Recouvrement des créances (indicateur de processus)**

Moyenne	2014	2015	2016
Montant créances contentieux par rapport au total des créances (contentieux inclus)	%	%	%

<b>Créances patients dans les procédures de rappel</b>	%	%	%
<b>Nombre de dossiers contentieux</b>	XXX	XXX	XXX

### Tableaux 9b3 : Circuit du médicament et gestion de la pharmacie

Indicateur de gestion	2014	2015	2016	Cible
Nombre de lignes de retours de service (médicaments)				
Retours de service : valorisation (en euros) (médicaments)				
Nombre de lignes de retours de service (matériel)				
Retours de service : valorisation (en euros) (matériel)				
Nombre moyen mensuel de référence médicament en rupture de stock				
Nombre moyen mensuel de référence matériel en rupture de stock				
Taux dépenses consommables achetés par le biais du groupement achat				
Médiane nationale				
Indicateur qualité				
Pourcentage d'erreur médicament				
Pourcentage d'erreur matériel				

## 2. Gestion des risques et sécurité du patient

### Tableau 9b4 : La Gestion des risques (cf. critère 5)

	2014	2015	2016
<b>Nombre total de déclaration d'événements indésirables</b>			
<b>Dont gravité 4 et 5</b>			
<b>Dont incidents liés aux vigilances</b>			
<b>Dont erreurs médicamenteuses</b>			

### Tableau 9b5 : Escarres acquises au CH

	% d'escarres acquises	Cible % de patients atteints	Benchmark
<b>2014</b>			
<b>2015</b>			
<b>2016</b>			
<b>Médiane nationale</b>			

### Tableau 9b6 : Gestion du bloc opératoire

	2014	2015	2016	Cible
<b>Occupation moyenne par salle les jours ouvrables</b>	h	h	h	h
<b>Médiane nationale</b>	h			
<b>% interventions annulées J-1 / JO</b>	%	%	%	%
<b>% interventions annulées (toutes raisons confondues)</b>	%	%	%	%
<b>Nombre d'interventions annulées J-1 / JO</b>				
<b>Nombre d'interventions ajoutées J-1 / JO</b>				
<b>taux d'occupation des salles</b>	%	%	%	%
<b>Délais entre l'appel de l'étage et l'arrivée au bloc</b>	min	min	min	min
<b>Temps de débordement</b>	min	min	min	min

### **3. Personnel**

**Tableau 9b7 : Sécurité au travail (Cf. critère 3)**

Type d'accident : (chiffres absolus)	2014	2015	2016
Effectif moyen des employés			
AES			
Cible			
Trajet			
Chutes			
Troubles musculo-squelettiques			
Agressions avec blessures			
Total			

### **4. Clients**

**Tableau 9b8 : Taux de réhospitalisation d'un patient dans le même établissement hospitalier dans un délai de 28 jours après la sortie du patient vivant.**

	2014	2015	2016
Taux de réhospitalisation			
Objectif cible			

**Tableaux 9b9 : Indicateurs cliniques dans le cadre des évaluations de pratiques professionnelles  
Suivi des abords veineux (extrait)**

En %	2014	2015	2016	Cible
Pansement hermétique				
Pansement propre				
Point de ponction visible				
Bouchons présents sur les voies non utilisées				
Absence de dépôt de sang pour l'ensemble du circuit				
Date de mise en place du cathéter notée				

**Tableau 9b10 : Taux de diagnostics de sortie renseigné**

	2014	2015	2016	Cible
Pourcentage de séjours hospitaliers avec rapport médical et codification				



**DIRECTEUR D'HOPITAL**

Promotion Simone IFF 2015-2016

**Améliorer la qualité et le management à l'hôpital :  
L'exemple de la démarche « EFQM » au CH de Luxembourg  
et au CH de Melun****Résumé :**

Le management à l'hôpital est tiraillé entre trois enjeux majeurs : l'exigence de qualité et de sécurité des soins, les contraintes financières, et la qualité de son organisation. Pour y remédier, certains modèles de gestion prétendent pouvoir faciliter le travail du dirigeant hospitalier en rééquilibrant le pilotage et la complémentarité de ces trois éléments. La démarche EFQM (European Foundation for Quality Management) qui s'est diffusée dans les hôpitaux européens au début des années 2000, est le modèle le plus répandu sur le sujet. Son utilisation est, néanmoins, totalement absente à l'hôpital en France.

Ce mémoire s'efforce d'expliquer les raisons de l'« exception française » en matière d'EFQM ainsi que de comprendre et d'analyser l'utilité de l'adoption de la démarche EFQM pour un établissement de santé. Pour cela, des entretiens ont été menés à travers un travail de recherche et d'enquête auprès d'utilisateurs actuels de l'EFQM (Groupe La Poste, Apicil, Centre Hospitalier de Luxembourg). Un dossier EFQM « fictif » a, également, été réalisé dans un hôpital français (CH de Melun) pour mieux jauger de l'applicabilité du modèle par rapport au contexte hospitalier français.

Il en résulte que la démarche EFQM est un des rares modèles qui favorise pleinement la professionnalisation du management des hôpitaux et l'optimisation d'une vision résultats en matière de qualité. Cela contribue fortement à rééquilibrer le pilotage financier avec le pilotage de la qualité. L'EFQM demande, néanmoins, la mobilisation de moyens financiers et humains importants en plus d'un système de rétribution positive des agents, ce qui peut être un frein à son application en France. Il gagnerait à être associé à la certification qualité de la HAS et à être accompagné par des outils incitatifs tels que l'IFAQ.

**Mots clés :**

Management, stratégie, qualité, performance, tableau de bord, EFQM, Balanced Score card

*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.*