ENSP
ÉCOLE NATIONALE DE LA SANTÉ PUBLIQUE
RENNES

Directeur d'établissement sanitaire et social public
Promotion 2004

L'APPORT D'UNE DÉMARCHE QUALITÉ ET DE LA GESTION DES RISQUES SANITAIRES DANS LA DYNAMIQUE DE CHANGEMENT EN HÔPITAL LOCAL

L'EXEMPLE DE L'HÔPITAL LOCAL DE BEAUGENCY (45)

Ludovic DEWAELE

Remerciements

À Monsieur Alain PINGUET, directeur de l'Hôpital Local de Beaugency et de la Maison de Retraite de Meung Sur Loire,

pour l'accueil qu'il m'a réservé au cours de ces neuf mois de stage,

pour l'écoute attentive et la confiance témoignée.

À Madame Evelyne PAJON, attachée d'administration hospitalière, Madame Agnès ABONNEAU, cadre supérieur de santé ainsi que tous les cadres et responsables de services,

pour l'attention et le soutien manifestés au cours des différents travaux partagés.

À l'ensemble du personnel de l'hôpital local,

pour leur implication et l'important travail réalisé au cours de la mise en œuvre de la démarche qualité.

À Monsieur Joël CLEMENT et Monsieur Pierre SAVIGNAT, directeurs de mémoire,

pour leurs conseils méthodologiques et leur relecture.

A Michèle, Hugo, Arthur,

pour leur patience, leur compréhension et leur soutien permanent.

Sommaire

INTRODUCTION 1

CHAPITRE 1 LES CARACTERISTIQUES D'UNE DEMARCHE QUALITE ET DE LA GESTION DES RISQUES, LEURS CONSEQUENCES SUR LE CHANGEMENT DANS UN ETABLISSEMENT DE SANTE 5

1.1 La démarche qualité, condition générale du changement 5

1.1.1 Son sens 6
1.1.2 Son contenu 12
1.1.3 Les conditions de mise en œuvre 18

1.2 La gestion des risques : expression pratique de la démarche de qualité et obligations réglementaires 25

1.2.1 Les champs obligatoires de mise en œuvre 25
1.2.2 La diversité des règles et pratiques 28
1.2.3 Comment mettre en action cette démarche ? 30

CHAPITRE 2 L'ENGAGEMENT D'UNE DEMARCHE QUALITE A L'HOPITAL LOCAL DE BEAUGENCY 35

2.1 Présentation et caractéristiques de l'établissement 35

2.1.1 Son environnement et les activités développées 36
2.1.2 Une approche stratégique à actualiser 38
2.1.3 Une organisation qui se révèle décalée par rapport aux attentes et aux besoins 43

2.2 Les mesures mises en œuvre et les préconisations avancées 48

2.2.1 Engagement d'une démarche qualité dans une perspective d'identification d'objectifs structurants 48
2.2.2 Elaborer des procédures 58
2.2.3 Faire évoluer les comportements 59

CONCLUSION 63

BIBLIOGRAPHIE 65

LISTE DES ANNEXES I

Liste des sigles utilisés

AFNOR :	Agence française de normalisation
AGGIR :	Autonomie gérontologique groupe iso ressource
AMM :	Autorisation de mise sur le marché
ANAES :	Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
ANDEM :	Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale
ANGELIQUE :	Application nationale pour guider une évaluation labellisée interne de qualité pour les usagers des établissements
ARH :	Agence régionale d'hospitalisation
CHSCT :	Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail
CLIC :	Centre local d'information et de coordination
CLIN :	Comité de lutte contre les infections nosocomiales
CME :	Commission médicale d'établissement
CSP :	Code de la santé publique
DDASS :	Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
DGAS :	Direction générale de l'action sociale
DGS :	Direction générale de la santé
DHOS :	Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
GIR :	Groupe iso ressource
HACCP :	Hazard Analysis and Control of Critical Points
HAD :	Hospitalisation à domicile
INSEE :	Institut national de statistiques et d'études économiques
ISO :	International standard organisation
MARTHE :	Mission d'appui à la réforme de la tarification de l'hébergement des personnes âgées
PMSI :	Programme de médicalisation des systèmes d'information
SPI :	Surveillance, prévention et contrôle du risque infectieux
SROS :	Schéma régional d'organisation sanitaire
SSIAD :	Service de soins infirmiers à domicile
VST :	Vigilances sanitaires et sécurité transfusionnelle

INTRODUCTION

Les évolutions successives de l'hôpital local en font aujourd'hui un pivot de proximité en redevenir.

Les hôpitaux locaux étaient des hôpitaux hospices dénommés hôpitaux ruraux quand ils étaient situés en zone rurale. Ainsi, conformément à l'article L.678 aujourd'hui abrogé du Code de la Santé Publique, ils étaient chargés de "pourvoir aux examens de médecine préventive et de diagnostic, aux traitements avec ou sans hospitalisation des malades, blessés, convalescents et femmes enceintes" mais aussi de "pourvoir à l'hébergement des vieillards, infirmes et incurables et de leur assurer le cas échéant les soins nécessaires".

Crée par la loi du 31 décembre 1970, les hôpitaux locaux sont confirmés dans le nouveau classement des établissements hospitaliers découlant de la Loi 91-748 du 31 juillet 1991. Les missions de l'hôpital local sont définies par le Code de la Santé Publique (CSP)[1] à savoir dispenser :

- des soins de courte durée en médecine ;
- des soins de suite ou de réadaptation dans le cadre d'un traitement ou d'une surveillance médicale à des malades requérant des soins continus dans un but de réinsertion ;
- des soins de longue durée, comportant un hébergement, à des personnes n'ayant pas leur autonomie de vie dont l'état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien.

Les hôpitaux locaux participent par ailleurs :

- aux actions de santé publique et aux actions médico-sociales coordonnées ;
- aux actions de médecine préventive et d'éducation pour la santé ;
- aux actions de maintien à domicile, en liaison avec les professionnels de santé locaux.

[1] Article R. 711-6-4 du Code de la Santé Publique

Ces modifications apportées aux différentes appellations successives, se sont traduites par l'évolution des diverses activités mises en œuvre. Ainsi, au fil des années et des différentes mesures de régulation d'une part, et de l'intégration des lits de soins de longue durée au secteur médico-social dans le cadre de la signature des conventions tripartites[2] d'autre part, l'hôpital local a vu diminuer ses activités sanitaires et a peu à peu perdu de sa symbolique car de plus en plus modestement médicalisé.

Aujourd'hui de nouveau on assiste à une véritable renaissance de l'hôpital local et à une redéfinition de ses missions.

Il se trouve au carrefour de nombreuses préoccupations tant en matière de santé publique, d'hospitalisation, de prise en charge médico-sociale ou encore en matière de médecine libérale.

Ainsi, face à l'évolution du vieillissement démographique et à la prévalence des polypathologies chez les sujets âgés, l'hôpital local, même s'il n'a pas une activité exclusivement gériatrique, représente avec les médecins libéraux qui souvent interviennent dans ses murs, une plate-forme essentielle pour guider le patient au sein de la filière gériatrique.

C'est pourquoi, tant au travers de la place réservée à l'hôpital local dans les orientations du SROS[3] de 3ème génération[4], que par la réaffirmation de son rôle de premier niveau de prise en charge sanitaire[5], l'Etat affiche l'ambition de réinvestir dans l'hôpital local, en veillant à ce que celui-ci puisse disposer d'une offre de soins complète en première intention (moyens d'hospitalisation en médecine, soins de suite, soins de longue durée, consultations et soins externes programmés ou non).

---

[2] Loi n°97-60 du 24 janvier 1997 tendant, dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance.

[3] Schéma Régional d'Organisation Sanitaire

[4] Circulaire n°101/DHOS/O/2004 du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des SROS de troisième génération

[5] Circulaire DHOS/DGAS/O3/AVIE/n°2003/257 du 28 mai 2003 relative aux missions de l'hôpital local

Cependant l'hôpital local, afin de pouvoir s'inscrire favorablement dans ce renouveau, se doit d'adapter ses procédures à la hauteur de ses ambitions, et l'engagement dans une démarche qualité et une gestion des risques semble représenter une opportunité importante dans cette évolution, voire cette révolution.

L'hôpital local, dont la mission principale est une fonction de proximité, doit, conformément aux orientations en cours des SROS de 3ème génération, appréhender les besoins de la population de son territoire de référence.

L'hôpital local, implanté majoritairement en zone rurale, constitue le premier maillon des soins hospitaliers de proximité pour les patients gériatriques. Il intervient à tous les niveaux de la filière de soins gériatriques, en amont par des actions de prévention, au niveau central par une prise en charge de qualité tant du point de vue sanitaire que du point de vue médico-social, mais aussi en aval par un accueil de proximité suite à une hospitalisation dans un service de spécialité. Il contribue à maintenir une relation entre l'hôpital et médecin traitant autour de la personne âgée, relation facilitée du fait que ce sont des médecins généralistes libéraux qui interviennent au sein de l'établissement.

L'hôpital local représente donc une articulation primordiale de la filière gériatrique puisqu'il est tantôt l'initiateur, tantôt le partenaire du parcours de santé de la personne âgée fragilisée.

A ce titre, la notion de qualité à l'hôpital local se doit d'être déclinée non seulement dans le cadre de la distribution des soins en interne, mais aussi en terme d'adaptabilité au besoin des personnes âgées à leur sortie des structures hospitalières environnantes, ou encore dans les choix des orientations offertes à partir de la structure, et enfin dans la mise en place de services complémentaires (H.A.D.[6], S.S.I.A.D.[7], accueil de jour, accueil temporaire, consultations avancées,…).

L'hôpital local de Beaugency, où j'ai été accueilli durant 9 mois dans le cadre de mon stage de directeur d'établissement sanitaire et social, se trouve à une période

[6] Hospitalisation à domicile

[7] Service de soins infirmiers à domicile

charnière et a entamé une période de réflexion importante afin d'appréhender au mieux les échéances à venir que sont la réécriture d'un projet d'établissement, le conventionnement avec le Conseil Général du Loiret et la Direction Départementale des Affaires Sanitaires & Sociales (DDASS) du Loiret pour ses activités médico-sociales, et enfin la préparation de la visite d'accréditation prévue en mars 2005.

Comment faire en sorte que l'approche d'une démarche qualité et d'une gestion des risques, appréhendée à priori comme une contrainte réglementaire, représente finalement un levier important pour favoriser à l'hôpital local la conduite d'une réflexion institutionnelle lui permettant d'engager le changement ?

Quelle est l'implication du directeur dans cette évolution ?

L'étude des caractéristiques relatives à une démarche qualité et à une gestion des risques permet dans un premier temps de mieux cerner leurs conséquences sur le changement (chapitre 1). Ensuite une présentation de la situation de l'hôpital local de Beaugency représente un préalable indispensable à l'exposé des mesures mises en œuvre et des préconisations avancées (chapitre 2).

CHAPITRE 1 LES CARACTERISTIQUES D'UNE DEMARCHE QUALITE ET DE LA GESTION DES RISQUES, LEURS CONSEQUENCES SUR LE CHANGEMENT DANS UN ETABLISSEMENT DE SANTE

Les approches d'une démarche qualité et d'une gestion des risques sont intimement liées.

Le contexte sociétal extrêmement mouvant, et plus particulièrement celui relatif au secteur de la santé, tend vers l'exigence d'un niveau de qualité minimum et d'une gestion de l'ensemble des risques potentiels.

Cette exigence, où l'usager occupe dans l'organisation une place centrale, nécessite une approche interne transversale et un impératif de se référer à une approche commune et partagée par tous les acteurs.

De même, la finalité de ces approches se concrétise par un objectif commun d'amélioration de la performance qui passe par l'augmentation du taux de satisfaction de l'usager et la garantie d'un niveau de sécurité conforme aux normes.

Il apparaît nécessaire de tenter de définir le concept de démarche qualité et en quoi elle suscite le changement (1) avant de montrer que la gestion des risques représente à la fois un préalable et la concrétisation d'une démarche qualité (2).

1.1 La démarche qualité, condition générale du changement

"Quand j'ai décrété le changement, j'ai mis en œuvre l'immobilisme et je ne sais plus comment l'arrêter"[8]

[8] Edgar FAURE

1.1.1 Son sens

a) Une approche ancienne qui trouve son origine dans le secteur industriel manufacturier

"*Rien n'est plus archaïque que le souci de la qualité. Peut-on imaginer démarche plus ancienne chez l'homme que cette volonté de bien faire, d'être plus performant, d'atteindre plus efficacement sa cible ou ses objectifs ?*"[9]

Le souci de qualité figure parmi les moteurs principaux de l'action de l'homme. En effet, il est important de rappeler que la qualité n'est pas apparue soudainement au travers de l'application de telle norme ou de telle disposition réglementaire, et que nombreux sont les acteurs du système qui ont de tout temps construit leur action sur la recherche permanente de la satisfaction des usagers.

La réflexion qualité trouve sa source dans le secteur industriel manufacturier.

Dans un premier temps, il est apparu judicieux de contrôler le produit fini à sa sortie d'usine afin d'éviter une insatisfaction éventuelle du client et donc les coûts engendrés par un retour en usine pour une remise en conformité et le risque potentiel de perdre ce client.

Dans un second temps, la réflexion s'est poursuivie en constatant que la mise en œuvre de contrôles intermédiaires faciliterait le contrôle final. Du coup, une relation client/fournisseur venait à émerger au sein même de l'entreprise parmi les différents producteurs qui se plaçaient parfois en position de prestataire et parfois en position de bénéficiaire, ceci suivant les différentes étapes du cycle de production. Chaque acteur du système se trouvait donc dans une situation lui permettant de comprendre l'intérêt des différents contrôles et de s'engager dans un processus d'amélioration continue de la qualité ayant pour objectif final l'optimisation de la satisfaction du client. Ce phénomène se traduit pour chaque acteur, à son niveau, par :

---

[9] DUCALET P., LAFORCADE P. - "*Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales*" - Seli Arslam - 2000 - 272 pages – p.9

- La réalisation optimale de son intervention
- La réduction des défauts éventuels du produit
- L'optimisation de la qualité du produit
- La proposition de procédures d'amélioration tant du produit lui-même que de son procédé de fabrication.

L'aboutissement de cette réflexion a permis d'évoluer d'un souci d'évitement de l'insatisfaction du client à une volonté de recherche permanente d'accroître la satisfaction du client[10].

b) Un contexte propice à une approche qualité dans les établissements de santé

L'activité même des établissements de santé qui consistent à prendre en charge des personnes fragilisées et vulnérables, suscite un questionnement éthique et une réflexion permanente quant aux modalités de cette prise en charge.

Le développement récent de nombreuses normes traduit une exigence de sécurité et de conformité croissante.

L'action sanitaire et sociale bénéficie d'un financement fortement socialisé. Le poids de ce financement étant en constante évolution, une préoccupation majeure des pouvoirs publics est la maîtrise des dépenses de ce secteur dans la recherche d'une optimisation des moyens consacrés.

De même, il est constaté une demande sociétale croissante quant aux preuves de l'efficacité des actions menées. Selon Pierre DUCALET et Michel LAFORCADE, "*L'usager standardisé soumis à la logique d'une prise en charge, qu'il considère encore trop souvent aveugle et sourde à ses attentes devient dès lors un usager unique et original, client d'une offre de service dont il attend adéquation, lisibilité et résultats*."[11]

---

[10] RAYMOND J.L, JEZEQUEL N., DE HARO A., - *"Donner du sens à la qualité dans un établissement de santé"* - Les études hospitalières – 2001 – 280 pages

[11] DUCALET P., LAFORCADE P. - "*Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales"* - Seli Arslam - 2000 - 272 pages – p.11

Ainsi, le statut du patient possède plusieurs facettes : usager, citoyen et consumériste, ce qui nécessite une prise en charge de plus en plus individualisée.

Cette évolution est aussi constatée au travers de la forte médiatisation des dysfonctionnements constatés et des actions judiciaires impliquant les professionnels du monde de la santé.

c) Des spécificités propres au secteur de la santé

Le secteur de l'action sanitaire et sociale comprend de nombreuses particularités qui le différencient du secteur industriel et qui influent sur l'évolution de la démarche qualité dans les établissements de santé :

- Il n'existe pas de concurrence directe entre les différents établissements au sens de la théorie néoclassique de PARETO & WALRAS
- Une asymétrie d'information prégnante caractérise les relations entre les différents acteurs du secteur (soignant/soigné, établissement/autorité de planification, gestionnaire/équipe médicale) ce qui n'est pas sans effet sur la répartition des pouvoirs de décision
- Ce déficit en terme de partage de l'information entraîne des échanges qui ne sont pas optimum[12]
- L'établissement, en tant que producteur de soins, et plus particulièrement l'hôpital public, n'est pas maître de ses missions. Il répond à une commande publique
- Le patient pris en charge n'est pas un client "traditionnel" puisqu'il ne choisit pas d'être malade. C'est un usager "captif" qui contrairement au client, n'a que rarement un statut lui permettant d'imposer la qualité[13].

Le système de santé, et plus particulièrement le fonctionnement de ses établissements est basé sur des pratiques routinières et tend vers un système de

[12] FARGEON V. - *"La relation d'agence"* - cours dispensé dans le cadre du DESS santé, protection sociale et vieillissement - Grenoble - février 2004

[13] SAVIGNAT P. - *"l'évaluation des établissements sanitaires et sociaux"* - cours dispensé dans le cadre du DESS santé, protection sociale et vieillissement - Grenoble - juin 2004

"bureaucratie à la française" tel que développé par Michel CROZIER[14]. Ce modèle comporte quatre traits principaux :

- Une réglementation impersonnelle très détaillée s'appliquant aux acteurs
- Une centralisation très poussée du pouvoir de décision éloignant les décideurs des acteurs
- Une stratification des acteurs, cause d'un cloisonnement fort entre les différents groupes
- Le développement de pouvoirs parallèles autour de zones d'incertitude non codifiées dans l'organigramme et les prescriptions formelles.

Cette dérive fait qu'à certains moments et dans certains lieux, on oublie le souci de qualité car on oublie la cible et les objectifs principaux de l'action. Ce phénomène est d'autant plus accentué par une pensée dominante qui a longtemps habité une majorité de professionnels de la santé : il serait impossible d'objectiver la qualité des prises en charges sanitaires et sociales tant le travail sur l'humain est complexe et spécifique et donc interdisant toute simplification évaluative.

Une définition précise et un rappel constant des objectifs de son action apparaît d'emblée comme primordiale dans la quête de qualité. En effet, une action menée afin de répondre à un besoin mal identifié ne pourra que se révéler insatisfaisante.

Ainsi une démarche qualité passe par une interrogation permanente quant à son action, le pourquoi de celle-ci, et la méthode utilisée pour y parvenir. Seule une réflexion permet de redéfinir les valeurs fondatrices de l'institution et de lutter contre les pratiques reposant exclusivement sur l'habitude.

d) Des réflexions préalables indispensables à la pertinence d'une démarche qualité

Philippe DUCALET et Michel LAFORCADE dénoncent le fait que trop longtemps les établissements ont construit leurs politiques dans un but unique : l'approbation de leurs budgets[15]. Or la recherche de qualité consiste à trouver des solutions face à des

[14] CROZIER M., FRIEDBERG E. - *"L'acteur et le système"* - Seuil - 1977 - 500 pages

[15] DUCALET P., LAFORCADE P. - "*Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales"* - Seli Arslam - 2000 - 272 pages

problèmes sanitaires et sociaux, des services à rendre à la population. Le financement, bien qu'important, ne doit être qu'un moyen de mettre en œuvre les politiques définies pour faire face à ces besoins.

Dès lors, il apparaît essentiel de s'interroger sur la nature et l'étendue de la mission de l'établissement dans lequel on souhaite engager une démarche qualité.

Si le versant curatif de l'activité des établissements apparaît bien clairement dans l'esprit des professionnels, la mission de prévention et la mission sociale sont souvent occultées. Or, il est reconnu que les déterminants économiques, sociaux, culturels, environnementaux et psychologiques ont des incidences non négligeables sur la santé.

Claude BERAUD[16], dans son rapport de 1992, a dénoncé "*l'amélioration de la santé de la population dépend certainement moins du développement des activités médicales et d'un accroissement des ressources attribuées par la collectivité au système de soins que la prise en compte des facteurs sociaux, culturels, physiques, économiques et psychologiques qui sont à l'origine de stress, de conditions de vie et de travail très inégales dans les divers groupes sociaux mais, à des degrés divers, dangereuses pour la santé, et de comportements qui accroissent la morbidité et la mortalité*".

L'exigence actuelle de redonner une place centrale au patient au sein du système de santé, nécessite que ce patient soit pris en charge dans sa globalité, et que cette prise en charge possède des qualités d'adaptation pour faire face d'une part à la diversité des patients potentiels, et d'autre part aux évolutions de chaque patient.

Si la redéfinition des missions de la structure est un préalable nécessaire, elle n'est pas suffisante. Une réflexion relative aux besoins des populations doit être menée pour s'assurer de l'adéquation de l'offre par rapport à la demande, mais aussi pour définir la teneur de cette demande.

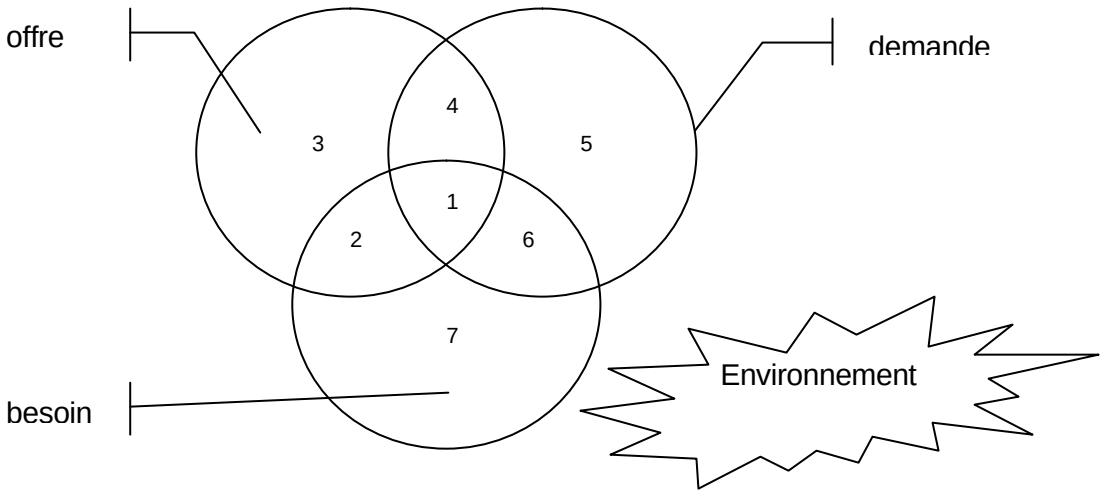
Or il apparaît que les besoins divergent suivant le prisme propre à chaque population : usager, professionnel, pouvoirs publics.

---

[16] BERAUD C. – "*La sécu c'est bien, en abuser ça craint"* – Rapport rédigé à la demande de la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés – 1992 – cité par LETEURTRE H., PATRELLE I., QUARANTA J.F., RONZIERE N. - "*La qualité hospitalière" - Berger Levrault - 1999 - 434 pages p.16*

La quête de qualité va consister à faire converger les zones de besoins (prestations souhaitables), les zones de demande (prestations souhaitées) et les zones d'offre (prestations disponibles) dans le cadre d'un territoire propre à un établissement (figure ci dessous zone 1), :

Schéma de représentation des interventions sanitaires et sociales[17]



L'analyse des besoins qui conduira à positionner l'action de l'établissement en dehors de la zone 1 du schéma, dite zone de qualité maîtrisée, devra conduire cette structure à une réflexion en terme légitimité de son intervention.

Enfin, une étude globale des contraintes avec lesquelles l'établissement devra évoluer est indispensable afin de ne pas risquer un échec lors de la mise en œuvre de sa démarche qualité.

Cette analyse devra porter principalement sur les différents groupes homogènes que constituent les acteurs de la structure et sur leurs logiques respectives. La démarche

[17] DUCALET P., LAFORCADE P. - "*Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales*" - Seli Arslam - 2000 - 272 pages – p.53

qualité aura pour but de faire se rejoindre l'intérêt collectif, objet principal de la démarche, et les satisfactions individuelles des acteurs de cette démarche.

Il apparaît ainsi que la quête de qualité concerne des aspects techniques relatifs à la réalisation d'une prestation qui réponde aux attentes du bénéficiaire, et des aspects humains relatifs au besoin de reconnaissance des prestataires, gage de leur implication et de leur motivation.

1.1.2 Son contenu

a) Un cadre légal et réglementaire

Les lois successives portant réforme hospitalière, comme celles relatives au domaine social et médico-social indiquent une volonté croissante d'amélioration de la qualité des prestations produites.

Dès la loi du 31 décembre 1970[18], obligation est faite aux établissements de mettre en œuvre une politique de qualité dans le domaine de la sécurité.

La loi du 31 juillet 1991[19] consacre le droit de se voir dispenser des soins de qualité dans le cadre d'une prise en charge globale du malade notamment au travers de la mise en place d'une "*politique d'évaluation des pratiques professionnelles, de l'organisation des soins et de toute action concourant à la prise en charge globale du patient*". Elle instaure l'obligation pour tout chef de service d'établir un rapport dactivité tous les 2 ans qui comporte notamment une évaluation de la qualité des soins dispensés. Une évolution de la planification sous un angle qualitatif est instaurée avec la mise en place des SROS.

[18] Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière

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

L'ordonnance du 24 avril 1996[20], afin d'inciter les établissements de santé à s'engager dans des procédures d'évaluation et d'accréditation destinées à améliorer la qualité de l'offre hospitalière, a créé l'ANAES[21], qui remplace l'ANDEM[22] (crée en 1989).

La qualité et la sécurité des soins sont dorénavant des exigences prises en compte dans le cadre de la contractualisation des établissements de santé avec les ARH. Ces exigences reposent sur trois thèmes principaux qui sont : l'obligation du respect des droits des patients, la mise en place d'une procédure d'évaluation externe de la qualité pour les établissements de santé : l'accréditation, et le développement d'actions d'évaluations des soins s'appuyant sur les bonnes pratiques cliniques validées par l'ANAES.

Pour accomplir sa mission d'évaluation externe, L'ANAES a élaboré des référentiels d'accréditation (10), qui visent à s'assurer pour chaque établissement de santé que les conditions de sécurité et de qualité des soins sont réunies et à apprécier la capacité à améliorer de façon continue la prise en charge globale du patient. Ils se rapportent à trois grands pôles :

- Le patient et sa prise en charge
- Management et gestion au service du patient
- Qualité et prévention

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits du malade et à la qualité du système de santé, réaffirme l'orientation prioritaire du système vers la qualité en affinant les droits relatifs à l'information du malade et à son implication dans son projet de soins.

Dans le secteur médico-social, et plus particulièrement celui de la prise en charge des personnes âgées dépendantes qui représente une part importante des lits des établissements de santé, la loi du 24 janvier 1997[23] prévoit qu'aucun établissement ne pourra recevoir des personnes âgées dépendantes s'il n'a pas préalablement signé une convention tripartite avec le Conseil Général d'une part et la DDASS d'autre part. Cette convention définit tant les conditions de fonctionnement financier de l'établissement que

[20] Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée

[21] Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

[22] Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale

[23] Loi n°97-60 du 24 janvier 1997 tendant, dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance.

celles relative à la qualité de la prise en charge des personnes et des types de soins qui leur sont prodigués. De plus, elle précise les objectifs d'évolution de la structure et les modalités d'évaluation. Un arrêté du 26 avril 1999 fixe le cahier des charges de cette convention et énonce les quatre dimensions de la qualité en établissement pour personnes âgées :

- Qualité de vie des résidents dans un objectif de maintien de l'état de santé et d'autonomie sociale, physique et psychique
- Qualité des relations avec les familles et amis des résidents dans un objectif d'information, de participation et de respect de la dignité de la personne
- Qualité des personnels en exercice dans l'établissement dans un objectif de développement des compétences et de la qualification, d'optimisation de l'organisation et d'implication des personnels
- Qualité de l'inscription de l'établissement dans un réseau gérontologique, dans un objectif de complémentarité et de meilleure coordination des acteurs du champ sanitaire et social.

Ce texte sera complété par la parution en 2000 du référentiel d'auto-évaluation ANGELIQUE[24] établi dans le cadre de la mission MARTHE[25], et qui comprend quatre sections :

- Les attentes et satisfactions des résidents et familles
- Les réponses apportées aux résidents en terme d'autonomie, d'accompagnement et de soins
- L'établissement et son environnement
- La démarche qualité

La loi du 2 janvier 2002[26] qui s'applique à l'ensemble du secteur social et médico-social, prône aux établissements un engagement dans une recherche d'amélioration continue de la qualité, et une évaluation de cette dernière.

[24] Application nationale pour guider une évaluation labellisée interne de qualité pour les usagers des établissements

[25] Mission d'appui à la réforme de la tarification de l'hébergement des personnes âgées

[26] Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

b) Des concepts et des principes

L'AFNOR[27] qualifie la qualité comme étant ce qui "*consiste à offrir en permanence aux clients, aux partenaires, aux réseaux, des produits et des services conformes à leurs besoins exprimés ou implicites, donc à leurs attentes, au moindre coût et dans les meilleurs délais*".

La référence ISO[28] n° 8402 donne la définition suivante de la qualité : "*Ensemble de caractéristiques d'une entité qui lui confère l'aptitude à satisfaire des besoins exprimés et implicites".*

Patrice ROUSSEL, enseignant à l'Ecole Nationale de la Santé Publique, définit la qualité comme étant "*le bon produit/service au bon endroit au bon moment pour la bonne personne au meilleur coût*"[29]

Ces définitions mettent en évidence la nécessité d'une adéquation dans un contexte particulier, entre une prestation et un besoin

Il y a donc lieu d'étudier précisément le contenu et le processus de production de la prestation d'une part, la nature du besoin d'autre part et enfin la réelle adéquation entre les deux, ceci à tous les niveaux de la chaîne de production.

L'analyse du contenu et du processus de production de la prestation implique l'existence d'un objectif de départ bien défini et régulièrement suivi, que son élaboration soit le fruit d'une démarche participative des acteurs au quotidien de ce processus, et une évaluation, ce qui nécessite la mise en place d'indicateurs, par rapport à cet objectif, à un référentiel ou à d'autres établissements.

L'attention aux bénéficiaires de la prestation, dénommés clients par l'ANAES[30], est une donnée essentielle à un système qualité où la place centrale de l'usager est une préoccupation majeure. Elle permet de mesurer sa satisfaction et ainsi, d'orienter les

---

[27] Agence française de normalisation

[28] International standard organisation

[29] ROUSSEL P. - "*Le système d'information qualité – risques"* - cours dispensé à l'Ecole Nationale de la Santé Publique - Rennes - juillet 2004

[30] ANAES - "*Principes de mise en œuvre d'une démarche qualité en établissement de santé"* - 2002 - 77 pages

choix stratégiques et d'identifier les éventuels dysfonctionnements des processus, et donc de rechercher des mesures correctives.

A cet effet, il y a lieu de distinguer clairement les différents types de qualité existants selon le point de vue du client ou celui du professionnel :

- La qualité attendue : celle construite par le client face à un besoin
- La qualité perçue/ressentie : celle qu'expérimente le client lors d'une prestation. Elle dépend forcément du niveau de qualité attendue.
- La qualité voulue : celle construite par le professionnel
- La qualité délivrée : celle dont le client est réellement bénéficiaire

L'amélioration continue de la satisfaction des clients implique une mesure régulière des écarts potentiels entre ces différents types de qualité, afin de pouvoir mettre en œuvre des mesures correctives destinées à réduire ces écarts :

- Ecart de conception → différence entre qualité attendue et qualité voulue
- Ecart de délivrance → différence entre qualité voulue et qualité délivrée
- Ecart de perception → différence entre qualité délivrée et qualité vécue
- Ecart de satisfaction → différence entre qualité vécue et qualité attendue

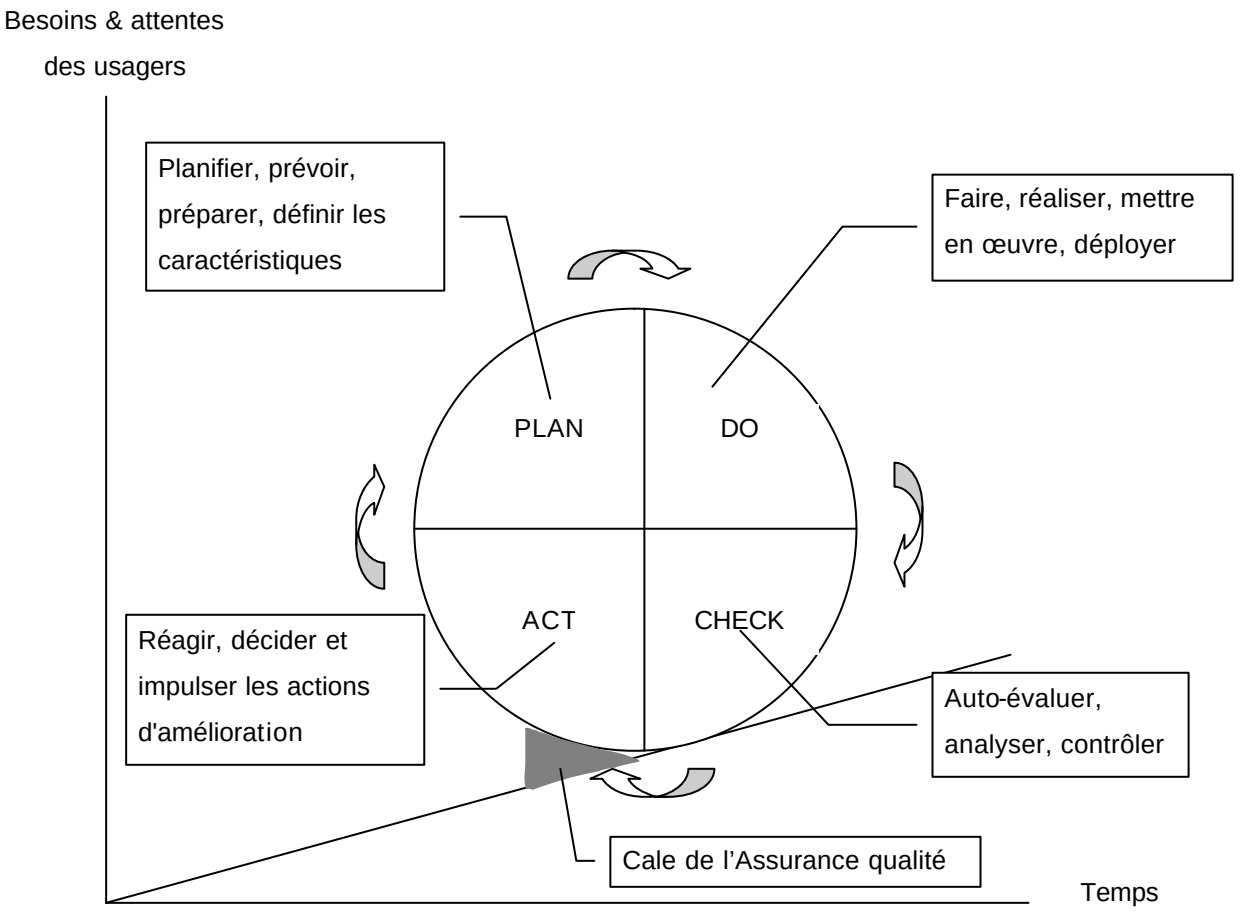
La qualité ainsi approchée met en évidence une caractéristique subjective quant à sa perception. En effet, le degré de satisfaction est largement influencé par l'expérience antérieure, les habitudes de vie et les valeurs personnelles de référence. Ainsi, la qualité revêt non seulement une notion de conformité des processus de production, mais aussi une forme de personnalisation de la prestation face aux désirs et aux attentes propres à chaque client.

Cependant, la qualité dans un établissement de santé, ne peut, compte tenu d'une nécessaire maîtrise des dépenses, avoir l'ambition de répondre à tous les types de besoin. Une répartition cohérente de l'offre et une mutualisation des moyens représentent des gages de qualité.

L'ambition de la qualité dans les établissements de santé consisterait ainsi plus dans une évolution des modalités de l'offre hospitalière que dans une modification de cette offre.

De la sorte, la qualité hospitalière pourrait être définie comme étant "*l'ensemble des caractéristiques évaluables qui confèrent au processus de production des produits intermédiaires ou finaux et de prestations de services intermédiaires ou finaux hospitaliers l'aptitude à satisfaire les besoins exprimés ou implicites de soins et qui satisfont effectivement le malade*"[31]

Une amélioration continue de la qualité engendre forcément l'idée d'évaluation. Cependant, l'évaluation n'est à aucun moment une finalité, il s'agit simplement d'un outil au service de la qualité. L'évaluation est nécessaire pour constater un état initial à partir duquel une démarche qualité va être engagée, qui elle même va être évaluée après mise en œuvre. On obtient ainsi les quatre étapes caractérisant une démarche qualité, mis en évidence par les travaux de W.E. DEMING qui ont conduit à la célèbre "roue de DEMING" ou PDCA (Plan, Do, Check, Act), censée représenter le progrès permanent :



Roue de DEMING

[31] LETEURTRE H., PATRELLE I., QUARANTA J.F., RONZIERE N. - "*La qualité hospitalière*" - Berger Levrault - 1999 - 434 pages – p.15

1.1.3 Les conditions de mise en œuvre

a) L'élaboration d'une stratégie propre à l'établissement

P. DUCALET et M. LAFORCADE qualifient la qualité comme étant "*tout à la fois un idéal destiné à inspirer confiance, un enjeu de société, une valeur distinctive. Elle est aussi un compromis social au sein de l'organisation et une dynamique possible pour retrouver le sens, la cohérence et l'usager*"[32].

Cette dimension de la qualité met en évidence la nécessité de procéder à une analyse des forces et faiblesses internes et à l'étude des menaces et des opportunités externes propres à l'environnement de la structure. Cette phase est un préalable indispensable afin de définir de manière concertée un diagnostic de l'établissement compte tenu de ses valeurs et de ses missions, et les actions à mener afin d'atteindre un objectif donné.

Il est à noter que cette étape est en tous points similaire à celle utilisée lors de l'élaboration d'une stratégie de projet d'établissement. La politique qualité représente une réelle opportunité de mener une approche transversale de l'établissement susceptible de décloisonner les différents secteurs d'activité, et de définir des objectifs communs structurants.

La définition d'une politique claire permet de démontrer l'intérêt de la démarche pour tous les acteurs, en donnant un sens à l'action partagée par tous, en mettant en exergue l'importance du rôle de chacun, donc en fédérant autour d'un projet commun.

Si cette action a pour finalité une amélioration de la qualité de la prise en charge des usagers, elle permettra aussi aux professionnels d'avoir un comportement prévisible et stable, donc de se sentir plus sécurisés mais aussi de bénéficier d'une reconnaissance accrue tant de la part de l'institution que de la part des clients.

---

[32] DUCALET P., LAFORCADE P. - "*Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales*" - Seli Arslam - 2000 - 272 pages – p. 98

Selon la spécificité propre à chaque établissement, et compte tenu des changements structurels, organisationnels et culturels souhaités, l'ANAES a développé plusieurs approches stratégiques différenciées par le rythme de développement de la démarche d'une part, et les leviers utilisés pour développer la qualité d'autre part[33] :

- Une démarche étendue à l'ensemble de l'établissement propice à une évolution culturelle forte et rapide ainsi qu'à une cohérence entre les actions conduites. Cette stratégie est celle des établissements développant une politique qualité dans le cadre de la procédure d'accréditation.

- Un développement progressif à partir d'expériences sectorisées permettant de concentrer la démarche sur des actions spectaculaires susceptibles de susciter l'envie mais avec le risque de rendre diffus le sens initial de la démarche.

Cependant, dans tous les cas, la stratégie choisie doit être connue de tous, les méthodes employées doivent intégrer une dimension transversale, pluridisciplinaire et d'évaluation afin d'avoir un effet sur la culture, des structures de pilotage et de coordination doivent être développées et une communication autour de la démarche doit être conduite.

b) Une démarche qui génère le changement

S'il est vrai que l'engagement d'un établissement de santé dans une démarche qualité semble reposer sur une contrainte normative externe, celle-ci n'est jamais suffisante. Une volonté managériale ferme et claire affichée par la direction est indispensable pour accompagner cette évolution. A ce titre, l'accréditation peut représenter un moyen susceptible d'induire le changement, car "*elle légitime et autorise la mise en place d'une démarche difficile à faire naitre de l'intérieur*"[34]. C'est alors grâce à

[33] ANAES - "*Principes de mise en œuvre d'une démarche qualité en établissement de santé*" - 2002 - 77 pages

[34] BOIX A.M. - "*L'accréditation hospitalière, quel impact sur la culture et le management des établissements de santé ?*" - l'Harmattan – 2003 - 197 pages – p. 140

cette démarche que pourra se développer une culture interne fédératrice pour tous les acteurs autour d'une politique qualité pérenne.

Pour atteindre cet objectif, la prise en compte de l'ensemble des personnels est un préalable fondamental, susceptible de modifier le mode de management des dirigeants de la structure. En effet, au travers des différents outils mis en œuvre dans une démarche qualité, il apparaît que sans l'adhésion et l'implication des acteurs, la démarche est vouée à l'échec, d'où l'importance du leadership et d'une démarche participative soulignée par l'ANAES dans "Principes de mises en œuvre d'une démarche qualité en établissement de santé"[35].

La mise en place d'une structure dédiée est nécessaire.

Suivant l'importance de l'établissement, elle pourra varier, mais dans tous les cas, un comité de pilotage à vocation politique et stratégique chargé de déterminer ou de valider les orientations de la politique qualité doit être mis en place dès l'engagement dans la démarche. Il est constitué de la direction de l'établissement et de représentants des instances décisionnelles et consultatives.

Une structure à vocation opérationnelle, que l'on peut dénommer cellule qualité est plus particulièrement chargée de la coordination de la démarche, et du soutien méthodologique. Elle est composée du responsable qualité, des référents qualité et du consultant le cas échéant.

Enfin, des groupes sont constitués ayant pour mission dans un premier temps l'auto-évaluation, puis, lors de la réalisation du plan d'amèlioration de la qualité, l'élaboration de propositions relatives à des objectifs fixés par le comité de pilotage.

Philippe DUCALETet Michel LAFORCADE qualifie l'auto-évaluation comme *"un mode de dialogue avec le réel"*[36].

En effet, cette démarche permet à chacun des acteurs d'une structure de s'interroger sur la pertinence, l'efficacité, la conformité et les effets de son action, et de l'articulation de cette dernière au sein de l'action collective. Elle suscite immanquablement des réflexions éthiques sur le sens des pratiques professionnelles et remet parfois en cause des routines. Elle souligne les accommodements, les aménagements et les dérives

---

[35] ANAES - "*Principes de mise en œuvre d'une démarche qualité en établissement de santé"* - 2002 - 77 pages

[36] DUCALET P., LAFORCADE P. - "*Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales"* - Seli Arslam - 2000 - 272 pages – p. 109

qui se construisent avec le temps. Enfin, elle questionne sur les évidences et les habitudes.

Ces interrogations favorisent l'identification de variations entre les pratiques des professionnels au niveau interne, la comparaison avec d'autres établissements et la mesure d'écarts par rapport aux normes.

Mais l'auto-évaluation est aussi génératrice de reconnaissance car elle permet à posteriori de valoriser des compétences tant sur le plan individuel que sur le plan collectif. De la sorte, si l'auto-évaluation a pour objectif d'identifier des dysfonctionnements, elle a aussi pour but de mettre en évidence les pratiques de qualité, ce qui permet aux professionnels de satisfaire leur quête de reconnaissance.

Dans le cadre de l'accréditation hospitalière, l'auto-évaluation est réalisée par des groupes constitués de professionnels. Ces groupes doivent posséder un caractère multi professionnel, être médicalisés et comprendre tous les niveaux hiérarchiques afin de prendre en compte la relation prestataire-client, l'intervention potentielle de prestataires externes et la participation de l'usager[37].

Parmi les intérêts de ces groupes pluridisciplinaires transversaux apparaît d'emblée celui qui devrait contribuer à tendre vers un décloisonnement des différents services de l'hôpital grâce à une connaissance améliorée de l'organisation de la structure. Ce dialogue permet une meilleure compréhension mutuelle entre les différents champs professionnels et par là même une amélioration de l'adéquation des activités de chacun autour du bénéficiaire. En ce sens, l'auto-évaluation oblige à *"construire collectivement des savoirs qui n'étaient pas jusqu'alors constitués en tant que tels, car pris dans les mailles de l'implicite, du non-dit, du secret, de la connaissance tacite"*[38].

L'auto-évaluation a aussi pour intérêt de provoquer une réflexion quant aux valeurs autour desquelles l'action tant individuelle que collective doit être fondée. A ce titre, l'auto-évaluation a un rôle fédérateur qui consiste à déterminer ensemble les priorités de l'établissement, par rapport à des normes certes, mais aussi par rapport à ce qui lui semble être du ressort de l'inadmissible, du service normal, et de la prestation idéale vers laquelle il faut tendre.

---

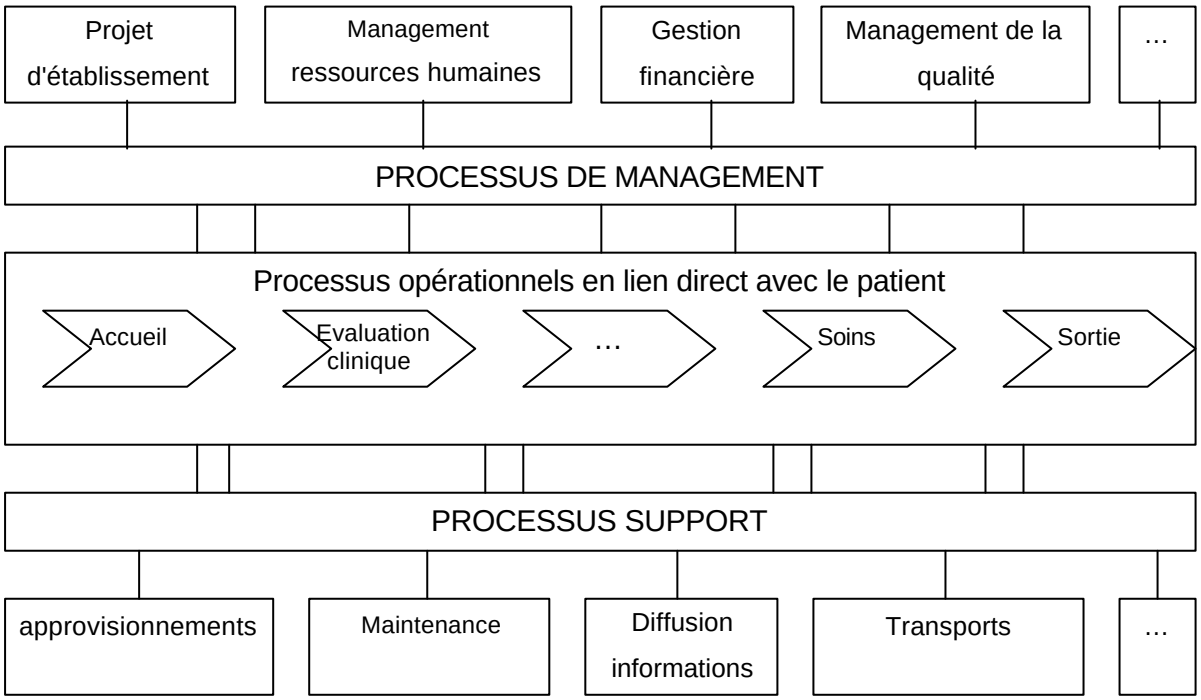
[37] ANAES - "*Préparer et conduire votre démarche d'accréditation, guide pratique"* - 2002 - 137 pages

[38] BOIX A.M. - "*L'accréditation hospitalière, quel impact sur la culture et le management des établissements de santé ?"* - l'Harmattan – 2003 - 197 pages – p.174

La synthèse de ces réflexions permet de dégager de manière concertée les points forts de l'établissement et les points à améliorer, ce qui constitue la première étape d'une démarche qualité.

La multiplication et la complexité des composantes entrant dans l'élaboration d'une prestation et l'augmentation du niveau d'exigence relatif à sa fiabilité justifient une analyse des processus existant dans les établissements. En effet, il est démontré que l'incidence d'une erreur, si petite soit elle, est proportionnelle à la complexité du processus.

L'approche des processus dans un hôpital permet d'identifier différents types de processus :



Représentation schématique des processus d'un établissement de santé[39]

[39] ANAES - "*Principes de mise en œuvre d'une démarche qualité en établissement de santé*" - 2002 - 77 pages

L'analyse des processus, tout comme l'auto-évaluation, posséde une visée pédagogique à l'intention des professionnels. Elle permet d'illustrer la position centrale du patient, ainsi que la notion de parcours de soin. De même, elle met en evidence les nombreuses interactions existantes entre les différents processus, et illustre les différentes contributions de chacun dans l'activité de l'établissement et dans la poursuite du principal objectif que représente la production d'un service répondant aux besoins, attentes et exigences du bénéficiaire. Ce dernier est toujours en finalité le patient, mais l'analyse des processus démontre que chaque professionnel est tour à tour client et fournisseur.

Cette étape permet aussi d'identifier et d'appréhender des dysfonctionnements d'une façon différente. Une implication des acteurs est indispensable dans cette phase de décomposition de leur activité. Cependant, pour que cette démarche aboutisse, il est fondamental d'instaurer un climat de confiance en expliquant clairement que l'objectif est la compréhension et l'analyse des événements, et non pas une recherche de faute ou d'erreur individuelle. C'est à cette condition, que les processus existants pourront être analysés, critiqués et adaptés objectivement, et que les dysfonctionnements éventuels au regard d'une norme ou de l'expression des usagers pourront être solutionnés. La valorisation des professionnels se trouve renforcée par la reconnaissance d'une capacité à solutionner les problèmes et à prendre en compte les évolutions permanentes liées à la prise en charge des patients.

L'analyse des processus et de leurs articulations améliore considérablement la lisibilité organisationnelle d'une structure. A ce titre, elle génére un sentiment sécurisant pour les professionnels au travers de comportements plus prévisibles et stables

La prise en compte des besoins et de la satisfaction des patients est le fondement d'une démarche d'amélioration continue de la qualité. Cependant, cette donnée n'est pas encore formalisée dans tous les établissements, ce qui induit une perception relativement subjective. La mise en œuvre d'une démarche qualité a pour objectif, comme nous l'avons expliqué précédemment, de répondre de manière continue aux besoins et attentes des usagers. Il est donc indispensable d'évaluer ces besoins et de mesurer le degré de satisfaction atteint et ce, de façon formalisée et transparente.

Les outils à la disposition de l'hôpital sont principalement l'enquête de satisfaction et la gestion des plaintes. L'enquête de satisfaction permet à la structure de vérifier si elle

a atteint ses objectifs, et de faire des comparatifs dans le temps. Ainsi, toute variation importante doit déclencher une recherche systématique d'explication.

Une plainte engendrée par un dysfonctionnement nécessite une instruction et un suivi particulier. La diminution du nombre de plaintes pourra être un indicateur légitimant l'amélioration continue de la qualité et la nécessité d'évoluer d'un mode réactif à un mode anticipatif.

L'utilisation de ces différents outils, si leur mise en œuvre est accompagnée d'une bonne communication quant aux objectifs fixés, va pouvoir réellement faire évoluer la culture des professionnels. En faisant prendre conscience des différences entre qualité voulue, qualité ressentie, qualité réalisée et qualité attendue, elle met en évidence l'importance de la perception externe de l'activité de l'établissement, et représente un levier possible de décision.

1.2 La gestion des risques : expression pratique de la démarche de qualité et obligations réglementaires

La sécurité représente une composante importante dans la mise en œuvre d'une démarche d'amélioration continue de la qualité.

Depuis plusieurs années, et plus particulièrement depuis les récentes crises sanitaires qu'à connu la France, les établissements de santé ont du répondre à des normes sanitaires en augmentation constante. Le développement des techniques médicales, une recherche systématique de responsabilité qui s'est traduite par une augmentation de la sinistralité chez les assureurs[40] ont conduit les pouvoirs publics à contraindre les établissements à développer une politique de gestion des risques.

Cette dernière, partie intégrante d'une politique de qualité, peut en être une porte d'entrée en s'appuyant sur une logique basée sur la conformité.

1.2.1 Les champs obligatoires de mise en œuvre

Les nombreuses composantes intervenant dans l'activité d'un établissement de santé en font un système complexe. Sa finalité est d'apporter un bénéfice au patient, bénéfice qui justifie l'action réalisée. Cependant, comme pour toute action, l'hôpital génère des effets négatifs qui constituent un risque.

Ce risque peut concerner les patients, mais aussi les professionnels ou les visiteurs. De même, l'activité de l'hôpital est à même d'engendrer un risque pour l'extérieur, le problème du traitement des déchets en est un parfait exemple. Enfin, l'hôpital est susceptible de subir un risque extérieur qu'il doit être en mesure d'anticiper, le plan bleu illustre cette situation.

---

[40] POULLAIN I. - LESPY F.- "*Gestion des risques, guide pratique à l'usage des cadres de santé"* - Lamarre - 2002 - 139 pages

Face à la complexité croissante des menaces sanitaires, à l'incertitude propre à l'exercice de la médecine et à l'exigence du citoyen d'un droit à la santé, à la sécurité et à l'information[41], la sécurité sanitaire fait l'objet d'une normalisation croissante.

L'ordonnance du 24 avril 1996[42] a inscrit la qualité et la sécurité parmi ses exigences au travers de la démarche d'accréditation : les référentiels de l'ANAES évaluent les dispositifs existants en matière de vigilance et de sécurité transfusionnelle, de prévention et de surveillance des infections nosocomiales mais aussi la politique de qualité et de prévention des risques.

La loi du 1er juillet 1998[43] a mis en place un système de veille et a renforcé le dispositif de sécurité sanitaire dont les missions sont : anticiper, surveiller, alerter, agir et évaluer. Ce dispositif fixe un schéma national dont le pivot est la Direction Générale de la Santé (DGS), il repose sur des agences spécialisées et englobe tous les établissements et professionnels de santé ainsi que les usagers. Il coordonne les différentes vigilances sanitaires destinées à améliorer la sécurité des populations et des utilisateurs vis-à-vis des produits de santé telles :

- L'hémovigilance relative à la sécurité d'utilisation des produits sanguins labiles
- La biovigilance relative à la sécurité d'utilisation des organes, tissus, cellules, produits de thérapie cellulaire et génique.
- La pharmacovigilance relative à la sécurité d'utilisation des médicaments
- La matériovigilance relative à la sécurité d'utilisation des dispositifs médicaux
- La réactovigilance relative à la sécurité d'utilisation des réactifs

Afin de pouvoir s'intégrer dans ce dispositif ou la circulation de l'information est tant ascendante que descendante, les établissements de santé se doivent de prendre en

---

[41] POULLAIN I. - LESPY F.- "*Gestion des risques, guide pratique à l'usage des cadres de santé"* - Lamarre - 2002 - 139 pages

[42] Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée

[43] Loi n°98-535 du 1er juillet 1998 relative au renforcement de la veille sanitaire et du contrôle de la sécurité sanitaire des produits destinés à l'homme

compte certains éléments de type stratégique, qui ne sont pas sans incidence sur les pratiques professionnelles habituelles et donc sur la culture de l'hôpital :

- La déclaration obligatoire des effets indésirables graves ou inattendus
- La traçabilité de certains produits
- La mise en place des procédures de gestion de l'alerte et des risques

Un décret en 2001[44] et sa circulaire d'application en 2002[45] ont fixé les obligations s'imposant à chaque chef d'établissement quant à l'évaluation et la prévention des risques professionnels. Cet inventaire doit être mis à jour au moins une fois par an, et à chaque modification des conditions d'hygiène et de sécurité ou des conditions de travail, ou quand une information supplémentaire concernant l'évaluation d'un risque est révélée. Ce recensement est formalisé au travers de l'élaboration d'un document unique, gage de cohérence, de commodité et de traçabilité.

Enfin, la loi du 4 mars 2002[46] a réaffirmé les droits individuels et collectifs du patient en renforçant notamment la sécurité par la garantie des compétences des professionnels et la qualité de l'organisation des soins. Elle prévoit les modalités de réparation des risques sanitaires et impose pour tout professionnel ou établissement de santé "*ayant constaté ou suspecté la survenue d'un accident médical, d'une affection iatrogène ou d'un événement indésirable associé à un produit de santé d'en faire la déclaration à l'autorité administrative compétente*".

La DHOS édite, à la demande de l'ANAES, un document[47] régulièrement mis à jour, afin d'aider les experts visiteurs lors des visites d'accréditation. Ce document, qui recense l'ensemble des textes juridiques opposables aux établissements de santé,

---

[44] Décret n°2001-1016 du 5 novembre 2001 portant création d'un document relatif à l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs

[45] Circulaire DRT n°6 du 18 avril 2002

[46] Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

[47] DHOS - "*La sécurité sanitaire dans les établissements de santé, réglementation applicable"* - version n°4 - février 2004 - www.sante.gouv.fr

permet à ces derniers de disposer d'une référence commune. Il est élaboré sous la forme de fiches techniques regroupées par thèmes :

- La sécurité d'utilisation des produits et vigilance
- La gestion du risque infectieux
- L'activité de soins
- La sécurité des personnes et des locaux
- La sécurité alimentaire
- Les fluides
- La gestion des déchets

1.2.2 La diversité des règles et pratiques

Face à l'étendue du champ d'application de la gestion des risques à l'hôpital, les outils et les méthodes du directeur d'établissement sont nombreux et variés. Ils sont bien souvent communs à ceux utilisés en démarche qualité.

Afin de s'assurer de la pertinence d'une analyse de risques, il convient de les utiliser de façon complémentaire. En effet, comme l'a identifié James REASON (principe des plaques à trous schématisant l'analyse systémique d'un accident), un accident est rarement du à l'unique cause visible. Il est le fruit d'une conjugaison de défaillances relevant de la conception et de l'organisation du système, susceptibles d'entraîner un fonctionnement en mode dégradé et des actes risqués de la part des professionnels, et de l'application de procédures de contrôle inefficaces[48].

Les principaux outils existants peuvent être classés suivant la nature du risque analysé (risque connu, potentiel ou réalisé), le type de stratégie utilisée (active ou

[48] AMALBERTI R., PIBAROT Dr M.L. - "*La sécurité du patient revisitée avec un regard systémique"* - Gestion hospitalières - janvier 2003 N° 422 - pp 18 à 25

passive) et enfin la phase de la démarche dans laquelle on se situe (l'identification des risques, l'évaluation des risques, le plan d'action correctif)[49]

L'analyse des processus est un préalable indispensable pour une institution qui souhaite développer une politique de gestion des risques. En effet, elle consiste à décomposer au travers de groupes de travail pluridisciplinaires, différents cycles de production et à identifier à priori certains dysfonctionnement potentiels qui feront eux-mêmes l'objet d'une analyse systémique. Cette étape est essentielle quand on sait que "*la majorité des sinistres déclarés aux assureurs de responsabilité civile des hôpitaux sont moins dus à la défaillance des individus qu'à une mauvaise organisation*"[50].

L'analyse préliminaire des risques permet l'identification des événements indésirables par processus, l'évaluation de ces événements selon leur degré de criticité et leur hiérarchisation, et enfin la détermination des actions prioritaires à mettre en œuvre. Le classement s'effectue au travers de l'utilisation du diagramme de Pareto selon lequel 20 % des événements indésirables seraient la cause de 80 % d'un risque.

L'audit de risques est une opération consistant à comparer un constat à une norme préalablement définie dans un référentiel. L'audit de risque peut-être de situation (mesure de l'écart entre le prescrit et le réalisé), de fonctionnement (vérification de la cohérence, de la pertinence, de l'efficacité et de l'efficience des moyens mis en œuvre pour atteindre des objectifs fixés) ou enfin l'audit peut être anticipatif (pour prendre conscience des conséquences potentielles et des moyens de leur maîtrise suite à la mise en œuvre future d'une décision.

Le signalement des événements indésirables est un outil efficace dans les hôpitaux afin d'identifier les risques. Le programme de gestion des risques étant principalement basé sur le recueil d'événements, sa mise en œuvre doit faire l'objet d'une large réflexion.

La procédure de signalement doit être réalisée sur un modèle unique et connu de tous les professionnels. Elle doit être accompagnée d'une information quant à sa finalité

---

[49] POULLAIN I. - LESPY F.- "*Gestion des risques, guide pratique à l'usage des cadres de santé"* - Lamarre - 2002 - 139 pages – p. 50

[50] LETEURTRE H., PATRELLE I., QUARANTA J.F., RONZIERE N. - "*La qualité hospitalière"* - Berger Levrault - 1999 - 434 pages – p. 287

et d'une formation d'initiation à la gestion des risques. La démarche de signalement est une "*démarche personnelle et responsable*" qui permet "*d'asseoir la politique de gestion des risques sur une participation active et positive*"[51].

Sa réussite est la signification d'une réelle évolution culturelle dans un établissement ou l'erreur n'est plus tabou et culpabilisante, mais au contraire, elle est source d'amélioration du système. A ce titre, la recherche de la participation systématique du déclarant à la résolution de l'événement indésirable peut représenter un levier de management très intéressant[52].

1.2.3 Comment mettre en action cette démarche ?

a) Des concepts à maîtriser

L'enjeu de la gestion des risques ne signifie pas d'aboutir à l'élimination de tous les risques, ce qui, compte tenu que seule l'activité génère le risque, pourrait conduire à une forme d'immobilisme. Mais il est fondamental de mettre en œuvre une stratégie permettant de prévenir les risques ou du moins de faire face à leurs conséquences.

L'approche du concept de risque met en évidence une relation certaine entre le risque et le danger. Le risque est défini par la probabilité de survenue d'un danger, qui lui même représente un événement redouté qui a des répercussions néfastes pour l'usager. La probabilité de survenue d'un événement causant des dommages est caractérisée par la combinaison de deux critères que sont la fréquence et la gravité des conséquences d'un événement redouté. On définit ainsi un niveau de criticité de l'événement.

---

[51] POULLAIN I. - LESPY F.- "*Gestion des risques, guide pratique à l'usage des cadres de santé"* - Lamarre - 2002 - 139 pages – p. 68

[52] BOTTARO S. - "*La gestion des risques"* cours dispensé à l'Ecole Nationale de la Santé Publique - Rennes - juillet 2004

Le niveau de sécurité recherché pourrait donc être représenté par une activité où le risque de dommage matériel ou corporel est limité à un niveau acceptable, ou à l'extrême une activité qui se réalise sans générer de dommages[53].

L'ANAES définit le risque en établissement de santé comme étant "*un événement dont la survenue va compromettre ou entraver la réalisation des missions de l'établissement. Il peut s'agir d'un événement qui a un effet négatif direct ou indirect sur l'événement qui génère un coût et qui ainsi dévie des ressources de leur finalité normale. A ces conséquences, s'ajoutent des conséquences possibles en termes d'atteinte à l'image de l'institution ou à la responsabilité des acteurs.*"[54]

Les risques sont identifiés grâce au recueil d'événements indésirables générés par des situations précises dénommées situations à risque.

Un événement indésirable correspond à *"une situation qui s'écarte de procédures ou de résultats escomptés dans une situation habituelle, et qui est ou qui serait potentiellement source de dommages* "[55]. Il existe plusieurs types d'événements indésirables qui sont représentés sous une forme pyramidale. La base de cette pyramide est constituée par les événements les plus fréquents et les moins graves, et le sommet représente les événements les plus graves mais possédant un caractère exceptionnel.

Ainsi, "*les incidents sont des événements fortuits, peu importants en soi et n'ayant pas engendré de conséquences (…) les dysfonctionnements représentent un écart par rapport à un fonctionnement normal, il s'agit de la non-conformité (non satisfaction d'une exigence spécifiée) de l'anomalie (écart entre situation existante et situation attendue) et du défaut (non satisfaction d'une exigence ou d'une attente raisonnable) (…) le presque accident (near miss) est une situation qui aurait conduit à l'accident si des conditions favorables n'avaient permis de l'éviter (…) le précurseur correspond à tout événement critique qui peut conduire à l'accident avec une probabilité*

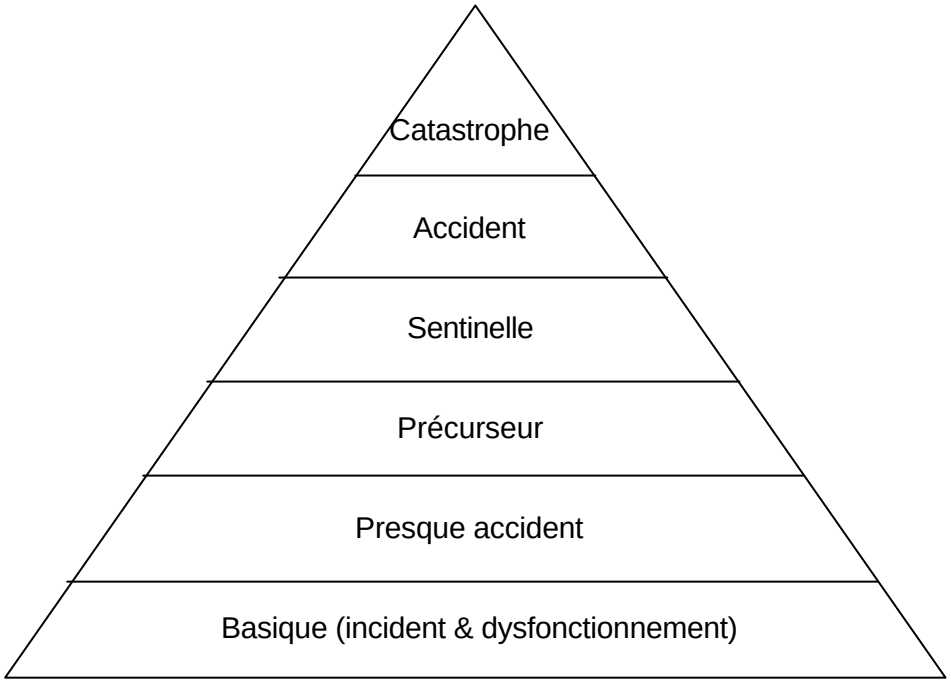
---

[53] BOTTARO S. - "*La gestion des risques"* cours dispensé à l'Ecole Nationale de la Santé Publique - Rennes - juillet 2004

[54] ANAES - "*Principes méthodologiques pour la gestion des risques en établissement de santé"* - 2003 - 114 pages – p. 63

[55] ANAES - "*Principes méthodologiques pour la gestion des risques en établissement de santé"* - 2003 - 114 pages – p.103

importante (…) l'événement sentinelle identifie une occurrence défavorable qui sert de signal d'alerte et déclenche systématiquement une investigation et une analyse poussée (…) l'accident est la réalisation d'un risque patent entraînant un préjudice majeur (…) la catastrophe correspond à un accident qui touche plusieurs patients"[56].



Pyramide des effets indésirables[57]

La collecte des événements indésirables permet l'identification des risques à posteriori.

Une politique de gestion des risques doit dépasser ce stade pour tendre vers une action anticipative. Celle-ci aura pour objectif l'identification des risques à priori. Cette démarche sera nécessaire dans le cadre de la mise en œuvre ou de la modification d'une nouvelle activité, ou pour renforcer la sécurité d'une activité existante. Ce sont les méthodes d'analyse de processus qui sont alors utilisées.

---

[56] ANAES - "*Principes méthodologiques pour la gestion des risques en établissement de santé"* - 2003 - 114 pages – p. 33

[57] BOTTARO S. - "*La gestion des risques"* - cours dispensé à l'Ecole Nationale de la Santé Publique - Rennes - juillet 2004

b) Une approche méthodologique essentielle

Le développement d'une politique de gestion des risques entraîne des modifications importantes tant sur le plan stratégique, que sur le plan culturel de l'établissement.

Elle nécessite, comme nous l'avons vu précédemment, une adhésion importante de tous les professionnels, et l'institution de nouvelles règles en particulier dans l'organisation de l'identification des risques.

Comme pour toute démarche institutionnelle nécessitant des changements profonds, la mise en œuvre d'une gestion des risques requiert un engagement fort de la direction qui doit affirmer l'importance de la sécurité dans la politique de l'établissement. Les enjeux, y compris économiques, doivent être clairement définis. Le rôle essentiel de chacun pour une gestion des risques efficace et réussie doit être mis en évidence à travers une information et une sensibilisation de l'ensemble des équipes. Cette impulsion doit être relayée au quotidien par les cadres dans les services.

La conduite de la démarche doit faire l'objet d'une réflexion préalable quant aux ressources disponibles (compétence, matériel, méthode et temps), à la nécessité éventuelle de faire appel à un consultant externe, à la définition des responsabilités nouvelles découlant de la démarche, et aux modalités des règles relatives au partage de l'information sur les risques. Enfin, une politique de gestion des risques nécessite des structures de pilotage et de coordination. Suivant les caractéristiques de l'établissement, elles peuvent varier. Cependant, compte tenu de l'imbrication de la gestion des risques dans la gestion de la qualité, il est souhaitable, dans un souci de cohérence, que ces structures soient communes.

La maîtrise des risques signifie qu'ils soient connus, analysés, hiérarchisés, traités et que ce traitement fasse l'objet d'une évaluation sur la base d'objectifs préalablement définis.

La mise en œuvre d'une gestion globale des risques suppose le recensement et l'analyse des différents programmes existant dans l'établissement, tels le programme HACCP (Hazard Analysis and Control of Critical Points), les travaux du CLIN (Comite de lutte contre les infections nosocomiales) ou encore les comptes rendus des différentes visites de maintenances techniques. L'élaboration du recueil des fiches de synthèse sur la sécurité préconisé dans le cadre de la préparation de la visite d'accréditation ANAES centralise l'ensemble des actions existantes et identifie les secteurs non couverts. La rédaction du document unique en collaboration avec le CHSCT (comité d'hygiène, de

sécurité et des conditions de travail), permet d'envisager l'ensemble des risques professionnels.

Dans le management de la gestion des risques, le retour d'expérience est très important car il permet de "*tirer les enseignements des incidents, dysfonctionnements, presque accidents ou accidents pour éviter leur répétition*"[58]. En outre, il favorise l'implication des professionnels en encourageant les témoignages et en valorisant les bonnes pratiques.

Les outils utiles au management des risques existent, cependant, une approche transversale et un important travail de formation sont nécessaires afin que chaque professionnel s'approprie la démarche et qu'une dynamique pérenne soit amorcée.

c) Les liens entre démarche qualité et gestion des risques

Il apparaît d'emblée que la logique de sécurité propre à la gestion des risques en fait une dimension essentielle de la qualité. A ce titre, la gestion des risques ne se substitue pas à la qualité, mais elle en est le complément indispensable.

Les deux démarches reposent sur une approche systémique interne, transversale et globale.

Elles sont fondées par des actions mises en œuvre tant à priori qu'à posteriori, avec une recherche de dynamique permanente qui s'exprime au travers d'un management participatif.

Elles nécessitent une maîtrise et une qualité des processus, et une analyse des dysfonctionnements. Les mécanismes méthodologiques sont communs ou similaires, et les facteurs de réussite de chacune de ces démarches sont proches, à savoir : définition d'une politique, engagement marqué de la direction, implication essentielle des acteurs, changement culturel.

Enfin la démarche qualité et la gestion des risques sont soumises à une procédure d'évaluation obligatoire commune au travers de l'accréditation qui vise la promotion et la reconnaissance externe des dispositifs mis en place.

---

[58] ANAES - "*Principes méthodologiques pour la gestion des risques en établissement de santé*" - 2003 - 114 pages – p. 104

CHAPITRE 2 L'ENGAGEMENT D'UNE DEMARCHE QUALITE A L'HOPITAL LOCAL DE BEAUGENCY

La mise en œuvre d'une démarche qualité dans un établissement suppose une approche globale. L'importance d'une bonne appréhension des caractéristiques de la structure et d'une approche fine de son contexte a été mise en évidence dans le premier chapitre. Ils représentent des préalables sans lesquels un projet de démarche qualité est voué à l'échec.

La présente partie du mémoire sera constituée dans un premier temps d'une présentation sommaire de l'établissement et de ses spécificités en terme d'organisation et de positionnement dans le paysage sanitaire et social local (1), puis face à ces constats, dans un second temps, nous aborderons les mesures prises dans le cadre de la mise en œuvre d'une démarche qualité et les changements escomptés (2).

2.1 Présentation et caractéristiques de l'établissement

L'histoire de l'hôpital de Beaugency est ancienne, puisque sa création remonterait au XII siècle. Son implantation actuelle est le fruit d'un legs réalisé par la famille Lour Picou en 1925.

L'hôpital local comprend 223 lits répartis en 2 bâtiments, le bâtiment principal dit hôpital, entièrement réhabilité en 1981 et un second bâtiment appelé maison de retraite, distant d'environ 200 mètres, construit en 1968. Les services de médecine et l'unité de soins de longue durée constituent l'activité sanitaire à laquelle est adossée une activité médico-sociale au travers des services de maison de retraite.

2.1.1 Son environnement et les activités développées

a) Son environnement

Beaugency est une ville du Loiret, située sur l'axe ligérien à mi-chemin entre Orléans et Blois.

Les données démographiques du recensement de 1999 diffusées par l'INSEE[59] font état pour la ville de Beaugency d'une population de 7 106 habitants. De part sa position limitrophe avec le département du Loir et Cher, la zone d'attractivité de l'hôpital (environ 40 000 habitants) s'étend sur plusieurs cantons à caractère rural des deux départements. Elle est caractérisée par le fait que la population des plus de 75 ans est supérieure de près de 2 points à la moyenne nationale : 9,6 % de la population totale de la zone d'attractivité contre 7,7 % pour la France métropolitaine et 11,4 % pour la ville de Beaugency[60].

L'établissement est proche du centre ville et des voies de communication.

L'hôpital local de Beaugency assure une prise en charge à orientation essentiellement gérontologique. Sa capacité s'élève à 223 lits, répartis de la façon suivante :

- le service de médecine (15 lits),
- l'unité de soins de longue durée (55 lits dont 42 financés)
- le service maison de retraite (153 lits dont 120 lits en section de cure médicale) réparti entre le bâtiment hôpital et le bâtiment maison de retraite (80 lits).

L'établissement emploie en équivalent temps plein 131,75 personnes dont :

- 10 personnels administratifs
- 21 personnels techniques & logistiques
- 100,75 personnels soignants et médico-techniques

[59] INSEE : Institut national de statistiques et d'études économiques

[60] Source INSEE : www.insee.fr

auxquels il convient d'ajouter 3 médecins vacataires et un pharmacien à mi-temps.

Dans le cadre de son activité de médecine, des conventions ont été passées avec le Centre Hospitalier Régional d'Orléans et le Centre Hospitalier de Blois, ainsi qu'avec le Centre Hospitalier de Fleury les Aubrais pour les prises en charge relevant du secteur psychiatrique.

b) Les activités

Le service de médecine connaît un taux d'occupation constant d'environ 70 % depuis plusieurs années. Ce taux est tombé en 2003 à 52,47 %, mais il convient de rapprocher cette chute de la fermeture du service durant les mois de juillet et août, l'établissement n'ayant pu recruter en nombre suffisant des personnels infirmiers afin de compenser les départs en congés annuels.

Cependant, et malgré l'accompagnement des personnes en fin de vie, la durée moyenne de séjour ne cesse de diminuer (19 jours en 2003), grâce notamment, à la progression du nombre des entrées. Cette évolution amorcée est due à une implication forte des médecins libéraux locaux dans le fonctionnement du service.

L'analyse de l'âge des patients hospitalisés met en évidence le caractère gériatrique de l'activité médecine. En effet, sur 147 entrées réalisées en 2003, moins de 3% des patients ont moins de 60 ans, alors que 91,2 % d'entre eux ont plus de 70 ans.

Enfin, la mission de prise en charge sanitaire de proximité dévolue à un service de médecine d'un hôpital local, est soulignée au travers du fait que près de 80 % des patients du service de médecine sont domiciliés dans un rayon de moins de trente kilomètres de Beaugency, et que la majorité des mouvements, tant entrées que sorties, se font directement entre le service et le domicile du patient.

Ces différents chiffres sont tirés du rapport PMSI[61] 2003, réalisé par l'Observatoire Régional Santé Bretagne.

[61] PMSI : Programme de médicalisation des systèmes d'information

L'unité de soins de longue durée comporte 55 lits dont seuls 42 sont financés. Ce service fait l'objet d'une forte demande de la part de la population locale qui se traduit par un taux d'occupation très élevé : 106,48 % en 2003.

Le secteur maison de retraite connaît des difficultés. Il est éclaté entre deux services distincts tant sur le plan géographique que sur le plan organisationnel. Le service "maison de retraite nouvelle" comprend 73 lits médicalisés dans le bâtiment principal et le service "maison de retraite ancienne" regroupe 80 lits dans le bâtiment maison de retraite. Les caractéristiques architecturales de ce dernier, construit à l'origine pour accueillir des personnes autonomes, posent de grandes difficultés pour la prise en charge de personnes qui ne le sont plus. La conséquence de cette inadaptation face aux besoins croissants d'accueil de personnes âgées dépendantes, est la vacance simultanée et chronique de plusieurs chambres, ce qui conduit en 2003 à un taux d'occupation de 85 %.

Il est à noter que fin 2003, pour l'ensemble des secteurs hébergements, soit 208 lits, près de 40 % des personnes accueillies relevaient des GIR[62] 1 et 2.

2.1.2 Une approche stratégique à actualiser

L'absence d'une réelle politique de projet et les craintes que se posait l'établissement sur le devenir de son activité sanitaire au regard de l'évolution constatée en région Centre, ont fait qu'au fil des années, une forme d'inertie préjudiciable est apparue.

Plusieurs évolutions relatives à l'activité de l'établissement ont fait émerger la nécessité d'élaborer une nouvelle stratégie institutionnelle.

[62] GIR : Groupe iso ressource. La grille AGGIR (Autonomie gérontologique groupe iso ressource) destinée à évaluer l'autonomie des personnes âgées en compte 6, le groupe 1 représentant les personnes les plus dépendantes et le groupe 5 celles qui sont autonomes.

La récente redéfinition du rôle de l'hôpital local en terme de prise en charge de proximité au sein d'un bassin de vie, le prochain conventionnement avec les services de la DDASS et du conseil général pour le secteur médico-social, et enfin l'obligation de la mise en œuvre d'une démarche qualité validée par la visite d'accréditation prévue en mars 2005 ont engendré une réelle prise de conscience sur la nécessité de mener une réflexion sur l'établissement et son devenir.

a) Un projet d'établissement à construire

Le premier projet d'établissement s'est achevé en 1999.

Les principaux objectifs ont été atteints au travers de l'élaboration et la signature de conventions interhospitalières avec le centre hospitalier régional d'Orléans, le centre hospitalier de Blois et le centre hospitalier de Fleury les Aubrais, ceci dans le cadre de l'activité médecine.

Des travaux de réflexion devant conduire à l'élaboration du nouveau projet d'établissement ont débuté en 2002. Ils ont donné lieu à la présentation d'un projet médical et d'un projet de soins au Conseil d'Administration à la fin de l'année 2002.

Dès le début de l'année 2003, le directeur a engagé les travaux préparatoires à la signature de la convention tripartite concernant les services d'hébergement. L'autoévaluation ANGELIQUE, qui a été réalisée avec l'aide d'un consultant, et les interrogations qu'elle a suscitées, ont mis en évidence la nécessité de réexaminer les orientations initiales du futur projet d'établissement et d'engager l'établissement dans un vaste processus de réflexion quant aux grandes orientations sanitaires et médico-sociales pour les années à venir.

b) Une offre ne répondant plus toujours aux besoins locaux

L'étude de l'activité des différents services de l'hôpital a fait ressortir une inadéquation entre les besoins de la population locale et les différents types de prises en charge proposés.

Si l'activité de médecine dans un hôpital local semblait redevenir utile, y compris pour les autorités de planification, il paraissait indispensable de bien redéfinir les objectifs de ce service. En effet, et conformément aux orientations définies par la circulaire du 28 mai 2003[63], l'hôpital local doit être en mesure d'assurer un premier niveau de prise en charge, et ceci plus particulièrement pour une population âgée dépendante ou en perte d'autonomie. Ainsi, la redynamisation du service doit passer par l'amélioration de la structure au sein de la filière gériatrique et par le développement du lien ville/hôpital.

C'est pourquoi une réflexion s'est engagée en partenariat avec cinq maisons de retraite environnantes pour la mise en œuvre d'une convention visant à formaliser les modalités d'une prise en charge hospitalière ne nécessitant pas un plateau technique, pour les résidents de ces établissements. Ce dispositif, outre les avantages que représente une prise en charge de proximité pour ces résidents et leurs familles, doit contribuer à éviter un passage dans les services d'urgences des hôpitaux de Blois et Orléans.

Il est à noter que l'hôpital de Beaugency est de plus en plus souvent sollicité pour prendre en charge des personnes en fin de vie. Si dans ce cadre, il s'agit principalement de personnes âgées, le service est parfois amené à accueillir des personnes de moins de 60 ans domiciliées à Beaugency ou dans ses environs. Il apparaît opportun d'identifier parmi les 15 lits de médecine, 3 lits de soins palliatifs.

L'une des missions de l'hôpital local dans le cadre de la prise en charge de proximité des personnes âgées en perte d'autonomie, est de préparer leur retour à domicile. Or, quand ce retour n'est pas possible dès la fin de l'hospitalisation en service de médecine de Beaugency ou en service de spécialité d'un établissement hospitalier voisin, il est important de disposer d'un service de soins de suite et de réadaptation à orientation gériatrique. C'est la raison pour laquelle, compte tenu du nombre de patients du secteur de Beaugency accueillis dans un service de ce type à Orléans ou à Blois, l'une des orientations principales du futur projet d'établissement de l'hôpital local de Beaugency, sera la création de 10 lits de soins de suite et de réadaptation à orientation

[63] Circulaire DHOS/DGAS/O3/AVIE/n°2003/257 du 28 mai 2003 relative aux missions de l'hôpital local

gériatrique, par transformation de 10 des 13 lits d'unité de soins de longue durée, actuellement non financés.

Enfin, les caractéristiques architecturales du bâtiment maison de retraite ne permettent plus aujourd'hui de satisfaire les conditions indispensables à l'accueil dune population dont la dépendance tant physique que psychique a fortement évolué. En effet, il s'agit d'un bâtiment isolé, distant du bâtiment hôpital, comprenant 4 niveaux desservis par un seul ascenseur et dont les chambres ne répondent plus aux normes en vigueur en terme d'accessibilité et de surface. Cette inadéquation se traduit par la vacance permanente de plusieurs chambres, non pas faute de demandes, mais parce ces demandes émanent de personnes âgées dont la perte d'autonomie est incompatible avec la structure proposée. L'analyse de ces demandes fait état d'un besoin croissant pour l'accueil des personnes âgées désorientées. Face à ce constat et à l'augmentation prévue de la prévalence des pathologies de ce type, il a été prévu dans le futur projet d'établissement, et plus particulièrement dans sa déclinaison architecturale, la création d'un service d'accueil de personnes âgées démentes déambulantes.

c) Un besoin exprimé en terme de lisibilité et de visibilité

↳ *De la part de la direction*

Selon les auteurs MIRAMON, COUET et PATURET, *"décider est l'acte majeur de toute fonction de direction. (…) C'est trancher en faveur d'une orientation, c'est choisir une voie"*[64]

Cependant, pour espérer que la décision prise, à défaut d'être optimale, soit la moins mauvaise possible, il est essentiel pour le dirigeant de disposer des informations susceptibles de nourrir une réflexion efficace.

Le directeur a la responsabilité de soumettre au conseil d'administration les orientations stratégiques de l'établissement, de veiller à leur mise en œuvre, et de mener les actions correctives si besoin. A ce titre, l'élaboration et le suivi régulier de tableaux de

[64] MIRAMON JM., COUET D., PATURET JB. – "*Le métier de directeur, techniques et fictions"* – ENSP – 2001 – 272 pages – p.85

bord s'avèrent indispensables. Outre les données d'ordre budgétaire, la connaissance et la maîtrise du tableau des effectifs permettent de connaître les ressources humaines disponibles. De même, l'activité des services, les enquêtes de satisfaction, le recueil des plaintes ou encore le nombre et la fréquence des arrêts de travail qui représentent quelques indicateurs parmi tant d'autres, sont nécessaires à l'évaluation de l'activité de l'établissement et sont susceptibles d'influer sur certaines orientations stratégiques.

↳ *De la part des personnels*

Dans le cadre de la préparation à la signature de la convention tripartite, une enquête de satisfaction à l'attention des usagers, des familles et des personnels a été réalisée en mai 2003. Cette opération, une première pour l'hôpital de Beaugency, a bénéficié d'un taux de réponse satisfaisant, puisque plus de 50 % des personnels se sont exprimés.

L'analyse des réponses a mis en avant le manque de relation et de communication avec la direction, une quête de reconnaissance du travail réalisé et la non prise en compte des propositions émanant des personnels. En outre, une proportion supérieure à la moitié des personnels estime ne pas travailler dans le même sens, et souhaite qu'une redéfinition du rôle du chacun soit menée afin d'évoluer vers des objectifs déterminés.

↳ *Des partenaires institutionnels*

Le conseil général et la DDASS du Loiret sont les partenaires de l'établissement pour tout le secteur hébergement. Dans le cadre du conventionnement pluriannuel relatif aux services de maison de retraite et de l'unité de soins de longue durée, il est recherché d'une part la définition des conditions de fonctionnement, tant au plan financier qu'à celui de la prise en charge des personnes et des soins qui leur sont prodigués, et d'autre part les objectifs d'évaluation de l'établissement et les modalités de son évaluation.

De même, l'hôpital local de Beaugency, en qualité d'établissement public de santé, a l'obligation de construire tous les 5 ans un projet d'établissement qui doit être voté par le conseil d'administration et soumis à l'approbation de l'ARH. Ce projet, qui définit sur la base du projet médical les objectifs généraux de l'établissement, doit se traduire par la signature d'un contrat d'objectif et de moyens. Ce dernier décrit les conditions de réalisation des orientations choisies, notamment les éléments financiers tant

en investissement qu'en fonctionnement, et les objectifs en matière de qualité et de sécurité.

↳ *De la part des usagers*

Les usagers forment un groupe de poids tant au niveau interne qu'au niveau externe de l'institution. Ils forment ce que François STEUDLER[65] a qualifié comme étant le "*quatrième pouvoir"* à l'hôpital aux cotés de l'administration, du médical et du soignant.

"*L'information sur l'hôpital est un enjeu de démocratie sanitaire que les pouvoirs publics souhaitent développer, répondant ainsi aux attentes des usagers. Quoi de plus naturel en effet que de connaître les forces et les faiblesses d'un établissement de santé dans lequel on confie parfois sa vie ?*"[66]. L'attente des usagers en terme d'information est renforcée.

L'enquête réalisée en mai 2003 auprès des résidents et des familles a d'ailleurs souligné la méconnaissance générale du fonctionnement de l'établissement, et le souhait pour ces familles d'être régulièrement informées de la vie et des projets relatifs à la structure.

2.1.3 Une organisation qui se révèle décalée par rapport aux attentes et aux besoins

Comme de nombreuses structures de cette dimension, le fonctionnement de l'hôpital local de Beaugency repose essentiellement sur des habitudes.

L'héritage de plusieurs années d'un management directif et paternaliste, ou les délégations et les concertations étaient absentes, ont fait que l'établissement s'est installé dans une forme de routine, où les pratiques et les organisations en place ne font pas

---

[65] STEUDLER F. – "*Le management hospitalier de demain : approche sociologique"* – Revue hospitalière de France – Mars / avril 2004 n°497 – pp 43 à 52

[66] DERENNE O, PONCHON F. – "*L'usager et le monde hospitalier, 50 fiches pour comprendre"* – ENSP – 2002 – 206 pages – p.24

toujours l'objet de questionnements quant à leur pertinence, et où le sens de l'action est parfois oublié.

a) Les causes

L'absence de projet global, synonyme de perspectives communes et de valeurs partagées, fait que chaque service, voire chaque membre du personnel dans certains cas, a développé son action sans le souci de s'inscrire et d'apporter une plus value à un dispositif général. Cette absence de cohésion est une des sources majeures de la non qualité, qui en plus du fait qu'elle n'apporte pas la réponse souhaitée aux besoins de la personne prise en charge, représente un coût inutile.

De même, faute d'objectifs suffisamment définis et donc de l'impossibilité d'élaborer une gestion prévisionnelle, les compétences nécessaires à l'évolution des prises en charge n'ont pas toujours pu être mises en œuvre. En effet, les procédures de recrutement sont parfois restées vaines, et les possibilités de formation continue reposent sur une programmation anticipée et nécessitent des moyens financiers qu'il est nécessaire de prévoir.

Les fiches de poste n'existant pas, l'évaluation des professionnels s'avère difficile et les risques d'initiatives individuelles inadaptées, réelles. Le rôle de chacun n'est pas clairement établi et les risques de glissements de tâches sont importants.

Les règles relatives au fonctionnement de l'établissement sont rarement formalisées par écrit.

Le secteur de la cuisine a instauré la démarche HACCP, mais seuls deux cuisiniers sur l'équipe actuellement en place ont été formés. Un protocole de ménage a été établi, mais il ne s'applique pas de manière permanente et identique à tout l'établissement.

Face à un événement, et en l'absence de réflexion préalable, la solution repose parfois exclusivement sur l'expérience et le bon sens des personnels. Le problème est particulièrement prégnant s'il s'agit d'une personne qui n'a jamais été confrontée à la situation en question ou si cette personne a été récemment recrutée.

Dans cet environnement de fonctionnement en mode dégradé, où la déviance devient normale, et où les pratiques ne sont pas standardisées, le signalement d'événements indésirables n'est que rarement pratiqué.

Enfin le directeur de l'hôpital s'est trouvé totalement isolé lors de sa prise de fonction. En effet, après quelques mois en qualité d'adjoint, il a été nommé directeur avec la responsabilité de l'hôpital, plus celle de la maison de retraite de Meung sur Loire distante de quelques kilomètres, et avec laquelle une convention de gestion a été passée. Il est à noter que cet établissement d'une capacité de 110 lits ne dispose pas d'encadrement intermédiaire.

Faute de candidat, le poste de directeur adjoint n'a pas été pourvu durant de longs mois, et c'est seulement à partir de mai 2003, et après une transformation du poste en attaché d'administration hospitalière, qu'une équipe de direction a pu être reconstituée.

De plus, des travaux de mise en conformité, relatifs à la sécurité incendie, menés à l'hôpital local de Beaugency et à la maison de retraite de Meung sur Loire respectivement durant 3 et 2 ans, ont mobilisé toutes les énergies.

Ce contexte difficile, auquel il convient d'ajouter la mise en place de l'euro, de la réforme de la tarification et surtout de la réduction du temps de travail, n'a pas permis au directeur d'engager plus tôt les actions nécessaires à la mise en œuvre de réformes structurantes.

b) Les conséquences

Ce manque d'anticipation tant en terme stratégique qu'en terme organisationnel entraîne un fonctionnement essentiellement réactif dans lequel les événements sont subis et où la gestion de l'urgent devient la norme.

La planification des tâches n'est pas suffisamment formalisée ou coordonnée, il en découle des prestations inégales et susceptibles de varier en fonction des différents

personnels présents. Ainsi, par exemple, en l'absence d'une information des services techniques prévue dans le cadre d'un protocole d'accueil des nouveaux résidents, une admission est susceptible d'être réalisée dans une chambre dont les équipements ne sont pas en parfait état de marche. Ces dysfonctionnements potentiels sont la conséquence d'un cloisonnement entre les différents services, et entre lesquels la circulation de l'information n'a pas fait l'objet d'une réflexion globale.

Ces dysfonctionnements avérés ou potentiels ne font pas l'objet d'un signalement systématique. En effet, ni la procédure ni l'objectif n'ont été définis, en outre le signalement d'un événement indésirable nécessite que des critères d'acceptabilité soient déterminés d'une manière concertée, enfin, dans ce contexte, le signalement est fortement assimilé à la recherche du coupable d'une faute, et non à l'identification d'une ou plusieurs erreurs dans un but d'amélioration.

Le concept de projet permet de définir des lignes directrices et des valeurs qui représentent des points d'ancrage pour le futur, mais aussi des références pour fédérer et harmoniser le fonctionnement quotidien des équipes[67].

L'absence de projet génère chez les professionnels une insatisfaction potentielle quant à certains besoins illustrés au travers de la pyramide de MASLOW. En effet, les besoins de sécurité sont satisfaits au travers d'une stabilité et d'une confiance dans le cadre de son travail, les besoins d'appartenance sont exaucés par un partage de valeurs communes, enfin la reconnaissance et la légitimé répondent au besoin d'estime[68].

Cette insatisfaction, exprimée au travers de l'enquête réalisée auprès des professionnels en mai 2003, se traduit par une fatigue professionnelle et le sentiment d'être dans l'impossibilité d'apporter une réponse satisfaisante aux besoins de la personne accueillie. Elle est souvent la cause d'une démotivation des professionnels.

La croissance des absences pour maladie et la progression du nombre des arrêts pour accident de travail ne sont pas sans relation avec ce constat. En effet, il est

[67] MIRAMON J.M. – "*Manager le changement dans l'action sociale*" – ENSP –1996 – 105 pages – p.41

[68] AUBERT N. – "*Diriger et motiver, art pratique du management*" – Edition d'Organisation – 2002 – 355 pages – p.19

remarqué une forte évolution de ces absences depuis 5 ans, même si cette évolution est à pondérer du fait de l'augmentation du nombre des équivalents temps plein lié à la mise en œuvre de la réduction du temps de travail. Néanmoins, ces absences s'élèvent en 2003 à 3015 jours, soit l'équivalent du nombre de journées travaillées par environ de 14 agents à temps plein.

L'établissement engrange dans tous les secteurs d'activité une importante quantité d'informations.

Cependant, le système dinformation n'ayant pas fait l'objet d'une actualisation par rapport aux besoins actuels, il apparaît que nombre de ces informations ne sont pas forcément exploitées et que l'information utile n'est pas toujours disponible au moment opportun.

De même, les circuits de circulation de l'information, ascendants, descendants ou transversaux, ne sont pas définis. Ainsi, le cloisonnement relatif entre les services provoque des doublons d'informations, des systèmes de recueil parallèles, voire pire des pertes d'informations.

Or, comme le soulignent P. DUCALET et M. LAFORCADE, le système d'information, la stratégie et la démarche qualité entretiennent des liens très serrés[69]. C'est sur la base de données fiables provenant tant de l'interne que de l'environnement externe, que pourra être élaboré une stratégie efficace dans le but d'atteindre des objectifs réalisables. Ensuite, c'est grâce au système d'information, et plus particulièrement à l'évaluation au travers des indicateurs mis en œuvre, que l'on vérifiera si les actions prévues sont effectives, et que l'on mesurera leurs effets.

[69] DUCALET P., LAFORCADE P. - "*Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales*" - Seli Arslam - 2000 - 272 pages – p. 150

2.2 Les mesures mises en œuvre et les préconisations avancées

La mission principale de mon stage à l'hôpital local de Beaugency était la préparation de la visite d'accréditation.

Dès le mois de juin 2003 - période durant laquelle j'ai découvert l'établissement lors de mon stage court -, et pour les raisons explicitées précédemment, la nécessité de réexaminer le futur projet d'établissement dans sa globalité a semblé indispensable.

Le projet architectural n'étant pas commencé, et à la demande du conseil d'administration, le directeur a fait appel en juillet 2003 à un prestataire d'assistance à la maîtrise d'ouvrage afin de mener une étude s'appuyant sur les orientations des différents projets : médical, de soins, de vie et social.

Cette étude, menée en parallèle de la réactualisation du projet d'établissement, avait pour objectif le choix d'un scénario permettant l'élaboration dès septembre 2004, d'un plan directeur.

Compte tenu de la charge de travail que représentent ces opérations d'une part, mais surtout du fait qu'une démarche qualité doit s'appuyer sur les missions et les prestations définies par le projet d'établissement d'autre part, il a été décidé qu'il était préférable de retarder de quelques mois la mise en œuvre d'une démarche qualité, la visite d'accréditation n'étant prévue finalement qu'en mars 2005.

2.2.1 Engagement d'une démarche qualité dans une perspective d'identification d'objectifs structurants

Les interrogations liées à l'élaboration d'un projet d'établissement sont évidemment communes à celles que l'on se pose lors de l'engagement dans une démarche qualité. Nous avons mis en évidence dans le premier chapitre que l'appréhension de données telles que l'offre, la demande et le besoin, est un préalable commun aux deux approches.

Les travaux menés dans le cadre de l'écriture du projet d'établissement allaient ainsi pouvoir servir de supports pour engager une démarche qualité.

La démarche qualité est une démarche de changement qui s'appuie sur une démarche de management[70]. Elle nécessite la connaissance de concepts, de méthodes et d'outils propres à sa mise en œuvre.

L'hôpital de Beaugency ne disposant pas des compétences requises, il est apparu nécessaire au directeur de faire appel à un prestataire de service afin d'être accompagné jusqu'à la visite d'accréditation, objectif à court terme, mais aussi d'installer la démarche qualité de façon pérenne grâce à une formation à destination de tous les personnels.

a) Structurer la démarche

↳ *Le rôle essentiel du directeur*

L'amélioration de la qualité repose sur l'adhésion et l'implication de tous les acteurs, cependant, la responsabilité et l'engagement relatifs à la politique qualité incombent au plus haut niveau de la direction de l'établissement.

Cet engagement doit se traduire de manière formelle et concrète au travers d'un "*document écrit précisant la politique qualité en termes clairs et compréhensibles par tous, avec les objectifs pertinents, mobilisateurs et définis de façon à pouvoir être évalués*"[71].

Les enquêtes de satisfaction réalisées en mai 2003 n'avaient pas fait l'objet d'un retour à l'attention des personnels. Nous avons donc programmé le 6 octobre 2003, une réunion à leur attention au cours de laquelle j'ai restitué les résultats de ces enquêtes sur

[70] DGAS – "*Démarche qualité – Evaluation interne dans un établissement ou service médico-social ou social et recours à un prestataire" – mars* 2004

[71] LETEURTRE H., PATRELLE I., QUARANTA J.F., RONZIERE N. - "*La qualité hospitalière"* - Berger Levrault - 1999 - 434 pages – p.304

la base d'un diaporama. Cette réunion a rencontré un vif succès (plus de 50 % des personnels présents). Elle a permis aux professionnels de se rassurer sur la perception des usagers et des familles quant à leur action, mais aussi de prendre conscience des axes à améliorer. En outre, le directeur a pu informer les équipes de la visite d'accréditation à venir, et de sa volonté d'engager durablement l'établissement dans une politique de qualité.

Une lettre du directeur[72] a été adressée individuellement à tous les personnels de la structure dès le mois de décembre 2003. Cette lettre avait pour objet de marquer formellement l'engagement de l'hôpital de Beaugency dans une démarche qualité, d'en exposer les enjeux et de souligner l'importance de l'apport de chacun des acteurs de l'établissement.

↳ *Le choix du prestataire*

L'hôpital local de Levroux dans l'Indre est un établissement similaire à celui de Beaugency. Cet établissement s'est engagé dans la préparation de la visite d'accréditation en mars 2003, et ce avec le recours d'un prestataire, le cabinet SAISAM dont le siège est situé à Poitiers. Il m'est apparu intéressant de profiter de cette expérience. Aussi, courant octobre, j'ai assisté à deux journées de travail avec les différents groupes d'autoévaluation de l'hôpital de Levroux, ce qui m'a permis de prendre connaissance des motivations ayant suscité l'engagement dans la démarche, des différentes modalités de sa mise en œuvre et d'appréhender les éventuelles difficultés.

Le directeur et moi-même avons rencontré monsieur Alain DESMAREST, directeur du cabinet SAISAM, le 12 novembre 2003 à Beaugency. L'objet de cet entretien était de définir le cahier des charges de son intervention, à savoir :

- ✓ l'aide à la mise en place d'un système qualité par la création d'un comité de pilotage dédié, la création de groupes pluridisciplinaires d'autoévaluation et le recensement des textes, guides et

[72] cf. annexe 1

recommandations applicables aux différents secteurs d'activités de l'établissement.

- ✓ L'accompagnement de la démarche d'accréditation au travers de la mise en œuvre de l'autoévaluation, de la mise en place d'un plan d'amélioration de la qualité, d'une évaluation des pratiques professionnelles et d'une gestion / prévention des risques.

Ces différentes phases sont planifiées sous la forme de journées de formation-action, entre janvier 2004 et mars 2005.

La démarche vise deux objectifs :

- ✓ que l'établissement satisfasse aux critères d'accréditation de l'ANAES,
- ✓ que les professionnels acquièrent des savoirs et des savoir-faire méthodologiques et procéduraux tendant à développer des méthodes de travail et un langage communs.

Le cabinet SAISAM nous a rapidement fait parvenir sa proposition. L'investissement est non négligeable, puisque pas moins de trente journées d'intervention sont prévues, auxquelles il convient d'ajouter un nombre important de réunions pour les différents groupes de travail. Cependant, conscient des enjeux que représente cette démarche en terme de dynamisation et d'évolution pour l'hôpital, le directeur a retenu le cabinet SAISAM.

↳ *Constituer une structure dédiée à la démarche qualité*

La structuration de la démarche a pour objectif de mettre en place d'une part un comité de pilotage chargé de définir et orienter la démarche, et d'autre part une cellule qualité dont le rôle est d'assurer la coordination et l'animation de la démarche.

En outre, il convient de nommer un responsable qualité pour l'établissement, qui sera notamment l'interlocuteur privilégié de l'ANAES dans la procédure d'accréditation.

Compte tenu de sa fonction de directeur adjoint, et de son expérience acquise lors de la procédure d'accréditation dans son établissement précédent, c'est à madame Pajon, attachée d'administration hospitalière, qu'est revenue cette responsabilité.

Afin d'impliquer au maximum les différents professionnels de l'établissement, nous avons fait le choix d'ouvrir largement ce dispositif.

Ainsi, nous avons souhaité que dans chaque service, soit désigné sur la base du volontariat, un correspondant qualité chargé d'assurer le lien entre son service et les différents groupes de la démarche. Ces huit correspondants qualité forment avec le responsable qualité et les trois cadres de santé la cellule qualité. Une personne de l'administration en assure le secrétariat.

Le comité de pilotage est constitué des membres de la cellule qualité, du président de la CME[73], du pharmacien, d'un représentant des usagers et du directeur. Une première réunion a permis de valider les différentes étapes proposées pour la mise en œuvre de la démarche qualité

La mise en place de ce dispositif représente la première étape de la démarche. Elle a été complétée par deux journées durant lesquelles, avec le soutien du consultant, nous avons reçu, par service, tous les personnels dans le cadre de réunions courtes d'une heure. L'objet de ces réunions, au cours desquelles chaque professionnel s'est vu remettre un document de synthèse, était l'information et la sensibilisation des équipes sur la démarche en terme d'enjeux, d'utilité, d'implication et de moyens à mobiliser.

Elles ont permis de constituer sans difficulté le comité de pilotage et la cellule qualité. En effet, plus de 70 % des personnels ont assisté à cette information, et au travers du nombre de candidats à la fonction de correspondant, l'adhésion initiale à la démarche semblait plus que satisfaisante.

Il est à noter que le directeur a assisté à ces deux journées, manifestant ainsi tout l'intérêt qu'il portait à la démarche.

[73] Commission médicale d'établissement

↳ *Instaurer des groupes de travail*

La démarche qualité est une démarche participative.

L'objectif de la seconde étape de la démarche était double :

- ✓ Il devait permettre une auto-analyse des pratiques professionnelles existantes dans chaque service faisant ressortir le "qui…quoi…où… comment…pourquoi…" et selon 5 axes représentés par l'organisation du travail, les contraintes et les besoins, la sécurité, les relations entre services et les améliorations à apporter.
- ✓ La synthèse des travaux menés devait conduire à l'élaboration de la carte des processus majeurs de l'établissement.

Compte tenu de l'engouement manifesté lors de l'engagement dans la démarche, et afin que tous puissent bénéficier d'une initiation à l'analyse des processus, nous avons choisi de conserver l'ensemble des professionnels.

Une première réunion au mois de février avait pour objet d'exposer de nouveau l'organisation et les objectifs de cette phase, et de choisir, pour chaque service, 3 thèmes à analyser. Les deux réunions suivantes, en mars et en avril, ont permis de faire le point sur l'avancement des réflexions et d'apporter un soutien méthodologique.

La phase suivante (mai à décembre 2004) a réclamé la constitution de groupes pluridisciplinaires afin de réaliser, conformément aux préconisations de l'ANAES, l'auto-évaluation transversale à partir du manuel d'accréditation. Neuf groupes, soit un par référentiel (les référentiels VST[74] et SPI[75] sont traités par le même groupe) ont été constitués sur la base du volontariat. Cependant, cette composition doit répondre à trois exigences définies par le comité de pilotage :

- ✓ un groupe est composé de huit à dix professionnels,
- ✓ un groupe comprend au moins un personnel administratif, un personnel des services techniques ou logistiques et un personnel soignant,

[74] VST : Vigilances sanitaires et sécurité transfusionnelle

[75] SPI : Surveillance, prévention et contrôle du risque infectieux

- ✓ un service ne peut avoir plus de deux représentants dans un même groupe.

L'élaboration du plan d'amélioration de la qualité et la mise en œuvre d'une gestion des risques sont les prochaines étapes de la démarche. Elles se déclineront au travers de groupes de projet. Ceux-ci, à partir des objectifs fixés par le comité de pilotage, auront pour mission de formuler des actions d'amélioration sur des thèmes ciblés et d'assurer leur mise en œuvre. A la différence des groupes d'auto-évaluation, suivant la cible définie, leur composition ne sera pas systématiquement pluridisciplinaire.

b) Conduire la démarche

↳ *Animation et suivi des travaux des différents groupes*

L'animation et le suivi des travaux des différents groupes de travail sont assurés par la cellule qualité. Elle a la responsabilité d'assurer l'avancement des différentes actions et de trouver des solutions en cas de difficultés. Il est essentiel que ces travaux s'appuient sur des objectifs précis en terme de résultats et de délais. Ces derniers ont été définis par le comité de pilotage, essentiellement sur la base du calendrier de préparation de la visite d'accréditation, mais dans un souci permanent de pérennisation d'une politique de qualité.

De la stratégie initiale de la démarche dépendent les difficultés rencontrées lors de sa mise en œuvre. L'importance des moyens consacrés et les attentes plus ou moins explicites des personnels en terme d'organisation du travail et de développement et/ou de reconnaissance des compétences professionnelles ont fait que les premières étapes de la démarche n'ont pas rencontré de difficultés particulières. Une mobilisation très importante des équipes a été constatée.

Les difficultés méthodologiques ont été surmontées grâce au recours à un consultant expert en matière de système qualité. La mise en œuvre de la démarche qualité étant identifiée comme l'un des principaux chantiers de l'année 2004, d'importants moyens, principalement humains, ont pu être mobilisés afin de faire face au temps consacré à la démarche. En effet, entre le 1er janvier et le 30 juin, ce sont plus de 1 000 heures qui ont été consacrées aux différents travaux.

Cependant, l'existence simultanée de plusieurs comités de pilotage a pu générer un certain flou lors des premiers mois de l'année. En effet, avaient été constitués un comité de pilotage pour le réexamen du projet d'établissement, un autre pour l'étude de programmation et enfin un troisième pour la démarche qualité. L'encadrement, et quelques personnes "ressources", faisant partie intégrante de ces différents comités, ont été très sollicités et parfois, hormis le problème de la disponibilité, certaines confusions quant aux finalités de chacun de ces groupes ont pu être observées.

➧ *Assurer la communication autour de la démarche*

La communication est, selon Nicole AUBERT, un processus qui consiste à "*instaurer une relation d'échanges, créatrice de valeur entre des personnes et/ ou des* groupes"[76]. Elle nécessite une compétence de "*savoir-faire-savoir*, *qui recouvre des capacités stratégiques de communication, du sens politique, de la stratégie d'influence*"[77].

Elle doit permettre de mettre en cohérence, de donner du sens aux actions menées, et de valoriser les réussites afin de "*renforcer l'homogénéité des représentations collectives*"[78].

A ce titre, il apparaît, comme pour l'engagement dans la démarche, que c'est au directeur qu'incombe la responsabilité de la communication autour de celle-ci. De son efficacité dépend directement la pérennité de la politique qualité.

Cette communication est réalisée grâce :

---

[76] AUBERT N. – "*Diriger et motiver, art pratique du management*" – Edition d'Organisation – 2002 – 355 pages – p.87

[77] AUBERT N. – "*Diriger et motiver, art pratique du management*" – Edition d'Organisation – 2002 – 355 pages – p.195

[78] DUCALET P., LAFORCADE P. - "*Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales" -* Seli Arslam - 2000 - 272 pages – p. 171

- ✓ à la production régulière de notes diffusées dans l'ensemble de l'établissement. Elles ont pour objet de rendre compte de l'état d'avancement des différents travaux en cours,
- ✓ à l'organisation d'une réunion à l'attention de tous les personnels, à la fin de chaque phase, au cours de laquelle une présentation et une synthèse des actions menées sont réalisées, cette réunion est aussi l'occasion d'échanges entre la direction et les personnels autour de la démarche,
- ✓ la création d'une lettre qualité[79].

Aucune communication autour de la démarche qualité à destination des usagers et des instances n'est formalisée à ce jour. Cependant, une information quant à l'avancement de la démarche est diffusée lors des réunions des différentes instances.

Toutefois, à l'occasion des enquêtes de satisfaction à venir, il serait souhaitable d'en restituer les synthèses aux usagers et à leurs familles, ainsi que les différentes actions menées dans le cadre de l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité.

De même, dans un souci de transparence et de valorisation des actions menées au sein de l'hôpital local de Beaugency, la publication future, au travers d'un article de presse ou d'une lettre à l'attention des usagers, des conclusions des différentes évaluations, doit contribuer à souligner la place importante réservée à la quête permanente de qualité au sein de cet établissement.

c) Exploiter les travaux réalisés dans une approche stratégique

L'objectif à court terme du directeur est que l'établissement soit accrédité à l'issue de la visite des experts de l'ANAES.

Néanmoins, cette procédure d'accréditation n'est qu'un levier pour engager durablement la structure dans une politique de qualité. Toutes les énergies doivent se mobiliser afin d'adapter continuellement les prises en charges aux exigences de qualité et de sécurité des usagers et en garantissant aux professionnels des conditions d'exercice satisfaisantes.

[79] Cf. annexe 2

Le bilan de l'étape auto-analyse des pratiques professionnelles s'est révélé très satisfaisant. En effet, nous avons constaté une mobilisation importante autour des objectifs définis dans la quasi majorité des services de l'établissement. Outre la qualité du travail fourni qui a permis d'élaborer une cartographie des processus clés de l'établissement, cette réflexion a engendré des échanges abondants entre les professionnels. Elle a également provoqué de nombreuses interrogations sur l'évidence de certaines pratiques. D'emblée, des propositions d'amélioration de certains processus ont été formulées.

De plus, nous avons pu sensibiliser les équipes sur les relations client-fournisseur en illustrant l'importance des interdépendances entre les différents processus. Des améliorations potentielles liées à une réflexion transversale ont pu être mises en évidence.

Pour exemple, les plats étaient nettoyés dans les services après chaque repas avant d'être retournés à la cuisine. Cette charge de travail pour les soignants faisait que les résidents étaient amenés à dîner relativement tôt. Afin de permettre de reculer l'heure du dîner, il a été décidé de manière consensuelle de centraliser le lavage des plats à la cuisine.

L'autoévaluation, de par son approche transversale, a suscité pour nombre de professionnels, une curiosité quant au fonctionnement de l'établissement.

La mesure des écarts entre les pratiques locales et le référentiel ANAES a illustré les nombreuses pistes d'amélioration possible, mais a permis aussi de valoriser l'action des professionnels en identifiant des procédures qu'il restait à formaliser au travers de protocoles pour qu'elles deviennent des points forts.

Cependant, face à ces multiples choix, une hiérarchisation sur la base de plusieurs critères s'avérera indispensable. Cette responsabilité incombe au comité de pilotage. Les critères seront, à partir des ressources disponibles de l'hôpital, le respect des dispositions réglementaires, en particulier pour les actions relevant de la gestion des risques, et l'inscription des actions au travers des différentes priorités arrêtées dans le projet d'établissement.

Ainsi le plan d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité est le fruit à la fois de l'autoévaluation, des enquêtes de satisfaction, des audits éventuels et du projet

d'établissement. Il contribue à consacrer toutes les énergies dans la prise en charge du patient.

Il est à noter qu'il semble préférable de ne pas choisir d'abord les actions les plus ambitieuses. C'est par la réalisation des premiers projets que les professionnels pourront se familiariser avec le processus d'amélioration de la qualité. Le pilotage des groupes initiaux doit être réalisé par des professionnels volontaires et motivés par la démarche d'amélioration de la qualité. La mise en œuvre de ces actions devra être facilitée et leur cohérence mise en évidence. Elles devront aboutir à des succès "spectaculaires" et générer des résultats incontestables. C'est cette réussite qui leur donnera un caractère de légitimité et d'exemplarité, duquel dépendra un engagement futur dans des projets où les objectifs seront plus difficiles à atteindre.

C'est par la réalisation de ce plan que va pouvoir s'instituer une politique de projets menée au travers d'un management participatif autour d'objectifs définis.

2.2.2 Elaborer des procédures

Une procédure est définie par l'ANAES[80] comme étant "*une manière spécifiée d'accomplir une activité ou un processus (…) elle décrit le processus*".

Elle a pour vocation de synthétiser sur un même document, l'objet du processus, les différents risques potentiels liés, le cadre de références réglementaires ou le guide de bonnes pratiques ou le référentiel, le ou les domaines d'application et les différentes étapes du processus. Enfin, des indicateurs permettant l'évaluation de ces dispositifs sont à prévoir.

Le protocole est une déclinaison d'une procédure. Il concerne un niveau opérationnel et a pour objet de répondre à la question "comment je fais pour ?" Il s'adresse directement au professionnel.

---

[80] ANAES - "*Principes de mise en œuvre d'une démarche qualité en établissement de santé*" - 2002 - 77 pages

Une amélioration de la qualité implique nécessairement d'élaborer des procédures et des protocoles. Ils représentent des outils essentiels auxquels les acteurs pourront se référer pour guider leurs actes quotidiens.

Ils sont la garantie d'une prestation cohérente et permettent de limiter les risques potentiels. Ils sont validés par une instance ou un professionnel possédant une expertise dans le domaine concerné.

Une gestion spécifique centralisée est une condition essentielle afin que chaque acteur tant en interne, qu'en externe puisse disposer du bon document, au bon moment et dans sa bonne version.

Les travaux réalisés lors de la première phase pourront largement être utilisés afin d'élaborer les différentes procédures de l'hôpital local de Beaugency.

Le comité de pilotage, lors de sa réunion prévue en septembre 2004, aura pour mission de déterminer les différentes procédures à élaborer en tenant compte bien évidemment des priorités de la démarche, des préconisations réglementaires, mais aussi des ressources disponibles.

Ainsi, des procédures existantes telles celles relatives à la sécurité incendie et aux différentes vigilances devront faire l'objet d'une actualisation. D'autres, comme les procédures relatives aux déchets, au circuit du médicament, au dossier du patient ou encore au recueil de la satisfaction des usagers et à la gestion des plaintes seront à créer totalement.

Dans un système d'amélioration continue de la qualité, chacune de ces procédures devra faire l'objet d'une évaluation régulière destinée d'une part à vérifier que ces dispositifs sont effectivement mis en œuvre, et d'autre part à s'assurer qu'ils répondent toujours aux objectifs initiaux en terme de satisfaction et d'adéquation.

2.2.3 Faire évoluer les comportements

a) Renforcer et pérenniser les espaces d'expression et de dialogue

La réflexion autour du projet d'établissement, et l'engagement dans une démarche de qualité basée sur un développement du management participatif, ont permis

la mise en place de structures favorisant de nombreux échanges entre les différents groupes au sein de l'établissement.

Les équipes ont su exploiter ces rencontres pour exprimer certains points et revendications, mais aussi pour formuler énormément de propositions.

Pour la direction, ces réunions représentent autant d'occasions de collecter des informations, mais aussi de fédérer et mobiliser les équipes autour de différents projets.

Afin de mener une démarche qualité durable, il me parait essentiel, au-delà de l'accréditation, de pérenniser ces espaces d'expression et de dialogue tant vis à vis des personnels que des personnes accueillies.

La systématisation et la formalisation de groupes de travail constitués de professionnels autour d'objectifs précis sont des marques de considération. C'est la reconnaissance de la capacité à construire, à proposer et à innover dans un souci d'amélioration, qui doit conduire à une meilleure implication dans le travail.

Informer, communiquer autour de la démarche qualité, prendre en compte les avis divers au travers des instances et des différentes consultations (enquêtes de satisfaction, recueil des plaintes), valoriser et promouvoir la qualité sont autant d'éléments susceptibles d'influer sur la culture de l'établissement.

Il est essentiel pour le directeur d'anticiper les difficultés inhérentes à tout processus de changement.

Dans un premier temps, les valeurs, les attitudes et les croyances font l'objet de questionnements, les pratiques professionnelles sont remises en cause, il s'agit d'une phase d'ouverture où l'on élabore de nouveaux comportements. Cette période est suivie d'une autre plus ou moins longue au cours de laquelle s'effectue la transition entre les anciens et les nouveaux repères. C'est une étape clé qui n'est pas sans générer certains malaises chez les professionnels. Ils peuvent appréhender le fait d'abandonner une situation connue et maîtrisée et de perdre ainsi en sécurité, en compétence et en expérience. Enfin, la phase suivante permet l'appropriation et la consolidation du changement.

Le directeur doit tout mettre en œuvre pour faciliter cette période de transition. Les espaces d'expression et de dialogue ont pour objet, de permettre aux acteurs la formulation de leurs diverses inquiétudes et au directeur d'apporter les éléments susceptibles de répondre à ces différentes craintes.

b) Définir des profils et des fiches de poste et mettre en œuvre une procédure d'accueil pour les nouveaux personnels

L'élaboration de profils de poste doit conduire à une meilleure politique de recrutement. En effet, la définition précise du positionnement dans l'établissement, du champ et de la nature des activités, des compétences requises et des conditions d'exercice doit contribuer à une meilleure adéquation entre les candidats potentiels.

Afin de faciliter l'intégration des personnels récemment recrutés, la réalisation d'un livret d'accueil serait souhaitable. En complément de l'entretien systématique avec le cadre du service pratiqué actuellement, il permettrait de formaliser un certain nombre d'informations relatives au statut, à l'organisation, aux droits et devoirs, et en outre de communiquer les valeurs et les finalités propres à l'établissement.

Enfin, la constitution de fiches de poste doit faciliter des interrogations permanentes en terme d'adéquation entre le poste et le ou les processus dans lesquels le professionnel intervient. En effet, la définition du rattachement hiérarchique, des activités principales et secondaires, des conditions d'exercice, de remplacement ou de délégation nécessite une approche globale.

Par ailleurs, les caractéristiques de chacune des fiches de poste permettent au professionnel de se différencier des autres, de trouver sa place dans l'organisation et d'affirmer son identité professionnelle.

c) Développer les évaluations annuelles pour tous les personnels

L'entretien d'évaluation permet de faire un bilan annuel quant à la contribution du professionnel au cours de l'année vis-à-vis des attentes de l'institution. Elle a pour objet de mesurer l'écart entre des objectifs préalablement définis et connus, et la réalité de l'action mesurée objectivement.

C'est aussi un moment privilégié pour développer une synergie entre les attentes de l'acteur et celles de la structure car elle permet d'identifier les compétences propres de chacun des personnels, ses souhaits de formation continue et les besoins potentiels de l'établissement.

L'entretien d'évaluation permet ainsi de recentrer l'action des acteurs sur les valeurs de l'hôpital.

d) Appliquer la règle "qui ne rend pas de comptes ne se rend pas compte"

Cette règle est le fondement de toute démarche d'amélioration continue de la qualité.

Elle se traduit par la construction et la gestion de différents tableaux de bords destinés à synthétiser des indicateurs pour lesquels l'élaboration, la procédure de renseignement et les objectifs ont fait l'objet d'une concertation et d'une validation.

Dans le cadre de la gestion des risques, elle repose sur la systématisation du signalement des événements indésirables. L'efficacité du dispositif est conditionnée par la formalisation d'un retour d'information, l'association des acteurs à la résolution des problèmes et sur une éthique du signalement garantissant un usage interne.

CONCLUSION

Au travers des récentes dispositions réglementaires, la place de l'hôpital local est renforcée au sein de l'offre de soins. Il a pour mission d'assurer un premier niveau de prise en charge médicalisée de proximité. Cette mutation doit passer par le développement de complémentarités infra sanitaires, sanitaires et sociales.

Afin de réussir cette transition, dans un contexte mouvant où les incertitudes sont nombreuses, il y a lieu de mettre en œuvre des projets dans une perspective structurante.

L'exigence, exprimée par les usagers, d'une plus grande qualité et d'une sécurité renforcée des prestations offertes est traduite par les pouvoirs publics au travers d'une législation tant dans le domaine sanitaire que dans le domaine médico-social.

Cette évolution, qui peut sembler n'être qu'une contrainte supplémentaire, représente en fait une opportunité importante pour le directeur d'établissement. Elle est l'occasion d'engager l'institution dans une réflexion globale quant au sens de l'action menée dans un environnement particulier.

Ce levier important, qu'est le management par la qualité, permet au directeur d'impulser dans l'institution une dynamique de changement durable où le leitmotiv est l'amélioration continue des prestations et des prises en charge autour de valeurs communes.

De l'implication du directeur dépend largement la réussite de la démarche.

En sa qualité de pilote, il a la responsabilité de définir clairement les objectifs poursuivis et d'anticiper sur les effets induits. Il doit être l'initiateur et le promoteur du changement.

Mais il a surtout un rôle d'exemplarité au travers de l'évolution de ses pratiques professionnelles et de ses méthodes de management.

Bibliographie

TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES :

- Code de la Santé Publique
- Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière
- Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière
- Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée
- loi n°97-60 du 24 janvier 1997 tendant, dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance
- Loi n°98-535 du 1er juillet 1998 relative au renforcement de la veille sanitaire et du contrôle de la sécurité sanitaire des produits destinés à l'homme
- Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale
- Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé
- Décret n°2001-1016 du 5 novembre 2001 portant création d'un document relatif à l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs
- Circulaire DHOS/DGAS/O3/AVIE/n°2003/257 du 28 mai 2003 relative aux missions de l'hôpital local
- Circulaire n°101/DHOS/O/2004 du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des SROS de troisième génération

OUVRAGES :

- AUBERT N. – "*Diriger et motiver, art pratique du management*" – Edition d'Organisation – 2002 – 355 pages
- BOIX A.M. - "*L'accréditation hospitalière, quel impact sur la culture et le management des établissements de santé ?"* - l'Harmattan – 2003 - 197 pages
- CROZIER M., FRIEDBERG E. - *"L'acteur et le système"* - Seuil - 1977 - 500 pages

- DERENNE O, PONCHON F. – "*L'usager et le monde hospitalier, 50 fiches pour comprendre"* – ENSP – 2002 – 206 pages
- DUCALET P., LAFORCADE P. - "*Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales*" - Seli Arslam - 2000 - 272 pages
- LETEURTRE H., PATRELLE I., QUARANTA J.F., RONZIERE N. - "*La qualité hospitalière"* - Berger Levrault - 1999 - 434 pages
- MIRAMON J.M., COUET D., PATURET J.B. – "*Le métier de directeur, techniques et fictions"* – ENSP – 2001 – 272 pages
- POULLAIN I. - LESPY F.- "*Gestion des risques, guide pratique à l'usage des cadres de santé"* - Lamarre - 2002 - 139 pages
- RAYMOND J.L, JEZEQUEL N., DE HARO A., - *"Donner du sens à la qualité dans un établissement de santé"* - Les études hospitalières – 2001 – 280 pages

PERIODIQUES :

- AMALBERTI R., PIBAROT Dr M.L. - "*La sécurité du patient revisitée avec un regard systémique"* - Gestion hospitalières - janvier 2003 N° 422 - pp 18 à 25
- STEUDLER F. – "*Le management hospitalier de demain : approche sociologique"* – Revue hospitalière de France – Mars / avril 2004 N°497 – pp 43 à 52

DIVERS :

- ANAES - "*Principes de mise en œuvre d'une démarche qualité en établissement de santé"* - 2002 - 77 pages
- ANAES - "*Préparer et conduire votre démarche d'accréditation, guide pratique"* - 2002 - 137 pages
- ANAES - "*Principes méthodologiques pour la gestion des risques en établissement de santé"* - 2003 - 114 pages
- DHOS - "*La sécurité sanitaire dans les établissements de santé, réglementation applicable"* - version n°4 - février 2004 - www.sante.gouv.fr
- DGAS – "*Démarche qualité – Evaluation interne dans un établissement ou service médico-social ou social et recours à un prestataire" – mars* 2004 – www.social.gouv.fr

AUTRES :

- BOTTARO S. - "*La gestion des risques"* - cours dispensé à l'Ecole Nationale de la Santé Publique - Rennes - juillet 2004
- FARGEON V. - *"La relation d'agence"* - cours dispensé dans le cadre du DESS santé, protection sociale et vieillissement - Grenoble - février 2004
- ROUSSEL P. - "*Le système d'information qualité – risques"* - cours dispensé à l'Ecole Nationale de la Santé Publique - Rennes - juillet 2004
- SAVIGNAT P. - *"l'évaluation des établissements sanitaires et sociaux"* - cours dispensé dans le cadre du DESS santé, protection sociale et vieillissement - Grenoble - juin 2004

Liste des annexes

- **annexe 1** : NON PUBLIEE

  Lettre du directeur à l'attention des personnels, relative à l''engagement de l'établissement dans une démarche qualité.

- **annexe 2** : NON PUBLIEE

  Journal interne n°1 "*La démarche qualité à l'hôpital Lour Picou*"