



EHESP

Directeur des Soins

Promotion : **2008**

Date du Jury : **Septembre 2008**

ANALYSE COMPAREE DES ORGANISATIONS QUALITE DANS QUATRE

ETABLISSEMENTS DE SANTE PUBLICS ET PRIVES :

QUELS ENSEIGNEMENTS POUR LE DIRECTEUR DES SOINS ?

Martine BOIRIN-GARNIER

Remerciements

Je tiens à remercier toutes les personnes qui, par leur enseignement, leur participation, ou leur soutien ont permis la réalisation de ce travail.

«Un bonheur que rien n'a entamé succombe à la moindre atteinte ; mais quand on doit se battre contre les difficultés incessantes, on s'aguerrit dans l'épreuve, on résiste à n'importe quels maux, et même si l'on trébuche, on lutte encore à genoux.»

[Sénèque] - *La vie heureuse*

Sommaire

Introduction	1
I - METHODOLOGIE DE RECHERCHE	3
1.1 Le cadre d'exploration : quatre établissements de santé aux statuts différents	3
1.1.1 Etablissement A :	5
1.1.2 Etablissement B :	6
1.1.3 Clinique C :	7
1.1.4 Clinique D :	7
1.2 Les outils d'exploration : des entretiens, l'étude des projets d'établissement	8
1.2.1 Des entretiens semi-directifs	8
1.2.2 L'étude des projets d'établissements	9
1.3 Des outils d'analyse	10
1.3.1 Un tableau pour faciliter la lecture des projets	10
1.3.2 Une grille d'analyse pour les entretiens	11
1.3.3 Le plan de la synthèse	11
2 LES CONSTATS TIRES D'UNE ANALYSE COMPARATIVE DANS QUATRE ETABLISSEMENTS	13
2.1 Des organisations qualité structurées, des responsables qualifiés	13
2.1.1 Un pilotage de la qualité le plus souvent assuré par une instance collégiale.....	13
Les comités de pilotage.....	13
Les cellules qualité	13
2.1.2 Les missions des responsables qualité sont formalisées.....	14
2.1.3 Des organisations qui devront répondre aux exigences futures	15
2.2 Peu de coordination entre le projet médical, le projet de soins et le projet qualité	16
2.2.1 Des projets médicaux centrés sur l'activité	17
2.2.2 Des projets de soins basés sur une méthodologie et une démarche participative.	18
2.2.3 Bien que le contenu des projets qualité différent, ils possèdent deux points communs	21

2.3	Des relations de collaboration institutionnelles ou spontanées	22
2.3.1	Les instances sont les premiers lieux où se nouent les relations de collaboration	22
2.3.2	Des relations très variables pouvant aller d'une étroite collaboration à une cohabitation.....	23
2.3.3	Vérification des hypothèses	24
3	RECOMMANDATIONS / PRECONISATIONS.....	27
3.1	Conforter la collaboration entre le directeur des soins et le responsable qualité.....	27
3.1.1	Une collaboration basée sur le partage de valeurs.....	27
3.1.2	Une collaboration inscrite dans les fiches de poste	28
3.1.3	Une collaboration définie dans la politique et le plan qualité	28
3.2	Le patient au centre d'un seul et même projet.....	28
3.2.1	L'amélioration de la qualité de la prise en charge du patient : un projet à part entière	28
3.2.2	L'écoute du patient : un axe à développer	29
3.3	Des actions qui concourent à la diffusion de la démarche qualité	30
3.3.1	Des audits de bonnes pratiques dans les unités de soins	30
3.3.2	Une communication interne formelle et informelle.....	30
3.3.3	Des actions de formation continue.....	31
	Conclusion	33
	Bibliographie.....	35
	Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

ANAES	: Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
ARH	: Agence Régionale d'Hospitalisation
ARHIF	: Agence Régionale d'Hospitalisation d'Ile de France
CH	: Centre Hospitalier
CLIN	: Comité de lutte contre les infections nosocomiales
CRUQ	: Commission de Relation des Usagers et de la Qualité de la prise en charge
CSIRMT	: Commission de Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques
DESS	: Diplôme d'études Supérieures Spécialisées
DU	: Diplôme Universitaire
EPP	: Evaluations des Pratiques Professionnelles
ETP	: Equivalent Temps Plein
HAS	: Haute Autorité de Santé
ISO	: International Organisation for Standardization
MCO	: Médecine – Chirurgie - Obstétrique
PACQ	: Programme d'Amélioration Continue de la Qualité
PE	: Projets d'Etablissement
PEP	: Pratiques Exigibles Prioritaires
PSIRMT	: Projet de Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques
SIH	: Syndicat Inter Hospitalier
SROS	: Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
SSR	: Soins de Suite et Réadaptation
V1	: Version 1
V2	: Version 2

Introduction

La qualité est devenue une discipline d'étude dans le monde industriel qui s'est développée à la fin du 19^e siècle aux Etats-Unis et au Japon pour améliorer la conformité des produits. Définie par l'ISO (International Organisation for Standardization), la qualité est "L'ensemble des propriétés et caractéristiques d'un produit ou service qui lui confèrent l'aptitude à satisfaire des besoins exprimés ou implicites".

Des méthodes et des techniques visant à améliorer la qualité dans le secteur industriel se sont développées, les premiers dispositifs de contrôle, les premiers référentiels sont apparus.

La qualité a également investi le domaine de la santé, la définition la plus communément admise est celle de l'Organisation Mondiale de la Santé "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".

En France, la pratique formalisée de la démarche qualité dans le secteur sanitaire est récente. Des initiatives professionnelles concernant la qualité et l'évaluation médicale sont apparues dans les années 80, mais il a fallu les ordonnances du 24 avril 1996¹ pour introduire le dispositif d'accréditation. Cette procédure, qui vise à porter une appréciation indépendante sur la qualité d'un établissement de santé à l'aide de référentiels, a pour objectif la satisfaction du patient. Les établissements de santé, publics et privés, ont dû s'engager avant le 23 avril 2001 dans cette procédure qui a pour objet de développer l'amélioration de la sécurité des soins et l'amélioration continue de la qualité des processus.

L'accréditation a joué un rôle en fixant à chaque acteur, quelle que soit sa place dans l'établissement, l'objectif de l'amélioration continue de la qualité qui intègre l'harmonisation des pratiques, le développement des actions transversales, l'amélioration de la coordination.

L'usage du terme « qualité » s'est généralisé non seulement dans les discours mais dans tous les services des établissements de santé.

La qualité s'inscrit maintenant dans le cadre de l'organisation générale de l'hôpital. Elle figure dans les organigrammes sous forme d'une direction qualité ou d'une cellule qualité le plus souvent située sous la responsabilité hiérarchique du directeur.

¹ Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996

Au sein de l'équipe de direction, le directeur des soins est un des acteurs incontournables de la démarche. Le projet de soins est un outil qui lui permet de formaliser la qualité comme axe stratégique.

Il est ainsi notifié dans le décret n°2002-550 du 19 avril 2002² que le directeur des soins « élabore avec l'ensemble des professionnels concernés le projet de soins, le met en œuvre par une politique d'amélioration continue de la qualité ».

La qualité représente, depuis des années, un centre d'intérêt professionnel, qui m'a conduit, au-delà de la préoccupation de l'amélioration de la qualité du service rendu au quotidien dans les établissements de santé, sur deux chemins convergents :

- une réflexion sur la confrontation des cultures professionnelles face à la procédure d'accréditation lors de la rédaction d'un mémoire de maîtrise en management des services de santé.
- la fonction d'expert visiteur pour la Haute Autorité de Santé depuis 2002.

Ainsi est née la volonté de mener une recherche sur la politique qualité, sa déclinaison dans les projets, le rôle du directeur des soins, sa collaboration avec le responsable qualité dans les organisations qualité mises en place.

Le domaine de réflexion étant très large, il a été retenu de réaliser une étude de terrain et de formuler la problématique de la façon suivante :

Analyse comparée des organisations qualité dans quatre établissements de santé publics et privés, quels enseignements pour le directeur des soins ?

Face à cette problématique, un certain nombre de réponses provisoires sont formulées sous forme d'hypothèses.

- ✚ Les établissements de santé ont mis en place des "organisations" qualité managées par des responsables aux fonctions et aux rôles très différents ;
- ✚ Le projet médical, le projet de soins et le projet qualité déclinent des actions d'amélioration de la qualité pas toujours coordonnées ;
- ✚ L'interface Commission Médicale d'Etablissement (CME) / direction des soins / direction qualité influe sur la cohérence des projets d'amélioration de la qualité ;
- ✚ La collaboration directeur des soins / responsable qualité favorise la diffusion de la culture qualité dans les services de soins.

Pour passer du cheminement intellectuel à la recherche de terrain, il a été indispensable de construire une méthodologie qui est retracée dans la première partie de ce document. Les résultats et enseignements tirés de l'analyse comparative font l'objet de la seconde partie alors que la dernière livre quelques recommandations et préconisations.

² Décret n°2002-550 du 19 avril 2002

I - METHODOLOGIE DE RECHERCHE

Pour mener à bien une telle recherche, il faut suivre une méthodologie prédéfinie. Celle-ci permet de progresser lorsque tout devient flou, de trouver un sens lorsqu'on se croit désorienté. Il convient tout d'abord de délimiter le champ des investigations et de tracer le cadre d'exploration.

1.1 Le cadre d'exploration : quatre établissements de santé aux statuts différents

Il est apparu opportun de réaliser cette recherche à la fois sur le secteur hospitalier public et sur le secteur hospitalier privé car, dans le paysage hospitalier français, cohabitent des établissements de trois types : publics, privés à but non lucratif et privés à but lucratif. Le nombre de lits installés dans le secteur public représente 64 % (296 509 lits) alors que celui du secteur privé est de 36 % (166 324 lits)³, on ne peut donc faire fi d'un secteur qui occupe une place aussi importante et avec lequel se construisent les projets de territoire, s'organisent les Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire (SROS), se développent les collaborations.

Pour répondre aux contraintes imposées par le temps, le champ de l'enquête a été fixé à quatre établissements choisis par facilité : les terrains de stage et l'accès géographique.

Leur présentation succincte comporte des caractéristiques générales (statut, nombre de lits, ancienneté des membres de la direction), les dates et résultats des visites d'accréditation puisque la qualité représente le fil conducteur de cette recherche.

Avant de décrire les établissements, faisons un rappel de la démarche d'accréditation devenue démarche de certification.

Initiée par l'ordonnance d'avril 1996⁴, l'accréditation est une **procédure d'évaluation externe** d'un établissement de santé effectuée, sur la base d'un manuel unique (composé de trois chapitres, 10 référentiels, 90 références et 298 critères), par des professionnels, indépendante de l'établissement de santé et de ses organismes de tutelle, concernant l'ensemble de son fonctionnement et de ses pratiques. Elle vise à s'assurer que les conditions de sécurité et de qualité des soins et de prise en charge du patient sont prises en compte par l'établissement de santé. De plus, elle porte une appréciation sur la capacité des établissements à améliorer de façon continue la qualité des soins et de la prise en charge globale du patient, sur l'implication des professionnels.

³ Fédération Hospitalière de France ; L'hôpital expliqué ; Edition 2007 ; HERAL ; 287 pages

⁴ Ibid 1

Ses enjeux sont de trois ordres : **organisationnel et de sécurité de soins** car la démarche qualité est logique, réfléchie, organisée et méthodique ; **économique** dans un contexte de contractualisation, de concurrence dans lequel le développement du partenariat est encouragé ; **social et culturel** car la démarche qualité bouleverse les schémas traditionnels hospitaliers dans la mesure où elle est transversale, collégiale et responsabilisante.

Les grandes étapes de la procédure sont :

l'engagement de l'établissement dans la procédure, **l'auto évaluation** qui représente une phase essentielle de la procédure puisque chaque établissement définit les modalités d'organisation, la composition des groupes pluridisciplinaires chargés d'effectuer sa propre évaluation de la qualité pour chacun des critères, **la visite des experts visiteurs** qui comporte à la fois des rencontres (individuelles, de groupes) et des visites de circuits, **un rapport et des décisions accessibles au public via internet** avec trois catégories de décisions pour l'accréditation version 1 (V1) : recommandations, réserves, réserves majeures) , quatre niveaux pour la version 2 (V2) : niveau 1 accréditation, niveau 2 accréditation avec suivi, niveau 3 accréditation conditionnelle, niveau 4 non accréditation).

L'accréditation a présenté un triple intérêt :

- ✚ Elle a apporté une réponse, certes partielle, à une demande de transparence et d'information ;
- ✚ Elle a représenté une opportunité d'évaluation à partir d'un référentiel unique pour tous les types et statuts d'établissements ;
- ✚ Elle a constitué un outil de management pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

En revanche, elle a montré ses limites : la faiblesse de la médicalisation de la démarche, des lacunes dans la lisibilité des résultats.

La Haute Autorité de Santé (HAS) a été créée par la loi du 13 août 2004⁵ relative à l'assurance maladie et mise en place le 1^{er} janvier 2005. Cet établissement public s'est substitué, avec des missions plus larges, à l'ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé). La procédure d'accréditation est devenue procédure de certification. La nouvelle version du manuel, appelée plus communément V2, apporte des changements :

- ✚ L'introduction des Evaluations des Pratiques Professionnelles (EPP) sous tendues par le décret du 14 avril 2005 qui a précisé cette disposition en réaffirmant son caractère obligatoire pour chaque médecin ;

⁵ Loi n°2004-810 du 13 août 2004

- ✚ Une évaluation par type de prise en charge (Médecine/Chirurgie/Obstétrique, Soins de Suite et de Réadaptation, Psychiatrie/Santé mentale, Soins de longue durée, Hospitalisation à domicile) ;
- ✚ La participation accrue des usagers avec l'exigence de leur participation à l'examen de quatre références concernant la stratégie de l'établissement, les droits et l'information du patient et la satisfaction des usagers ;
- ✚ Des niveaux de décision en quatre catégories : accréditation, accréditation avec suivi, accréditation, accréditation conditionnelle ;
- ✚ Un allègement du nombre de critères qui passe à 138 ;
- ✚ L'élaboration d'un guide de cotation qui constitue la base des autoévaluations et des visites des experts.

Ce rapide retour sur l'histoire de l'accréditation permet de faire le lien avec les résultats des visites qui impactent les organisations des établissements de santé et plus particulièrement les structures qualité.

1.1.1 Etablissement A :

Caractéristiques générales

C'est un établissement public qui possède la particularité d'être un Syndicat Inter Hospitalier (SIH). Ce SIH regroupe, depuis 1998, un établissement public et un établissement privé de statut PSPH. Il compte 247 lits et 17 places de Médecine, Chirurgie, Obstétrique (MCO) et 45 lits de Soins de Suite et Réadaptation⁶(SSR).

L'équipe de direction a été renouvelée avec l'arrivée successive en 2004 du directeur des soins, en 2006 du directeur des ressources humaines, en 2007 du directeur de l'établissement. Seul le directeur des services techniques et économiques est issu d'un des deux établissements avant la constitution du SIH. En 2008, le poste de directeur des finances n'était pas pourvu.

L'établissement fait l'objet d'un plan de retour à l'équilibre. Son activité actuelle et son implantation géographique le contraignent à développer complémentarités et coopérations inter-établissements.

Les résultats d'accréditation, de certification

L'établissement a été certifié **V1 en 2005**, avec 5 recommandations⁷ :

- ✚ Assurer la signature des prescriptions et supprimer les transcriptions ;
- ✚ Généraliser la traçabilité de l'information donnée au patient, du consentement et de la réflexion bénéfique/risque ;
- ✚ Généraliser la rédaction des fiches de poste et l'évaluation périodique des personnels ;

⁶ www.platines.sante.gouv.fr (consulté le 1^{er} juin 2008)

- ✚ Renforcer les règles d'hygiène en lingerie ;
- ✚ Sécuriser le circuit des déchets.

1.1.2 Etablissement B :

Caractéristiques générales

C'est un Centre Hospitalier (CH) public qui compte 399 lits et 10 places de MCO et 40 lits de SSR⁸. Il est site pivot pour la moitié nord du département de référence.

L'équipe de direction a été renouvelée. Le directeur des affaires financières et le directeur des soins ont intégré l'établissement dans le courant de l'année 2006 alors que le secrétaire général, le directeur des affaires économiques et logistiques et le directeur des ressources humaines sont arrivés fin 2007.

Cet établissement fait l'objet d'un plan de retour à l'équilibre dans un contexte de projet de construction sur un autre site. Le déménagement est prévu pour 2011.

Les résultats d'accréditation, de certification

L'établissement a été certifié **V1 en 2005** avec 4 recommandations et deux réserves⁹.

Recommandations :

- ✚ Veiller au respect de la confidentialité des dossiers en particulier lors de leurs déplacements rendus fréquents par les contraintes architecturales ;
- ✚ Renforcer la fiabilité de la gestion des informations, des prescriptions et du suivi du patient dans le dossier papier en s'appuyant sur son évaluation ;
- ✚ Renforcer la sécurité sur l'ensemble de l'hôpital (gestion des déchets d'activité à risque infectieux, sécurité incendie) ;
- ✚ Poursuivre la mise en œuvre de la maîtrise du risque infectieux.

Réserves :

- ✚ Assurer le respect des bonnes pratiques en matière de reconstitution des cytotoxiques ;
- ✚ Garantir la permanence médicale dans les secteurs interventionnels et notamment dans le cadre du service d'accueil des urgences et du secteur obstétrique.

La visite de certification **V2 a eu lieu en juin 2008**.

⁷ www.has-sante.fr (consulté le 1^{er} juin 2008)

⁸ www.platines.sante.gouv.fr (consulté le 1^{er} juin 2008)

⁹ www.has-sante.fr (consulté le 1^{er} juin 2008)

1.1.3 Clinique C :

Caractéristiques générales

Issue d'un regroupement de deux établissements privés en juin 2005, cette clinique compte 260 lits et places de médecine et chirurgie dont 30 postes de chimiothérapie et 6 postes de dialyse¹⁰.

Le directeur des soins est arrivé en 2005 après la fusion. Le responsable qualité a pris ses fonctions en 2008, succédant à une personne démissionnaire.

Trois années se sont écoulées depuis le regroupement des deux établissements. Les hiatus liés à la fusion ont disparu et cette clinique a pris une place incontournable dans le schéma régional de l'organisation sanitaire (SROS) et une position concurrentielle unique vis-à-vis du CH implanté dans cette même ville.

Les résultats d'accréditation, de certification

La clinique a été **certifiée V1** en juin 2003 avec 4 recommandations et trois réserves.

Cette décision est inscrite dans l'histoire de la clinique mais déconnectée du présent car elle est relative à un seul établissement. De plus, il y a eu délocalisation géographique et restructuration complète des locaux.

La clinique a été certifiée **V2 en 2007** avec la décision suivante :

La HAS invite l'établissement à poursuivre sa démarche d'amélioration de la qualité sur les points suivants :

- ✚ Renforcer la démarche qualité et la maîtrise de l'hygiène sur le circuit restauration et linge ;
- ✚ Renforcer les actions de formation continue relative à l'hygiène ;
- ✚ Harmoniser les pratiques en matière de nettoyage des locaux¹¹.

1.1.4 Clinique D :

Caractéristiques générales

Issue d'un regroupement de trois cliniques sur un site unique en juillet 2004, cet établissement privé compte 37 lits et places de médecine, 236 lits et 33 places de chirurgie, 93 lits et 3 places d'obstétrique. Il fait partie d'un groupe de trois cliniques implantées dans une même région. La direction est composée d'un directeur général à la tête du groupe et d'un directeur dans chacune des cliniques. Au moment de l'enquête, le poste de directeur de la clinique D est vacant.

Jusqu'en avril 2008, il y avait un responsable qualité pour l'ensemble du groupe et deux responsables qualité (un affecté à une clinique, l'autre affecté à deux cliniques dont la

¹⁰ Livret d'accueil de la clinique SM

taille est moindre). Le responsable qualité du groupe a démissionné (son poste n'était pas encore remplacé en juillet), ce qui a engendré des mouvements internes. La responsable qualité de la clinique D, qui faisait partie du groupe depuis 6 ans, a intégré cet établissement en avril 2008. Le directeur des soins a une ancienneté de 11 années dans la clinique.

Les résultats d'accréditation, de certification

La clinique a été certifiée **V1 en 2005** avec 2 recommandations¹².

- ✚ Renforcer la traçabilité de l'information relative au patient, la signature des prescriptions et supprimer les transcriptions infirmières ;
- ✚ Renforcer la maîtrise de l'environnement au regard des déchets ainsi qu'au niveau de la salle de traitement des endoscopes.

Après avoir posé le cadre de la recherche, les outils d'exploration ont été choisis pour pouvoir répondre à toutes les hypothèses.

1.2 Les outils d'exploration : des entretiens, l'étude des projets d'établissement

1.2.1 Des entretiens semi-directifs

Dans un premier temps, il avait été envisagé de mener des entretiens auprès du directeur, du président de CME, du directeur des soins et du responsable qualité dans chaque établissement. Il s'est avéré que ce n'était pas réalisable dans le temps imparti et qu'il fallait circonscrire davantage l'enquête. Le contexte principal étant celui de l'organisation qualité et des liens avec le directeur des soins, il a été choisi de mener les entretiens auprès du directeur des soins et du responsable qualité.

L'entretien semi directif s'est imposé car il permet d'obtenir un degré de profondeur suffisant des éléments à recueillir. Il dirige les questions vers des thèmes mais sans trop fermer les réponses afin de recueillir davantage d'éléments.

Ainsi les interviews permettent dans un temps relativement court de :

- récolter les témoignages et les interprétations des interlocuteurs en respectant leur langage ;
- recueillir l'analyse du sens que les professionnels donnent à leurs pratiques et aux situations auxquelles ils sont confrontés.

¹¹ www.has-sante.fr (consulté le 1^{er} juin 2008)

¹² www.has-sante.fr (consulté le 1^{er} juin 2008)

Les guides d'entretien ont été construits à partir des hypothèses et comportent pour celui du directeur des soins trois thèmes :

- la place du directeur des soins dans l'organisation qualité de l'établissement,
- le projet de soins,
- les relations et interfaces avec le responsable qualité et la CME.

Celui du responsable qualité contient quatre thèmes :

- l'organisation de la structure qualité de l'établissement,
- la qualification et les missions du responsable qualité,
- les relations et interfaces avec le directeur des soins et la CME,
- le projet qualité.

Ils sont composés chacun de huit questions¹³ ouvertes pour lesquelles la faible directivité permet aux acteurs de s'exprimer.

Les entretiens ont été enregistrés avec l'accord des personnes interviewées.

1.2.2 L'étude des projets d'établissements

Il a été retenu d'étudier les projets d'établissements (PE) car ils ont pris une place de plus en plus prégnante lors de ces dernières décennies. La formalisation d'un projet sert à matérialiser la pensée, à concevoir, changer voire innover dans un cadre temporel pré-établi. L'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins se doit d'être traduite dans un projet, mais dans lequel ? Dans le projet d'établissement, dans le projet médical ?

Le projet d'établissement est un projet que l'on peut qualifier de type organisationnel qui vise à définir ou redéfinir ses missions, expliciter ses valeurs, impulser une dynamique par une démarche participative pour sa rédaction.

C'est, bien sûr, la loi du 31 juillet 1991¹⁴, portant réforme hospitalière, qui introduit la notion de projet d'établissement en le définissant ainsi : « Le projet d'établissement définit notamment sur la base du projet médical, les objectifs généraux de l'établissement dans le domaine médical et des soins infirmiers de la politique sociale, des plans de formation, de la gestion et du système d'information » et impose aux établissements de santé de définir des objectifs pour une durée quinquennale.

Quant au contenu du projet de soins, en dehors du décret du 19 avril 2002¹⁵, où il est précisé que le directeur des soins « *met en œuvre (le projet de soins) par une politique d'amélioration continue de la qualité* », il existe un guide d'élaboration et d'évaluation du projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (PSIRMT), élaboré sous l'égide de l'Agence Régionale d'Hospitalisation d'Ile de France (ARHIF). Ce guide fixe les grandes lignes de son contenu type : « le contexte dans lequel il sera à mettre en œuvre,

¹³ Grille d'entretien directeur des soins, grille d'entretien responsable qualité en Annexes

¹⁴ Loi du 31 juillet 1991

¹⁵ Ibid 2

les principes philosophiques et éthiques, les principaux objectifs et actions concrets et leurs modalités d'évaluation ». Le support d'évaluation, présenté sous forme de tableau, fait apparaître plusieurs critères dont trois ont un rapport avec l'environnement du projet : action en lien avec le projet médical, action en lien avec les priorités nationales ou régionales, collaborations (direction et/ou instances avec lesquelles la direction des soins coopère pour la réalisation de l'action).

En intégrant ces deux références, la politique d'amélioration de la qualité de la direction des soins doit figurer sous forme d'objectifs dans le projet de soins.

La loi de 1991¹⁶ n'évoque pas encore les projets qualité qui ont, depuis, pris une place à part entière dans les projets d'établissements. L'étude des projets d'établissement est donc parue essentielle pour cette recherche. Les projets médicaux, les projets de soins et les projets qualité ont été examinés sous plusieurs angles :

- ✚ Les axes ou objectifs déclinés dans les projets médicaux, les projets de soins, les projets qualité ;
- ✚ Les valeurs citées dans les projets de soins ;
- ✚ Les axes ou objectifs dans lesquels on trouve le mot qualité quel que soit le projet.

Un regard a été porté sur la date, les modalités de l'élaboration et sur le contenu des autres projets. Tous les supports de recueil étant élaborés, l'enquête a pu être menée. Des outils d'analyse ont aussi été construits.

1.3 Des outils d'analyse

1.3.1 Un tableau pour faciliter la lecture des projets

Date d'élaboration du PE	
Les composantes du PE	
Projet médical : thèmes cités	
Projet de soins : valeurs citées, objectifs cités	
Projet qualité : thèmes cités	
Les axes ou objectifs dans lesquels on trouve le mot qualité	

¹⁶ Ibid 1

Ce tableau synoptique facilite la transcription de la lecture de chaque projet d'établissement au regard des questions initialement posées. Les projets d'établissement, sous forme de tableaux, ont été placés en annexe¹⁷.

1.3.2 Une grille d'analyse pour les entretiens

Une grille d'analyse a été élaborée¹⁸ pour chaque type d'entretien. Elle comporte quatre items pour structurer les éléments recueillis à partir des hypothèses.

L'élaboration du projet et les interfaces sont les points communs aux deux catégories d'interviewés.

1.3.3 Le plan de la synthèse

A partir des éléments recueillis avec ces outils, le plan d'une synthèse a été finalisé. Il comprend cinq points qui permettront au final de les relier aux hypothèses formulées.

- ✚ L'organisation de la structure qualité ;
- ✚ La place du directeur des soins dans cette organisation ;
- ✚ Le contenu des projets (médical, de soins et qualité) ;
- ✚ Les missions et la qualification du responsable qualité ;
- ✚ Les interfaces projet de soins / projet qualité / projet médical.

Avant de présenter le fruit de l'analyse, il convient de s'arrêter sur les limites de cette recherche.

Ces limites se situent à trois niveaux :

- Les établissements : le nombre d'établissement est limité et le choix ne s'appuie pas sur un échantillon représentatif construit à partir de critères pré définis (nombre de lits, représentativité des disciplines, implantation géographique...) ;
- La taille du groupe d'appartenance des cliniques privées : elle est très différente (trois établissements pour l'un, 170 pour l'autre) ;
- La qualité des personnes interviewées car le panel est limité aux directeurs des soins et aux responsables qualité.

¹⁷ Tableaux synoptiques des projets d'établissement en Annexe

¹⁸ Grille d'analyse entretien directeur des soins, grille d'analyse entretien responsable qualité en Annexes

2 LES CONSTATS TIRES D'UNE ANALYSE COMPARATIVE DANS QUATRE ETABLISSEMENTS

L'engagement dans la procédure d'accréditation a été une phase marquante pour les établissements de santé français, c'est pourquoi, l'analyse comparative de l'étude débutera par les structures qualité avant de s'intéresser aux projets dans lesquels sont déclinés la politique qualité.

2.1 Des organisations qualité structurées, des responsables qualifiés

2.1.1 Un pilotage de la qualité le plus souvent assuré par une instance collégiale

Les comités de pilotage

Trois établissements sur quatre organisent le management du pilotage de la qualité autour d'un comité de pilotage mis en place depuis près de 10 années. L'établissement B, qui n'a pas instauré cette instance, a mis en place une cellule qualité en 1998 dans la perspective de l'accréditation et a installé un comité qualité fin 2007, dans le cadre de la certification V2 programmée pour juin 2008.

Si le comité de pilotage représente l'instance de référence, une clinique l'a fait évoluer en y intégrant la gestion des risques et la coordination des vigilances pour devenir l'instance unique et éviter la multiplication des réunions.

Le comité de pilotage a pour mission de définir les objectifs prioritaires de la démarche qualité et de la gestion des risques, d'en assurer le suivi et de préparer la prochaine visite de certification, la déclinaison opérationnelle est confiée au responsable qualité (attaché d'administration) rattaché hiérarchiquement au directeur.

Le comité de pilotage est toujours composé du directeur, du président de CME, du directeur des soins, du responsable qualité et d'autres membres sélectionnés pour leur expertise et/ou leur implication dans l'amélioration de la qualité. **Le pilotage de la politique qualité est donc conduit par une instance collégiale et participative.**

En revanche, dans l'établissement B, le pilotage de la politique qualité repose sur l'ingénieur qualité comme cela est indiqué dans sa fiche de poste "sa mission consiste à piloter la politique qualité / clientèle / risques"¹⁹. **Le management de la qualité est ici organisé autour du binôme directeur-ingénieur.**

Les cellules qualité

Par cellule qualité, il est entendu, dans tous les cas, une mini structure composée du responsable qualité et d'une secrétaire ou assistante. **Il existe une cellule qualité dans**

¹⁹ Fiche de poste responsable qualité établissement C

tous établissements enquêtés, mais sa taille et la qualification des professionnels diffère. Les cellules les plus petites se trouvent dans le secteur privé avec 20% Equivalent Temps Plein (ETP) de secrétaire dans une clinique et un temps plein dans l'autre. En revanche, celles du secteur public sont à la fois plus conséquentes et plus qualifiées : deux assistantes + un technicien qualité dans un établissement ; deux secrétaires + un cadre de santé dans l'autre.

Il a été clairement exprimé dans ce dernier établissement qu'une aide soignante fait fonction de secrétaire dans le cadre d'un poste aménagé et sous entendu que le cadre de santé, qui ne possède ni compétences particulière, ni formation spécifique dans ce domaine, a été affecté dans ce service car avait des difficultés à assumer son rôle de cadre de santé dans une unité de soins. La cellule qualité serait-elle dans un établissement public, un lieu d'affectation pour des postes aménagés ?

2.1.2 Les missions des responsables qualité sont formalisées

D'origines professionnelles diverses, **les responsables qualité possèdent tous une expertise en ce domaine** qui est soit une formation de Docteur Ingénieur, soit un Master en qualité. Dans le secteur privé, les responsables qualité possèdent une qualification en administration : Diplôme d'études Supérieures Spécialisées (DESS) de gestion de l'hospitalisation privée ou master en administration des entreprises. Dans le secteur public, la catégorie professionnelle est d'origine administrative dans un établissement (attaché d'administration) alors qu'elle est technique et spécialisée (ingénieur) dans l'autre.

Les fiches de fonction des responsables qualité sont partout formalisées ; le responsable qualité est toujours chargé de définir et/ou mettre en œuvre la politique qualité. Cependant, la formulation diffère, " son rôle consiste à définir une politique qualité, mettre en place un dispositif qualité opérationnel, anticiper les besoins des patients, mobiliser les énergies, travailler en équipe "²⁰, "il doit définir avec la direction et mettre en œuvre la politique qualité, animer le suivi de la démarche qualité"²¹, "sa mission consiste à piloter la politique qualité/clientèle/risques"²², " le responsable qualité assure la déclinaison opérationnelle de la politique qualité"²³.

La définition de la politique qualité, socle incontournable de la mise en place de démarches d'amélioration continue de la qualité, revêt toute son importance. Cette mission est confiée au responsable qualité dans trois établissements. Seule une clinique

²⁰ Fiche de poste responsable qualité clinique SM

²¹ Fiche de poste responsable qualité clinique SG

²² Fiche de poste responsable qualité établissement C

²³ Fiche de poste responsable qualité établissement M

notifie un rôle conjoint responsable qualité/direction pour sa définition et sa mise en œuvre. L'engagement des dirigeants est capital dans une démarche qualité car il revêt un caractère politique, dans le sens de « définir une politique qualité » qui renvoie à la stratégie.

2.1.3 Des organisations qui devront répondre aux exigences futures

Les organisations qualité des établissements enquêtés se sont mises en place, il y a environ dix ans, pour satisfaire à la procédure d'accréditation. Elles sont structurées, le plus souvent autour d'un comité de pilotage et d'une cellule qualité. Les responsables sont qualifiés, leur rôle et leurs missions sont définis. Mais sauront-elles répondre aux nouveaux éléments d'appréciation définis dans le manuel pilote 2010²⁴ de la Haute Autorité de Santé ?

Le manuel pilote Version 2010 comporte plusieurs changements majeurs dont deux sont ici présentés :

Une organisation des éléments d'appréciation en fonction de niveaux d'exigence progressifs

Niveau 1 : réponse minimale ou formalisation incomplète des pratiques ou de l'organisation ;

Niveau 2 : organisation en place ou formalisation de l'organisation et des pratiques ;

Niveau 3 : fonctionnement maîtrisé avec implication des professionnels et communication organisée ;

Niveau 4 : démarche évaluée ou amélioration continue.

Cette classification permet d'accompagner les professionnels de l'établissement dans une recherche de performance accrue. Elle fournit une hiérarchisation des éléments d'appréciation permettant de structurer le processus de cotation et le processus de décision.

Ces éléments d'appréciation témoignent du niveau atteint et éclairent sur les étapes à franchir dans une démarche de progrès.

L'introduction des « PEP » Pratiques Exigibles Prioritaires.

« Ces pratiques exigibles prioritaires sont des références, critères ou éléments d'appréciation pour lesquels des attentes particulièrement signalées sont exprimées.

La vérification de l'atteinte de ces exigences par l'équipe d'experts-visiteurs sera systématique et bénéficiera d'une approche standardisée.

La non atteinte de ces exigences conduira systématiquement à une décision de certification péjorative, voire à une non certification ».

²⁴ Haute Autorité de Santé Manuel pilote 2010, Paris, 2008, 69 pages

Dans ce manuel pilote, la place de la politique qualité dans les établissements de santé est renforcée. Ceci se traduit par le positionnement du critère 1.g (Politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité de la prise en charge du patient) dans le chapitre 1 consacré au management de l'établissement et dans sa première partie relative **au management stratégique**.

Ce critère est ainsi défini : « La politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité de la prise en charge du patient est **le cadre de référence** pour la définition d'objectifs mesurables et d'indicateurs associés par chaque responsable de secteur de l'établissement. L'évaluation régulière par **la direction** des résultats et des plans d'action d'amélioration de chaque secteur permet un partage d'expérience et une harmonisation des activités entre les différents secteurs de l'établissement ». Ainsi les actions d'amélioration de la qualité s'inscrivent dans un cadre où **le rôle d'évaluation et de coordination de la direction est renforcé**.

La Haute Autorité de Santé a également apposé un « PEP » à l'élément d'appréciation de niveau 4 du critère 1.g correspondant à l'exigence : « le conseil d'administration statue au moins une fois par an sur cette politique », ce qui correspond bien sur aux nouvelles missions du conseil d'administration mais en fait ainsi un critère d'évaluation incontournable.

Ceci coïncide entièrement à la norme ISO 9000 « politique qualité...comme les orientations et objectifs généraux d'un organisme concernant la qualité, tels qu'ils sont exprimés formellement par **la direction au plus haut niveau** ».

Hervé LECLET et Claude VILCOT dans leur ouvrage « Qualité en santé »²⁵ définissent la politique qualité d'un établissement de santé comme l'énoncé indiquant clairement les valeurs, les orientations, les objectifs généraux et la ligne de conduite adoptée par l'établissement de santé sur un sujet donné.

La formalisation de la politique qualité permet donc d'établir le rôle et la place de cette démarche dans la stratégie de l'établissement, d'affirmer l'engagement de la direction et du conseil d'administration.

2.2 Peu de coordination entre le projet médical, le projet de soins et le projet qualité

Le projet est défini dans le dictionnaire Petit Robert comme « l'image d'une situation, d'un état que l'on pense atteindre ». Cette définition s'inscrit à la fois dans une représentation, mais aussi dans la temporalité avec un bémol quant à sa réussite « on pense atteindre ».

²⁵ LECLET H., VILCOT C., QUALITE EN SANTE 150 questions pour agir, AFNOR, 473 pages

L'utilisation du préfixe pro (pro-jet), qui signifie en avant, met en évidence que le contenu du projet porte sur un avenir, un futur dont il constitue une anticipation, une vision à plus ou moins long terme. Il sert donc à matérialiser la pensée, à concevoir, changer voire innover dans un cadre temporel pré-établi. Dans le secteur de la santé, l'impulsion à entrer dans une démarche projet émane de pressions externes que représentent les différents textes législatifs.

Les projets étudiés ont tous été rédigés au cours de l'année 2007. Les projets des établissements publics de santé se déclinent selon les composantes classiques (projet médical, de soins, projet social, schéma directeur du système d'information...) alors que dans le secteur privé, les intitulés sont autres et traduisent des abords différents.

Dans la clinique C, les objectifs et orientations stratégiques occupent le premier chapitre, la politique qualité le second, l'évaluation du projet d'établissement le quatrième. Le projet social, le projet de soins et celui du système d'information sont regroupés dans le chapitre 2 intitulé « ressources employées ».

La clinique D se singularise avec quatre objectifs majeurs : client-patient, collaborateurs finances, partenaires. Ces objectifs majeurs sont à rapprocher des axes de performance présentés lors d'une intervention²⁶ au sujet de la définition du contrat de pôle : performance économique, efficacité du partenariat, efficacité opérationnelle et qualité des soins, satisfaction des patients, ressources et apprentissage organisationnel.

Sous des vocables quelque peu différents, les uns regroupés en cinq points, les autres en quatre traduisent le point central VISION ET STRATEGIE, cœur de tout projet, qu'il soit d'établissement ou de pôle.

Dans un contexte de développement technologique, d'accroissement de l'exigence du patient/client, de contraintes budgétaires, de développement de partenariats, le projet marque donc bien l'évolution du rapport entre l'offre et la demande dans le secteur sanitaire.

2.2.1 Des projets médicaux centrés sur l'activité

Le projet médical constitue la pierre angulaire du projet d'établissement. Une définition est donnée dans l'ordonnance n°2005- 406 du 2 mai 2005²⁷ qui dispose que « le projet d'établissement comporte un projet de prise en charge du patient, en cohérence avec le projet médical et le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-technique ».

Les projets médicaux de ces institutions, élaborés par les commissions CME, dressent tous un état des lieux des organisations par spécialité ou pôle et font tous

²⁶ LASCOLS S., Directeur Hôpital St Joseph MARSEILLE, EHESP Module : analyse et gestion financière d'un établissement public de santé « la délégation aux pôles et la contractualisation » Filière DS le 17 juillet 2008

référence à l'activité en inscrivant leur développement ou leur maintien d'activité avec « la concurrence ».

La logique d'activité n'est plus l'apanage du secteur privé, elle est ainsi présente quel que soit le statut. A noter que les deux établissements de statut public font l'objet d'un plan de retour à l'équilibre. L'inscription dans le SROS, la logique de complémentarité se retrouvent partout. Trois ans après la réforme de la nouvelle gouvernance²⁸ à l'hôpital public, la mise en place des pôles aurait pu impacter la place accordée à la qualité dans les projets des établissements de statut public. Or, la mise en place des pôles n'est pas effective à A, ce qui a valu le rejet du projet d'établissement par l'Agence Régionale d'Hospitalisation (ARH) pour ce motif. Elle est très récente à B où les bureaux de pôle sont constitués et se réunissent à fréquence variable pour aborder des questions relatives au fonctionnement, mais aucun projet de pôle n'est formalisé, aucune délégation de gestion n'a été accordée par le directeur.

2.2.2 Des projets de soins basés sur une méthodologie et une démarche participative

Au sujet des projets, J.M., BARBIER²⁹ a écrit : « Plus important encore : si l'on parle beaucoup de projets, rares sont les pratiques d'élaboration que l'on se risque à décrire ».

Selon ce qui a été exposé précédemment, quelques éléments dessinent les contours du contenu du projet de soins. Il est basé sur le projet médical, et intègre une politique d'amélioration continue de la qualité ; il contient également des principes philosophiques et éthiques. Ces critères ont donc été recherchés.

Cependant, l'importance accordée par les directeurs de soins aux modalités d'élaboration des projets de soins mérite de s'y attarder.

Dans les quatre établissements, la rédaction du projet de soins résulte d'**une démarche de travail participative avec les cadres et santé et d'une méthodologie** qui comprend trois phases :

- Une phase de conception qui comprend l'analyse de la situation, l'explicitation du projet, la définition de valeurs pour deux d'entre eux
- La phase de réalisation composée de la planification des étapes, la mise en place des moyens (matériels, économiques, humains), la détermination de la méthode pour mener l'action
- Une phase d'évaluation.

²⁷ Ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005

²⁸ Ibid 27

²⁹ BARBIER J.M., Elaboration de projets d'action et planification, PUF, 199, 271 pages

Les projets de soins ont été conduits par le directeur des soins. On retiendra que dans l'établissement B, un cabinet de consultants a été missionné pour conduire le projet d'établissement, et est intervenu au niveau du projet de soins. Il a notamment suggéré de constituer un comité de pilotage du projet de soins qui fut composé du directeur des soins, des cadres de pôle et du médecin représentant la CME à la Commission de Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques (CSIRMT). Le directeur des soins a exprimé un mécontentement vis-à-vis de la rédaction qui a été imposée, et « qui de ce fait n'est pas suffisamment pragmatique³⁰ ».

Si la démarche participative et l'utilisation d'une méthodologie représentent le fil conducteur de la formalisation des projets de soins, la définition de valeurs est présente dans deux projets sur quatre sans que cela puisse être attribué au statut (un privé, un public).

Les valeurs citées

Nous trouvons dans un projet l'éthique professionnelle, le respect, l'humanisme³¹-humanité³².

Il est à noter que la dernière valeur a été choisie dans un contexte particulier. En effet, une action de formation destinée à l'ensemble du personnel travaillant dans le secteur des personnes âgées avait été mise en place suite à des dysfonctionnements majeurs pour rappeler les principes de bienveillance.

Dans l'autre, sont citées la reconnaissance au sens large (de la personne soignée, de son entourage, du professionnel soignant), la solidarité et l'entraide (au sein du service, entre les secteurs), le respect de l'autre (personne soignée et soignant), la rigueur et la conscience professionnelle.

Ces valeurs posent un cadre de référence des conduites attendues des professionnels et rappellent en filigrane la charte du patient, la loi du 4 mars 2002.

Un projet, qui a pourtant défini des valeurs, a posé dans son introduction le principe suivant : « il s'inscrit dans la démarche d'amélioration de la qualité des soins, l'évaluation des pratiques professionnelles et la perspective de certification de l'établissement ».

Les axes du projet de soins

³⁰ Entretien avec le directeur des soins établissement B

³¹ Selon l'encyclopédie WIKIPEDIA, l'humanisme, au sens moderne du terme, désigne « toute pensée qui met au premier plan de ses préoccupations le développement des qualités essentielles de l'être humain et qui dénonce ce qui l'asservit ou le dégrade »

³² Développées par Yves GINESTE et Rosette MARESCOTTI pour la prise en charge des personnes âgées refusant les soins, l'humanité est une philosophie du soin basée sur l'approche émotionnelle et le respect des droits de l'homme à bénéficier d'une prise en charge qui intègre la dimension de douceur dans le geste soignant, le respect de la volonté et de la dignité du patient

Bien que les projets de soins étudiés ne comportent que deux à quatre axes principaux de travail, ils représentent une rédaction allant de quatre à quarante pages. Les extrêmes se trouvent dans le secteur public alors que, dans le secteur privé, les projets de soins comptent une dizaine de pages. Un directeur des soins s'est exprimé à ce sujet « je souhaitais que le projet de soins se différencie des anciens projets de soins volumineux que personne ne lisait »³³.

L'organisation est citée dans trois projets sur quatre, le management dans deux.

La qualité des soins représente un axe à part entière dans un seul projet en faisant référence à cinq engagements : la gestion des risques, l'accueil, l'information, l'écoute, la satisfaction du patient et la prise en charge de la douleur. Ces engagements sont les bases du « label », procédure qualité interne au groupe.

Un projet se montre original en présentant un axe patient et un axe soignant qui correspondent à l'amélioration de la qualité de la prise en charge pour le premier et au management pour le second. Le directeur des soins a tenu à préciser que « la clinique a mis en place une organisation des soins "bicéphale"³⁴ » car le domaine de compétences du directeur des soins s'exerce auprès de tous les services de soins sauf le bloc opératoire qui est placé sous la responsabilité d'un responsable de bloc non positionné sous la hiérarchie du directeur des soins. La collaboration directeur des soins / responsable de bloc existe mais est limitée. Pour le projet de soins, le responsable de bloc a été invité à en prendre connaissance avant sa finalisation pour apporter, si besoin, des éléments complémentaires touchant à son secteur d'activité.

Aucun projet ne s'appuie directement sur le projet médical, ce qui peut s'expliquer par le fait que les projets médicaux exploités ne font état d'aucun développement d'activités nouvelles qui pourrait impacter l'organisation des soins et ne développent aucun item relatif à l'amélioration de la prise en charge du patient. Ceci n'est pas antinomique avec la définition du projet d'établissement que donne la loi n° 91-748 du 31 juillet 1991³⁵ : « Le projet d'établissement définit notamment **sur la base du projet médical, les objectifs généraux de l'établissement dans le domaine médical et des soins infirmiers** de la politique sociale, des plans de formation, de la gestion et du système d'information ».

La prise en compte des décisions de la Haute Autorité de Santé, résultant des visites de certification, n'est pas clairement énoncée ou lisible dans les projets de soins. Pourtant, les directeurs des soins s'accordent à dire qu'elles ont influencé la rédaction : « la préparation de la certification V2, la préparation de la labellisation ont influencé ce projet dans la détermination d'objectifs car ces travaux étaient concomitants à la rédaction du

³³ Entretien directeur des soins établissement M

³⁴ Entretien directeur des soins du

³⁵ Ibid 14

projet de soins »³⁶, « la relecture des recommandations et de toutes les propositions d'améliorations a été un préalable à la réflexion sur les axes »³⁷.

2.2.3 Bien que le contenu des projets qualité diffèrent, ils possèdent deux points communs

Les différences

Le projet qualité est une composante à part entière du projet d'établissement dans un établissement sur deux, indépendamment du statut.

Le projet qualité de A se particularise à plusieurs titres : il est inclus dans le projet de gestion car au moment de sa formalisation la cellule qualité était attachée à la direction des finances. **Il est uniquement axé sur la préparation de la visite de certification, ses objectifs sont complètement calqués sur les décisions de la HAS.**

Celui de B a été rédigé en dehors du contexte du projet d'établissement ; il s'y est rattaché tardivement alors que les autres éléments constitutifs avaient été travaillés avec un consultant. Ce projet aborde trois champs : qualité, clientèle et gestion des risques. **Il se veut distinct du plan comportant 63 actions définies à partir des décisions qui ont fait suite à la visite de certification.**

Dans la clinique C, le projet qualité est intitulé « politique qualité à l'horizon 2008 ». Il intègre à la fois la certification et la politique gestion des risques, il détermine un plan d'audits et d'évaluation et il consacre une partie aux indicateurs de suivi³⁸.

Dans la clinique D le projet qualité est la réplique de la politique qualité. **Dans ces deux cliniques, la priorité est donnée aux Programmes annuels d'Amélioration continue de la qualité (PACQ).** Dans ces programmes, toutes les actions sont déclinées en objectifs, calendriers, et indicateurs. Les responsables sont toujours identifiés. Les actions d'amélioration portent sur des domaines très diversifiés : management de la qualité, soins infirmiers, communication médicale, dossier patient...

Dans les établissements publics, un axe est dédié à la formation du personnel en matière de culture et outils qualité, dans les cliniques on parle du développement de la culture d'évaluation. Une différence de l'appropriation de la culture qualité apparaît ainsi entre le secteur public et le secteur privé. Il est à noter que dans la clinique C, une procédure interne au groupe appelée « label » conduit à une visite de labellisation tous les trois ans par des auditeurs externes à la clinique sur des critères relatifs à cinq thèmes déclinés en critères dont 140 sont communs avec le manuel de certification.

³⁶ Entretien directeur des soins clinique C

³⁷ Entretien directeur des soins établissement B

³⁸ Projet qualité clinique C

L'établissement conduit donc successivement ou simultanément une procédure de labellisation et de certification, ce qui génère un développement de la culture qualité.

Deux points communs

Si les projets de soins résultent d'une démarche participative, **les quatre projets qualité ont été rédigés, de façon solitaire, par les responsables qualité**. Ils ont été soumis et approuvés par les comités de pilotage.

Ces projets déclinent des objectifs variés, le seul qui soit commun aux quatre projets concerne la **gestion des risques**.

La qualité est transversale et concerne tous les domaines alors que la prise en charge globale du patient interfère sur d'autres secteurs d'activités de l'hôpital tels que la blanchisserie, la restauration, le système d'information...

Dans l'élaboration des composantes du projet d'établissement, certains domaines sont positionnés à l'interface des champs de compétences, des sphères de responsabilité. C'est sur cela qu'il est nécessaire d'être d'accord, complémentaire et coordonné.

2.3 Des relations de collaboration institutionnelles ou spontanées

La dernière partie de cette analyse porte sur les domaines de collaboration et les interfaces qui s'établissent de façon spontanée ou plus institutionnelle.

2.3.1 Les instances sont les premiers lieux où se nouent les relations de collaboration

Tous les directeurs de soins, tous les responsables qualité et tous les présidents de CME sont membres du comité de pilotage, du comité exécutif (pour les établissements de statut public), du comité de direction (pour les cliniques).

Quelle que soit leur appellation : sous commission de la qualité et de la sécurité des soins, coordination des vigilances et des risques, Comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN), Commission de relation des usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQ), ces instances réunissent des professionnels experts, le directeur des soins et le responsable qualité. Ceux-ci dressent des programmes d'amélioration et participent au décloisonnement des professionnels.

Les personnes qui possèdent des compétences spécifiques sous forme de Diplôme Universitaire (DU) dans des spécialités (soins palliatifs, hygiène, éthique...) sont systématiquement sollicitées pour apporter leur expertise dans des groupes de travail constitués par les différents responsables.

2.3.2 Des relations très variables pouvant aller d'une étroite collaboration à une cohabitation.

Les liens de collaboration entre le directeur des soins et le responsable qualité sont très variables et très dépendants des personnes.

Le directeur des soins de la clinique C salue la collaboration avec le responsable qualité « nous avons eu beaucoup d'échanges, de concertation, beaucoup de partage pour une cohérence des deux projets car il y a beaucoup d'interférence entre le projet qualité et le projet de soins pour tout ce qui concerne l'amélioration de la qualité de la prise en charge globale du patient ». Ce responsable qualité vient de quitter l'établissement, le directeur des soins émet des réserves sur le niveau de collaboration avec celui qui vient d'arriver « je lui laisse le temps, mais il n'appréhende pas les choses de la même manière ». Il est intéressant de relever que le premier responsable qualité était d'origine professionnelle soignante alors que celui qui arrive est d'origine administrative. L'appartenance à même une culture professionnelle favoriserait-elle les liens ?

Dans l'établissement B, Le directeur des soins déplore le manque de liens entre la direction des soins et la cellule qualité « Chacun travaille de son côté, ce qui peut amener à aborder le même thème sous des approches différentes, c'est le cas pour l'information du patient avec la personne de confiance ». Pour autant, aucune tentative de collaboration n'est tentée de part et d'autre.

Dans l'établissement A, il y a peu de relation entre le directeur des soins et le responsable qualité. Cette situation n'a suscité aucun commentaire.

Le directeur des soins de la clinique D entretient de bonnes relations avec le responsable qualité tout en spécifiant « nous travaillons ensemble, nous élaborons des audits, nous rédigeons les lettres qualité mais je veux garder la main sur la qualité des soins, la qualité doit servir la direction des soins en apportant de la méthodologie, des outils », « un cadre peut faire appel directement au responsable qualité mais pas l'inverse »³⁹. Ces propos traduisent une collaboration basée sur des principes d'appartenance. Le responsable qualité de la même clinique parlera « d'une bonne collaboration, de relations cordiales et d'un travail commun intéressant »⁴⁰.

Les responsables qualité et les directeurs des soins ont très peu évoqué les liens de collaboration avec les autres acteurs (communauté médicale, direction).

³⁹ Entretien directeur des soins clinique D

⁴⁰ Entretien responsable qualité clinique D

Nous savons seulement que la préparation des EPP a favorisé les liens entre les médecins et les responsables qualité car ces derniers ont apporté une aide méthodologique et suivi l'ensemble du travail.

La communication interne lors de l'élaboration des projets d'établissements a été succincte, réduite aux réunions de présentation de l'avancée des travaux de chaque groupe projet et aux comités exécutifs. Les différents groupes projets sont restés cloisonnés, sans lien en dehors des rencontres formelles.

2.3.3 Vérification des hypothèses

Au terme de cette analyse, nous vérifions les hypothèses posées.

Hypothèse 1 : les établissements de santé ont mis en place des "organisations" qualité managées par des responsables aux fonctions et aux rôles très différents.

Cette hypothèse est vérifiée.

Les établissements de santé possèdent des "organisations" qualité qui sont placées sous la responsabilité des directeurs d'établissement. Des comités de pilotage et des cellules qualité (dont la composition varie d'un établissement à l'autre) ont été mis en place pour préparer la première visite de certification.

L'impact de la démarche d'accréditation est incontestable à la fois sur la structure mais aussi sur la politique qualité de l'établissement.

Les responsables qualité, qui sont à la tête des cellules, ont des origines professionnelles administratives ou techniques, en aucun cas soignantes. Ils possèdent tous une expertise dans ce domaine et travaillent à temps plein avec un nombre de collaborateurs très inégal. Leur rôle et missions sont définis dans des fiches de poste.

Hypothèse 2 : le projet médical, le projet de soins et le projet qualité déclinent des actions d'amélioration de la qualité pas toujours coordonnées.

Cette hypothèse est partiellement vérifiée.

Un seul projet médical décline des actions d'amélioration qui concernent la chirurgie ambulatoire et la coordination entre le bloc opératoire et les unités de chirurgie. Les autres actions sont centrées sur l'activité que ce soit en terme de maintien ou de développement mais en s'inscrivant toujours dans la concurrence ou la complémentarité.

Dans les deux établissements de secteur public, les projets de soins et les projets qualité déclinent des actions d'amélioration qui ne sont pas coordonnées. Le cloisonnement est marqué : le directeur des soins de son côté et le responsable qualité de l'autre assurent le suivi de leurs programmes respectifs, une même action pouvant être menée séparément et sans concertation.

Dans le secteur privé, la coordination est plus importante. Le programme d'amélioration qualité regroupe les actions de tous les secteurs d'activité, le responsable qualité assure la coordination du suivi.

Hypothèse 3 : l'interface CME / direction des soins / direction qualité influe sur la cohérence des projets d'amélioration de la qualité

Cette hypothèse est partiellement vérifiée.

L'interface est institutionnalisée. Dans tous établissements, les différents comités et instances jouent un rôle de coordination entre ces acteurs.

Les relations de collaboration sont plus étroites entre le directeur des soins et le responsable qualité du secteur privé que dans le secteur public.

Des liens se sont créés entre la communauté médicale et le responsable qualité lors de la préparation des EPP, les liens entre les médecins et directeurs des soins sont plus informels.

C'est uniquement au cours des réunions de suivi de l'élaboration du projet d'établissement que la cohérence des projets est observée.

Hypothèse 4 : la collaboration directeur des soins / responsable qualité favorise la diffusion de la culture qualité dans les services de soins.

Cette hypothèse est vérifiée.

La collaboration favorise la cohérence des deux projets et l'importance accordée à la culture qualité est traduite par des objectifs concernant l'évaluation à la fois dans le projet qualité et dans le projet de soins.

Le travail mené conjointement par le directeur des soins et le responsable qualité (exemples : certains audits, la rédaction de bulletins d'information qualité, l'animation de réunions) traduisent un décloisonnement.

La recherche de performance est le point commun qui anime non seulement ces personnes mais tous les acteurs qui participent à la prise en charge du patient.

Cette analyse, riche d'enseignements, fait appel à des recommandations qui sont développées dans la dernière partie de cette étude.

3 RECOMMANDATIONS / PRECONISATIONS

3.1 Conforter la collaboration entre le directeur des soins et le responsable qualité

3.1.1 Une collaboration basée sur le partage de valeurs

La collaboration étroite directeur des soins / responsable qualité est un élément déterminant pour favoriser la coordination des actions d'amélioration de la prise en charge du patient.

Les mécanismes qui favorisent la collaboration sont peu nombreux et très souvent dépendants des relations établies entre les personnes.

La confiance, concept central de la théorie relationnelle qui est basée, entre autres, sur des variables telles que le partage de valeurs, permet de développer une proximité culturelle. La confiance n'est pas automatique, elle se construit à travers des expériences conduites entre plusieurs acteurs, elle peut se gagner mais ne se transmet pas automatiquement de personne à personne. La confiance est un mécanisme privilégié dans les relations de collaboration, cependant elle est très fragile et il faut compter avec d'autres moyens. Il est donc **nécessaire de partager des valeurs communes**.

Si elles ne sont pas formalisées, l'organisation du parcours du patient tout au long de sa prise en charge, l'amélioration de la sécurité des soins, les modalités de coordination entre les secteurs d'activité, la satisfaction du patient et de son entourage représentent des valeurs induites partagées par le directeur des soins et le responsable qualité.

Cependant, la **représentation de la culture professionnelle** des uns vis-à-vis des autres complexifie les relations inter professionnelles car chacun construit et entretient une perception liée à la catégorie professionnelle, à la place que ses représentants occupent dans l'institution et aux relations qu'ils établissent avec les autres. Un responsable qualité s'est ainsi exprimé, « je suis reconnue dans ma fonction mais ce que j'ai en moins, je ne suis pas soignante »⁴¹.

Il est encore nécessaire d'accroître l'acceptation des soignants à s'interroger sur ce qui est fait, comment cela est fait et sur le regard extérieur porté par l'évaluateur.

Pour que la culture de la qualité et de l'évaluation soit partagée, le directeur des soins doit **inscrire dans le plan de formation des actions de formation continue « qualité » destinées à faire émerger une culture qualité** pour construire un socle commun de références (outils, méthodologie...) et parler un même langage. La collaboration repose

⁴¹ Entretien responsable qualité clinique D

principalement sur une relation interpersonnelle et professionnelle de confiance, mais elle peut aussi être formalisée dans les fiches de poste, dans la définition des responsabilités des actions du plan qualité.

3.1.2 Une collaboration inscrite dans les fiches de poste

La fiche de poste, qui permet non seulement de décrire les points essentiels tels que les missions, les activités, la place du poste dans l'organisation, et les grandes compétences requises, doit aussi **définir le champ des relations professionnelles liées au poste**.

Cette clarification permet de mentionner **les dimensions relationnelles de l'activité** (accueil d'usagers, de personnels, de public, de fournisseurs et prestataires, travail d'équipe, coordination) ainsi que **la nature des relations avec les différents interlocuteurs** : transmission d'informations, communication, coopération, négociation, relation de conseil... Sont également identifiées les interdépendances qui peuvent conduire le professionnel à transmettre des informations, des résultats, à communiquer.

3.1.3 Une collaboration définie dans la politique et le plan qualité

La politique qualité traduit la stratégie de l'établissement pour satisfaire et améliorer d'une manière continue les attentes et besoins des patients. Elle résulte des ressources et moyens qu'il peut et souhaite y consacrer. Bien définie, bien formulée, bien diffusée, elle donne **la direction**. La définition de la politique qualité est le plus souvent confiée au responsable qualité. Cette mission peut être partagée avec le directeur des soins pour ce qui concerne les actions d'amélioration relatives à la prise en charge du patient.

Le plan qualité précise les modalités de déroulement des activités, les ressources associées qui doivent être appliquées par qui et quand. **Il doit regrouper les actions de tous les projets**. Les collaborations (responsable de la mise en œuvre, collaborateur(s), direction(s), instance(s)) doivent donc être formalisées pour chaque objectif de tous les domaines. Il serait également intéressant de notifier si l'action est en lien avec le projet médical, avec le projet de soins.

3.2 Le patient au centre d'un seul et même projet

3.2.1 L'amélioration de la qualité de la prise en charge du patient : un projet à part entière

Le projet est devenu un concept sociétal, on parle de projets collectifs, d'établissements mais aussi de projets individuels, éducatifs, thérapeutiques. Ces derniers se juxtaposent sans pour autant approcher l'individu dans sa globalité. L'ordonnance du 2 mai 2005⁴² fait

⁴² Ibid 27

référence à « un projet de prise en charge du patient...en cohérence avec le projet médical et le projet de soins ».

Ce projet de prise en charge du patient peut se substituer à « **un projet d'amélioration de la qualité de la prise en charge du patient** » qui serait le fruit d'une collaboration **CME / Direction des Soins / Cellule qualité et permettrait de positionner le patient au centre du projet d'établissement** car pour l'instant, les projets médicaux sont centrés sur l'activité médicale et les complémentarités mais ne développent pas l'aspect amélioration de la qualité de la prise en charge des patients , les projets de soins reflètent une réflexion collective qui comporte une dimension transversale et les projets qualité deviennent les principes d'action autour desquels les organisations et des acteurs doivent se rassembler.

Cette proposition doit être soumise par le directeur des soins en comité de direction, en comité exécutif au moment de la rédaction du projet d'établissement.

Ceci conduit aussi à redéfinir les contours des autres projets tel le projet social car certains objectifs d'amélioration de compétences, de développement de formation figurent aussi dans le projet de soins.

Le projet d'amélioration de la qualité de la prise en charge du patient présente l'avantage de fédérer les professionnels autour d'un projet unique et de s'appuyer sur le chapitre « Prise en charge du patient » du référentiel de la Haute Autorité de Santé, donnant ainsi une cohésion, facilitant le suivi du plan d'action qualité.

Le projet, au sens large, possède une autre fonction, dont on parle moins, qui est de servir d'outil de communication avec notre environnement. La communication autour de ce projet d'amélioration de la qualité de la prise en charge du patient aura un impact sur l'institutionnalisation de la qualité et le développement de la culture qualité.

3.2.2 L'écoute du patient : un axe à développer

L'exploration de la satisfaction du patient est le plus souvent limitée aux questionnaires de satisfaction (pour lesquels le taux de réponses est faible) et aux réclamations et plaintes dont le traitement est fréquemment assuré par la direction et la Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la prise en charge (CRUQ).

Les soignants, qui sont au plus près des patients et de leur entourage, instaurent une écoute sans a priori, permanente et surtout réactive qu'il convient de valoriser. La mise en place d'enquêtes qualitatives, réalisées par des soignants volontaires et formés, représente une piste pour répondre aux questions qui se posent en terme de comportements, d'attentes, de représentations des patients.

L'institutionnalisation de la représentation des usagers dans les conseils d'administration, les CRUQ, les Comités de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN) constituent

des opportunités pour alimenter le dispositif d'écoute des patients. Une réflexion est à mener pour développer et approfondir, par ce biais, le recueil des attentes du public.

3.3 Des actions qui concourent à la diffusion de la démarche qualité

3.3.1 Des audits de bonnes pratiques dans les unités de soins

En dehors du plan qualité, dans un établissement de taille moyenne, le directeur des soins et le responsable qualité construisent un outil pour évaluer les bonnes pratiques générales des unités de soins. Pour ce faire ils définissent des indicateurs généraux qui n'impactent pas directement la prise en charge du patient mais l'organisation générale de chaque unité.

Ces indicateurs concernent :

- ✚ l'information du patient : tableaux d'affichage, documents à disposition,
- ✚ l'aspect de la salle de soins : propreté visuelle, rangement,
- ✚ le respect de la confidentialité : portes fermées, dossiers
- ✚ les urgences : affichage des numéros d'appel et des conduites à tenir, la traçabilité de la vérification du chariot d'urgence,
- ✚ l'information du personnel : affichage actualisé.

Le directeur des soins et le responsable qualité se rendent tous deux dans les unités de soins à périodicité définie pour mener cet audit qui fait l'objet d'un compte rendu écrit diffusé au cadre de santé. Cette action permet de maintenir un niveau d'attention sur les bonnes pratiques générales, de proposer au cadre de proximité un levier de management, de favoriser les échanges avec les soignants, de signifier l'intérêt commun pour le terrain et de développer une culture de l'évaluation.

3.3.2 Une communication interne formelle et informelle

La communication joue un rôle essentiel pour le développement et la progression des démarches qualité car elle maintient les conditions d'une adhésion et d'une implication des acteurs. Différents supports sont nécessaires.

✚ La diffusion d'une information mensuelle démarche qualité

Chaque unité est destinataire d'une lettre mensuelle d'une seule page recto, signée conjointement par le directeur des soins et le responsable qualité. Les modalités de rédaction sont précises : des phrases courtes, des illustrations car ce support de communication se veut :

- **informatif** car il transmet les résultats d'une évaluation, la mise en place ou l'actualisation de protocoles, l'invitation à une réunion d'information....

- **formatif** car il diffuse des informations plus générales sur un thème qui fait l'objet d'une action d'amélioration ou d'un rappel de connaissances (personne de confiance, gestion des médicaments dans les unités...

Une information qualité à destination des nouveaux arrivants

Lors de l'accueil de nouveaux arrivants, une information spécifique qualité et qualité des soins est intégrée dans le programme et comprend :

- des informations générales : présentation de la structure qualité, de la politique et du plan qualité, les référents qualité, les vigilants ;
- des informations pratiques : les classeurs de protocoles, les conduites à tenir, les alertes, les évènements indésirables, la communication interne qualité, les résultats des enquêtes de satisfaction.

Une communication au sein de la direction des soins orientée vers la qualité

Le directeur des soins sollicite le responsable qualité pour des interventions lors des réunions de la CSIRMT, lors de réunions d'encadrement. Ces interventions peuvent revêtir un aspect informatif mais aussi formatif pour développer la culture qualité (méthodologie, audits internes...). Le responsable qualité sollicite également le directeur des soins pour intervenir auprès de l'encadrement afin de diffuser des informations ou de présenter de nouvelles actions d'amélioration de la qualité.

Un point qualité systématique lors des réunions pilotées par le directeur des soins

L'ordre du jour de chaque réunion d'encadrement, de la CMSIMTR comporte un flash qualité de façon à ce que les informations concernant les différents projets, les différentes réunions et instances circulent de part et d'autre.

3.3.3 Des actions de formation continue

La formation continue permet d'élever le niveau de compétences et d'accompagner un changement culturel aboutissant à un changement de comportement.

Des actions de formation de différents niveaux

Les cadres de santé doivent posséder une formation précise et concrète sur les démarches qualité qui inclut un aspect pédagogique car ils devront informer, voire former des collaborateurs de catégories professionnelles et de niveaux de connaissance hétérogènes.

Selon la taille de l'établissement, il est envisagé une formation plus pointue de type universitaire pour un cadre qui deviendra cadre expert, une formation pour des référents qualité, une formation pour des auditeurs...

La mise en place d'une plateforme « e-learning »

Fruit d'un travail commun entre la direction des systèmes d'information, la direction des soins et la direction de la qualité, des sessions de formation sont créées sur outil informatique.

Sous forme d'ateliers obligatoires ou facultatifs selon les catégories professionnelles et les thèmes (l'hygiène, les AES, le tri des déchets, l'organisation de l'établissement, les projets de l'établissement), les professionnels suivent ces actions de formation. Ces nouveaux moyens responsabilisent les professionnels qui y accèdent selon leur disponibilité (même si dans certains cas un délai est fixé), facilitent le déploiement d'actions augmentant ainsi le nombre d'agents formés.

Conclusion

La fin des années 1970 et surtout des années 1980 ont consacré en France l'avènement de la qualité. Depuis une dizaine d'années, la qualité est devenue un concept à la mode qui a gagné le secteur hospitalier français.

Dans tous les établissements de santé, la procédure dite d'accréditation a représenté un puissant relais institutionnel qui a généré un certain nombre de changements. Ces derniers peuvent être répartis selon quatre dimensions :

- ✚ Une dimension stratégique traduite dans une politique qualité plus ou moins formalisée ;
- ✚ Une dimension structurelle avec des structures spécifiques (comités de pilotage, cellules qualités)
- ✚ Une dimension technique aux mains de professionnels formés à la qualité chargés d'initier aux méthodes et aux outils ;
- ✚ Une dimension culturelle en devenir.

Le projet d'établissement et à l'intérieur de celui-ci, le projet médical, le projet de soins, le projet qualité sont l'occasion de décliner une politique qualité. Le cloisonnement entre ces projets est encore marqué, c'est pourquoi la prise en compte des besoins, de la satisfaction, des attentes du patient est la raison d'être d'un projet d'amélioration de la qualité de la prise en charge du patient. Mettre le patient au centre d'un seul projet est essentiel pour fédérer les acteurs et pour assurer la cohérence de la démarche.

Le directeur des soins, par sa collaboration avec le responsable qualité favorise la coordination et le résultat des actions d'amélioration entreprises. Son implication dans une communication interne assure le partage du sens de la démarche, la pérennisation des actions entreprises, le développement de la culture qualité.

Si les principes de la qualité sont acceptés et paraissent intégrés, le développement de la culture qualité dégage des leviers qu'il faut utiliser et des résistances dont il faut tenir compte pour conduire le changement par la qualité.

Bibliographie

ARTICLES DE PERIODIQUES

ROYER-COHEN N, août 2003, Projet de soins et projet d'établissement, un enjeu pour le directeur des soins, « soins cadre », n°47, pp 46-48

EYMARD-SIMONIAN C, avril 1998, Projet professionnel et projet de service, « gestions hospitalières », n°375, pp 279-289

HUBERT P, COUTET J, 2005, « risques et qualité », volume II n°3, pp179-183

OUVRAGES

ASSOCIATION FRANCAISE DE NORMALISATION, 2000, Management de la qualité en santé, Paris, AFNOR

ANAES, 2002, Principes de mise en oeuvre d'une démarche qualité en établissement de santé. Paris, 77 pages

ARHIF, Décembre 2006, Projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques. Guide d'élaboration et d'évaluation. Paris, 13 pages

BARBIER J.M, 1991, Elaboration de projets d'action et planification, 1^e édition, Paris, PUF, 126 pages

BOUTINET J.P, 2004, Psychologie des conduites à projet, 4^e édition, Paris : PUF, 126 pages

DUCALET, LAFORCADE, Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales. Sens, enjeux et méthode, Editeur Seli Arslan, 2008, 320 pages

FEDERATION HOSPITALIERE DE FRANCE, L'hôpital expliqué, Edition 2007, HERAL, 287 pages

HAUTE AUTORITE DE SANTE, Manuel pilote. Paris, 2008, 69 pages.

LECLET H, VILCOT C. Qualité en santé : 150 questions pour agir. Paris, AFNOR, 1999, 483 pages.

THEVENET M, La culture d'entreprise, Que sais-je ?, PUF, juin 1993, 124 pages

MEMOIRES

BUTTNER M, GARNIER M, DUQUESNE D, WITZ J.C, L'accréditation : une nouvelle donne pour les établissements de santé, Mémoire Maîtrise en management des services de santé, IFROSS, 2000

DALY J.C., L'évaluation des pratiques professionnelles en psychiatrie : un enjeu stratégique pour le Directeur des soins, Mémoire DS, ENSP, 2007

GEISSEL C., De la rédaction à la mise en œuvre : comment faire vivre le projet de soins ?, Mémoire DS, ENSP, 2004

INTHAVONG K., Du projet de soins infirmiers au projet de soin médico-soignant. Une vision plurielle, Mémoire DS, ENSP, 2006

LOIS, DECRETS, CIRCULAIRES

LOI du 31/07/1991 portant réforme hospitalière

ORDONNANCE n° 96-346 du 24 avril 1996 portant sur la réforme de l'hospitalisation publique et privée

DECRET n°2002-550 du 19/04/2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière

LOI n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie

ORDONNANCE n°2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé

SITES INTERNET

HAUTE AUTORITE DE SANTE, Espace grand public, certification des établissements de santé, <http://www.has-sante.fr>

MINISTERE DE LA JEUNESSE, DE LA SANTE, DES SPORTS ET DE LA VIE ASSOCIATIVE, DRESS-DHOS, Plateforme d'information sur les établissements de santé, <http://www.platines.sante.gouv.fr>

CONFERENCE

LASCOLS S., Directeur Hôpital St Joseph MARSEILLE, EHESP Module : analyse et gestion financière d'un établissement public de santé « la délégation aux pôles et la contractualisation » Filière DS le 17 juillet 2008

Liste des annexes

GRILLE D'ENTRETIEN AVEC LES DIRECTEURS DES SOINS

GRILLE D'ENTRETIEN AVEC LES RESPONSABLES QUALITE

TABLEAU SYNOPTIQUE DU PROJET DE L'ETABLISSEMENT A

TABLEAU SYNOPTIQUE DU PROJET DE L'ETABLISSEMENT B

TABLEAU SYNOPTIQUE DU PROJET DE LA CLINIQUE C

TABLEAU SYNOPTIQUE DU PROJET DE LA CLINIQUE D

GRILLE D'ENTRETIEN AVEC LES DIRECTEURS DES SOINS

- 1- Quelle est votre place dans l'organisation qualité de l'établissement ?

- 2- Quelles ont été les modalités que vous avez mises en œuvre pour élaborer le projet de soins ?

- 3- Quelle place est accordée à la qualité dans le projet de soins ?

- 4- Les résultats de la visite de certification ont-ils influencé les axes du projet de soins ?

- 5- Quelles sont les personnes ressources en terme de qualité au sein de la direction des soins ?

- 6- Quelles ont été les interfaces entre la direction des soins, la direction qualité et la CME pour l'élaboration du projet de soins ?

- 7- Quel impact a la nouvelle gouvernance sur le projet de soins ?

- 8- Avez-vous d'autres éléments à apporter ?

GRILLE D'ENTRETIEN AVEC LES RESPONSABLES QUALITE

- 1- Quelle est l'organisation de la « direction », de la « structure » qualité de l'établissement ?

- 2- Quels sont votre rôle et vos missions ? Avez-vous une fiche de poste ?

- 3- Depuis combien de temps exercez-vous la fonction de responsable qualité ?

- 4- Quelle formation spécifique à la qualité avez-vous suivie ?

- 5- Quelles ont été les modalités que vous avez mises en œuvre pour élaborer le projet qualité ?

- 6- Quelles ont été les interfaces entre la direction qualité, la direction des soins et la CME pour l'élaboration du projet qualité ?

- 7- Les résultats de la visite de certification ont-ils influencé les axes du projet qualité ?

- 8- Avez-vous d'autres éléments à apporter ?

TABLEAU SYNOPTIQUE DU PROJET DE L'ETABLISSEMENT A

Date d'élaboration	Janvier 2007 pour projet 2007-2011
Les composantes	<ul style="list-style-type: none"> - projet médical - projet de soins - projet social - projet de gestion (dont fait partie le projet qualité) - schéma directeur du système d'information - projet logistique-hôtelier et bio-médical - plan directeur
Projet qualité Thèmes cités	<p>Fait partie du projet de gestion</p> <ul style="list-style-type: none"> - organisation qualité - les actions menées (bilan) - les actions proposées : <ul style="list-style-type: none"> ▪ préparation de la visite de certification, ▪ gestion documentaire, ▪ gestion des risques et qualité : améliorer le suivi des projets et la coordination entre les secteurs « qualité » et « gestion des risques-vigilances » par l'informatisation et le développement de rencontres régulières entre la cellule qualité et le COVIRIS ou leurs représentants ▪ formation et information du personnel - l'évaluation des besoins - calendrier
Projet médical Thèmes cités	<ul style="list-style-type: none"> - Principes généraux du projet médical - Réseau et coopération inter-établissement - Points forts, points faibles et priorités pour chaque secteur - Les 7 secteurs : (mère-enfant / cœur-poumon / biologie-pharmacie-radiologie / Anesthésie-chirurgie-soins continus et douleurs / gastro-rhumato-endocrino-nutrition-gériatrie / palliatifs-hygiène-alcoologie en réseau / urgences)
Projet de soins Valeurs citées Objectifs cités	<p>Aucune valeur citée</p> <p>Ne comporte pas de volet qualité</p> <p>Quatre objectifs :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Améliorer l'organisation de la prise en charge des patients - Améliorer la qualité des soins - Favoriser le décloisonnement des services et l'interdisciplinarité - S'inscrire dans le développement des compétences
Les axes ou objectifs dans lesquels on trouve le mot qualité	<ul style="list-style-type: none"> - améliorer la qualité des soins dans le projet de soins - approche qualitative de la GRH dans le projet social - qualité et améliorations des conditions de vie au travail dans le projet social - améliorer la qualité des prestations servies dans le projet logistique, hôtelier et bio-médical
Nouvelle gouvernance	La mise en place des pôles n'est pas effective

TABLEAU SYNOPTIQUE DU PROJET DE L'ETABLISSEMENT B

Date d'élaboration	2007 pour projet 2008-2012
Les composantes	<ul style="list-style-type: none"> - projet médical - projet de soins - projet management et logistique - projet social - de schéma directeur du système d'information - projet qualité
Projet qualité Thèmes cités	<ul style="list-style-type: none"> - organisation de la fonction qualité - état des lieux des démarches qualité et gestion des risques - champ d'action relatif à la qualité (certification, suivi des démarches encadrées par des recommandations de bonnes pratiques) - axes d'amélioration relatifs aux risques - axes d'amélioration relatifs à la clientèle - outils et supports méthodologiques de la qualité - réalisation, suivi et bilan des actions du projet qualité
Projet médical Thèmes cités	<ul style="list-style-type: none"> - Bilan - logique de pôle - structures existantes - un projet pour chacun des neuf pôles comportant des objectifs organisationnels, des objectifs quantifiés au regard de la situation actuelle et des principales problématiques.
Projet de soins Valeurs citées Objectifs cités	<p>Les valeurs : l'éthique professionnelle, le respect, l'humanisme⁴³-humanité⁴⁴</p> <p>Ne comporte pas de volet qualité</p> <p>Cinq axes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le management du service de soins - la politique d'organisation du service de soins - les pratiques professionnelles du service de soins - le projet de vie - recherche en soins et éthique
Les axes ou objectifs dans lesquels on trouve le mot qualité	- qualité technique, qualité humaine, la qualité et l'efficacité comme objectifs stratégiques transversaux dans le projet management et logistique (partie consacrée à la définition des objectifs stratégiques)
Nouvelle gouvernance	La mise en place des pôles est récente (6 mois), les bureaux de pôle sont constitués et se réunissent à fréquence variable pour aborder des questions relatives au fonctionnement. Les projets de pôle ne sont pas formalisés ; aucune délégation de gestion n'a été accordée par le directeur.

⁴³ Selon l'encyclopédie WIKIPEDIA, l'humanisme, au sens moderne du terme, désigne « toute pensée qui met au premier plan de ses préoccupations le développement des qualités essentielles de l'être humain et qui dénonce ce qui l'asservit ou le dégrade »

⁴⁴ Développées par Yves GINESTE et Rosette MARESCOTTI pour la prise en charge des personnes âgées refusant les soins, l'humanité est une philosophie du soin basée sur l'approche émotionnelle et le respect des droits de l'homme à bénéficier d'une prise en charge qui intègre la dimension de douceur dans le geste soignant, le respect de la volonté et de la dignité du patient

TABLEAU SYNOPTIQUE DU PROJET DE LA CLINIQUE C

Date d'élaboration	Avril 2007 pour projet 2007-2011
Les composantes	<ul style="list-style-type: none"> - Objectifs et orientations stratégiques <ul style="list-style-type: none"> ▪ SROS/CPOM/perspectives de développement ▪ projet médical et EPP - Projet qualité et gestion des risques - Les ressources employées <ul style="list-style-type: none"> ▪ projet de soins ▪ projet social ▪ schéma directeur du système d'information - projet de gestion (dont fait partie le projet qualité) - Evaluation du PE : indicateurs de suivi
Projet qualité Thèmes cités	<ul style="list-style-type: none"> - Politique qualité à l'horizon 2008 <ul style="list-style-type: none"> ▪ de l'accréditation à la certification, ▪ politique gestion des risques - Plan d'audits et d'évaluations - Indicateurs de suivi - Programme de labellisation
Projet médical Thèmes cités	<ul style="list-style-type: none"> - Perspectives de développement en terme d'activité pour l'anesthésie, la médecine (4 spécialités), la chirurgie (10 spécialités) en tenant compte de l'existant et de l'environnement dans le cadre du SROSS - Perspectives de développement des EPP
Projet de soins Valeurs citées Objectifs cités	<p>Aucune valeur citée</p> <p>Le troisième volet qui est intitulé « qualité des soins » comporte 5 thèmes : la gestion des risques, l'accueil, l'information, l'écoute ou la satisfaction du patient, la prise en charge de la douleur</p> <p>Autres volets :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Contexte - l'organisation des soins - l'évaluation des pratiques et du personnel - la formation
Les axes ou objectifs dans lesquels on trouve le mot qualité	<ul style="list-style-type: none"> - politique qualité dans le projet qualité - qualité des soins dans le projet de soins

TABLEAU SYNOPTIQUE DU PROJET DE LA CLINIQUE D

Date d'élaboration	2007 pour projet 2007-2011
Les composantes	<p>Objectif majeur client – patient : assurer une prise en charge globale du patient par la cohésion de l'ensemble des professionnels</p> <p>Objectif majeur finances : assurer la pérennité et le développement de la clinique par une rentabilité suffisante</p> <p>Objectif majeur collaboration : favoriser l'implication des acteurs et l'épanouissement professionnel et personnel de chacun au sein de l'équipe et de l'entreprise</p> <p>Objectif majeur partenaires : renforcer nos partenariats en développant nos compétences et nos capacités d'innovation, en communiquant et en élevant le niveau d'exigence des prestations externalisées</p>
Projet qualité Thèmes cités	<ul style="list-style-type: none"> - Améliorer l'information - Améliorer l'accueil et l'écoute du patient et de son entourage dans le cadre des valeurs de la clinique (prévenance, respect, éthique) - Améliorer la qualité et la sécurité des soins (au travers la formalisation des pratiques et des organisations) ainsi que la maîtrise des risques sanitaires - Développer la culture d'évaluation et la dynamique d'amélioration
Projet médical Thèmes cités	<ul style="list-style-type: none"> - Améliorer la prise en charge en urgence des patients - Faire connaître, maîtriser et optimiser l'organisation du circuit du patient en chirurgie ambulatoire - optimiser la prise en charge en post-opératoire immédiat et en post SSPI - Développer la prise en charge des nouveaux nés en néo - natologie - Développer la qualité de la prise en charge en service de médecine - cancérologie
Projet de soins Valeurs citées Objectifs cités	<p>Les valeurs : reconnaissance, solidarité-entraide, respect, rigueur et conscience professionnelle</p> <p><u>Axe patient :</u> Assurer la sécurité des soins et la continuité de la prise en charge Reconnaître et respecter la personne soignée comme un être unique dans ses dimensions physique, biologique, psychologique, sociologique et culturelle</p> <p><u>Axe soignant :</u> Favoriser l'épanouissement professionnel et personnel de chacun au sein de l'équipe et de l'entreprise Rechercher une amélioration continue de la prise en charge en développant les connaissances et la maîtrise des pratiques Le soignant assume ses responsabilités en tant que membre de sa profession et au sein de l'établissement en tant que membre de l'équipe</p>
Les axes ou objectifs dans lesquels on trouve le mot qualité	<p>Améliorer la qualité et la sécurité des soins dans le projet qualité</p> <p>Développer la qualité de la prise en charge en service de médecine – cancérologie dans le projet médical</p>