



**ENSP**

ÉCOLE NATIONALE DE  
LA SANTÉ PUBLIQUE

**RENNES**

---

**Directeur d'établissement  
sanitaire et social public  
Promotion 2004**

---

**PÉRENNISER LA DÉMARCHE QUALITÉ À L'HÔPITAL LOCAL**

**DE L'OBLIGATION D'ACCRÉDITATION AU MANAGEMENT DE LA QUALITÉ À  
TRAVERS L'EXEMPLE DE L'HÔPITAL LOCAL DE MONTFORT SUR MEU**

**Morgane LE COCQ**

---

# Remerciements

---

Je souhaite témoigner ma reconnaissance particulière à :

- Madame MOYSAN, Directeur de l'Hôpital Local de Montfort sur Meu et Maître de stage, qui a fait que ces dix mois ont été très riches d'enseignements. Je la remercie pour sa grande disponibilité, ses conseils, son soutien et la confiance qu'elle m'a accordés tout au long du stage.
- Tous les responsables de service avec lesquels j'ai travaillé en étroite collaboration en particulier dans le cadre de la mise en place de la démarche qualité dans l'établissement.
- L'ensemble des personnels de l'Hôpital pour m'avoir totalement intégrée dans leur dynamique de fonctionnement.
- Messieurs GILBON, Directeur de formation, et LE CORPS, tuteur, pour leurs conseils dans l'élaboration et la rédaction de ce mémoire.

---

# Sommaire

---

<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>1</b>
<b>1 L'INTRODUCTION DE LA DÉMARCHE QUALITÉ À L'HÔPITAL LOCAL OU COMMENT ORGANISER LA RÉPONSE À UNE OBLIGATION LÉGALE : LA PROCÉDURE D'ACCRÉDITATION.....</b>	<b>5</b>
1.1.1 Rétrospective de l'émergence du concept « qualité ».....	5
A) Qualité, de quoi parle-t-on exactement ?.....	5
B) Evolution historique de la qualité ou la naissance d'un concept.....	7
C) L'actualité du concept : vers une formalisation de la qualité.....	9
1.1.2 L'engagement obligatoire des établissements de santé dans une démarche de recherche permanente de qualité : la procédure d'accréditation.....	10
A) La qualité : d'un concept inhérent à l'Hôpital à la formalisation de la démarche.....	10
B) La procédure d'accréditation : un système contraignant à respecter.....	12
C) Un management encadré de la procédure.....	13
<b>1.2 Les points de blocage, pour répondre à l'obligation, liés aux caractéristiques de l'hôpital local.....</b>	<b>15</b>
1.2.1 L'hôpital local : des missions et un fonctionnement propre.....	15
A) Les caractéristiques de l'hôpital local.....	15
B) Les « points faibles » de l'Hôpital Local pour entrer dans la procédure : l'exemple du site de Montfort sur Meu.....	17
C) La perception de la procédure d'accréditation.....	18
1.2.2 L'entrée dans la démarche : « de l'implicite à l'explicite ».....	20
A) L'étape décisive de l'auto-évaluation.....	20
B) Les suites de la procédure : en attendant les Experts Visiteurs.....	22
C) Les inquiétudes quant à la réussite de la procédure : la difficile remotivation des équipes.....	24

<b>2</b>	<b>L'ACCREDITATION, VÉRITABLE LEVIER POUR L'ÉVOLUTION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES : DES OUTILS POUR MANAGER LA QUALITÉ D'UN HÔPITAL LOCAL ACCRÉDITÉ .....</b>	<b>27</b>
<b>2.1</b>	<b>Des enseignements à tirer de la procédure d'accréditation.....</b>	<b>27</b>
2.1.1	Des personnels initiés à la démarche de projet pour améliorer la qualité .....	27
A)	Une méthodologie intégrée .....	27
B)	Le travail collectif.....	28
C)	L'implication individuelle.....	30
2.1.2	Un système de management à repenser à l'hôpital pour s'adapter aux exigences de qualité .....	31
A)	Si l'accréditation remet en question l'organisation traditionnelle dans la fonction publique hospitalière.....	31
B)	...elle oblige la direction à se positionner en tant que « manager » de la qualité,33	
C)	...et constitue aussi un outil au service du management.....	35
<b>2.2</b>	<b>Des mises en pratique à l'hôpital local de Montfort sur Meu.....</b>	<b>37</b>
2.2.1	La conduite de la mesure .....	37
A)	Les préalables à la mesure.....	37
B)	Préparation de la mesure.....	40
C)	Réalisation sur le terrain .....	41
2.2.2	L'analyse de la mesure.....	42
A)	La méthodologie de l'analyse .....	42
B)	Les résultats marquants de l'enquête.....	43
2.2.3	L'analyse de l'outil.....	47
A)	Vérification des enseignements issus de la procédure .....	47
B)	Les limites de l'outil .....	49

<b>3</b>	<b>LA NÉCESSAIRE FORMALISATION DE LA POLITIQUE DE MANAGEMENT DE LA QUALITÉ EN VUE DE LA PÉRÉNNISATION DE LA DÉMARCHE.....</b>	<b>51</b>
3.1	<b>Le rôle primordial du Directeur en tant que garant de la dynamique qualité dans l'établissement.....</b>	<b>51</b>
3.1.1	La définition de la politique qualité par le chef d'établissement.....	51
	A) Un management de la qualité fondé sur un projet.....	51
	B) Les orientations choisies dans le projet qualité de l'hôpital local de Montfort sur Meu .....	54
3.1.2	Les piliers incontournables pour le succès du projet qualité .....	56
	A) Une communication efficace de la politique qualité .....	56
	B) Les choix de formation pour le personnel favorisant l'implantation du projet qualité.....	59
<b>3.2</b>	<b>Le Responsable qualité : une fonction en devenir à l'hôpital local .....</b>	<b>61</b>
3.2.1	Le responsable qualité ou la diffusion de la culture qualité au quotidien.....	61
	A) Une fonction à part entière nécessaire au développement de la démarche qualité et de gestion des risques à l'hôpital local.....	61
	B) Positionnement du responsable qualité dans l'établissement.....	64
3.2.2	Les modalités de recrutement du responsable qualité à l'hôpital local.....	66
	A) Tentative de création d'une fiche de poste du responsable qualité d'un hôpital local .....	66
	B) Vers une mutualisation des moyens entre établissements sanitaires et sociaux et médico-sociaux.....	69
	<b>CONCLUSION .....</b>	<b>71</b>
	<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>73</b>
	<b>LISTE DES ANNEXES.....</b>	<b>I</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

**ANAES** : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

**ANHL** : Assises Nationales de l'Hôpital Local

**ARH** : Agence Régionale de l'Hospitalisation

**CLIN** : Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales

**CME** : Commission Médicale d'Etablissement

**COM** : Contrat d'Objectifs et de Moyens

**CSP** : Code de la Santé Publique

**DIM** : Direction de l'Information Médicale

**DU** : Diplôme d'Université

**EHPAD** : Etablissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes

**ENSP** : Ecole Nationale de la Santé Publique

**FHF** : Fédération Hospitalière de France

**ISO** : International Organisation for Standardisation

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé

**PDCA** : Plan, Do, Check, Act (planifier, réaliser, mesurer, réagir)

**PQQOQCC** : Pourquoi, Qui, Quoi, Où, Quand, Comment, Combien

**RAQ** : Responsable Assurance Qualité

## INTRODUCTION

Le secteur sanitaire, social et médico-social français présente un paysage composite au sein duquel gravitent des établissements relevant de différents types de statut, combinant des modes d'organisation, de gestion et de financement distincts. Cette diversité, essentiellement héritée de l'histoire du secteur, tend aujourd'hui à s'atténuer sous l'emprise de notions communes émergentes : celles de la qualité et de l'évaluation.

En plaçant progressivement la qualité et l'évaluation des pratiques au cœur des principales réformes concernant ce secteur, les pouvoirs publics démontrent leur volonté de réorganisation et de régulation du système de santé. Aussi, si l'origine de ces concepts n'est pas à rattacher aux institutions sanitaires et sociales, le service public puis le secteur à l'étude se sont finalement appropriés des méthodes, outils et autres techniques nées des évolutions du monde industriel et très usitées par lui-même depuis de nombreuses décennies. Ces courants de pensée se sont tout d'abord diffusés dans le milieu hospitalier. Leur introduction a donné lieu à un processus progressif marqué par des avancées législatives et réglementaires successives. Ainsi, les dispositions d'ampleur de la loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière ont précédé plusieurs ordonnances aux innovations majeures. L'une d'entre elles (Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996), prolongeant la loi constitutionnelle n°96-138 du 22 février 1996 instituant les lois de financements de la Sécurité Sociale, concerne expressément l'hospitalisation publique et privée. Parmi les grandes orientations de ce texte, l'accent doit être mis sur le souci de garantir aux patients la qualité et la sécurité des soins. Cet objectif a justifié l'instauration d'une procédure d'accréditation. Applicable à tous les secteurs d'activités d'un hôpital, cette procédure est fondée sur une évaluation objective des pratiques en vue de les améliorer pour satisfaire au mieux aux attentes des usagers. Dirigée par un organisme indépendant nouvellement créé à savoir l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (Anaes), elle est la preuve que la qualité doit devenir un concept central dans le fonctionnement des établissements de santé. Dans cette perspective, le système français d'accréditation se distingue des expériences étrangères le précédant en la matière : tout établissement de santé se doit d'entrer dans la procédure d'accréditation.

Ce choix des pouvoirs publics incite à établir plusieurs constats :

- La mise en place du concept qualité dans les établissements de santé vise à satisfaire la procédure d'accréditation en respectant les recommandations méthodologiques formulées par l'Anaes.

En dépit de leurs caractéristiques propres, les hôpitaux locaux doivent se conformer à cette évolution significative de l'organisation hospitalière : ils appartiennent à la catégorie juridique des établissements de santé.

- La contrainte législative mentionnée constitue un projet riche en innovations mais imposant également des efforts d'adaptation considérables. Cette complexité de la procédure d'accréditation est amplifiée au sein de ces structures à taille humaine que sont les hôpitaux locaux, dans lesquels les personnels maîtrisent avec plus de difficultés ces démarches de projet.
- L'établissement accrédité doit faire vivre la dynamique lancée à l'occasion de la procédure d'accréditation. Répondre à la « norme » ne suffit plus, une véritable culture qualité doit s'imposer d'autant que le concept qualité ne se limite plus aujourd'hui au seul domaine hospitalier ; les structures sociales et médico-sociales sont aussi tenues de s'engager dans des démarches, distinctes de l'accréditation, mais proches de l'esprit de celle-ci. Les deux types de procédure s'appliquent alors à l'Hôpital Local du fait de ses missions sanitaire et sociale.

Dès lors, comment impulser une démarche qualité effective et pérenne au sein d'un hôpital local ? En quoi l'introduction de la procédure d'accréditation, pourtant considérée comme une contrainte, peut-elle devenir un facteur d'évolution des pratiques professionnelles ? Des modes de management classiquement utilisés ? Quels moyens doivent être déployés pour favoriser la diffusion d'une véritable « culture qualité » à l'Hôpital Local ?

L'expérience, que j'ai pu acquérir au cours du stage de professionnalisation à l'hôpital local de Montfort sur Meu, m'a offert certaines pistes de réflexion par rapport à ce questionnement initial :

- Il n'y a pas de démarche qualité sans moyens : s'il est souvent fait référence aux moyens financiers comme soutien incontournable, ceux humains, managériaux et organisationnels sont primordiaux pour faire entrer la démarche dans l'institution.
- La pérennisation du système qualité impose au directeur d'adapter l'organisation de la structure, à commencer par son système de management pour obtenir une approche plus globale de la qualité.

Cette approche finale, qui entrevoit la démarche qualité comme intériorisée et non simplement superposée à la culture interne de l'hôpital local, passe d'abord nécessairement par l'introduction de la procédure d'accréditation (Partie 1). Si celle-ci exige une implication importante des personnels de la structure, les nombreux efforts fournis semblent avoir des incidences positives sur leur pratique professionnelle et leur appropriation des méthodes de la démarche qualité (Partie 2). Ces acquis doivent être envisagés comme autant d'atouts dans la poursuite de l'amélioration continue. Pour autant, l'adaptation du système de management dans cet objectif de qualité est impérative pour en assurer la pérennisation (Partie 3).

Cette démonstration sera illustrée et enrichie par les enseignements issus de mon stage à Montfort sur Meu.

# 1 L'INTRODUCTION DE LA DÉMARCHE QUALITÉ À L'HÔPITAL LOCAL OU COMMENT ORGANISER LA RÉPONSE À UNE OBLIGATION LÉGALE : LA PROCÉDURE D'ACCRÉDITATION

Si l'ordonnance du 24 avril 1996 permet d'asseoir le concept qualité au sein du secteur de la santé, elle consacre surtout l'obligation d'instaurer une procédure d'accréditation de toutes les structures concernées (1.1). Les hôpitaux locaux doivent aussi répondre à cette exigence alors que leur mode de fonctionnement se distingue des autres établissements de santé (1.2).

## 1.1 Un cadre réglementaire unique applicable à la sphère hospitalière

### 1.1.1 Rétrospective de l'émergence du concept « qualité »

La qualité n'est pas une notion qui va de soi, tant elle peut être propre à chaque individu. Tenter de la définir prouve la complexité d'une notion (A), qui s'est pourtant progressivement imposée. La présentation de son historique (B) permettra de constater que la qualité est bien antérieure aux normes actuelles (C).

A) Qualité, de quoi parle-t-on exactement ?

Le dictionnaire Larousse nous donne la définition suivante de la qualité : « manière d'être, bonne ou mauvaise, de quelque chose ; de supériorité, excellence en quelque chose. ».

Ainsi définie, la notion de qualité renvoie à la façon dont tout à chacun peut apprécier tel produit ou telle prestation à un instant donné. De cette appréciation découle un jugement de valeur. La définition proposée revêt alors une dimension subjective indéniable tant elle permet d'affirmer qu'il est possible d'envisager de manière très différente le concept de qualité. Il n'existe donc pas une, mais des définitions de la qualité.

Traditionnellement, on distingue quatre perceptions de la notion.

Le client est à l'origine des premières :

- La **qualité attendue** qui correspond au niveau de qualité souhaitée par le client, qui a fixé au préalable des conditions nécessaires pour obtenir ce niveau.

Ces critères peuvent être de plusieurs ordres (sécuritaire, économiques etc.). Toutefois, sa vision demeure relativement globale.

- La **qualité perçue** exprimant le niveau de qualité ressentie, de façon plus ou moins confuse par le client à partir de ses propres attentes. Il peut réagir à l'instinct.

Quant aux deux autres, elles sont liées au fonctionnement de la structure délivrant l'objet ou la prestation :

- La **qualité conçue**, qui renvoie au niveau de qualité que le prestataire souhaite proposer à son client.
- La **qualité produite**, qui fait référence à la prestation réellement réalisée par l'établissement dans des conditions classiques de fonctionnement.

Si ces types de qualité reflètent la disparité des perceptions, ils mettent aussi, et surtout, en évidence toute la difficulté à les faire coïncider. D'une part, les perceptions du client peuvent ne pas correspondre ; la qualité perçue n'est pas la qualité réellement attendue. De même, un certain nombre de dysfonctionnements peuvent créer des écarts entre la qualité telle que prévue par l'établissement et celle qu'il réalise.

D'autre part, l'une et l'autre des perceptions, client destinataire/prestataire, doivent pouvoir s'articuler. Le problème réside pour l'établissement dans la variété de ses clients et la multiplicité de leurs attentes. Il existe en effet autant de qualités attendues que de clients. L'adéquation voulue doit permettre la satisfaction des besoins du destinataire.

La satisfaction de ce dernier constitue un enjeu primordial, élément que semble mieux prendre en compte la définition de la qualité émise par l'International Organization for Standardisation (ISO). D'après cette organisation internationale, la qualité est « l'aptitude d'un ensemble de caractéristiques intrinsèques à satisfaire des exigences ».

Il existe plusieurs types de caractéristiques : physiques, sensorielles, temporelles ou encore économiques. Elles peuvent être cumulatives pour la satisfaction d'un même besoin. Ces caractéristiques agissent au service des exigences du client c'est-à-dire des besoins ou attentes formulées, habituellement implicites ou imposées.

La qualité n'est donc pas nécessairement ce qui est beau, cher ou luxueux. Permettre de délivrer le bon produit (ou la bonne prestation) en direction de la bonne personne, au bon moment et au meilleur coût, se rapprocherait donc de la définition la plus appropriée de la notion de qualité.

Si l'on transpose ce postulat dans le secteur de la santé, la définition donnée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) répond aux critères précités. La qualité en ce domaine signifie « délivrer à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et

thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en terme de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins ».

Face à la difficulté de définir la qualité, les définitions précitées méritent de clarifier, d'affiner la notion. Mais au-delà de celles-ci, la qualité s'est érigée comme un véritable concept : elle est désormais reconnue et officialisée comme conforme aux exigences imposées par une norme.

## B) Evolution historique de la qualité ou la naissance d'un concept

Si la qualité est un concept dont on peut affirmer qu'il est d'actualité dans nos sociétés, il a connu une évolution ponctuée par différents événements majeurs.

On peut en effet s'interroger sur les raisons ayant favorisé le développement du concept. Pour cela, il faut s'intéresser à l'évolution du rapport producteur/acheteur dans le monde économique. L'évolution des différentes formes de production permet de découper l'histoire de l'industrie en plusieurs phases. Chacune d'entre elles a eu un impact sur la prise d'importance du concept.

**L'artisanat** constitue la première période de l'industrie. Elle commence dès la préhistoire et s'étend jusqu'aux prémices de la révolution industrielle. La relation producteur/acheteur s'avère assez simplifiée. Le fournisseur du produit, qui est l'artisan, est en contact direct avec son client. Toutes les étapes de la production s'effectuent sur un même site et par une même personne. Celle-ci gère et contrôle ses sources d'approvisionnement et ses méthodes de travail.

Dès lors, la qualité est liée à la dextérité de l'artisan, au choix des matières premières et au prix de vente du produit fini, le tout concernant une faible quantité. L'artisan assurant le contrôle de l'ensemble du processus de production, la qualité du produit se fait en temps réel.

La naissance des grandes fabriques vers la fin du XVIIème siècle marque les débuts de **l'industrie**. Ces fabriques sont le fruit du regroupement d'artisans et de la progression des techniques. Comme l'offre demeure à un niveau très inférieure à la demande, tout se vend même ce qui est de mauvaise qualité.

A cette époque, la qualité d'un produit ou d'une prestation est largement fonction du prix qu'il faut payer pour l'acquérir. Ainsi, plus l'acheteur paie cher, plus le produit est de bonne qualité.

L'industrie subit des révolutions au début du XX<sup>ème</sup> siècle. On assiste alors à une forte mutation des méthodes de production, qui s'inscrit dans la continuité de l'évolution des techniques, et au perfectionnement des machines dont l'utilisation se généralise. La demande connaît une forte croissance à cette période, avec une complexification des produits, qui profitent notamment du développement des transports, des sources d'approvisionnement et d'énergie. Les chaînes de production industrielle font leur apparition. Les tâches y sont divisées en plusieurs éléments simples et répétitifs : le **Taylorisme** est né. Des personnels peu qualifiés et mal payés sont employés pour exécuter ce travail.

Sur ces chaînes, les « bons » et les « mauvais » produits sont triés ; la qualité n'est alors liée qu'à un **contrôle**.

Du début du siècle jusqu'aux années 1950, plusieurs événements marquants vont provoquer un accroissement spectaculaire des besoins : les crises économiques, les deux guerres mondiales. Les produits doivent être fournis en très grande quantité et impérativement conçus dans des délais réduits. On passe alors par des **méthodes de contrôle statistique**, pour veiller à la bonne gestion qualité de ces projets d'ampleur. Or, la complexité des schémas de production fait grimper les coûts des contrôles, et les méthodes statistiques atteignent rapidement leurs limites. En outre, ces dernières ne pouvaient que donner des indications sur la qualité, sans permettre de prévenir une éventuelle évolution du standard demandé.

Par ailleurs, la rentabilité devenant une notion de plus en plus pressante dans les plans de financement, la notion de qualité par prévention s'impose : l'**assurance de la qualité**. Elle se traduit par la définition et la mise en œuvre des dispositions propres à fonder la confiance des utilisateurs à leurs yeux et à ceux de l'entreprise elle-même. Elle conduit à prévoir et à écrire tout ce qui a été fait, ce qui est conforme et à corriger les écarts éventuels.

La période qui s'ouvre après la seconde guerre mondiale place le facteur humain plus au centre des opérations de production. Dans un contexte de développement de la concurrence, les entreprises doivent agir. En effet, à partir de 1975, les produits japonais viennent concurrencer les entreprises nationales. Les marchés, en particulier ceux des pays de l'Europe occidentale, sont inondés par ces produits d'un niveau de qualité meilleure pour un prix plus faible. Les clients se montrent dès lors de plus en plus exigeants. Cette concurrence oblige à ne pas négliger la qualité des produits élaborés laquelle conditionne les ventes et devient un facteur de compétitivité, un argument commercial indéniable.

Cette période est l'avènement de la prise en compte de la dimension humaine et met en lumière l'importance du **management**. Par conséquent, les personnels sont sensibilisés à l'obtention de la qualité. La préoccupation de la qualité se répand également au travers de

la prise en compte plus significative des clients, du développement de l'écoute de leurs désirs et de leurs sources de satisfaction du produit ou de la prestation proposée.

Le concept de **qualité totale** s'impose peu à peu. Il s'articule autour de points clef notamment celui de la responsabilisation de tous les collaborateurs en ce qui concerne la qualité de leur travail et la qualité de vie au travail.

### C) L'actualité du concept : vers une formalisation de la qualité

Au cours des années 1980, le besoin de faciliter et de clarifier les échanges internationaux conduit à harmoniser les systèmes qualité et les modèles d'assurance de la qualité. C'est ainsi qu'est mise en place la série des normes ISO 9000 à partir de 1987.

La famille ISO 9000 est un ensemble de normes et de lignes directrices internationales relatives à la qualité. Cette famille comporte trois normes spécifiques : ISO 9001, ISO 9002 et ISO 9003 dont l'utilisation a, pour beaucoup, été réservée au secteur manufacturier.

Pour qu'ISO 9000 garde son efficacité, les normes de la famille sont constamment améliorées afin d'y intégrer de nouvelles initiatives en management de la qualité. En effet, la mise en place d'une démarche qualité aboutit nécessairement, à un moment ou à un autre à poser aux dirigeants et à l'encadrement, la question du **management de la qualité**. Le management de la qualité se développe au sein des entreprises. Il recouvre toutes les actions de conduite des démarches de la qualité. En tant que concept plus global, le management de la qualité englobe les moyens tels que la planification de la qualité, la maîtrise de la qualité, l'assurance qualité.

Ainsi, l'ISO a, dans le courant des années 1990, publié de nouvelles normes (ISO 9000-1, ISO 9000-2, ISO 9000-3) qui visent à fournir des conseils d'utilisation et clarifier les principaux concepts de la qualité. Ces révisions successives incitent les entreprises à faire évoluer leur système de management global. La norme ISO 9004 aligne sa structure sur celle de la norme ISO 9001 et se veut un tremplin vers l'excellence (Total Quality Management). Elle devient un véritable outil de management pour les entreprises qui veulent intégrer l'ensemble de leurs activités au Système de **Management de la Qualité Totale**.

La qualité est donc maintenant globale. D'une vague notion intuitive sur l'idée d'un bon travail bien fait, elle est maintenant une priorité dans la notion de production. Au niveau de l'entreprise, elle concerne toutes les activités, tous les métiers, toutes les personnes, tous les instants.

De cette présentation des concepts, il ressort que la notion de qualité a évolué : de simplement contrôlée, puis encouragée, le contexte actuel tend à la manager pour en accroître la maîtrise.

Or, si le monde industriel a connu une diffusion continue du concept de la qualité, le secteur public, et de façon plus évidente encore le domaine de la santé, n'a pris acte de l'essor de la qualité en tant que concept seulement tout récemment.

### **1.1.2 L'engagement obligatoire des établissements de santé dans une démarche de recherche permanente de qualité : la procédure d'accréditation**

Si la qualité a toujours été prise en compte dans le secteur de la santé (A), l'amélioration continue de la qualité est devenue une exigence impérative (B) et strictement encadrée (C).

A) La qualité : d'un concept inhérent à l'hôpital à la formalisation de la démarche

Les professionnels travaillant dans le domaine de la santé n'ont pas attendu l'intervention des autorités étatiques pour s'intéresser à la qualité.

La raison principale est d'ordre éthique. Elle provient des missions même assignées à l'hôpital. Si ces dernières n'ont cessé de croître, la fonction curative des établissements de santé n'en demeure pas moins la principale. Le soin est un acte délivré en vue d'améliorer l'état de santé du patient. Il induit donc en son sein une prestation de qualité. Et le secteur de la santé a cherché à améliorer ses pratiques. Les évolutions qui ont rythmé le monde industriel ont eu un impact certain sur les pratiques professionnelles à l'hôpital. Ainsi, à partir des années 1970, l'amélioration de la qualité passe par l'élaboration de références professionnelles et par le développement d'outils de mesure de la qualité. L'amélioration escomptée vise à réduire les écarts constatés sur le terrain. Ce mouvement tend vers le concept du contrôle de la qualité.

A partir des années 1980, le développement des activités des structures hospitalières donne lieu à des interventions successives des pouvoirs publics. Leurs préoccupations sont légitimées par la faiblesse relative des performances du système de santé dans certains domaines d'activité, par les demandes nouvelles des malades, mais également en raison de contraintes financières.

Dans ce contexte, certaines mesures législatives vont venir asseoir la qualité à l'hôpital. La réforme hospitalière de 1991 va permettre d'insuffler des changements significatifs. La Loi n°91-747 du 31 juillet 1991 impose en effet aux établissements de santé de développer une politique d'évaluation des pratiques professionnelles et de leurs modalités

d'organisation des soins. Cette politique engage les établissements dans une démarche qualité qui consiste dans un premier temps à évaluer leurs activités, pour ensuite adopter les mesures nécessaires en vue d'une assurance qualité au sein de la structure. Cette obligation générale inscrite aux articles L. 1112-2, L. 6113-1 et L. 6113-2 du Code de la Santé Publique doit permettre de garantir la qualité et l'efficacité des soins hospitaliers et de la prise en charge des malades. L'accent est alors mis sur la sécurité sanitaire, la qualité de l'accueil et des soins délivrés, ainsi qu'une régulation de l'offre de soins.

En 1996, la Direction des Hôpitaux lance des appels d'offres pour le développement de programmes d'amélioration de la qualité. Plusieurs équipes d'établissement sont entrées spontanément dans ce dispositif et ont travaillé sur des projets dont ils avaient déterminé le thème. Ces programmes sont toutefois restés cantonnés au fonctionnement de certaines équipes et n'ont pas suscité une généralisation de la démarche.

L'ordonnance hospitalière d'avril 1996 va permettre de concrétiser cette recherche active de la qualité. Dès fin 1995, le Premier Ministre, Alain Juppé, présente au Parlement ce qui se veut être la réforme la plus ambitieuse du système de santé français depuis sa création. L'hôpital se trouve à nouveau au cœur de vastes évolutions. Trois ordonnances, en date du 24 avril 1996, en définissent la mise en œuvre. La première a pour objectif une réorganisation de la Sécurité Sociale. La seconde aborde « la maîtrise médicalisée des dépenses de soins » en posant les bases d'un encadrement de la médecine libérale. La troisième « porte réforme de l'hospitalisation publique et privée » et vise à « réformer en profondeur le système d'hospitalisation ».

C'est cette dernière ordonnance qui intéresse plus particulièrement l'Hôpital Public. Elle renforce l'obligation d'évaluation et institue une procédure d'accréditation, venant ainsi officialiser la démarche qualité dans le secteur de la santé.

Elle est définie de la manière suivante :

Procédure d'évaluation externe à un établissement de santé, effectuée par des professionnels indépendants (issus des divers métiers de la santé) de l'établissement et de ses organismes de tutelle, évaluant l'ensemble de son fonctionnement et de ses pratiques.

Plusieurs principes constituent le socle de la procédure. Tout d'abord, elle confère une place de choix au patient. Il se situe au cœur de la démarche. Ses attentes doivent être prises en compte dans l'évaluation pour favoriser l'amélioration continue de la confiance du public vis-à-vis du système de santé. De plus, la procédure doit permettre d'améliorer la sécurité des soins pour repérer et prévenir les risques. Tout ceci se fait à partir de l'évaluation objective de la situation présente. La participation des personnels des

établissements, à tous les stades de la démarche qualité, est alors requise afin de favoriser la mise en place des changements. Enfin, principe essentiel, l'accréditation doit conduire les établissements à s'inscrire dans un processus cyclique faisant alterner évaluation et plan d'actions d'amélioration de la qualité.

Un organisme accréditeur établit avec les professionnels du système de santé des référentiels pour apprécier les structures, les procédures et les résultats en terme de gain de santé et de satisfaction du patient. Cette procédure est conduite par l'Anaes.

B) La procédure d'accréditation : un système contraignant à respecter

Si la procédure est une innovation, l'accréditation n'est pas née en France. En effet, cette démarche prend appui sur des expériences menées à l'étranger, et parfois depuis plusieurs années.

Dans les pays anglo-saxons, certains organismes spécialisés se sont mis en place depuis :

- Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organisations (Etats-Unis), 1950
- Conseil canadien d'agrément des services de santé (Canada), 1958
- Council of Health Care Standards (Australie), 1974
- King's Fund Organisational Audit (Royaume-Uni), 1995

Toutefois, la version française dispose d'une logique propre prenant en compte les caractéristiques du secteur hospitalier national. L'accréditation s'inscrit dans une logique de progrès d'un établissement de santé. Les Ordonnances citées ci-dessus reflètent la volonté des autorités publiques de fixer un cadre à l'évaluation de la qualité et de contraindre les établissements de santé à s'engager dans des démarches qualité débouchant sur l'accréditation. Le système français se distingue des autres pays en ce sens qu'il pose l'accréditation comme obligatoire. L'ensemble des établissements de santé est concerné, à savoir ceux publics et privés, et potentiellement les établissements de santé militaires. Tous sont tenus d'entrer dans la procédure quels que soient leur statut, leur taille, leur type d'activité. Les hôpitaux locaux sont par conséquent concernés quelle que soit l'importance de leur secteur sanitaire. Elle inclut également les groupements de coopération sanitaire entre établissements de santé et les réseaux de soins.

Les structures hospitalières ne disposent plus de l'initiative de l'instauration de la démarche qualité en leur sein. La procédure est établie et identique pour tous. L'obligation de mettre en place la procédure se double d'un délai d'engagement à respecter : au plus tard dans les cinq ans suivant la publication de l'ordonnance.

Si les ordonnances ont certes suscité un certain désengagement de l'Etat en matière hospitalière, l'accréditation a tendance à renforcer la dépendance des hôpitaux envers les autorités de contrôle.

Pour l'heure, l'accréditation n'est pas une habilitation de fonctionnement. Pour autant, elle n'est pas qu'un simple contrôle de conformité car elle implique une remise en cause de l'organisation et du fonctionnement des établissements. A ce titre, en obligeant une évolution des pratiques internes, elle touche au système de management de la démarche qualité.

### C) Un management encadré de la procédure

Le Décret n°97-311<sup>1</sup> en date du 7 avril 1997 fixe les modalités déterminant le déroulement de la procédure. Cette dernière doit se composer de plusieurs grandes étapes successives. Elles sont au nombre de huit. Si elles présentent chacune un intérêt, elles revêtent un caractère incontournable pour les établissements.

Le cadre commun proposé se décline comme ci-après :

En premier lieu, la procédure d'accréditation est engagée à l'initiative du directeur de l'établissement. En tant que représentant légal de la structure, il est chargé d'adresser une demande écrite à l'Anaes. Sa demande est accompagnée d'un dossier d'engagement dans la procédure d'accréditation.

Ce dossier est déposé conformément aux dispositions de l'arrêté ministériel du 3 janvier 2001 fixant la composition du dossier accompagnant la demande d'engagement dans la procédure. Un dossier simplifié d'engagement est transmis à l'Anaes par le directeur, après que le Conseil d'administration ait été consulté ; il comporte une présentation sommaire de l'établissement, une description de l'état d'avancement de sa démarche qualité, un calendrier prévisionnel de fin d'auto-évaluation et d'intention de visite. Sur demande de l'Anaes et au plus tôt un an avant la visite, le représentant légal de l'établissement transmet un second volet du dossier d'engagement, accompagné de pièces complémentaires. Aux vues des éléments transmis, l'Agence détermine les modalités de déroulement de la procédure et en particulier le planning à respecter. L'Hôpital dispose alors d'un interlocuteur privilégié tout au long de la procédure à savoir le chef de projet, chargé du suivi de la procédure jusqu'à sa conclusion.

L'Anaes propose ensuite un contrat d'accréditation rappelant les engagements à tenir puis envoie les documents d'analyse nécessaires à la phase d'auto-évaluation.

---

<sup>1</sup> Art. R 710-6-1 à 710-6-11 du Code de la Santé Publique

L'établissement effectue cette auto-évaluation puis en transmet les résultats à l'Anaes. Une équipe d'expert procède à la visite d'accréditation. Elle fait l'objet d'une planification stricte. Les membres de l'équipe établissent un rapport en confrontant les résultats obtenus au titre de l'auto-évaluation et les observations tirées de leur visite sur le site. Ce document est transmis à l'établissement qui dispose du droit de formuler des observations.

Le rapport des experts et les éventuelles observations émises par l'Hôpital, suite à sa réception, sont communiqués au Collège de l'accréditation de l'ANAES, qui examine le déroulement de la procédure.

La décision qu'il adopte peut être de différents ordres :

- Sans recommandation : Le Collège de l'accréditation encourage l'établissement à poursuivre la dynamique engagée en perspective d'une nouvelle procédure d'accréditation
- Avec recommandation(s) : L'établissement de santé met en œuvre les mesures préconisées et assure le suivi des recommandations formulées par le Collège de l'accréditation en vue de la procédure suivante.
- Avec réserve(s) : L'établissement de santé produit un rapport de suivi ou fait l'objet d'une « visite ciblée » sur les sujets concernés par la (ou les) réserve(s) dans un délai fixé par le Collège de l'accréditation.
- Avec réserve(s) majeure(s) : L'établissement de santé doit apporter des solutions à la (ou les) réserve(s) majeure(s) lors d'une « visite ciblée » à une date fixée par le Collège de l'accréditation.

Le Collège fixe les modalités de suivi et arrête le délai au terme duquel une nouvelle procédure devra être engagée. Le rapport d'accréditation est transmis par l'Agence au directeur de l'établissement de santé ainsi qu'au directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH) compétente. Un compte rendu d'accréditation est consultable sur demande par le public et les professionnels de santé intéressés.

Ce processus à respecter est assorti d'une méthodologie à laquelle tout organisme concerné par la réforme doit recourir. Il s'agit du manuel d'accréditation. Celui-ci comporte toutes les dimensions du fonctionnement des hôpitaux, du management de l'organisation à la relation avec le patient, en passant par la sécurité et les pratiques de soins. De plus, il existe des modèles prédéfinis de restitution de l'autoévaluation. D'autres documents d'analyse sont mis à la disposition des structures par l'agence notamment des guides en vue de la préparation de la démarche.

La non observation des règles engendre des recommandations et peut éventuellement aboutir à des sanctions. En conséquence, les chefs d'établissement doivent non

seulement répondre à l'obligation de mise en place de la procédure, mais également se conformer à l'ensemble du système présenté. Du point de vue du management de la démarche, ce cadre uniforme tend à transcender les modes de fonctionnement locaux, l'historique et la culture propres à chaque établissement. Seuls sont laissés à la discrétion des directeurs, le choix et la stratégie des moyens à utiliser pour parvenir à répondre aux exigences de l'organisme accréditeur.

Si ce dernier élément confère une certaine souplesse à la procédure, « se lancer » dans la procédure d'accréditation s'apparente à relever un vrai défi ; défi dont l'importance peut-être amplifiée en ce qui concerne un hôpital local.

## **1.2 Les points de blocage, pour répondre à l'obligation, liés aux caractéristiques de l'hôpital local**

Les missions de l'hôpital local sont telles que la mise en place de la procédure d'accréditation peut se heurter à certains obstacles susceptibles de freiner la démarche qualité. L'expérience du site de Montfort sur Meu donne une illustration de ces difficultés.

### **1.2.1 L'hôpital local : des missions et un fonctionnement propre**

#### A) Les caractéristiques de l'hôpital local

En France, le secteur hospitalier public se compose de différents types d'hôpitaux, qui sont répartis sur l'ensemble du territoire afin de répondre au mieux aux besoins de la population. L'hôpital local fait partie du paysage hospitalier. Etablissement public de santé, autonome, sa place et son rôle sont parfois méconnus.

Apparu avec l'ordonnance du 11 décembre 1958, « l'hôpital rural » devient « l'hôpital local » suite à la réforme hospitalière de 1970. Le législateur s'est interrogé, en 1991, sur son maintien dans la catégorie juridique des établissements publics de santé. Ces établissements sont en effet de petites structures, situés habituellement en zone rurale, dont les activités principales sont surtout tournées vers les soins de longue durée et le secteur médico-social. Les hôpitaux locaux n'ont qu'un faible niveau de médicalisation ; ils ne dispensent que des soins de courte durée en médecine et ne comprennent pas de services d'urgence, de chirurgie ou d'autres spécialités médicales.

Le site de Montfort sur Meu répond à cette définition. En tant qu'hôpital local, il a pour mission principale de prodiguer des soins et d'héberger les personnes originaires du bassin de vie où il est situé. Il relève de la Loi du 31 juillet 1991, de l'ordonnance du 24

avril 1996 mais aussi de la Loi du 2 janvier 2002, relative aux institutions sociales et médico-sociales.

En outre, il offre une prise en charge complète alliant :

#### Le secteur sanitaire

- 11 lits de médecine,
- 27 lits de soins de suite et de réadaptation (dont 2 lits de coma végétatif),
- 93 lits de soins de longue durée.

#### Le secteur social

- 75 lits de maison de retraite,
- 26 places de service de soins à domicile desservant 11 communes,
- Des familles d'accueil agréées proposant l'accueil de 8 personnes.

L'hôpital local connaît aujourd'hui un certain regain d'intérêt de la part des pouvoirs publics en raison des évolutions de l'environnement démographique. Ainsi, lors des Assises Nationales de l'Hôpital Local (ANHL) de mai 2003, le Ministre de la Santé de l'époque, Monsieur Jean-François MATTEI a officialisé les nouvelles orientations concernant l'hôpital local. Une circulaire du 28 mai<sup>2</sup> les a explicitées. Elle a pour objectif de définir la place de l'hôpital local dans l'organisation régionale des soins et d'en préciser les missions. Trois priorités y sont relevées. En premier lieu, il s'agit de placer cette structure comme le premier niveau de prise en charge sanitaire. L'accent est mis ensuite sur la médicalisation des prises en charge. Enfin, le développement des complémentarités avec les secteurs sanitaire et social, les autres établissements de santé et la médecine de ville. Prenons le cas de mon lieu de stage, sa localisation en périphérie de Rennes lui permet de développer une politique de complémentarité avec d'autres établissements ou structures du secteur, par le biais de conventions.

S'agissant de la coopération avec la médecine de ville, elle est primordiale dans l'organisation des hôpitaux locaux. En effet, le critère permettant véritablement de classer telle structure dans la catégorie juridique des hôpitaux locaux est celui du fonctionnement médical. L'hôpital local se distingue des autres structures parce qu'il recourt de façon habituelle aux services de médecins généralistes, lesquels interviennent dans l'établissement à titre libéral. Ce mode de fonctionnement préserve à chaque patient la liberté de choix de son médecin. Mais selon la taille et le niveau d'attractivité de l'établissement, le directeur peut être confronté tantôt à une pénurie médicale tantôt une

---

<sup>2</sup> Circulaire DHOS/DGAS/03/AVIE n°2003/257 du 28 mai 2003 relative aux missions de l'hôpital local

surpopulation. A Montfort sur Meu, suite à la restructuration de la Maison de Retraite, l'ouverture des nouveaux bâtiments a conduit le directeur et les membres de la communauté médicale à réfléchir sur un nouveau mode d'organisation de l'établissement. Lors d'une réunion de la Commission Médicale d'Etablissement (CME), en sa forme élargie, il a été convenu de l'ouverture complète de tous les services de l'hôpital à 17 médecins autorisés. Si leur intervention a été clarifiée, leur implication dans la vie de l'établissement n'a pas suivi, constituant de fait un facteur négatif notamment dans la perspective de l'accréditation.

B) Les « points faibles » de l'Hôpital Local pour entrer dans la procédure : l'exemple du site de Montfort sur Meu

Parce que l'intervention des médecins à l'hôpital local est la condition sine qua non de la mise en œuvre de ses missions, le chef d'établissement et les équipes soignantes doivent agir dans la même direction que ces professionnels du secteur libéral. L'hôpital local permet à la médecine de ville de prolonger sa mission de soins jusque dans les murs de l'établissement, évitant les ruptures de prise en charge et les traumatismes liés à l'hospitalisation. Cette collaboration est par conséquent plus que souhaitable tant elle est un gage de l'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients/résidents. Or, dans la pratique, la relation entre les deux parties n'est pas toujours aussi aisée. En cas d'inadéquation, elle pose clairement des difficultés managériales, a fortiori pour mettre en place la démarche qualité. Le cas de Montfort sur Meu ne peut être généralisé même s'il n'est pas non plus un cas isolé. Les structures, qui se trouvent confrontées à ce contexte, sont pénalisées par rapport aux autres. D'autant que ce manque d'investissement se traduit de différentes manières. Les outils institutionnels ne sont, par exemple, pas exploités. Le corps médical dispose pourtant d'un droit d'expression et de représentation. La CME en constitue l'instance de prédilection. Elle doit préparer avec le directeur le projet d'établissement, dont le projet médical est la pierre angulaire, les mesures d'organisation de l'activité médicale et la politique d'amélioration des soins. L'établissement souffre des absences répétées des médecins aux séances. Le quorum est souvent atteint de justesse ; seule une minorité participe à la définition des projets engageant l'avenir de la structure alors que l'opinion de leur collègue pourrait aussi être très instructive.

Selon le médecin coordonnateur de l'établissement, ses collègues sont de plus en plus sollicités et souhaitent aujourd'hui uniquement participer à la prise en charge sanitaire. Les tentatives successives de la direction pour intéresser le corps médical sont jusqu'alors restées lettre morte.

Autre faiblesse pouvant être mise en avant, le nombre insuffisant de cadre. L'hôpital de Montfort compte par exemple un attaché d'administration hospitalière, un seul cadre de santé. S'il s'agit d'un choix de la direction justifié par des raisons budgétaires, le cadre reste un maillon important dans la mise en œuvre des projets de l'établissement puisqu'il exerce sa fonction à proximité des personnels. Cette dimension opérationnelle n'est pas négligeable lorsque la direction dispose des moyens pour y recourir, en particulier quand l'hôpital s'engage dans une procédure dont on a pu montrer qu'elle est nouvelle et qu'elle peut bouleverser l'organisation des équipes.

D'autres facteurs peuvent compromettre l'entrée dans un processus engageant sur du long terme. Pour ce qui est du site de Montfort sur Meu, la démarche qualité a été amorcée à la même période que d'autres projets d'ampleur. Pour certains, ils sont liés aux autres grandes réformes voulues par les pouvoirs publics. Ainsi, la mise en œuvre de la réduction du temps de travail à l'hôpital a constitué des bouleversements non négligeables ; du temps a été consacré à la négociation « des 35h ».

D'autres facteurs sont le fait du contexte local. En effet, parallèlement à la procédure d'accréditation, les travaux de restructuration de la Maison de retraite ont été menés. En 2003, est inaugurée la maison de retraite qui a permis de regrouper en un seul site tous les services de l'hôpital. Le bâtiment « Annexe » a été vendu. Le déménagement des locaux exige une charge de travail certaine et génère du stress pour les patients/résidents comme pour les professionnels qui assurent leur prise en charge.

Ces deux dossiers n'ont donc pas été sans conséquences sur le fonctionnement de l'établissement. Ils ont aussi nécessairement influé sur la motivation des agents à s'investir dans d'autres démarches telle l'accréditation.

### C) La perception de la procédure d'accréditation

« On s'engage dans la procédure parce qu'il faut être accrédité », telle peut être formulée la première impression des professionnels côtoyés. C'est bien l'obligation qui prime. Or, la présentation du contexte local permet d'affirmer que la procédure d'accréditation n'a pas été programmée, à l'hôpital de Montfort sur Meu, dans les meilleures conditions. Le climat n'était pas le plus serein. D'autant que l'intérêt de la démarche n'était pas forcément bien perçu par certains personnels. La simple idée que leur travail et leurs méthodes puissent être évalués, jugés par un organisme extérieur, posait question. Ces inquiétudes dissimulaient à peine la crainte de voir remettre en cause leurs pratiques. Au-delà, elles les faisaient douter sur le travail accompli, pour certains, depuis plusieurs années dans l'établissement. En effet, l'accréditation qui prône l'amélioration continue de la qualité recèle en elle-même le concept de non qualité. Celui-ci est défini comme « l'écart global

constaté entre la qualité voulue et la qualité réalisée »<sup>3</sup>. Or, pour les équipes, sa signification peut avoir un caractère plus radical, à savoir elle présuppose que les prestations proposées ne sont pas celles voulues de la part des résidents. Comprise dans ce sens, il est possible de percevoir les réticences d'une partie des personnels à l'idée d'entrer dans la procédure.

Sans être aussi pessimiste que cette première approche, l'accréditation peut interroger car elle introduit un nouveau langage : « qualité », « plan d'actions d'amélioration de la qualité », « autoévaluation », « référentiels » etc. Ces nouveaux termes exigent d'être explicités pour être compris et usités par des personnels qui ont besoin d'être rassurés.

Ces craintes vis-à-vis de la procédure peuvent se concevoir assez facilement car, comme toute nouveauté, elle doit fournir les preuves de son intérêt. Or, au même moment où le site de Montfort se lance dans la procédure, un rapport est rédigé par l'Anaes sur les premières impressions exprimées par des établissements vis-à-vis de la procédure. Cette première étude d'impact conduite auprès de plus de 400 responsables hospitaliers au printemps 2001 a permis d'apprécier les conséquences des démarches qualité et de l'accréditation auprès des professionnels.

Les résultats de cette étude montrent que :

- La qualité suscite un intérêt très fort ou fort pour plus de 90 % des répondants, intérêt renforcé à l'égard de la démarche qualité pour les établissements ayant été visité
- Une structuration et une formalisation des politiques qualité pour 75 % des répondants
- Une consultation sur le site Internet de l'Anaes des comptes rendus d'accréditation par 4/5 des répondants, modifiant leurs priorités de travail dans 8 cas sur 10.

Ce type d'étude constitue un paramètre d'appréciation de la perception des démarches non négligeable. Mais plus encore, elle permet de compromettre l'opinion des directions et personnels réticents car elle démontre que la démarche qualité répond à l'objectif qu'elle s'est fixée : améliorer la qualité. Cependant, il est difficile de faire disparaître la perception initiale des professionnels : l'accréditation n'est pas un choix mais une obligation. Et pour la réussir, bien débuter semble être une condition déterminante.

---

<sup>3</sup> FROMAN B., GOURDON C. *Dictionnaire de la qualité : plus de 800 définitions, équivalents anglais, informations normatives commentées*. Paris : AFNOR, 2003. 224p.

## 1.2.2 L'entrée dans la démarche : « de l'implicite à l'explicite »

### A) L'étape décisive de l'auto-évaluation

L'autoévaluation fait suite à l'initiative de la direction d'engager l'établissement dans la démarche. Cette phase, l'agence la considère comme essentielle. Elle consiste à mener un diagnostic qualité sur la base duquel un plan d'actions est défini et est mis en œuvre. Elle permet de retracer les pratiques quotidiennes des professionnels. Mieux encore, elle interroge sur la réalité, l'opportunité et l'efficacité de celles-ci. Elle permet non seulement d'expliquer ce qui est fait mais également d'amorcer une analyse critique du travail effectué par les agents. Elle aboutit à la formalisation des forces et faiblesses dans le fonctionnement de l'établissement.

Le guide pratique « Préparer et conduire votre démarche qualité »<sup>4</sup> insiste sur le fait que le diagnostic doit être établi de manière objective, afin de réaliser l'état des lieux. « La détermination précise du contexte initial de qualité permet de mieux définir les actions d'amélioration, d'en mesurer ultérieurement l'impact et de conforter l'engagement des professionnels ». Respecter ces recommandations renvoie à un enjeu majeur : « les experts visiteurs s'appuient en effet sur les résultats de l'auto-évaluation pour apprécier avec l'établissement le niveau et la dynamique d'amélioration continue de la qualité ».

L'auto-évaluation oblige alors l'instauration d'une organisation de travail. Ce guide et le manuel d'accréditation préconisent de structurer le pilotage de cette étape de la procédure. Toutefois, il faut rappeler le fait que le manuel d'accréditation souligne la portée seulement indicative du guide. Les idées avancées ne sont que des propositions d'organisation, à charge pour l'établissement de choisir la forme la plus adaptée

A Montfort sur Meu, la direction a délégué la mise en œuvre de la procédure à un cadre supérieur de santé, désigné responsable assurance qualité (RAQ). L'organisation choisie s'articule autour de plusieurs entités :

- la Direction, qui supervise la cohérence de la démarche globale et participe à une cellule qualité,
- un Comité de Pilotage, qui prend les décisions stratégiques. Il est composé de tous les responsables de service pour assurer la diffusion des informations auprès de leurs équipes et du médecin coordonnateur de l'établissement,

---

<sup>4</sup> DIRECTION DE L'ACCREDITATION. *Préparer et conduire votre démarche d'accréditation, un guide pratique*, Paris, ANAES, Décembre 2002.

- quatre groupes de travail pluridisciplinaires dont les réflexions sont validées par le Comité de Pilotage.

Dans cette organisation, les représentants des usagers n'ont pas été associés.

Dès l'autoévaluation, l'établissement a fait appel à un organisme extérieur pour qu'il lui fournisse une aide méthodologique. Le contexte local déjà décrit exigeait qu'il soit fait appel à un tiers.

A l'usage, l'organisation établie n'a pas été satisfaisante. Les conclusions du travail animé par le cadre de santé et le consultant n'ont pas été à la hauteur des efforts fournis par le personnel. Suite au départ en retraite du RAQ, la Direction a donc décidé de renouveler l'équipe qualité en adoptant les mesures suivantes :

- remaniement du comité de pilotage et des groupes de travail
- suppression de la cellule qualité dans un souci de simplification
- nouveau consultant externe
- intervention en temps que RAQ d'un élève DESS (en stage long)

La première phase de l'auto-évaluation s'est déroulée de janvier 2001 à juillet 2002 soit une période relativement longue. La deuxième phase de juillet 2002 à juin 2003 va relancer un processus aux débuts chaotiques. Le travail mené avec l'aide du consultant nouvellement engagé va maintenir un niveau d'implication des personnels maximal jusqu'à l'envoi du rapport d'auto-évaluation. A partir d'avril 2003, après le déménagement dans les nouveaux locaux du site, les groupes d'auto-évaluation ont connu une forte activité. Ces groupes ont été constitués de façon à assurer la représentativité des professionnels des différents services. Mais, leur composition a aussi été fonction de la nature des thèmes abordés. Le corps médical ne s'est pas investi dans leurs travaux.

Les réflexions ont été menées sur la base des référentiels d'accréditation élaborés par l'Anaes. Ceux-ci recouvrent différents domaines : du dossier du patient à la gestion des fonctions logistiques en passant par le management de l'établissement. Si toutes les activités d'un établissement de santé sont prises en compte, toutes les références ne sont pas applicables dans un petit établissement et, dans ce cas, ne doivent faire l'objet d'une cotation de la part du groupe. Quant à la cotation, les groupes ont tous été confrontés durant leurs travaux à s'interroger sur celle qui serait la plus adéquate pour telle référence. Des discussions se sont ouvertes à plusieurs reprises pour déterminer le niveau de conformité. Ces échanges entre les membres du groupe ont toujours été productifs tant ils ont permis d'affiner la pratique existante. Toutefois, bien souvent, les cotations fixées l'ont été à minima. C'est ce qu'ont pu mettre en avant les experts visiteurs lors de leur venue quelques mois plus tard. Le rapport d'auto-évaluation a été déposé en août 2003.

B) Les suites de la procédure : en attendant les Experts Visiteurs...

A partir des référentiels de l'Anaes, des priorités d'amélioration sont déterminées. Ces premières mesures à mettre en place constituent un temps fort de l'activité d'un établissement et une période de transition à bien gérer. A l'hôpital local de Montfort sur Meu, la période de juin à octobre 2003 a vu le lancement de plusieurs actions d'amélioration conformément à la planification prédéterminée ; les semaines précédant la visite ayant été plus prolifiques que les vacances d'été.

Parmi celles-ci, certaines ont exigé un investissement très important de la part de toutes les équipes, investissement auquel j'ai apporté ma contribution en étant désignée RAQ :

- La mise en place d'un système de gestion documentaire. Le Comité de Pilotage a élaboré la procédure de gestion documentaire de l'établissement puis j'ai travaillé en étroite collaboration avec les responsables de service à la rédaction de procédures et de protocoles touchant à des domaines très divers (protocoles de soins, d'hygiène, en restauration etc..). Ce système a permis d'uniformiser les pratiques professionnelles. Ce constat est particulièrement vrai en ce qui concerne les services de soins, dont les documents de base pouvaient être distincts d'un étage de l'hôpital à l'autre. De même, les informations reçues le sont désormais de manière identique pour tous.
- La généralisation des fiches de poste dans toute la structure ainsi que leur mise à disposition dans chaque service. Un classeur contenant toutes les fiches a favorisé la visualisation des fonctions et du rôle de chacun.

D'autres mesures d'amélioration, plus simple d'application, ont été réalisées (affichage des Chartes relatives aux patients/résidents, supports de signalétiques etc.). Les actions se sont souvent accompagnées de formations pour le personnel organisées notamment par le consultant (formation à la gestion des risques par exemple). S'il n'y a pas eu de retard majeur, ces actions ont été mises en œuvre dans un climat tout à fait particulier.

La perspective de la visite des experts de l'agence, fin octobre, a suscité du stress pour l'ensemble des personnels, qu'ils aient d'ailleurs ou non participé aux groupes d'autoévaluation. Si la visite vise à accompagner et à rendre plus efficace la politique d'amélioration continue de la qualité des établissements de santé<sup>5</sup>, les agents l'assimilent presque à un contrôle. Même les plus convaincus du bien-fondé de l'accréditation sont

---

<sup>5</sup> DIRECTION DE L'ACCREDITATION. *Le Manuel d'accréditation des établissements de Santé*. ANAES, Paris, Février 1999.

pris de doute. Pour parer à ce climat de tension, il est judicieux de rappeler l'objectif de la visite, à savoir valider l'auto-évaluation réalisé par l'établissement. A Montfort, les groupes se sont de nouveau réunis afin de se remémorer le contenu des référentiels. Le Comité de Pilotage en a fait de même. De plus, une réunion plénière de tout le personnel a été l'occasion de rappeler la démarche d'accréditation dans son intégralité et surtout de préparer le déroulement de la visite. La consultante de l'hôpital a mis l'accent sur le fait que les agents doivent faire preuve de disponibilité envers les membres de l'équipe de visiteurs car tous sont susceptibles d'être sollicités. La direction a souligné que les journées de visite ne doivent pas modifier le fonctionnement habituel des professionnels. Cette sensibilisation a pu apaiser les esprits avant la venue des experts les 21, 22, 23 et 24 octobre.

L'intervention de l'équipe de l'Anaes a été plus précisément préparée par l'établissement avec la collaboration du coordonnateur de l'Agence. La planification établie tient compte de la durée de la visite. Des tranches horaires sont déterminées pour faciliter l'enchaînement, par les experts, des entretiens, des temps de synthèse, des moments de documentation. Les modalités logistiques sont également fixées : une salle fermant à clef, pour respecter la confidentialité de leur travail, disposant d'un équipement informatique et bureautique adapté à leur mission.

La tension était présente à l'arrivée des trois visiteurs de l'Anaes. Ils se sont en premier lieu intéressés aux fiches de synthèse sur la sécurité. L'Agence n'a pas pour mission de contrôler la conformité d'un établissement de santé à l'ensemble des normes réglementaires de sécurité existantes ; leur examen a seulement pour but de connaître la situation de l'établissement dans chaque domaine. Toutefois, la présentation des fiches de l'hôpital est essentielle : la non réalisation, même partielle de ces fiches, mentionnée dans le rapport des experts peut amener le collège de l'accréditation à décider de la non satisfaction par l'établissement de la procédure.

La semaine s'est poursuivie par des réunions :

- quotidiennes pour la direction par la réalisation d'un bilan journalier,
- suivant le planning pour les groupes d'autoévaluation et les représentants des instances de l'hôpital,
- ponctuelles en ce qui concerne les patients et leur famille.

La visite s'est donc déroulée suivant un rythme soutenu jusqu'à la séance de restitution des experts.

C) Les inquiétudes quant à la réussite de la procédure : la difficile remotivation des équipes

La dernière journée de la visite des experts revêt une importance toute particulière. D'une part, elle est l'ultime phase de la visite. A ce titre, elle permet de mettre fin à une période difficilement vécue par les personnels. A Montfort sur Meu, ceci se vérifie plus particulièrement pour la direction, le cadre de santé et les responsables de service fortement sollicités dans le cadre du calendrier de visite initial mais aussi en dehors de ce cadre. Moi-même, j'ai eu affaire aux experts à plusieurs reprises du fait de ma fonction de responsable qualité. D'autre part, avant leur départ du site, les représentants de l'Anaes procèdent à une restitution de leurs travaux. Une première rencontre a lieu avec le chef d'établissement afin de communiquer les principaux résultats de la visite. Ils sont ensuite présentés à l'ensemble du personnel. Les experts récapitulent les modalités de réalisation de l'auto-évaluation, le déroulement de la visite et délivrent les constats qu'ils ont pu en tirer. Si les propositions formulées peuvent être notées par l'établissement, elles ne donnent pas lieu à un débat contradictoire. Et, tant que la procédure d'accréditation n'est pas terminée, aucune information relative à la visite, aux conclusions des experts ne doit être divulguée en dehors de la structure. Cette obligation induit une certaine frustration des équipes. Dans les semaines qui suivent la visite, plusieurs interrogations surviennent quant au travail réalisé depuis plusieurs mois et apprécié en seulement quelques jours. Cela est amplifié du fait que les experts répondent à leur mission, à savoir celle d'analyser l'auto-évaluation. Tout ce qui a pu être entrepris ultérieurement n'est pas pris en compte dans leur rapport.

La frustration se mêle à un certain relâchement des personnels quant à la mise en place des actions qualité. Les équipes ressentent le besoin de souffler et de se recentrer sur la relation de proximité les liant aux patients/résidents. Le rapport des experts est toutefois attendu : leurs conclusions sont remises à l'établissement le 12 décembre 2003. Les commentaires sont conformes à ceux de la séance de restitution ; l'établissement dispose d'un droit de réponse qu'il utilise pour n'émettre aucune remarque.

Dans l'attente du rapport définitif du Collège de l'accréditation, d'autres projets majeurs doivent être lancés. L'hôpital s'est ainsi lancé dans la refonte de son projet d'établissement à compter de mars 2004. Début mai, le Collège de l'accréditation a adressé son rapport final : l'établissement a satisfait à la procédure d'accréditation. Il devra toutefois justifier des améliorations, réalisées dans le domaine de la maîtrise du risque infectieux, par la rédaction d'un rapport qu'il est tenu de remettre à l'Anaes courant du premier trimestre 2005.

La procédure d'accréditation est entendue, à l'origine, comme un mécanisme contraignant. Mais, son obtention signifie aussi, pour l'établissement nouvellement accrédité, la reconnaissance par un tiers du travail effectué au sein de la structure hospitalière. Si la procédure ne semble pas nécessairement modifier en profondeur les pratiques professionnelles, elle fournit en revanche des méthodes et outils de base pour favoriser des évolutions en ce domaine. Leur utilisation doit permettre de faire « vivre » la démarche qualité.

## **2 L'ACCRÉDITATION, VÉRITABLE LEVIER POUR L'ÉVOLUTION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES : DES OUTILS POUR MANAGER LA QUALITÉ D'UN HÔPITAL LOCAL ACCRÉDITÉ**

La procédure d'accréditation a donné des points de repère pour atteindre un certain niveau de qualité requis, qui sont autant d'atouts pour faire évoluer les pratiques professionnelles (2.1). Reste à les mettre en application pour relancer un nouveau cycle d'amélioration (2.2).

### **2.1 Des enseignements à tirer de la procédure d'accréditation**

Si l'accréditation a permis de focaliser les énergies des équipes sur une dynamique nouvelle en l'occurrence la démarche de projet (2.1.1), elle incite surtout à repenser le système de management de l'hôpital (2.1.2), sachant que la procédure laisse entrevoir les potentialités d'évaluation du fonctionnement de l'établissement.

#### **2.1.1 Des personnels initiés à la démarche de projet pour améliorer la qualité**

##### **A) Une méthodologie intégrée**

La procédure d'accréditation s'est déroulée conformément au cadre précis fixé par le manuel d'accréditation et sur la base des recommandations issues des différents documents conçus par l'Anaes.

Les principes méthodologiques ainsi proposés ont été élaborés pour guider les établissements dans leur démarche. Or, ces principes d'actions sont transposables à tous les types de projet ayant pour objectif une amélioration de l'existant.

La méthode de référence en l'espèce est celle créée par William Edwards Deming en 1951. Traditionnellement désignée « Roue de Deming », la méthode « PDCA » peut être transposée dans le cadre d'un projet d'une équipe, d'un service. Ce sigle renvoie à quatre verbes d'action à respecter pour se situer dans un cycle d'amélioration permanente.

La méthode se décline comme suit :

- «To Plan » : planifier

Cette première phase consiste à prévoir avant de faire. Il s'agit de définir ce que l'on veut obtenir et comment on veut l'obtenir, en se concentrant sur ce qui est critique et/ou essentiel.

- «To Do » : réaliser

Ce qui a été prévu doit être fait. Des actions de progrès doivent être mises en œuvre. Cette étape oblige à mettre en place les moyens nécessaires pour agir et atteindre les objectifs fixés.

- « To Check » : mesurer, vérifier, contrôler

Tout projet doit faire l'objet d'une vérification. En principe, ce qui a été fait doit être conforme à ce qui a été planifié. Il s'agit de mesurer l'effet des actions entreprises.

- «To Act » : réagir et améliorer

L'ultime phase de la méthode consiste à réagir par des actions correctives et/ou préventives en cas d'écart constatés, de traiter les non-conformités et d'envisager des améliorations.

Erigée par l'Agence d'accréditation en principe fondamentale de la qualité en santé, la méthode « PDCA » permet d'améliorer les pratiques existantes, d'augmenter le niveau des exigences, de progresser au-delà de la simple assurance qualité. Le « cycle PDCA », lancé dans la perspective de l'accréditation à Montfort, a démontré des améliorations de la qualité dans le fonctionnement de la structure. Ce retour d'expérience positif transparaît d'ailleurs dans les conclusions du rapport d'accréditation lorsqu'il fait référence aux modalités d'organisation de la procédure. L'intérêt de la mise en pratique de cette méthode pour les prochains projets à étudier n'est donc plus à prouver ; il est acquis dans un établissement accrédité. Les différentes étapes de ce premier « tour de roue » ont fait l'objet d'une appropriation par les professionnels de l'établissement. Toutefois, ceci se vérifie de manière plus évidente pour les membres du personnel ayant participé à l'auto-évaluation. La procédure d'accréditation a en effet favorisé les échanges entre les équipes par la constitution de groupes de travail.

## B) Le travail collectif

L'énergie à déployer pour répondre aux objectifs de la procédure d'accréditation est conséquente. Cette nouvelle terminologie et ces concepts innovants ainsi que la méthodologie précitée exigent une implication significative des professionnels. Leur participation s'est notamment traduite dans le cadre de la procédure par la mise en place des groupes d'autoévaluation. Le travail en groupe n'est pas un exercice facile car cela demande du temps, de la discipline et de l'humilité. De plus, il n'est pas très développé dans certains corps professionnels par rapport à d'autres. Les soignants y sont plus sensibilisés que les personnels techniques.

Et, des difficultés existent lorsqu'on mène une réflexion à plusieurs :

- La pression de la conformité qui influe sur l'opinion finale

Le risque réside dans le fait que les réflexions menées au sein du groupe aboutissent systématiquement à opter pour le « moins-disant ». Ceci s'est vérifié au cours de l'auto-évaluation puisqu'un consensus avait tendance à se dégager progressivement pour choisir la cotation la plus basse.

- La domination des personnalités les plus affirmées

Un groupe de travail est constitué de personnes compétentes et concernées qui mettent en commun leurs expériences et leurs propositions pour traiter le thème donné. Or, certaines d'entre elles peuvent avoir une plus grande emprise sur les décisions entérinées par le groupe. D'où la nécessité d'un animateur qui structure voire recentre les débats. A Montfort, chaque référent de groupe a joué ce rôle de régulateur.

L'expérience du travail en groupe a alors surtout mis en exergue un certain nombre d'avantages. Parmi ceux-ci, on peut citer :

- Recueillir l'avis de tous sur un sujet donné

Chacun peut se prononcer. Il peut s'agir de simplement donner son avis ou de poser des questions lorsque la personne connaît moins le domaine traité. Le sujet est alors enrichi des idées et des analyses des uns et des autres.

- Confronter les points de vue des participants

Ceci est d'autant plus vrai du fait de la pluridisciplinarité des groupes. Au final, ces échanges permettent d'adopter une vision et un langage commun.

- Susciter la créativité en multipliant les idées originales et les réflexions sur un thème

Plusieurs idées émises par les membres du groupe peuvent générer une solution tierce.

- Impliquer chaque individu dans un processus d'analyse critique et de décision

Il est question ici de la solidarité naissant entre les participants puisqu'ils vont être à l'origine d'une action collective.

Dans un établissement où les travaux de groupe étaient très peu nombreux, cette démarche de projet a démontré que l'échange des logiques des uns et des autres créait quelque chose d'original dans lequel chacun pouvait trouver satisfaction. Le travail de groupe a aussi clarifié les fonctions de chacun dans l'hôpital et amener les personnels à raisonner par processus. Cette analyse permet un découpage de l'activité hospitalière en

une série de processus ; un processus nécessitant une succession d'étapes et l'intervention de multiples acteurs.

Si un tel projet est généralement l'affaire d'un groupe de personnes réunies au sein d'un groupe de projet, la procédure requiert également une implication individuelle certaine.

### C) L'implication individuelle

La mise en place d'une démarche qualité repose pour beaucoup sur le travail en groupe. Toutefois, la réussite de cette démarche dépend aussi de l'implication de tout le personnel de l'établissement, qui connaît le terrain et sait apprécier le réalisme des solutions retenues. La procédure d'accréditation, et notamment lorsque les experts de l'Anaes ont interrogé les personnels à l'improviste durant leur visite, a fait prendre conscience du fait que la qualité est un état d'esprit : chacun doit pouvoir le développer pour le mettre en pratique dans son quotidien. Parce que la démarche se veut permanente, ces femmes et ces hommes tiennent une place prépondérante. Chacun, à son niveau, peut et doit améliorer la qualité de son travail. Cet engagement individuel peut revêtir différents modes d'implication.

D'une part, il s'agit d'appliquer les méthodes de travail. Ceci suppose que l'établissement fournisse au préalable les méthodes (fiche de poste, fiche produit, mode d'emploi des matériels, etc.) et les moyens nécessaires pour parvenir à des améliorations.

D'autre part, la participation ou non à un groupe d'actions n'empêche pas certaines prises d'initiatives, d'autant que certaines améliorations ne nécessitent pas la constitution d'un groupe de travail. Sur la base du volontariat, tout agent peut s'investir au travers d'une boîte à idée par exemple. L'objectif est alors identifié : il s'agit de recueillir et de susciter des idées pour améliorer le fonctionnement de l'hôpital. La proximité du terrain est souvent à l'origine d'idées applicables. D'autres systèmes de suggestions existent. Parmi ceux-ci, on peut citer la fiche de signalement des événements indésirables. A l'hôpital local de Montfort sur Meu, cette fiche a été élaborée par le Comité de Pilotage avec l'aide du consultant externe à l'établissement. Sa diffusion a donné lieu à une procédure qui décrit les modalités de signalement, de recueil, d'enregistrement, d'exploitation, d'évaluation des événements indésirables intervenant au sein de la structure dans un but de prévention. Tout professionnel de l'hôpital local, travaillant de jour comme de nuit, quelle que soit sa fonction, est encouragé à signaler un événement indésirable dont il aura pris connaissance. La fiche de signalement est mise à sa disposition dans chaque service pour identifier les dysfonctionnements ou situations à risque, et y remédier. L'agent doit préciser la nature de l'événement, notamment son caractère urgent ou pas. Le signalement relève donc de la responsabilité de chaque professionnel comme tout système de suggestions. L'important est qu'il soit encouragé une remontée des

informations et notamment des dysfonctionnements qui sont source de non qualité. Les professionnels sont sensibles à la mise en place de ces dispositifs qui sont des éléments de promotion, de valorisation et de reconnaissance d'idées concrètes de progrès. L'inconvénient réside toutefois dans leur faible utilisation par les agents soit parce qu'ils manquent de simplicité ou parce que les agents en ignorent l'existence, faute de communication. Autre cause possible, ces outils ne sont que peu voire pas intégrés dans le système de management de l'établissement.

En ce sens, l'entrée dans la démarche qualité a révélé la nécessité de repenser ce système.

### **2.1.2 Un système de management à repenser à l'hôpital pour s'adapter aux exigences de qualité**

- A) Si l'accréditation remet en question l'organisation traditionnelle dans la fonction publique hospitalière...

L'instauration de la démarche qualité dans le milieu hospitalier implique, comme indiqué précédemment, la participation de tous les professionnels. Pour faire vivre un projet qualité, il faut instituer des formes collectives d'appropriation du contenu du projet et favoriser l'expression multilatérale et transversale. En ce sens, la démarche qualité pose question au regard d'une part, du caractère très hiérarchique (a) et d'autre part, du mode de fonctionnement propre à la fonction publique hospitalière (b).

#### *a) Une organisation hiérarchique*

Toute l'organisation de la fonction publique hospitalière est en effet fondée sur ce principe hiérarchique. La Loi n° 86.33 du 9 janvier 1986, portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, vient compléter le dispositif issu de la loi du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires. Parmi ceux-ci, l'obligation d'obéissance qui impose à l'agent de se conformer aux instructions de son supérieur hiérarchique. Il existe une seule restriction possible à ce devoir d'obéissance ; si l'ordre donné est manifestement illégal et de nature à compromettre gravement l'ordre public, l'agent n'est pas tenu, dans ce cas, de le respecter. A ceci s'ajoute l'obligation de servir qui suppose que chaque agent exerce personnellement ses fonctions ; il ne peut dès lors pas se dégager des responsabilités qui lui incombent. Le directeur est le seul compétent pour décider des affectations, dans le cadre de son pouvoir d'organisation des services. Tout manquement à ces obligations expose la personne à des sanctions qui peuvent être d'ordre civil, pénal, disciplinaire. Le fonctionnement de la fonction publique est conçu de

façon à ce que la place de chacun et ce qu'il doit faire soient fixés. Elle comprend de très nombreux métiers dont la carrière se déroule selon un ordre préétabli. Il convient alors de bien distinguer plusieurs notions : les catégories professionnelles ; le corps ; le grade ; l'emploi ; le poste de travail. A cette «stratification », la fonction publique hospitalière présente quelques particularités qui, vraisemblablement de manière plus marquée par rapport à d'autres secteurs d'activité, caractérisent un fonctionnement cloisonné.

*b) Un fonctionnement cloisonné*

La démarche qualité incite le milieu hospitalier au décloisonnement des services qui le compose. Ils doivent ensemble travailler sur un projet commun. Elle prône l'interfiliarité et remet en cause la logique de secteur. Or, ce milieu est composé de professionnels ayant des cultures fortes et sectorielles, des méthodes de travail qui sont distinctes. L'établissement est marqué par cette juxtaposition.

Chaque corps a son identité propre, possède ses valeurs et son fonctionnement spécifique :

- Le corps médical est caractérisé par son attachement à un mode de fonctionnement autonome, fondée notamment sur la liberté de prescription, sa relation privilégiée entretenue avec son patient, une pratique individuelle. L'intervention en tant que médecin libéral dans un établissement hospitalier renforce cette analyse.
- Le secteur paramédical a une identité très affirmée au sein d'une structure. Les services de soins sont les premiers à avoir engagé une dynamique orientée vers l'amélioration de la qualité des soins délivrés au malade, et ceci bien avant la mise en place de la procédure d'accréditation. Des réflexions ont été menées en groupe de travail mais sans l'intégration d'autres secteurs d'activités.
- Le corps administratif est marqué par la grande hétérogénéité de ses personnels. De par leur fonction et leur formation initiale, et contrairement aux deux entités précédemment analysées, leur secteur ne représente pas une culture identitaire forte, reposant sur des valeurs partagées. Quant au corps de direction, la conception traditionnelle diffusée est celle du cadre qui traite techniquement des données, soucieux de la maîtrise des coûts. La mise en œuvre de la procédure d'accréditation a encouragé les directeurs « gestionnaire » à se former au management de la qualité.

Parce qu'elle intéresse toutes les entités de l'établissement hospitalier et qu'elle a pour objectif de satisfaire les besoins des usagers du service public, au meilleur coût, la qualité

doit être managée. Il appartient au directeur de créer des liens entre les différents secteurs d'activité.

B) ...elle oblige la direction à se positionner en tant que « manager » de la qualité,

Le lancement de la procédure d'accréditation est effectué à l'initiative de la direction. Par conséquent, le directeur donne le ton de la démarche (a) à propos de laquelle il faut beaucoup communiquer pour en assurer la promotion (b).

a) *Un engagement convaincu et convaincant*

L'implication du directeur dans la mise en pratique de l'accréditation constitue un facteur des plus importants pour la réussite de la procédure. Tout d'abord, il doit être convaincu que l'expression des professionnels permettra de favoriser une amélioration de la qualité et à terme réduira les coûts de la non qualité. Le mode participatif signifie que les relations hiérarchiques soient aménagées dans le sens d'une plus large délégation de pouvoir. Si le directeur peut craindre certaines dérives revendicatrices, ce type de management s'adapte pourtant aux exigences tirées de la mise en place de la démarche qualité. La participation des personnels des services présente, en effet, plusieurs intérêts. Parmi ceux-ci, on peut citer le fait que leur implication est source de motivation dans le travail. Ce peut-être aussi un facteur de remotivation pour certains personnels ; l'accompagnement au quotidien de personnes âgées, fragilisées et de personnes en fin de vie exige un investissement humain et psychologique indéniable. Ceci est particulièrement le cas du personnel soignant. A cette motivation s'ajoute la reconnaissance des différentes professions qui existent à l'hôpital ; une reconnaissance qui permet de contrer l'image négative de l'institution hospitalière et médico-sociale véhiculée par les médias à l'occasion de certaines « affaires ». Une plus grande motivation des personnels et la reconnaissance du travail sont autant d'atouts pour diriger un établissement car ils font émerger un sentiment de satisfaction professionnelle. De fait, un tel état d'esprit du personnel influe sur la qualité de la prise en charge des personnes accueillies.

Si la direction doit être convaincue de la nécessité du changement, elle doit surtout être convaincante parce que sa mise en place est un challenge : il s'agit d'obtenir des évolutions dans les mentalités. Cela suppose de suivre à la lettre les conditions de mise en œuvre de la démarche à commencer par respecter son engagement dans un mode de management participatif. Remettre en cause celui-ci serait une erreur pouvant entraîner une désolidarisation des personnels et une perte de confiance dans la démarche. Cette

dernière pousse donc les directeurs à faire évoluer leur management. A cette fin, la communication auprès de leurs équipes s'avère décisive.

*b) La communication : un élément déterminant*

La qualité étant l'affaire de tous les professionnels de l'établissement, la communication est de ce fait un élément de cohérence et de reconnaissance du personnel. Elle est l'un des piliers tout au long de la procédure d'accréditation. Communiquer, c'est mettre en commun des informations pour faire adhérer et impliquer tous les acteurs concernés. Il s'agit de fournir les informations sur le projet, d'établir l'état des lieux, de décrire les actions d'amélioration envisagées ainsi que les résultats obtenus.

Dans le cadre de la procédure, l'information relative à l'amélioration de la qualité se diffuse dans la structure pas uniquement de manière descendante. La communication descendante permet de présenter les enjeux de l'accréditation et d'expliquer le processus à suivre dès lors que l'engagement de la direction est effectif auprès de l'Anaes. Le recours à la communication, dès le lancement dans la procédure, par la direction, est impératif pour donner confiance aux équipes. Dans cette perspective, le choix de mots est très important parce qu'ils ne sont pas neutres et peuvent véhiculer des idées différentes. Durant cette phase descendante, les responsables de service doivent jouer le rôle de relais de l'information. L'impact des données transmises est d'autant plus fort que le cadre explique voire commente ces informations.

Mais au-delà de cette ligne hiérarchique qui affiche les convictions de la direction, la démarche qualité favorise une remontée des informations. La communication ascendante fait en règle générale souvent état des difficultés rencontrées par les personnels dans l'exercice de leur travail et est source de comportements revendicateurs. La procédure d'accréditation fait de la communication ascendante un moyen pour reconnaître les contributions individuelles et montrant l'avancée des travaux notamment en groupe. Cette connotation plus positive de ce type de communication n'empêche pour autant pas les réactions plus mitigées sur la progression de la mise en place des actions d'amélioration. C'est pourquoi, la démarche qualité incite à développer un autre axe de communication : la communication transversale. Cette dernière « permet l'apprentissage collectif, l'échange, la mutualisation et la capitalisation des expériences. Elle donne du liant entre les acteurs et favorise le décloisonnement institutionnel en créant un support de dialogue constructif centré sur le patient »<sup>6</sup>. Cette communication transversale a été promue à

---

<sup>6</sup> LECLET H., VILCOT C. *Construire le système qualité d'un établissement de santé*. Fascicule de documentation FD S 99-130 inclus. AFNOR, Collection R, Paris, 2000, p36.

l'hôpital local de Montfort notamment au travers du journal interne à l'établissement. Dénommé « Qualit'Infos », cet outil offre la possibilité à tout agent de prendre la plume. Le choix de l'article est laissé à sa discrétion ; s'il existe en principe un lien avec le thème de la démarche qualité, d'autres sujets peuvent être traités. Cependant, dans la pratique, la communication transversale peine à se développer. Le journal interne est issu du travail d'une minorité et reste diffusé grâce à l'investissement de la direction.

Ce manque d'articles des agents reflète un problème d'ordre plus général : la faible culture de l'écrit dans l'établissement. Or, la procédure d'accréditation a montré que le recours à l'écrit était incontournable car il permet de formaliser les pratiques et d'en favoriser l'harmonisation ; il faut par conséquent écrire ce qui est fait et comment on le fait pour éventuellement pouvoir modifier les pratiques dans le sens d'une plus grande qualité.

C) ...et constitue aussi un outil au service du management.

La procédure d'accréditation oblige des institutions jusque-là missionnées pour soigner, à rechercher les causes de dysfonctionnements qui posent problème dans leur organisation et à en rendre compte pour y remédier. En ce sens, la démarche qualité s'apparente alors à la pratique médicale : à partir d'une évaluation, on recherche les causes d'une maladie pour pouvoir mettre en place un traitement approprié et durable. L'accréditation a en effet pour corollaire l'évaluation. Cette dernière vise à apprécier de façon objective les faits et à les comparer aux attentes grâce à un référentiel. Les professionnels de santé ont été sensibilisés à cette nouvelle « culture » de l'évaluation au travers de la phase de l'autoévaluation. Tout comme le concept qualité, l'évaluation n'est pas une notion nouvelle dans la culture hospitalière puisqu'elle constitue l'un des maîtres mots des réformes engagées depuis 1991, visant à repenser l'organisation et le fonctionnement des établissements de santé. En revanche, les outils et autres instruments de mesure mis à disposition des responsables du secteur pour objectiver la qualité des prestations hospitalière est une évolution positive en terme de management de la démarche. En outre, tout ce qui n'est pas mesuré ne pourra pas être optimisé. De plus, l'imperfection de la mesure est préférable à l'absence de mesure. Pour cela, l'Anaes a publié un autre guide <sup>7</sup> présentant les différents outils méthodologiques.

Il est possible d'en distinguer deux catégories : les outils de base des outils complémentaires. Parmi les premiers, on peut faire référence à la technique du « remue-

---

<sup>7</sup> DIRECTION DE L'ACCREDITATION. *Méthodes et outils des démarches qualité pour les établissements de santé*. ANAES, Paris, Juillet 2000.

méninge » (brainstorming). Après avoir sélectionné un problème, l'utilisation de cet outil a pour objectif de recueillir ou de susciter le plus grand nombre d'idées possible. Ce travail de groupe nécessite le respect de certaines règles pour être productif. Il faut pouvoir tout dire ou du moins le plus possible, ne pas critiquer ni commenter car la production d'idées est accrue lorsque l'individu n'est pas soumis à la critique. Autre outil traditionnellement usité dans le cadre des démarches qualité : le «PQOQCC». Il s'agit ici de décrire précisément un problème, une action ou une activité. Cet outil oblige à un questionnement exhaustif :

- « P » pour « Pourquoi » : établir l'intérêt du problème à traiter, l'objectif de l'action ou la raison de l'activité
- « Q » pour « Qui » : désigner les personnes concernées
- « Q » pour « Quoi » : définir la nature du problème, de l'action ou de l'activité
- « O » pour « Où » : déterminer le lieu
- « C » pour « comment » : décrire les manifestations du problème, le déroulement de l'action
- « C » pour « Combien » : chiffrer le « quoi »

Des outils complémentaires issus du monde industriel sont également proposés. C'est le cas du diagramme « causes-effet » appelé aussi diagramme d'Ishikawa du nom de son créateur. Il permet la visualisation des causes produisant un effet. Le plus souvent illustré en « arêtes de poisson », ce diagramme est la représentation par grandes catégories de l'ensemble des causes à l'origine d'un effet. La difficulté réside souvent dans l'identification des familles de causes. Plusieurs moyens mnémotechniques sont donc proposés pour définir ces principales familles de causes. A l'occasion d'une session de formation continue<sup>8</sup>, j'ai pu moi-même expérimenter la technique des «5 M » (Main d'œuvre, Matériel, Matières, Méthodes, Milieu ou Management).

Le recours à ces multiples outils doit s'effectuer en fonction de la phase à laquelle l'établissement se trouve dans la démarche qualité. Ainsi, rechercher les causes possibles d'un problème et mettre en place un plan d'action pour améliorer une activité ne nécessitera pas, de fait, une utilisation des mêmes outils, du moins pas de manière simultanée.

A l'hôpital local de Montfort sur Meu, la culture de l'évaluation a été mise en place au cours de l'accréditation. Outil de mesure par excellence, l'enquête a été utilisée à Montfort

---

<sup>8</sup> Session de formation continue organisée par l'ENSP, février 2004. « Méthodes de conduite de programmes d'amélioration de la qualité en établissement de santé »

pour mesurer la satisfaction des patients/résidents. Ce même outil a été introduit mais cette fois en direction des personnels. Le retour d'expérience de son utilisation, intervenue postérieurement à la visite des experts de l'Anaes, illustre les enseignements tirés de l'analyse précédente et va permettre de les enrichir.

## **2.2 Des mises en pratique à l'hôpital local de Montfort sur Meu**

Toute évaluation nécessite une phase de préparation permettant d'afficher les objectifs poursuivis ainsi que la méthode choisie (2.2.1) ; une phase d'analyse s'ouvre ensuite pour apprécier les résultats de la mesure (2.2.2) et l'efficacité de l'outil de mesure en lui-même (2.2.3).

### **2.2.1 La conduite de la mesure**

#### A) Les préalables à la mesure

##### a) *Déterminer l'objectif de la mesure*

Traditionnellement, la mesure de la satisfaction de l'utilisateur du service public est considérée comme un puissant levier de progrès. Mais, si la prise en compte de la satisfaction des patients et des résidents est inéluctable pour évaluer le niveau de qualité perçue par ces personnes accueillies au sein de l'institution, le ressenti des professionnels intervenant au quotidien paraît également indispensable. L'état d'esprit qui anime les personnels hospitaliers mérite d'être évalué tant leur motivation au travail constitue un élément décisif dans le fonctionnement d'un établissement de santé. Cette qualité de vie au travail résulte de l'ensemble des conditions et du contexte de l'exercice professionnel. En ce sens, elle est pour une grande part liée aux orientations de la direction concernant sa gestion des ressources humaines. Elle est également fonction du contenu du projet social de la structure, lequel est un gage de la qualité de vie professionnelle.

En terme d'amélioration de la qualité, l'intérêt porté à la satisfaction des agents est retranscrit dans le manuel d'accréditation. Le référentiel relatif au Management et à la gestion fait état de « processus [à mettre] en place afin d'examiner et d'améliorer la qualité de la gestion des ressources humaines ». La mesure de la satisfaction du personnel de Montfort s'est donc inscrite dans la perspective d'apporter des éléments de réponse à l'exigence précitée.

Ceci s'est traduit par plusieurs objectifs :

- Connaître le ressenti des agents par rapport à leurs conditions et environnement de travail
- Favoriser un dialogue social par l'organisation de cette évaluation auprès des personnels
- Etendre l'analyse des composantes d'une situation de travail (des outils statistiques étant déjà utilisés concernant l'évolution du pôle personnel, la formation, la gestion prévisionnelle des emplois dans l'établissement)
- Mettre en place des actions d'amélioration en tenant compte des aspirations des agents.

Une fois les objectifs fixés, le sujet de la mesure doit être plus précisément défini.

*b) Définir le sujet de la mesure*

Il a été décidé que l'étude de satisfaction porterait sur l'ensemble des personnels de l'hôpital, tous les services de l'établissement étant concernés par la démarche qualité. Chaque catégorie professionnelle pourra alors s'exprimer au travers d'un outil identique pour tous.

Toutefois, n'ont été retenus, dans ce panel, que les personnels titulaires et stagiaires de l'établissement. Par conséquent, les agents, liés par un contrat à la structure hospitalière, ont été exclus. Leur non prise en compte s'expliquait par le fait que ces personnels ne sont en principe présents dans les locaux de l'établissement que pour une période limitée. Or, les conditions de travail et a fortiori, la démarche qualité, ne peuvent pas réellement être appréciée de manière objective sur une courte durée. Pour autant, nous pouvons d'ores et déjà indiquer que cette partie du personnel a finalement été intégrée dans le processus d'évaluation. La mise en place de l'outil a suscité des interrogations avant même sa diffusion effective. Ces réflexions ont incité à faire également participer ces agents qui manifestaient un intérêt à l'étude.

En revanche, l'idée de soumettre le corps médical à l'enquête n'a pas été retenue. Plusieurs raisons sont venues corroborer ce choix. D'une part, ces médecins n'exercent pas à l'hôpital en tant que praticien hospitalier mais sont des professionnels libéraux. De fait, ils n'ont pas le statut de fonctionnaires hospitaliers exerçant sous l'autorité du directeur de la structure. D'autre part, les 17 médecins intervenant sur le site de Montfort sur Meu ont déjà fait l'objet d'une enquête relative à leurs conditions d'exercice au début de l'année 2003. De plus, outre le contenu des réponses obtenues, cette étude a une nouvelle fois fait apparaître un manque d'investissement de leur part : le taux de retour d'enquête a été très bas. Enfin, leur faible implication pour la démarche qualité menée n'a pas encouragée à les faire se prononcer sur ce sujet.

L'étude de satisfaction a donc été diligentée en direction des équipes de l'hôpital qui ont été sollicitées pour répondre à une enquête.

c) *Choisir l'outil de mesure approprié*

Tout comme il est possible d'avoir plusieurs approches en terme de « qualité », la notion de satisfaction est elle aussi caractérisée par une grande part de subjectivité. Elle peut revêtir des significations distinctes selon les individus. Cependant, l'outil choisi pour évaluer ce degré de satisfaction doit palier cette subjectivité. Il doit permettre d'obtenir l'avis d'un échantillon exhaustif d'agents. En effet, plus la population interrogée est large plus statistiquement parlant la notion globale de satisfaction ou d'insatisfaction est grande. D'autre part, l'outil en question doit faire en sorte que la fiabilité des résultats ne soit pas remise en cause. De plus, puisqu'il doit concerner le plus grand nombre de personne, le recueil d'informations doit s'effectuer sur la base d'un outil simple d'usage pour les agents. Le choix de l'outil est par ailleurs guidé par le souci d'une exploitation facilitée des réponses obtenues par la direction et par le responsable qualité. Le dépouillement des résultats doit être limité dans le temps pour proposer une analyse rapide aux professionnels sollicités.

Deux techniques de recueil d'informations pouvaient permettre d'examiner la qualité de la gestion des ressources humaines : l'audit et l'enquête. La définition de l'audit qualité a évolué depuis la définition proposée par la norme ISO 8402 en 1986<sup>9</sup> ; la norme ISO 9000 de l'année 2000 précise que c'est un « processus méthodique, indépendant et documenté permettant d'apporter des preuves d'audit et de les évaluer de manière objective pour déterminer dans quelle mesure les critères d'audit sont satisfaits ». L'audit qualité suppose donc une logistique particulière mais surtout une maîtrise de cet outil. Pour ce faire, la formation de l'auditeur semble être un pré-requis indispensable. Or, si une formation du comité de pilotage était effectivement inscrite dans le plan de formation, la date fixée ultérieurement dans l'année n'a pas permis de recourir à cet outil à l'hôpital de Montfort. Le choix s'est par conséquent porté sur l'enquête de satisfaction d'autant que le manuel d'accréditation l'envisage. D'après le dictionnaire de la qualité<sup>10</sup>, l'enquête se définit comme « l'action orale ou écrite permettant de recueillir dans le cadre d'un objectif, des avis ou des informations auprès d'une population ou d'un échantillon représentatif

---

<sup>9</sup> Examen méthodique et indépendant en vue de déterminer si les activités et résultats relatifs à la qualité satisfont aux dispositions préétablies, si ces dispositions sont mises en œuvre de façon effective et sont aptes à atteindre les objectifs.

<sup>10</sup> FROMAN B., GOURDON C. *Dictionnaire de la qualité : plus de 800 définitions, équivalents anglais, informations normatives commentées*. Paris : AFNOR, 2003. 224p.

d'une population ». A Montfort, cet indicateur de satisfaction a été présenté sous une forme écrite : un questionnaire (ANNEXE 1). Le questionnaire de satisfaction semble la technique de recueil d'informations la plus adéquate. Il se définit comme un instrument de collecte de l'information fondé sur un recueil de réponses à des questions posées généralement à un échantillon représentatif d'une population. Dès lors, il présente l'avantage de toucher un grand nombre de personnes et d'obtenir des informations de manière relativement rapide.

## B) Préparation de la mesure

### a) *La conception du questionnaire*

La conception de cet outil m'a été confiée par mon maître de stage. L'élaboration de ce questionnaire a nécessité des recherches auprès d'autres établissements, sur Internet et le recours aux ressources pédagogiques de l'ENSP<sup>11</sup> ; le consultant de l'établissement, chargé de l'accompagnement dans le cadre de la procédure d'accréditation, m'a également fourni des éléments. Aucun groupe de travail n'a été créé pour mettre en place cet outil.

Il a été décidé que le questionnaire serait identique pour tous les services de l'hôpital ; aucune distinction ne serait faite sur la forme comme sur le fond :

#### - sur la forme :

Le questionnaire se présente sous la forme d'affirmations à propos desquelles le répondant doit s'exprimer. Il dispose pour cela de plusieurs choix de réponses possibles, allant du plus positif en 1 (intitulé « tout à fait d'accord ») au plus négatif en 4 (désigné par « pas du tout d'accord »). A ces propositions s'ajoute une cinquième offrant une possibilité de non choix (« ne se prononce pas »).

L'enquête comporte trente questions ainsi qu'un espace dédié aux remarques et autres suggestions du répondant.

#### - sur le contenu :

Trois items principaux semblent pertinents, à savoir : la situation professionnelle de l'agent, son poste de travail, l'hôpital local dans sa globalité.

---

<sup>11</sup>AUBERT A. *La mesure de la satisfaction du personnel en milieu hospitalier : pour une approche globale*. Mémoire EDH, Ecole Nationale de la Santé Publique, 2000. 76 p.

Un pré-test de l'outil a été réalisé par la direction et l'attaché d'administration hospitalière. Il a consisté à vérifier que le questionnaire était simple d'usage et a permis d'apporter certaines modifications qui s'imposaient avant d'envisager sa diffusion aux professionnels.

#### *b) Les modalités de sa diffusion*

Avant toute diffusion, le personnel doit être informé de la réalisation d'une enquête de satisfaction. Une note d'information a été rédigée en direction de tous les services tandis que leurs responsables ont pris connaissance d'un exemplaire vierge du questionnaire. Cette information est effectuée deux voire trois semaines avant leur distribution effective. La sensibilisation des agents a été accentuée par la rédaction et distribution d'une procédure interne relative à «l'étude de satisfaction du personnel» (ANNEXE 2). Les responsables de service jouent alors le rôle de relais par la présentation à leurs équipes de la nouvelle procédure en vigueur dans l'établissement. Cette dernière retrace tout le processus de l'enquête et ses enjeux.

Suite à cette sensibilisation, chaque agent reçoit avec son prochain bulletin de paie le questionnaire de satisfaction. Le recueil des informations est limité dans le temps : le questionnaire devra être renvoyé par les agents, souhaitant exprimer leur opinion, dans les 10 jours suivants sa notification. Ce questionnaire garantit l'anonymat du répondant. Une fois rempli, il est transmis au bureau du responsable qualité via la navette interne ou bien en mains propres.

#### *C) Réalisation sur le terrain*

La note d'information annonçant la réalisation d'une enquête de satisfaction auprès du personnel de l'hôpital a été distribuée dans les services le 17 mars 2004, soit quelques jours avant la réception par les agents de leur bulletin de paie. Cette note indiquait que le document dûment rempli pouvait être remis au chef de service ou transmis par la navette interne de l'hôpital à l'attention du Responsable qualité. Les agents disposaient d'un délai dont le terme était fixé au plus tard au 31 mars.

La réception des premières réponses s'est révélée assez rapide. Le plus souvent celles-ci arrivaient à plusieurs en provenance d'un même service. Cependant, les vacances scolaires, intervenant au cours de cette période, ont ralenti le rythme des renvois de questionnaires, certains agents étant en congés. De ce fait, dans le souci d'obtenir le plus grand nombre de répondants, le délai de retour a été prolongé de quelques jours. De plus, les responsables de service ont été régulièrement sollicités afin d'encourager les

personnels à prendre part à l'enquête. Tout questionnaire retourné a fait l'objet d'un enregistrement par le responsable qualité.

## 2.2.2 L'analyse de la mesure

### A) La méthodologie de l'analyse

Pour exploiter les résultats de cette enquête, toutes les réponses ainsi que les commentaires ont été saisies sur informatique. La direction et le RAQ ont procédé au traitement statistique des questionnaires. Une codification des réponses sur « Excel » ainsi que la création de tableaux a facilité la lecture des résultats. Quant à leur interprétation, elle revêt à la fois un caractère quantitatif et qualitatif.

Cette analyse s'est inspirée de la méthodologie déterminée dans le mémoire précité d'Alexandre Aubert :

- Dans un premier temps, il s'agit de faire des tris à plat des réponses. Cette méthode nous fournit les données brutes traduisant le nombre de personnes pour chaque item de chaque question. Ceci permet de faire une analyse qui prend en compte deux aspects. D'une part, la première partie du questionnaire relative à la situation professionnelle (question 1 à 7), comparée aux données du dernier bilan social (2003) révélera s'il y a adéquation entre les populations consultées lors de l'enquête et le poids réel des catégories professionnelles de l'hôpital de Montfort. Cette comparaison a pour but de mettre en évidence la représentativité de la population ayant répondu, et par conséquent la fiabilité des résultats de l'enquête. D'autre part, la deuxième (questions 8 à 20) et la troisième partie du questionnaire (questions 21 à 30) nous aident à faire une première analyse des taux de satisfaction relatifs au poste de travail et à l'établissement dans sa globalité.
- Dans un second temps, les conclusions tirées de cette première analyse vont être affinées par la réalisation du tri croisé des données.

Enfin, il faut souligner que quelques agents ont vraisemblablement hésité par rapport à certaines questions puisqu'ils ont coché entre deux cases. Ces réponses ont été systématiquement comptabilisées au titre du niveau de satisfaction le plus faible. De plus, lorsque aucune croix n'a été apposée pour une question, ceci équivaut à une réponse intitulée « ne se prononce pas ».

L'analyse en question a donné lieu à un rapport. Ce dernier rappelle les objectifs de l'étude, les modalités d'organisation et présente surtout les résultats de l'enquête.

Il ne s'agit pas dans le cadre de ce mémoire de présenter de manière exhaustive les réponses à l'enquête d'autant qu'un tel dépouillement constitue une phase complexe et prenant du temps. Seuls les résultats significatifs ont été retenus.

## B) Les résultats marquants de l'enquête

Un premier chiffre s'imposait, à l'époque, en pleine période électorale : le taux de participation. 148 questionnaires ont été distribués aux personnels titulaires, stagiaires et contractuels. Le nombre de questionnaires retournés s'élève à 93, soit 62,84% de participation.

Pris seul, ce taux de retour suscite d'emblée certains commentaires. D'une part, pour une première utilisation, on peut se satisfaire d'un taux aussi élevé. En effet, généralement le taux de retour qui peut être espéré dans ce type d'enquête avoisine seulement les 50%. D'autre part, il permet d'envisager des taux encore plus élevés, considérant que cet outil de mesure ne demande qu'à être amélioré dans le cadre des enquêtes qui seront régulièrement organisées ultérieurement. Et surtout, il m'a amené, en tant que responsable qualité durant ce stage, à présenter mes remerciements à l'ensemble des personnels qui ont pris part à cette étude.

Quant à la première série d'affirmations intitulée « votre situation professionnelle », elle n'avait pas pour objectif de « briser l'anonymat », d'ailleurs volontairement choisi pour mener cette enquête. De plus, le questionnaire laissait toujours la possibilité aux professionnels de « ne pas se prononcer ». Elle devait permettre au contraire d'établir un profil global du répondant partant du principe que le ressenti d'un agent en terme de qualité des conditions de travail peut être extrêmement variable en fonction de son âge, de sa longévité (voire une certaine usure professionnelle) dans l'établissement et/ou le service, en fonction de son secteur d'activité, d'horaires inadaptés en terme de satisfaction etc. La comparaison des résultats de l'enquête et du bilan social de l'année 2003 permet, pour l'essentiel des affirmations, de considérer que la répartition du poids des populations (par âge, sexe, secteur d'activité etc.) est globalement respecté.

Si l'on prend l'exemple de la question n°4 relative aux secteurs d'activités ; les chiffres du bilan social sont les suivants :

- Administratifs : 8 agents, soit 5,2% de l'effectif total
- Logistiques et Techniques : 27 agents, soit 17,5% de l'effectif total
- Médico technique : 3 agents, soit 2% de l'effectif total
- Soignants : 116 agents, soit 75,3% de l'effectif total

Les répondants se répartissent ainsi :

<b>SECTEUR</b>	<b>NOMBRE DE REPONSES</b>	<b>%</b>
<b>Administratif</b>	4	4.3%
<b>Logistique et technique</b>	10	10.75%
<b>Médico technique</b>	3	3.23%
<b>Soignant</b>	66	70.97%
<b>Non réponse</b>	10	10.75%
<b>Total</b>	93	100%

Dès lors, on peut déjà estimer que les résultats obtenus au titre des deux autres séries d'affirmations (poste de travail ; fonctionnement de l'hôpital), sont suffisamment significatifs et par conséquent statistiquement représentatifs et fiables.

La deuxième série d'affirmations devait permettre d'évaluer la satisfaction de l'agent par rapport à son poste de travail. Il s'agissait d'envisager le climat de travail propre au service de l'agent, ses possibilités à prendre des initiatives tout en respectant le cadre de travail qui doit être le sien et les instructions émanant de son supérieur hiérarchique. Si les résultats obtenus sont globalement positifs, l'affirmation n°11 revêt un certain intérêt ; elle s'intitule « Vous vous sentez bien au sein de votre équipe de travail ». Les réponses se répartissent de la manière suivante :

<b>EQUIPE DE TRAVAIL</b>	<b>NOMBRE DE REPONSES</b>	<b>TAUX DE SATISFACTION</b>
<b>Tout à fait d'accord</b>	44	47.31%
<b>Plutôt d'accord</b>	42	45.16%
<b>Plutôt pas d'accord</b>	2	2.15%
<b>Pas du tout d'accord</b>	0	0
<b>Non réponse</b>	5	5.38%
<b>Total</b>	93	100%

Ainsi, plus de 92% des personnes interrogées s'estiment plutôt bien au sein de leur équipe de travail. Ce résultat est particulièrement intéressant lorsqu'on sait que l'ambiance au travail est l'une des conditions principales de la satisfaction professionnelle. D'ailleurs un agent reconnaît son importance : « où il y a une bonne mentalité, c'est très

important pour moi ». De plus, le nombre de non réponse est assez faible avec moins de 6% et surtout aucun agent ne se dit totalement insatisfait du climat inhérent à son équipe.

Enfin, la dernière partie de l'enquête avait pour objectif d'établir une vision plus globale de la satisfaction du personnel puisqu'elle envisageait le fonctionnement de l'hôpital local dans son ensemble. Les affirmations proposées s'intéressaient notamment aux politiques de formation et de communication mises en place dans l'établissement. En ce sens, elles devaient permettre d'apprécier la cohérence et le niveau de qualité des actions menées dans le cadre de ces politiques.

Cependant, cette série comprenait également des affirmations (n°22 et 23) renvoyant explicitement à la démarche qualité engagée à Montfort sur Meu et à la manière dont elle est vécue par les professionnels.

L'affirmation n°22, formulée ainsi « Cette dynamique de fonctionnement [de l'établissement] s'est améliorée avec la procédure d'accréditation et la mise en place de la démarche qualité », a mis en évidence un niveau de satisfaction favorable. Les 9% de réponses négatives peuvent en partie s'expliquer par la mise en place récente de cette démarche qualité au sein de l'établissement et par le fait que certaines actions d'amélioration n'aient pas encore démontré un impact significatif pour le personnel et les personnes accueillies. Quant au quart des répondants restant silencieux face à cette affirmation, leur choix peut trouver une justification dans la mesure où le rapport définitif du Collège de l'accréditation n'était pas encore parvenu à l'Hôpital au moment du déroulement de l'enquête, suscitant alors quelques interrogations par rapport à la dynamique engagée par l'établissement.

L'affirmation n°23 était même plus précise puisqu'elle amenait les répondants à envisager la démarche qualité comme un moyen d'améliorer leur pratique professionnelle : 81% d'opinion favorable ! Il s'agit d'un résultat fortement encourageant puisqu'il tend à prouver que la démarche a été intégrée comme pouvant améliorer les pratiques. Mais surtout, il démontre que le personnel « vit » la démarche et par conséquent en constate certains effets dans son quotidien. Ce résultat vient aussi atténuer les réponses à tendance négative obtenues à la question précédente : la démarche qualité a apporté des améliorations dans le quotidien des professionnels, seulement l'impact de cette démarche n'a pas encore été bien apprécié à une échelle plus globale, à savoir celle de l'établissement.

Ces résultats aux affirmations ciblées sur la démarche qualité ont donné lieu à une analyse plus complète par le recours à la technique du tri croisé. En outre, il a semblé intéressant de mettre en relation la durée d'activité dans l'établissement et l'impact de la mise en place de la démarche qualité à Montfort. Ce croisement a pour but d'apprécier le

ressenti des agents, en particulier ceux présents depuis plusieurs années au sein de la structure et qui peuvent constater les évolutions dont a fait l'objet leur milieu professionnel depuis plusieurs années.

Le tableau ci-dessous démontre le réel impact de la procédure d'accréditation, sur le fonctionnement de l'hôpital dans son ensemble, et ce quelque soit l'ancienneté de l'agent dans l'établissement :

<b>Impact de l'accréditation sur le fonctionnement de l'hôpital</b>	<b>- d'un an à Montfort</b>	<b>- de 5 ans à Montfort</b>	<b>- de 10 ans à Montfort</b>	<b>10 ans et + à Montfort</b>
Tout à fait d'accord	1	9	1	8
Plutôt d'accord		8	4	27
Plutôt pas d'accord			3	3
Pas du tout d'accord				
Non réponse	4	6	2	9

Le second retrace le ressenti des agents sur leurs pratiques professionnelles quotidiennes, et là encore les retombées de la démarche qualité sont indéniables quelque soit la durée d'activité à Montfort.

<b>Démarche qualité et amélioration des pratiques quotidiennes</b>	<b>- d'un an</b>	<b>- de 5 ans</b>	<b>- de 10 ans</b>	<b>10 ans et +</b>
Tout à fait d'accord	3	13	4	15
Plutôt d'accord	1	6	4	25
Plutôt pas d'accord			1	1
Pas du tout d'accord				
Non réponse	1	4	1	6

L'analyse des réponses des agents de l'hôpital a ainsi permis de mettre en exergue plusieurs éléments positifs de la dynamique en vigueur dans l'établissement. Elle a cependant souligné certaines difficultés dans le quotidien du personnel. Sur la base de ces données, des améliorations doivent être envisagées. Et, l'étude de satisfaction du personnel devant être organisée une fois par an, les actions décidées pourront toujours être réévaluées. Au-delà, l'outil que constitue l'enquête pourra évoluer tant sur la forme que sur le fond. Le taux de retour des questionnaires serait dès lors un premier indicateur à utiliser pour apprécier l'efficacité de cet outil ; les observations émises par les répondants seront également prises en compte.

### 2.2.3 L'analyse de l'outil

A) Vérification des enseignements issus de la procédure

a) *Des personnels ayant « joué le jeu » du questionnaire*

La participation des personnels de l'hôpital a été très satisfaisante pour une première étude de ce type à l'hôpital local de Montfort sur Meu. Très sollicités durant le cycle d'accréditation, s'attendant en ce premier semestre de l'année 2004 à la rédaction du projet d'établissement, les professionnels ont pourtant pris part à l'enquête. Cette implication personnelle doit être soulignée tant elle est profitable à une dynamique positive de l'établissement dans son ensemble. Elle illustre aussi tout l'intérêt porté par chaque agent à son environnement de travail et au moyen permettant d'en améliorer le fonctionnement. Elle démontre par ailleurs que cet outil leur paraît être un moyen distinct de ceux qui leur sont mis à disposition traditionnellement pour s'exprimer. De plus, les résultats du présent questionnaire tendent à prouver qu'évaluer la satisfaction des professionnels est source de motivation et de gratification du rôle de l'agent, estimant que chacun est un maillon important dans le fonctionnement de la structure.

Cet outil a été également considéré comme une force de propositions. Le questionnaire comportait en effet un espace réservé aux éventuels commentaires des répondants. Il s'avère que cette partie de l'enquête a fait l'objet de nombreuses réflexions. Il a d'ailleurs paru pertinent de les insérer dans le rapport d'enquête pour en faire profiter les autres participants à l'étude. A ce titre, toutes les remarques ont été retranscrites dans leur intégralité. Certaines ont présenté un intérêt particulier car elles portaient un jugement sur l'organisation de l'étude. L'une d'entre elles remerciait la direction pour la mise en œuvre de ces enquêtes « qui permettent de nous sentir utiles et valorisés ». D'autres professionnels ne se sont pas contentés de faire des observations mais ont tenu à émettre des propositions notamment dans le souci d'améliorer la prise en charge des personnes accueillies : « Nécessité de recentrer régulièrement le personnel sur le droit des personnes âgées au respect à travers nos gestes et paroles. Donner une ligne de conduite dans nos comportements. D'où la nécessité de réfléchir régulièrement sur les notions concernant la gériatrie (...) ». Quant à la démarche qualité, un agent reconnaît qu'elle « nécessite l'implication de tout le personnel ».

Or, l'organisation de cette enquête exige aussi l'implication de la direction.

### *b) L'implication de la direction*

L'introduction d'un nouvel outil suppose que la direction soit impliquée dans les phases essentielles que sont l'élaboration, la diffusion, l'analyse. En ce qui concerne le cas de l'étude de satisfaction du personnel, la direction est d'autant plus présente dans ce processus qu'il renvoie à la gestion des ressources humaines. Et, évaluer la satisfaction du personnel peut susciter certaines inquiétudes, notamment la crainte de se heurter à de nombreuses critiques et revendications de la part des agents. Or, l'utilisation de l'enquête va inciter la direction à faire évoluer sa vision des personnels de l'établissement en recherchant à apprécier leur niveau de satisfaction. L'engagement de la direction se traduit alors par la mise en place effective de l'outil mais surtout par la volonté d'assurer une exploitation objective des résultats de celui-ci. A cette fin, l'action de la direction repose pour beaucoup sur les responsables de services. Ces derniers jouent un rôle important de relais. La direction se doit de les conforter de l'intérêt de l'outil pour eux-mêmes et leurs équipes. Une fois intégrée la nécessité du questionnaire pour faire évoluer leurs conditions de travail, ces responsables doivent préparer les professionnels de leur service à la réception du questionnaire. Ceci consiste essentiellement à en rappeler les objectifs et à rassurer les personnels quant au déroulement de l'enquête, à la manière dont doit être complété le questionnaire.

En ce sens, les responsables de service complètent les actions de communication induites pour la promotion de cette enquête auprès des équipes.

### *c) Un outil de communication*

La diffusion du questionnaire a suscité la mise en place d'un dispositif de communication, lequel s'est appuyé sur des éléments d'utilisation classique (notes d'information) pour les personnels. Toutefois, la création de l'étude a permis de recourir à d'autres ressources issues de la mise en place de la démarche qualité. L'évaluation de la satisfaction du personnel a ainsi donné lieu à la rédaction d'une procédure interne à l'établissement, s'inscrivant en conséquence dans le cadre de la gestion documentaire de l'hôpital. Dès lors, les professionnels ont pu constater une imbrication et la complémentarité des procédés utiles dans une démarche qualité.

Mais si l'enquête a demandé le recours à ces moyens de communication, elle a par ailleurs constitué en soi un outil de communication. Elle a d'abord généré une communication descendante pour la promotion de l'outil ainsi que de ses résultats au travers du rapport d'enquête. Elle a également favorisé une communication ascendante, cette dernière étant inhérente au choix de l'outil. Celui-ci devait permettre d'encourager une remontée d'informations de la part des personnels vers la direction. Quant à la

communication transversale, elle est réelle dans l'organisation d'une enquête car elle permet un certain échange d'informations. Concernant le système d'informations, le dépouillement du questionnaire a d'ailleurs mis en évidence certains dysfonctionnements dans la transmission des informations interservices et entre les services et la direction. Ces imperfections sont à combler et de fait doivent déboucher sur des actions d'amélioration.

S'il permet de mettre en exergue des lacunes, le questionnaire comprend lui-même des limites à l'usage.

#### B) Les limites de l'outil

L'utilisation de cet outil comporte certaines limites de plusieurs ordres.

D'une part, certaines d'entre elles tiennent à la forme de l'enquête. Le recours à un questionnaire n'est pas neutre. En effet, il oblige à cantonner les réponses dans un cadre prédéfini par la direction qui l'a élaboré. Sur le fond, du choix des affirmations dépend l'intérêt et l'objectivité de la réponse de l'agent. A Montfort, ces risques ont été toutefois atténués du fait des modalités d'organisation de ce projet d'étude. En l'occurrence, le fait qu'un élève-directeur soit chargé de la mise en place du questionnaire a facilité la réalisation de cette enquête et son appropriation par les agents pour qu'ils en fassent un véritable outil au service de l'amélioration de la qualité.

D'autre part, mettre en œuvre une enquête peut se heurter à un certain essoufflement des équipes. Ceci se vérifie d'autant plus dès lors que les actions d'amélioration tardent à intervenir suite à l'enquête. En conséquence, il est souhaitable de faire évoluer l'outil sur la forme comme sur le fond sur la base des remarques et de l'analyse issue du dépouillement de l'enquête. Si le questionnaire doit permettre de donner à un instant T une photographie du niveau de satisfaction des professionnels de l'hôpital, il ne doit pas être un dispositif à relancer une fois par an mécaniquement. Enfin, le recours à cet outil, en tant que source de mobilisation et de motivation des agents, ne doit pas être abusif mais périodique. Comme tout autre dispositif mis à la disposition des directions d'établissement, l'enquête est un outil à l'usage ponctuel.

Or, pour poursuivre la démarche qualité au sein du milieu hospitalier, il est nécessaire d'avoir une vision plus globale et s'inscrivant sur le long terme. Si les apports méthodologiques constituent un levier important d'évolution des pratiques professionnelles et permettent aussi de repenser le modèle de management mis en place, le recours à ces multiples outils n'est pas sans risque. Ils peuvent à terme susciter confusion et lassitude de la part des agents. C'est pourquoi la pérennisation de la

démarche à l'hôpital local nécessite une véritable formalisation de la politique de management de la qualité.

### **3 LA NÉCESSAIRE FORMALISATION DE LA POLITIQUE DE MANAGEMENT DE LA QUALITÉ EN VUE DE LA PÉRÉNNISATION DE LA DÉMARCHE**

L'objectif n'est plus seulement de faire évoluer les mentalités mais d'ancrer la culture qualité au sein de l'établissement comme une culture à part entière. Il s'agit de franchir un cap : dépasser systématiquement le stade de « ma qualité » à savoir la perception de l'agent en tant que professionnel, pour atteindre celui de « la qualité » c'est-à-dire l'attente du client. A cette fin, le Directeur d'établissement joue un rôle essentiel en étant à la tête du pôle management (3.1). Pour mener à bien sa mission, il doit toujours recourir à un mode de management participatif. Parmi les collaborateurs qui l'entourent, l'un d'entre eux tient une place clef dans la pérennisation de la démarche à l'hôpital local : le responsable qualité (3.2).

#### **3.1 Le rôle primordial du Directeur en tant que garant de la dynamique qualité dans l'établissement**

Le directeur détermine le mode de management à mettre en œuvre au sein de la structure pour garantir une politique d'amélioration continue de la qualité. Pour manager la qualité, son action doit reposer sur un projet dont l'existence confère d'emblée du sens à la démarche (3.1.1). Mais la rédaction de ce document intitulé « projet qualité » ne suffit pas ; le directeur doit s'appuyer sur deux autres politiques clef pour garantir la dynamique qualité : les politiques de communication et de formation (3.1.2).

##### **3.1.1 La définition de la politique qualité par le chef d'établissement**

La politique qualité décrite dans le projet qualité va traduire l'engagement de la direction (A) dans le processus d'amélioration en continue de la qualité des prestations ; les orientations stratégiques du projet ainsi constitué permettent alors d'envisager l'avenir de l'hôpital dans une démarche qualité globale applicable à l'ensemble de ses services tant sanitaires que médico-sociaux (B).

- A) Un management de la qualité fondé sur un projet

La définition de la politique qualité passe par la rédaction d'un projet qualité dont les objectifs (a) et l'élaboration (b) marquent l'impulsion du chef d'établissement.

a) *Les fondements et les objectifs du projet qualité*

Le management de la qualité doit devenir un des aspects du management dans un hôpital local au même titre que celui des ressources humaines, des services économiques ou encore logistiques. Pour cela, il appartient au directeur de la structure de formuler les orientations et intentions générales en matière de qualité, comme il est amené à le faire dans le cadre de toute autre politique de l'établissement. La politique qualité doit s'inscrire en cohérence avec la politique générale de l'hôpital, ses missions et les valeurs du service public. La définition de cette politique qualité constitue un des principes essentiels du management de la qualité. Elle doit être portée avec conviction par le directeur qui est le véritable garant du dynamisme de l'hôpital en la matière. En affichant sa position dans ce domaine, le directeur démontre que lui-même manage pour faire de la qualité. Cet engagement de la direction se manifeste, comme il a pu être mis en évidence, dès la procédure obligatoire qu'est l'accréditation. Mais, il doit se poursuivre sous une forme plus affirmée encore pour assurer la dynamique qualité : il s'agit du projet qualité.

Ce document répond à plusieurs impératifs :

- Améliorer la qualité des prestations délivrées aux personnes accueillies, priorité à l'origine de toute démarche qualité
- Formaliser les orientations de la politique qualité dans un document écrit
- Décrire la structure nécessaire à la réussite de cette politique
- Fédérer le personnel autour d'axes de travail identifiés

Ce formalisme semble nécessaire et permet d'aller au-delà de la réponse à des exigences réglementaires. Il apporte en effet une plus-value à la démarche qualité, engagée sous l'empire de l'accréditation, puisqu'il il doit lui donner du sens. Ce projet apparaît comme le moyen approprié pour énoncer les valeurs professionnelles, donner la définition des objectifs et du plan d'amélioration de la qualité sur le long terme. Au-delà de l'intérêt de « cadrage » des actions à mener, l'inscription dans un document des grands axes de la politique qualité est un outil pédagogique en direction des personnels. Ce projet renforce la prise de conscience des différents acteurs des raisons qui fondent la recherche perpétuelle de la qualité du service. Mais plus encore, il s'agit de donner une ligne de conduite aux professionnels pour que ceux-ci puissent y trouver des raisons d'agir et de dépasser les difficultés. Le recours à l'écrit s'avère être également un atout à la disposition du directeur pour améliorer l'efficacité de l'organisation à tous les niveaux. Or, la pérennité du système qualité repose sur l'efficacité et la pertinence de son organisation. Pour autant, le cadre de référence que constitue ce projet qualité ne bride

pas le fonctionnement de l'établissement dans la mise en place d'autres actions d'amélioration qui n'auraient pas été envisagées à l'occasion de l'élaboration de celui-ci. Une réflexion stratégique doit permettre d'élaborer un document qui puisse satisfaire à ces enjeux.

#### *b) L'élaboration du projet qualité*

Créer ce type de document nécessite de se poser certaines questions : quel niveau de qualité atteindre pour satisfaire les résidents et les patients de la structure ? Quelles stratégies à mettre en œuvre pour respecter l'exigence de qualité que l'établissement se fixe ?

Les réponses à ces interrogations émergent souvent après la phase d'autoévaluation de la procédure, laquelle donne une description du fonctionnement de l'hôpital. Cependant, la réflexion est affinée avec les conclusions des experts visiteurs et, plus encore, suite à la réception du rapport du Collège de l'accréditation. Ces phases successives permettent de dégager des axes d'amélioration et obligent à revoir les processus de l'organisation en place. Le projet qualité doit donc tenir compte de ces paramètres et être intégré à toutes les activités de l'établissement. Ceci nécessite de faire preuve de cohérence entre les secteurs ; la rédaction d'un document relativement concis mais suffisamment explicite facilitera son appropriation. Son élaboration relève dès lors de la direction en collaboration avec le personnel représentant les différents services. Le projet doit également être compatible avec les référentiels de l'Anaes, les directives des autorités de contrôle ainsi que les décisions des instances de l'hôpital local. Cette réflexion commune et pluridisciplinaire, « orchestrée » par le chef d'établissement, est d'autant plus efficace qu'elle s'effectue peu de temps après la fin du premier cycle d'accréditation. Elle est, a fortiori, facilitée lorsqu'elle intervient dans le cadre de l'élaboration d'un projet d'établissement.

En effet, la rédaction d'un projet d'établissement est l'occasion de réfléchir sur les orientations stratégiques et les objectifs à atteindre pour satisfaire l'ambition collective d'une structure. Comme tout établissement public de santé, l'hôpital local doit se conformer aux dispositions du Code de la Santé Publique. Le projet d'établissement en fait partie. D'après l'article L 6143-2 du CSP : il « définit, notamment sur la base du projet médical, les objectifs généraux de l'établissement dans les domaines médicaux et des soins infirmiers, de la recherche biomédicale, de la gestion et du système d'information (...). Ce projet, qui doit être compatible avec les objectifs du schéma d'organisation sanitaire, détermine les moyens d'hospitalisation, de personnel et d'équipement de toute nature dont l'établissement doit disposer pour réaliser ses objectifs ». C'est un outil

d'expression catégoriel (c'est-à-dire par projet de vie, administratif...), porteur d'objectifs partagés par les équipes et dont la mise en œuvre est raisonnablement possible dans les cinq ans. Au-delà des textes, ce projet doit être considéré comme déterminant pour l'avenir d'un établissement car il présente les priorités à moyen terme. Mais, il conditionne aussi l'élaboration du Contrat d'Objectifs et de Moyens (COM) passé avec l'ARH et peut donc avoir un réel impact sur l'obtention des moyens budgétaires pour réaliser ces projets.

Le projet médical, dont les orientations constituent la pierre angulaire des autres projets, tient traditionnellement la place centrale dans le projet d'établissement. Toutefois, l'importance de l'existence d'un projet qualité s'affirme dans la perspective d'assurer une qualité optimale de la prise en charge des résidents et des patients : ce volet du projet d'établissement apparaît comme étant à l'origine de toutes les autres composantes. La méthodologie pour élaborer un tel projet est assez semblable à celle qui peut être utilisée dans le cadre de la procédure d'accréditation. Elle consiste à constituer des groupes de travail pluridisciplinaires à la tête de chaque sous projet, dont un chargé du projet qualité. Les réflexions des participants s'appuient sur les pratiques existantes dont les points forts et les points faibles sont relevés. La présence du directeur dans ce groupe semble indispensable tant le contenu du projet qualité est transversal.

Le projet qualité du site de Montfort sur Meu s'est inscrit dans le cadre de la refonte du projet d'établissement de l'hôpital.

#### B) Les orientations choisies dans le projet qualité de l'hôpital local de Montfort sur Meu

L'hôpital local de Montfort sur Meu a intégré l'importance de la démarche qualité pour améliorer les prestations offertes. La récente procédure d'accréditation et les recommandations du Collège de l'Anaes ont incité son directeur à formaliser la politique qualité. De plus, les orientations du dernier projet d'établissement, datant de 1997, étant complètement réalisées, une actualisation du projet s'imposait. Succédant à la procédure d'accréditation, il s'inscrit naturellement dans la continuité de la démarche qualité entreprise et comprend un projet consacré à celle-ci. L'élaboration du projet d'établissement répond aux préceptes de toute démarche qualité : la mise en place de groupes de travail pluridisciplinaires basée sur le volontariat. La structure de pilotage est constituée du comité de pilotage institué lors de la procédure d'accréditation. Ce comité gère désormais la démarche qualité dans l'établissement et a pour mission de :

- valider la méthodologie retenue pour l'élaboration du projet d'établissement,
- participer aux actions de communication,

- analyser les données internes afin d'en réaliser la synthèse sous forme de diagnostic avec définition des points forts et des points à améliorer,
- vérifier la cohérence des différents projets,
- valider le projet d'établissement avant transmission aux instances délibératives.

Sept groupes de travail ont été mis en place. Chaque groupe a suivi une méthodologie de travail identique, sachant que la définition des objectifs opérationnels pour chaque axe stratégique retenu est présentée sous forme de fiche projet (ANNEXE 3). Ces fiches sont un outil simple d'utilisation retraçant les objectifs à atteindre, suivant un calendrier prévisionnel, sur la base d'actions déterminées en fonction de moyens humains et du coût financier estimatif. Dans le cadre du projet qualité, et vraisemblablement de manière plus prononcée par rapport à d'autres projets, les différentes étapes d'élaboration se sont très largement appuyées sur les données du rapport d'accréditation, afin de conserver la cohérence entre les projets institutionnels et les constatations de l'Anaes :

- Constituer un état des lieux par rapport à son projet
- Mener une réflexion autour du cadre d'orientation stratégique
- Définir les objectifs à atteindre
- Servir d'agent de communication pour ce projet
- Valider le projet travaillé après avoir pris connaissance du projet dans sa globalité

Les orientations définitivement retenues dans le projet qualité à la suite du bilan de l'existant sont les suivantes :

- La poursuite de la démarche d'amélioration continue de la qualité : la Fiche Projet Qualité « PQUA – 1 » prévoit la poursuite de la démarche qualité engagée. Ceci implique en particulier d'identifier et de maîtriser tous les processus de l'établissement.
- Le respect des droits des usagers : la Fiche Projet Qualité « PQUA – 2 » met l'accent sur le respect des droits du patient et du résident considéré comme un critère d'évaluation à part entière de la qualité du service rendu.
- La prévention des risques : l'établissement souhaite organiser les vigilances sanitaires, sécuriser le circuit des médicaments et identifier les risques en se basant sur la cartographie des processus.
- La mise en place d'une démarche d'évaluation : l'établissement s'interroge sur la mesure de l'efficacité de son organisation et se propose d'évaluer ses pratiques dans le but de les améliorer.
- La diffusion d'une culture qualité : la Fiche Projet Qualité « PQUA – 5 » vise à permettre une réelle diffusion de la démarche qualité au sein de tous les services

en intégrant notamment la préoccupation de la qualité dans le plan de formation et la politique de communication.

Si la qualité doit connaître une diffusion progressive dans chaque domaine y compris la communication et la formation, ces deux dernières politiques sont des composantes fortes de la politique qualité et, à ce titre, des éléments indispensables pour soutenir le lancement du projet qualité sur le site de Montfort sur Meu comme dans tout autre établissement.

### **3.1.2 Les piliers incontournables pour le succès du projet qualité**

#### **A) Une communication efficace de la politique qualité**

Tout projet, pour réussir, exige un accompagnement par une communication appropriée. Les personnes ciblées adhèrent en effet d'autant plus facilement au contenu d'une politique que des actions de communication sont organisées ; l'analyse du public, sujet de l'information, est déterminante dans le cadre de l'élaboration d'un plan de communication.

##### *a) Une information en interne devant cibler un double public*

Les nombreux outils au service de la communication interne vont permettre dans un premier temps de présenter et d'explicitier le projet qualité. Ce type de communication intervient en réponse à un devoir de transparence de la direction concernant le projet : on ne manage plus sans communiquer. Elle met également en évidence des besoins de connaissance des modalités d'élaboration du projet, des finalités de celui-ci et surtout des priorités déterminées. Enfin, il s'agit de reconnaître le travail accompli par une information régulière de l'état d'avancement des actions planifiées.

Tout d'abord, le projet qualité ne peut aboutir sans une information et une sensibilisation continue des professionnels de l'établissement. Elle doit dépasser le cercle de travail constitué du groupe en charge du projet et s'attacher à informer tout le personnel de la structure. La communication autour de ce projet doit favoriser le dialogue dans l'hôpital sur ce sujet, comme ceci peut être le cas suite à la communication des choix de formation par exemple. Pour satisfaire aux attentes des agents et garantir ce retour d'informations sur les progrès réalisés et les impacts sur leurs conditions de travail, ces temps d'échange méritent d'être, eux aussi, formalisés. Il faut ainsi éviter le développement d'une communication fondée sur « des bruits de couloirs ». Force est de constater qu'ils sont parfois un vecteur d'informations non négligeable dans le milieu professionnel.

Cependant, ce sont par définition des informations relatives au fonctionnement de l'établissement dont la provenance et la valeur sont pratiquement toujours impossible à identifier avec exactitude. Pour contrecarrer cette communication qui, si elle est unique, s'avère dangereuse, la direction dispose de plusieurs moyens : les transmissions ciblées, les réunions de service, les réunions interservices, en insistant sur l'intégration des équipes exerçant de nuit, trop souvent exclues. Mais, il ne faut pas oublier que les outils quels qu'ils soient n'apportent que par l'utilisation qui en est faite : la communication ne se cantonne pas à la transmission d'informations mais encourage l'écoute. Cette dernière impose de diriger aussi l'information vers un autre public qui dispose de droits en la matière : les usagers du service public.

Parallèlement aux personnels, les patients et les résidents doivent avoir accès aux informations relatives au fonctionnement de l'établissement ; le projet qualité doit aussi en faire partie. Deux motifs principaux plaident en ce sens. D'une part, les interventions des pouvoirs publics se sont succédées ces dernières années pour enrichir les droits désormais officiellement reconnus aux personnes hospitalisées et accueillies. En effet, les secteurs sanitaire, social et médico-social ont eu l'obligation de répondre à des exigences d'un autre type de la part des personnes qu'ils sont amenés à prendre en charge. D'abord considérés en tant qu'individu doté de droits fondamentaux, le patient et le résident se sont donc vus reconnaître la faculté de participer aux décisions qui sont prises, tant pour eux-mêmes, que pour le fonctionnement du système. Tout cela se vérifie avec les récents apports de deux lois : la Loi de janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale<sup>12</sup> et la Loi de mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé<sup>13</sup>. Le droit à l'accès au dossier et le droit à l'information sont deux exemples de principes fondamentaux qu'elles énoncent. L'hôpital local est concerné par l'ensemble de ces évolutions législatives en raison de sa double activité sanitaire et médico-sociale. Erigé en un véritable acteur de sa prise en charge d'après les textes précités, l'usager ne le devient vraiment qu'à la condition que l'établissement s'approprie les outils proposés par les lois pour valoriser ces droits dans sa vie quotidienne. D'autre part, les patients et les résidents doivent avoir connaissance de la vie institutionnelle et en particulier du projet qualité car ils sont au cœur du dispositif. Si le patient a été placé au centre de la procédure d'accréditation, sa satisfaction constitue l'élément déterminant dans le cadre de toute démarche qualité. Il est le destinataire final des orientations du projet qualité et l'évaluateur de leur niveau. Jusqu'ici l'usager n'a que peu été pris en compte dans la

---

<sup>12</sup> Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 portant rénovation de l'action sociale et médico-sociale.

<sup>13</sup> Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

politique de communication des évolutions issues de la démarche qualité, les informations quant aux avancées en la matière sont plus consistantes à l'égard des professionnels. Cette faiblesse du dispositif de communication est encore plus marquée concernant les publics externes à l'établissement. Les familles peuvent être incluses dans ce panel extérieur à la structure. Or, la politique qualité telle que définie dans le projet doit aussi être promu vis-à-vis de ces populations.

*b) Le développement de la communication externe*

L'entourage des patients et des résidents de l'établissement doit devenir une cible à part entière de la démarche qualité. Très souvent ces familles se montrent beaucoup plus pointilleuses quant à l'application effective des droits dévolus à leur parent, même dans l'hypothèse où celui-ci serait encore en pleine possession de ses capacités pour en exiger le respect. Le projet qualité matérialisant les actions conçues pour améliorer la vie et le bien-être de leur proche, il est tout à fait bénéfique pour l'hôpital d'en communiquer les grands axes à la famille. Un peu à la manière du secteur industriel, il s'agit de fournir une bonne image de la structure, d'autant que cette dernière est périodiquement mise à mal par les médias en cas « d'affaire » dans le secteur. Une bonne image de l'établissement se traduira de fait par une valorisation de toutes les personnes qui y travaillent. Outre les familles, d'autres partenaires extérieurs peuvent venir s'ajouter (futur résident, partenaires du secteur ou entreprise liée à l'établissement etc.) et seraient susceptibles de trouver un intérêt à la communication de la politique qualité. De plus, l'avenir de l'hôpital passe par son ouverture vers l'extérieur et le développement de contacts avec son environnement.

La construction et la promotion de cette image positive d'un établissement nécessitent de définir les modalités les plus adéquates de communication vers l'extérieur. La recherche de ces supports d'information peut conduire à la diffusion de plaquettes d'information, à des articles dans la presse locale, voire à la mise en service d'un site Internet de l'hôpital. Mais, la communication externe comme interne doivent impérativement être définie dans un plan de communication pour faciliter l'appropriation du projet qualité.

*c) Le plan de communication : les liens entre le projet qualité, le projet du système d'information et le projet social*

Outil de management, la communication accompagne, complète, permet la mise en œuvre de la politique qualité. Elle doit se concrétiser au travers d'un plan de communication pour être efficace. L'analyse précédente des cibles est un pré requis dans l'élaboration de ce plan car elle permet de préciser leur place dans le processus de

communication de la qualité. La nature des attentes des uns et des autres n'est pas identique et requiert de mettre en place des moyens d'information différents. D'où, la distinction faite entre la politique de communication interne généralement développée dans le projet social et le projet du système d'information qui reprend les lignes directrices de la communication externe. Les deux volets de la communication, une fois combinés, permettent d'avoir une vision claire des destinataires du projet qualité et ainsi d'être au service de sa diffusion et surtout de la promotion.

L'hôpital favorise par ailleurs la formation des personnels à la qualité pour mettre tous les atouts de son côté dans la réussite du projet.

#### B) Les choix de formation pour le personnel favorisant l'implantation du projet qualité

La démarche qualité repose sur la participation des différentes catégories de personnels. Et, dans le cadre de la procédure d'accréditation, toutes les directions d'établissement ont recours à des actions de formation pour le personnel destinées à préparer ou accompagner sa mise en place. Or, le dispositif de formation a généralement concerné plus spécifiquement le comité de pilotage, les groupes d'auto-évaluation ou d'autres groupes thématiques. L'apport méthodologique et les outils délivrés par ces formations ne sont pas négligeables dans l'acquisition des concepts et des enjeux de la procédure d'accréditation. Ils le sont plus encore pour ancrer le projet qualité dans le quotidien des agents. Il est par conséquent indispensable, pour ses professionnels qui exercent à l'hôpital, d'accompagner leur apprentissage d'une formation adaptée.

C'est pourquoi, une politique globale et cohérente de formation doit être poursuivie et étendue au plus grand nombre afin de maintenir la qualité des prestations délivrées aux patients par l'ensemble des personnes travaillant à l'hôpital. D'ailleurs, au plan national, la politique de formation constitue une préoccupation donnant lieu notamment à une circulaire annuelle ayant pour but « d'indiquer aux établissements de la fonction publique hospitalière et à leurs agents, les orientations retenues dans le domaine de la formation qui viennent consolider ou renforcer les politiques de santé publique. Elles se veulent un cadre d'action et d'orientation pour les plans de formation des établissements et des professionnels (...) ». Ces priorités d'actions nationales de formation pour la période 2005 ont été définies par une circulaire du 3 juin 2004<sup>14</sup>, laquelle insiste en particulier sur le

---

<sup>14</sup> Circulaire DHOS/P2 n°253 du 03 juin 2004 relative aux orientations et axes de formation prioritaires, à caractère pluriannuel, concernant l'ensemble des fonctionnaires des établissements relevant de l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986 portant statut général de la fonction publique hospitalière.

renforcement de la qualité et de la continuité des prises en charge. D'autre part, la redéfinition de la place de l'hôpital local suppose que la direction et l'encadrement soient en capacité d'appréhender ces nouveaux enjeux de qualité, et les traduire dans une dynamique institutionnelle. Chaque année, la direction est à l'origine du déclenchement du processus de formation. Le plan de formation est en effet élaboré par le directeur en concertation avec les responsables de service. Il tient compte du projet d'établissement, des projets de service, des impératifs extérieurs et intérieurs, et désormais du projet qualité pour dégager des actions de formation pouvant être pluriannuelles. La politique de formation doit permettre à chaque acteur de trouver la place qui lui convient et de s'y épanouir au mieux de ses compétences et de son efficience. La définition de cette politique par le directeur permet de conjuguer les différents projets des individus, des services et de l'établissement et les articule entre eux. Ces objectifs conduisent à associer deux logiques de formation : externe et interne ; la combinaison de ces stratégies d'apprentissage ayant pour but d'améliorer les savoir, savoir-faire et savoir-être des agents.

Les formations externes peuvent être effectuées à titre individuel en dehors de l'établissement. Les formations universitaires de type diplôme d'université (DU) ou Master proposent de plus en plus des enseignements correspondant aux aspirations des agents et aussi en relation avec les problématiques qualité du secteur : à Montfort, une infirmière a intégré par exemple un DU relatif aux méthodes en hygiène appliquée à l'Université de Rennes I. Ces nouvelles propositions de formation susceptibles d'enrichir la carrière d'un agent méritent d'être régulièrement répertoriées par la direction. Par ailleurs, le recours à un consultant fait partie des ressources extérieures offrant un accompagnement à l'établissement. Généralement, il aide l'hôpital à enclencher une démarche qualité. Dans le cadre de l'application de son projet qualité, le choix de ce prestataire doit être guidé par l'analyse des besoins en formation issus de celui-ci. Les séquences prévues doivent s'adapter au public visé : reprendre les bases de la démarche qualité peut par exemple s'avérer nécessaire, en introduction de séance, pour des agents qui n'ont participé à aucun groupe de travail. Dans tous les cas, une formation n'est utile que dans la mesure où les savoirs théoriques et méthodologiques sont directement investissables. En ce sens, une formation séparée de l'application pratique est rarement efficace.

L'hôpital peut parallèlement mobiliser des compétences internes sur des sujets qui ne nécessitent pas la technicité d'un organisme externe. Ces processus de formation en interne renforcent la politique de sensibilisation du personnel. L'hôpital acquiert un rôle de formateur au sein duquel des agents deviennent des personnes ressources. Ce faisant, ces dernières tiennent une place importante dans la réalisation du projet qualité sans pour autant qu'il ne soit exigé d'eux d'être des qualitatifs. Ces formateurs internes peuvent

s'appuyer sur des actions de formation qu'ils ont reçu pour s'adresser à leurs collègues. Ainsi, la formation à l'audit organisée à l'hôpital local de Montfort sur Meu a conféré aux participants (en l'occurrence les responsables de service) les fondements de cet outil et des illustrations concrètes. Les membres du groupe sont, au sortir de cette formation, en principe capables de programmer un audit quel qu'en soit le thème ; ils doivent aussi être en mesure de former d'autres référents en la matière.

Si ces personnes ressources se trouvent de fait intégrées au système de management du projet qualité, le directeur d'un hôpital local doit pouvoir aussi compter, parmi ces collaborateurs, sur la présence d'un responsable qualité formé, qualifié et dont l'action au quotidien dans la diffusion de la culture qualité est indispensable.

### **3.2 Le Responsable qualité : une fonction en devenir à l'hôpital local**

L'avenir de la démarche qualité dans le secteur sanitaire, social et médico-social passe par la mise en place, dans les établissements, d'un pôle qualité disposant de moyens humains et financiers conséquents. En ce qui concerne le cas des hôpitaux locaux, le dispositif le plus approprié à mettre en oeuvre reste toutefois fonction des potentialités de l'établissement et entre autre de la taille de cette structure ; la création de la fonction de responsable qualité semble répondre à ces impératifs (3.2.1). Le recrutement à ce poste suppose au préalable d'étudier le profil auquel devront correspondre les futures candidatures. D'autre part, il s'agit pour la direction d'envisager l'impact financier découlant de cette création de poste (3.2.2).

#### **3.2.1 Le responsable qualité ou la diffusion de la culture qualité au quotidien**

Pour pérenniser la dynamique, l'identification d'un responsable qualité à part entière est indispensable dans le système de management mis en place au sein d'un hôpital local. Plusieurs raisons fondent ce choix d'instaurer un véritable animateur de la politique qualité aux côtés du directeur, qui demeure le « leader » et le garant de celle-ci (A). Son positionnement dans la structure en fait un personnage clef en matière de politique qualité voire dans d'autres domaines (B).

- A) Une fonction à part entière nécessaire au développement de la démarche qualité et de la gestion des risques à l'hôpital local

Un responsable dont la fonction est exclusivement réservée à la politique qualité est envisageable (a), d'autant que cette solution de pérennisation s'inscrit assez logiquement dans les nouvelles perspectives des démarches d'amélioration continue de la qualité.

a) *Une charge de travail justifiant une identification clarifiée du responsable qualité*

L'instauration de la démarche qualité dans le secteur a suscité des bouleversements dans l'organisation traditionnelle des établissements. En réponse aux exigences de la procédure d'accréditation, une « structure » qualité, laissée à l'initiative de l'hôpital local, a été mise en œuvre. Comité de pilotage, cellule qualité et autres groupes d'auto-évaluation ont vu le jour. A la tête de la coordination de ce dispositif, les directions ont en principe désigné un référent chargé de l'introduction de cette obligation réglementaire. Les retours d'expérience constatés sur le terrain tendent à démontrer que ce vaste chantier est souvent confié à des personnels travaillant dans l'établissement et ayant des fonctions de cadre. Ils sont cadre de santé, attaché d'administration hospitalière voire adjoint des cadres. Ces professionnels ont suivi en règle générale une formation théorique plus ou moins approfondie auprès d'un organisme extérieur pour enclencher la démarche puis la faire vivre. D'autres directeurs ont fait de ce dossier une, voire la principale, mission de stage de l'élève directeur d'établissement sanitaire et social durant son passage dans l'établissement. Personnel ou élève, la personne chargée d'animer la démarche est nommée « référent qualité », « responsable de la qualité » ou encore « responsable assurance qualité ». Mais, quelle que soit l'appellation choisie, cette fonction de coordination et d'animation vient s'ajouter en sus des autres responsabilités leur incombant. Le travail nécessaire au démarrage et a fortiori à la pérennisation de la démarche qualité est suffisamment conséquent pour affirmer que la conciliation du temps consacré aux tâches habituelles et celui exigé au titre de la démarche qualité sont difficilement conciliables. Cependant, des directions ont su proposer les aménagements de travail qui s'imposaient pour faciliter la gestion de son temps par le référent. Force est néanmoins de constater que la charge de travail liée à cette fonction ne perd pas de son importance une fois terminé le premier cycle d'accréditation. Le responsable qualité doit par exemple accompagner la direction dans la formalisation de la démarche qualité. Ceci exige que l'action de la personne devenant « responsable qualité » soit entièrement dévolue à la réalisation de la politique qualité, laquelle s'établit sur les moyen et long termes.

b) *Les nouvelles perspectives de développement de la démarche qualité à l'hôpital local*

Le constat précédent est renforcé par les nouvelles orientations envisagées dans le cadre de la prochaine vague d'accréditation des établissements à partir de la fin de l'année 2006. De nombreux enseignements de l'expérience acquise, les remarques et les suggestions formulées au fil du temps par les établissements et les professionnels ont été

prises en compte par l'Anaes. Sur la forme de la procédure, l'agence nationale s'engage alors à mieux accompagner l'établissement durant les différentes étapes de la procédure d'accréditation, qui est un élément clé de succès de la démarche. La diminution des délais de communication des résultats de la procédure est aussi l'une de ses ambitions. Si elle propose des évolutions nécessaires, l'agence va se montrer plus exigeante sur le fond par un renforcement de l'évaluation des pratiques professionnelles, et en particulier celles du corps médical, dans l'amélioration de la qualité des soins délivrés aux usagers. Cette approche provient du terme anglo-saxon de « medical gouvernance<sup>15</sup> ». L'objectif recherché est d'accroître la place de l'évaluation des activités de soins dans la procédure et ainsi d'affiner le contenu des compte-rendu du Collège de l'accréditation. Ces nouvelles directives ont pour conséquence de solliciter de nouvelles équipes soignantes mais surtout d'obtenir une plus grande implication de la part des médecins. Enfin, des liens, qui n'existaient pas jusqu'ici entre l'allocation de ressources reçues de l'établissement et la procédure d'accréditation, pourraient être établies.

D'autres évolutions législatives récentes obligent l'hôpital local à se doter d'un responsable qualité. La qualité a fait l'objet de nouvelles réglementations, qui lui sont applicables en raison de l'importance de son secteur « personnes âgées ». Conjuguant démarche d'évaluation et d'amélioration continue de la qualité, ces nouvelles dispositions se sont inspirées de la procédure d'accréditation ; pour certains auteurs elles vont même plus loin. Le secteur social et médico-social se doit désormais de développer « une culture qualité » comme c'est le cas chez son homologue sanitaire. Plusieurs textes sont déterminants en la matière. Ainsi, concernant les Etablissements Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) nés de la réforme de la tarification<sup>16</sup>, la démarche d'évaluation est décrite dans l'Arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la Loi du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales. Dès lors, les EHPAD « s'engagent dans une démarche d'évaluation qui porte sur l'ensemble des fonctions de l'institution. Celle-ci concourt à assurer la satisfaction des résidents et de leurs familles ainsi que celle du personnel, en assurant aux usagers l'autonomie sociale, physique, psychique la plus importante possible. Il convient d'en préciser la méthodologie, les indicateurs, références et outils utilisés pour l'analyse de la démarche qualité mise en

---

<sup>15</sup> LACHENAYE-LLANAS C., CAILLET R., CAODURO C. et al. Management, évaluation des pratiques professionnelles et accréditation : de l'actuel au futur. *Gestions Hospitalières*, 2003/08-09 516p.

<sup>16</sup> Décret n°99-316 du 26 avril 1999, modifié par le Décret n° 2001-388 du 4 mai 2001

œuvre ». En matière d'évaluation la Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 portant rénovation de l'action sociale et médico-sociale apporte des obligations nouvelles pour le secteur visé, excepté pour la prise en charge des personnes âgées pour laquelle elle se contente de reprendre les concepts de l'Arrêté précité.

La mise en application de l'ensemble de ces dispositions dans les hôpitaux locaux impose de mener pratiquement en parallèle une double procédure dans un établissement de petite taille. Le problème réside dans la confusion des enjeux de l'une et l'autre démarche, dans la « lourdeur » voire la redondance dans leur mise en place. Ces directives préfigurent l'ampleur du travail à fournir. Pour faire face à ces difficultés, le responsable qualité clairement identifié a pour rôle de s'assurer que ces politiques sont comprises, mises en œuvre et entretenues à tous les niveaux de l'organisation.

#### B) Positionnement du responsable qualité dans l'établissement

Le responsable qualité doit être en position d'être le véritable partenaire de la direction (a) et de devenir l'interlocuteur privilégié des personnels (b) en matière de politique qualité voire en ce qui concerne la politique de gestion des risques (c).

##### *a) Le partenaire de la direction dans la promotion de la démarche qualité*

Pour assumer au mieux son rôle de garant de la démarche qualité, le directeur doit savoir s'entourer du fait de l'importance des enjeux de cette politique. Si directeur et responsable qualité entretiennent des liens qui demeurent hiérarchiques, le responsable qualité doit devenir son premier collaborateur dans la structure pour satisfaire cet objectif. En ce sens, il tient une place prépondérante dans le management de la qualité.

Ce partenariat qui se crée doit consister à :

- assister la Direction dans la définition et la rédaction de la politique qualité, de ses objectifs et de son engagement,
- définir le cadre méthodologique de la démarche,
- définir, en liaison avec la Direction, les responsabilités, l'autorité et les relations de toutes les personnes qui dirigent, effectuent et vérifient les tâches ayant une incidence sur la qualité,
- rendre compte à la Direction.

De plus, la communication des orientations, des actions et des résultats du projet qualité nécessite d'établir des relations avec différents acteurs internes et externes à

l'établissement. Le directeur demeure le représentant légal de l'hôpital local auprès de ces personnes, mais le responsable qualité peut le seconder pour :

- correspondre avec les autorités de contrôle, instances de l'établissement, organismes de formation ou autres entités, pour toutes les actions relatives aux démarches qualité,
- écouter et décrypter les remarques des patients/résidents ainsi que leurs proches pour tout problème relatif à la qualité.

S'il fait partie du pôle décisionnel, le responsable qualité constitue aussi et surtout le lien entre la direction et les professionnels des services.

#### *b) L'interlocuteur privilégié des professionnels*

Le responsable qualité doit être « reconnu » par l'ensemble du personnel comme étant l'animateur de la démarche dans l'établissement. La relation qu'il établit auprès de ces personnels n'est pas d'ordre hiérarchique bien qu'il leur transmette les directives liées au projet qualité. Il va d'ailleurs être amené à « traduire », expliciter, illustrer les orientations issues de ce projet. Par ailleurs, il est au centre des connections entre les différents services pour la mise en place d'actions transversales. Par conséquent, il agit en étroite collaboration avec les responsables de ces services et s'assure que le système qualité mis en place est conforme aux normes et exigences retenues. Il a vocation à coordonner l'ensemble des actions qualité et par conséquent contrôler l'application effective de celles-ci, qu'elles relèvent du correctif et/ou préventif, par les agents. Sa fonction exige de développer une capacité d'écoute. Accompagner un projet nécessite de pouvoir s'adapter à son public quel que soit le sujet. Il faut instaurer une relation de confiance pour que les personnels ne fassent pas de difficultés dans la conduite du projet et s'interroge sur leurs pratiques, en particulier celles susceptibles d'être à l'origine d'un risque.

#### *c) Du responsable qualité au gestionnaire de risques ?*

La prévention des risques nécessite une approche collective et une prise de conscience individuelle. Elle consiste à permettre l'identification, l'analyse et le traitement des risques ainsi que des événements indésirables susceptibles de préfigurer la réalisation d'un risque.

Il s'agit d'un enjeu d'avenir pour les établissements de santé à plusieurs titres :

- La satisfaction des usagers
- L'éthique
- La motivation des professionnels

- La responsabilisation individuelle et collective
- La rigueur dans l'organisation
- L'efficience
- La rationalisation des coûts

L'hôpital local se doit de poursuivre son engagement dans la maîtrise des différents risques. Aussi est-il nécessaire de pouvoir identifier une personne pour en assurer la gestion.

Ce gestionnaire de risque a pour mission de :

- coordonner et d'animer les différentes actions de maîtrise des risques,
- proposer des orientations pour la politique de sécurité,
- mettre en œuvre le programme de gestion des risques.

Il intervient transversalement sur tous les processus et a un rôle fédérateur vis-à-vis des différents acteurs. La démarche de gestion des risques s'apparente fortement à la démarche qualité. De ce fait, le responsable qualité semble détenir la compétence pour devenir gestionnaire de risques.

### **3.2.2 Les modalités de recrutement du responsable qualité à l'hôpital local**

Le recrutement des agents et la gestion du corps et des emplois sont effectués dans le cadre de chaque établissement. Il appartient donc au directeur de la structure de désigner la personne qui endossera les responsabilités de cette fonction. Le recrutement du responsable qualité peut s'effectuer en interne ou en faisant appel aux candidatures extérieures à l'hôpital local. Mais, dans toutes les hypothèses, la direction fonde son choix sur la base d'une fiche de poste (A) et dans le souci très présent de rationalisation des coûts financiers (B).

- A) Tentative de création d'une fiche de poste du responsable qualité d'un hôpital local

Une fiche de poste se veut relativement complète et précise quant au poste à pourvoir. Elle décrit les missions de l'agent tout en en indiquant les contraintes. Elle permet surtout de faciliter les recrutements en faisant reposer son choix sur des éléments prédéterminés et objectifs. Elle peut aider le directeur à mener un entretien. Plusieurs modèles de fiche de poste existent. Cette tentative de création de fiche de poste du responsable qualité va s'appuyer plus particulièrement sur le modèle de fiche mis en place sur mon lieu de stage

(ANNEXE 4). L'hôpital local de Montfort sur Meu a en effet effectué un travail important de formalisation des activités de son personnel.

Voici certains des items déterminés dans la fiche type :

- Le service de rattachement (administration, soins etc.)
- Les liaisons hiérarchiques et fonctionnelles (supérieur hiérarchique immédiat ? Relations avec les services autres que le sien ?)
- Les compétences requises
- Les fonctions exercées dans l'hôpital à titre principal et complémentaire

En l'espèce, les deux derniers chapitres de la fiche de poste présentent un intérêt certain : le responsable qualité devra prouver avoir acquis des compétences (a) pour assumer les missions qui lui sont dévolues (b).

a) *Des compétences indispensables*

Elles sont de plusieurs ordres et sont autant de pré requis exigibles de la part du chef d'établissement :

- Une formation académique initiale ou continue lui conférant :
  - La maîtrise des concepts, méthodes, outils et techniques de l'organisation relatifs à la qualité (audit organisationnel, évaluation des techniques et pratiques professionnelles, des méthodes et des résultats, maîtrise et assurance de la qualité)
  - La maîtrise des méthodes de conduite de projet et de résolution de problème
  - Une capacité d'analyse des situations de travail
  - Une capacité de synthèse orale et rédactionnelle
  - Des connaissances de la compatibilité analytique et l'analyse des flux
  
- Des qualités personnelles
  - Savoir encadrer, animer, organiser et coordonner le travail d'une équipe pluridisciplinaire
  - Un très bon sens du relationnel nécessaire à la conduite de réunion de travail et des sessions de formation
  - Une capacité d'écoute des professionnels, des personnes accueillies et hospitalisées

➤ Des pré requis liés à l'origine professionnelle

Quant aux professionnels issus du secteur hospitalier

- Des connaissances acquises suite à la mise en oeuvre d'une démarche qualité à l'échelle d'un établissement ou d'un réseau
- Une expérience de la position de responsable d'une équipe voire de cadre

S'il s'agit de professionnels en provenance d'autres secteurs

- Niveau d'étude Baccalauréat + 4 ou 5 années de formation initiale (exemple : DESS Qualité, sécurité et professions de santé, UFR de Nice)
- Stage(s) effectué(s) dans le domaine de la démarche qualité ou dans le management
- Expériences confirmées de mise en oeuvre de démarches qualité à l'échelle d'établissements ou réseaux industriels ou commerciaux
- Des connaissances souhaitées du secteur hospitalier

b) *Son rôle dans le management de la qualité au quotidien*

Les missions majeures assignées au responsable qualité se déclinent concrètement par de multiples activités.

➤ Son rôle principal consistera à :

- assister la Direction dans la définition et la rédaction de la politique qualité, de ses objectifs et de son engagement,
- assurer la mise en place et la coordination de l'organisation du système qualité de l'établissement en fonction de la politique qualité et du projet d'établissement,
- assurer un rôle de conseil auprès de la direction, des cadres et des instances de l'établissement,
- accompagner les équipes pour la mise en oeuvre des démarches d'auto évaluation (accréditation, conventionnement),
- concilier les impératifs de la qualité et la maîtrise des coûts de revient,
- piloter la mise en oeuvre des programmes d'amélioration de la qualité sous la houlette du comité de pilotage à l'échelle des services et des fonctions transversales de l'établissement,
- préparer la visite de l'Anaes et aider la direction et les instances élues à tirer les conséquences des recommandations de l'agence,
- assurer la valorisation des actions d'amélioration continue de la qualité,
- prendre en charge la politique de communication de la qualité.

- Plus spécifiquement, il doit :
  - gérer le système documentaire,
  - motiver le personnel pour une meilleure implication dans la démarche entreprise,
  - s'assurer que le plan de formation ayant une incidence sur la qualité satisfait à l'ensemble des besoins du personnel,
  - former personnellement les référents qualité de l'établissement aux méthodes de l'évaluation et de l'amélioration continue de la qualité,
  - conduire les audits qualité interne,
  - susciter toutes études de nature à atteindre les objectifs de qualité,
  - faire apparaître les indicateurs qui permettent l'évolution vers la qualité des prestations,
  - identifier les besoins internes en matière de vérification, prévoir les moyens nécessaires et désigner les personnes formées pour les activités de vérification,
  - favoriser des échanges d'expériences inter-services ainsi qu'inter-établissements par la constitution de réseaux.

Sur ce dernier point, le commentaire suivant s'impose : pour améliorer la qualité des prestations d'un établissement il faut tenir compte du contexte interne à la structure et respecter l'historique, l'organisation et les contraintes de fonctionnement de celle-ci. Chaque entité doit pouvoir trouver son rythme dans la démarche qualité. Or, les expériences des autres établissements et leurs actions parfois innovantes méritent d'être partagées. Les contacts que pourra établir le responsable qualité seront toujours enrichissants pour l'hôpital local. De plus, dans un contexte de rationalisation des coûts, il peut s'avérer non négligeable, du point de vue financier, de développer la solution de mutualisation des moyens en particulier entre établissements de petite envergure.

L'intérêt de mutualiser est valable pour le poste de responsable qualité.

#### B) Vers une mutualisation des moyens entre établissements sanitaires et sociaux et médico-sociaux

Les missions endossées par le responsable qualité d'un établissement même à taille humaine sont certes d'une importance qui n'est plus à démontrer, toutefois, elles n'exigent pas un exercice à plein temps plein de sa part. Ainsi, et en raison des contraintes budgétaires, le recours à la mise en commun de ce poste de responsable qualité est envisageable entre plusieurs établissements. Ces derniers peuvent être au nombre de deux et vraisemblablement limités au maximum de trois structures. Deux hôpitaux locaux peuvent décider du recrutement d'un poste de responsable qualité à temps partagé. Mais, le secteur sanitaire et social peut également s'associer aux

établissements du secteur social de type EHPAD. L'hôpital local de Montfort sur Meu a par exemple projeté la création du poste à temps partiel de son responsable qualité, conscient que sa démarche qualité actuellement gérée par un élève directeur ne peut être pérennisée que si une personne identifiée en assure le suivi. Un rapprochement avec l'hôpital local de Saint Méen le Grand, distant de 25 kilomètres, est possible afin de fédérer les moyens liés à la démarche qualité. Reste à formaliser cette collaboration d'ores et déjà envisagée dans le récent projet qualité inclus dans le projet d'établissement du site.

Cet exemple illustre la volonté de développer des coopérations dans le but de mutualiser les compétences et optimiser des moyens administratifs réduits. Il s'agit aussi de :

- renforcer les opportunités de synergie entre les équipes
- Adapter l'organisation et le fonctionnement de certaines instances consultatives afin d'optimiser leur efficacité (CLIN, Comité du médicament, Comité des vigilances ...)
- Favoriser le recrutement de postes à temps partagé en vue de limiter le coût et permettre l'accès à ces différents postes (Médecin DIM, Diététicien, Psychologue etc.)

Cette nouvelle donne émergente devra s'appuyer sur la définition et la mise en place d'une organisation permettant de développer les échanges de professionnels facilités par des programmes de formation communs aux établissements.

## CONCLUSION

Par l'introduction de la procédure d'accréditation, les pouvoirs publics ont souhaité créer une profonde mutation des modes de fonctionnement traditionnels dans le milieu hospitalier.

En terme de management, elle a effectivement suscité un renouvellement des méthodes classiques par la promotion du mode participatif. Ce bilan plutôt positif n'a été possible sans des efforts fournis de la part de tous, sans obstacles à surmonter. Les enseignements de la procédure ont ainsi démontré que cette démarche participative permet d'entraîner des changements significatifs des relations humaines et sociales. Il s'agit de miser sur la richesse des personnels en les associant et les impliquant dans les projets et la marche de l'hôpital local. A mon sens, il est nécessaire que le personnel soit acteur du changement qui va conduire l'hôpital à la réalisation de ces objectifs.

Concernant la pérennisation de la démarche qualité à l'hôpital local, chaque agent doit être convaincu qu'il peut, s'il le veut, par son action, contribuer à l'évolution de l'amélioration de la qualité dans son service, et donc de l'hôpital. Pour développer, à terme, ce sentiment d'appartenance à une communauté ayant une mission pour laquelle chacun, dans sa différence personnelle et sa spécificité de métier, est solidaire des autres, l'hôpital local doit formaliser sa politique qualité par :

- La rédaction d'un projet qualité engageant l'établissement pour l'avenir sur des orientations discutées collectivement
- La création d'un poste de responsable qualité dont le positionnement et le rôle permettent d'accompagner la politique de management d'une direction impliquée et ainsi conforter une nouvelle « culture d'établissement ».

Cette « culture qualité » se construit progressivement, au jour le jour, par la multiplication des projets, la cohérence des comportements et des objectifs institutionnels. Elle est source de motivation et d'enrichissement personnel pour les individus. En effet, chacun peut contribuer de façon spécifique et décisive à l'optimisation du fonctionnement de l'établissement et à l'amélioration de la satisfaction globale.

Cette approche du pilotage par la qualité nécessite de la patience. L'objectif final de l'amélioration continue doit se transformer en un mode de fonctionnement et devenir un processus aussi naturel que la planification budgétaire ou la gestion des ressources humaines.

Concilier qualité, sécurité et proximité du service offert constitue la mission assignée aux hôpitaux locaux. L'accomplissement satisfaisant de celle-ci passe par une réflexion

menée en associant les destinataires de ces politiques à savoir les patients et les résidents. Or, en dépit des textes législatifs récents<sup>17</sup> insistant sur leur plus forte représentativité, des efforts sont encore à prouver et des solutions à aménager dans ce domaine pour que ce public essentiellement composé de personnes âgées soit en capacité de décrire ses attentes.

---

<sup>17</sup> Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

---

# Bibliographie

---

## Mémoires

AUBERT A. *La mesure de la satisfaction du personnel en milieu hospitalier : pour une approche globale*. Mémoire EDH, Ecole Nationale de la Santé Publique, 2000. 76 p.

AVISSE H. *Démarche d'accréditation et dynamique de projet à l'hôpital, illustration par la réalisation d'un projet d'amélioration de la qualité : l'optimisation de la fonction linge au Centre Hospitalier de Lens*. Mémoire EDH, Ecole Nationale de la Santé Publique, 2003. 97 p.

FIORINI C. *Face au changement, comment faire évoluer les pratiques professionnelles des hospitaliers ? Les enseignements de la démarche menée au CH d'Hyères en matière de prévention du risque nosocomial*. Mémoire EDH, Ecole Nationale de la Santé Publique, 2001. 73p.

GARTAU N. *Le devenir des équipes d'autoévaluation entre deux accréditations*. Mémoire de Directeur des soins, Ecole Nationale de la Santé Publique, 2002. 66 p.

GIRAUD S. *Préalables et leviers d'action à mettre en œuvre pour introduire une démarche de management de proximité : l'exemple du Centre Hospitalier de St Malo*. Mémoire EDH, Ecole Nationale de la Santé Publique, 2000. 75 p.

MAUGARS VILLATTE C. *Manager l'innovation au quotidien : impliquer les agents dans leur organisation de travail, un enjeu décisif pour le directeur des soins*. Mémoire de Directeur des soins, Ecole Nationale de la Santé Publique, 2002. 70 p.

MICHENEAU S. *La convention tripartite : un levier pour la mise en place pérenne d'une démarche d'amélioration de la qualité, l'exemple de la résidence «La Méridienne»*. Mémoire Directeur d'établissement sanitaire et social public, Ecole Nationale de la Santé Publique, 2003. 85 p.

MIP Groupe n°10. *La qualité dans les établissements et les services médico-sociaux : outils et management*. Ecole Nationale de la Santé Publique, 2002. 38 p.

MIP Groupe n°20. *La démarche qualité dans les établissements de santé : objet de réponse formelle à l'accréditation ou outil de réforme des pratiques professionnelles ?* Ecole Nationale de la Santé Publique, 2002. 57 p.

RENAULT C. *Après la visite d'accréditation : le directeur des soins et la pérennisation des démarches qualité.* Mémoire de Directeur des soins, Ecole Nationale de la Santé Publique, 2002. 55 p.

## **Ouvrages**

ABBAD J. *Organisation et management hospitalier. Mieux gérer les ressources humaines à l'hôpital.* Paris : Editions Berger-Levrault, 2001. 417 p.

ALECIAN S., FOUCHER D. *Le management dans le service public.* Paris : Editions d'organisation, 2002. 446p.

ASSOCIATION NATIONALE DES HÔPITAUX LOCAUX. *Les hôpitaux locaux en France en 2000 : l'équipement, la répartition géographique et les personnels.* Rennes : ORSB, 2002/10. 30p.

BERNARD G-Y. *Le management par la qualité totale. L'excellence en efficacité et en efficience opérationnelles.* AFNOR, 2000. 327p.

CERKEVIC C. *Piloter la Communication Qualité.* St Denis La Plaine, AFNOR, 2001, 49 p. Collection à savoir.

CREMADEZ M., GRATEAU F. *Le Management stratégique hospitalier.* 2ème Editions, Paris : Inter-Editions /Masson, 1997. 448 p.

DERENNE O., LUCAS A., COUNY S. et al. *Manuel de gestion des ressources humaines dans la fonction publique hospitalière.* Edition ENSP, Tomes 1, 2 et 3.

DUPONT M., ESPER C., PAIRE C. *Cours de Droit hospitalier.* 4<sup>ème</sup> Edition, Paris : Cours Dalloz, 2003. 706p.

FROMAN B., GOURDON C. *Dictionnaire de la qualité : plus de 800 définitions, équivalents anglais, informations normatives commentées.* Paris : AFNOR, 2003. 224p.

GROSJEAN P, DUVERNOIS F. *Elaborer et mettre en œuvre un projet de service. Guide pratique et méthodologique*. Collection MASSON, 2000. 166p.

HART J, LUCAS S, GOUDEAUX A. et al. *Management hospitalier : stratégies nouvelles des cadres*. Paris : Editions Lamarre, 2002. 180p.

LECLET H., VILCOT C. *Construire le système qualité d'un établissement de santé*. Fascicule de documentation FD S 99-130 inclus. AFNOR, Collection R, Paris, 2000. 145p.

RAYMOND J-L., DE HARO A., JEZEQUEL N. et al. *Donner du sens à la qualité dans un établissement de santé*. Les Etudes Hospitalières Editions, 2001. 280 p.

TEBOUL J. *La dynamique qualité*. Les Editions d'Organisation, Paris, 1992. 321 p.

### **Revue et Périodiques**

BERTHAULT F. L'entrée dans la démarche qualité des établissements de petite et moyenne taille. Une expérience de mutualisation des moyens à l'échelle d'un département. *Gestions Hospitalières*, 2001/11 p 737-738.

BRUNEAU C. OBRECHT O., LACHENAYE-LLANAS C. Le point sur l'accréditation : une enquête nationale auprès de diverses catégories de professionnels de santé. *Gestions Hospitalières*, 2003/01 p 13-17.

BUCQUET E., CHAUVIERE J., MARQUET D. et al. Qualité : de l'intérêt d'une recherche en soins infirmiers pour un CHU. *Gestions Hospitalières*, 2003/08-09 p 547-549

CLAVERANNE J-P., VINOT D., FRAISSE S. et al. Qualité : perceptions de la qualité chez les professionnels des établissements de santé. *Gestions Hospitalières*, 2003/08-09 p 537-546.

CORMIER M. Les droits des malades dans la loi du 4 mars 2002. *Actualité et dossier en santé publique*, 2002/09, p6-10.

DE LA SEIGLIERE A., LOMBRAIL P. La place spécifique de l'hôpital local dans l'offre de soins. *Gestions Hospitalières*. 1999/03, p202-208

DREYER V. Accréditation : à l'hôpital local. *DH Magazine*, 2001/08-09, p17-19

LACHENAYE-LLANAS C., CAILLET R., CAODURO C. et al. Management, évaluation des pratiques professionnelles et accréditation : de l'actuel au futur. *Gestions Hospitalières*, 2003/08-09 p 513-516.

MARTINEZ F., HURLIMANN C., BOUDIN D. et al. Accréditation et qualité des soins hospitaliers. Les principes généraux de la qualité. *Actualité et dossier en santé publique*, 2001/06, p18-28.

MAZODIER M., MONNOT V., PAPIN M. *Gestions Hospitalières*, 2003/08-09 p 550-552  
Missions de l'hôpital local. TSA Bulletin législatif. 2003/06/06, p5-6

OBRECHT O., BRUNEAU C., LACHENAYE-LLANAS C. Rendre compte de la qualité du service médical rendu au patient : l'enjeu de la seconde procédure d'accréditation. *Gestions Hospitalières*, 2003/08-09 p 517-520.

QUARANTA J-F., STACCINI P. DESS qualité, sécurité et professions de santé. *Actualité et dossier en santé publique*, 2002/09, p62.

### **Textes législatifs et réglementaires**

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

Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 portant rénovation de l'action sociale et médico-sociale.

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

Loi constitutionnelle n°96-138 du 22 février 1996 instituant les lois de financements de la Sécurité Sociale.

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

Loi n° 86.33 du 9 janvier 1986, portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

Loi n°83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires.

Loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière.

Décret n°99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes, modifié par le Décret n° 2001-388 du 4 mai 2001.

Décret n°97-311 du 7 avril 1997 relatif à l'organisation et au fonctionnement de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé instituée à l'article L 791-1 du Code de la Santé Publique et modifiant ce code.

Arrêté ministériel du 3 janvier 2001 fixant la composition du dossier accompagnant la demande d'engagement dans la procédure.

Arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 51 de la Loi du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.

Circulaire DHOS/P2 n°253 du 03 juin 2004 relative aux orientations et axes de formation prioritaires, à caractère pluriannuel, concernant l'ensemble des fonctionnaires des établissements relevant de l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986 portant statut général de la fonction publique hospitalière.

Circulaire DHOS/DGAS/03/AVIE n°2003/257 du 28 mai 2003 relative aux missions de l'hôpital local

### **Guides méthodologiques**

DIRECTION DE L'ACCREDITATION. Préparer et conduire votre démarche d'accréditation, un guide pratique, Paris, ANAES. Décembre 2002.

DIRECTION DE L'ACCREDITATION. Principes de mise en œuvre d'une démarche qualité en établissement de santé. ANAES, Paris. Avril 2002.

DIRECTION DE L'ACCREDITATION. Méthodes et outils des démarches qualité pour les établissements de santé. ANAES, Paris. Juillet 2000.

DIRECTION DE L'ACCREDITATION. Le Manuel d'accréditation des établissements de Santé. ANAES, Paris. Février 1999.

## **Sites Internet**

Site de Agevillage : [www.agevillage.com](http://www.agevillage.com)

Site de l'A.N.A.E.S : [www.anaes.fr](http://www.anaes.fr)

Site de la FHF : [www.fhf.fr](http://www.fhf.fr)

Site du ministère : [www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr) et [www.social.gouv.fr](http://www.social.gouv.fr)

---

## Liste des annexes

---

**Annexe 1** Exemple du questionnaire de satisfaction du personnel

**Annexe 2** Procédure relative à l'étude de satisfaction du personnel

**Annexe 3** Fiche de poste type de l'hôpital local de Montfort sur Meu

**Annexe 4** Fiche type du projet qualité de l'hôpital local de Montfort sur Meu

## ANNEXE 1



# QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION DU PERSONNEL

**Pour chaque question, veuillez cocher la case correspondant à votre choix.**

A remettre à votre responsable de service ou par la navette à **Melle Le Cocq** au plus tard le mercredi 31 mars.

### **I. VOTRE SITUATION PROFESSIONNELLE**

**1) Vous travaillez à l'Hôpital Local de Montfort sur Meu depuis :**

- |                    |     |
|--------------------|-----|
| Moins d'un an      | ? 1 |
| Moins de 5 ans     | ? 2 |
| Moins de 10 ans    | ? 3 |
| 10 ans et plus     | ? 4 |
| Ne se prononce pas | ? 5 |

**2) Vous êtes de sexe :**

- |                    |     |
|--------------------|-----|
| Féminin            | ? 1 |
| Masculin           | ? 2 |
| Ne se prononce pas | ? 3 |

**3) Vous avez :**

- |                    |     |
|--------------------|-----|
| Moins de 30 ans    | ? 1 |
| De 30 à 44 ans     | ? 2 |
| De 45 à 54 ans     | ? 3 |
| 55 ans et plus     | ? 4 |
| Ne se prononce pas | ? 5 |

**4) Vous faites partie du personnel :**

- |                         |     |
|-------------------------|-----|
| Administratif           | ? 1 |
| Logistique et technique | ? 2 |
| Soignant                | ? 3 |
| Médico-technique        | ? 4 |
| Ne se prononce pas      | ? 5 |

**5) Vous travaillez dans votre service depuis :**

Moins d'un an	? 1
Moins de 5 ans	? 2
Moins de 10 ans	? 3
10 ans et plus	? 4
Ne se prononce pas	? 5

**6) Vous êtes responsable de service :**

Oui	? 1
Non	? 2
Ne se prononce pas	? 5

**7) Vous avez des horaires de travail :**

De matin (6h/14h)	? 1
De jour (8h/18h)	? 2
De nuit (21h/7h)	? 3
De coupe	? 4
Ne se prononce pas	? 5

## VOTRE POSTE DE TRAVAIL

**8) Vous avez choisi le service où vous travaillez :**

Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord	Ne se prononce pas

**9) Vous pouvez facilement changer de service :**

Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord	Ne se prononce pas

**10) Dans votre service vous travaillez en effectif suffisant :**

Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord	Ne se prononce pas

**11) Vous vous sentez bien au sein de votre équipe de travail :**

Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord	Ne se prononce pas

**12) Vous avez le sentiment de faire un travail utile :**

Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord	Ne se prononce pas

**13) Votre travail vous permet d'utiliser vos compétences :**

Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord	Ne se prononce pas

**14) Vous êtes satisfait de votre rythme et charge de travail :**

Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord	Ne se prononce pas

**15) Vous êtes amenés à dépasser vos horaires de travail :**

Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord	Ne se prononce pas

**16) Votre travail vous permet de prendre des initiatives :**

Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord	Ne se prononce pas

**17) Les instructions reçues de votre hiérarchie sont claires et précises :**

Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord	Ne se prononce pas

**18) Vous savez précisément où commence et où se termine votre travail :**

Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord	Ne se prononce pas

**19) Les règles d'hygiène et de sécurité sont respectées :**

Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord	Ne se prononce pas

**20) Les locaux et le matériel sont adaptés à votre activité :**

Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord	Ne se prononce pas

## FONCTIONNEMENT DE L'ETABLISSEMENT

**21) Vous considérez que l'Hôpital Local de Montfort a une bonne dynamique de fonctionnement :**

Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord	Ne se prononce pas

**22) Cette dynamique de fonctionnement s'est améliorée avec la procédure d'accréditation et la mise en place de la démarche qualité :**

Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord	Ne se prononce pas

**23) Vous vivez la démarche qualité comme un moyen d'améliorer votre pratique professionnelle :**

Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord	Ne se prononce pas

**24) Vous avez facilement connaissance des informations concernant la vie de l'établissement :**

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord	Ne se prononce pas
Par la Direction					
Par votre supérieur hiérarchique					
Par les collègues de votre service					
Par des « bruits de couloir »					

**25) Les informations dont vous avez connaissance sur le fonctionnement de l'Hôpital répondent à vos besoins :**

Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord	Ne se prononce pas

**26) Vos relations professionnelles sont satisfaisantes avec (service autre que le vôtre) :**

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord	Ne se prononce pas
Les services administratifs					
Les services logistique et technique					
Les services médico-techniques					
Les services de soins					

**27) Vous êtes satisfait des actions de formation proposées à l'Hôpital Local :**

Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord	Ne se prononce pas

**28) La planification des congés ne présente pas de difficultés :**

Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord	Ne se prononce pas

**29) Les besoins en remplacement sont pris en compte par la Direction :**

Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord	Ne se prononce pas

**30) Votre évolution professionnelle est satisfaisante :**

Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord	Ne se prononce pas

**VOS REMARQUES :**

Je vous remercie d'avoir pris du temps pour répondre à ces quelques questions et je vous rappelle la date du dernier jour de dépôt : 31 MARS 2004.

La Direction

## ANNEXE 2

	<b><u>PROCEDURE</u></b> <b><u>ETUDE</u></b> <b><u>DE SATISFACTION</u></b> <b><u>DU PERSONNEL</u></b>	Date d'application : <b>02/03/2004</b>
<b>Procédure PO VIE 06</b>		Page 1/3
<b>Version 01</b>		
<b>Destinataires : tous les services</b>		

<b>REDACTION</b>	<b>VERIFICATION</b>	<b>APPROBATION</b>
Nom : Le Cocq (RAQ) Date : le 27/01/2004 Signature :	Nom : C. Moysan Date : le 02/02/2004 Signature :	Nom : C. Moysan Date : le 02/02/2004 Signature :

**OBJET** : Mesurer la satisfaction professionnelle du personnel de l'Hôpital Local de Montfort sur Meu.

**EXIGENCES A APPLIQUER** : Répondre aux impératifs de la démarche d'amélioration continue de la qualité en terme de gestion des ressources humaines (référentiels ANAES).

**RESPONSABILITES** : Le RAQ assure la diffusion du dispositif de mesure de satisfaction choisi ainsi que l'organisation du recueil des données. La Direction procède avec le RAQ à l'analyse des réponses fournies par les agents de l'établissement.

### **ACTIONS ET METHODES POUR SATISFAIRE CETTE PROCEDURE :**

#### **1. Objectif de l'étude**

La notion de satisfaction pouvant revêtir plusieurs sens selon les individus, il s'agit d'obtenir l'avis d'un échantillon exhaustif d'agents. En effet, plus la population interrogée est large plus statistiquement parlant la notion globale de satisfaction ou d'insatisfaction est grande.

## 2. Population ciblée

L'étude de satisfaction portera sur toutes les catégories professionnelles de l'établissement. Toutefois, ne sont retenus dans ce panel que les personnels titulaires et stagiaires de l'établissement. Sont donc exclus de fait les agents sous contrat avec l'Hôpital ainsi que le corps médical.

## 3. L'outil de mesure

- Choix de l'outil : le questionnaire

L'outil en question doit faire en sorte que la fiabilité des résultats ne soit pas remise en cause.

Pour ce faire, le questionnaire de satisfaction semble la technique de recueil d'informations la plus adéquate. Il se définit comme un instrument de collecte de l'information fondé sur un recueil de réponses à des questions posées généralement à un échantillon représentatif d'une population. Dès lors, il présente l'avantage de toucher un grand nombre de personnes et d'obtenir des informations de manière relativement rapide.

- Formalisation du questionnaire

- sur la forme :

Le questionnaire se présente sous la forme d'affirmations à propos desquelles le répondant doit s'exprimer. Il dispose pour cela de plusieurs choix de réponses possibles, allant du plus positif en 1 au plus négatif en 4, plus une possibilité de non choix en 5.

- sur le contenu :

Trois items principaux semblent pertinents, à savoir : la situation professionnelle de l'agent, son poste de travail, l'Hôpital Local dans sa globalité.

- Pré-test de l'outil de mesure

Il consiste à vérifier que le questionnaire fonctionne ou que certaines modifications s'imposent en termes de contenu ou de forme. Ce pré-test est réalisé auprès de quelques sujets.

- Diffusion du questionnaire

Avant toute diffusion, le personnel concerné sera informé de la réalisation d'une enquête de satisfaction par une note d'information écrite et il sera présenté oralement dans chaque service un exemplaire vierge du questionnaire. Suite à cette sensibilisation, chaque agent reçoit avec son plus prochain bulletin de paie le questionnaire de satisfaction.

- Le recueil des informations

Le recueil des informations est limité dans le temps : le questionnaire devra être renvoyé par les agents, souhaitant exprimer leur opinion, dans les 10 jours suivants sa notification. Ce questionnaire garantit l'anonymat du répondant. Une fois rempli, il est transmis au RAQ.

- L'analyse des réponses

La Direction et le RAQ sont chargés de cette analyse qui revêt à la fois un caractère quantitatif et qualitatif.

Les réponses obtenues pourront être appréciées au regard des données déjà connues relatives aux effectifs de l'établissement (bilan social). Cette comparaison permettra de mettre en évidence la représentativité de la population ayant répondu, et par conséquent la fiabilité des résultats de l'enquête.

- Le rapport d'enquête

L'interprétation des réponses donne lieu à ce rapport qui rappelle les objectifs de l'étude, les modalités d'organisation et présente surtout les résultats fondamentaux auxquels on est parvenu.

Ce rapport est diffusé pour consultation dans chaque service.

**EVALUATION** : L'étude sera organisée une fois par an auprès du personnel de l'Hôpital. Elle pourra évoluer tant sur la forme que sur le fond sur la base des observations émises par les répondants. Le taux de retour des questionnaires sera le premier indicateur utilisé pour évaluer l'efficacité de cette procédure.

### ANNEXE 3

<b>Code PQUA</b>	<b>Titre</b>
Objectif	
Actions	
Moyens matériels	
Moyens humains	
Réseau de partenaires	
Indicateurs	
Calendrier prévisionnel	
Coût estimatif total	

## ANNEXE 4

<i>Le logo de l'établissement</i>	<b>FICHE DE POSTE</b>  <b>De (profession)</b>  (CATEGORIE A/B/C)	Date d'application :
Fiche de poste ( <i>numéro de cette fiche dans le classement fiche de poste</i> )		Page 1/
Version ( <i>1,2, ou 3<sup>ème</sup> ...</i> )		
Destinataires : ( <i>service de rattachement de l'agent</i> )		

REDACTION	VERIFICATION	APPROBATION
Nom : ( <i>le Responsable qualité</i> ) Date : Signature :	Nom : ( <i>l'agent et son supérieur hiérarchique</i> ) Date : Signature :	Nom : ( <i>le directeur</i> ) Date : le Signature :

1. TEXTES REGLEMENTAIRES REGISSANT LE STATUT de (profession)
  - Le Décret n° (*correspondant au grade de l'agent*)
  - Le règlement intérieur de l'établissement.
  
2. FONCTIONS STATUTAIRES : (*issu du statut de l'agent*)
  
3. SERVICE DE RATTACHEMENT : (*soins, administration, services généraux etc.*)
  
4. LIAISONS HIERARCHIQUES : (*le supérieur hiérarchique immédiat et le directeur*)
  
5. LIAISONS FONCTIONNELLES :
  
6. COMPETENCES REQUISES : (*exemples : respecter les procédures et protocoles en vigueur ; avoir le sens de la communication ; savoir travailler en équipe ; participer à l'intégration des stagiaires...*)
  
7. FONCTIONS EXERCEES :
  - Fonctions principales : (*avec les horaires de travail et les missions effectuées*)
  - Fonctions complémentaires : (*exemple : participation à la démarche qualité*)