



**ENSP**

ÉCOLE NATIONALE DE  
LA SANTÉ PUBLIQUE

**RENNES**

---

**Directeur des soins**

**Promotion 2005**

---

**L'AMÉLIORATION CONTINUE DE LA  
QUALITÉ : UN ENJEU MANAGERIAL  
POUR LE DIRECTEUR DES SOINS**

---

**Christophe GUÉNOT**

---

# Remerciements

---

Je tiens à remercier l'ensemble des personnes qui ont accepté de répondre à mes questions et qui m'ont ainsi apporté une aide sans laquelle ce travail n'aurait pu aboutir.

A mes proches pour leur soutien et leur patience à mon égard.

Aux personnes qui, par leur questions et remarques ont stimulé mon propre questionnement.

---

# Sommaire

---

<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>1</b>
<b>1 CHAPITRE PREMIER : LE CADRE DE LA PROBLEMATIQUE</b> .....	<b>7</b>
<b>1.1 La qualité</b> .....	<b>7</b>
1.1.1 La qualité à l'hôpital.....	8
<b>1.2 La démarche qualité</b> .....	<b>10</b>
1.2.1 L'amélioration continue de la qualité.....	12
A) Définition.....	12
B) Principe.....	12
<b>1.3 Le management de la qualité</b> .....	<b>13</b>
1.3.1 Les principes fondamentaux.....	13
1.3.2 Le management des cadres par le directeur des soins.....	14
A) Le leadership.....	14
B) Les capacités de coach.....	15
C) Le management ou l'art de trouver un compromis.....	16
D) Le lien entre le management et la qualité.....	18
<b>1.4 Le soin</b> .....	<b>18</b>
<b>1.5 Mesurer la qualité des soins</b> .....	<b>19</b>
1.5.1 L'évaluation des soins médicaux.....	19
1.5.2 L'évaluation des soins infirmiers.....	20
A) Les modèles d'évaluation de la qualité des soins.....	20
B) Le contexte réglementaire français.....	21
C) Le rôle du directeur des soins en matière de qualité.....	22
<b>1.6 La politique qualité, dimension stratégique</b> .....	<b>23</b>
1.6.1 Le projet d'établissement.....	23
1.6.2 Le lien entre projet et culture.....	24
1.6.3 Le lien entre culture et qualité.....	25
1.6.4 La notion de stratégie.....	25
<b>2 CHAPITRE DEUX : L'ENQUETE</b> .....	<b>26</b>
<b>2.1 Méthodologie utilisée</b> .....	<b>26</b>
2.1.1 Les indicateurs retenus dans l'analyse des projets.....	26
2.1.2 Les indicateurs retenus dans l'analyse du compte-rendu d'accréditation.....	27
2.1.3 Les entretiens semi directifs.....	27

A)	La population interviewée .....	27
B)	Thèmes abordés dans les entretiens.....	28
<b>2.2</b>	<b>Les limites méthodologiques.....</b>	<b>28</b>
A)	De l'analyse des projets et comptes-rendus d'accréditation.....	28
B)	Des entretiens .....	28
<b>2.3</b>	<b>Les résultats de l'enquête.....</b>	<b>28</b>
2.3.1	L'analyse des projets .....	29
A)	Les projets d'établissements (PE).....	29
B)	Les projets de soins (PS).....	30
C)	Les projets qualité (PQ) .....	31
2.3.2	L'analyse des comptes-rendus d'accréditation .....	31
A)	Résultats globaux.....	31
B)	Appréciation sur la démarche qualité et synthèse du chapitre QPR .....	31
2.3.3	L'analyse des entretiens .....	34
A)	La dimension stratégique .....	34
B)	La dimension structurelle .....	36
C)	La dimension technique .....	38
D)	La dimension culturelle .....	40
<b>3</b>	<b>CHAPITRE TROIS : SYNTHÈSE ET ORIENTATIONS</b>	
	<b>PROFESSIONNELLES.....</b>	<b>44</b>
<b>3.1</b>	<b>Synthèse .....</b>	<b>44</b>
3.1.1	Validation de la première hypothèse.....	44
3.1.2	Validation de la seconde hypothèse.....	45
<b>3.2</b>	<b>Orientations professionnelles.....</b>	<b>45</b>
3.2.1	Le positionnement du DS dans la démarche d'amélioration de la qualité.....	46
3.2.2	Le positionnement des cadres dans la démarche d'amélioration de la qualité ....	47
3.2.3	Le management des équipes d'encadrement.....	47
A)	Une stratégie de management participatif .....	48
a)	Détecter les potentiels.....	48
b)	Donner envie aux acteurs de participer aux projets .....	48
c)	Oser déléguer.....	48
d)	Mettre en valeur les cadres et leurs aptitudes.....	48
B)	L'évaluation des cadres .....	49
C)	Le management des projets .....	49
3.2.4	La politique de communication autour de la qualité .....	51
3.2.5	La contribution de la formation .....	52
3.2.6	Le choix d'un outil d'évaluation de la qualité des soins .....	52

<b>CONCLUSION .....</b>	<b>55</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>57</b>
<b>LISTE DES ANNEXES.....</b>	<b>I</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

<b>AFNOR :</b>	<b>A</b> ssociation <b>F</b> rançaise de <b>NOR</b> malisation.
<b>AP-HP :</b>	<b>A</b> ssistance <b>P</b> ublique – <b>H</b> ôpitaux de <b>P</b> aris.
<b>CLIN :</b>	<b>C</b> omité de <b>L</b> utte <b>C</b> ontre les <b>I</b> nfections <b>N</b> osocomiales.
<b>CME :</b>	<b>C</b> ommission <b>M</b> édicale d' <b>E</b> tablissement.
<b>CS :</b>	<b>C</b> adre de <b>S</b> anté.
<b>CSS :</b>	<b>C</b> adre <b>S</b> upérieur de <b>S</b> anté.
<b>DHOS :</b>	<b>D</b> irection de l' <b>H</b> ospitalisation et de l' <b>O</b> rganisation des <b>S</b> oins.
<b>DS :</b>	<b>D</b> irecteur des <b>S</b> oins.
<b>EOH :</b>	<b>E</b> quipe <b>O</b> pérationnelle en <b>H</b> ygiène.
<b>EPS :</b>	<b>E</b> tablissement <b>P</b> ublic de <b>S</b> anté.
<b>GBEA :</b>	<b>G</b> uide de <b>B</b> onne <b>E</b> xécution des <b>A</b> nalyses.
<b>HACCP :</b>	<b>H</b> azard <b>A</b> nalysis <b>C</b> ritical <b>C</b> ontrol <b>P</b> oint (analyse des risques / maîtrise des points critiques).
<b>IGEQSI :</b>	<b>I</b> nstrument <b>G</b> lobal d' <b>E</b> valuation de la <b>Q</b> ualité des <b>S</b> oins <b>I</b> nfirmiers.
<b>ISO :</b>	<b>I</b> nternational <b>S</b> tandards <b>O</b> rganisation.
<b>MCO :</b>	<b>M</b> édecine <b>C</b> irurgie <b>O</b> bstétrique.
<b>OMS :</b>	<b>O</b> rganisation <b>M</b> ondiale de la <b>S</b> anté.
<b>PE :</b>	<b>P</b> rojet d' <b>E</b> tablissement.
<b>PQ :</b>	<b>P</b> rojet <b>Q</b> ualité.
<b>PS :</b>	<b>P</b> rojet de <b>S</b> oins.
<b>PSPH ::</b>	<b>P</b> articipant au <b>S</b> ervice <b>P</b> ublic <b>H</b> ospitalier.
<b>QPR :</b>	gestion de la <b>Q</b> ualité et <b>P</b> révention des <b>R</b> isques.
<b>RTT :</b>	<b>R</b> éduction du <b>T</b> emps de <b>T</b> ravail.
<b>SICS :</b>	<b>S</b> ervice <b>I</b> nfirmier de <b>C</b> ompensation et de <b>S</b> uppléance.
<b>SSR :</b>	<b>S</b> oins de <b>S</b> uite et de <b>R</b> éadaptation.

## INTRODUCTION

La thématique de la qualité a envahi le champ hospitalier ces dernières années. Quelque soit son lieu d'exercice, le professionnel de santé ne peut que constater l'importance constante de cette question dans les débats propres à sa corporation, dans les directives qui lui sont données comme dans les recommandations des grandes organisations internationales. Nombre de professionnels considèrent que la qualité est intégrée en soi dans le soin et qu'il suffit d'un peu de volonté et d'aptitudes pour l'accroître. Ils pensent aussi que la qualité recouvre depuis longtemps des préoccupations éthiques et déontologiques qui fondent leur exercice.

Ces vingt dernières années ont été marquées par deux phénomènes nouveaux : le caractère obligatoire qui accompagne le plus souvent ces politiques d'amélioration de la qualité et le développement de méthodologies spécifiques pour les conduire. Ainsi, la loi relative à l'assurance maladie<sup>1</sup> fait de la qualité un des outils majeurs de la régulation du système de santé. L'intention est de permettre aux pouvoirs publics une évaluation de la qualité des prestations données par les établissements de santé et de la dynamique de leurs démarches qualité afin d'allouer une partie des ressources. L'accréditation des établissements de santé introduite par l'ordonnance du 24 avril 1996<sup>2</sup> et plus récemment la deuxième version du manuel d'accréditation des établissements santé<sup>3</sup> s'inscrivent dans cette dynamique.

Pour tout professionnel de santé, la qualité du soin ou du service offert représente un fondement essentiel de sa pratique. Bien et mieux soigner n'est pas une préoccupation nouvelle. Pourtant, l'accent mis sur cette question est récent. De dimension implicite d'une pratique considérée comme un art, la qualité est devenue un élément explicite dont il convient de rendre compte. Il ne suffit plus de bien faire, encore faut-il en apporter la preuve. Cette exigence recouvre l'ensemble des dimensions de l'hôpital, qu'il s'agisse de la production de soins proprement dite comme de la logistique ou de l'administration et du management.

Si personne ne conteste la nécessité d'introduire des processus de gestion de la qualité dans les établissements de santé, les démarches qualité s'implantent pourtant lentement dans les hôpitaux. Il faut reconnaître que la gestion de la qualité implique une profonde transformation des organisations. Ces changements concernent tous les acteurs

---

<sup>1</sup> Loi n°2004-810 du 13 Août 2004 relative à l'assurance maladie.

<sup>2</sup> Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.

<sup>3</sup> ANAES. *Manuel d'accréditation des établissements de santé : deuxième procédure d'accréditation*. Paris, Septembre 2004. 131 p.

et touchent à la culture, aux habitudes, aux comportements et surtout aux équilibres sociologiques et des systèmes de pouvoir. L'implantation de la gestion de la qualité doit prendre en compte ces obstacles, ce qui implique que l'on fasse évoluer la culture et le management de l'organisation et de ses acteurs. La problématique majeure aujourd'hui concerne les stratégies et modalités d'implantation mais aussi leur suivi. Ce constat s'appuie tant sur notre vécu en tant que cadre en service de soins et en mission transversale que sur les résultats d'études. Celle menée par la DHOS<sup>4</sup> en 2003 montre que si les établissements de santé français affichent un engagement volontariste dans la qualité, les actions managériales sont souvent en décalage. Les principales actions menées pour améliorer la qualité de la prise en charge des patients consistent à formaliser les pratiques professionnelles donc à décrire des pratiques existantes sans engager de changement organisationnel. Par ailleurs, la mobilisation des acteurs semble difficile à maintenir. Pour beaucoup se pose la question de la pérennisation des efforts et actions entrepris une fois la visite d'accréditation passée. Pour la plupart des établissements, la qualité est utilisée comme un outil de management interne et externe. Interne car elle sert à mobiliser les acteurs autour d'un thème fédérateur. Externe car la politique qualité vise à fournir une image de vitalité à l'environnement (pouvoirs publics et concurrents dans la région). Par contre, la qualité est rarement mentionnée en tant que levier de changement organisationnel permettant de dégager des gains de productivité. Plusieurs éléments permettent d'affirmer que les actions d'amélioration de la qualité restent fragiles : le maintien de la mobilisation des actions en faveur de la qualité est problématique ; ces actions sont très sensibles aux changements de direction ; il n'existe pas de réel diagnostic ni de vécu commun autour de la qualité ; la RTT est souvent évoquée comme un obstacle pouvant remettre en cause les actions engagées.

Le directeur des soins (DS) fait partie des premiers acteurs concernés par le sujet de la qualité au sein des établissements de santé.

De façon plus spécifique, la question qui servira de fil conducteur de ce mémoire concerne la difficulté à mener les démarches qualité à leur terme. Il s'agira plus précisément d'étudier le rôle du directeur des soins dans ce domaine.

Pour mener notre étude, nous allons présenter le cadre de la problématique puis son environnement théorique. Nous explorerons plus particulièrement les notions en lien avec la qualité et son évaluation ainsi que les aspects managériaux et stratégiques qui en découlent. Cette réflexion nous permettra d'envisager la stratégie que le DS devra mettre

---

<sup>4</sup> CLAVERANNE J.-P., VINOT D., FRAISSE S., ROBELET M., CANDEL D., DUBOIS D., MARCHAUDON P. *Les perceptions de la qualité chez les professionnels des établissements de santé*. Paris : Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins, avril 2003. 17 p.



en place pour permettre l'aboutissement de démarches qualité dans le domaine des soins.

L'enquête s'effectuera dans trois établissements de santé. Nous étudierons les différents projets qui guident la vie de ces établissements (projet d'établissement, projet de soins, projet qualité) ainsi que les compte-rendus d'accréditation. L'étude se poursuivra par des entretiens auprès des différents acteurs impliqués dans le management de la qualité. Une troisième partie fera suite aux résultats obtenus dans l'enquête et abordera les enseignements et les préconisations pour la pratique du DS.

Mais en préambule de ce travail, il convient de préciser le questionnement de départ qui permettra d'énoncer nos hypothèses de travail. Ce questionnement s'appuie tout d'abord sur un vécu professionnel.

Dans le cadre de notre activité professionnelle en positionnement transversal et responsable du suivi du projet de soins institutionnel, nous avons constaté qu'il nous manquait un outil pertinent permettant d'avoir une vision globale et objective de la qualité des soins dispensés dans l'établissement. De ce fait, le choix des thèmes des évaluations de pratiques professionnelles ou des audits ne se faisait pas sur une base éclairée. Nous avions l'habitude d'évaluer de façon récurrente un certain nombre d'éléments tels que les pratiques transfusionnelles, la prévention et le traitement des escarres, l'hygiène des mains, la tenue du dossier de soins... C'était sur cette base que nous établissions les priorités d'action en matière d'amélioration de la qualité des soins. La visite d'accréditation nous a montré les limites de cette démarche. Ce dispositif ne nous a pas empêché d'avoir une recommandation concernant la contention physique des patients, mettant en évidence le manque d'exploration de cette thématique, même si nous disposions de l'indicateur du nombre de chutes de patients avec les conditions, raisons et conséquences. En l'absence d'éléments qualitatifs plus précis, nous n'avions pas pris conscience d'une défaillance dans la prise en charge du patient à risque de chute. Nous manquions aussi d'un outil permettant de nous alerter sur ce dysfonctionnement. Les critères sur lesquels s'appuyer pour décider de mener une action dans tel domaine plutôt que dans tel autre étaient donc incomplets ou insuffisants. Les indicateurs dont le directeur des soins (DS) disposait pour décider et piloter n'étaient peut-être pas suffisamment pertinents. Pour pouvoir l'être, il aurait fallu constamment réaliser des évaluations de pratiques professionnelles. Cela aurait peut-être permis d'être alerté au plus vite du moindre dysfonctionnement. Cela apparaît peu réalisable, sachant qu'une démarche qualité repose certes sur l'identification d'un problème, mais qu'elle est stérile si elle n'aboutit pas à la mise en place d'actions correctives pérennes.

Cette situation vécue amène un certain nombre de réflexions. Le fait de ne pas disposer d'un outil ou d'une méthode permettant d'avoir une vision globale de la qualité des soins n'est-il pas un handicap pour pouvoir piloter une politique d'amélioration continue de la qualité des soins au sein d'un établissement de santé.

La culture de l'évaluation est récente pour les professionnels de santé et semble difficile dans sa mise en œuvre et son appropriation. Ceux-ci considèrent l'évaluation avant tout comme une contrainte et une sanction et n'en perçoivent pas l'aspect positif : reconnaissance du travail bien fait, possibilité de progression et source de motivation. Pourtant, c'est désormais une obligation instituée par la loi portant Réforme Hospitalière du 31 juillet 1991 et renforcée par l'ordonnance du 24 avril 1996 instaurant l'accréditation pour tous les établissements de santé. La deuxième version de l'accréditation rend obligatoire des évaluations régulières des pratiques professionnelles. Elle est centrée sur les processus de soins et de prise en charge des patients alors que la première version est davantage centrée sur l'élaboration de procédures. Dès lors, il apparaît intéressant voire indispensable de disposer d'un outil permettant d'évaluer les pratiques sans en oublier et de cibler des priorités d'action.

Cette culture récente de l'évaluation ne permet pas encore son développement suffisant au sein des établissements. Dans certains cas, elle peut même constituer un frein à l'évaluation des pratiques professionnelles et au développement d'outils d'analyse performants.

Il semble difficile de mener les démarches qualité à leur terme. En quoi cette difficulté illustre-t-elle celle des professionnels à s'approprier une culture qualité ? Si la plupart du temps, les professionnels connaissent les outils pour mesurer la qualité des soins, c'est bien souvent dans le reste de la démarche que des manques apparaissent. L'élaboration des plans d'action et surtout leur suivi posent des difficultés à beaucoup de cadres. Il semble que même ceux ayant suivi une formation dans le domaine de la qualité éprouvent ces difficultés. Nous pouvons alors nous interroger sur le dispositif de management des cadres : comment peut-il contribuer à améliorer cet état de fait ?

Nous pouvons aussi nous questionner sur la coordination des actions qualité et en particulier sur la relation entre direction des soins et direction qualité. Les rôles respectifs sont-ils clarifiés ? Une structure de pilotage de la qualité est-elle indispensable au sein d'un établissement de santé ? En quoi l'impulsion du chef d'établissement est importante ? En quoi la traduction des objectifs qualité dans les différents projets institutionnels aide-t-elle la qualité ?

Ces réflexions nous amènent à poser la question suivante :

**Pourquoi les démarches qualité sont souvent difficiles à mener à leur terme au sein des établissements de santé ?**

En réponse à cette question de départ, nous avons retenu les hypothèses explicatives suivantes :

**Il n'existe pas une culture qualité au sein de l'établissement à deux niveaux :**

- **La coordination de la qualité est défailante.**
- **Le management des cadres par le DS ne permet pas l'émergence d'une culture de la qualité.**

**Il n'existe pas au sein de l'établissement un outil fiable et performant permettant d'avoir une vision globale de la qualité des soins dispensés.**

La suite de notre travail consistera à répondre à cette question en explorant les hypothèses retenues, tout d'abord à travers un éclairage théorique des concepts qu'il met en avant.

# 1 CHAPITRE PREMIER : LE CADRE DE LA PROBLEMATIQUE

La finalité de ce chapitre est d'approfondir et d'apporter un éclairage théorique sur la problématique traitée. Il permettra de réaliser la synthèse de chaque concept en examinant ses fondements historiques, conceptuels, théoriques et empiriques.

## 1.1 La qualité

Qu'est-ce que la qualité et que désire t-on offrir aux usagers du système de santé ? Il n'y a pas de consensus pour définir ce concept de façon opérationnelle. Toutefois, il apparaît important de le définir de façon conceptuelle avant de le faire de façon opérationnelle.

Selon Caby et Jambart<sup>5</sup>, la qualité est la capacité d'un produit, dans le sens le plus général de bien matériel ou de service rémunéré ou non, à satisfaire les clients, en particulier par le respect des engagements pris. Il convient de distinguer qualité externe et qualité interne. La qualité externe est illustrée par le fait qu'une entreprise réalise, par ses processus de production, des produits à destination de clients qui les évaluent par rapport à leurs attentes. A cette qualité externe répond une qualité interne qui établit et règle la relation client fournisseur entre les services au sein d'une même entreprise. L'hôpital, en tant que producteur de soins, se trouve confronté à une réalité issue du milieu de l'entreprise : le producteur n'est pas le juge de la qualité, seul le client/usager l'est. Un bon technicien ne produit pas forcément la qualité attendue. Ainsi, la maîtrise d'une technique et la maîtrise de la qualité ne vont pas systématiquement de pair. Pour ces auteurs, le seul moyen de garantir la qualité dans le temps est de s'intéresser aux modalités de réalisation des produits, c'est-à-dire aux processus et, au-delà, au fonctionnement de l'organisation.

L'organisme ISO<sup>6</sup> définit la qualité comme « *l'ensemble des caractéristiques d'une entité qui lui confère l'aptitude à satisfaire des besoins exprimés et implicites* ». Une entité peut être à la fois une activité ou un processus, un produit, un organisme, un système ou une personne, ou encore une combinaison de l'ensemble de ces éléments.

---

<sup>5</sup> CABY F., JAMBART C. La qualité dans les services : fondements, témoignages, outils. Paris : Economica, 2002. 183 p.

<sup>6</sup> LECKET H., VILCOT C. Qualité en santé : 150 question pour agir. Paris : AFNOR, 1999, p 464.

### 1.1.1 La qualité à l'hôpital

En 1987, l'OMS<sup>7</sup> définit la qualité dans les établissements de santé comme « *une démarche qui doit permettre de garantir à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui leur assurera le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogénique, et pour sa grande satisfaction, en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins* ».

Développer la qualité des soins et des services répond au moins à deux types d'exigence. La première est la responsabilité éthique de tout professionnel : il se doit de contrôler sa pratique et de corriger ses erreurs afin de garantir le qualité du service qu'il offre. Il est donc tenu d'assurer l'efficience dans l'exercice de ses fonctions. La seconde exigence repose sur des considérations socio-économiques : le développement, la rentabilité et la survie de toute entreprise sont liés à la qualité des biens et services offerts. L'absence de qualité menace toute entreprise dans la mesure où elle génère des coûts. D'autre part, le développement de techniques de plus en plus sophistiquées et la nécessité de recourir à des personnels de mieux en mieux formés accroissent encore les coûts. L'hôpital n'échappe pas à ces contraintes.

Dans ce contexte particulier, il apparaît d'emblée que le concept de qualité recouvre plusieurs aspects selon l'angle sous lequel elle est abordée. Selon Vuori<sup>8</sup>, « *les choses étant ce qu'elles sont, les définitions (de la qualité) peuvent exprimer tout ce que l'on veut (...). Il est peut-être impossible de trouver une définition qui satisfasse tout un chacun. Par conséquent, quiconque utilise le concept de qualité doit préciser clairement ce qu'il entend par là : qualité pour qui, définie par qui, destinée à quoi, et de quelle qualité s'agit-il* ».

Donabedian<sup>9</sup> rejoint ce positionnement en insistant sur le fait qu'il n'y a pas de consensus pour définir le concept de qualité de façon opérationnelle. Elle peut être vue par les professionnels, les patients, leurs proches, l'administration, les organismes payeurs etc. A un moment donné, la qualité d'un même épisode de soins pourra être appréciée très différemment suivant qu'il s'agit de l'avis d'un médecin ou d'un malade. Elle peut prendre en considération une personne, un groupe d'individus ou bien l'ensemble des personnes hospitalisées dans un service de soins. Elle peut être destinée à adapter les moyens (humains et matériels) nécessaires à la réalisation des soins, à

---

<sup>7</sup> LECLET H., VILCOT C. Op. Cit, p 56.

<sup>8</sup> VUORI H. *L'assurance de la qualité des prestations de santé : la santé publique en Europe*. Copenhague : Organisation Mondiale de la Santé, 1984.

<sup>9</sup> DONABEDIAN A. «Evaluating the quality of medical care » Milbank Memorial Fund Quatrely, 1966, n°44, pp. 166-206.

modifier les pratiques des professionnels ou encore à mesurer la satisfaction des patients et de leur entourage.

Une enquête diligentée par la DHOS<sup>10</sup> en 2003 confirme que la qualité a plusieurs définitions qui sont portées essentiellement par les catégories professionnelles d'appartenance. Il ressort de cette étude trois logiques professionnelles :

- Celle des soignants, marquée par les aspects relationnels de la « qualité des soins accordés aux patients » inscrite dans une pratique collective professionnelle.
- Celle des médecins qui s'appuie essentiellement sur un référentiel technique et qui se marque, dans le discours, par une spécification de la qualité (« qualité des soins »).
- Celle des responsables administratifs très proche des textes officiels, qui parlent de « démarche qualité ».

Il existe une prise de conscience, ces dernières années, de l'impérieuse nécessité de la qualité au sein des établissements de santé. On peut penser que cela est influencé par plusieurs facteurs tels que l'accréditation qui aura permis aux acteurs de se rencontrer, de se coordonner et de formaliser leurs pratiques ; la contractualisation et la mise en réseau des établissements qui, avec son jeu de fixation d'objectifs, aura initié des démarches plus rigoureuses et engageantes ; la RTT qui, en obligeant à revoir des organisations a permis de prendre conscience du fait que le travail d'hier n'est plus possible ; la prise en compte des droits des malades, qui a permis de changer le regard des soignants en les obligeant à intégrer leur demande.

Pour répondre à ce questionnement sur la qualité, nous proposons les éléments de réflexion suivants qui guideront notre travail :

- La qualité pour qui ? A la fois pour les professionnels soignants, les personnes auxquels ils s'adressent et pour les différents acteurs politiques, économiques et gestionnaires participant, par leurs décisions et leurs choix, au développement de la qualité du soin offert à la population.
- Définie par qui ? Par les professionnels de santé, quelque soit leur origine professionnelle et leur fonction.
- Destinée à quoi ? A enrichir et alimenter la réflexion professionnelle et le débat public sur les exigences inhérents à une pratiques soignante se voulant de qualité.

---

<sup>10</sup> CLAVERANNE J.-P., VINOT D., FRAISSE S., ROBELET M., CANDEL D., DUBOIS D., MARCHAUDON P. *Les perceptions de la qualité chez les professionnels des établissements de santé*. Paris : Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins, avril 2003. 17p.

- De quelle qualité s'agit-il ? Celle de la pratique soignante, c'est-à-dire le soin porté à la personne dans une perspective de santé et non les soins faits dans un but de non maladie. Cette qualité ne peut être atteinte sans une organisation performante.

La qualité est donc un concept multiforme et multidimensionnel. Il s'agit d'une notion dynamique qui évolue en fonction des changements techniques, des savoirs et de l'environnement politique, social, économique et organisationnel. Sa mesure ne peut se faire qu'en tenant compte de contexte dans le quel elle s'opère. Elle apparaît indissociable des intentions et des rôles des différents acteurs du système de santé.

Le terme qualité est souvent associé à d'autres vocables, mettant ainsi en évidence les moyens permettant d'y parvenir. Pour en saisir le sens, il convient d'en définir les termes.

## 1.2 La démarche qualité

Ce n'est pas un terme normalisé et il faut lui conférer un sens très large. Une démarche qualité est une « façon d'agir » dans le domaine de la qualité. Selon l'AFNOR<sup>11</sup>, une **démarche qualité** est « *l'ensemble des méthodes, des techniques et des actions managériales que mène l'établissement de santé pour gérer la qualité de ses prestations dans le but de satisfaire ses clients, d'assurer sa pérennité et de se développer* ».

Il existe plusieurs approches possibles en matière de démarche qualité. La première est le **contrôle qualité**. Il consiste en des « *activités telles que mesurer, examiner, essayer ou passer au calibre une ou plusieurs caractéristiques d'une entité et comparer les résultats aux exigences spécifiées en vue de déterminer si la conformité est obtenue pour chacune de ces caractéristiques* »<sup>12</sup>.

L'**assurance qualité** est « *l'ensemble des actions préétablies et systématiques nécessaires pour donner la confiance appropriée qu'un produit ou service satisfera aux exigences relatives à la qualité* »<sup>13</sup>.

L'**amélioration continue de la qualité**<sup>14</sup> repose sur l'idée que la qualité peut être continûment améliorée en utilisant des techniques fiables pour étudier et perfectionner un

---

<sup>11</sup> LECLET H., VILCOT C. *Qualité en santé : 150 questions pour agir*. Paris : AFNOR, 1999, p445.

<sup>12</sup> LECLET H., VILCOT C. Op. Cit. p443.

<sup>13</sup> LECLET H., VILCOT C. Op. Cit. p437.

<sup>14</sup> ANAES. *Principes de mise en œuvre d'une démarche qualité en établissement de santé*. Paris, 2002. 77p.

processus. Cela suppose que la qualité ne s'obtient pas uniquement par l'inspection et l'élimination des problèmes.

Enfin, le **management total par la qualité** est un « *mode de management de l'ensemble d'une structure centré sur la qualité et qui recherche la qualité à long terme par la satisfaction du client, des membres de la structure et de la société*<sup>15</sup> ».

Nous avons choisi, dans le cadre de notre mémoire professionnel, de nous centrer sur l'amélioration continue de la qualité car elle correspond à une démarche qualité progressive incluant un management participatif tout en privilégiant une approche par processus, ce qui s'adapte particulièrement bien aux situations de soins. Elle revêt donc un intérêt particulier pour le directeur des soins.

En ce qui concerne la mise en œuvre de la démarche qualité, l'ANAES<sup>16</sup> estime que quatre dimensions doivent être maîtrisées pour avoir un impact durable au sein d'une organisation :

- La dimension stratégique consiste à clarifier les objectifs de l'établissement vis-à-vis de la démarche qualité. Elle permet d'identifier les processus clés, c'est-à-dire ceux qui ont le plus d'impact sur la satisfaction des patients et auxquels l'établissement consacre le plus de ressources présentant le meilleur potentiel d'amélioration. Cela aboutit à préciser les missions transversales de certains professionnels et à officialiser le temps consacré aux actions qualité par rapport aux autres missions. Cette dimension offre une vision qui permet de prioriser des actions et donc de focaliser des efforts en vue de l'atteinte des objectifs.
- La dimension technique qui rassemble plusieurs compétences : la gestion de projet, l'organisation d'un système qualité et la maîtrise des méthodes et outils qualité.
- La dimension structurelle qui correspond à la mise en place de structures de coordination nécessaires à la démarche avec une composante politique et stratégique (le comité de pilotage) et une composante opérationnelle (cellule ou direction qualité).
- La dimension culturelle concerne les croyances, valeurs, normes, représentations et comportements qui favorisent la mise en œuvre de la démarche qualité. Une nouvelle culture s'acquiert par le travail en équipe, l'approche client, la culture de la mesure, l'approche positive de l'erreur, les formations, la conduite de projets pilotes. L'exemplarité des leaders a un impact majeur sur l'évolution culturelle.

---

<sup>15</sup> ANAES. Op. Cit.

<sup>16</sup> ANAES. *Principes de mise en œuvre d'une démarche qualité en établissement de santé*. Paris, 2002. 77p.



Selon Shortell<sup>17</sup>, ces quatre dimensions sont toutes indispensables et indissociables. Si la dimension stratégique est négligée, il n'y aura pas de résultats significatifs sur les sujets essentiels. Si la dimension culturelle n'est pas prise en compte, les résultats seront faibles, sans pérennisation. L'absence de prise en compte de la dimension technique suscitera frustration et faux départs. Enfin, négliger la dimension structurelle ne permet pas de capitaliser et d'étendre les apprentissages.

### 1.2.1 L'amélioration continue de la qualité

#### A) Définition

C'est la partie du management de la qualité axée sur l'accroissement et la capacité à satisfaire aux exigences pour la qualité.

Elle s'intéresse notamment à :

- l'efficacité, c'est-à-dire au niveau d'obtention des résultats par rapport aux objectifs initiaux planifiés ;
- l'efficience, c'est-à-dire au rapport entre le résultat obtenu et les ressources consommées (notion de rendement, la qualité n'étant pas indépendante de l'économie).

L'adjectif « continu » est utilisé pour indiquer que l'amélioration est régulière. L'organisme recherche activement des opportunités d'amélioration et les concrétise.

#### B) Principe

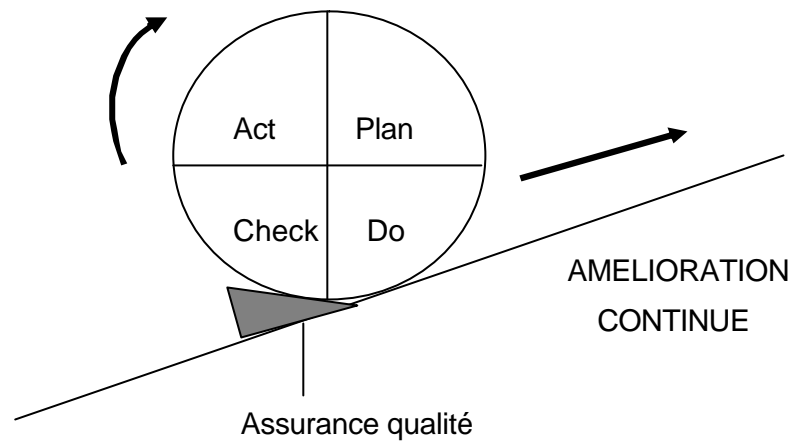
Les actions d'amélioration sont conduites par cycles, selon le principe de la roue de Deming. Les quatre temps de ce principe sont :

- PLAN : planifier. Établir une politique qualité, se fixer des objectifs, prévoir les moyens de réalisation.
- DO : réaliser, mettre en œuvre ce qui a été prévu.
- CHECK : vérifier que l'on tend vers les éléments planifiés, contrôler les résultats, mesurer les avancées.
- ACT : réagir et améliorer, c'est-à-dire réduire les écarts, traiter les non conformités et améliorer, c'est à dire faire évoluer les objectifs.

Ce principe se trouve illustré dans le schéma suivant, rendant compte de la dynamique induite.

---

<sup>17</sup> ANAES. Op. Cit.



Avec le principe d'amélioration continue de la qualité, l'objectif de progrès est rendu permanent avec une vision d'avenir.

### 1.3 Le management de la qualité

Selon la norme ISO 8402<sup>18</sup>, il s'agit de « l'ensemble des activités de la fonction générale de management qui déterminent la politique qualité, les objectifs et les responsabilités, et les mettent en œuvre par des moyens tels que la planification de la qualité, la maîtrise de la qualité, l'amélioration de la qualité, dans le cadre d'un système qualité ». Le management de la qualité est un des aspects du management d'un établissement de santé, au même titre que le management des ressources humaines, de la logistique, des affaires médicales... Il doit être initié au plus haut niveau hiérarchique de l'établissement de santé et prendre en compte les aspects économiques et un responsable de cette activité doit être désigné.

Pour obtenir la qualité donc le changement, il faut déployer un management approprié.

#### 1.3.1 Les principes fondamentaux

Il convient tout d'abord de développer une approche méthodique car les changements reposent sur l'utilisation appropriée de méthodes et d'outils de la qualité au regard des objectifs poursuivis.

Il faut ensuite prêter attention aux patients c'est-à-dire comprendre et satisfaire leurs attentes et besoins. Cela conditionne le développement et la pérennité des hôpitaux. L'écoute des patients doit permettre de réduire l'écart entre qualité attendue – qualité voulue – qualité perçue – qualité délivrée.

Il est indispensable de promouvoir et développer le leadership. Cela consiste, pour le responsable, à établir une vision du développement de l'établissement ou d'une activité

<sup>18</sup> LECLET H., VILCOT C. Op. Cit. p 454.

et à la communiquer aux membres de son équipe puis à guider ceux-ci dans sa mise en œuvre. Le leadership permet la prise de décisions adaptées au plus proche des secteurs d'activité concernant leurs organisation et fonctionnement.

Une démarche participative est aussi une clé du management de la qualité. C'est la mobilisation de l'ensemble du personnel pour définir les objectifs qualité, s'assurer qu'ils sont expliqués et compris pour permettre leur appropriation. Cela suppose que les axes stratégiques soient fixés à un niveau institutionnel et que l'atteinte des objectifs fasse l'objet d'un suivi.

L'approche processus, la transversalité et le pluriprofessionnalisme permettent le décloisonnement et augmentent l'efficacité collective.

Il est indispensable de se positionner dans une approche d'amélioration continue intégrant la résolution de problèmes et le traitement des dysfonctionnements.

Enfin, la mesure est un impératif de la qualité. Elle consiste en une objectivation du niveau de qualité existant et des progrès réalisés grâce aux actions d'amélioration. Elle permet de valoriser le travail accompli, de développer la confiance des professionnels et des patients et d'apporter la preuve des progrès réalisés.

### **1.3.2 Le management des cadres par le directeur des soins**

Selon Stenier<sup>19</sup>, un dirigeant ne peut se satisfaire des sources de pouvoir tels que la hiérarchie, le savoir et l'expertise. Au-delà de son savoir (expertise et connaissances) et de son savoir faire, il doit surtout développer son savoir faire faire (capacité de leader) et son savoir faire être (capacité de coach).

#### **A) Le leadership**

Ce terme est souvent présenté dans la littérature sous l'expression « leadership transformationnel »<sup>20 21 22 23</sup>. Il implique que le leadership exercé par un leader sur ses employés consiste à leur donner du pouvoir de telle sorte qu'ils deviennent eux-mêmes des leaders et des agents de changement au sein de l'organisation. Les leaders

---

<sup>19</sup> STENIER B. « Adoptez l'attitude coach ! ». Soins Cadres, août 2004, n°51, pp. 70-71.

<sup>20</sup> DUNHAM-TAYLOR J. « Nurse executive transformational leadership found in participative organizations ». Journal of Nursing Administration, 2000, n°30, pp. 241-250.

<sup>21</sup> DUNHAM J., KLAFEHN KA. « Transformational leadership and the nurse executive ». Journal of Nursing Administration, 1990, n°20, pp. 28-34.

<sup>22</sup> MEDLEY F., LAROCHELLE D. « Transformational leadership and job satisfaction ». Nursing Management, 1995, n°26, pp. 64JJ-64NN.

<sup>23</sup> Mc DANIEL C., WOLF GA. « Transformational leadership in nursing service – A test of theory ». Journal of Nursing Administration, 1992, n°22, pp. 60-65.

transformationnels envisagent de nouvelles façons de travailler et favorisent peu le statu quo. Ils délèguent les responsabilités de façon significative, incitent leurs collaborateurs à prendre des initiatives, promeuvent la coopération et le travail en équipe et favorisent la résolution constructive des conflits. Il s'agit plus d'une attitude qu'une façon de diriger. C'est pourquoi on observe plus facilement les résultats du leadership transformationnel que son processus. On parlera donc plutôt des qualités ou habiletés du leader transformationnel.

La première d'entre elles consiste à connaître sa propre compétence et à être convaincu de ses idéaux. Ainsi, il influence ses collaborateurs en leur présentant de façon claire leurs missions et surtout les bénéfices qu'ils pourraient en tirer.

La seconde habileté du leader est la considération individuelle : il traite chacun de ses collaborateurs différemment mais de façon équitable. Il les conseille individuellement en exprimant son appréciation du travail bien fait, en pointant de façon constructive leurs faiblesses, en leur assignant des projets particuliers qui augmenteront leur confiance en eux ou qui utiliseront leurs talents personnels.

La troisième qualité du leader est la stimulation intellectuelle. Celle-ci vise à rehausser la compréhension et le discernement des collaborateurs à l'égard des problèmes auxquels ils font face. Il favorise l'innovation en les incitant à remettre en question leur façon habituelle de travailler par le développement d'une pensée critique.

Selon des études<sup>24</sup>, la qualité des soins dispensés aux patients est directement proportionnelle à la qualité du leadership transformationnel dont l'encadrement fait preuve. La qualité du leadership est également une clé des « hôpitaux magnétiques (hôpitaux qui attirent les professionnels et les fidélisent) et entraîne de faible taux de rotation du personnel infirmier, ainsi qu'un niveau de satisfaction élevé pour les professionnels comme pour les patients<sup>25</sup>.

## B) Les capacités de coach

Selon Stenier<sup>26</sup>, elles viennent compléter le leadership et ont pour finalité de développer les talents de ses collaborateurs. Elles reposent sur quatre composantes. La première consiste à motiver ses collaborateurs, c'est à dire à mettre en place de vraies relations de partenariat pour aboutir à une performance individuelle et collective accrue. Le moteur de cette performance se trouve dans la capacité de toute personne à

---

<sup>24</sup> SULLIVAN J. E., DECKER P. J. *Effective management in nursing*. California : Addison-Wesley, 1985. 154 p.

<sup>25</sup> KRAMER M. « The magnet hospitals : excellence revisited ». *Journal of Nursing Administration*, 1990. n°20, pp 35-44.

<sup>26</sup> STENIER B. « Adoptez une attitude coach ». Op. Cit.

comprendre les dimensions (valeurs, mission, stratégie, objectifs...) de l'organisation à laquelle il participe, à développer ses compétences et sa personnalité pour progresser vers ce qu'il souhaite être et à se rapprocher de ses objectifs et les concrétiser.

La deuxième capacité de coach consiste à rendre autonome ses collaborateurs. Il faut donc communiquer des données pertinentes aux bonnes personnes en temps utile. Travailler de façon autonome demande en effet de connaître et comprendre les tenants et aboutissants d'une situation. L'autonomie implique une prise de risque et se caractérise par la capacité à prendre les bonnes initiatives lorsque l'on est confronté à des circonstances imprévues. Le manager qui a développé des capacités de coach crée un contexte où chaque collaborateur sait jusqu'où il peut aller, sans craindre d'encourir des sanctions et où il comprend et exploite la dimension formatrice de l'erreur.

La troisième capacité de coach consiste à ménager du temps et de l'espace pour que les collaborateurs puisse exprimer leur potentiel d'évolution. Il s'agit d'offrir les conditions de l'expérimentation et de l'apprentissage. Cela stimule les personnes à sortir de leur domaine d'expertise, de leur zone de confort.

La quatrième capacité de coach concerne le renforcement de l'estime de soi. Cela passe par le sentiment d'être apprécié et de se sentir capable. Le dirigeant-coach doit donc reconnaître chacun de ses collaborateurs pour ce qu'il sait ou sait faire et pour ce qu'il est en tant que personne. Il contribue à protéger l'estime de soi en gérant et arbitrant de façon adéquate les conflits pour éviter qu'ils ne débouchent sur des agressions personnelles, des rumeurs ou des reproches.

Le dirigeant-coach agit donc comme un catalyseur et un accélérateur pour libérer le potentiel des individus et des groupes et leur permet d'intégrer de nouvelles compétences dans le but final d'atteindre les objectifs et de réaliser les missions. Cela se traduit par des comportements et une manière spécifique de réfléchir, de décider et d'agir.

### C) Le management ou l'art de trouver un compromis

Hees<sup>27</sup> pose comme préalable que le management nous fait entrer dans le domaine du compromis entre les objectifs de la personne et ceux de l'organisation. Le management s'appuie sur différentes sciences telles que la sociologie de l'organisation, l'économie d'entreprise, la psychosociologie des groupes, la philosophie. Elles aident à comprendre la réalité organisationnelle sur laquelle le management cherche à agir, mais aussi, **a posteriori**, les réussites et les échecs de l'action managériale. Il faut cependant se garder de penser que le management est une science exacte. On ne peut en effet garantir l'efficacité d'une action future, puisque le management consiste à agir sur l'agir

---

<sup>27</sup> HEES M. « Le management : science, art, magie ? ». *Perspective Soignante*, Septembre 1999, n°5, pp. 62-72.

des autres. Or cela n'est jamais totalement prévisible ni contrôlable. Manager une organisation, c'est à dire conduire un groupe humain, est une activité très complexe. Le travail n'étant pas une fin en soi mais un moyen, il en va de même de l'organisation dans laquelle on l'exerce. L'organisation est donc un moyen que la personne / l'acteur cherche à mettre au service de son projet personnel. D'un autre côté, le manager est responsable de la pérennité de « son » organisation, conditionnée par son bon fonctionnement et par la réalisation effective de sa finalité. Du point de vue de la finalité de l'organisation, le manager est amené à considérer les personnes qui y travaillent comme des moyens ou des ressources, d'où le terme de gestion des ressources humaines. Là réside un antagonisme fondamental qui pèse sur l'action managériale. La personne revendique son statut de sujet et refuse d'être réduit à celui de moyen. Ce refus s'exprime souvent par des comportements dysfonctionnels tel que l'absentéisme, les conflits internes, les défauts de qualité etc. Le manager, lui, au nom de l'organisation, revendique le droit d'en définir et imposer les objectifs à des personnes considérées comme des ressources. Sa tâche devient donc, dans son principe, impossible.

Le travail est avant tout un moyen d'assurer sa subsistance et son identité sociale. Les organisations sont les principales voies d'accès au travail. La personne a donc besoin de l'organisation comme l'organisation a besoin des personnes. Elle n'existe que par les personnes qui la constituent et en assurent le fonctionnement. Le management devient ainsi une affaire de compromis, de contrat, soumis à la liberté relative des personnes et au rapport de pouvoirs du moment. La réussite managériale apparaît donc aléatoire et le management s'apparenterait plus à un art qu'à une science.

Il n'y a pas une solution mais des compromis sans cesse à inventer. Chacun ne vaut que dans des circonstances déterminées. Celles-ci sont par définition changeantes. Le compromis ne peut donc être que provisoire. De par la « matière » qu'il traite, le manager ne pourra jamais prétendre mettre en œuvre le bon système de gouvernement de l'organisation. Pour autant, le caractère aléatoire de la réussite managériale ne doit pas conduire à des dérives telle le recours à la « magie ». Cela peut être en effet une façon de gérer les incertitudes. Le début de cette dérive consiste à réduire les problèmes à leurs seuls aspects techniques, à croire dans les vertus propre et intrinsèque des outils de gestion.

Crozier<sup>28</sup> estime que la mission des responsables est de créer des conditions nécessaires pour que les personnes se motivent elles-mêmes. Cela repose sur trois principes. Tout d'abord la simplicité de l'organisation, qui ne signifie pas simplisme, et qui

---

<sup>28</sup> CROZIER M. *L'entreprise à l'écoute. Pour apprendre le management post-industriel*. Paris : Le Seuil, 1989. 279 p.

est selon lui la meilleure réponse à la complexité des rapports humains. En second lieu, le principe d'autonomie permet de réduire la complexité en donnant une liberté de décision à des unités opérationnelles fortes. Cela permet davantage d'innovation. Le pouvoir de décision doit être placé le plus près possible du patient, pour pouvoir répondre rapidement et efficacement à sa demande. Enfin, il convient de développer une culture commune, générée par des objectifs communs. La culture étant pour Crozier l'ensemble des valeurs, des principes qu'une entreprise propose à ses salariés de partager.

#### D) Le lien entre le management et la qualité

Il convient d'abord de préciser qu'on ne manage pas la qualité mais des personnes en vue d'améliorer la qualité de ce qu'elles font. La difficulté à laquelle se heurte un projet qualité (PQ) n'est pas le refus de la qualité par une partie des cadres et du personnel, ni la seule résistance au changement. Elle réside dans le conflit de posture qui oppose les personnes et l'organisation. Un PQ doit être conçu comme un nouveau compromis entre le manager et ses collaborateurs. Le compromis implique une confrontation, une négociation et une concertation. Sa réussite ne repose donc pas principalement sur la rationalité des dispositifs organisationnels ou techniques que le manager met en place. Celui-ci doit effectivement prendre en compte la diversité des enjeux des uns et des autres. Sinon, le projet est imposé, perd sa capacité dynamisante et est perçu comme une contrainte nouvelle suscitant retrait ou rejet. L'enjeu principal est la reconnaissance ou la non reconnaissance du fait que les personnes sont plus que de simples ressources, qu'elles ont un sens à donner à ce qu'elles font et à ce qu'elles deviennent par ce qu'elles font.

Par conséquent, un PQ doit non seulement viser les patients mais aussi les personnels et les cadres avec lesquels le compromis-qualité doit être élaboré. De plus, l'amélioration du service global rendu au patient passe beaucoup par la disparition des dysfonctionnements dans les interfaces entre services. Cela implique des confrontations et négociations entre services, chacun ayant à prendre conscience qu'il est davantage un fournisseur de quelqu'un que le simple producteur de quelque chose. Dans ce contexte, le style du manager prend valeur de modèle.

Evoquer le management pour la qualité conduit donc à abandonner l'idée d'une gestion des ressources humaines visant à soumettre les personnes aux exigences de l'organisation pour aller vers une collaboration dont la base est un compromis temporaire et le résultat un succès provisoire.

## 1.4 Le soin

L'hôpital étant un lieu de soin, il convient d'en préciser son acception, puisqu'il s'agit bien de ce qui sera évalué.

Pour Hesbeen<sup>29</sup> « *le soin est l'attention positive et constructive portée à quelqu'un dans le but de réaliser quelque chose avec lui ou pour lui* ».

La situation de soin représente une rencontre et un accompagnement entre une personne soignante dont l'intention est d'être aidante et une personne soignée qui a besoin d'aide. Aborder la qualité du soin ne se cantonne pas à un acte circonscrit mais constitue une approche holistique de la personne soignée. Le soin n'est pas la somme d'actes fragmentés, certains techniques, certains de base, certains éducatifs et d'autres, enfin, relationnels. Une pratique soignante de qualité prend du sens dans la situation de vie de la personne soignée.

Pour Chalifour<sup>30</sup>, prendre soin consiste à porter une attention particulière à toute la personne et à reconnaître sa façon particulière d'interagir avec son environnement. Cela suppose de tenir compte de ses besoins particuliers, de l'aider à y puiser l'énergie, l'information et la matière pour y répondre.

## **1.5 Mesurer la qualité des soins**

Une fois posée l'acceptation du soin et du prendre soin, il convient de s'interroger sur les moyens mis en œuvre au fil du temps pour en apprécier la qualité.

### **1.5.1 L'évaluation des soins médicaux**

Même s'il a fallu attendre la fin du vingtième siècle pour que les professionnels s'intéressent de façon systématique à la qualité des soins donnés aux patients, leur évaluation est une préoccupation ancienne.

C'est en 1933 qu'apparaît la première définition de la qualité des soins médicaux. Selon Jacquerye<sup>31</sup>, c'est « *l'application de tous les services nécessaires de la médecine scientifique moderne pour répondre aux besoins de toute la population* ».

C'est dans les années cinquante que sont apparus les premières normes et les premiers instruments permettant d'évaluer les prestations fournies aux malades. L'objectif était alors de disposer de références rationnelles et objectives. Les premières tentatives d'évaluation concernent d'abord les soins médicaux. Elles sont réalisées en chirurgie à partir de l'examen des dossiers médicaux. Ce sont les premières tentatives d'audit médical dans une approche de revue par les pairs.

---

<sup>29</sup> HESBEEN W. *La qualité du soin infirmier : penser et agir dans une perspective soignante*. Paris : Masson, 1998. 207p.

<sup>30</sup> CHALIFOUR J. *La relation d'aide en soins infirmiers : une perspective holistique – humaniste*. Paris : Editions Lamarre, 1989. 296p.

<sup>31</sup> JACQUERYE A. *La qualité des soins infirmiers : implantation, évaluation, accréditation*. Paris : Maloine, 1999. 326p.



Puis ces évaluations vont se généraliser aux différentes spécialités.

### 1.5.2 L'évaluation des soins infirmiers

Ce mouvement a été initié avec les premiers travaux sur la qualité des soins infirmiers en 1950. Ils aboutissent à la création de normes et de critères et amorcent une première réflexion sur les modalités permettant de mesurer le degré de qualité atteint.

Ce travail a été repris et a trouvé un aboutissement en 1989 où Grenier<sup>32</sup> estime qu'« évaluer la qualité des soins infirmiers consiste à comparer de façon objective la réalité des soins infirmiers avec des normes et critères acceptés. Elle porte essentiellement sur les activités reliées aux soins ou sur les résultats des soins dispensés ».

#### A) Les modèles d'évaluation de la qualité des soins

C'est en 1965 qu'est créé le premier guide d'évaluation concernant les soins infirmiers. Il explore la maladie, les besoins du patient, l'organisation des soins, leur exécution et leurs résultats.

En 1960, Donabedian propose un modèle de mesure de la qualité des soins selon trois dimensions : les ressources, les processus et les résultats. En 1989, Grenier et ses collaborateurs proposeront l'IGEQSI qui explore ces trois dimensions de l'évaluation de la qualité des soins.

? **Les ressources** représentent les moyens mis en oeuvre pour dispenser les soins. Elles englobent, de façon générale, les méthodes et les instruments utilisés, ainsi que les conditions dans lesquelles se déroule la relation client fournisseur. Elles incluent la philosophie et les objectifs d'une institution, d'une agence, d'un programme ou d'un département. Elles comprennent des éléments aussi diversifiés que les caractéristiques organisationnelles, les ressources financières, l'équipement, le style de gestion, les caractéristiques des professionnels et des personnels techniques, les attentes, les attitudes et la valeurs des clients et des fournisseurs, la condition biopsychosociale du patient à son arrivée.

? **Le processus** concerne la réalisation des soins et met l'accent sur la façon avec laquelle sont accomplies les activités reliées aux soins. Ce domaine couvre l'interaction client fournisseur et intègre donc ce qui est fait et ce qui ne l'est pas, que ce soit approprié ou non. Le processus inclut donc ce qui est fait et qui effectivement doit l'être, ce qui est fait et ne devrait pas l'être, ce qui n'est pas fait et devrait l'être, et enfin ce qui n'est pas fait et qui effectivement ne doit pas l'être.

---

<sup>32</sup> GRENIER R. et al. *Normes et critères de qualité des soins infirmiers*. Montréal : Décarie. 1989. 221 p.

? **Les résultats** font référence à des changements mesurables dans le comportement des patients. Ces changements peuvent inclure, entre autre, toute modification dans l'état de santé, dans les connaissances, dans la satisfaction, dans la compliance du patient à un traitement. Il est difficile d'évaluer la qualité sous l'angle des résultats car le patient peut présenter un résultat spécifique malgré les soins dispensés ou en dépit du manque de soins. De plus, il n'est pas aisé d'isoler un résultat qui soit spécifiquement et exclusivement attribuable à des soins dispensés par une seule catégorie de personnels de santé.

Les méthodes d'évaluation construites dans les années soixante dix explorent ces trois dimensions. On voit apparaître également des méthodes dites partielles dans la mesure où elles se focalisent sur un thème de soin bien défini comme par exemple les soins aux personnes cholécystectomisées, les soins aux patients dénutris...

Par ailleurs, pour chacun des domaines de la qualité, des variables doivent être définies de façon opérationnelle, afin de préciser ce qui devrait être et par la suite, d'orienter la mesure et l'évaluation de ce qui est. En effet, dans l'activité d'évaluation, il s'agit de mesurer un écart entre un idéal et un soin réel. Les résultats obtenus permettent de prendre des décisions visant à l'amélioration de la qualité des soins.

Il peut être parfois difficile de démarquer clairement la structure, le processus et le résultat. Il est également légitime de s'interroger sur l'opportunité d'utiliser une seule de ces trois approches comme indicateur valable de la qualité : il conviendra alors de préciser qu'elle ne reflète pas la qualité dans son ensemble.

Face à ces modèles d'évaluation de la qualité des soins infirmiers se développent des normes plus générales qui servent de référence à la pratique professionnelle. C'est l'Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec<sup>33</sup> (1985) qui initie ce mouvement qui sera rapidement repris en Grande Bretagne.

#### B) Le contexte réglementaire français

En France, le principe d'évaluation des pratiques professionnelles et de la qualité des soins a commencé à être formalisé au début des années quatre vingt. Dès 1984, il existe une volonté des pouvoirs publics de sensibiliser les professionnels de santé à l'évaluation. Il était demandé, dans la loi n°84.5 du 31 janvier 1984 portant diverses mesures d'ordre social, au président de la commission médicale consultative, aujourd'hui commission

---

<sup>33</sup> ORDRE DES INFIRMIERES ET INFIRMIERS DU QUEBEC. *Normes et critères de compétence pour les infirmières et infirmiers : extrait de la compétence professionnelle de l'infirmière et de l'infirmier au Québec*. Montréal, 1985.

médicale d'établissement, de rédiger « un rapport sur la qualité des soins dispensés dans l'établissement ». Ce rapport était destiné au conseil d'administration de l'établissement.

En 1991, dans la loi n°91.748 du 31 juillet portant réforme hospitalière, il est demandé expressément aux établissements de santé publics et privés de développer « une politique d'évaluation des pratiques professionnelles, des modalités de prise en charge globale du malade afin d'en garantir la qualité et l'efficacité ». L'ordonnance n°96346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée a réaffirmé ce principe de l'évaluation des pratiques professionnelles. La loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé réaffirme des droits tels que le droit à la protection de la santé et de la dignité, au respect du secret médical, à la qualité et à la sécurité des soins. La loi relative à l'assurance maladie<sup>34</sup> incite également les professionnels à s'évaluer et pousse ainsi au mouvement de l'amélioration de la qualité des soins.

Malgré ce cadre législatif et réglementaire, l'évaluation de la qualité des soins, de la satisfaction des patients et des pratiques professionnelles a souvent été considérée comme une mode, une contrainte inutile par les professionnels de santé. Par conséquent, les évaluations se sont développées avec lenteur dans les établissements de santé. De plus, cette nouvelle activité fut considérée à tort comme un outil exclusif de maîtrise des coûts.

### C) Le rôle du directeur des soins en matière de qualité

Le décret du 19 avril 2002<sup>35</sup>, dans son article 4, stipule 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 (...) Il favorise le développement de la recherche, détermine une politique d'évaluation des pratiques de soins et collabore à la gestion des risques* ».

Il apparaît donc clairement que le directeur des soins a un rôle déterminant en matière de politique de soins et de qualité des soins, tant dans son élaboration que dans son suivi. Une dimension importante du métier de directeur des soins consiste à gérer et à garantir une organisation des soins performante. Il a donc un rôle majeur dans le management de la qualité des soins au sein d'un établissement. En particulier, il est responsable de la mise en œuvre d'une politique d'amélioration de la qualité.

Pour pouvoir assurer ces missions, il doit disposer d'indicateurs lui permettant de mesurer la qualité des soins produits dans l'établissement et d'établir des priorités d'action

---

<sup>34</sup> Loi 2004-810 du 13 août 2004.

<sup>35</sup> Décret 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeurs des soins de la fonction publique hospitalière.

pour les améliorer au vu des résultats. Cela lui permet donc d'établir une politique d'évaluation des pratiques de soins et de collaborer à la gestion des risques.

Il doit aussi disposer d'un tableau de bord contribuant à la constitution d'un système d'information sur lequel il s'appuie pour prendre des décisions. Les informations recueillies représentent autant d'éléments contribuant à l'élaboration du rapport d'activité des services de soins dont le directeur des soins a la responsabilité.

## **1.6 La politique qualité, dimension stratégique**

L'engagement dans une démarche qualité nécessite une réflexion sur ses enjeux et sur les résultats attendus. La politique qualité est le résultat de la réflexion sur l'intérêt de la démarche qualité, ses objectifs prioritaires et les modalités de sa conduite.

La politique se définit (Petit Robert, 1997) comme « la manière concertée de conduire une affaire » ou « la façon d'envisager les choses » et renvoie au terme de stratégie ».

La stratégie est « un ensemble d'actions coordonnées pour arriver à un résultat » ou encore « la conception et l'exécution de toutes les opérations permettant, grâce aux moyens dont on dispose, d'atteindre un but déterminé quelles que soient la nature ou la dimension de ce but ».

La politique qualité est définie par l'AFNOR 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. La politique qualité est un élément de la politique générale et est approuvée par la direction au plus haut niveau* »<sup>36</sup>.

### **1.6.1 Le projet d'établissement**

Qu'il soit utilisé de façon individuelle ou collective, le projet est un outil destiné à introduire un changement, à analyser des changements antérieurs, leur mode d'implantation et les effets qu'ils ont engendrés.

Au regard des écrits de JP Boutinet<sup>37</sup>, il apparaît que le projet d'établissement correspond à ce qu'il appelle un projet technologique dont le but est d'assurer le développement sociotechnique et organisationnel. Pour lui, la difficulté réside dans le fait de rendre l'entreprise plus efficace et de maintenir ou susciter en son sein un haut niveau de motivation. Il contient une ambiguïté qui vient de son oscillation permanente entre rationalité technique à stimuler et politique participative à développer, ces deux registres étant souvent en conflit.

---

<sup>36</sup> Association Française de Normalisation. *Management de la qualité en santé*. AFNOR. 2000. p 36.

<sup>37</sup> BOUTNIET JP. *Anthropologie du projet*. PUF, Psychologie d'aujourd'hui : Paris. 6<sup>ème</sup> édition. 2001. 350p.

Ainsi, le projet d'établissement correspondrait plus précisément à un projet d'entreprise dans la mesure où il ne vise pas tant un produit à sortir qu'un processus à maîtriser (en l'occurrence, le processus des soins). Il s'agit, par le projet, de conjuguer les développements des hommes avec l'efficacité de l'entreprise, de réaliser une synthèse des grandes priorités économiques et sociales que l'entreprise se donne pour affirmer sa volonté d'être.

Le projet d'établissement est l'expression d'une volonté partagée comprenant quatre composantes essentielles :

- Une vision du futur concrétisée dans un grand dessein.
- Une volonté d'atteindre la fin fixée.
- Un système de valeurs partagées.
- Des priorités pour l'action.

Il s'inscrit dans une dynamique voulant valoriser la dimension sociale et participative au sein de l'organisation. Cette préoccupation s'exprime dans la recherche du fait que le plus grand nombre de professionnels deviennent acteurs dans leur travail et manifestent une adhésion aux objectifs de leur organisation.

En matière de définition d'objectif, toute la difficulté réside dans le fait de trouver un juste équilibre (selon les salariés en particulier) entre les objectifs non négociables imposés par la direction et ceux négociables avec les salariés.

Le projet d'établissement est composé d'un certain nombre de projets dont le projet de soins et le projet qualité. Tout ce qui a été explicité sur le projet d'établissement s'applique aussi à eux. Il convient toutefois de préciser qu'au regard du décret du 19 avril 2002<sup>38</sup>, le DS est responsable de l'élaboration du projet de soins.

### **1.6.2 Le lien entre projet et culture**

Le projet témoigne et est porteur d'une culture d'entreprise, c'est-à-dire de valeurs communes partagées. Or être dans la culture implique le risque d'entrer dans une routine qui est en contradiction avec la notion de projet qui se veut un instrument d'innovation. C'est sans doute ce problème qui se trouve posé en ce qui concerne la culture de la qualité au sein des établissements de santé.

Par ailleurs, il est impossible de construire un projet d'entreprise sans appréhender et assumer sa culture. Cela se fait à travers le diagnostic de situation à partir duquel on décide de s'inscrire en continuité ou en rupture par rapport à cette culture. Le projet est de ce fait un outil pour faire évoluer la culture de l'entreprise. Il est aussi, en tant qu'émergence de la culture d'entreprise, un moyen de fédérer les différentes sous

---

<sup>38</sup> Décret n°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps des directeurs de soins de la fonction publique hospitalière.

cultures (professionnelles, syndicales...) qui parfois s'ignorent, parfois se combattent. Cela est illustré au sein des établissements de santé par la traditionnelle dichotomie entre culture médicale, paramédicale et administrative.

### **1.6.3 Le lien entre culture et qualité**

La culture d'une organisation est l'ensemble des règles implicites qui conditionnent sa conduite. Elle est constituée de rites, de mythes, de traditions, de valeurs et de symboles partagés. Comme nous l'avons évoqué précédemment, il existe différentes cultures au sein des établissements de santé. Elles correspondent aux secteurs professionnels, médicaux, paramédicaux, administratifs et techniques. Instaurer une culture qualité, c'est enrichir les cultures existantes de nouvelles valeurs partagées. Cela demande de mettre en œuvre une dynamique de changement afin que ces nouvelles valeurs soient progressivement appropriées par les différentes catégories de personnel. Cette culture relative à la qualité est fondée sur le bon sens, sur un management adapté et sur la responsabilisation des acteurs. Elle repose sur trois notions fortes : le savoir s'informer, le savoir faire et le savoir décider.

### **1.6.4 La notion de stratégie**

Si la culture d'entreprise est indispensable à la production d'un projet, la stratégie est une dimension tout aussi cruciale. Il n'y a pas de projet d'entreprise sans stratégie à moyen et long terme de la direction. La stratégie consiste à « *anticiper le devenir de l'entreprise en s'efforçant de valoriser ses potentialités au regard des demandes de l'environnement* »<sup>39</sup>.

Le projet d'établissement nécessite un pilotage stratégique c'est à dire l'art de conduire dans le temps un changement orienté, véhicule d'un établissement performant destiné à évoluer dans un environnement de plus en plus contraignant et imprévisible. Le projet d'établissement constitue une démarche de mobilisation des énergies. Il est à la fois le produit d'une instance stratégique (la direction) et l'expression d'une culture de base. Il se situe entre culture et stratégie et implique d'abord une initiative de la direction soucieuse de donner une cohérence à la vie de l'établissement donc de fournir à tous ceux qui y travaillent le moyen de donner/trouver un sens à leur activité.

---

<sup>39</sup> BOUTINET J-P. Op. Cit. p 243.

## **2 CHAPITRE DEUX : L'ENQUETE**

Pour explorer les hypothèses formulées et faire le lien avec la stratégie du DS dans la dynamique d'amélioration continue de la qualité, nous avons analysé trois projets d'établissement, projets qualité et projets de soins ainsi que les compte-rendus des visites d'accréditation. Nous avons décidé de ne pas analyser les projets médicaux, ceux-ci étant l'ossature du projet d'établissement. Le projet social, autre élément constitutif du PE, ne sera pas exploré puisque cette dimension n'a pas été retenue dans cette étude. Enfin, nous avons jugé opportun, ayant une hypothèse de travail centré sur la culture, de mener notre étude dans des établissements de statut ou d'organisation différents (un EPS de l'AP-HP, un EPS et un établissement PSPH). Ces trois établissements se trouvent en région Ile de France, deux sont situés à Paris et un en banlieue.

L'objectif est de comprendre en quoi le fait de positionner la qualité dans les projets institutionnels d'un établissement de santé est un élément prédictif de démarches qualité menées à leurs terme et en quoi il influence le regard porté par un organisme extérieur (la haute autorité de santé) sur la dynamique qualité.

Cette analyse sera confrontée aux différents acteurs qui interviennent dans la management de la qualité : chefs d'établissement, directeurs qualité, DS, cadres en position transversale rattachés à la direction des soins, responsables de cellule qualité, cadres et cadres supérieurs de services cliniques. Cette démarche a pour objectif de repérer les représentations de ces différents acteurs pour en déduire des stratégies managériales à mettre en œuvre par le DS.

Le projet d'étude a été présenté aux chefs des trois établissements retenus qui ont donné leur accord pour sa réalisation.

### **2.1 Méthodologie utilisée**

#### **2.1.1 Les indicateurs retenus dans l'analyse des projets**

Ils figurent en annexe I. L'Objectif est de comparer le contenu des 3 projets (quand ils existent) pour mettre en évidence les points de convergence et de divergence et observer leur complémentarité. En effet, le projet d'établissement décrit la stratégie institutionnelle, ce vers quoi va l'hôpital et comment. Il sera intéressant de voir quelle place y occupe la qualité. Le projet qualité permet de formaliser les priorités dans ce domaine. L'analyse des projets de soins permettra de constater si la qualité dans le domaine des soins est développée et si, au delà des priorités d'actions, il y a des données concernant le dispositif d'amélioration de la qualité des soins et l'outil pour y parvenir.

### 2.1.2 Les indicateurs retenus dans l'analyse du compte-rendu d'accréditation

La présentation de la démarche qualité de l'établissement.

La synthèse du chapitre gestion de la qualité et prévention des risques (QPR).

Les décisions du collège de l'accréditation.

La mention ou non d'éléments particuliers concernant la démarche qualité au sein de l'établissement.

### 2.1.3 Les entretiens semi directifs

Le choix de cet outil d'enquête est lié à la recherche des représentations et des valeurs des personnes interrogées concernant la qualité et les moyens pour y parvenir. Il a également pour objectif de recueillir leurs sentiments concernant la difficulté à mener les démarches qualité à leur terme ainsi que les causes qu'ils ont pu identifier.

#### A) La population interviewée

Dix huit entretiens ont été menés. Chacun a duré entre quarante minutes et une heure. Ils ont été enregistrés après accord des personnes et accompagnés de prise de notes. L'objectif était de ne pas perdre d'information et de pouvoir se centrer sur la personne interrogée. Chaque personne a participé de façon volontaire à cette étude. Les données recueillies assurent l'anonymat des personnes et des lieux.

Dans le tableau ci-dessous sont présentées les caractéristiques professionnelles des personnes ainsi que le type d'établissement où elles exercent.

	<b>Etab. A EPS AP-HP</b>	<b>Etab. B PSPH</b>	<b>Etab. C EPS</b>
Chef d'établissement	1	1	1
Directeur Qualité	C'est le DS	1	1
Directeur des Soins	1	Pas de DS	1
CSS responsable qualité des soins	1	1	0
Responsable cellule qualité	1	1	1
CS	1	1	1
CSS	1	1	1
Nombre d'entretiens menés	6	6	6

Il est à noter que l'établissement B (PSPH) n'a pas de DS. Il existe un directeur de l'organisation et des prestations hospitalières. Un CSS est positionné au sein de cette direction. Il est membre du comité de pilotage qualité et a des fonctions transversales telles que l'animation de groupes qualité institutionnels, la supervision/gestion des activités transversales (hygiène, douleur, SICS, cadres de nuit, brancardiers,



rééducateurs). Dans l'établissement A (AP-HP), c'est le DS qui assure les fonctions de directeur qualité. Dans l'établissement C, c'est le DRH qui assure ces fonctions.

Dans les trois lieux d'enquête, le chef d'établissement n'a pas voulu créer une « entité » direction qualité, estimant qu'il s'agit d'une problématique transversale dans laquelle chaque professionnel doit être impliqué. Les personnes responsables de la qualité sont considérées comme des coordonnateurs plus que comme les seuls détenteurs de la Qualité.

#### B) Thèmes abordés dans les entretiens

Ils sont présentés sous forme de questions ouvertes dans la grille d'entretien jointe en annexe II.

Nous avons choisi de conserver la même grille d'entretien pour toutes les personnes interrogées, quelque soit leur fonction et positionnement au sein de l'établissement. Seules les relances seront adaptées.

## 2.2 Les limites méthodologiques

#### A) De l'analyse des projets et comptes-rendus d'accréditation

Trois lieux d'enquête ne sont pas représentatifs, mais le lien que nous voulons faire avec les pratiques managériales et les entretiens que nous mènerons ainsi que le temps imparti ne nous ont pas permis d'analyser d'autres projets. Par ailleurs, il paraissait essentiel de mettre en parallèle les intentions décrites dans les différents projets et la réalité des pratiques au quotidien.

#### B) Des entretiens

Dix huit entretiens ont été menés. L'analyse thématique a permis de faire émerger des informations riches et pertinentes avec l'objectif poursuivi dans ce travail. L'échantillon de la population très restreint situe ce travail dans un cadre exploratoire et ne permettra pas de généraliser les résultats. Néanmoins, il nous aidera à tirer des conclusions pour notre pratique professionnelle.

## 2.3 Les résultats de l'enquête

Caractéristiques des lieux d'enquête sont présentées dans le tableau ci-dessous :

	<b>Etablissement A</b>	<b>Etablissement B</b>	<b>Etablissement C</b>
<b>Statut</b>	EPS AP-HP	PSPH	EPS
<b>Activité</b>	MCO	MCO	MCO, SSR
<b>Nombre de lits</b>	780	490	530

	<b>Etablissement A</b>	<b>Etablissement B</b>	<b>Etablissement C</b>
<b>Existence d'un DS</b>	oui	non	oui
<b>Existence d'un PE</b>	oui	oui	oui
<b>Existence d'un PQ</b>	oui	oui	oui
<b>Existence d'un PS</b>	oui	non	oui

On constate que l'établissement PSPH n'a pas de directeur des soins ni de projet de soins, contrairement aux deux autres structures. Par contre, un CSS est présent au sein de la direction adjointe chargée de l'organisation des soins, managée par un médecin. Il sera intéressant d'observer en quoi cela influence la conduite de démarche d'amélioration de la qualité dans le domaine des soins.

### 2.3.1 L'analyse des projets

	<b>Etablissement A</b>	<b>Etablissement B</b>	<b>Etablissement C</b>
<b>Il existe un PE</b>	oui	oui	oui
<b>Période</b>	2005 - 2009	Non précisée	2004 - 2009
<b>Il existe un PS</b>	oui	non	oui
<b>Il existe un PQ</b>	oui	oui	oui

Les trois établissements intégrés dans l'étude ont un PE. L'établissement PSPH est le seul dont la période n'est pas définie. Ce dernier n'a pas de PS ce qui semble en cohérence avec le fait qu'il n'a pas de direction des soins. Les deux EPS ont un projet qualité distinct du plan d'actions issu de l'accréditation. Pour l'établissement PSPH, le projet qualité se confond avec le plan d'actions faisant suite au processus d'accréditation.

#### A) Les projets d'établissements (PE)

Les trois établissements structurent leur PE autour du projet médical de l'institution. Il faut noter que l'établissement B ne possède pas d'autre projet formalisé, donc pas de projet de soins ni de projet qualité. Son PE se structure autour de pôles d'activités d'excellence à haute technicité contribuant à son image nationale et internationale, de sa participation au service public hospitalier et d'un objectif de gestion financière équilibrée.

Les trois PE font référence à la réglementation et aux politiques de santé. Le PE de l'établissement C est celui qui mentionne le plus l'environnement sanitaire : il faut dire qu'il est en « concurrence » directe avec un CHU sur la même commune, ce qui n'est pas le cas des deux autres établissements. La qualité est posée d'emblée comme l'ambition du PE. C'est le seul qui est accompagné d'un plan de communication dont les objectifs sont les suivants :

- Accompagner la mise en œuvre du PE.

- Mieux faire connaître l'établissement et ses activités à l'extérieur.
- Organiser et développer la communication interne.
- Structurer l'organisation et les moyens affectés à la politique de communication.

Il semble d'autant plus important de mentionner ce plan de communication qu'il nous apparaît comme un instrument au service de la culture qualité.

## B) Les projets de soins (PS)

L'établissement B ne sera pas présenté dans cette partie puisqu'il n'a pas de projet de soins.

La structuration des PS des établissements A et C est comparable. On y trouve deux parties : une déclinant les grands axes politiques et les points prioritaires et l'autre énonçant les plans d'action avec les résultats attendus et les indicateurs d'évaluation. Pour les deux PS, les références réglementaires sont les mêmes (loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, décrets relatifs aux exercices professionnels et en particulier celui de la profession d'infirmier). Tous les deux s'appuient sur les conclusions de l'accréditation. L'établissement C a également réalisé un questionnaire «assurance qualité en soins » dont l'analyse des résultats a contribué à définir les axes de travail prioritaires. Dans les deux cas, la démarche d'élaboration est participative et s'appuie très largement sur l'implication des cadres. Ceux-ci sont également étroitement associés au suivi des PS.

Les valeurs énoncées sont différentes pour les deux PS. Pour l'établissement A, il s'agit de la compétence individuelle, de la responsabilité individuelle, de l'autonomie, du respect de soi et de l'autre de la solidarité et de l'honnêteté. L'établissement C mentionne le professionnalisme, l'éthique, la qualité et l'esprit d'équipe. Il est à noter que la qualité est une des valeurs posée par cet établissement.

Dans les deux cas, la dynamique est assurée par la coordination de la mise en œuvre et du suivi du PS par un groupe de pilotage animé par le DS et composé de cadres. Les plans d'actions sont formalisés sous forme de fiches et font l'objet d'une évaluation annuelle par les cadres des différents secteurs de l'établissement. Une synthèse est réalisée par le cadre expert en soins dans l'établissement A et par le DS dans l'établissement C. Cette dynamique identique dans les deux établissements témoigne d'une certaine maîtrise de la méthodologie de conduite de projet et semble de nature à imprimer une culture qualité, en particulier auprès de l'encadrement.

Dans les deux établissements, le PS apparaît en forte cohérence avec le PE et avec les autres projets qui le composent. On peut aussi remarquer que l'amélioration continue de la qualité constitue une ossature forte du PS de l'établissement C.

### C) Les projets qualité (PQ)

Dans les établissements A et B, les PQ sont centrés sur la démarche d'accréditation : suivi des plans d'action mis en œuvre dans le cadre de la première version et préparation du second cycle. Dans l'établissement A, il s'agit d'un projet formalisé et intégré dans le PE. Dans l'établissement B, il est constitué des plans d'amélioration formalisés suite à la procédure d'accréditation. Dans l'établissement C, le PQ intègre d'autres éléments tels que la mise en place d'une gestion documentaire ou encore le déploiement d'un programme d'information interne et externe. Il faut noter un effort certain de cohérence de celui-ci avec les autres projets composant le PE. On peut ajouter que les valeurs concernant l'amélioration continue de la qualité y sont clairement énoncées.

L'existence d'un PQ formalisé traduit une volonté politique de positionner cette préoccupation au cœur du fonctionnement d'un établissement de santé. Le fait que ce PQ ne soit pas exclusivement centré sur l'accréditation traduit le fait que la qualité n'est pas qu'une réponse à une injonction réglementaire. Cela exprime une appropriation, par le chef d'établissement et l'équipe de direction d'une culture qualité.

### 2.3.2 L'analyse des comptes-rendus d'accréditation

Même si les visites d'accréditation ont eu lieu depuis deux à trois ans, il est apparu instructif d'avoir un regard historique sur les démarches qualité entreprises.

#### A) Résultats globaux

	<b>Etablissement A</b>	<b>Etablissement B</b>	<b>Etablissement C</b>
<b>Date de la visite d'accréditation</b>	Juin 2002	Septembre 2003	Novembre 2002
<b>Nombre de recommandations</b>	6	0	11
<b>Nombre de réserves</b>	0	0	0
<b>Recommandation sur QPR</b>	1	0	1
<b>Echéance de la prochaine visite</b>	5 ans	5 ans	5ans

Aucun établissement n'a eu de réserve. Les deux EPS ont chacun une recommandation en lien avec le chapitre gestion de la qualité et prévention des risques (QPR). L'établissement PSPH n'a ni recommandation, ni réserve. La visite ayant eu lieu environ une année après celle des deux autres établissements, on peut se demander si cela ne fausse pas les résultats. Celui-ci a en effet disposé de davantage de temps pour mettre en œuvre et suivre des démarches qualité. Les trois structures ont une échéance pour la prochaine visite d'accréditation dans 5 ans.

#### B) Appréciation sur la démarche qualité et synthèse du chapitre QPR

Ces éléments figurent dans le tableau ci-après.

	<b>Etablissement A</b>	<b>Etablissement B</b>	<b>Etablissement C</b>
<b>Points forts de la démarche qualité</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La politique qualité a été définie et a donné lieu à des plans d'action qualité.</li> <li>- Un premier état des lieux a été effectué en 2000 par une auto-évaluation « à blanc ».</li> <li>- L'évaluation existe depuis de nombreuses années dans certains secteurs : lutte contre le risque infectieux, HACCP en cuisine, GBEA dans les laboratoires, certification en imagerie médicale.</li> <li>- La démarche qualité s'appuie sur les travaux des instances (CME, comité d'évaluation, EOH, CLIN).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La culture qualité est ancienne : elle est dans le programme de l'établissement depuis 1992.</li> <li>- Cette culture qualité est partagée avec les personnels.</li> <li>- La programme d'amélioration de la qualité est partagé et engagé. Il est structuré depuis 2001 avec des responsabilités bien définies et une assistance méthodologique assurée.</li> <li>- <b>De nombreuses démarches qualité se centrant sur les besoins des patients sont engagées.</b></li> <li>- Il existe un guide des procédures transversales et un guide des procédures spécifiques dans chaque secteur d'activité.</li> <li>- Des indicateurs quantitatifs et qualitatifs sont en place.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La préoccupation de la qualité existe parmi le personnel depuis 1995 avec un comité d'évaluation dans lequel sont présents médecins, direction et paramédicaux.</li> <li>- L'évaluation existe depuis longtemps dans certains secteurs : HACCP en cuisine, GBEA dans les laboratoires, certification de la stérilisation.</li> <li>- Il existe une cellule qualité et des groupes projets qui favorisent implication et participation des acteurs.</li> <li>- La gestion des risques est organisée (comité et cellule), des outils sont en place (fiche de déclaration d'évènements indésirables).</li> </ul>
<b>Points à améliorer dans la démarche qualité</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La structuration de la démarche qualité est récente : la création du comité de pilotage qualité, organe politique de la démarche, a été créé en 1998.</li> <li>- Le dispositif a été créé avec l'arrivée de l'accréditation.</li> <li>- La démarche qualité doit être pérennisé</li> <li>- L'implication de tout le personnel n'est pas totale, l'accréditation est ressentie comme une procédure souvent externe aux préoccupations quotidiennes, quelque fois perçue comme imposée.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Il n'existe pas de signalement centralisé des évènements indésirables et la gestion des risques est segmentée : c'est un obstacle à la définition d'un programme de prévention des risques.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les objectifs dans le domaine des vigilances, de la gestion des risques et de l'amélioration de l'accueil du patient ne sont pas structurés.</li> <li>- La politique qualité est en cours de construction.</li> <li>- Il n'existe pas de gestion documentaire.</li> </ul>

	<b>Etablissement A</b>	<b>Etablissement B</b>	<b>Etablissement C</b>
<b>Objectifs proposés par les experts visiteurs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Poursuivre la structuration de l'organisation qualité.</li> <li>- Informer les services sur les résultats des enquêtes de satisfaction.</li> <li>- Mettre en place un tableau de bord de suivi des réclamations et plaintes.</li> <li>- Poursuivre la définition et la formalisation d'une politique de gestion documentaire.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Systématiser l'évaluation du système documentaire.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prioriser, mettre en œuvre et suivre les actions qualité.</li> <li>- Formaliser le programme de gestion des risques et évaluer le dispositif mis en place.</li> </ul>
<b>Contenu des recommandations formulées par le collègue de l'accréditation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Définir, mettre en place et évaluer un programme de prévention des risques avec notamment des fiches de recueil des évènements indésirables.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pas de recommandation.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Formaliser et prioriser dans le projet d'établissement la politique de l'institution en matière de gestion de la qualité et de prévention des risques.</li> </ul>

On constate que l'établissement qui a engagé des actions d'amélioration de la qualité depuis le plus longtemps (dix ans avant la date de la visite d'accréditation) n'a pas de recommandation. Les experts visiteurs notent même que cela contribue à l'intégration par les personnels d'une culture qualité. Le facteur temps semble donc être un élément fondamental dans l'appropriation d'une nouvelle culture par les professionnels. Les deux autres établissements ont engagé ce processus plus tardivement. Cela amène les experts à constater, que dans un de ces deux hôpitaux, l'accréditation est vécue par les acteurs comme une contrainte extérieure dont ils perçoivent mal l'intérêt.

Il semble se dessiner que l'intégration d'une culture de la qualité est un élément clé au sein d'un établissement pour l'implication des acteurs et donc la conduite de démarches qualité.

On peut aussi observer qu'un des hôpitaux se voit demandé de formaliser dans son PE la politique institutionnelle en matière de gestion de la qualité. On peut déjà affirmer qu'il a tenu compte de cela puisqu'il a formalisé un projet qualité pour la période 2005-2009.

### **2.3.3 L'analyse des entretiens**

Elle sera présentée selon les quatre dimensions inhérentes à la conduite des démarches qualité : stratégique, structurelle, technique et culturelle. La grille d'analyse des entretiens se trouve en annexe III. Nous avons choisi de regrouper les idées communes aux différents acteurs interrogés tout en conservant les propos qui nous ont paru les plus significatifs in extenso. Ils figurent entre guillemets dans le texte.

#### **A) La dimension stratégique**

Elle est évoquée par toutes les personnes qui occupent des fonctions de direction ou transversales sur les établissements. Ils insistent sur la nécessité de faire figurer la qualité en bonne place dans les projets institutionnels. Le choix stratégique concernant la thématique de la qualité est le même dans les trois établissements. Pour chaque directeur, il est inadéquat de créer une direction qualité séparée. C'est pourquoi, dans les deux EPS, cette fonction a été confiée à un directeur déjà en exercice. Dans l'un d'eux, il s'agit du DS et dans l'autre du DRH.

Pour le chef de l'établissement A, « il est tout naturel que le DS porte les démarches qualité puisque c'est lui qui a le plus de professionnels en responsabilité ayant un impact direct sur les malades ». Ce choix stratégique nécessite de sa part une attention particulière pour que les médecins, déjà peu impliqués, ne se sentent pas mis à l'écart. Il estime de plus que dans la perspective des pôles d'activité, le DS aura encore davantage de missions d'impulsion de nouvelles organisations et pratiques. Pour lui, le fait qu'il soit difficile de boucler les démarches qualité interroge à la fois la démarche et les personnes concernées par elle. Il insiste sur la nécessité pour chaque secteur de l'établissement de

s'impliquer à la fois dans des projets transversaux et spécifiques à son secteur. Pour lui, un hôpital doit afficher dans son PE à la fois la standardisation et la personnalisation. La qualité doit concilier ces deux aspects car soigner des personnes, c'est partir du postulat que chacun est unique et différents des autres. Il faut donc pouvoir à la fois appliquer des procédures et être dans une relation de soin avec une personne.

Le chef de l'établissement C explique que ce choix est stratégique. C'est pour lui une façon d'anticiper le fait que les directeurs n'auront plus à l'avenir seulement un champ d'exercice circonscrit mais aussi un domaine transversal (la qualité étant un exemple). Pour lui, chaque directeur adjoint doit être à la fois spécialiste et généraliste (ou transversal). Concernant le DS, il estime la fonction indispensable, en particulier dans la promotion de la qualité. Son appartenance au monde soignant et la reconnaissance professionnelle qui en découle en font est la personne la mieux placée pour donner des préconisations en matière de qualité à l'encadrement. Le DS le rejoint en affirmant que l'encadrement est la clé de voûte du fonctionnement de l'hôpital. Le directeur (qualité qui est aussi le DRH) évoque la possibilité d'accorder des primes aux services qui s'engagent dans des démarches de certification ou qui ont mené à bien des démarches qualité. Il considère que cela représente un levier de motivation, même si cette pratique est peu fréquente dans la fonction publique hospitalière. Il insiste également sur la volonté institutionnelle d'aboutir qui se traduit par un soutien de la totalité de la chaîne hiérarchique aux démarches qualité institutionnelles.

Dans l'établissement B (PSPH), il n'existe pas de fonction de directeur qualité : il est estimé que la qualité concerne chaque professionnel dans son activité quotidienne. Par contre, il faut des personnes qui motivent, expliquent et aident les professionnels sur le terrain. Ces personnes ont des missions d'animation et de coordination.

Les trois hôpitaux ont une cellule qualité dont les missions sont similaires : accompagner le suivi de la démarche d'accréditation et préparer le second cycle.

Chacun s'accorde à dire que l'implication de la communauté médicale est indispensable pour assurer le succès des démarches qualité. Cela semble une réalité seulement dans l'établissement C où la CME est partie prenante de tous les projets transversaux. Le président du conseil d'évaluation, qui existe depuis 1995 est un médecin. Ce groupe s'est ouvert aux professionnels non médicaux depuis 2002. Cela témoigne d'un choix politique de la part du chef d'établissement. Ce dernier a voulu en effet équilibrer l'investissement très important des médicaux par rapport aux autres professionnels dans le dynamisme institutionnel en élaborant un projet de management intégré dans le PE. Il s'appuie sur les deux piliers que sont la démarche qualité et le système d'information. Sont objectif essentiel est de développer une dynamique institutionnelle en se fondant sur le management de l'équipe de direction. Dans le même esprit, le chef d'établissement a voulu que le projet qualité ne soit pas uniquement centré



sur la préparation et le suivi des démarches d'accréditation. On y trouve aussi deux autres axes : la consolidation de l'organisation et des moyens affectés à la démarche qualité et l'amplification des démarches de certification et de gestion des risques.

Dans l'établissement A (EPS AP-HP), les professionnels médicaux, bien qu'associés aux démarches qualité, sont moins impliqués, ce que regrette le chef d'établissement et le directeur qualité.

Dans l'établissement B (PSPH), les médecins sont intégrés systématiquement dans toutes les démarches qualité. Par ailleurs, cet hôpital n'a pas de projet de soins, le CS et le CSS interrogés regrettent tous les deux son absence. Ils souffrent du manque d'une direction de soins auprès de qui ils pourraient trouver du soutien, des conseils. Ils ont une sensation d'isolement, d'être livrés à eux-mêmes pour tout ce qui concerne les soins. Cette situation nuit selon eux à la cohérence des actions entreprises dans les domaines de l'amélioration de la qualité des soins. L'exemple évoqué est celui de l'absence d'harmonisation des supports du dossier de soins sur l'établissement.

Toutes les personnes en charge de direction et cellules qualité insistent sur la nécessité d'une approche pragmatique. Les démarches doivent avant tout être comprises par les cadres et les acteurs de terrain pour qu'ils puissent se les approprier. La communication revêt donc un caractère stratégique. D'une part le chef d'établissement doit affirmer sa volonté d'inscrire l'établissement dans un processus d'amélioration de la qualité, d'autre part il doit concevoir, avec ses collaborateurs un plan de communication efficace. C'est pourquoi il est essentiel de montrer aux professionnels l'état d'avancement et les résultats des démarches qualité auxquels ils prennent part. Cela représente une source de motivation pour eux.

Toutes les personnes interrogées insistent sur l'implication indispensable du chef d'établissement dans les démarches qualité institutionnelles. Il doit montrer, par ses interventions dans le comité de pilotage, dans les différentes instances ou réunions institutionnelles son soutien et sa volonté qu'elles aboutissent. Cette démarche doit être relayée par l'ensemble de l'équipe de direction.

**Synthèse** : Les équipes de directions des trois lieux d'enquêtes sont convaincues que la qualité est une problématique stratégique. Elle fait partie intégrante des préoccupations des décideurs et se traduit, sous une forme ou sous une autre dans le projet d'établissement. La communication est un élément déterminant dans la stratégie autour de la qualité.

## B) La dimension structurelle

Les trois établissements ont une double structure de coordination de la qualité : un comité de pilotage qui se situe au niveau stratégique et politique et une cellule qualité au

niveau opérationnel. Le DS est membre du comité de pilotage dans les établissements A et C. Dans l'établissement B (PSPH), c'est le CSS situé à la direction de l'organisation et des prestations hospitalières qui s'y trouve. Dans les trois établissements, les cadres sont les référents qualité pour leur unité ou département. Cela constitue un réseau de correspondants et d'interlocuteurs privilégiés.

Dans l'établissement A, le dispositif structurel autour de la qualité comprend un comité de pilotage appelé comité d'ase qualité (organe stratégique) et une cellule qualité et gestion des risques (organe opérationnel). Par ailleurs, le cadre responsable de la qualité des soins explique que la coordination entre la direction des soins et la cellule qualité est facilitée par le fait que le directeur qualité est le DS.

Par ailleurs, l'établissement C a constitué et formé en 2004 un groupe d'auditeurs internes qui seront mobilisés dans un premier temps pour les audits des services se préparant à la certification (restauration diététique, lingerie, stérilisation). Mais il est prévu qu'ils soient mobilisés sur des audits en lien avec les pratiques de soins. Le dispositif structurel autour de la qualité comprend donc un comité qualité (organe stratégique) et la cellule qualité et gestion des risques, le conseil d'évaluation et le pool des auditeurs internes (organes opérationnels). La coordination est assurée par le responsable qualité.

L'établissement B possède aussi une commission d'évaluation qui émane de la CME et qui comprend aussi des professionnels paramédicaux. Elle a pour mission d'aider à réaliser des évaluations dans les domaines qu'elle estime nécessaires. Il existe une certaine habitude des évaluations médicales, ce qui constitue une excellente préparation à la deuxième version de l'accréditation. L'utilité d'une structure se mesure à sa vitalité : quand elle ne produit plus, c'est qu'elle n'est plus utile à l'institution et elle doit disparaître. Il faut aussi être vigilant à ne pas constituer des groupes de travail trop importants car cela nuit à la productivité et contribue au découragement des acteurs. Dans l'hôpital B, le dispositif structurel autour de la qualité comprend donc un comité de pilotage (organe stratégique), une cellule qualité et gestion des risques et une commission d'évaluation (organes opérationnels).

Il est à noter que pour les trois établissements, l'organe stratégique comme les organes opérationnels sont pluridisciplinaires (soignants médicaux et paramédicaux, représentants des services administratifs et logistiques, membres de l'équipe de direction). Les comités de pilotage comprennent en moyenne 5 à 6 personnes. Les cellules qualité sont composées de 4 à 5 personnes et les groupes tels que le comité d'évaluation 20 environ. Dans l'établissement C, le groupe d'auditeurs internes est composé de 25 personnes.

Les responsables qualité des trois établissements enquêtés insistent sur le fait qu'ils sont les garants de la cohérence d'ensemble et de la coordination du dispositif qualité mis en place. Ils font aussi les liens entre les différents projets qualité qui existent dans

l'hôpital. Dans l'établissement C, cela est très formalisé. C'est lui qui, sur la base des tableaux d'avancement des projets qualité fournis par les animateurs des groupes de travail met en forme les synthèses. Il est à noter que cet établissement a engagé une procédure de certification pour plusieurs services. Le service de stérilisation est certifié depuis trois ans.

Tout le monde s'accorde à dire que le choix des personnes qui accompagnent les projets en transversal est stratégique. Elles doivent à la fois faire preuve de leadership et de charisme, mais aussi suffisamment maîtriser la méthodologie de la démarche qualité pour être souples dans la conduite des projets (ne pas « s'enfermer » dans la théorie).

Les CS et CSS interrogés dans les trois établissements pensent que les professionnels positionnés en transversal (cadre responsable de la qualité des soins, responsable de cellule qualité) sont des soutiens indispensables, tant au niveau méthodologique que « psychologique ». Ce sont eux qui leur apportent le plus de soutien et qui les accompagnent dans la conduite des projets qualité.

Le CSS de l'établissement B regrette que peu de cadres au sein de l'institution aient suivi une formation en institut de formation de cadres de santé. Ils sont souvent démunis sur le plan méthodologique et dans la conduite des groupes de travail au sein des unités de soins. Cela entraîne selon lui des difficultés de positionnement, tant vis à vis des équipes paramédicales que médicales. Il insiste aussi sur le fait que l'absence de direction des soins fait que « tout le système des soins repose sur les CSS ». Cela représente une lourde charge à assumer.

**Synthèse** : on peut constater que la structuration du dispositif qualité est similaire dans les 3 établissements avec la particularité, dans l'établissement C, d'un groupe d'auditeurs internes. On peut penser que cela est un facteur favorisant l'intégration d'une culture qualité au sein de l'hôpital. Il apparaît que la coordination des activités qualité est performante dans les trois structures puisque chaque personne interrogée (membre de l'équipe de direction, professionnel en transversal et cadres) sont clairs sur qui est responsable de quoi. Il semble que le fait de ne pas faire de la qualité un sujet particulier d'un responsable facilite cette coordination. Il apparaît en effet que la clarification des structures et de leur composition permet de clarifier le positionnement des acteurs.

### C) La dimension technique

Toutes les personnes évoquent la nécessité de maîtriser la conduite de projet. Il semble aussi que les méthodes et outils qualité soient utilisés sans difficulté. Plusieurs personnes insistent sur leur nécessaire simplicité pour que les acteurs de terrain puissent se les approprier pour les utiliser au quotidien. Le responsable qualité de l'hôpital B

insiste sur la nécessité de clarifier l'objectif d'un groupe de travail pour éviter les dérives sources de sentiments d'échec et de démotivation chez les participants.

Plusieurs expliquent que la procédure d'accréditation a largement contribué à ce que les professionnels intègrent la méthodologie de la démarche qualité (auto-évaluation, identification des points d'amélioration, plans d'action, suivi et évaluation). Tout le monde s'accorde à dire que la partie évaluation des conduites de projet est souvent négligée. Et quand cette évaluation est réalisée, elle n'est pas toujours utilisée pour rebondir sur de nouveaux plans d'action.

C'est dans l'établissement B que l'évaluation (modalités, rythme) est systématiquement intégrée au moment de la conception d'un projet. Il apparaît également une habitude de l'utilisation de tableaux de bords et indicateurs. Chaque département a un contrat d'objectif auquel est adjoint un tableau de bord contenant des indicateurs quantitatifs et qualitatifs sur l'activité médicale et paramédicale. Mais il convient d'être vigilant pour sélectionner ces indicateurs : ils doivent être pertinents et pas trop nombreux pour ne pas noyer l'information. Les démarches qualité sont clairement définies comme des gestions de projets qui doivent intégrer une évaluation à la fois pour s'assurer que le projet progresse comme prévu et que les nouvelles organisations sont réellement mises en œuvre sur le terrain avec le résultat escompté.

Dans son projet de soins 2005-2009, l'établissement A intègre l'utilisation partielle d'un outil d'évaluation de la qualité des soins : l'IGECSI.

Plusieurs personnes interrogées estiment que la difficulté à mener les démarches qualité à leur terme est due à la profusion de projets menés de front. Certaines personnes mettent en garde contre la tentation de vouloir trop faire, ou de vouloir trop demander à la fois. Dans ces situations, c'est souvent l'étape de l'évaluation qui est « oubliée ». Les acteurs qui participent aux actions d'amélioration ne sont pas informés des résultats et sont donc peu enclins à s'engager dans de nouveaux projets. Le DS doit être vigilant dans ce domaine : il doit lui-même établir des priorités d'actions institutionnelles (pas plus de trois) et aider les cadres à ne pas s'engager dans trop de projets simultanément au sein de leurs services. Par contre, il doit développer une rigueur dans le suivi de ces actions et sans doute appuyer son évaluation des cadres sur l'atteinte des objectifs d'amélioration fixés conjointement.

La pluridisciplinarité est identifiée par plusieurs personnes comme un élément clé dans la conduite des projets qualité. Cela génère un intérêt pour le travail de l'autre, un partage des expériences et contribue à la prise de conscience que chaque professionnel s'inscrit dans un enchaînement de processus. Cela contribue ainsi à instaurer une approche client fournisseur. C'est aussi une source d'enrichissement des projets.

Plusieurs personnes évoquent la nécessité de concevoir des démarches qualité sur des cycles courts. Selon eux, cela permet aux acteurs de voir des résultats assez

rapidement, ce qui est sources de motivation. Se lancer dans des projets trop longs est source d'usure pour les pilotes comme pour ceux qui mettent en œuvre. Les acteurs finissent par perdre le sens des actions menées car ils n'en perçoivent pas l'aboutissement.

Toutes les personnes positionnées en transversal au sein des cellules qualité où rattachées à la direction des soins insistent sur la nécessité d'être souple et pédagogue avec les professionnels qu'ils accompagnent. Il s'agit de valoriser le travail qui est produit (une procédure par exemple) même s'il n'est pas parfait. Cela contribue à leur montrer qu'ils produisent déjà de la qualité. C'est selon eux la condition sine qua non pour que les acteurs intègrent davantage une culture qualité. Il faut donc concilier souplesse et rigueur dans la conduite des projets qualité.

L'aspect formation est évoqué de façon plus particulière par l'établissement C. L'ensemble de l'équipe de direction ainsi que le comité qualité a suivi une formation sur l'approche processus et cette même formation est en cours auprès de l'encadrement. Le responsable de la cellule qualité et le DS estiment que les responsables du management de proximité doivent être formés. Cela permet d'avoir un langage commun et facilite la communication mais n'est pas tout. L'équipe de direction doit montrer qu'elle prend en compte les problèmes signalés par les professionnels.

**Synthèse** : Si toutes les personnes interrogées reconnaissent l'importance des tableaux de bord contenant des indicateurs pertinents, il semble que ce soit seulement dans l'établissement B que ceux-ci soient utilisés en routine.

#### D) La dimension culturelle

La culture est évoquée par toutes les personnes interrogées comme le principal barrage à la conduite des démarches qualité et plus particulièrement à leur appropriation par les professionnels au sein des services de soins. Les difficultés concernent la pluridisciplinarité dans les groupes de travail, l'intégration d'une approche client et d'une culture de la mesure. Les personnes interrogées estiment que la formalisation des procédures et la traçabilité sont globalement intégrées dans la culture des soignants. Par contre, il reste à s'inscrire dans une démarche continue, sans à coups générés par la préparation des visites d'accréditation.

Il semble que l'établissement ait davantage intégré une culture de l'évaluation dans la mesure où chaque projet d'amélioration fait l'objet d'évaluations régulières. Malgré cela, les cadres des trois établissements pensent que l'évaluation garde une connotation négative et péjorative aux yeux des professionnels. Ceux-ci ont des difficultés à percevoir le fait qu'elle puisse permettre une valorisation et une reconnaissance de leur travail. Il semble malgré tout que ce sentiment soit atténué dans l'établissement B qui a davantage

intégré, et depuis plus longtemps que les deux autres, cette dimension dans les démarches qualité entreprises.

Le chef de l'établissement C affirme que l'acquisition d'une culture qualité n'est pas qu'une question de temps. Elle se fonde beaucoup sur une politique de communication aboutie. La communication est selon lui le levier essentiel pour influencer la culture des professionnels. C'est un ingrédient indispensable à la vitalité du système hospitalier. Il faut communiquer sur la qualité par exemple à l'occasion des réunions avec l'encadrement. Mais cette culture doit d'abord être partagée au sein de l'équipe de direction. Le directeur qualité de cet établissement estime que l'évolution de la culture qualité chez les professionnels de terrain ne peut passer que par l'encadrement. C'est pourquoi il doit se sentir soutenu par sa hiérarchie. Il apparente l'acquisition d'une culture qualité à une stratégie conquête, de contamination progressive. Il compte sur le DS pour l'épauler dans cette démarche et faire en sorte que « le cœur des métiers soit entraîné ». Il considère les démarches qualité comme des outils managériaux.

Plusieurs personnes affirment que cette difficulté concerne aussi l'encadrement. Les deux DS interrogés insistent sur le fait que la formation des cadres à la démarche qualité et à l'approche par processus est indispensable mais pas suffisante pour que ceux-ci se l'approprient. Le management des cadres par le DS est pour l'une d'elle un point déterminant. Pour elle, le DS est là pour les aider à établir des priorités dans leurs plans d'actions. Mais elle attend aussi de leur part des prises d'initiatives. Par ailleurs, elle évoque la possibilité d'asseoir une partie de l'évaluation annuelle des cadres sur les résultats des plans actions menés au sein de leurs secteurs respectifs ou des démarches qualité institutionnelles auxquelles ils ont participé. Elle estime que « beaucoup de cadres sont trop dans le faire et pas assez dans le management ». Le rôle du DS doit être de les aider à en sortir. Comme en écho à cette problématique, tous les CS interrogés mentionnent leurs difficultés à mobiliser les acteurs du terrain sur les démarches qualité et sur leur propre difficulté à prendre du temps pour analyser les situations, « à sortir la tête du guidon ».

Toutes les personnes estiment que seul un management adapté peut permettre l'acquisition progressive par les acteurs d'une culture qualité. L'évaluation reste vécue comme une sanction, un moyen de montrer ce qui ne va pas. C'est d'ailleurs la principale source de difficulté pour mener les démarches qualité à leur terme : l'évaluation est souvent une étape « oubliée ».

Seul l'établissement B semble avoir cette culture de l'évaluation : les cadres disposent de tableaux de bord alimentés mensuellement par des indicateurs, à la fois d'ordre médicaux et soignants. Cela suppose bien sur l'existence d'un système d'information performant. Les cadres ont l'habitude de suivre l'évolution de ces indicateurs et d'en tenir compte pour la mise en œuvre de plans d'action. Même s'ils n'ont pas

d'entretien annuel d'évaluation, c'est sur la base de ces indicateurs que porte l'évaluation de la performance de leur département. Ils réalisent un rapport annuel de leur département alors même que cela n'est pas demandé par la direction de l'établissement. Les acteurs eux-mêmes se sont rendus compte que les évaluations permettent de montrer ce qui est bien fait, valorisant ainsi leur professionnalisme. Cela témoigne de l'intégration progressive d'une culture qualité. Le directeur de l'organisation et des prestations hospitalières estime d'ailleurs que dans une large mesure, les professionnels de l'établissement ont intégré le fait que la qualité sous-tend les notions d'objectivité et de preuve. Il estime que cela facilite la pratique de l'évaluation. Mais il nuance ses propos en estimant que l'évaluation évoque toujours chez certains professionnels une notion de sanction. Il persiste en effet pour certains l'idée que « si je donne ma parole que je vais faire bien, je vais faire bien ; il est inutile de vérifier ». C'est pour cette raison que la communication revêt un caractère crucial. C'est dans la façon de communiquer, d'expliquer et de discuter les résultats avec personnes concernées qu'on pourra battre en brèche cette conception. Le résultat d'une évaluation est souvent vécu comme une atteinte personnelle. En cela, la deuxième version de l'accréditation qui insiste beaucoup sur les évaluations de pratiques professionnelles sera une deuxième révolution, après celle de la formalisation des pratiques.

Le chef de l'établissement A estime que l'introduction des démarches qualité à l'hôpital a fait évoluer la culture des acteurs. Elle a contribué au décloisonnement, aidé à penser les actions en transversalité et rendu les acteurs plus solidaires car conscients qu'ils sont intégrés dans un processus de prise en charge globale des patients. Mais il met en garde sur la nécessité que chacun connaisse, respecte et fasse respecter sa zone de responsabilité.

Les professionnels transversaux insistent sur l'impérieuse nécessité de boucler les démarches qualité pour contribuer à l'acquisition d'une culture positive de la qualité. Le responsable de la cellule qualité de l'établissement C évoque aussi la culture orale des soignants comme un obstacle à la conduite des démarches qualité. Il s'agit aussi d'une difficulté pour certains cadres. C'est pourquoi il a fallu réaliser un effort pédagogique d'explication pour les inciter à formaliser leurs pratiques.

Un indicateur évoqué pour témoigner de l'existence d'une culture qualité au sein d'un établissement est le fait que des cadres prennent l'initiative de mener une démarche qualité dans leur secteur d'activité.

### **Synthèse :**

Il semble qu'un facteur déterminant dans le développement d'une culture qualité soit le temps et le management des décideurs et de l'encadrement. Plus les démarches qualité sont pratiquées depuis longtemps, plus les acteurs se les approprient. Mais cette

appropriation dépend grandement de la façon dont elles sont expliquées, menées et suivies : c'est la dimension managériale. Il apparaît que la culture qualité (intégrant une culture de la mesure) est davantage présente dans l'établissement B que dans les deux autres lieux d'enquête. Elle est non seulement annoncée mais aussi mise en pratique au quotidien. Les cadres s'appuient sur les indicateurs qualité qui leur sont fournis pour mettre en œuvre des plans d'actions qui sont suivis et évalués. Cette culture qualité s'exprime également à travers l'intégration d'un système d'évaluation, l'existence de tableaux de bords opérationnels, à la fois quantitatifs et qualitatifs. Il semble également ressortir une culture plus forte de service rendu à un client dans l'établissement B (PSPH) que dans les deux autres. Un CS de cet hôpital explique même que l'intégration d'une culture qualité «est l'essence de notre survie et de notre image ». Il estime d'ailleurs qu'un grand nombre de professionnels ont intégré cette notion.



### **3 CHAPITRE TROIS : SYNTHÈSE ET ORIENTATIONS PROFESSIONNELLES**

L'enquête réalisée va nous permettre de formuler des orientations professionnelles dans le cadre de la fonction de DS. Ces orientations vont s'appuyer sur une synthèse des éléments d'analyse de notre travail.

#### **3.1 Synthèse**

##### **3.1.1 Validation de la première hypothèse**

**Il n'existe pas une culture qualité au sein de l'établissement à deux niveaux :**

- **La coordination de la qualité est défailante.**
- **Le management des cadres par le DS ne permet pas l'émergence d'une culture de la qualité.**

Cette hypothèse est en partie validée. En effet, notre enquête a permis de montrer que dans une certaine mesure, la culture qualité n'est pas intégrée par l'ensemble des acteurs. Il est avéré également que c'est la procédure d'accréditation qui permet de nuancer nos propos. S'il apparaît que tous les professionnels en responsabilité de direction ou en positionnement transversal ou encore appartenant aux instances qualité l'ont acquis, il n'en est pas de même pour l'ensemble de l'encadrement et pour tous les soignants. Nous avons pu également établir que si une nouvelle culture s'acquiert avec le temps, le management en est un levier essentiel. Il apparaît que les difficultés évoquées par les cadres pour influencer sur la culture des soignants sont similaires à celles évoquées par les DS vis à vis de l'encadrement. Cela témoigne bien du fait qu'acquérir une culture qualité demande des habiletés de management majeures. Celles-ci trouvent leur source dans la capacité à communiquer, à expliquer, donc à faire preuve de leadership. Nous avons pu aussi mettre en évidence que le DS doit développer des capacités de coach, comme nous l'avons évoqué dans le chapitre deux. Cela semble être une attente importante de l'encadrement. Dans ce sens, on peut affirmer que le management des cadres par le DS pourrait être plus performant. On peut aussi dire que le DS développe déjà des capacités managériales importantes. Nous avons été convaincu de cela devant la réaction des cadres de l'établissement B qui n'a pas de direction des soins : ils en souffrent, se sentent souvent démunis devant l'absence d'une personne qui pourrait les guider. Cela permet par la même de nous rassurer sur l'utilité de cette fonction au sein d'un établissement de santé.

Par contre, aucun élément recueilli ne nous permet de mettre en évidence un manque de coordination en ce qui concerne la gestion de la qualité dans nos trois lieux d'enquête. Cela témoigne donc de l'existence d'une certaine culture qualité chez les décideurs (équipes de direction). En effet, ce sont eux qui organisent la coordination des différentes activités.

### **3.1.2 Validation de la seconde hypothèse**

**Il n'existe pas au sein de l'établissement un outil fiable et performant permettant d'avoir une vision globale de la qualité des soins dispensés.**

Là encore, il est bien difficile de trancher catégoriquement concernant cette hypothèse et nous dirons à nouveau qu'elle est en partie vérifiée. En effet, l'outil cité par toutes les personnes interrogées comme support de la démarche qualité est le manuel d'accréditation. Seules des personnes de l'établissement C évoquent les référentiels de certification. Enfin, un outil spécifique permettant d'évaluer la qualité des soins dispensés est évoqué dans un seul établissement (A). C'est d'ailleurs cet hôpital qui a décidé de l'utiliser pour réaliser des évaluations de pratiques professionnelles. Il en a donc perçu l'intérêt. Mais il est encore trop tôt pour évaluer son impact dans la mesure où cela figure dans le projet de soins 2005-2009. On peut se demander si le fait de devoir intégrer un outil tel que le manuel d'accréditation, qui présente d'ailleurs une seconde version assez différente de la première, n'a pas demandé un effort tel aux professionnels qu'ils n'en perçoivent que l'aspect fastidieux et contraignant. Par ailleurs, nous avons pu constater que seules les personnes interrogées dans l'établissement A connaissent l'existence d'outils spécifiques permettant d'évaluer la qualité des soins dispensés. Pour certains qui disent en connaître, ils les estiment redondant avec la démarche et le manuel d'accréditation des établissements de santé. Cela a permis de mettre en évidence une limite de notre enquête : il est difficile de questionner des personnes sur des éléments dont ils ne connaissent pas l'existence. Cela permet malgré tout d'affirmer que ce manque de connaissance traduit peut-être une lacune dans la culture des professionnels positionnés dans les cellules qualité (plusieurs sont soignants à l'origine) ou responsable de la qualité des soins.

## **3.2 Orientations professionnelles**

Nous avons choisi de ne pas interroger de médecins dans le cadre de notre étude. Il s'agit sans doute d'une limite car ceux-ci auraient pu nous apporter des pistes supplémentaires de réflexion. Comme nous l'avons vu au cours de plusieurs de nos

entretiens, les médecins (en particulier le président de CME) sont souvent très impliqués dans les démarches qualité institutionnelles.

Notre analyse nous a permis de dégager des perspectives pour notre pratique de DS. Nous essaierons donc de décliner les éléments qui nous paraissent incontournable pour favoriser la conduite de démarches qualité à leur terme.

Dans un premier temps, nous développerons le positionnement que le DS doit adopter au sein de l'équipe de direction et la stratégie qu'il doit développer.

En second lieu, nous évoquerons le management qui doit mettre en place en direction de l'encadrement. Nous avons décidé de ne pas distinguer les CS des CSS car nos préconisations concernent l'ensemble des cadres de santé. En effet, ils sont tous responsables de la qualité des prestations dans leurs secteurs d'activité, quelque soient leurs dimensionnements.

Dans la troisième partie, nous proposerons un outil permettant d'avoir une vision globale de la qualité des soins dispensés.

### **3.2.1 Le positionnement du DS dans la démarche d'amélioration de la qualité**

Comme nous l'avons mis en évidence, la conduite des démarches qualité nécessite un choix politique, au plus haut niveau de l'établissement. Positionné au sein de l'équipe de direction, le DS a donc un rôle important à y jouer. Ce choix est exprimé dans le projet d'établissement et les projets qui en découlent, dont le projet de soins et le projet qualité. Pour que le projet d'établissement soit cohérent, il est indispensable que les projets qui le composent soient en harmonie. Les critères et exigences pour une politique qualité formalisée et opérationnelle sont les mêmes que pour une politique de soins. L'élaboration du projet de soins et du projet qualité devra se faire conjointement de telle sorte qu'on ne trouve pas de redondance dans l'un et l'autre. A ce titre, nous considérons que le projet de soins est une déclinaison du projet qualité dans le domaine spécifique mais très vaste des soins. Une cohérence entre projet de soins et projet qualité n'existera que si le directeur qualité et le DS travaillent en concertation étroite afin de définir des axes d'amélioration spécifiques qui seront repris dans le projet de soins et d'en déterminer leurs priorités. Dans l'élaboration du projet qualité, c'est la fonction d'expert en soins du DS qui est mise à contribution. Lui seul peut l'exercer car il est soignant. Son expérience acquise au fil des années et sa formation en font à la fois un conseiller, un coordonnateur et un évaluateur des actions entreprises dans le domaine des soins. Dans sa spécificité de soignant il est en position de partenaire avec un grand nombre d'acteurs, chacun enrichissant l'autre de son expérience. De plus, il a une connaissance approfondie de l'institution, de son organisation, de ses forces et faiblesses. Il est le manager de l'ensemble des personnels paramédicaux qui représente la majorité des professionnels d'un établissement de santé. Le directeur qualité, de par sa formation,

maîtrise les méthodes et outils des démarches qualité. La conduite des démarches qualité à leur terme repose en grande partie sur le binôme DS – directeur qualité. Si leur fonction est différente, leur mission est complémentaire : ils mettent tout en œuvre pour améliorer la qualité des prestations des professionnels et assurer la sécurité des soins et des patients. Les personnes que nous avons rencontrées et qui assurent des fonctions en lien avec la qualité n'évoquent pas seulement la qualité de façon instrumentale avec ses normes, concepts, méthodes. Leur discours est fortement investi dans le domaine des relations humaines traduisant leur volonté de travailler avec les professionnels, de dialoguer, de tenir compte des difficultés, d'être cohérent avec la réalité du terrain. Une démarche d'amélioration continue de la qualité ne peut être confiée uniquement à un spécialiste. Elle doit être menée à l'initiative des différents responsables administratifs, médicaux, soignants et bénéficiaires de leur réel engagement. La qualité est l'affaire de tous. Elle doit être une recherche permanente et omniprésente de tous les acteurs de l'établissement. Il est donc indispensable de développer un management de type participatif qui permette de faciliter l'adhésion et l'implication de chacun. Cela est d'autant plus indispensable que le DS est le pilote de la politique de soins de l'hôpital. Pour exercer cette mission, il doit disposer d'indicateurs lui permettant de déterminer des priorités d'actions.

### **3.2.2 Le positionnement des cadres dans la démarche d'amélioration de la qualité**

Le cadre occupe une place stratégique au sein de l'institution hospitalière. Non seulement il coordonne des activités de soins et anime des équipes, mais il est également porteur des projets institutionnels. Il occupe une position charnière entre les dirigeants chargés de définir les orientations et le personnel dont le rôle est de les mettre en œuvre. Sans son adhésion, rien ne peut aboutir. En étant proche du terrain, il est une interface cruciale de l'environnement hospitalier (médical et paramédical, patients, familles) et l'environnement extra hospitalier. C'est donc sur l'encadrement que s'appuie une institution pour conduire des démarches qualité. Ils sont confrontés de plein fouet aux mutations du système hospitalier (la dernière étant la mise en place des pôles d'activité) et ont souvent le sentiment que l'institution leur en demande toujours plus tout en les considérant de moins en moins. En tant que DS, ce sont néanmoins nos principaux collaborateurs. C'est avec eux que nous mettons en œuvre nos missions d'amélioration de la qualité du service rendu aux patients.

### **3.2.3 Le management des équipes d'encadrement**

Le DS se doit de développer son leadership c'est à dire une vision clairement structurée de l'avenir, facile à comprendre et stimulante, et qui puisse se décliner en objectifs opérationnels clairs. Il doit aussi faire comprendre les buts à atteindre aussi bien aux subordonnés qu'aux pairs ou aux supérieurs. Pour transmettre cette vision, il faut

faire adhérer les professionnels au projet de soins en leur expliquant ses enjeux. Cela passe également par une stratégie managériale adaptée.

A) Une stratégie de management participatif

Elle passe selon nous par quatre éléments.

a) *Détecter les potentiels*

Il s'agit de détecter les ressources intellectuelles disponibles au sein de l'établissement et les potentiels humains susceptibles de contribuer de façon significative aux projets qualité.

b) *Donner envie aux acteurs de participer aux projets*

C'est une phase qu'on pourrait appeler de séduction mais qui nous paraît indispensable pour espérer leur implication au service des projets. Le DS n'est pas seulement là pour piloter une politique de soins, il devient l'animateur d'une équipe de cadres et surtout un facilitateur. Cette démarche est délicate car comme le souligne Friedberg<sup>40</sup>, le désir de participation n'est pas acquis d'emblée pour tous les acteurs. C'est un risque que ne veulent pas forcément prendre tous les acteurs d'une institution.

c) *Oser déléguer*

Un élément important concerne la capacité du DS à déléguer. C'est une façon de rendre les cadres responsables, y compris de leurs erreurs. C'est aussi prendre des risques en laissant une certaine latitude de moyens pour atteindre des objectifs préalablement fixés.

d) *Mettre en valeur les cadres et leurs aptitudes*

Il faut tenir compte de leurs avis pour enrichir les projets. Cela est source de reconnaissance et représente un partage d'enthousiasme non négligeable. Il permet l'émergence d'une estime de soi plus prononcée où les personnes qui se sont investies ont donné du sens et du poids à des projets collectifs.

Enfin, le DS doit être conscient qu'il représente, qu'il le veuille ou non, un support de modélisation pour les cadres. Déployer un management participatif auprès de l'encadrement lui donne la possibilité de modéliser ce type de management auprès des soignants. Il s'agit là d'un levier puissant pour le développement d'une culture qualité jusqu'aux soignants.

---

<sup>40</sup> FRIEDBERG E. *L'analyse sociologique des organisations*. Paris : Pour n° 28, 1988. 126 p.

Les professionnels qui s'investissent doivent être reconnus individuellement. Le DS doit les rencontrer, les remercier, les féliciter et s'assurer que leur implication dans les démarches qualité est soulignée dans leur évaluation annuelle. Par ailleurs, il peut les aider à mener leur projet professionnel à son terme. Leur mise en valeur doit se concrétiser en privilégiant leur participation à des journées d'études et des congrès par la présentation de leurs travaux en interne comme en externe. Cette reconnaissance peut s'exprimer aussi en se montrant disponible à leur égard. Enfin, le plus grand soutien consiste à montrer que les propositions faites par les personnes investies dans les démarches qualité sont suivies des faits. Cela passera par exemple par l'argumentation, auprès du chef d'établissement, de l'obtention de ressources nécessaires à la mise en place d'actions d'amélioration identifiées par un groupe de travail. Pour être crédible, un discours sur la qualité doit être relayé par des actions concrètes, mêmes modestes sous peine d'entraîner un découragement.

Dans une perspective plus large, on peut envisager, dans le contexte de la mise en place des pôles d'activité, une forme de valorisation financière, même si cela n'existe pas à ce jour. Pourquoi ne pas développer par exemple une contractualisation interne tenant compte des engagements dans des démarches qualité et de leurs résultats. On pourrait aller jusqu'à lier les budgets de pôles à l'atteinte d'objectifs qualité. Par ailleurs, la diffusion publique des résultats de la certification (ex accréditation) est sans doute une forme de reconnaissance et une puissante incitation en particulier pour les professionnels pour améliorer la qualité.

#### B) L'évaluation des cadres

L'évaluation de l'engagement dans l'amélioration continue de la qualité doit, selon nous, être intégrée dans l'évaluation annuelle de l'encadrement. Elle peut faire l'objet de contrat de délégation. Il nous semble également important de faire porter l'évaluation sur l'avancée des projets d'amélioration menés au sein des unités/départements.

#### C) Le management des projets

Il ne s'agit pas ici de revenir sur la méthodologie de la conduite de projet mais plutôt de cibler des éléments managériaux qui nous paraissent des facteurs clé de succès.

La conduite opérationnelle des projets repose sur des groupes pilotés par des chefs de projet. Le choix du chef de projet est déterminant. Celui-ci négocie avec le DS le processus précis concerné, la constitution du groupe, la méthodologie envisagée et les échéances. Il doit être légitime dans le domaine traité et posséder des capacités d'animation de groupe et de dialogue. Sa motivation et son intérêt pour le projet doivent être forts. Il doit pouvoir susciter la confiance, l'adhésion et l'initiative. De par leur formation au management et à la méthodologie de conduite de projet, les cadres constituent un public privilégié pour devenir chefs de projets. Mais le DS doit évaluer leur

potentiel pour remplir de telles missions et les accompagner dans la conduite des opérations.

La constitution du groupe projet se fait en concertation avec le chef de projet. Le processus concerné doit être décrit pour déterminer les acteurs à impliquer dans le projet. Chaque étape du processus doit avoir un représentant dans le groupe. Comme l'ont mentionné plusieurs personnes interrogées, il est dangereux de conserver toujours les mêmes personnes comme membres des groupes projets. Cela peut contribuer à installer l'idée que la qualité est l'affaire de certaines personnes. Ainsi, il convient de renouveler les acteurs membres des groupes de travail. Cela permet d'apporter un œil neuf, d'éviter la lassitude et contribue probablement à la pérennité des démarches qualité. Le DS connaît les services et les professionnels. Il est le mieux placé pour déterminer les services et les catégories professionnelles les plus concernés par un sujet. Plusieurs projets pouvant être menés simultanément, il sera attentif à ce que ce ne soit pas toujours les mêmes personnes qui soient sollicitées. Même si la participation aux groupes projets se fait sur la base du volontariat, certains acteurs sont très fréquemment sollicités (hygiéniste, cadre expert en soins, cadre de stérilisation...). Le DS doit alors négocier leur degré de participation au regard de leur charge de travail. Il est aussi le garant du respect des échéanciers des projets.

Pour assurer le suivi des projets, le DS peut mettre en place des revues collectives de projets. Cela permet aux différents chefs de projet d'échanger sur leur expérience, leurs difficultés, leurs satisfactions et d'effectuer une première diffusion d'information sur l'avancée des travaux.

L'évaluation du projet et de son impact est un autre point stratégique. Toute amélioration doit être objectivée par une mesure, fournissant ainsi des indicateurs qui doivent être suivis. Cela doit être utilisé par le DS comme un outil de management c'est à dire pour motiver les professionnels et non les contrôler. L'objectif n'est pas d'évaluer la qualité de chacun mais de motiver pour une recherche de progrès autour d'un enjeu commun. Le DS doit aider les groupes projets à construire des stratégies d'évaluation avec des indicateurs simples. On peut citer à titre d'exemple le temps d'attente aux urgences, le nombre d'escarres constituées au sein de l'établissement, le nombre de chutes, satisfaction des patients quant aux soins reçus...

Le DS est responsable de l'amélioration de la qualité des soins au niveau institutionnel. La délégation à l'encadrement de la conduite des projets ne signifie pas qu'il abandonne cette mission. Il prouve ainsi sa confiance aux cadres en acceptant de leur déléguer l'autorité nécessaire pour assurer pleinement leur mission.

### **3.2.4 La politique de communication autour de la qualité**

Comme nous avons pu le mettre en évidence à travers les entretiens menés, la communication est un facteur clé de succès. Pour mobiliser et convaincre les professionnels, le DS doit communiquer. Son rôle consiste à donner du sens aux actions de ses collaborateurs afin qu'ils convergent vers les objectifs retenus. Ainsi, il ne peut pas concevoir la communication comme une façon d'imposer son point de vue mais au contraire comme un moyen de connaissance partagée d'un contexte, celui de la construction de démarches qualité. Les méthodes de communication doivent donc être ouvertes à l'expression et au débat. C'est seulement si les acteurs trouvent un sens aux messages que les acteurs peuvent accepter de se les approprier. La communication ascendante et descendante doit être efficace.

La communication descendante consiste à donner l'information à l'ensemble des personnels, à motiver autour des projets d'amélioration afin qu'ils se les approprient en intégrant les objectifs collectifs et individuels. Cela crée aussi un sentiment d'appartenance à l'institution. Cette communication permet de développer chez l'encadrement une culture de la communication et d'en faire des relais d'information privilégiés. Elle est un levier de valorisation des succès et initiatives internes.

La communication ascendante a pour but de faire remonter les informations sur les réalisations, les difficultés, les interrogations. Elle permet aux professionnels d'exprimer leurs attentes et leurs besoins. Elle constitue un dispositif d'écoute pour détecter les freins éventuels et rechercher les moyens de les lever.

La communication transversale permet de diffuser les mêmes informations en même temps à l'ensemble des professionnels et contribue donc au décloisonnement des services et des professions.

La communication ne peut être efficace que si elle repose sur un système d'information performant. A ce sujet, le DS doit être attentif à plusieurs points :

- Mettre en place des actions de sensibilisation à la qualité, en particulier pour les professionnels récemment recrutés afin qu'ils intègrent dans leur pratique les exigences institutionnelles en matière de qualité des soins.
- Consacrer systématiquement un temps d'information et d'échanges sur le suivi des démarches qualité institutionnelles lors des réunions d'encadrement.
- Assurer une présence dans les services en participant une fois par an aux conseils de services ou départements. C'est l'occasion de communiquer directement aux soignants sur l'avancée des démarches qualité et les objectifs futurs.
- Définir une stratégie de diffusion des nouvelles procédures qui ne se limite pas à leur seule présentation. Pour garantir davantage leur application, il convient de



prévoir un dispositif de formation/information, accompagné le cas échéant de démonstrations.

- Participer aux supports écrits de l'information institutionnelle : journal interne, notes de service...

### **3.2.5 La contribution de la formation**

Pour pouvoir s'impliquer dans les démarches qualité, les acteurs ont besoin de s'appropriier les concepts et les outils de la qualité. La formation est indispensable pour atteindre cet objectif. Elle doit concerner le plus grand nombre de professionnels et être adaptée en fonction du degré de responsabilité des professionnels dans les démarches qualité.

La politique de formation ne peut être ciblée uniquement sur les cadres car la qualité est l'affaire de tous et ses méthodes participatives mobilisent tous les professionnels sur le terrain.

Le dispositif de formation sur la qualité doit selon nous comporter plusieurs niveaux :

- Une formation de formateurs pour l'équipe de direction, les membres du comité qualité, les pilotes des groupes de travail. Cela permet de démultiplier en interne et à un moindre coût les savoirs et savoir faire en matière de gestion de démarches qualité.
- Une formation au management par projet et à l'évaluation pour les cadres.
- Une formation théorique qualité ciblant un public très large.
- Une formation-action pour les groupes de travail avec une place importante consacrée aux cas concrets vécus par les professionnels.

Le contenu de la formation doit être adapté aux différents professionnels. Les méthodes et le langage doit rester simple car l'objectif n'est pas de former des spécialistes de la qualité mais des personnes qui comprennent les objectifs poursuivis et les étapes nécessaires au bon déroulement des démarches qualité, en insistant sur le gain apporté par chacun quelque soit sa place dans l'institution.

Le turn-over des professionnels, leur cheminement (une infirmière qui devient cadre) nécessite de répéter ces formations. C'est un gage de pérennité des démarches qualité. Le DS doit développer régulièrement les compétences et les connaissances des paramédicaux en matière de qualité afin de les rendre pérennes.

### **3.2.6 Le choix d'un outil d'évaluation de la qualité des soins**

Le pilotage par le DS de la politique de soins implique la prise de décision. Celle-ci doit s'appuyer sur des indicateurs pertinents. Comme nous l'avons énoncé dans le cadre théorique de notre travail, l'évaluation de la qualité des soins doit intégrer à la fois des indicateurs de structure, de processus et de résultats. Les résultats ne peuvent en effet prendre tout leur sens que dans la mesure où ils sont reliés aux processus de soins et

aux éléments de structure. Les indicateurs sont regroupés dans un tableau de bord qui constitue une aide à la décision. Le DS doit constituer un tableau de bord permettant de suivre la qualité des soins produit dans l'établissement. Il peut s'aider dans cette démarche d'un outil d'évaluation de la qualité des soins susceptible de lui fournir des indicateurs spécifiques. Celui qui a retenu notre attention est l'IGEQSI dans la mesure où il permet d'obtenir une vision globale de la qualité des soins dispensés au sein d'un établissement et d'aider à la construction de tableaux de bord. Cet outil et son mode d'utilisation sont présentés en annexe IV. Il présente l'avantage majeur d'intégrer une philosophie d'amélioration continue de la qualité. En cela, il participe au développement d'une culture de l'évaluation et de l'amélioration de la qualité des soins. Il s'agit aussi d'un outil de management à la fois pour le DS à l'échelle de l'établissement et pour les cadres au sein des unités de soins. Il apparaît complémentaire de la démarche d'accréditation dans la mesure où il fournit des éléments plus précis dans le domaine des soins qui peuvent être des support de plans d'amélioration ciblés. Il pourrait donc être abordé en parallèle de l'accréditation comme le processus de certification. Une partie des éléments fournis par l'IGEQSI (état des lieux, plans d'amélioration) allègerait la démarche d'accréditation puisqu'il ne serait pas utile de les évaluer une nouvelle fois. Il présente l'avantage de centrer les évaluations sur les soins. Cette lacune est souvent mentionnée par les soignants au manuel d'accréditation.

Par ailleurs, l'utilisation de cet outil suppose la formation d'un groupe d'auditeurs interne à l'établissement qui réalise les recueils des données. Même si cela paraît difficile par le temps de formation qu'il nécessite et le nombre important de personnes qu'il mobilise, un tel dispositif contribue fortement à l'intégration d'une culture qualité dans le domaine des soins.

Il nous semble que le management de la qualité qui introduit un tel outil est de nature à pérenniser les démarches qualité en impliquant les professionnels. Le référentiel utilisé par cet outil permet la mise en œuvre d'un processus d'amélioration continue de la qualité des soins. Il s'agit d'une démarche participative qui dépasse la simple évaluation et qui concerne tous les acteurs du soin. Il doit être inscrit dans le projet de soins institutionnel.

L'utilisation des résultats fournis par l'utilisation de cet outil est double :

- Au niveau institutionnel quand un point à améliorer se retrouve sur l'ensemble de l'établissement. Il devient alors un axe important du projet de soins institutionnel.
- Au niveau des services, où l'année qui suit la phase d'audit peut être consacrée à un plan d'amélioration de la qualité des soins sous forme de projet de service et utilisant les résultats les concernant.

L'évaluation de la qualité des soins infirmiers n'est pas une fin en soi. Elle est un moyen pour établir plus sûrement les priorités d'action en vue d'améliorer la qualité des soins. C'est justement l'envergure des résultats de l'IGEQSI qui fait sa force et sa valeur. Car grâce à un portrait multidimensionnel de la réalité des soins infirmiers, la direction des soins est en meilleure posture pour établir ses priorités et planifier ses stratégies pour améliorer la qualité des soins infirmiers. L'IGEQSI n'est qu'un instrument de mesure. C'est ce qu'on fait avec la « mine d'informations » qu'il fournit qui est garant de l'amélioration de la qualité des soins infirmiers.

## CONCLUSION

L'objectif de ce travail était d'apporter un éclairage sur la difficulté à mener les démarches qualité à leur terme au sein des établissements de santé. Il s'agit d'une problématique complexe à laquelle nous serons confronté en tant que DS. Nous avons conscience de n'avoir soulevé qu'une partie du problème et que d'autres réflexions peuvent être menées. Cependant, ce travail nous a fait cheminer dans les domaines du management et de la stratégie.

Les facteurs de réussite des démarches qualité se situent dans la capacité à développer un travail de partenariat entre la direction et les personnels ainsi qu'une forte implication respective. La conduite de démarches qualité implique un style de management qui motive les professionnels à devenir acteurs à part entière et à coopérer à tous les niveaux de l'organisation. Développer une participation, c'est mettre les individus non plus en position d'exécutants de décisions énoncées sans concertation mais en position de personnes responsables. C'est privilégier la formation et la communication. C'est surtout reconnaître et valoriser l'investissement des professionnels.

La promotion de la qualité est souvent complexe car les indicateurs sont encore trop peu développés et l'effet des actions correctives n'apparaît souvent qu'à long terme. Mener des démarches qualité et améliorer la qualité sont deux expressions qui apparaissent souvent abstraites. Elles doivent être concrétisées à travers des projets précis, structurés, en cohérence avec des dysfonctionnements observés.

Même si la démarche d'accréditation a commencé à instaurer une culture qualité chez les professionnels hospitaliers, celle-ci doit encore être développée. Le DS, en tant que responsable de la qualité des prestations soignantes a un rôle primordial à jouer dans ce domaine. Mais la qualité ne peut être l'affaire d'une seule personne. L'encadrement est le réseau indispensable à la conduite des démarches qualité. Les cadres constituent selon nous l'ossature de la construction de la sécurité et de la qualité des soins. Ils représentent un potentiel de compétences et de connaissances que le DS doit chercher à valoriser sans cesse.

---

# Bibliographie

---

## **Textes législatifs et réglementaires :**

REPUBLIQUE FRANCAISE, 1984 – Loi n°84.5 du 03 janvier 1984 portant diverses mesures relatives à l'organisation du service public hospitalier. *Journal officiel de la République Française*, 04 janvier 1984, 150-152.

REPUBLIQUE FRANCAISE, 1991 – Loi n°91.748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière. *Journal officiel de la République Française*, 02 août 1991, 10255-10269.

REPUBLIQUE FRANCAISE, 1996. – Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée. *Journal officiel de la République Française*, 25 avril 1996, 6324-6336.

REPUBLIQUE FRANCAISE, 2002. – Loi n°2002-303 du 04 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. *Journal officiel de la République Française*, 5 mars 2002, 4118-4159.

REPUBLIQUE FRANCAISE, 2002. – Décret n°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps des directeurs des soins de la fonction publique hospitalière. *Journal officiel de la République Française*, 23 avril 2002, 7187-7191.

REPUBLIQUE FRANCAISE, 2004 – Loi n° 2004-806 du 09 août 2004 relative à la politique de santé publique, *Journal officiel de la République Française*, 11 août 2004, 14277-14362.

REPUBLIQUE FRANCAISE, 2004. - Loi n°2004-810 du 13 Août 2004 relative à l'assurance maladie. *journal officiel de la République Française*, 17 août 2004, 14598-14707.

## **Ouvrages imprimés :**

AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'EVALUATION EN SANTE. *Evaluation d'un programme d'amélioration de la qualité : les enseignements de 60 projets dans les établissements de santé français*. Paris, 1999. 95 p.

AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'EVALUATION EN SANTE. *Principes de mise en œuvre d'une démarche qualité en établissement de santé*. Paris, 2002. 77 p.

AGENCE NATIONALE d'ACCREDITATION et d'EVALUATION en Santé. *Manuel d'accréditation des établissements de santé : deuxième procédure d'accréditation*. Direction de l'accréditation et de l'évaluation des pratiques : Paris, Septembre 2004. 131 p.

ASSOCIATION FRANÇAISE DE NORMALISATION. *Gérer et assurer la qualité*. Paris : AFNOR. 1992 ; 2 tomes : 394p-376p.

BALLE M., CHAMPION-DAVILLER M.-N. *Organiser les services de soins : le management par la qualité*. 2<sup>ème</sup> édition. Paris : Masson, 2004. 214 p.

BERNOUX P. *La sociologie des organisations*. Paris : Seuil, collection Points Essais, 1984. 382 p.

BLANCHET A., GOTMAN A. *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*. Paris : Nathan Université, collection sociologie 128, 1992. 125 p.

BRUN D. *Le recueil d'informations : méthodes de questionnaires, d'entretiens et d'observations*. Bobigny : Université Paris XIII, U.F.R. Sciences Médecine et Biologie Humaine Léonard de Vinci, 1998. 117 p.

CABY F., JAMBART C. *La qualité dans les services : fondements, témoignages, outils*. Paris : Economica, 2002. 183 p.

CHALIFOUR J. *La relation d'aide en soins infirmiers : une perspective holistique – humaniste*. Paris : Editions Lamarre, 1989. 296 p.

CLAVERANNE J.-P., VINOT D., FRAISSE S., ROBELET M., CANDEL D., DUBOIS D., MARCHAUDON P. *Les perceptions de la qualité chez les professionnels des établissements de santé*. Paris : Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins, avril 2003. 17 p.

CROZIER M. *L'entreprise à l'écoute. Pour apprendre le management post-industriel*. Paris : Le Seuil, 1989. 279 p.

CROZIER M, FRIEDBERG E. *L'acteur et le système*. Paris : Seuil, collection Points Essais, 1977 ; 500 p.

FRIEDBERG E. *L'analyse sociologique des organisations*. Paris : Pour n° 28, 1988. 126 p.

GRENIER R. et al. *Normes et critères de qualité des soins infirmiers*. Montréal : Décarie, 1989. 221 p.

HESBEEN W. *La qualité du soin infirmier : penser et agir dans une perspective soignante*. Paris : Masson, 1998. 207 p.

HUBINON M. *Management des unités de soins : de l'analyse systémique à l'évaluation de la qualité des soins*. Bruxelles : De Boeck, 1998.

JACQUERYE A. *La qualité des soins infirmiers : implantation, évaluation, accréditation*. Paris : Maloine, 1999. 326 p.

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

ORDRE DES INFIRMIERES ET INFIRMIERS DU QUEBEC. *Normes et critères de compétence pour les infirmières et infirmiers : extrait de la compétence professionnelle de l'infirmière et de l'infirmier au Québec*. Montréal, 1985.

SULLIVAN J. E., DECKER P. J. *Effective management in nursing*. California : Addison-Wesley, 1985. 154 p.

VUORI H. *L'assurance de la qualité des prestations de santé : la santé publique en Europe*. Copenhague : Organisation Mondiale de la Santé, 1984.

#### **Articles :**

DELETOILE V., LEFORT M.-C. "Les indicateurs qualité au service d'une culture de l'amélioration continue des soins infirmiers". *Recherche en soins infirmiers*, 2001, n°65, pp.5-13.

DONABEDIAN A. «Evaluating the quality of medical care » *Milbank Memorial Fund Quatrely*, 1966, n° 44, pp. 166-206.

GRENIER R. «Le processus de la gestion de la qualité des soins-services ». *Soins Cadres*, 2002, n° 43, pp. 87-90.

HEES M. « Le management : science, art, magie ? ». *Perspective Soignante*, Septembre 1999, n°5, pp. 62-72.

HUIN P. « L'évaluation de la qualité des soins et des pratiques professionnelles, mode ou nécessité ? » *Objectif Soins, hors série cahier du management*, 1998, pp. 46-47.

KRAMER M. « The magnet hospitals : excellence revisited ». *Journal of Nursing Administration*, 1990. N°20, pp 35-44.

LEPROBON J. « Vers une culture d'amélioration continue » *L'infirmière du Québec*, Mai/Juin 2000, n° 235, pp. 25-41.

LOHR K.N., Donaldson M.S., Harris-WEHLING J. « Medicare : a strategy for quality assurance, quality of care in a changing health care environment » *Quality Revue Bulletin*, 1992, n°18, pp. 120-126.

PIOU O. "Le concept de management participatif". *L'INTER dit. AMIEC*, 1992, n°27, pp. 10-16.

### **Thèses et mémoires :**

DELACOURT G. *De l'évaluation de la qualité des soins à l'inscription dans la démarche d'accréditation*. Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique, filière infirmiers généraux : Rennes, 1999. 73 p.

KARASOGLU M. *La prise en charge globale, notion fédératrice du projet de soins : quelle stratégie pour le directeur des soins ?* Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique, filière directeurs des soins : Rennes, 2002. 65 p.

Mémoire Interprofessionnel de Santé Publique. *L'accréditation dans l'évaluation de la qualité des soins : intérêts et limites*. Ecole Nationale de la Santé Publique : Rennes, 2000. 37 p.

Mémoire Interprofessionnel de Santé Publique. *La démarche qualité dans les établissements de santé : objet de réponse formel à l'accréditation ou outil de réforme des pratiques professionnelles ?* Ecole Nationale de la Santé Publique : Rennes, 57 p.



RENAULT C. *Après la visite d'accréditation : le directeur des soins et la pérennisation des démarches qualité*. Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique, filière directeurs des soins : Rennes, 2002. 52 p.

**Conférences :**

ROUSSEL P. *Evaluation de la qualité : principe, méthodes, mise en œuvre*. Rennes : Ecole Nationale de la Santé Publique – Cours, filière directeurs des soins. Janvier 2005.

ROUSSEL P. *Gestion des projets d'amélioration de la qualité*. Rennes : Ecole Nationale de la Santé Publique – Cours, filière directeurs des soins. Janvier 2005.

SCHWEYER F.-X. *Introduction à la sociologie hospitalière*. Rennes : Ecole Nationale de la Santé Publique – Cours, filière directeurs des soins. Décembre 2004.

---

## Liste des annexes

---

ANNEXE I : Grille d'analyse des projets – indicateurs retenus.

ANNEXE II : Guide d'entretien.

ANNEXE III : Grille d'analyse des entretiens.

ANNEXE IV : L'instrument global d'évaluation de la qualité des soins infirmiers (IGECSI).

## **ANNEXE I : GRILLE D'ANALYSE DES PROJETS – INDICATEURS RETENUS**

**L'existence ou non d'un PQ distinct du PE.**

**Les références :**

- Les références réglementaires : à la loi hospitalière, aux ordonnances, aux décrets professionnels.
- Les références aux autres projets de l'établissements : projets médical, projet social...
- Les références aux politiques de santé régionales.

**Les valeurs ou conception de la qualité :**

- Les valeurs concernant la démarche qualité et l'amélioration continue de la qualité sont-elles clairement énoncées ?

**La démarche :**

- Les objectifs généraux et opérationnels.
- Les plans d'actions.
- Les moyens nécessaires à l'évaluation et au suivi.

**La dynamique :**

- Le plan de communication s'il existe, interne ou externe.
- Toute particularité originale.

## ANNEXE II : GUIDE D'ENTRETIEN

Je vous remercie de me recevoir. Comme je vous l'avais indiqué lors de notre entretien téléphonique, je suis actuellement stagiaire directeur des soins à l'Ecole Nationale de la Santé Publique et j'ai souhaité vous rencontrer dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude dont le thème est : le rôle du directeur des soins dans les démarches qualité. Cet entretien bien sûr anonymisé aura une durée approximative de 30 minutes et sera enregistré si vous en êtes d'accord. Merci.

Qu'évoque pour vous le terme démarche qualité ?

Pouvez-vous me dire comment se passe/est organisé le pilotage de la qualité dans votre établissement/service/secteur ?

- Responsable(s), acteurs associés, dispositif mis en place (direction qualité ?), organisation (cellule qualité ? composition), fonctionnement, accompagnement et suivi de la démarche tableaux de bord, indicateurs).

Qu'est-ce qui vous paraît le plus difficile dans les démarches qualité ? Ou reformulation : quelles difficultés rencontrez-vous dans le pilotage de la qualité au sein de l'établissement ?

- Eléments de relance :
  - o Balayer les aspects stratégique, structurel, technique et culturel.
  - o Demander l'avis de la personne sur la difficulté à les mener à leur terme/boucler.
  - o Soulever la question du management des cadres auprès du directeur des soins.

Que faudrait-il faire selon vous pour que les démarches qualité puissent être menées à leur terme/bouclées.

Quelles sont vos attentes :

- Du directeur des soins, du directeur qualité : pour le chef d'établissement.
- Du chef d'établissement, du directeur des soins : pour le directeur qualité.
- Du chef d'établissement, du directeur qualité, des cadres et cadres supérieurs de santé : pour le directeur des soins.
- Du directeur des soins : pour les cadres et cadres supérieurs de santé.

## **ANNEXE III : GRILLE D'ANALYSE DES ENTRETIENS**

### **DIMENSION STRATEGIQUE :**

- Les objectifs de l'établissement concernant la qualité.
- L'identification des processus clés.
- Les missions transversales, les personnes impliquées et le temps consacré aux actions qualité.
- Le fait de focaliser les efforts sur des objectifs ou des priorités établies.

### **DIMENSION STRUCTURELLE :**

- La structure de coordination de la qualité à deux niveaux :
  - o Niveau stratégique et politique : comité de pilotage.
  - o Niveau opérationnel : direction ou cellule qualité.

### **DIMENSION TECHNIQUE :**

- La gestion de projet.
- L'organisation d'un système qualité.
- La maîtrise des méthodes et outils qualité.
- L'existence d'un outil spécifique aux soins.

### **DIMENSION CULTURELLE :**

- Le travail en équipe pluridisciplinaire.
- L'approche client.
- La culture de la mesure.
- Une approche positive de l'erreur.
- Les formations.
- La conduite de projets pilotes.
- L'exemplarité des leaders.
- Le type de management.

## **ANNEXE IV : L'INSTRUMENT GLOBAL D'ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DES SOINS INFIRMIERS (IGEQSI)**

Deux instruments IGEQSI ont été développés : le premier destiné aux établissements de soins de courte durée et le second pour les établissements de soins de longue durée. C'est le premier qui sera explicité dans ce document.

Il s'agit d'un instrument global en ce sens qu'il évalue l'ensemble des soins infirmiers considérés sous leurs multiples facettes telles l'histoire du patient, le plan de soins, les activités de soins et l'évaluation de leurs résultats. Il évalue de plus certains facteurs organisationnels qui ont une influence sur la qualité des soins infirmiers. Il est issu d'un instrument utilisé aux États-Unis, le « Rush Medicus Nursing Process Methodology ». Une fois traduit en français et adapté, il a été testé dans le cadre d'un projet de recherche mené dans onze hôpitaux de soins aigus du Québec. Il s'agit d'un instrument qui fait l'objet d'un large consensus au Québec en termes d'indicateurs de soins de qualité pour les centres hospitaliers de soins aigus. Il a été expérimenté en Belgique et en France avec succès.

Il se décompose en deux parties : la première est centrée sur la personne soignée et l'intérêt porte surtout sur le processus, sur les activités reliées aux soins et, dans une certaine mesure, sur les résultats des soins infirmiers. La seconde est centrée sur l'unité de soins et porte sur différents aspects de la structure organisationnelle. Il constitue un cadre composé de six dimensions, 31 normes et 345 critères ou indicateurs de qualité (la liste des dimensions et normes figure en fin de document). Son cadre de référence est constitué par les grandes étapes de la démarche clinique, les besoins fondamentaux de la personne et certains facteurs structurels (gestion, directives...) qui influencent les soins. L'instrument s'utilise dans les huit champs cliniques à l'aide de listes distinctes, chacune comportant environ 25 critères. Ces listes sont réparties selon les différents champs cliniques observés et selon la classification des patients. Chaque patient est en effet classé selon son état et le type de soins qu'il requiert en quatre catégories : autonome, semi autonome, dépendant, nécessitant des soins intensifs.

L'IGEQSI permet de mesurer et d'évaluer la qualité des soins infirmiers dans huit champs cliniques différents : les urgences, le bloc obstétrical, la psychiatrie, la pouponnière, la médecine-chirurgie, la pédiatrie, les soins intensifs et la salle de réveil. Sept sources d'information distinctes sont utilisées en fonction de l'aspect mesuré par chacun des critères : le dossier de soins et le plan de soins, l'observation du patient, l'entretien avec le patient, l'observation de l'environnement immédiat du patient, l'observation du personnel soignant, l'entretien avec le personnel soignant et l'observation du fonctionnement de l'unité de soins.

L'outil est accompagné d'un logiciel qui permet la saisie et le traitement des données ainsi que la production de rapports de la qualité des soins, tant sous la forme de tableaux chiffrés que de diagrammes en bâtonnets. Les résultats peuvent être édités pour l'ensemble de l'établissement et par unité de soins, par dimension et/ou par critère.

L'IGEQSI n'évalue pas « à la loupe » les soins spécialisés. Il évalue si les activités reliées aux soins courants chez les patients sont de qualité. Mais il ne permet pas de déterminer si la pratique des soignants dans tel ou tel champ clinique spécialisé est à la fine pointe de la science et de l'art des soins. Pour cela, d'autres instruments d'appoint devront être utilisés.

Pour préserver sa validité et sa fiabilité, des consignes très précises doivent être appliquées dans l'utilisation de l'instrument. Toutes ces consignes sont justifiées en raison de la diversité des milieux et des situations cliniques auxquelles s'applique l'IGEQSI. Même si un manuel de l'observateur est fourni avec l'IGEQSI, on doit prévoir au moins deux jours de formation pour l'observateur.

Pour beaucoup de critères de l'instrument, le jugement clinique de l'observateur est requis. Ce peut être pour juger de la pertinence de tel ou tel critère, chez tel ou tel patient dans telle ou telle situation ou encore pour déterminer dans quelle mesure le critère est satisfait dans la situation observée.

Si certaines listes de critères peuvent être appliquées en trente minutes, d'autres peuvent requérir jusqu'à deux heures. En moyenne, l'application d'une liste de critères peut prendre environ 75 à 90 minutes. L'observateur doit donc être dégagé d'autres responsabilités, les jours où il applique l'IGEQSI. L'évaluation d'une unité de soins requiert l'application de l'IGEQSI chez environ 30 patients. L'unité de soins doit aussi être observée environ dix fois.

Comme pour tout autre type d'évaluation, l'application de l'instrument peut facilement être perçue comme une activité gênante par les soignants et l'encadrement. Donc avant d'appliquer l'IGEQSI dans un établissement, on devra prévoir des activités d'information et de sensibilisation des cadres et des soignants impliqués.

## LISTE DES 6 DIMENSIONS ET 31 NORMES DE L'IGECSI

### **Dimension 1 : le plan de soins est formulé**

- Norme 1,1 L'état du bénéficiaire est évalué dès l'admission
- Norme 1,2 Les renseignements nécessaires aux soins sont recueillis lors de l'admission
- Norme 1,3 L'état du bénéficiaire fait l'objet d'une évaluation continue
- Norme 1,4 Le plan de soins infirmiers est formulé par écrit
- Norme 1,5 Le plan de soins infirmiers est coordonné avec le plan de traitement médical
- Norme 3,3 L'intimité et les droits civils du bénéficiaire sont respectés
- Norme 3,4 Le besoin de bien-être psychologique et émotionnel est pris en considération
- Norme 3,5 On enseigne au bénéficiaire les mesures qui favorisent le maintien de la santé et la prévention des maladies
- Norme 3,6 La famille du bénéficiaire est impliquée dans le processus des soins infirmiers

### **Dimension 2 : les besoins physiques du bénéficiaire sont pris en considération**

- Norme 2,1 Le bénéficiaire est protégé des accidents et des blessures
- Norme 2,2 Le besoin de repos et de confort physique est pris en considération
- Norme 2,3 Le besoin d'hygiène physique est pris en considération
- Norme 2,4 Le besoin d'oxygène est pris en considération
- Norme 2,5 Le besoin d'activités est pris en considération
- Norme 2,6 Le besoin de nourriture et d'équilibre des liquides est pris en considération
- Norme 2,7 Le besoin d'élimination est pris en considération
- Norme 2,8 L'intégrité de la peau est prise en considération
- Norme 2,9 Le bénéficiaire est protégé contre l'infection

### **Dimension 3 : les besoins autres que physiques (psychologiques, émotionnels, mentaux, sociaux et spirituels)**

#### **du bénéficiaire sont pris en considération**

- Norme 3,1 Le bénéficiaire est informé dès son admission des services disponibles et des politiques de l'hôpital
- Norme 3,2 Le personnel soignant traite le bénéficiaire avec courtoisie

### **Dimension 4 : la réalisation des objectifs de soins infirmiers est évaluée**

- Norme 4,1 Les notes d'observations de l'infirmière reflètent les soins prodigués au bénéficiaire
- Norme 4,2 La réaction du bénéficiaire à son traitement/ses soins est évaluée

### **Dimension 5 : les directives au niveau de l'unité visent la protection de tous les bénéficiaires**

- Norme 5,1 Les précautions et techniques d'isolement et de désinfection sont respectées
- Norme 5,2 L'unité de soins est préparée aux situations d'urgence
- Norme 5,3 Les procédures médico-légales sont respectées
- Norme 5,4 Les mesures de sécurité et de protection au niveau de l'unité sont respectées

### **Dimension 6 : les soins infirmiers sont facilités par des services d'ordre administratif et de gestion**

- Norme 6,1 Les observations écrites et verbales respectent les normes établies
- Norme 6,2 La gestion des soins infirmiers est assurée
- Norme 6,3 Le travail de bureau est assuré
- Norme 6,4 Les services auxiliaires et de support sont assurés
- Norme 6,5 Les services professionnels et administratifs sont assurés