



EHESP

Filière Directeur des soins

Promotion : **2018 – Marie Curie**

Date du Jury : **Décembre 2018**

**LE MANAGEMENT DE LA QUALITE
GESTION DES RISQUES : UN ENJEU
POUR LE DIRECTEUR DES SOINS**

Sylvie LE ROUGE

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier Monsieur Jacques ORVAIN qui a accepté de me guider tout au long de ce travail.

Je remercie l'équipe pédagogique de la filière Directeur de soins de l'EHESP pour leur accompagnement.

Je remercie vivement l'ensemble des professionnels qui ont accepté de m'accorder du temps pour réaliser les entretiens ainsi que mes maîtres de stage.

Je remercie mes collègues de la promotion Marie Curie avec qui les échanges ont toujours été d'une grande richesse. Je remercie particulièrement Arielle, Caroline, Céline, Christophe, Franck, François, Jean, Luc-Olivier, Michelle, Nathalie, pour leur authenticité.

Enfin, je remercie Pascal, Océane, Nicolas, ainsi que l'ensemble de ma famille et de mes proches qui m'ont apporté leur précieux soutien.

Sommaire

Introduction	1
1 LE MANAGEMENT DE LA QUALITE - GESTION DES RISQUES : ENJEUX ET LEVIERS	7
1.1 La mise en place du management de la qualité dans les hôpitaux	7
1.1.1 Une évolution nécessaire.....	7
1.1.2 Des résistances à gérer.....	9
1.1.3 La plus-value du management de la qualité.....	11
1.1.4 L'interaction avec les différentes cultures	12
1.1.5 La confrontation des cultures.....	13
1.2 L'impact des différentes cultures sur le management	14
1.2.1 La présence de plusieurs cultures dans les hôpitaux	15
1.2.2 Une approche interculturelle indispensable.....	15
1.2.3 L'enjeu de l'interculturel	17
1.2.4 Les modalités de gestion de groupes de cultures différentes.....	17
1.3 Les paradoxes et le management par le sens	18
1.3.1 Des injonctions et des contradictions à prendre en compte	19
1.3.2 Face aux paradoxes, adapter le management.....	19
1.3.3 Les modes de gestion des paradoxes.....	21
1.3.4 Des comportements à comprendre pour communiquer et collaborer	21
1.4 Les gestionnaires de paradoxes ou comment collaborer	23
1.4.1 Les enjeux de la collaboration entre des organisations distinctes	23
1.4.2 Le concept des « boundary spanners »	24
1.4.3 Le rôle des passeurs de frontières.....	24
1.4.4 Des résistances à surmonter pour une collaboration élargie	25
2 L'ENQUETE SUR LE TERRAIN : ETUDE DE CAS	27
2.1 La méthodologie de l'enquête.....	27
2.1.1 Le choix de la méthode.....	27
2.1.2 Le terrain étudié et la population choisie.....	28
2.1.3 Les difficultés et les limites de l'enquête	28

2.2	L'analyse et les résultats de l'enquête.....	29
2.2.1	La vision de la qualité selon les acteurs	29
2.2.2	L'interaction entre les fonctions de directeur des soins et directeur qualité ..	33
2.2.3	L'organisation de la démarche Q-GDR et l'appropriation par les soignants..	37
2.3	La synthèse de l'analyse et la réponse aux hypothèses.....	43
3	DES PRECONISATIONS STRUCTURELLES ET CULTURELLES POUR INTEGRER LA Q-GDR DANS LE MANAGEMENT DU DS	45
3.1	Axe n°1 - Une politique institutionnelle de management de la Q-GDR : une formalisation impliquant des collaborations.....	45
3.1.1	Un engagement fort de l'équipe de direction	45
3.1.2	Des collaborations impératives entre les acteurs	46
3.1.3	Une politique de soins formalisée par le DS.....	46
3.2	Axe n°2 - Une politique managériale du directeur des soins : vers une intégration de la démarche Q-GDR	47
3.2.1	Une stratégie définie par le DS.....	47
3.2.2	Une démarche collective organisée	47
3.2.3	Formation et communication, des leviers pour une appropriation.....	48
3.2.4	Une structuration pluridisciplinaire du management de la Q-GDR.....	48
3.2.5	Une démarche intégrée dans l'organisation de la direction des soins	49
3.3	Axe n°3 - Des ressources de communication identifiées : un lien entre les différents groupes sociaux.....	50
3.3.1	Des relations indispensables entre les professionnels	50
3.3.2	Des moyens variés pour passer les frontières entre les groupes.....	51
3.4	Axe n° 4 - Une mise en œuvre opérationnelle : les soignants acteurs.....	52
3.4.1	Des appuis stratégiques pour l'opérationnalisation de la démarche	52
3.4.2	Une mise à disposition d'outils adaptés aux besoins et au contexte.....	52
3.4.3	Une évaluation de la démarche essentielle pour les acteurs	53
	Conclusion	55
	Bibliographie	57
	Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

ANAES	Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé
CLAN	Comité de Liaison en Alimentation et Nutrition
CLIN	Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales
CLUD	Comité de LUTte contre la Douleur
CME	Commission Médicale d'Établissement
CREX	Comité(s) de Retours d'Expériences
CS	Cadre de Santé
CSIRMT	Commission de Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques
CSS	Cadre Supérieur de Santé
DG	Directeur Général
DQ	Directeur Qualité
DS	Directeur(s) des Soins
EIG	Évènement Indésirable Grave
EIGAS	Évènement Indésirable Grave Associé Aux Soins
GHT	Groupement Hospitalier de Territoire
HAS	Haute Autorité de Santé
HPST	Hôpital Patient Santé Territoires
IFAQ	Incitation Financière à l'Amélioration de la Qualité
IPAQSS	Indicateurs Pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins
PAQSS	Programme d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins
PCME	Président de la Commission Médicale d'Établissement
PCR	Personne Compétente de Radioprotection
PMSP	Projet Médico-Soignant Partagé
PT	Patient Traceur
Q-GDR	Qualité Gestion Des Risques
RMM	Revue de Mortalité et de Morbidité
SNS	Stratégie Nationale de Santé

Introduction

Le système de santé connaît des transformations majeures afin de s'adapter à l'évolution de la société, aux nouvelles technologies, à l'état de santé de la population, ainsi qu'au contexte financier contraint. Ceci impose un passage d'une production de soins efficace à efficiente. Améliorer la qualité de la prise en charge des patients et leur satisfaction, garantir la sécurité des soins, sont des préoccupations constantes des établissements de santé, des professionnels et des usagers. Le management de la qualité et de la gestion des risques prend alors toute sa place. Il représente un changement décisionnel, organisationnel, culturel, dans un mouvement permanent.

S'appuyant sur des évolutions réglementaires, la démarche Qualité-Gestion Des Risques (Q-GDR) s'est mise en place progressivement à partir des années 1990 suite à différents scandales sanitaires, comme l'affaire du sang contaminé. Ce sont les ordonnances Juppé du 24 avril 1996¹, qui ont fixé un premier cadre juridique, en initiant la mise en place d'une évaluation externe obligatoire des établissements de santé. Pour piloter ce projet, un établissement public de l'État à caractère administratif a été créé. Il s'agit de l'Agence Nationale d'Accréditation des Établissements de Santé (ANAES). L'évolution de la démarche a été ensuite rythmée par les itérations des différentes certifications à partir des années 2000, sous l'impulsion de l'ANAES puis de la Haute Autorité de Santé (HAS). Cette autorité publique indépendante, à caractère scientifique, contribue à la régulation du système de santé pour l'amélioration de la qualité en santé et de l'efficacité. De plus, la loi du 4 mars 2002² a consacré un titre à la qualité du système de santé, notamment en instaurant la déclaration des événements graves obligatoire. La loi du 21 juillet 2009³ a ensuite placé la qualité comme un véritable enjeu de santé publique et a impliqué les professionnels de santé. En effet, la politique d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques est définie par le Président de la Commission médicale d'Établissement (PCME) au sein des hôpitaux. De plus, le décret du 29 septembre 2010⁴

¹ SECRETARIAT D'ETAT A LA SANTE ET A LA SECURITE SOCIALE. Ordonnances n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée. Journal officiel, n°98 du 25 avril 1996, 6324.

² MINISTERE DE LA SANTE. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Journal officiel du 5 mars 2002, 4118.

³ MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Journal officiel, n°0167 du 22 juillet 2009, 12184.

⁴ MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS. Décret n° 2010-1138 du 29 septembre 2010 modifiant le décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière. Journal officiel, n°0227 du 30 septembre 2010.

indique le rôle du directeur des soins, en précisant qu'il élabore avec l'ensemble des professionnels concernés le projet de soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques, en cohérence avec le projet médical, et le met en œuvre par une politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins. Plus récemment, la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016⁵ vient renforcer le dispositif. Elle garantit l'accès à tous à des soins de qualité et fixe des mesures d'amélioration de la gestion des Événements Indésirables Graves Associés aux Soins (EIGAS). La dernière stratégie Nationale de Santé 2018-2022 définit d'ailleurs quatre axes principaux dont l'un d'entre eux est de garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge.

Le lien entre la mise en place de la démarche qualité et la maîtrise des dépenses de santé est un réel levier de management pour les hôpitaux. A partir de 2012, le ministère des solidarités et de la santé met d'ailleurs en place une incitation financière à l'Amélioration de la Qualité (IFAQ), permettant d'obtenir une rémunération selon les résultats issus des démarches nationales de mesures de la qualité, comme la certification, les Indicateurs Pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (IPAQSS) ou les indicateurs hôpital numérique. Actuellement, la ministre de la santé envisage un nouveau modèle économique, incitatif, innovant, prenant en compte la qualité. Le 13 février 2018, le premier ministre a présenté la stratégie de transformation de l'offre de soins, avec 5 chantiers dont deux à ce sujet. Le premier chantier concerne l'inscription de la qualité et la pertinence des soins au cœur des organisations et des pratiques. « *La qualité doit être la boussole de nos organisations* »⁶. Des indicateurs de parcours sur les 10 pathologies les plus fréquentes seront mis en place. La satisfaction des patients et la perception du personnel du service rendu, seront mesurés systématiquement. La pertinence des soins sera également centrale puisqu'elle concourt à réduire les inconvénients et les risques pour les patients tout en répondant aux enjeux d'une gestion économique de la santé. Le second chantier a pour objet de repenser les modes de rémunération, de financement et de régulation. Le financement devra tenir compte de la prévention et de la qualité des soins. En 2019, de nouveaux modèles de financement seront centrés sur la prise en charge de maladies chroniques, la construction d'un vrai parcours de santé, la prévention et la qualité.

Face à ce contexte national, il est donc important de cerner les enjeux de la démarche Q-GDR. Ils sont nombreux et peuvent être regroupés en cinq catégories. Le premier enjeu est celui de la santé publique qui représente l'amélioration continue des

⁵ MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE ET DES DROITS DES FEMMES. Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Journal officiel, n°0022 du 27 janvier 2016.

⁶ Ministère de la solidarité et de la santé, février 2018, « Stratégie de transformation du système de santé », Dossier de presse, pp. 1-16.

pratiques, de la qualité et de la sécurité des soins au bénéfice des usagers. L'enjeu suivant est organisationnel. En effet, les objectifs sont de maîtriser les risques, de repenser les organisations, d'aider à la décision, de développer et renforcer une culture qualité-sécurité afin que la démarche soit continue, de promouvoir des démarches sur des thématiques d'impulsion, ainsi que de valoriser les établissements et par extension les professionnels. Comme nous l'avons vu précédemment, le troisième enjeu est financier. Ceci passe par une maîtrise des coûts et la non-qualité a un coût. L'enjeu suivant concerne les professionnels, afin de leur fournir des leviers d'amélioration, de rendre continue la démarche et de proposer un levier managérial pour l'encadrement. Le dernier enjeu a pour objet de répondre aux attentes des usagers, à leurs besoins, à leurs exigences et à celles de la société dans son ensemble.

Au regard de l'évolution du cadre juridique, des perspectives de modes de financement, des nombreux enjeux, le management de la qualité-gestion des risques s'impose donc dans les hôpitaux, pour répondre aux objectifs de la politique de santé, et notamment à une recherche de performance affirmée.

Cette dynamique implique donc un engagement de chaque acteur hospitalier, de la direction aux personnels médicaux et non médicaux. L'impact sociologique de la démarche qualité est à prendre en compte. Elle a permis d'entraîner les professionnels dans des formes de rationalisation. Le management qualité est fondé sur l'évaluation et sur les preuves. Cette démarche sous-entend une remise en cause des habitudes des professionnels. Elle peut alors être perçue comme une atteinte de leur autonomie. Les professionnels doivent rendre compte, rendre lisible leur activité, ce qui entraîne une forme de perte de pouvoir, au profit d'une meilleure visibilité de l'activité pour les managers et les patients. De plus, certaines méthodes comme les indicateurs nationaux, la certification et ses exigences, peuvent aboutir à une dérive aux yeux des professionnels. Cette logique imposée, qui s'immisce dans leurs pratiques, ne correspond pas obligatoirement à leur propre logique et peut conduire à une contestation, un rejet, une opposition. En effet, Il est régulièrement constaté des difficultés pour instaurer une culture qualité-sécurité. La participation des professionnels se fait parfois par obligation et à certaines périodes comme celles des certifications. Les professionnels peuvent alors se montrer réticents et voient la Q-GDR comme un frein, comme une charge de travail supplémentaire, comme une dénonciation de situations ou de personnes, comme un intrus qui demande des comptes. De plus, dans un contexte économique difficile qui impacte les ressources au quotidien et qui impose des réorganisations, la qualité peut passer au second plan pour les professionnels de terrain. Cependant, les outils Q-GDR sont parfois utilisés comme une solution de recours par les professionnels pour sortir d'une impasse, d'une situation de

crise, pour faire valoir des arguments de négociation afin, par exemple, d'obtenir des ressources. Les professionnels ne peuvent s'impliquer que s'ils perçoivent le sens de la démarche qualité-gestion des risques, d'où l'importance des modalités de mise en œuvre et du type de management utilisé, l'objectif étant d'éviter les freins et d'atteindre un niveau d'appropriation suffisant.

Au sein des établissements de santé, le management de la qualité-gestion des risques est confié soit à un directeur d'hôpital adjoint, soit à un directeur de soins (DS). Au regard de ses compétences⁷, la démarche Q-GDR est intégrée dans les activités du DS. Ce dernier collabore à la définition de la politique Q-GDR. Le projet de soins doit être cohérent avec la stratégie institutionnelle qui découle du projet Q-GDR. La commission de soins est consultée sur la politique d'amélioration continue de la qualité et de la gestion des risques associés de soins. Le DS contribue au pilotage de la mise en œuvre de cette politique, en lien avec l'ensemble de l'encadrement et de la communauté médicale. Lorsque le management de la qualité-gestion des risques est à la charge d'un Directeur Qualité (DQ), la relation entre le DS et le DQ peut prendre différentes formes, allant d'une vision complémentaire avec une répartition des tâches, à une notion de contradiction, de concurrence. Cette interaction entre le DS et le DQ peut alors induire une coopération, une confusion, une redondance, une ignorance, un conflit, voire une compétition. Le management de la Q-GDR peut être mené selon deux types de logiques. Une logique de moyens signifie un apport d'outils, de supports, une ingénierie autour de projets. L'autre logique peut être essentiellement centrée sur les résultats. Selon les groupes sociaux et selon les acteurs de la démarche, différents objectifs peuvent alors être poursuivis : faire mieux pour le patient, faire mieux pour le référentiel externe ou être conforme à ce qui est demandé. Face à ces différentes logiques, ces différents objectifs, il semble incontournable que la démarche Q-GDR nécessite une coordination rigoureuse. Pour cela, plusieurs stratégies peuvent être utilisées. Tout d'abord, le transfert d'informations permet le partage sans explication. La traduction quant à elle, donne les clés de compréhension ce qui permet un ajustement, une répartition entre les acteurs. Et enfin, la transformation permet une collaboration pour créer, innover. Il sera donc nécessaire de bien comprendre ce qu'elle représente, ce qui fera partie de nos interrogations dans cette recherche.

Au regard de l'ensemble de ces constats, nous pouvons donc tout d'abord nous questionner sur la vision, la conception de la qualité des différents professionnels, selon leur groupe social, au sein d'une même organisation et sur leur appropriation de la

⁷ Institut du management Filière de formation des directeurs des soins, décembre 2011 mise à jour novembre 2017, « Référentiel de compétences des directeurs des soins », EHESP, pp. 26.

démarche Q-GDR. Nous pouvons également nous interroger sur le lien qui peut exister entre les modalités de management de la qualité-gestion des risques et l'appropriation des professionnels.

Tous ces éléments nous conduisent à formuler la question de recherche suivante :

En quoi le positionnement du DS vis à vis du DQ impacte l'appropriation de la démarche Q-GDR par les soignants ?

Afin d'explorer cette question, nous pouvons déterminer trois hypothèses qui viendront guider notre recherche. Nous explorerons tout d'abord la vision de la qualité selon les acteurs. Puis, nous nous attacherons à déterminer si les fonctions de DS et de DQ sont complémentaires ou concurrentes. Enfin, nous examinerons si la structuration de la relation DS et DQ impacte l'appropriation de la démarche Q-GDR par les soignants.

Ainsi, dans une première partie, nous étudierons les enjeux et les leviers du management de la qualité (1). Puis, après la présentation de la méthodologie, nous analyserons les résultats de l'enquête menée sur le terrain afin de confirmer ou d'infirmer nos hypothèses (2). Pour finir, des préconisations seront formulées au regard des éléments de recherche recueillis, dans un objectif de projection professionnelle (3).

1 LE MANAGEMENT DE LA QUALITE - GESTION DES RISQUES : ENJEUX ET LEVIERS

Le management de la qualité-gestion des risques s'est imposé peu à peu dans les établissements de santé, dans un contexte complexe, souvent en invoquant l'existence d'une culture unique de la qualité qu'il s'agirait d'acquérir. Mais ce postulat d'une culture unique est contredit par les recherches en management. Il est donc nécessaire de se retrouver autour de concepts partagés sur la mise en place du management de la qualité dans les hôpitaux (1.1). La pluralité culturelle des professionnels doit être prise en compte et il convient d'adapter une stratégie managériale (1.2). Cette dernière doit également faire face aux nombreux paradoxes présents dans les hôpitaux, en s'appuyant sur la compréhension des comportements des différents acteurs pour communiquer et évoluer (1.3). La collaboration est donc un enjeu institutionnel fort, les freins et les leviers doivent être identifiés et gérés (1.4).

1.1 La mise en place du management de la qualité dans les hôpitaux

Le management de la qualité évolue selon les différentes approches qui se sont succédées, selon les cultures professionnelles, selon les organisations et selon les secteurs d'activité. Au cours de ces évolutions, des résistances sont apparues qu'il faut prendre en compte et intégrer. La démarche qualité peut être mieux valorisée en associant la pluralité des cultures dans le management.

1.1.1 Une évolution nécessaire

Le management de la qualité s'est transformé peu à peu avec des approches différentes selon l'environnement et selon les réglementations.

Différentes étapes ont ponctué l'évolution du concept qualité. Tout d'abord, le contrôle qualité est apparu dans la 2^{ème} partie du vingtième siècle, l'idée étant de se conformer de façon absolue aux spécifications, aux attendus. Puis, à partir des années 1970, l'assurance qualité a fixé comme objectifs « zéro défaut » et une maîtrise des procédés. Il fallait « produire bien du premier coup ». A partir des années 2000, la satisfaction des clients est recherchée. Il faut tenir compte des attentes et des besoins des femmes et des hommes. Le management de la qualité se met alors en place. Au-delà de la technique, du métier, la qualité dépend beaucoup de la perception qu'ont les usagers du

service rendu. La relation entre les usagers et les professionnels « producteurs » est donc primordiale. Le management des personnes est un facteur clé de succès dans la mise en œuvre de la qualité. L'industrie est à l'origine du management de la qualité, de son développement et ce n'est que bien plus tard que cette notion a été introduite au sein des établissements de santé. Les notions de traçabilité, d'accréditation, de certification, de référentiel, de procédure se sont peu à peu imposées pour amener les hôpitaux à se structurer autour des exigences qui s'imposaient à eux et qu'ils devaient s'approprier. Les établissements devenaient des producteurs de soins, avec des contraintes financières dans un contexte économique national difficile.

Dans chaque organisation, l'amélioration de la qualité est sous la responsabilité de la direction. La sensibilisation des dirigeants conditionne le succès de cette approche. Dans les hôpitaux, ce sont le directeur et le président de la commission médicale d'établissement qui définissent la politique qualité-gestion des risques et qui impulsent une dynamique institutionnelle. L'implication des employés qui assurent la production, est la deuxième condition pour maîtriser et améliorer la qualité. En effet, à tous les niveaux d'une organisation, l'investissement des acteurs dans la prévention de tout dysfonctionnement qui pourrait ralentir ou arrêter une production, est un avantage important, surtout dans un environnement concurrentiel ou avec des enjeux multiples. La complexité des organisations, des métiers, de leurs interactions conduit à la nécessité d'implication de chacun. La formation des professionnels, qui participent au management de la qualité, est d'autant plus importante. Elle permet de se retrouver autour de concepts partagés, afin que chaque groupe puisse se projeter. A titre d'exemple, la mise en place d'outils qualité reconnus de tous les acteurs (experts de la qualité, professionnels de terrain, usagers) comme la méthode du patient traceur (PT), permet une évaluation et une analyse collective des pratiques tout au long du parcours du patient. Ce type de démarche représente une des clés de la réussite pour une action efficace. La qualité nécessite un savoir-faire, une compétence. Elle doit aussi évoluer pour répondre aux besoins et aux attentes des usagers.

La qualité implique également une notion d'évaluation qui est développée et perçue de façons très différentes par les professionnels, allant d'une notion de contrôle à un outil de motivation. L'évaluation est un outil de rationalisation des décisions, une démarche de réflexivité collective, une construction d'un sens partagé de l'action, d'une intelligence collective. L'évaluation ne se résume pas à mesurer, contrôler les performances obtenues dans un référentiel donné. En effet, l'évaluation produit des connaissances, de nouvelles idées et une meilleure appréhension des problèmes. Elle permet de s'approprier les objectifs qui découlent du dispositif d'évaluation et donc de la politique en place. Elle donne du sens au travail, renforce les compétences, les motivations et institue une dynamique d'acteurs autour d'une politique. Tout l'enjeu est que les professionnels de terrain perçoivent cette politique et ces évaluations imposées, comme pertinentes, adaptées, utiles

pour leurs pratiques et pour les patients de leurs services. Les indicateurs nationaux pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ont été imposés dans les établissements depuis 2002. Cette injonction est apparue plus ou moins adaptée pour les professionnels. Le principe de cette évaluation est de pouvoir améliorer les pratiques au regard des résultats. Évaluer comprend alors une notion de valeurs. La définition de ces valeurs peut être difficile pour remporter un consensus. La perception de la pertinence de ces évaluations est pourtant déterminante pour une projection dans la démarche, une implication dans le management de la qualité. Plus généralement, l'évaluation repose sur des postulats qui ne sont pas nécessairement partagés par tous les acteurs et ceci peut expliquer les freins face au changement.

1.1.2 Des résistances à gérer

Le management qualité peut susciter des craintes du fait des interprétations possibles. Face aux résistances, il convient de faire un effort important pour convaincre les professionnels.

La résistance peut être liée au changement général ou ciblée sur le management de la qualité. Les origines sont variées. Il est possible d'identifier certains freins au déploiement de la démarche comme :

- . Une diversité des concepts et des terminologies.
- . Un programme théorique difficilement mis en pratique sur le terrain.
- . Une complexité pour la mise en œuvre des mesures, des recommandations.
- . Des pressions extérieures (Direction qualité, HAS...).
- . Un manque de communication ou une communication inadaptée.
- . Un manque de formation.
- . Une perception d'insuffisance de contextualisation, de centrage sur les cœurs de métiers.
- . Une non prise en compte des valeurs, de l'intérêt et de chaque acteur comme important.
- . Une dissociation entre la direction des soins et la Direction Qualité, avec absence de co-construction, de collaboration.

Les freins peuvent donc correspondre à des craintes, à des problèmes de cohérence, à des idées reçues, à des besoins implicites. Il faut comprendre ces différents facteurs et essayer de satisfaire les besoins, pour créer des conditions de succès. Le management de la qualité vise à satisfaire l'ensemble des besoins de la pyramide de Maslow et à surmonter les résistances liées à la défense des intérêts individuels ou collectifs. De plus, les dirigeants et les responsables qualité doivent être vigilants avec les professionnels qui peuvent avoir une vision cohérente, rationnelle dans leur contexte, mais qui n'est pas optimale pour l'organisation dans son ensemble. L'ensemble du système peut

alors résister au changement. Des freins peuvent donc exister au déploiement du management de la qualité. Il est nécessaire de les identifier pour pouvoir les lever.

Le management par la qualité n'est pas censé être oppressif envers les employés, il doit permettre une optimisation des organisations au service des usagers et des professionnels qui sont eux-mêmes acteurs de la démarche. Les méthodes utilisées pour manager la qualité doivent également être claires et adaptées à l'organisation afin de ne pas créer de confusion et de difficultés d'appropriation. Ce type de management est prévu pour durer et permet aux organisations de capitaliser dans le temps. L'engagement fort du dirigeant est la condition indispensable pour une mobilisation des professionnels et pour obtenir des résultats significatifs. L'engagement de la direction formalisé dans le projet d'établissement, les moyens alloués au service qualité-gestion des risques, son positionnement au sein l'institution, sont autant d'éléments déterminants pour favoriser le management de la qualité.

L'objectif est donc d'agir sur l'ensemble du système et sur sa culture, par des actions d'accompagnement, pour garantir un développement cohérent. Mais avant même de se poser la question du changement culturel, il faudrait pouvoir identifier les cultures sous-jacentes. Les différents processus de la démarche qualité incitent d'ailleurs à contextualiser les démarches. Ainsi, chaque étape est importante de l'engagement de la direction à la revue de direction, en passant par la formation des dirigeants et de l'ensemble des professionnels, par la mise en place de groupes de travail et par la restitution des résultats. L'organisation de la qualité doit être définie et formalisée, mais pour un contexte particulier. Toutes les mesures d'accompagnement, telles que la communication, la formation, facilitent la transition vers une culture qualité mais qui s'exprime dans un contexte local. Des hôpitaux mettent en place un programme de formation pour les nouveaux arrivants qui intègre une formation à la démarche qualité-gestion des risques et aux outils qu'ils auront à disposition. En cas d'essoufflement de la démarche, il est souvent nécessaire de prendre le recul nécessaire et de se remettre en question à travers un autodiagnostic ou une consultation d'experts externes, puis d'utiliser des opportunités de développement pour relancer la dynamique, comme l'utilisation du numérique ou l'innovation. Il est conseillé de partir du contexte local en adoptant une démarche qui soit ascendante et qui soit prise en compte par l'institution. A titre d'exemple, les professionnels adhèrent facilement aux comités de retours d'expériences (CREX) qu'ils peuvent s'approprier au sein de leur service. Ceci leur permet une analyse de leurs pratiques à partir d'un dysfonctionnement constaté et la mise en place d'actions correctives. La qualité des prises en charge des patients ne se limite pas à des indicateurs, des tableaux de bord, à des injonctions. Définir un niveau de qualité national, qui s'adapte à tous les contextes, peut sembler surprenant et questionnant pour les professionnels dans leur environnement singulier. Les logiques professionnelles sont donc différentes. La direction a une vision globale de l'organisation avec tous ses

paramètres et ses contraintes, dans un intérêt collectif. Les soignants médicaux et non médicaux adaptent leur prise en charge à la singularité des besoins de chaque patient. L'encadrement soignant est à l'interface de ces différentes logiques, de ces nombreux paradoxes.

Pour illustrer le propos, une synthèse des études académiques et de l'expérience professionnelle, indiquant les actions traitant les principales causes de difficultés, est proposée ci-dessous⁸.

Causes des difficultés recensées par les chercheurs	Communications	Actions préventives
Manque d'engagement des dirigeants	Définition claire des enjeux et de la politique qualité	Formation du comité de direction
Méconnaissance du management par la qualité des dirigeants	Démonstration de l'engagement des directions dans les programmes qualité	Formation du comité de direction
Sous-estimation de l'importance du changement culturel à réaliser	Habilité à mobiliser les différents registres culturels	. Formation des cadres et des personnels au management par la qualité . Implication des personnels

1.1.3 La plus-value du management de la qualité

La démarche qualité a un coût, mais malgré tout, des travaux montrent son bénéfice. L'approche économique recouvre une culture particulière. Ceci explique qu'elle puisse être rejetée au nom des autres cultures. Cela explique les difficultés à mobiliser l'approche économique dans ce débat.

Dans un contexte économique contraint, il est nécessaire de comparer le coût de la non qualité aux investissements à réaliser pour obtenir la qualité souhaitée. La non-qualité comprend tout ce qui n'apporte pas de valeur ajoutée et qui représente une perte pour la structure. Un investissement dans la qualité est donc largement compensé par la réduction des coûts de la non-qualité. Dans un hôpital, une des principales préoccupations des dirigeants est la plus-value organisationnelle. L'objectif est de sortir d'une organisation en silo et de travailler en interdisciplinarité, soit entre différents groupes sociaux. Les travaux de groupe permettent une intercompréhension et contribuent à un décloisonnement. Cependant, les résultats ne sont pas toujours visibles et démontrables rapidement. Les programmes d'amélioration de la qualité- gestion des risques peuvent s'étendre sur

⁸ BAROUCH G., 2017, *Le Management de la Qualité à l'Usage des Dirigeants*, La Plaine Saint-Denis : AFNOR, 144 p.

plusieurs semaines, plusieurs mois, voire plusieurs années. Une maîtrise des risques, comme celle de la prise en charge médicamenteuse peut nécessiter l'organisation de sessions de formations, réparties sur plusieurs plans annuels de formation. L'attendu du management par la qualité est l'amélioration de la fiabilité, de l'efficacité, de l'efficience des organisations et de l'image auprès des usagers. L'ensemble contribue à donner du sens, à renforcer la cohérence, à capitaliser le savoir-faire, à favoriser l'implication et la motivation des personnels ainsi qu'à faciliter les prises de décisions.

Cette plus-value n'est donc pas toujours perçue par les professionnels car l'impact d'une démarche qualité n'est pas toujours visible à court terme. De plus, cela fait référence aux attendus de chacun vis-à-vis de ce management, qui peuvent être variables selon les individus, les professions, les services, les établissements, le sens perçu et les cultures.

1.1.4 L'interaction avec les différentes cultures

Toutes les difficultés qui résultent des différences culturelles peuvent être dépassées par une attention particulière à ces spécificités. Le management doit donner du sens aux démarches pour mieux prendre en compte chacune des cultures, les articuler ou bien les modifier.

Au sein des établissements de santé, la satisfaction des patients, des médecins, des soignants, des ingénieurs qualité, de l'administration, soit de tous les acteurs intervenant dans l'organisation, est recherchée. Pour la HAS, le management de la qualité est une responsabilité de la direction, à un niveau stratégique. Pour la procédure de certification V2014, le management de la qualité-gestion des risques est positionné en tant que processus de pilotage, à un niveau stratégique et opérationnel et implique un réel engagement de la direction⁹.

De plus, comme l'indiquait Deming, l'implication et la participation active des personnels est indispensable. Plus récemment, la norme ISO 9000:2015 indique que : « *Un personnel compétent, habilité, et impliqué à tous les niveaux de l'organisme est essentiel pour améliorer la capacité de l'organisme à créer et fournir de la valeur*¹⁰ ». L'approche participative des professionnels à l'amélioration continue, quelle que soit leur culture, est donc une dimension très importante ainsi que leur formation au management de la qualité. L'enjeu est d'élaborer une stratégie managériale permettant leur implication, leur participation, leur initiative. Les méthodes, telles les PT, les CREX, laissent la possibilité aux professionnels de s'emparer de la démarche qualité et de se retrouver autour de bases communes, tout en laissant un espace d'interprétations différentes et donc

⁹ HAS Direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, janvier 2014, *Manuel de certification des établissements de santé V2010*, 111 p.

¹⁰ ISO 9000 :2015, p. 5.

d'échanges autour des thématiques abordées. L'objectif est d'intégrer les différentes cultures présentes.

De plus, le management par la qualité comprend des approches innovantes aux bonnes pratiques classiques, c'est-à-dire une amélioration continue basée sur une démarche expérimentale et une vision systémique. Un management par processus implique le passage d'une organisation verticale fonctionnelle à une organisation matricielle. Cependant, la politique nationale concernant la qualité dans les établissements de santé est ou peut être ressentie comme uniquement descendante donc imposée, sans concertation, non pertinente, non adaptée aux problématiques de terrain. Le niveau et le mode d'appropriation sont donc potentiellement variables entre les professionnels.

Ainsi, dans les hôpitaux, les dirigeants, l'encadrement, la communauté médicale, les soignants, ont-ils une même vision de la qualité et donnent-ils le même sens à son management ?

1.1.5 La confrontation des cultures

Le management de la qualité dans sa version la plus contemporaine incite à développer un travail sur les cultures professionnelles. Mais ceci se fait souvent au nom d'une culture unique de la qualité qui vient s'opposer aux autres cultures. Au sein même du mouvement de la qualité, différentes déclinaisons culturelles ont pu être décrites.

Des chercheurs observent que les échecs du management de la qualité sont liés au fait que la culture reste inchangée. Chacun marque une opposition à la culture de l'autre, à une évolution de sa propre culture. Ceci peut inhiber ou faire dérailler une initiative qualité¹¹. Des changements culturels ont eu lieu au cours de l'histoire récente. Ainsi, le discours actuel sur le management de la qualité incite au passage « *d'une conception mécaniste fondée sur une large occultation des défauts à un mode de pensée systémique et pragmatique* »¹², ce qui peut perturber les personnels et l'encadrement. Selon les contextes et les professionnels, les modalités de gestion des dysfonctionnements pouvaient varier en termes d'organisation, de prise en compte, de communication, avec une notion d'autonomie des équipes pour gérer ces problèmes. Le management par processus conduit aujourd'hui les personnels à avoir plusieurs interlocuteurs et à devoir répondre à des exigences parfois contradictoires mais légitimes. Le dialogue entre les cadres et dirigeants est un élément central pour qu'une harmonisation puisse avoir lieu. De plus, la formalisation des tâches, la mise en place d'indicateurs et de dispositifs de détection des dysfonctionnements, peuvent

¹¹ DETERT J., SCHROEDER R., et MAURIEL J., 2000, *A framework for linking culture and improvement initiatives in organizations*, in *Academy of Management Review*, 25(4): pp. 850-863.

¹² BAROUCH G., 2017, *Le Management de la Qualité à l'Usage des Dirigeants*, La Plaine Saint-Denis : AFNOR, 144 p.

induire une réduction de l'autonomie des personnels et augmenter le pouvoir des dirigeants. Il est possible d'observer des réticences de la part des professionnels à l'utilisation des dispositifs de signalement d'évènements indésirables qui sont mis en place dans les établissements de santé. Le signalement peut être perçu comme une dénonciation, une attaque vis-à-vis des autres professionnels, en omettant la finalité de ce type de dispositif. Le changement culturel est donc significatif et peut se heurter à une résistance de certaines cultures organisationnelles. La formation de l'ensemble des professionnels semble donc être une condition pour le bon fonctionnement du management de la qualité et permet d'apprendre à confronter d'autres cultures dans une logique constructive. Face à une autre culture qui induit une crainte, la formation permet de comprendre les enjeux, les avantages, les méthodes et contribue à rassurer, notamment sur la notion de mise en cause de l'organisation face à une non-conformité et non d'une personne. A titre d'exemple, la mise en place de déclaration de traitement des évènements indésirables associés aux soins dans les hôpitaux, a permis de pouvoir identifier et traiter des dysfonctionnements qui étaient auparavant ignorés. La gestion des risques permet d'organiser différents groupes de travail autour de thématiques sensibles avec les acteurs concernés directement ou indirectement. Les professionnels sont alors confrontés à une logique, une culture qu'ils peuvent percevoir éloignée de leurs pratiques, de leurs valeurs et comme manquant de pertinence.

A partir des métiers de directeur des soins, professionnel de direction d'origine soignante issu du terrain et de directeur qualité, professionnel expert sur la thématique, est-il possible d'identifier différentes cultures, différentes façons de manager la qualité ? Ces approches sont-elles complémentaires, concurrentes, redondantes ? Quel est l'impact de cette diversité dans la qualité des soins ?

1.2 L'impact des différentes cultures sur le management

Nous avons vu que la mise en place des politiques qualité peut se heurter à des difficultés d'intercompréhension. Nous allons maintenant nous appuyer sur des travaux qui ont mis en avant les questions d'interculturalité. Selon leurs cultures, les professionnels ont un regard différent sur la qualité. Ils sont pourtant amenés à se confronter et à travailler dans un même système. Une approche psychosociale, avec un mode de management adapté, est nécessaire pour prendre en compte tous les acteurs, continuer d'évoluer, tout en intégrant leurs cultures.

1.2.1 La présence de plusieurs cultures dans les hôpitaux

La culture influence les comportements et les pensées des individus. La perception de sa spécificité apparaît en présence d'autres cultures.

A l'hôpital, la notion de culture, de différence de cultures, est très présente. Cet argument est souvent utilisé par les professionnels lors de projets ou de changements des organisations. « *La culture est le produit de tout rassemblement d'êtres humains* »¹³, de par la communication et les interactions entre des personnalités. La culture représente un code précisant la manière de se comporter face à une situation. Elle évolue car elle intègre de manière continue de nouveaux codes. Elle propose des modèles de comportements, de pensées. C'est une composante de notre identité, d'où une notion d'automatismes, de fortes influences. Elle n'est alors perçue que lorsque nous sommes exclus ou confrontés à d'autres cultures, comme un changement de métier, d'employeur, de service. Chacun peut appartenir à plusieurs cultures que ce soit professionnelles ou extra-professionnelles, qui évoluent et se croisent. Dans un établissement de santé, qu'il s'agisse d'un métier, d'une catégorie professionnelle, d'un service, d'un pôle, ce sont autant d'exemples de possibilités de regroupement de personnes autour d'une culture et pour certains de plusieurs.

1.2.2 Une approche interculturelle indispensable

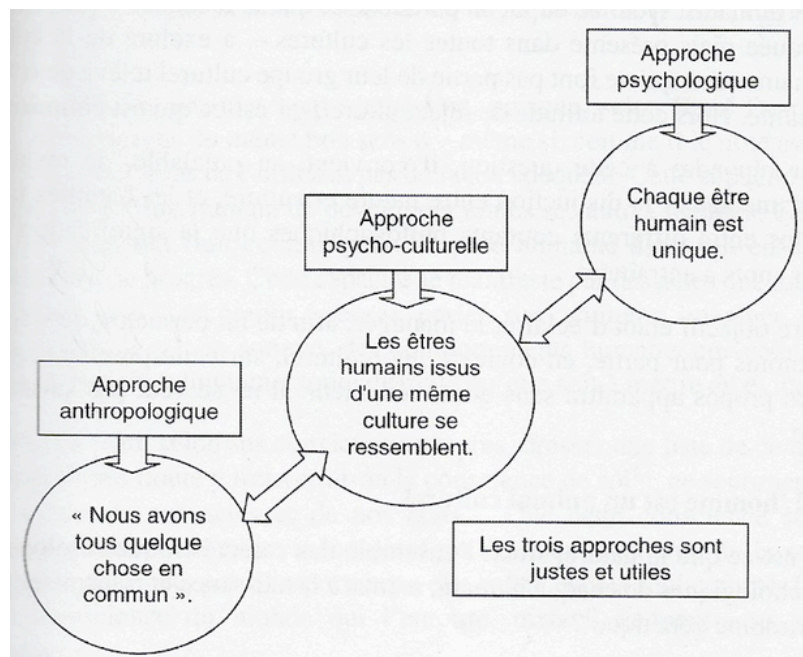
Une approche sociale des comportements est nécessaire pour identifier et comprendre les relations interculturelles.

L'interculturel est une rencontre entre deux réponses différentes. La communication lors de la rencontre entre deux cultures différentes est complexe. L'enjeu est de s'entendre, de se comprendre lorsque les comportements, les habitudes, les croyances, les valeurs, sont différentes. Pierre Casse¹⁴ propose trois approches de l'interculturel : anthropologique, psychoculturelle, psychologique. Une synthèse simple de ces trois approches¹⁵ est proposée ci-dessous.

¹³ LAINE S., 2004, *Management de la différence : apprivoiser l'interculturel*, Saint-Denis La Plaine : AFNOR, 290 p.

¹⁴ Pierre Cadde, *Les Outils de la Communication Efficace*, Couchard, Paris, 1990.

¹⁵ LAINE S., 2004, *Management de la différence : apprivoiser l'interculturel*, Saint-Denis La Plaine : AFNOR, 290 p.



L'objectif n'est pas de privilégier une approche mais de recourir à ces démarches complémentaires et non contradictoires. Il s'agit donc de mieux connaître ce qui nous est propre, ce qui nous rend unique, ce que nous partageons avec les membres des autres groupes sociaux, ce qui nous influence, mais aussi ce que nous avons en commun avec autrui. L'objectif est d'identifier le minimum commun, une base de collaboration et d'entente à développer. Dans ce travail, l'étude se situe dans une approche socio-culturelle des comportements.

La maîtrise des relations interculturelles passe par la définition de sa propre culture et l'interrogation de l'image que les autres s'en font. Il sera ensuite possible d'identifier et de reconnaître les autres cultures et d'évoluer vers plus de tolérance.

Cependant, la confrontation à des cultures inconnues, différentes, hors de nos normes, peut susciter de la crainte, de la méfiance et un sentiment de menace. Le jugement des autres, voir leur rejet, peut alors être observé avant de commencer à les connaître. La prise de conscience de leur différence permet un rapprochement, un élargissement du champ des possibles. Il faut alors agir sur les craintes conscientes ou inconscientes qui visent notre sécurité, notre confort et qui nous empêchent de nous exprimer ou d'agir. L'acceptation du contact, de la rencontre est une étape centrale. Les groupes de travail qui se constituent autour d'une thématique, comme celle de la prise en charge de la douleur, impliquent la participation de différentes catégories de professionnels issus de services différents. Leur production passe par une prise en compte des connaissances, des attendus et des contraintes de chaque participant, ce qui leur permet une ouverture vers d'autres cultures.

1.2.3 L'enjeu de l'interculturel

La prise en compte des différentes cultures conduit à construire une base commune permettant une évolution, tout en reconnaissant chacune comme un ensemble cohérent.

Leurs existences au sein d'une organisation, comme l'hôpital, doivent être identifiées et l'objectif est de tirer profit de ces différences, en les comprenant et en communiquant avec respect. La notion de valeurs, différentes d'une culture à l'autre, prend ici toute son importance et doit être prise en compte. Les valeurs représentent un socle, une structure et donnent un sens à chacun. Elles conduisent à interagir avec l'environnement puisqu'elles représentent des principes, des références de conduite, qui induisent les comportements conscients ou non. Si ces valeurs sont remises en cause, un malaise apparaît par la négation et par la remise en question de ce qui fait l'identité.

Il est donc important de créer des liens, des passerelles entre les cultures afin que chacun se complète, s'enrichisse, parmi leurs forces et leurs faiblesses. Un groupe de travail sur la prise en charge de la douleur regroupe des professionnels de services prenant en charge la douleur aiguë, d'autres services la douleur chronique et l'ensemble peut être animé par un professionnel expert dans cette thématique, permettant de favoriser les liens entre les différents groupes. Il faut se donner le temps nécessaire pour s'observer, percevoir les automatismes, dialoguer, avant de collaborer. La diversité culturelle, comme la culture médicale, soignante, administrative, serait donc source de force et d'évolution et chaque culture se modifie et s'adapte pour ne pas disparaître. Si cette démarche n'est pas respectée, le rapprochement entre deux cultures peut constituer un frein, et une réaction d'indifférence peut être observée.

1.2.4 Les modalités de gestion de groupes de cultures différentes

Il existe plusieurs stratégies managériales pour faire face aux différentes cultures, allant de la notion d'intégration à celle de la capitalisation.

En termes de management, pour travailler avec deux organisations de cultures différentes, plusieurs stratégies sont possibles. En premier lieu, l'intégration revient à ignorer les différences culturelles, ce qui aboutit à une standardisation du management. Ensuite, la reconnaissance partielle des différences permet d'éviter les conflits et de trouver un compromis culturel, avec une notion de tolérance. La troisième possibilité est de capitaliser sur les différences en donnant à chacun sa place et en développant l'ensemble afin de s'enrichir des diversités. Cette dernière option suppose que les managers fassent preuve de souplesse, d'une aisance relationnelle, de créativité et d'ouverture d'esprit.

« L'hôpital est classiquement décrit comme une bureaucratie professionnelle, c'est-à-dire une organisation où les producteurs de première ligne génèrent les règles de leur fonctionnement. L'hôpital est aussi souvent décrit comme une organisation pluraliste

d'affrontement de différentes professions soutenues par différentes rationalités »¹⁶. Une différence de rationalité, de culture entre deux sous-systèmes, peut donc générer des tensions, évoluer en conflits et déplacer des équilibres entre les acteurs. Différentes stratégies managériales peuvent permettre d'accompagner et de rapprocher ces deux groupes. Le management instrumental se base sur l'application stricte d'une réglementation, d'une procédure, avec l'organisation de la traçabilité et du contrôle. Le management organique permet de spécialiser les acteurs selon les thématiques, les projets menés. Le cadre fixe des objectifs pour chaque professionnel, qui doit trouver des solutions avec sa propre logique, puis il contrôle leur atteinte. Le management culturel n'impose pas de solution idéale mais se base sur un mécanisme de concertation des différents groupes d'acteurs pour obtenir un compromis, qui prend en compte leurs valeurs et leurs cultures, comme peut le faire le PCME auprès de la communauté médicale. La mise en place des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT) est l'illustration à un échelon territorial du rapprochement, du croisement de différentes cultures, accompagné d'éventuelles craintes, réticences, de la part des professionnels. L'élaboration des projets médico-soignants partagés a nécessité la concertation de professionnels des établissements concernés, pour aboutir à un travail commun. La mise en œuvre de ces projets implique de poursuivre dans cet axe collaboratif.

La richesse et la difficulté de l'interculturel est un enjeu pour le management des activités de soins ou de la qualité. Chaque professionnel doit trouver du sens dans son activité pour pouvoir se projeter. L'interculturel permet de mieux se comprendre, de trouver des solutions, mais met en évidence des paradoxes culturels qui augmentent le risque d'incohérence.

1.3 Les paradoxes et le management par le sens

La reconnaissance des cultures multiples ne suffit pas à aplanir les difficultés de compréhension. La juxtaposition de différentes cultures crée des contradictions et des paradoxes qu'il va falloir gérer. Le management s'adapte en permanence, en utilisant différentes stratégies pour que chaque acteur s'implique dans l'institution, s'approprie les projets, avec un sentiment d'appartenance. Mais cela peut créer des injonctions paradoxales qu'il va falloir gérer de façon à préserver le sens de l'action collective.

¹⁶ ORVAIN J., HAMEL C., 2014, « *L'interdiction des retranscriptions pharmaceutiques : Adaptation du management aux conventions sociales* », Journal de Gestion et d'Economie Médicale, 32(7), pp. 521-536.

1.3.1 Des injonctions et des contradictions à prendre en compte

Dans les établissements de santé, les injonctions sont fréquentes et peuvent se trouver en contradictions avec l'existant. Il convient alors de les prendre en compte.

Le management est trop souvent dépourvu de sens par une inflation d'injonctions et d'outils imposés sans explication et sans articulation avec l'existant. Dans le cadre public (non marchand), le sens est la finalité qui doit conditionner le choix des méthodes et des outils. Il est avant tout une prise de conscience des raisons, des enjeux et de l'impact des actions. Il intègre le fait que le service public doit en permanence gérer des exigences en tension : écoute des citoyens tout en ne perdant pas de vue l'intérêt général, être efficace en préservant la paix sociale et en tenant compte du contexte économique, tenir compte de la multiplicité des acteurs (professionnels, usagers, tutelles, collectivités locales). Le management s'exerce dans une tension entre des cultures, des systèmes de valeurs différents et dans un contexte instable. Il ne peut pas faire l'impasse du sens surtout dans des phases de changement.

La prise en compte lucide de ces paradoxes est une condition de réussite majeure en faveur d'une action publique cohérente. Sans sens, pas d'attractivité, sans attractivité, difficile de pourvoir des postes nécessaires à la mise en œuvre des politiques publiques. Le directeur a donc un rôle crucial, il doit être médiateur, arbitre et donner du sens. Le management par le sens permet à chaque agent de comprendre ses missions et celles de son environnement. Il s'impose pour accroître la performance, ce qui sous-entend direction, signification et appropriation pour chaque acteur. De nouvelles directives dans le champ de la qualité, comme une nouvelle procédure de certification des établissements de santé, exigent une politique institutionnelle définie autour de cette nouveauté, une explication voire une sensibilisation ou une formation à ce sujet, afin que chaque acteur puisse s'inscrire dans le changement et s'impliquer.

1.3.2 Face aux paradoxes, adapter le management

Liés aux différentes cultures, de nombreux paradoxes existent qui peuvent impacter les organisations, les valeurs existantes, et provoquer des tensions chez les professionnels. Le manager doit s'adapter en utilisant différentes stratégies selon la nature des paradoxes, les personnes concernées et les difficultés engendrées.

Dans le service public, la gestion des paradoxes correspond à la gestion des différentes exigences, de la complexité et des tensions multiples. Les paradoxes se situent entre les intérêts particuliers et l'intérêt général, prendre une décision pour une catégorie de patients ou pour un patient dans toute sa singularité. Il s'agit également d'assurer une

gestion entre l'empathie et le contrôle, c'est-à-dire savoir se mettre à la place de l'autre dans une situation donnée, mais aussi savoir évaluer, contrôler dans cette même situation. Le manager peut aussi être en position de répression vis-à-vis d'un agent mais également d'aide selon les circonstances. Kant définit la notion de paradoxe comme le fait de « *faire face à des tensions qui ne peuvent s'annuler, au contraire de la contradiction* »¹⁷. Les paradoxes peuvent entraîner des tensions, de l'anxiété, une perte de repères, paralyser l'action, et altérer des valeurs qui donnent du sens. Il est donc important d'avoir un usage approprié des outils de gestion, de prendre en compte tous les acteurs et leurs spécificités, de façon à essayer de gérer les paradoxes de l'organisation. Il n'est pas possible de supprimer toutes les tensions. Mais il s'agit de les connaître et de savoir les prendre en compte. La perception de la complexité est positive dans le management car elle permet d'appréhender l'intrication des problèmes et de l'action. Le management ne peut pas se faire qu'avec des outils car ils ne prennent pas en compte le débat sur le contenu de l'action, mais il ne peut pas non plus se faire sans eux. Le management des paradoxes est donc la pratique d'une navigation complexe entre des exigences différentes.

Pour gérer les paradoxes, il est nécessaire et complémentaire pour les cadres et les dirigeants, d'être à la fois administrateur, manager et leader. La co-construction de démarches stratégiques, un pilotage adapté de projets et de processus de changement, permettent une conduite pertinente de l'action publique en situation complexe. La notion de leadership est d'autant plus importante que le leader peut être le donneur de sens quand la simple cohérence des actions ne suffit plus. Le leader peut effectivement aider à surmonter les paradoxes de l'organisation en donnant un sens particulier à l'action dans un contexte singulier. Le besoin de leader est encore plus nécessaire dans le secteur non marchand car les organisations sont basées sur des valeurs plurielles et orientées par des missions diverses. Le management par le sens conduit à prendre en compte la diversité des valeurs par l'ouverture, et permet de dépasser les paradoxes de l'organisation par l'innovation organisationnelle. Ce management est finalement fondé sur la reconnaissance d'une pluralité des valeurs et l'acceptation des paradoxes que cela crée.

Dans les établissements, ce sont souvent les cadres intermédiaires qui sont concernés par les tensions organisationnelles surtout dans des contextes de réorganisations, de restructurations où ils sont amenés à gérer des paradoxes. Ceci peut induire une détérioration du bien-être au travail des professionnels et peut nuire à la performance des organisations. Cette complexité doit être identifiée et prise en compte dans la stratégie managériale à tous les niveaux de l'encadrement.

¹⁷ TROSA S., BARTOLI A., 2016, *Les paradoxes de management par le sens*, Rennes : Presses de l'EHESP, 167 p.

1.3.3 Les modes de gestion des paradoxes

La gestion des paradoxes a pour objet de maintenir une cohérence, de donner du sens aux professionnels, de les rapprocher malgré leurs différences, avec un objectif commun de performance.

Les modalités de gestion de ces paradoxes peuvent être multiples, selon leur nature. Smith et Lewis, ont défini trois types de paradoxes en 2011 :

- L'appartenance : « *L'identité professionnelle promeut les tensions qui sont entretenues entre les individus et la collectivité ; entre les rôles, les valeurs et les appartenances en compétition* ». (Exemple : tensions entre médecins et administration)
- La Performance : « *La pluralité encourage les objectifs multiples concurrents puisque les parties prenantes recherchent des succès organisationnels divergents* ». (Exemple : performance des parcours patient et performance économique)
- L'organisation : « *Structurer et diriger favorise la collaboration et la compétition, l'autonomie et le contrôle, la maîtrise et la flexibilité* ». (Exemple : Pôles et Direction)

Une étude menée par Alain VAS et Nathalie GUILMOT¹⁸ montre que les cadres intermédiaires semblent privilégier une stratégie d'ajustement discursif pour gérer les paradoxes d'appartenance et d'organisation. Ils adaptent leur communication aux multiples sous-systèmes dans lesquels ils évoluent, tout en respectant le besoin de cohérence de l'organisation en tant que système collectif. Le paradoxe de performance est plutôt géré par des stratégies de décomposition spatiale et temporelle. Le cadre joue sur la répartition du temps, le rythme de passage d'une action à une autre et sur les thématiques abordées, allant du quotidien aux projets. Cependant, les tensions paradoxales peuvent être imbriquées, ce qui amène les cadres à mobiliser plusieurs stratégies d'adaptation selon le contexte. Une approche systémique, évolutive, prend ici toute sa place. On perçoit la nécessité d'avoir une connaissance approfondie des organisations, des acteurs et de leurs comportements, pour adapter son management à l'environnement.

1.3.4 Des comportements à comprendre pour communiquer et collaborer

Pour percevoir les paradoxes au sein de l'organisation, il faudra être attentif aux différents comportements qui traduisent des cultures distinctes.

¹⁸ VAS A., GUILMOT N., mai 2017, *Paradoxe et changement organisationnel : les stratégies d'adaptation des cadres intermédiaires*, Gestion 2000, volume 34, pp. 381-414.

Une collaboration induit bien souvent des changements de pratiques, de comportements, qui peuvent être vécus difficilement dans la sphère professionnelle, et notamment hospitalière. Des arguments rationnels, une information largement diffusée, ne sont pas suffisants pour éviter les résistances. Il convient donc d'identifier les différents facteurs culturels qui influencent nos comportements pour pouvoir ensuite agir et évoluer vers une collaboration malgré ces différences.

Il est également important de tenir compte des croyances de chacun, de ses attitudes, de l'influence des règles en place et de l'influence des autres membres du groupe. Les professionnels souhaitent également percevoir le contrôle qu'ils auront lors d'une nouvelle collaboration. Tout changement pouvant entraîner des résistances, l'identification en amont des facteurs influençant les comportements est une priorité pour que deux groupes collaborent. Repérer les leaders, observer les manières d'être, de faire, identifier les compétences, les liens entre les acteurs, sont des étapes à ne pas négliger en tant que manager d'un groupe, et d'autant plus en tant que pilote de groupes distincts. Des facteurs psychologiques et émotionnels peuvent également induire un comportement paradoxal et éloigner toute rationalité. Les agissements des professionnels sont au croisement de ce qui est lié aux objectifs, lié à leurs valeurs, et de ce qui est influencé par l'environnement. La voie la plus simple et le court terme sont souvent privilégiés sans prendre en compte les conséquences à long terme.

Faire évoluer les comportements signifie sortir d'un cadre établi tout en conservant la légitimité et le positionnement de chaque groupe. Modifier les comportements au sein d'une organisation implique d'agir sur des habitudes, des valeurs, des croyances, sur ce qui a toujours réussi, sur ce qui a toujours existé, sur ce qui est imposé. Il faut donc sortir de ce cadre et s'appuyer sur des personnes qui vont permettre cette évolution. Le choix de ces personnes doit prendre en compte les notions de légitimité et de positionnement entre les différents groupes devant collaborer et évoluer dans leurs comportements. Elles doivent être connues et reconnues de chaque partie à travers ce qu'elles représentent, ce qu'elles apportent, ce qu'elles impulsent et de leur position dans l'institution. Chaque groupe a une propre logique interne qui est cohérente et qui permet aux acteurs de se comprendre sans effort. Les logiques peuvent se modifier ou une nouvelle logique peut être créée entre les groupes qu'il faudra justifier de façon continue, au moins dans un premier temps. Cela signifie se détacher du cadre habituel et adopter de nouveaux comportements, de nouvelles pratiques, tout en préservant le cadre institutionnel. Pour communiquer, les professionnels ont besoin d'avoir des ressources connaissant les différents langages des groupes ou des traducteurs ou des espaces de collaboration.

L'institution, l'encadrement ont un rôle d'accompagnement dans l'évolution des comportements, et ceci passe par une connaissance et une prise en compte de

l'environnement de chaque groupe social, tout en respectant les objectifs institutionnels. Il est donc nécessaire que les groupes communiquent entre eux et que le passage d'un groupe à l'autre soit facilité grâce à la mise en œuvre de différents dispositifs.

1.4 Les gestionnaires de paradoxes ou comment collaborer

Le cloisonnement au sein même des établissements de santé nécessite des moyens pour maintenir une porosité permettant une collaboration par la mise en place de passerelles et évitant toute réticence des acteurs de chaque groupe social. Il convient à la fois de respecter les paradoxes et de favoriser les rapprochements. Des personnes à des postes clés ont souvent pour rôle de gérer les paradoxes de l'organisation. Ce rôle peut être explicite quand il s'agit de faciliter les projets de collaboration. Il peut être plus implicite quand il s'agit de surmonter les frontières de l'organisation et d'agir comme passeur de ces frontières.

1.4.1 Les enjeux de la collaboration entre des organisations distinctes

La collaboration des professionnels se fonde sur la conscience de l'interdépendance des acteurs et permet de partager une vision et de converger vers une finalité commune. Avoir des groupes organisés autour d'une culture commune apporte alors un intérêt pour les organisations.

Les enjeux des différents professionnels sont souvent intriqués. Une vision partagée, un partage de buts, des points de convergence, une finalité commune, peuvent motiver une collaboration interprofessionnelle. A la notion de collaboration sont souvent associées des règles implicites ainsi que le volontariat et la conviction de certains acteurs. La capacité d'adaptation au fonctionnement des autres est essentielle. L'apport de connaissances, d'outils, permet une intercompréhension, une coopération et constitue un socle commun, pour aller vers une culture commune. Constituer un CREX avec des professionnels partageant les mêmes objectifs autour d'une thématique, peut initier une collaboration entre des groupes distincts. L'apport méthodologique par un professionnel de la qualité contribue à la construction d'une base commune. En outre, la pérennité du comité sera favorisée par l'impulsion d'une dynamique de la part de la direction des soins par exemple. La structure, l'organisation de l'hôpital, est bien souvent cloisonnée par directions, par pôles, par services, par professions. La collaboration entre des acteurs de professions distinctes, poursuivant des objectifs différents et n'ayant pas toujours le contrôle sur les parties prenantes, est un donc un véritable enjeu pour les établissements.

Un des premiers leviers à actionner pour collaborer est la prise de conscience des interdépendances des savoirs, des expériences et des limites de ses propres compétences. Ceci est favorisé par le management par processus qui se met en place par l'intermédiaire de la procédure de certification. Il est ensuite important d'avoir des compétences pour véhiculer les connaissances entre les groupes sociaux, pour les traduire avec neutralité et pour articuler des logiques professionnelles hétérogènes afin que chacun puisse se projeter en fonction de ses attentes. Afin d'opérer un changement, il est nécessaire de décloisonner les cadres cognitifs pour constituer des frontières communes de compréhensions des enjeux et d'établir une relation de confiance en respectant les cadres collaboratifs. Les parties doivent être en capacité de collaborer sans transformer les rapports de pouvoirs stabilisés. Ce cadre commun constitue un appui conventionnel à une collaboration qui favorise la prise de décision partagée et qui peut nourrir de nouveaux projets.

1.4.2 Le concept des « boundary spanners »

Au sein des hôpitaux, l'existence de groupes sociaux distincts et la nécessité de travailler ensemble impliquent de se retrouver pour collaborer.

La littérature sur les « *boundary spanners* » est apparue dans le management de crise et les ressources humaines fin des années 60, début des années 70. Les mots « *boundary* » et « *spanners* » signifient respectivement « *frontières* » et « *Clés* ». On perçoit ici la notion de travail à travers les frontières. L'expression est traduite comme « *Passeurs de frontières* »¹⁹, signifiant les comportements et les aptitudes de ceux et celles qui travaillent des deux côtés de la barrière. Les termes de médiateur, intermédiaire, interface, poste ou agent de liaison, sont également utilisés. Le concept de « *boundary spanners* » fait référence aux personnes liées étroitement au « *développement des relations de coopération et d'échange avec une autre organisation* » (Lorentz E., 2001).

Dans le secteur hospitalier, la collaboration entre des professionnels ayant des cultures et des organisations différentes est centrale. Les enjeux de cette coopération doivent être repérés ainsi que l'ensemble des interfaces et leurs rôles. Les passeurs de frontières sont donc nécessaires au regard de la multiplicité des groupes sociaux dans les établissements de santé.

1.4.3 Le rôle des passeurs de frontières

Des ressources doivent être identifiées et reconnues pour permettre à chacun de traverser les frontières pour coopérer.

¹⁹ Linguee.fr

Des qualités relationnelles comme l'empathie, des compétences comme la compréhension des langages de chaque groupe et la capacité à les rendre compréhensibles, sont recherchées chez les passeurs de frontières afin de les positionner comme médiateurs. Ils permettent une production de connaissances et sont vecteurs de traduction entre deux organisations. L'objectif est de permettre ensuite aux acteurs de traverser les frontières. L'innovation au sein de cette zone est essentielle pour pouvoir promouvoir une collaboration.

Des personnes et des outils peuvent aider le passage de frontières, comme le dossier patient informatisé qui permet une collaboration étroite entre médecins, pharmaciens, infirmiers et qui contribue à prévenir les risques d'erreurs médicamenteuses. Dans ce cadre, Star et Griesemer (1989) définissent la notion d'objet-frontière, comme devant s'adapter aux besoins, aux contraintes des différents groupes sociaux, et maintenir une identité commune. Son rôle sera d'être un vecteur de transmission reconnu et admis par tous et de favoriser une approche pluridisciplinaire. Le dossier patient informatisé en est l'illustration.

Les passeurs de frontières sont donc les facilitateurs de la coopération. Deux niveaux peuvent exister. Le premier se positionne comme un intermédiaire, assurant le passage des idées, des pratiques, et le second assure en plus une traduction qui permettra ensuite de mener une action conjointe avec les ressources des différents groupes, conduisant à une innovation. Une troisième configuration relie des groupes sociaux hétérogènes, sans modifier leurs logiques et leurs identités, ce qui implique de la part de chaque groupe une capacité à se projeter et à servir les intérêts de tous les acteurs d'un projet commun. Ces groupes projets sont souvent de courte durée car le maintien est difficile dans le temps et a un coût.

1.4.4 Des résistances à surmonter pour une collaboration élargie

Pour s'engager dans une collaboration, celle-ci doit être traduite auprès de tous les acteurs de chaque groupe pour prendre du sens afin d'éviter leur réticence.

Les pratiques collaboratives s'appuient sur les passeurs de frontières impliqués, engagés, mais les autres acteurs, à tous les niveaux de chaque groupe, ont également un rôle déterminant. Ils peuvent ne pas partager les mêmes objectifs et n'ont pas toujours la compréhension des enjeux, ce qui peut entraîner une réticence. La production issue de la coopération doit être partagée le plus en amont possible avec l'ensemble des acteurs, des décideurs aux acteurs de terrain, et toucher les plus réticents. L'appropriation de nouvelles connaissances, d'outils communs, permet une personnalisation et une vision de leur utilité. Des passerelles doivent être mises en place et la traduction prend ici tout son sens. « *Les échanges sont un espace souple et flexible de coordination qui dépassent les frontières*

organisationnelles classiques »²⁰. Une porosité des frontières des organisations, des professions, des systèmes relationnels et des cultures, est de ce fait nécessaire pour obtenir une collaboration.

Les passeurs de frontières ont donc un rôle clé pour permettre la mise en place de conditions favorables à une collaboration impliquant tous les acteurs institutionnels. Les responsables du management de la qualité-gestion des risques, et plus largement l'ensemble des managers, doivent en tenir compte pour que chaque professionnel puisse s'approprier les démarches institutionnelles comme celle de la qualité-gestion des risques.

²⁰ ROUTELOUS C., LAPOINTE L., VEDEL I., 2014, « Le rôle des passeurs de frontières dans la mise en place de collaboration pluridisciplinaire en médecine », *Journal de Gestion et d'Economie Médicale*, vol.32, pp. 481-499.

2 L'ENQUETE SUR LE TERRAIN : ETUDE DE CAS

Le thème principal de notre mémoire porte sur la reconnaissance du fait interculturel et sur le rôle particulier d'acteurs clés qui permettent de gérer les frontières créées par les différentes cultures. Ce projet nécessite d'être au plus près du discours des acteurs et d'en comprendre les raisons profondes. L'enquête s'est adaptée à ce projet en privilégiant une méthodologie correspondant à une démarche qualitative et compréhensive (2.1). Les résultats de l'enquête sont présentés par hypothèse et par catégorie professionnelle (2.2). Une synthèse de cette analyse permet de répondre à nos axes de recherche (2.3).

2.1 La méthodologie de l'enquête

2.1.1 Le choix de la méthode

Pour ce travail, le choix a été fait de faire une étude qualitative qui constitue une étude de cas. Cette méthode permet de comprendre une situation en profondeur avec toutes ses interrelations.

Deux axes méthodologiques sont choisis :

- L'entretien semi-directif.
- L'observation et l'analyse documentaire.

L'objectif de l'entretien semi-directif est de collecter les informations qualitatives et de centrer le discours des personnes interrogées autour des thèmes définis préalablement et consignés dans un guide d'entretien. L'entretien apporte donc des éclairages pertinents à notre recherche. Il permet de comprendre les mécanismes, les conceptions, les représentations des personnes sollicitées. Chaque entretien a été programmé et a été effectué dans un lieu isolé. La durée a varié de 45 minutes à 1h15. L'anonymat a été respecté.

La deuxième méthode de recueil de données s'effectue pendant une période de stage par une observation et une consultation de documents comme le projet d'établissement, les rapports d'activité, le rapport de certification ou les organigrammes.

Au regard des hypothèses, une grille d'enquête a été établie afin de pouvoir les explorer. Onze questions ont été formalisées pour les entretiens semi-directifs (voir annexe 1) et les éléments d'observation ont été définis (voir annexe 2).

2.1.2 Le terrain étudié et la population choisie

Une enquête exploratoire dans un centre hospitalier a permis de recueillir des premiers éléments, d'affiner l'objet de la recherche et de réajuster la grille d'entretien. Lors de cette étape, dix personnes ont été interviewées :

- 1 coordonnateur général des soins et 1 directeur des soins
- 1 directeur qualité et 1 ingénieur qualité
- 1 président de la commission médicale d'établissement
- 5 cadres supérieurs de santé (cadres de pôle)

L'étude a été ensuite effectuée dans un centre hospitalier universitaire. Le choix des catégories de professionnels interviewés avait pour objet de pouvoir explorer chacune des hypothèses. Le choix des personnes s'est imposé pour les fonctions de direction et s'est effectué au hasard pour les autres métiers. Il s'agit des onze personnes suivantes :

- 1 coordonnateur général des soins et 2 directeurs des soins
- 1 directeur qualité et 1 responsable qualité
- 2 praticiens hospitaliers
- 2 cadres supérieurs de santé (cadres de pôle)
- 2 infirmiers

2.1.3 Les difficultés et les limites de l'enquête

L'enquête a été effectuée dans un seul établissement. Le phénomène étudié ne peut pas être généralisable. Cette observation est une possibilité qui peut sans doute se rencontrer ailleurs, sans pouvoir définir la fréquence. Le choix des personnes interviewées ne permet pas d'assurer une représentativité de toutes les opinions. Néanmoins, l'échantillonnage a tenté de représenter les différents groupes professionnels impliqués directement dans la qualité des soins.

Lors des entretiens, des reformulations de questions et des relances ont été parfois nécessaires ainsi qu'une adaptation selon le déroulement de la discussion. L'objectif était de favoriser l'expression des professionnels. Un biais potentiel est d'influencer la réponse des personnes interviewées en nous présentant comme élève directeur des soins, avec des attentes au sujet de cette recherche.

Le temps limité pour effectuer les entretiens et leur analyse fait également partie des limites de cette recherche.

2.2 L'analyse et les résultats de l'enquête

Afin d'explorer notre questionnement de départ, nous aborderons nos trois hypothèses selon les catégories professionnelles interviewées et les observations menées. A chaque étape, une synthèse sera effectuée qui reposera sur une démonstration à partir des données recueillies.

2.2.1 La vision de la qualité selon les acteurs

Au sein des établissements de santé, il existe de nombreux acteurs de catégories professionnelles différentes, appartenant à un ou plusieurs groupes sociaux distincts. La vision de la qualité peut donc être variable. Chacun peut y voir des objectifs différents et imaginer une organisation vis-à-vis de la démarche qualité selon sa propre perception.

Pour la direction des soins

Les directeurs de soins ont une vision nuancée de la qualité. Ils la voient comme un objectif de soins mais aussi comme un outil de l'encadrement. Le tout permet de fédérer autour des objectifs de l'organisation, de créer un sens commun, une culture commune. Il s'agit alors d'un moyen de coordination, mais aussi d'intercompréhension permettant de faire parler entre eux des professionnels autonomes. La qualité est donc un réel enjeu à la fois institutionnel, mais aussi managérial.

En effet, pour les directeurs des soins, la qualité doit tout d'abord être intégrée dans la vie quotidienne des soignants comme un objectif de soins. Elle représente ce qui se fait de mieux, une direction vers laquelle aller. Le DS est garant de la qualité et de la sécurité des soins. Les objectifs sont d'optimiser les prises en charge des patients, d'optimiser les organisations, de toujours continuer à s'améliorer et d'apporter le bon soin, au bon moment, à la bonne personne. *« Il n'est pas possible de penser soin sans penser qualité. La qualité est un vecteur de fédération, un point de mire qui permet d'entraîner les professionnels. Elle doit être également portée par les cadres supérieurs de santé et les cadres de santé. C'est ce qui doit bercer les cadres ».* Pour eux, la certification, les normes, représentent des moyens au service de la qualité dont il ne faut cependant pas rester prisonnier.

Cependant, ils expriment une vision nuancée car ils estiment que la démarche doit être également institutionnelle, collectivement portée et que chacun doit l'incarner

directement ou indirectement. Le mouvement est continu, toujours en évolution. L'aspect réglementaire balise la démarche qualité. La certification donne un cadre avec des enjeux, des objectifs. Elle sert de fil conducteur. Mais pour la direction des soins, elle représente un moyen, un outil. L'objectif de la qualité est non seulement de garantir des pratiques adaptées, sécurisées pour les patients et les professionnels, mais aussi de développer une culture qualité, un sens commun entre les professionnels.

La coordination basée sur une notion d'échange entre professionnels semble être un prérequis pour les directeurs de soins. Pour cela, la structuration, l'organisation de la démarche doit s'adapter à la taille de l'établissement et à son contexte. Deux directions distinctes, direction des soins et direction qualité, permettent un croisement des points de vue. Chacun a sa place, les sujets sont très interfacés entre les deux directions. Le fait d'avoir une direction qualité permet de mieux l'identifier mais une articulation souple doit se mettre en place avec la direction des soins. La démarche est transversale au sein de l'établissement. Elle se situe à tous les niveaux. L'implication de l'encadrement prend ici toute son importance pour porter la démarche au plus près du terrain et la déployer. *« Le cadre doit être investi et c'est avec son leadership qu'il sera capable de mobiliser les équipes. Le risque est de faire reposer la démarche sur un nombre limité de personnes et de les déresponsabiliser si la démarche est trop formalisée ».*

Pour la direction qualité-gestion des risques

Les professionnels de la direction qualité placent la qualité comme un moyen au service de la stratégie de l'établissement. Elle constitue un outil au service du top management pour orienter l'activité. Cependant, elle est conditionnée par la participation des professionnels.

Selon la direction qualité, la qualité est un moyen et un principe qu'il faut respecter. Elle apporte une plus-value pour la prise en charge des patients et pour la logistique. Elle doit être automatique et intégrée au quotidien. L'objectif est d'améliorer les conditions de soins et de sécurité. La qualité consiste à arriver à un management par la qualité-gestion des risques, ce qui peut être difficile selon la structuration institutionnelle et au regard du pouvoir décisionnaire de certains professionnels, notamment médicaux. L'objectif est donc de consolider les démarches, d'améliorer en continu les processus, de garantir le résultat, conformément à ce qui est demandé. C'est une obligation, un engagement pour un soignant de faire de la qualité, afin de garantir au patient une prise en charge optimale.

Pour cette direction, la qualité est un outil décisionnel. *« La direction qualité doit se situer auprès du sommet, près de la direction générale ».* La démarche qualité doit être institutionnalisée, valorisée, accompagnée par la direction. L'implication des personnels

étant centrale, les professionnels de la qualité soulignent l'importance du fait que la cellule qualité soit transversale avec des membres représentant les médecins, les administratifs, les soignants. « *Le médecin de la cellule doit être clinicien pour pouvoir parler aux médecins* ». « *L'idéal serait que la démarche vienne de chaque acteur afin qu'elle ne soit pas ressentie comme une contrainte venant du haut, ou comme du flicage, ce qui est souvent le cas* ».

Pour la communauté médicale

Les médecins ont deux visions de la qualité. L'une représente un instrument de contrôle du risque au service de la direction. L'autre vision résulterait de l'ensemble des compétences professionnelles, en lien avec des objectifs cliniques. Améliorer la prise en charge des patients est leur objectif principal et la démarche s'initie à l'intérieur des services avec un accompagnement méthodologique des professionnels de la qualité.

Les propos suivants appuient cette analyse. Pour la communauté médicale, la qualité consiste à se perfectionner dans ses pratiques à tous les niveaux. Elle permet une amélioration du niveau des soins et de la qualité du travail des soignants. Mais la qualité doit être savamment dosée sous peine de devenir étouffante pour les professionnels et d'entraîner un désintérêt, voire une opposition. « *Le risque est que les équipes se braquent et laissent tomber* ». La qualité est ressentie comme intrusive, descendante, imposée. « *Ça nous bouffe notre temps, c'est insupportable, on en a plein le dos, les médecins font autre chose que leur métier. Ce qui est descendant, imposé, n'a pas d'intérêt dans la prise en charge du patient ni dans notre qualité de vie au travail* ». Pour les médecins, leur vision de la qualité est différente de celle de l'institution. « *Pour moi la qualité, ce n'est pas le risque. C'est la bonne prise en charge. Pour l'institution et le ministère, c'est le risque. Les indicateurs nationaux n'évaluent pas la qualité, ça gère juste le risque, ce n'est pas une vraie démarche qualité. Ici, ça se limite à de l'info descendante. On fait, pour avoir des subventions* ». Ainsi, selon eux, l'objectif de l'institution est plus de limiter les risques et d'obtenir des subventions, que d'améliorer la prise en charge.

Le rôle important des chefs de services est souligné. Les médecins souhaitent prendre des initiatives internes au service. L'objectif est de mener une réflexion en équipe sur la qualité des soins. Ceci représente une vraie dynamique et permet de fédérer les professionnels autour des bonnes pratiques. L'enjeu est de les impliquer sur des sujets concrets de leur service. Améliorer est l'objectif des professionnels de terrain. La qualité est un outil permettant d'instituer une dynamique d'équipe et de fédérer. Elle permet également de diminuer la mortalité, les durées moyennes de séjour, les plaintes et les réclamations des usagers.

Du point de vue des médecins, une structuration de la démarche est difficile à imaginer car la qualité est très théorisée et les outils existent. La démarche doit être initiée par l'établissement pour la méthode, la théorie. Le personnel de la cellule qualité doit être hétérogène, afin de pouvoir prendre le recul nécessaire vis-à-vis des différents sujets. Il doit constituer un maillage avec des personnes identifiées, connues des services, afin de pouvoir tisser des liens et accompagner les personnels sur le terrain. La formation des professionnels est également centrale dans une démarche qualité. *« La qualité, c'est d'avoir des gens bien formés. C'est trop limité actuellement. La formation comme la simulation, c'est une priorité ».*

Pour l'encadrement soignant

Les cadres considèrent la qualité comme un concept de base. Ils la voient comme un réel levier au service du management. Elle permet d'accompagner le changement, d'impulser une dynamique autour de projets, à condition de l'intégrer dans un fonctionnement de base dans tous les secteurs.

Pour les cadres, *« la qualité est un concept global, général, transversal. On en a toujours fait, on en fait au quotidien ».* Elle représente une préoccupation permanente des soignants. Elle touche tous les domaines, tous les professionnels. Elle permet d'avoir un objectif commun, de donner un sens aux actions. Il est important de se retrouver autour d'une même conception pour être applicable. Elle peut être perçue comme une contrainte, non intégrée dans une culture.

L'encadrement positionne la qualité au cœur de leur management. *« La qualité est un levier de management pour les équipes. Elle permet d'accompagner le changement, à condition de la décrypter, de la démystifier. Elle est souvent ressentie par les équipes comme une démarche obligatoire qui n'a pas de sens. Elle doit être relayée par des choses pratiques, dans la vie quotidienne ».* *« Le patient »* est le principal objectif de la démarche qualité à travers l'amélioration des pratiques. *« Les conditions de travail sont un objectif qui permet de voir que la qualité est un tout. Le personnel n'est pas oublié dans cette démarche ».* La qualité permet de faire un focus sur certains thèmes, ce qui en fait un réel levier de management pour les cadres. Elle donne du sens aux projets et permet de changer les représentations des professionnels. La dynamique qualité impose une posture réflexive vis-à-vis des pratiques, ce qui conduit les soignants à intégrer la démarche et à se l'approprier. *« Nous devons apprendre à structurer nos réflexions et nos pratiques, à analyser les parcours et identifier les interfaces pour avoir des axes d'amélioration. Les CREX permettent d'échanger entre professionnels pour éviter la reproduction d'évènements indésirables ».*

Les cadres insistent sur la nécessité de l'intégration de la démarche sous une impulsion institutionnelle. Pour eux, la démarche qualité doit être structurée. La politique doit être fluide et visible dans les services. « *Il ne faut pas essayer d'imposer la qualité. Il faut donner du sens à ce que doit être la qualité et faire intégrer au plus grand nombre une culture qualité. L'appropriation est encore à faire car elle est vue comme une contrainte* ». Les professionnels sont insuffisamment sensibilisés, et notamment les cadres qui sont chargés de la déployer. Il existe une disparité entre les pôles. Le binôme cadre et chef de service doit être en accord pour mener cette démarche.

Pour les soignants

Les soignants assimilent la qualité à la conformité de leurs actes. L'objectif est de répondre aux normes techniques qui s'imposent à eux. Leur vision de la démarche est limitée par une information insuffisante.

La définition de la qualité pour les soignants est de « *faire des soins de qualité, faire les choses bien* ». Une prise en charge rapide et optimale est recherchée. La qualité de la prise en charge comprend des soins techniques et relationnels, de l'organisation et de la méthode.

L'objectif est de « *bien prendre en charge le patient* » et donc d'améliorer les prises en charge comme celles concernant la douleur ou les médicaments.

Les soignants ne connaissent pas la structuration de la démarche qualité, ni la direction qualité. Ils n'ont pas suffisamment d'informations et participent peu à la démarche. Ils remarquent que ce sont toujours les mêmes personnes qui s'investissent au sein des services, comme dans la participation aux groupes de travail. Pour eux, la démarche qualité concerne la direction.

2.2.2 L'interaction entre les fonctions de directeur des soins et directeur qualité

Nous avons vu que la qualité et la sécurité des soins sont des préoccupations essentielles pour le DS. Dans le cas étudié, le management de la qualité-gestion des risques est piloté par une direction qualité. Nous pouvons tout d'abord nous interroger sur les connaissances et les compétences nécessaires pour manager la qualité et sur la valeur ajoutée de chacun de ces directeurs dans ce management. Nous observerons également la nature de l'interaction entre le DS et le DQ avec ses avantages et ses inconvénients.

Pour la direction des soins

Même si une formation sur la qualité est une base pour manager la démarche qualité, des compétences managériales sont également essentielles selon les directeurs des soins. La connaissance des pratiques soignantes est un facteur favorisant comme celui de la maîtrise des organisations. Une collaboration avec la direction qualité s'impose même si la vision de la qualité est différente. Cela sous-entend une volonté de travailler ensemble et de partager les informations.

En effet, pour les directeurs de soins, une formation minimum sur la qualité-gestion des risques est indispensable avec un volet méthodologique et un volet réglementaire. Cette base doit concerner l'ensemble de l'encadrement. Elle permet de répondre aux exigences, mais aussi d'être inventif et de réinvestir la théorie selon le contexte. Cette formation n'est cependant pas suffisante. Des compétences managériales sont indispensables comme la capacité d'organisation, d'analyse, ou l'esprit de synthèse. L'objectif est d'impulser une dynamique et d'entraîner les professionnels. Le lien avec les soignants est donc important. *« On ne peut pas déployer sans connaître les interlocuteurs. La connaissance de terrain est importante car elle permet d'apporter un éclairage, mais l'ancien soignant peut être aussi pollué par son histoire. Il faut prendre plus de recul ».*

Le DS insuffle la politique qualité. Il doit être un facilitateur qui est force de proposition. Il apporte les conseils sur la manière de conduire les projets. *« Il va fédérer les équipes. Il donne du sens aux choses. Il connaît les pratiques soignantes, il est garant de la bonne marche des paramédicaux. Il est capable de porter la démarche qualité. Le danger, si le DS n'est pas associé à la philosophie de la culture qualité, c'est que les professionnels paramédicaux n'adhèrent pas ».* Le DS porte donc la culture qualité. Le DQ, quant à lui, est positionné comme un expert, comme le garant de la qualité de manière théorique. Il fixe le cadre et définit la stratégie pour répondre aux exigences nationales. Il fait ressortir les sujets qualité sans s'éparpiller ou se perdre dans d'autres sujets qui préoccupent les pôles ou les services. Son regard est plus distancié avec une vision transversale sur tous les volets de la prise en charge soignante et non soignante. Les qualitiens qui ne sont pas d'origine soignante apportent un regard croisé qui permet d'enrichir l'analyse. De plus, la direction qualité a souvent en charge la direction des usagers, ce qui permet d'avoir la vision des patients et d'étayer les stratégies.

Les directeurs de soins soulignent l'importance d'une volonté de collaborer pour la direction des soins et pour la direction qualité. Elles doivent fonctionner en harmonie. *« Le DQ attend des résultats, le DS attend une culture. Il faut donc bien s'entendre, il faut une osmose, un tuilage, un compromis ».* Les projets doivent être portés par ces deux acteurs. La collaboration est nécessaire d'autant que leurs champs d'actions sont très proches. *« Il*

est donc nécessaire de se donner les moyens de travailler ensemble, de trouver un levier de fonctionnement ». L'enjeu de cette collaboration obligatoire est bien présent. « L'impact d'une mauvaise collaboration est insidieux. Ce n'est pas visible de suite mais les conséquences peuvent être douloureuses et désastreuses ». Cette collaboration permet de profiter de l'expertise de chaque acteur, de mettre les forces présentes en commun, au service de la qualité. Elle apporte une structure de travail, une mise en commun de connaissances actualisées et permet une ouverture d'esprit. En revanche, lors d'une collaboration, le risque est d'avoir une information parcellaire. Le partage d'informations est donc un vrai sujet. La volonté de collaborer doit être réciproque afin de travailler en osmose, ce qui est parfois difficile. Il n'existe pas vraiment de sujets d'opposition. « Il pourrait y avoir des sujets d'opposition. J'ai senti qu'il ne fallait pas aller sur certains sujets. C'est une affaire de susceptibilité ».

Pour la direction qualité-gestion des risques

Outre une formation qualité, la connaissance de l'établissement et des compétences managériales sont fondamentales pour la direction qualité. Cette dernière attache de l'importance à la composition de son équipe, et notamment à la présence de membres ayant une expérience soignante. La collaboration avec la direction des soins facilite le déploiement de la démarche qualité mais le temps à y consacrer constitue un frein.

Les propos recueillis de la part de la direction qualité illustrent cette analyse. Une formation sur l'historique, les méthodes, les outils de la qualité constitue une base. De plus, il est important d'avoir de très bonnes connaissances de l'établissement, des organisations opérationnelles et des liens entre les acteurs. Le management transversal est également mobilisé pour accompagner, aider, faire émerger des initiatives et impliquer les professionnels. Il est important de ne pas être directif, mais plutôt être convaincant et de donner du sens à la démarche.

La vision de la collaboration entre DS et DQ est plus nuancée. « *Le DS a une bonne vision des organisations de terrain, de la chaîne décisionnelle, du relationnel médical et de l'évaluation des pratiques. Mais ce n'est pas indispensable si on s'entoure des bonnes personnes. Le plus important, c'est la composition de l'équipe avec des regards croisés* ». L'implication de la direction des soins permet de porter les projets à deux et cela facilite le déploiement de la démarche. La direction qualité apporte une vision méthodologique, réglementaire, complémentaire à celle de la direction des soins. Une répartition des tâches est nécessaire pour chaque projet, comme celui de la mise en place de bracelets d'identification ou de la désignation de la personne de confiance. Le travail en commun donne du poids au projet de par le regard de l'autre et des échanges qui en découlent.

Cependant, cette relation implique de consacrer du temps à cette collaboration, ce qui n'est pas toujours possible selon les échéances de chacun.

Pour la communauté médicale

L'interaction entre la direction qualité et la direction des soins n'est pas visible pour les médecins. Pour eux, elle devrait être de nature collaborative car complémentaire. Ils considèrent la direction des soins comme essentielle dans la démarche qualité pour la rendre cohérente avec le terrain et fédérer les professionnels.

La communauté médicale insiste sur la nécessité de la connaissance du milieu hospitalier, du terrain, des soins et des limites de ce qui peut être demandé. Ces éléments sont incontournables. Il en est de même pour certaines compétences comme celles de savoir communiquer, savoir manager ou savoir intéresser les professionnels. L'apport méthodologique et la connaissance des lois ne suffisent pas.

La perception des médecins de l'interaction entre le DS et le DQ est difficile. Le travail de ces directeurs devrait être complémentaire et coopératif. Le DQ doit pouvoir confier des missions au DS et ce dernier doit pouvoir demander des expertises au DQ. L'enjeu est de faciliter l'application des mesures et d'assurer une cohérence par rapport au terrain. La qualité et la direction des soins sont liées. *« Le DS a un pouvoir direct sur les équipes de par la hiérarchie très descendante et ça marche. Il est l'initiateur, il est écouté. Il peut lancer les thématiques, il a le droit de définir les priorités. C'est inscrit dans les gènes des soignants : méthode, respect des procédures »*. Le DS, grâce à sa connaissance de terrain, valide la faisabilité pour les paramédicaux et assure le suivi dans les services. Pour sa part, le DQ devrait avoir un regard plus transversal, global et technique. Il rappelle les priorités. Le DS et le DQ forment un binôme qui ne peut travailler l'un sans l'autre. La direction qualité intègre également la communauté médicale à travers notamment un coordonnateur médical qui fait le lien avec les services.

Pour l'encadrement soignant

Pour les cadres, la direction des soins porte la démarche qualité sur le plan managérial. La direction qualité a quant à elle un rôle d'expert, de technicien, permettant de traduire les attentes nationales. Même si une coordination entre les deux directions est nécessaire, elle leur paraît limitée et peu visible.

L'encadrement considère la formation sur la réglementation, les méthodes et les outils qualité comme une base pour tous les acteurs afin de structurer la démarche et de la

déployer. De plus, une connaissance institutionnelle, des qualités relationnelles, des compétences managériales et pédagogiques, sont essentielles pour manager la qualité. L'objectif est de faire passer des messages et de démystifier la qualité auprès des professionnels.

Les cadres précisent que le DS est sensibilisé à la démarche qualité et qu'il permet sa diffusion. « *Le DS donne le cap, donne une impulsion. Il donne une cohérence et porte la démarche. Il connaît l'environnement hospitalier. Il comprend les pratiques, les situations de soins et l'évolution des métiers* ». Il doit donc travailler avec le DQ car il apporte un plus. Quant au DQ, il est expert dans son domaine. Il a une vision technique. Il traduit les attentes de la HAS. Il donne les objectifs et les priorités.

Selon les cadres, l'interaction et la coordination entre les deux directions semblent limitées avec peu de communication. Il est constaté un manque de lisibilité sur leur mode de fonctionnement. Chacun semble cloisonné dans son domaine, ce qui ne permet pas de partager les informations. Seuls certains sujets permettent à tous les acteurs de se retrouver.

Pour les soignants

Pour les soignants, il existe une méconnaissance de la direction qualité, de son fonctionnement et du lien avec la direction des soins. Pour eux, la qualité doit prendre en charge les dysfonctionnements observés dans les services et apporter des solutions.

D'après le personnel paramédical, pour manager la qualité, il est important de connaître le métier des soignants, d'avoir des qualités pédagogiques, relationnelles et de connaître la réglementation. Le DS et les cadres doivent être à l'écoute des soignants et rapporter les dysfonctionnements. Le DQ apporte des réponses et trouve des solutions. Les deux directions sont complémentaires et doivent coopérer.

2.2.3 L'organisation de la démarche Q-GDR et l'appropriation par les soignants

La structuration de la relation établie entre le DS et le DQ pour manager la qualité peut impacter l'appropriation de la démarche qualité par les soignants. Nous allons tout d'abord explorer le fonctionnement établi entre le DS et le DQ, puis la place et le rôle de l'encadrement ainsi que de la communauté médicale dans la démarche, et enfin la traduction opérationnelle dans l'établissement.

Pour la direction des soins

Le fonctionnement entre DS et DQ n'est pas formalisé mais se met en place selon les besoins. La direction des soins positionne la qualité comme une des priorités dans le projet de soins. Pour les DS, la démarche qualité doit être portée par l'encadrement soignant et les médecins, au plus près du terrain et doit être intégrée dans leur management. La prise en compte de cette dimension est cependant variable selon les secteurs et difficilement visible.

En effet, le mode de fonctionnement entre le DS et le DQ n'est pas déterminé. Il n'existe pas de réunion systématique périodique. Le travail en commun se fait lors de la constitution de groupes de travail autour de certaines thématiques, suite à la procédure de certification. Les tâches sont alors réparties pour piloter ces groupes. Récemment, a été instituée une réunion hebdomadaire d'analyse des événements indésirables entre les membres de la direction qualité et la direction des soins.

Les DS constatent une implication nuancée de l'encadrement. Même si tous les cadres se sentent concernés, leur implication dans la démarche qualité est variable. Ils doivent la porter dans les services mais ils ont des difficultés pour la faire vivre. Certains sont entrés plus facilement dans la démarche, en étant auditeurs cliniques. La direction des soins a un rôle à jouer. *« On amène les sujets qualité lors des réunions avec les cadres supérieurs de santé. On leur demande d'aborder les sujets en réunion dans leur pôle »*. La qualité est un des axes du projet de soins. *« Personne ne peut l'ignorer »*. Les cadres supérieurs de santé doivent être convaincus et se mobiliser davantage. Le risque est que les professionnels des pôles se reposent essentiellement sur leurs référents qualité, ce qui peut entraîner un certain désengagement.

Concernant les médecins, les directeurs des soins soulignent un investissement inégal dans la démarche. Un des membres de la direction qualité est un médecin. Ce dernier est en charge de la coordination médicale. Il a de ce fait un rapport étroit avec le DQ. Un référent médical par pôle est également identifié et doit faire le lien avec la direction et la CME. *« Le coordonnateur médical de la direction qualité est très impliqué. L'investissement des autres médecins est très disparate. Ce sont surtout ceux qui ont une activité sensible comme les orthopédistes qui s'intéressent à la qualité »*. *« La qualité est une mission essentielle de la CME mais ils ne s'en sont pas saisis »*. Les sujets concernant la qualité sont abordés régulièrement en CME, mais sur le terrain les médecins n'ont pas d'informations.

Les DS se questionnent également sur l'impact qu'une organisation structurée, segmentée, centrée sur ce qui est obligatoire, peut avoir sur l'appropriation de la démarche

par les professionnels. Effectivement, les pôles, les services, les professionnels sont très cloisonnés. « *Il n'existe pas d'évaluation précise de la culture qualité mais on constate une disparité très forte dans l'établissement. Les soignants ne s'approprient pas la démarche* ». La direction qualité est vue de façon trop restrictive, comme une direction support, experte, que les cadres peuvent ou non solliciter. Les contrats de pôle intègrent une rubrique qualité. Cette partie du contrat est mal connue de l'encadrement. Les cadres de santé participent au recueil des IPAQSS, aux CREX, aux audits, aux cartographies des risques, mais de manière inégale et sans visibilité pour la direction des soins.

Pour la direction qualité

Pour les membres de la direction qualité, leur rôle est d'accompagner la démarche qualité. L'organisation avec la direction des soins est déterminée par des réunions autour de thématiques et la structuration repose sur des professionnels qui assurent le relai qualité au sein des pôles. Cette organisation est donc soumise à la volonté des professionnels de s'engager dans cette démarche et d'en assurer le suivi.

Pour la direction qualité, l'organisation de la démarche se situe à différents niveaux. Le fonctionnement entre la direction des soins et la direction qualité s'établit avec des réunions programmées, comme celles de l'analyse des événements indésirables, des CREX, des groupes de travail ou du comité de direction. La structuration de la démarche qualité se base également sur des coordonnateurs qualité dans chaque pôle qui assurent le lien entre les services des pôles et la direction. Certains mettent en place un comité qualité qui a pour objet de valoriser la démarche dans les services. La direction qualité les accompagne mais elle « *ne fait pas à la place* » des professionnels. Le DQ fait des informations régulières sur l'avancée des projets, des actions, lors des réunions avec les coordonnateurs qualité de pôle, lors des réunions de la CSIRMT et des instances.

Le DQ attend des cadres et des médecins qu'ils soient les vecteurs de la démarche qualité, qu'ils fassent part des difficultés du terrain, qu'ils assurent le suivi des événements indésirables. Le médecin coordonnateur, membre de la direction qualité, est essentiel pour assurer le lien avec la communauté médicale. « *Les médecins écoutent plus lorsque c'est un médecin qui leur parle* ». Mais, ce sont souvent les cadres de santé qui sont les plus impliqués dans les services.

La direction qualité souligne que la traduction opérationnelle de la démarche est basée sur la volonté d'engagement des professionnels. Tout repose sur des personnes qui vont s'impliquer ou non dans les CREX, les audits ou le suivi des tableaux de bord des contrats de pôle. Une inégalité selon les pôles est constatée. « *Ils font bien ou mal ou pas. Certains ont des difficultés pour s'investir, leur leadership est moins important* ». Le nombre

limité de membres dans la cellule qualité limite l'accompagnement qui serait nécessaire. Des priorités sont donc définies comme le suivi des évènements indésirables graves.

Pour la communauté médicale

Selon les médecins, le chef de service et le cadre ont une place centrale pour fédérer les équipes et construire la démarche qualité. Celle-ci doit être avant tout ascendante. Les procédures Q-GDR institutionnelles, descendantes, sont perçues et utilisées de façon variable.

Pour eux, les chefs de service et les cadres forment un binôme au sein de chaque service. *« Ils ont une place fondamentale. Ils sont initiateurs de la démarche et fédérateurs des équipes »*. Un travail en commun complémentaire est souligné. *« On travaille ensemble, on s'appuie l'un sur l'autre »*. Les médecins et les cadres doivent appliquer et faire appliquer la démarche qualité. Cela nécessite de communiquer avec les professionnels de terrain et les échanges doivent être dans le sens descendant et ascendant. Chaque professionnel doit rechercher ce qui peut être amélioré. La démarche qualité doit être également pédagogique pour aider à fédérer les équipes.

Ils précisent que la qualité se fait sur le terrain, au quotidien. *« On est en permanence dans la démarche qualité. C'est tout ce que l'on fait au quotidien pour bien soigner les patients »*. Par exemple, à la sortie des gardes, les équipes revoient l'intégralité des dossiers de la veille. Pour eux, les RMM et les CREX sont des démarches intelligentes, humaines, qui permettent de mettre en place des groupes de travail dans le service. Par contre, la participation des professionnels aux autres groupes de travail, plus institutionnels, s'effrite et finit par disparaître. Les évènements indésirables sont très peu déclarés par les médecins. L'utilisation de cet outil est sujet à différentes interprétations de leur part : *« C'est trop laborieux »* ; *« On déclare un manque de personnel, un problème logistique mais on ne dénonce pas un collègue »* ; *« Si le problème est dans mon service, je ne le déclare pas. Sinon, c'est la guerre dans le service. Je déclare si c'est la faute d'un autre service. Pour moi déclarer, c'est une feuille de plainte officielle, c'est un moyen d'en faire part à la direction »*.

Pour l'encadrement soignant

La structuration de l'organisation entre la direction des soins et la direction qualité semble peu visible des cadres. Cependant, à partir du projet qualité et du projet de soins, ils peuvent se saisir de la démarche qualité comme d'un outil de management. Le bon

fonctionnement est conditionné à l'implication médicale et facilité dans les secteurs à risques qui sont plus sensibilisés.

En effet, les cadres n'ont pas connaissance du mode de fonctionnement entre la direction qualité et la direction des soins. Ils ne perçoivent pas d'interaction entre les deux, excepté le pilotage de groupes de travail. Pour eux, le risque est de bloquer le déploiement de la démarche si le fonctionnement n'est pas clairement identifié.

Ils considèrent que les cadres supérieurs ont un rôle d'animateur de la qualité au sein des pôles. Ils s'appuient également sur les coordonnateurs qualité qui ont des réunions régulières avec le DQ. Des points qualité sont régulièrement présentés en réunions de cadres, permettant d'assurer le suivi de la mise en œuvre du projet qualité qui se décline dans les pôles. Les cadres de proximité animent donc la démarche au quotidien. Ils traduisent le projet qualité et le projet de soins et les conjuguent au terrain. « *Cela laisse une marge d'autonomie, ce qui est plaisant pour le cadre et son équipe. C'est un réel outil de management* ». Les cadres doivent sensibiliser les professionnels au sein des services à la démarche, aux outils pour que chacun se l'approprie. Cette sensibilisation concerne les paramédicaux mais également le personnel médical qui est peu engagé dans la démarche, souvent perçue comme une contrainte. Ceux qui y voient un intérêt, un bénéfice, sont minoritaires. Sans volonté médicale, il est plus compliqué de mettre en place la démarche.

Les cadres reconnaissent que dans certains services, les obligations comme les IPAQSS, la certification, permettent de mettre en place un plan d'actions car le projet est piloté par la direction qualité. Certains pôles se saisissent des résultats d'IPAQSS, les analysent, identifient leurs points forts et prennent l'initiative d'élaborer un plan d'actions. Des points qualité sont alors faits régulièrement avec les services. Cependant, le constat est que les acteurs qui participent à la démarche sont essentiellement des cadres ou des médecins et des infirmiers travaillant dans des services à risques.

Pour les soignants

La qualité n'est pas identifiée en tant que telle par les soignants. Les différentes démarches qualité sont connues partiellement et leur participation est minime.

Les soignants supposent que le cadre est le garant de la qualité au sein du service. Les principes du CREX, du signalement des événements indésirables sont connus mais utilisés de façon inégale : « *Le CREX, c'est intéressant car on échange des points de vue et on met en place des actions correctives de terrain* » ; « *Le CREX a été très long à se mettre en place et ce sont toujours les mêmes qui participent* ». Les réunions de service

n'abordent pas de sujets qualité. Les autres démarches comme la certification, les IPAQSS et les audits sont méconnues par le personnel paramédical.

Observations, consultations de documents

L'établissement identifie clairement la direction qualité et la direction des soins dans son organigramme. Le rapport d'activité intègre le rapport de ces deux directions. La répartition des missions en lien avec la Q-GDR est formalisé dans un document pour les DS. Le projet de soins comprend un axe Q-GDR qui est porté à la connaissance des professionnels. Une volonté de poursuivre l'implication de la direction des soins dans la démarche est affichée et des actions sont mises en œuvre.

Différents supports identifient la qualité au sein de l'établissement. La direction des soins et la direction qualité sont placées l'une à côté de l'autre dans l'organigramme, comme toutes les autres directions.

Le projet de soins intègre dans un de ses axes une fiche action concernant la Q-GDR, avec comme objectif de « *Garantir la continuité, la sécurité et la qualité des prestations de soins, poursuivre et développer les actions qualité déjà engagées pour améliorer les prises en charge* ». Cette fiche intègre la promotion de la Q-GDR au sein de l'établissement et prévoit de « *poursuivre et renforcer l'implication de la direction de soins au sein de la cellule gestion des risques* ». L'ensemble a été présenté par la direction des soins en réunion de cadres supérieurs de santé. Au sein de la direction des soins, un document indique la répartition des tâches entre chaque DS concernant leur participation aux commissions ou comités spécialisés (exemples : commission Q-GDR, CLUD, CLIN, CLAN) et aux groupes de travail (exemples : document unique, endoscopie).

Le rapport d'activité de l'hôpital décline le rapport des différentes directions. Celui de la qualité indique le nombre de professionnels formés, le type de formation, les évaluations menées, le nombre d'évènements indésirables déclarés et le nombre d'analyses effectuées suite à un EIG. Celui de la direction des soins ne mentionne pas d'indicateurs qualité mais il précise que la direction des soins « définit une politique d'amélioration continue de la qualité et de la gestion des soins ». Un des projets de la direction des soins est que chaque service établisse un rapport d'activité avec des indicateurs de management dont des indicateurs qualité. Des services sont en cours de test. Les contrats de pôle intègrent un tableau de bord qui comprend la déclinaison du PAQSS pour le pôle et des indicateurs Q-GDR.

Concrètement, en lien avec la certification et co-pilotés par un DS et un DQ, des groupes de travail ont été mis en place, comme celui concernant l'accueil du patient. Les participants sont médecins, infirmières, aides-soignantes de services et de pôles différents.

Plus récemment, une formation à destination des nouveaux infirmiers, organisée par la direction des soins, est mise en place. Elle aborde des sujets Q-GDR et des membres de l'équipe qualité interviennent dans ce cursus.

2.3 La synthèse de l'analyse et la réponse aux hypothèses

La direction des soins positionne la qualité comme un enjeu managérial, favorisant le sens commun et une culture partagée. Pour la direction qualité, l'enjeu est également institutionnel car la qualité est au service de la stratégie de l'établissement, avec une logique de résultats. La participation des professionnels est donc recherchée. L'encadrement considère la qualité comme un levier managérial pour conduire le changement, les projets. Les médecins y voient un instrument de contrôle du risque au service de la direction, mais aussi le résultat de compétences cliniques. Quant aux soignants, l'objectif est de répondre aux normes afin de produire des actes conformes. Comme nous le voyons, les différents acteurs institutionnels ont donc leur propre représentation de la qualité en fonction de leur contexte, de leurs missions. Ceci nous conduit à vérifier notre première hypothèse.

Pour les professionnels de l'établissement, le management de la démarche qualité nécessite des connaissances théoriques à ce sujet, mais également des compétences managériales. L'expertise soignante est importante, mais pour cela plusieurs approches sont envisagées. Ceci va d'une collaboration étroite avec la direction des soins à la désignation d'un interlocuteur soignant dans l'équipe qualité. L'interaction entre le DS et le DQ est peu visible par le personnel médical, l'encadrement et les soignants. Selon les acteurs, cette collaboration semble être facilitante sur le plan managérial, essentielle pour assurer la cohérence avec le terrain et fédérer les équipes, mais également imposée et chronophage. Il nous est donc permis de considérer que les fonctions de DS et DQ sont complémentaires, à condition qu'une collaboration structurée soit en place. Nous pouvons cependant nous interroger sur la nature indispensable de cette relation.

L'établissement identifie la direction des soins et la direction qualité dans ses documents officiels, comme dans le projet d'établissement qui décline le projet qualité et le projet de soins. Ce dernier place la Q-GDR comme une de ses priorités. La direction des soins souhaite que l'encadrement soignant porte la démarche qualité avec les médecins. Son déploiement est soumis à la volonté des professionnels de s'y engager. La direction qualité les accompagne à travers une organisation structurée. L'utilisation de la qualité comme outil de management est variable selon les services et selon l'implication médicale qui est

essentielle. Pour les médecins, la démarche repose sur un binôme chef de service-cadre et doit être principalement ascendante pour fédérer les équipes et améliorer la participation des acteurs de terrain. Nous pouvons constater que même si la structuration de la relation DS-DQ n'est pas visible, les deux directions mettent en place des actions pour faire évoluer l'appropriation de la démarche par les soignants. Cependant, une collaboration plus importante permettrait d'améliorer l'efficacité du dispositif.

3 DES PRECONISATIONS STRUCTURELLES ET CULTURELLES POUR INTEGRER LA Q-GDR DANS LE MANAGEMENT DU DS

Comme nous l'avons vu dans notre recherche, les objectifs et la vision de la Q-GDR varient selon les professionnels, qu'il s'agisse d'un positionnement central du patient, d'une réponse à la réglementation ou encore de la gestion des risques, et notamment des risques financiers. Nous percevons ici que la connaissance de ces différentes conceptions est un préalable à une meilleure articulation. Il est également possible de mesurer l'importance du portage collectif de la démarche, à tous les niveaux de la hiérarchie, avec toujours une recherche de sens. Le rôle de l'encadrement dans le déploiement de la démarche et son appropriation est souligné. Les professionnels soignants insistent sur le danger d'une démarche descendante, source d'opposition et de désintérêt. Ils sont favorables à une démarche ascendante, issue du terrain, correspondant à leurs problématiques. Ce besoin de traduction de la démarche qualité met en évidence la nécessité d'identifier des passeurs de frontières selon les groupes sociaux et selon les thématiques. Cela permettrait de donner un sens général aux actions, d'articuler les différents systèmes de valeurs, de contribuer à la priorisation des efforts et donc de faciliter une appropriation de la démarche qualité, par chaque acteur. Pour cela, le management de la Q-GDR doit reposer sur des acteurs clés, et notamment le DQ et le DS. Leur interaction doit être de nature complémentaire et non concurrente. Au regard de ses compétences, la démarche Q-GDR est intégrée dans les activités du DS avec une dimension plus structurelle et culturelle. Dans ce sens, les préconisations présentées dans cette partie se situent à différents niveaux managériaux, avec des axes politique (3.1), stratégique (3.2 et 3.3) et opérationnel (3.4), pour lesquels le DS doit se positionner.

3.1 Axe n°1 - Une politique institutionnelle de management de la Q-GDR : une formalisation impliquant des collaborations

3.1.1 Un engagement fort de l'équipe de direction

Conformément aux obligations légales et réglementaires, l'ensemble de la démarche Q-GDR s'inscrit dans un processus d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins. La politique institutionnelle doit fixer un cadre, reposant sur des acteurs clés et impliquant tous les professionnels. Le DS et le DQ en font partie. Leur collaboration

doit être effective et leurs positionnements identifiés. Le projet de soins et le projet Q-GDR constituent des outils centraux pour animer cette démarche et la formaliser.

L'engagement de la direction de l'établissement est ici indispensable, au même titre que celui de la commission médicale d'établissement, afin que la culture qualité et sécurité soit transversale et non réservée aux seuls membres de la direction qualité. La direction doit afficher ses intentions et expliquer les enjeux, notamment par l'intermédiaire du projet d'établissement et par une communication adaptée envers les professionnels. De plus, une formation de l'équipe de direction au management de la qualité apporte une aide pour définir un plan global et une politique qualité.

3.1.2 Des collaborations impératives entre les acteurs

Il est nécessaire de souligner l'importance du trio DG-DS-PCME qui reste un interlocuteur privilégié de la HAS sur le volet stratégique du management de la Q-GDR. En effet, le PCME, par sa participation au directoire et par sa mission de définition de la politique Q-GDR, a un rôle essentiel dans cette démarche. Il est alors opportun de proposer à l'équipe de direction de l'intégrer dans le comité de direction afin d'enrichir les débats sur les sujets médicaux ainsi que de renforcer la réactivité institutionnelle face aux problématiques et aux projets pouvant être abordés.

Au sein de l'équipe de direction, la collaboration entre le DS et le DQ se situe à tous les niveaux, de la politique au niveau opérationnel de la démarche. Les missions de chacun de ces deux acteurs doivent être réparties de façon stratégique. Elles sont alors formalisées et connues des professionnels, afin de rendre lisible cette collaboration. Pour cela, le DS participe à l'élaboration du projet qualité et à sa mise en œuvre. La Q-GDR est également intégrée dans le projet de soins avec des axes définis. Une cohérence entre les deux projets est ainsi recherchée, ce qui facilite leur appropriation par les personnels.

3.1.3 Une politique de soins formalisée par le DS

Outre sa participation à la définition de la politique Q-GDR, le DS contribue au pilotage de sa mise en œuvre, en lien avec la direction qualité et avec l'ensemble de l'encadrement soignant. La collaboration avec le PCME est ici sous entendue car les démarches sont bien souvent médico-soignantes. De plus, le projet de soins s'articule avec le projet Q-GDR, mais aussi avec le projet médical. Il se nourrit également du dispositif d'évaluation de l'établissement qui met en évidence les thématiques à prioriser. La CSIRMT est consultée sur la politique d'amélioration continue de la Q-GDR associés aux soins. Ceci constitue un levier au profit du DS pour mener une politique managériale intégrant la Q-GDR. Il traduit les attentes nationales auprès des professionnels, afin de donner du sens à

la démarche. Il prend également en compte leurs valeurs, leurs cultures et leurs cœurs de métiers. L'enjeu est d'articuler l'ensemble et de s'adapter en permanence aux paradoxes pouvant exister et au contexte local. L'objectif du DS est d'impulser une dynamique et de favoriser une participation active des professionnels de terrain paramédicaux, mais également médicaux. Pour cela, les grands axes de travail doivent être limités en nombre, comporter du sens pour les acteurs de terrain et aboutir à une évolution concrète. Les projets Q-GDR doivent se décliner dans chaque pôle par l'intermédiaire du contrat de pôle qui aura été négocié avec les responsables dont les cadres de pôles. Les plans d'actions issus des différents projets permettent alors de répondre à des problématiques de services, à des difficultés qui se situent au cœur des missions des professionnels et favorisent ainsi l'implication des soignants. Des groupes de travail sont alors constitués et initiés par les services, les pôles, les sous-commissions de la CME mais aussi par la CSIRMT.

3.2 Axe n°2 - Une politique managériale du directeur des soins : vers une intégration de la démarche Q-GDR

3.2.1 Une stratégie définie par le DS

Une des missions du DS est d'optimiser les prises en charge des patients, des organisations, et de développer l'efficacité. Pour un manager, la démarche Q-GDR peut être qualifiée d'outil au service de l'encadrement, de moyen de coordination, ou encore d'outil de gestion de projet. La démarche Q-GDR vient donc en appui du management de la direction des soins et de la mise en œuvre de la politique de soins. Il s'agit alors pour le DS de convaincre l'encadrement soignant de l'utilité de la démarche et de l'accompagner afin qu'il se l'approprie. Les cadres supérieurs de santé déclinent cette politique au sein des pôles et les cadres de santé sont chargés de la déployer dans les services. La démarche qualité permet d'objectiver des situations, des dysfonctionnements, de fixer des objectifs et de se recentrer sur les cœurs de métiers. L'ensemble contribue à donner du sens aux équipes.

3.2.2 Une démarche collective organisée

Pour fonctionner, la démarche doit être collective. En effet, la participation de professionnels est recherchée en continu. Collaborer et travailler de façon transversale au sein des pôles incite le décloisonnement des services et le partage d'informations. Ceci représente un réel levier managérial et favorise l'implication professionnelle. Au sein de

chaque pôle et service, la collaboration entre cadre de pôle et chef de pôle ainsi qu'entre cadre de santé et chef de service, sont des conditions nécessaires au déploiement de la démarche au plus près du terrain, d'où la nécessité de travailler étroitement et en amont avec la communauté médicale. Des rencontres hebdomadaires entre le PCME et le DS permettent de faire le point sur l'avancée des projets, sur les difficultés émergentes et d'adapter la stratégie aux différents contextes. En effet, comme nous l'avons vu, il existe de nombreux groupes sociaux au sein des établissements de santé. Leur connaissance et celle de leur environnement sont des priorités afin de reconnaître chacune de leur culture comme un ensemble cohérent. Leur prise en compte conduit à construire une base commune permettant ensuite une évolution. Le DS échange régulièrement à ce sujet avec le PCME et le DQ. Il rappelle également cette notion au sein de l'équipe de direction, mais aussi au sein de la direction des soins.

3.2.3 Formation et communication, des leviers pour une appropriation

Un autre levier doit être actionné, celui de la formation et de la communication auprès des professionnels. La formation des cadres à la Q-GDR est un élément central dans la politique managériale du DS. En effet, ils représentent les relais de la démarche. Ce sont eux qui connaissent la singularité de chaque contexte et qui contribuent à l'animation au sein des pôles et des services. Ils doivent acquérir les principes de la Q-GDR et la connaissance des outils qui sont à leur disposition pour les adapter à leur environnement. L'organisation de la formation des nouveaux arrivants et des soignants en place dans le cadre du plan de formation vient compléter le dispositif. L'objectif est de faciliter la transition vers une culture qualité. La communication sur la démarche qualité, comprenant son contexte, sa finalité, ses impacts, est également une priorité à l'échelle institutionnelle pour l'ensemble des professionnels. Elle doit se faire par différents moyens comme le site intranet, des réunions d'information ou un journal interne. Elle doit être redondante pour tenir compte de la déperdition et de la déformation de l'information par les groupes humains. Les membres de la direction qualité ont un rôle à jouer dans l'organisation de ces formations et de ces communications.

3.2.4 Une structuration pluridisciplinaire du management de la Q-GDR

Afin d'intégrer la Q-GDR dans le management des cadres, l'organisation doit être définie par le DQ et le DS et comporter différents niveaux de structuration où les soignants ont toute leur place dans un objectif de pluridisciplinarité. Tout d'abord, il est pertinent que le personnel médical et paramédical soit représenté dans la composition de l'équipe de la direction qualité. Nommer un médecin coordonnateur des risques et intégrer un cadre de

santé dans l'équipe est une possibilité pour favoriser les regards croisés sur les problématiques et assurer un premier lien avec le terrain. En effet, l'équipe qualité a un rôle de consultant, d'initiateur et de facilitateur. Ensuite, le DS fait partie du comité de pilotage Q-GDR. De par le rôle de ce comité, sa composition est stratégique. Il est pertinent d'y associer, le PCME, les chefs et les cadres de pôle, les correspondants des vigilances, des membres de l'équipe opérationnelle d'hygiène, le responsable du management de la prise en charge médicamenteuse, les pilotes de processus, des membres de la direction qualité et la direction générale. Lors de réunions trimestrielles, ils participent ainsi au suivi de la politique Q-GDR, à son orientation et à sa mise en œuvre. Ils analysent les points d'alerte, les indicateurs de suivi et l'évolution des projets. Puis, pour assurer la déclinaison dans les services, chaque pôle constitue une cellule qualité avec les responsables de pôle, les chefs de services et les cadres de santé ou des référents identifiés par secteur. Leur mission est également de travailler sur des sujets qui les concernent, initiés par exemple à partir des événements indésirables déclarés dans leurs services et donnant lieu à des plans d'actions puis un suivi. Un membre de la direction qualité, identifié, les accompagne dans leur démarche sur le plan méthodologique.

Une organisation telle que nous venons de la décrire contribue à définir l'interaction entre le rôle du DQ et du DS. Afin de compléter cette collaboration, l'institution de réunions hebdomadaires, de courte durée, permet de faire un suivi de la démarche et de réajuster les stratégies. Cela constitue un levier de management et de coordination de la qualité. L'ordre du jour minimum est l'examen des événements indésirables déclarés dans l'établissement. Selon la situation, la cellule Q-GDR des pôles est alors sollicitée pour prendre en charge des dossiers et organiser des CREX ou des RMM par exemple. Les comptes rendus et les bilans d'étape des plans d'actions qui en découlent, sont communiqués aux professionnels au sein des pôles, à la direction des soins et à la direction qualité. De plus, au regard des échanges lors de ces réunions hebdomadaires avec le DQ, le DS peut décider d'une suite à donner et donc d'organiser par exemple des audits flash ciblés ou globalisés, des thèmes de journées d'animation professionnelle, la mise en place de groupes de travail, des réunions d'information aux professionnels ou encore des entretiens individuels.

3.2.5 Une démarche intégrée dans l'organisation de la direction des soins

Au sein de la direction des soins, une organisation est définie. A l'occasion de réunions hebdomadaires avec les cadres de pôle, le DS peut faire systématiquement un point Q-GDR, ce qui permet notamment de faire un lien avec ses rencontres régulières avec le DQ. Le DS demande à chaque cadre de pôle de mettre un point qualité à l'ordre du jour de leurs réunions avec les cadres de santé des services. Chaque cadre de proximité

abordera ainsi les sujets qualité au sein de son service sur des thèmes généraux et surtout spécifiques à leur environnement. L'objectif est ici d'informer, d'expliquer, d'impulser la démarche et d'impliquer les professionnels. A chaque étape, le circuit de l'information et le suivi de la démarche doivent se faire dans les deux sens, descendant mais aussi ascendant. Selon les travaux effectués, l'organisation de temps d'échanges entre les professionnels d'un même pôle ou entre pôles donne l'occasion aux équipes de présenter les résultats d'un travail de groupe. Ceci permet une reconnaissance, une valorisation de leur travail, mais aussi un échange, un partage d'expérience avec d'autres groupes et une capitalisation des résultats. De surcroît, afin d'améliorer la lisibilité et le suivi de ce qui peut être entrepris dans les services, il est opportun d'intégrer des indicateurs Q-GDR dans leur rapport d'activité. Il s'agit par exemple du nombre d'audits cliniques, CREX et RMM, du nombre de déclarations d'événements indésirables émis et entrant, du nombre de participants à la CSIRMT, du nombre de participants à des groupes de travail, du nombre de questionnaires de satisfaction complétés et des résultats, du nombre de documents qualité rédigés ou actualisés, du nombre d'agents formés à la Q-GDR ou du nombre d'actions mises en œuvre en lien avec une évaluation. Le suivi de ces indicateurs évalue le dynamisme de chaque service et propose un accompagnement si nécessaire. Un réajustement peut alors être envisagé en collaboration avec le DQ.

3.3 Axe n°3 - Des ressources de communication identifiées : un lien entre les différents groupes sociaux

3.3.1 Des relations indispensables entre les professionnels

Nous avons vu que la structuration de l'organisation de la démarche Q-GDR ainsi que la ligne managériale du DS posent un cadre qui a pour but de réunir les professionnels autour de différentes thématiques. Notre enquête a montré l'importance de rentrer en contact avec tous les groupes sociaux présents dans un hôpital, que ce soit les pôles, les services, les métiers ou tout autre groupe partageant les mêmes valeurs ou cultures. L'équipe de direction doit s'appuyer sur leur interdépendance pour souligner la nécessité de travailler ensemble. L'objectif est donc de faciliter la coopération en reliant les groupes sociaux sans modifier leur logique et leur identité. Ce lien peut se faire grâce à des ressources, que nous avons appelées « passeurs de frontières » et qu'il convient d'identifier au sein d'un établissement. Leur rôle est de véhiculer des informations, des connaissances entre groupes sociaux distincts, d'articuler des logiques professionnelles, de traduire avec neutralité les attentes, les demandes et de faciliter la compréhension de tous. Le repérage

de ces ressources est minutieux et adapté au contexte local. Elles doivent être connues et reconnues pour que cela fonctionne et doivent avoir une capacité d'adaptation aux personnes et aux situations.

3.3.2 Des moyens variés pour passer les frontières entre les groupes

Concrètement, le DS fait partie des passeurs de frontières pour les personnels paramédicaux. La collaboration avec le DQ prend ici tout son sens. Le DS et les cadres soignants assurent la traduction de la démarche auprès des professionnels. Concernant les personnels médicaux, le PCME est une ressource pour accompagner les médecins. Il peut ainsi gommer l'aspect formel de la démarche, simplifier des domaines si ceux-ci semblent trop contraignants. Selon les thématiques, il peut s'appuyer sur des experts, comme le praticien hospitalier en hygiène, la Personne Compétente en Radioprotection (PCR), le responsable du management de la prise en charge médicamenteuse, qui peut être un pharmacien, ainsi que les présidents des sous-commissions de la CME. Le positionnement de ces professionnels est important pour échanger avec les groupes sociaux et participer aux apprentissages, aux évolutions des pratiques et des organisations. Les membres de la direction qualité avec un profil médical ou paramédical ont également une fonction de traducteurs auprès de leurs pairs. Les autres membres de la direction Q-GDR doivent être connus pour leur expertise dans ce domaine et être proche des professionnels en les accompagnant. Selon leur effectif, une répartition des pôles entre eux peut être opportune afin que les acteurs aient le même interlocuteur et qu'une relation de confiance puisse s'établir. L'identification de toutes ces personnes et leurs rôles doivent donc être clairement affichés.

En complément des ressources humaines, d'autres éléments permettent le passage de frontières. C'est le cas du dossier patient informatisé qui permet une communication avec tous les acteurs. Ces derniers doivent se retrouver autour de cet outil. Son paramétrage est d'autant plus important. Chaque groupe est en contact avec le service informatique, service support qui assure la traduction de leurs besoins et la coordination de l'ensemble. Le logiciel de gestion documentaire et celui de gestion des événements indésirables sont également des objets qui concernent tous les groupes sociaux et qui mettent en lien des professionnels d'origines différentes. La présence d'outils informatiques fonctionnels, adaptés, maîtrisés et évolutifs, est un élément central pour un déploiement et une appropriation de la démarche Q-GDR.

3.4 Axe n° 4 - Une mise en œuvre opérationnelle : les soignants acteurs

3.4.1 Des appuis stratégiques pour l'opérationnalisation de la démarche

Pour cet axe, la direction qualité se met au service des pôles et des services pour les appuyer sur l'opérationnalisation de leurs projets. Le DS a plus un rôle d'orientation des efforts, puis dans l'autre sens de valorisation des travaux effectués et d'intégration dans un projet collectif.

Ainsi, en s'appuyant sur ces passeurs de frontières, la démarche est mise en œuvre de façon descendante et ascendante. Il s'agit d'établir un climat de confiance avec les professionnels en menant dans un premier temps des plans d'actions concernant leurs services, leurs pratiques. Ceci incite les individus à s'inscrire dans un contrat d'engagement pour qu'ils adoptent plus sûrement l'évolution proposée de façon durable. La reconnaissance des actions menées par les soignants est également un levier. Cela se traduit par une présentation de leurs travaux à la direction, lors de réunions de pôle, de service, de cadres ou encore par une publication dans des revues spécialisées.

3.4.2 Une mise à disposition d'outils adaptés aux besoins et au contexte

L'objectif est ainsi de proposer aux professionnels des démarches qui correspondent à leurs besoins, basées sur leurs expériences, leurs pratiques. A partir de situations vécues et d'évènements indésirables déclarés, la réalisation de CREX ou de RMM est adaptée. L'analyse est collective avec des personnels concernés qui proposent eux-mêmes des actions correctives. L'idée n'est pas de multiplier ces actions mais d'en choisir un nombre limité, les plus pertinentes, avec des résultats visibles permettant de constater l'impact sur le terrain. Ces techniques recentrent les soignants sur leur cœur de métier. La méthode des patients traceurs est également une technique qui leur permet d'évaluer leurs pratiques et les interactions avec les autres services. Ceci engage des réflexions communes avec des constats de points forts et de points à améliorer. Parmi tout le dispositif d'évaluation régional et national comme les IPAQSS, la certification, les enquêtes de satisfaction des patients ou les inspections de l'agence régionale de santé, il est possible de se saisir de ces méthodes et de les traduire par secteurs d'activité afin que les soignants se les approprient. Une inspection de l'autorité de sûreté nucléaire est par exemple l'occasion de faire un bilan de la radioprotection des patients et des travailleurs. La PCR peut alors assurer le lien entre les inspecteurs et les professionnels de l'imagerie ou du bloc opératoire, pour faire évoluer leurs pratiques selon le constat établi et les

recommandations émises. Pour chacune de ces démarches, un accompagnement méthodologique personnalisé est proposé par les membres de la direction qualité. En effet, les outils doivent être adaptés au contexte et aux organisations en place.

3.4.3 Une évaluation de la démarche essentielle pour les acteurs

Pour terminer, un bilan, type revue de direction, doit être fait régulièrement dans les services, pour présenter la démarche en place, les difficultés, les résultats mesurés par les indicateurs, puis l'actualisation des objectifs et les plans d'actions menés. Cela permet aux professionnels d'avoir une vision rétrospective et prospective de leur implication dans leur service et dans leur pôle, et de valoriser les travaux menés. Il faut ajouter à cela des informations régulières sur le reste de l'établissement pour qu'ils puissent faire des liens sur les évolutions qui ont lieu dans les autres secteurs et se situer dans l'institution, dans le cadre d'une démarche collective.

Ainsi, nous pouvons constater que ces préconisations ont plusieurs strates mais sont aussi complémentaires. Elles ont l'ambition d'impliquer l'ensemble des professionnels à tous les niveaux. Elles impliquent une structure et un management adapté. Elles donnent la possibilité au DS d'avoir une vision globale sur les points forts et les faiblesses des organisations au sens large du terme. La participation active des personnels à la démarche Q-GDR favorise les échanges tant de façon verticale que transversale avec l'ensemble des services et facilite également son appropriation. De plus, le DS peut suivre les différents plans d'actions qui se croisent avec ceux du projet de soins. L'ensemble fait un lien avec sa politique managériale qui a pour ambition d'intégrer la Q-GGDR à part entière.

Conclusion

Le DS a comme impératif de préserver la qualité et la sécurité des soins, de rationaliser les ressources, d'optimiser les prises en charge des patients, des organisations et de développer l'efficacité, dans un contexte économique souvent contraint. Sa fonction et son positionnement permettent de donner collectivement du sens à la démarche Q-GDR de façon à ce que cela appuie la performance de l'établissement et n'aboutisse pas à une bureaucratisation du processus. Selon la taille de l'hôpital, la régulation technique se reporte sur le DQ et une complémentarité entre les deux fonctions doit se mettre en place. L'enjeu managérial est alors l'appropriation de la démarche Q-GDR par les professionnels afin qu'ils concourent à l'optimisation de l'organisation des activités et à l'identification des perspectives. L'utilisation du dispositif et des outils permet aux soignants d'objectiver les situations, les dysfonctionnements, de fixer des objectifs, de mener des projets et de se recentrer sur leurs cœurs de métiers. La démarche représente également une ligne d'arbitrage et un outil de discussion. Tout cela vient donc en appui du management de la direction des soins et de la mise en œuvre de la politique de soins. Les cadres supérieurs de santé et les cadres de santé déclinent cette politique au sein des pôles et des services en intégrant la Q-GDR à leur management. Le projet de soins devient ainsi un outil important, porteur de sens, et non pas uniquement une explication de processus de fonctionnement.

Notre recherche a souligné l'importance de la prise en compte des différentes cultures dans un management qui intègre la Q-GDR. La difficulté de compréhension entre les différents groupes sociaux conduit à une gestion des paradoxes, des contradictions en s'appuyant sur la richesse de l'interculturalité et en préservant le sens de l'action collective. Pour contourner un certain cloisonnement, des collaborations sont nécessaires et des ressources permettant une communication doivent être activées. La Q-GDR comme levier managérial, la collaboration entre DS et DQ, la structuration de la démarche et l'utilisation des ressources de communication permettent d'asseoir le déploiement de la démarche et de favoriser son appropriation par les professionnels. Tout cet ensemble s'intègre dans une politique institutionnelle, portée collectivement.

Ainsi, la démarche Q-GDR comporte des dimensions institutionnelle, transversale, pluridisciplinaire, mais aussi territoriale. A travers les GHT, les professionnels ont défini et organisé des filières dans les Projets Médico-Soignants Partagés (PMSP). Ils se préparent également à une certification commune d'ici 2020. La coopération et la coordination entre tous les acteurs de santé du territoire sont donc recherchées et amenées à se développer.

Bibliographie

Ouvrages

- . TROSA S., BARTOLI A., 2016, *Les paradoxes de management par le sens*, Rennes : Presses de l'EHESP, 167 p.
- . LAINE S., 2004, *Management de la différence : apprivoiser l'interculturel*, Saint-Denis La Plaine : AFNOR, 290 p.
- . BAROUCH G., 2017, *Le Management de la Qualité à l'Usage des Dirigeants*, La Plaine Saint-Denis : AFNOR, 144 p.
- . TESTA J.P., DEROULEDE B., 2015, *La boîte à outils du Management transversal*, Paris : Dunod, 189 p.

Articles

- . BERTILLOT H., février 2017, « Mesurer la qualité pour transformer l'hôpital ? : Analyse sociotechnique d'une discrète quantification », *Revue Française de Socio-Economie*, pp.131-152.
- . FAVIER AL., avril 2017, « Une qualité résolument tournée vers l'avenir », *Objectif soins & management*, n°255, pp. 35-37.
- . FRAISSE. S, ROBELET M., VINOT D., mai 2003, « La qualité à l'hôpital : entre incantations managériales et traductions professionnelles », *Revue française de gestion*, n°146, pp. 155-166
- . GUERET-TALON L., 2004, « Management par la qualité : et si le service public devenait une référence sur le marché ? », *Politiques et management public*, vol.22, n°2, pp. 39-54.
- . ORVAIN J., HAMEL C., 2014, « L'interdiction des retranscriptions pharmaceutiques : Adaptation du management aux conventions sociales », *Journal de Gestion et d'Economie Médicale*, vol. 32(7), pp. 521-536.
- . ROUTELOUS C., LAPOINTE L., VEDEL I., 2014, « Le rôle des passeurs de frontières dans la mise en place de collaboration pluridisciplinaire en médecine », *Journal de Gestion et d'Économie Médicale*, vol.32, pp. 481-499.
- . SEBTON M., 2000, la qualité, « un nouveau paradigme de l'action collective ? », *RFS 2000*, pp. 51-68
- . VAS A., GUILMOT N., mai 2017, « Paradoxe et changement organisationnel : les stratégies d'adaptation des cadres intermédiaires », *Gestion 2000*, volume 34, pp. 381-414.

Dossiers, Guides, Référentiels

- . Ministère de la solidarité et de la santé, février 2018, « Stratégie de transformation du système de santé », Dossier de presse, pp. 16.
- . HAS Direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, janvier 2014, « Manuel de certification des établissements de santé V2010 », 111 p.
- . Institut du management Filière de formation des directeurs des soins, décembre 2011 mise à jour novembre 2017, « Référentiel de compétences des directeurs des soins », EHESP, pp. 26.

Mémoires

- . FLAGEOLET S., 2012, *Une démarche qualité en soins coordonnée et investie par tous : une mission du directeur des soins*, Mémoire de directeur des soins : EHESP Rennes, 52 p.
- . LE DORTZ P., 2008, *Garantir des soins de qualité, une démarche managériale pour le directeur des soins*, Mémoire de directeur des soins : EHESP Rennes, 39 p.

Réglementation

- . SECRETARIAT D'ETAT A LA SANTE ET A LA SECURITE SOCIALE. Ordonnances n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée. Journal officiel, n°98 du 25 avril 1996, 6324.
- . MINISTERE DE LA SANTE. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Journal officiel du 5 mars 2002, 4118.
- . MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Journal officiel, n°0167 du 22 juillet 2008, 12184.
- . MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE ET DES DROITS DES FEMMES. Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Journal officiel, n°0022 du 27 janvier 2016.
- . MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS. Décret n° 2010-1138 du 29 septembre 2010 modifiant le décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière. Journal officiel, n°0227 du 30 septembre 2010.

Liste des annexes

Annexe 1 : Grille d'entretien

Annexe 2 : Grille d'observation

Annexe 1 : Grille d'entretien

<p>Question de départ :</p> <p>En quoi le positionnement du DS vis à vis du DQ impacte l'appropriation de la démarche Q-GDR par les soignants ?</p>
<p>Hypothèse 1 : La vision de la qualité est différente selon les acteurs</p>
<p>Entretien semi-directif</p>
<p>1. Quelle est votre manière de voir la qualité ? (Objectif, finalité, stratégie, approche)</p> <p>2. Selon vous, quels sont les objectifs de la démarche Q ? (Pour l'Ets, les professionnels, les patients)</p> <p>3. Selon vous, quelle doit être la structuration, l'organisation de la démarche qualité ?</p>
<p>Hypothèse 2 : Les fonctions de DS et DQ sont complémentaires</p>
<p>Entretien semi-directif</p>
<p>4. A votre avis, quelles connaissances et compétences sont nécessaires pour manager la démarche qualité ? (Apport de méthode, de technique, de coordination ; Connaissances du métier de soignants)</p> <p>5. Selon vous, quels sont les apports, quelle est la valeur ajoutée du DS ? du DQ ?</p> <p>6. Comment voyez-vous l'interaction des 2 fonctions DS-DQ ? (Complément/coopération/contradiction/ignorance/concurrence)</p> <p>7. Quels sont les avantages et inconvénients de ce mode d'organisation ?</p> <p>8. Existe-t-il des sujets d'opposition entre DS et DQ ?</p>
<p>Hypothèse 3 : La structuration de la relation DS-DQ impacte l'appropriation de la démarche Q-GDR par les soignants</p>
<p>Entretien semi-directif</p>
<p>9. Quel fonctionnement est établi entre DS et DQ pour le management de la qualité ? (Type et fréquence des rencontres, Responsabilité pour l'un et l'autre, Sujets abordés, Sujets non abordés qui le mériteraient, qui manage la certification)</p> <p>10. Quelle est la place et le rôle de l'encadrement et de la communauté médicale, dans la démarche qualité impulsée par le DS et le DQ ? (Pilote de processus et des écarts de processus, Animation/participation EPP, EI, PAQSS, CQ...)</p> <p>11. Quelle est la traduction opérationnelle ? (qui fait quoi ?) (Nombre de réunions QGDR, catégorie et nombre des Participants, Modalités de recueil et d'exploitation des IPAQSS, Modalités de gestion des EPP, des EI, du CQ)</p>

Annexe 2 : Grille d'observation

<p><u>Question de départ :</u> En quoi le positionnement du DS vis à vis du DQ impacte l'appropriation de la démarche Q-GDR par les soignants ?</p>
Hypothèse 1 : La vision de la qualité est différente selon les acteurs
Observation / Consultation de documents
<p>. Position des projets les uns par rapport aux autres : qualité, de soins, médical (Logique interne, différents rôles, différentes constructions ?)</p> <p>. Réunions : positionnement du DS et du DQ (discours et comportements)</p>
Hypothèse 2 : Les fonctions de DS et DQ sont complémentaires
Observation / Consultation de documents
<p>. Position des projets les uns par rapport aux autres : qualité, de soins, médical (Logique interne, différents rôles, différentes constructions ?)</p> <p>. Réunions : positionnement du DS et du DQ (discours et comportements)</p>
Hypothèse 3 : La structuration de la relation DS-DQ impacte l'appropriation de la démarche Q-GDR par les soignants
Observation / Consultation de documents
<p>. Qui fait quoi ? Quelle organisation ?</p> <ul style="list-style-type: none">- Organigramme : position, niveau de collaboration- Rapport de certification (processus de management Q-GDR)- Rapport d'activité direction qualité- Rapport d'activité direction des soins <p>. Comptes rendus réunions Q-GDR</p>

DIRECTEUR DES SOINS

Promotion 2018

LE MANAGEMENT DE LA QUALITE GESTION DES RISQUES : UN ENJEU POUR LE DIRECTEUR DES SOINS**Résumé :**

Le management qualité - gestion des risques s'est imposé dans les hôpitaux pour devenir incontournable. Le portage de la démarche doit être collectif et initié par la direction, notamment le directeur qualité et le directeur des soins.

A partir de la politique institutionnelle, le directeur de soins doit intégrer ce management dans la politique de soins et dans sa stratégie managériale afin que les professionnels s'approprient la démarche.

Les enjeux de la démarche qualité-gestion des risques sont nombreux et les leviers doivent être identifiés. Le management s'adapte aux nombreux groupes sociaux présents dans les établissements de santé. La pluralité des cultures est à prendre en compte pour éviter les incompréhensions, les contradictions et préserver le sens de l'action collective.

A partir des éléments de recherche de ce mémoire, des préconisations politiques, stratégiques et opérationnelles sont proposées afin de favoriser l'appropriation des professionnels et leur collaboration.

Mots clés :

MANAGEMENT – QUALITE – GESTION DES RISQUES – DIRECTEUR DES SOINS – DIRECTEUR QUALITE – COLLABORATION – APPROPRIATION – CULTURE

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