



**ENSP**

ÉCOLE NATIONALE DE  
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

---

**Directeur des soins**

**Promotion 2006**

---

**L'articulation du projet de soins et du  
plan d'amélioration de la qualité :  
Un révélateur de la qualité du management du  
directeur des soins**

---

**Nadine LELIEVRE**

*La grandeur d'un métier est avant tout d'unir les hommes ;  
il n'est qu'un luxe véritable et c'est celui des relations humaines*

*Antoine de Saint-Exupéry*

---

# Sommaire

---

<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>1</b>
<b>1 CHAPITRE : CADRE CONTEXTUEL ET THEORIQUE DE LA RECHERCHE :.....</b>	<b>5</b>
<b>1.1 ASPECTS INSTRUMENTAUX :.....</b>	<b>5</b>
1.1.1 LE PROJET D'ETABLISSEMENT : Un instrument en évolution :.....	5
1.1.2 LE PROJET DE SOINS : un élément constitutif du projet d'établissement :.....	8
1.1.3 LA DEMARCHE D'AMELIORATION CONTINUE DE LA QUALITE :.....	12
<b>1.2 ASPECTS MANAGERIAUX :.....</b>	<b>21</b>
1.2.1 LA STRUCTURE HOSPITALIERE :.....	21
1.2.2 LE JEU DES ACTEURS :.....	23
1.2.3 LE MANAGEMENT :.....	26
<b>2 CHAPITRE : L'ENQUETE DE TERRAIN :.....</b>	<b>29</b>
<b>2.1 La démarche méthodologique :.....</b>	<b>29</b>
<b>2.2 Présentation des établissements :.....</b>	<b>30</b>
<b>2.3 Analyse des documents :.....</b>	<b>30</b>
2.3.1 Le projet d'établissement :.....	30
2.3.2 Le projet de soins :.....	33
2.3.3 Le projet d'amélioration continue de la qualité :.....	34
2.3.4 Que dire de l'articulation : projet de soins – projet qualité ?.....	39
<b>2.4 Analyse des entretiens :.....</b>	<b>40</b>
2.4.1 Les personnes interviewées :.....	40
2.4.2 Ce que disent les directeurs d'établissement :.....	40
2.4.3 Ce que disent les directeurs des soins :.....	42
2.4.4 Ce que disent les responsables qualité :.....	44
<b>2.5 Synthèse : Ce que cette étude nous a appris :.....</b>	<b>47</b>
2.5.1 Dimension stratégique :.....	47
2.5.2 Dimension structurelle :.....	48
2.5.3 Dimension technique :.....	49
2.5.4 Dimension culturelle :.....	50

<b>3</b>	<b>CHAPITRE : PERSPECTIVES PROFESSIONNELLES :</b>	<b>51</b>
<b>3.1</b>	<b>Les solutions envisageables pour réussir cette articulation :</b>	<b>51</b>
3.1.1	Faut-il que le DS et le RAQ soient une seule et même personne ?	51
3.1.2	Faut-il qu'un cadre de santé soit missionné à temps partiel sur la qualité ?	52
3.1.3	Faut - il fusionner les projets ?	52
<b>3.2</b>	<b>Notre proposition d'action :</b>	<b>53</b>
3.2.1	Dimension stratégique :	53
3.2.2	Dimension structurelle :	54
3.2.3	Dimension culturelle :	55
3.2.4	Dimension technique :	56
	<b>CONCLUSION :</b>	<b>57</b>
	<b>BIBLIOGRAPHIE :</b>	<b>59</b>
	<b>LISTE DES ANNEXES :</b>	<b>65</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

ANAES	: Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
ANDEM	: Agence Nationale pour le Développement et l'Evaluation de la Médecine
ARH	: Agence Régionale de l'Hospitalisation
CH	: Centre Hospitalier
CHSCT	: Comité d'Hygiène de Sécurité et des Conditions de Travail
CLIN	: Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales
CLUD	: Comité de Lutte contre la Douleur
CME	: Commission Médicale d'Etablissement
C POM	: Contrat pluri annuel d'objectifs et de moyens
CSSI	: Commission du Service de Soins Infirmiers
CSIRMT	: Commission des Soins Infirmiers, de rééducation et médico-techniques
CTE	: Comité Technique d'Etablissement
DHOS	: Direction de l'Hospitalisation et de la Direction des Soins
DHQ	: Direction de l'Hospitalisation et de la Qualité
DRH	: Directeur des Ressources Humaines
DS	: Directeur des Soins
DSSI	: Directeur du Service de Soins Infirmiers
ENSP	: Ecole Nationale de Santé Publique
EPHAD	: Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
EPP	: Evaluation des Pratiques Professionnelles
HAS	: Haute Autorité de Santé
MCO	: Médecine Chirurgie Obstétrique
MEA	: Management de l'Etablissement et des secteurs d'Activité
OPC	: Organisation de la Prise en Charge du patient
PAQ	: Plan d'Amélioration de la Qualité
PH	: Praticien Hospitalier
PS	: Projet de Soins
QPR	: Qualité et Prévention des Risques
RAQ	: Responsable d'Assurance Qualité
SROS	: Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
SSR	: Soins de Suite et de Réadaptation
USLD	: Unité de Soins de Longue Durée

## INTRODUCTION

Depuis une trentaine d'années, la crise hospitalière est un thème récurrent de notre système de santé. Cette situation peut en partie s'expliquer par le nombre de logiques qui se télescopent au quotidien à l'hôpital : logique administrative, logique médicale, logique soignante, etc., et qui font apparaître autant de contradictions, au risque d'aboutir à un morcellement, voire un éclatement de nos structures hospitalières.

En 1988, Philippe HERMEL, auteur et conseiller en stratégie et en organisation, constate que « *les entreprises et les organisations connaissent, en cette fin de siècle des désarrois d'une nature nouvelle<sup>1</sup>* ». D'après lui, les causes pouvant expliquer ce malaise généralisé sont à rechercher dans divers domaines. Cette situation résulte d'une combinaison de la crise économique, de la concurrence internationale, des évolutions socio-culturelles et technologiques, et des incertitudes organisationnelles apparues ces dernières années. Face à ce désarroi, l'auteur avance l'idée que « *le projet d'entreprise peut constituer alors la « compensation » ou l'élément fédérateur qui permet d'éviter le risque de dispersion et d'incohérence globale<sup>2</sup>* ».

Concernant le système de santé français, si la loi hospitalière du 31 juillet 1991<sup>3</sup> prévoit l'élaboration d'un projet d'établissement dans les hôpitaux publics et les établissements privés participant au service public hospitalier, l'ordonnance du 24 avril 1996<sup>4</sup> étend l'obligation d'élaborer un tel projet à tous les établissements financés par la dotation globale. L'ossature principale de ce projet est constituée par le projet médical qui définit les objectifs médicaux compatibles avec ceux du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS). Mais pour permettre la réalisation de ces objectifs, le projet d'établissement intègre d'autres champs hospitaliers, et de nombreux projets afférents viennent compléter ce dernier, comme par exemple le projet de soins. Dans la majorité des établissements, ces projets se concrétisent sous forme de plans d'actions établis généralement pour cinq ans.

De plus, l'ordonnance du 24 avril 1996, impose à tous les établissements de santé de s'engager dans une démarche d'amélioration continue de la qualité et de gestion des risques, couramment appelée « démarche d'accréditation ». Là encore, dans la plupart des établissements, ce dispositif se manifeste par l'apparition d'un nouveau projet : « le

---

<sup>1</sup> HERMEL P. *Le management participatif*. Les éditions d'organisation, 1988. p20.

<sup>2</sup> HERMEL P. *Op.Cit.* p.102.

<sup>3</sup> Loi n° 91.748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière.

<sup>4</sup> Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.

plan d'amélioration de la qualité », qui se décline le plus souvent, lui aussi, sous forme d'actions prioritaires à mettre en oeuvre.

Cette émergence de projets risque de conduire à un paradoxe. Alors qu'initialement, un des enjeux principaux du projet d'établissement est de fédérer des logiques et des rationalités différentes, le nombre croissant d'éléments qui le composent risque d'induire de nouvelles incohérences, voire des oppositions, entre tous les plans d'actions mis en oeuvre au sein d'une même structure. **Si, en externe, la loi<sup>5</sup> précise que le projet d'établissement doit s'articuler<sup>6</sup> avec cohérence dans le SROS, en interne, une même exigence s'impose entre tous les projets qui le composent.** Les projets institutionnels constituent un tout et le projet d'établissement ne doit pas se réduire à une juxtaposition ou à un empilement de projets spécifiques. L'absence de lien à ce niveau pourrait avoir un effet inverse à celui recherché : les actions d'amélioration pourraient se neutraliser, allant même parfois jusqu'à créer des problèmes nouveaux.

Cette difficulté concerne tous les projets constitutifs du projet d'établissement, mais en tant que future directrice des soins, nous limiterons notre étude à l'articulation<sup>7</sup> entre le projet de soins et le projet qualité. Les enjeux pour le directeur des soins dans ce contexte sont réels, comme en témoigne le décret du 19 avril 2002<sup>8</sup> qui précise que le directeur des soins « **élabore (...) le projet de soins, le met en œuvre par une politique d'amélioration continue de la qualité** », et aussi qu'il « (...), **détermine une politique d'évaluation des pratiques de soins et collabore à la gestion des risques** ».

L'articulation entre le projet de soins et le projet qualité, si légitime à la lecture de ce décret, est loin d'être évidente dans sa mise en oeuvre. En consultant les rapports d'accréditation des établissements de santé sur le site de la Haute Autorité de Santé<sup>9</sup> (HAS), nous pouvons lire des observations sur ce sujet, et notamment dans un rapport datant de décembre 2005 où il est écrit : « *Le projet médical et le projet de soins définissent les objectifs de l'établissement concernant l'organisation de la prise en charge*

---

<sup>5</sup> La loi stipule que le projet d'établissement « doit être compatible avec les objectifs du SROS ».

<sup>6</sup> S'articuler signifie « être lié l'un à l'autre de manière à former un tout ». LAROUSSE. *Dictionnaire de la langue française*, Lexis. Paris, 1989. p.114.

<sup>7</sup> L'articulation peut être définie comme une « disposition ordonnée et dépendante des diverses parties d'un raisonnement, d'un discours, etc. ». LAROUSSE. *Op.Cit.* p.114.

<sup>8</sup> Article 4 du décret n°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière.

<sup>9</sup> Site Internet : HAS. L'accréditation des établissements de santé - les résultats.

des patients. **Toutefois, il convient de clarifier la coordination entre la direction de la qualité et la direction des soins pour la mise en œuvre du projet de soins**<sup>10</sup>».

S'il est indispensable que les projets soient coordonnés, il est fondamental que les acteurs puissent conduire leurs projets respectifs en concertation, afin de garantir la cohérence de l'ensemble. Or cette collaboration ne semble pas évidente et cela nous interroge : « **Pourquoi les établissements de santé rencontrent-ils des difficultés à articuler le projet de soins et le plan d'amélioration de la qualité**<sup>11</sup> » ? Ayant exercé la fonction de responsable qualité dans un établissement de santé pendant quelques années, cette question nous interpelle d'autant plus que demain, nous exercerons celle de directeur des soins dans une autre structure. Cette question centrale donne place au questionnement suivant :

- **Quelle est la finalité du projet de soins ? Quelle est celle du projet qualité ?**
- **Y a-t-il des points communs et des points de divergence entre le projet de soins et le projet qualité ? sur la forme (structure) ? sur le fond (contenu) ?**
- **En quoi peut-il y avoir divergence ? En quoi doit-il y avoir convergence ?**
- **Sur quoi peut-il y avoir, ou doit-il y avoir, convergence et/ou divergence au regard des finalités respectives entre le projet de soins et le projet qualité ?**

Ces questions ont orienté notre réflexion sur l'organisation hospitalière et sur la conduite de projet, ce qui nous a amenée à nous intéresser aux équilibres sociologiques et aux systèmes de pouvoir dans les hôpitaux, avec une question essentielle : **Quel est le jeu des acteurs et quelles sont les stratégies adoptées par chacun dans ce contexte ?** Nous nous sommes par conséquent interrogée sur les différentes formes de management afin d'identifier : **Quelles sont les clés de la réussite pour un directeur des soins ?**

La première partie de cette étude déclinera l'aspect réglementaire et contextuel du projet d'établissement, du projet de soins et du projet qualité, puis, nous étudierons les aspects managériaux liés à cette question.

La seconde partie sera consacrée à une étude comparative de terrain entre deux établissements, réalisée à partir de documents et d'entretiens, et enfin, nous présenterons, dans une troisième partie, nos perspectives professionnelles pour répondre à cette problématique, en tant que future directrice des soins.

---

<sup>10</sup> Rapport d'accréditation de centre hospitalier de L.... Référentiel « *Organisation de la prise en charge du patient (OPC)* ». Site Internet de la HAS.

<sup>11</sup> Le plan d'amélioration de la qualité est aussi appelé parfois plus simplement : projet qualité.

# **1 CHAPITRE : CADRE CONTEXTUEL ET THEORIQUE DE LA RECHERCHE :**

## **1.1 ASPECTS INSTRUMENTAUX :**

A l'image du « *projet d'entreprise* » évoqué en introduction, le projet d'établissement est devenu un document fondamental et incontournable pour un établissement de santé. Il constitue le texte de référence en ce qui concerne les orientations et les stratégies de l'hôpital. Sa présentation et sa composition peuvent différer d'un établissement à l'autre, même si certains volets sont nécessairement présents dans tous les projets.

### **1.1.1 LE PROJET D'ETABLISSEMENT : *Un instrument en évolution* :**

#### **A) Le cadre réglementaire :**

Depuis sa création, le projet d'établissement a fait l'objet de modifications d'envergure. Son élaboration s'appuie sur la définition arrêtée par le législateur dans la réforme hospitalière du 31 juillet 1991, modifiée par la loi de modernisation sociale du 17 Janvier 2002 : « *Le projet d'établissement définit, notamment sur la base du projet médical, les objectifs généraux de l'établissement dans le domaine médical et des soins infirmiers, (...). Il comprend un projet social* <sup>12</sup> ». Si la loi de 1991 stipulait que le projet d'établissement devait être « *compatible avec les objectifs du schéma d'organisation sanitaire* », son articulation avec les autres outils tels que les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens ou la procédure budgétaire s'est sans cesse renforcée au fil des ans.

Ainsi, avec la parution de l'ordonnance du 24 avril 1996<sup>13</sup>, les Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH) concluent désormais des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) avec les établissements de santé : « *Ces contrats déterminent les orientations stratégiques des établissements, en tenant compte des objectifs du schéma d'organisation sanitaire, et définissent les conditions de mise en œuvre de ces orientations, notamment dans le cadre du projet médical et du projet d'établissement approuvé.(...). Ils définissent, en outre, des objectifs en matière de qualité et de sécurité des soins (...). Ils prévoient les délais de mise en œuvre de la procédure d'accréditation.* »

---

<sup>12</sup> Loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale.

<sup>13</sup> Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996.

Bien que l'ordonnance du 24 avril 1996 ait imposé cette mesure à tous les établissements financés par la dotation globale, il s'avère que leur investissement à ce niveau a été très relatif. Une enquête conduite par les chambres régionales des comptes en 2001 et 2002, révèle en effet que « *moins de la moitié (45 %) des établissements financés par la dotation globale étaient dotés d'un projet approuvé au 1er janvier 2002*<sup>14</sup> ». Globalement, les premiers projets ont été élaborés sur la période 1993-1995, les seconds sur la période 1998-2003, et de nouveaux projets vont être prochainement définis suite à la parution des SROS de troisième génération.

La définition du projet d'établissement poursuit son évolution avec la publication de l'ordonnance du 2 mai 2005<sup>15</sup> : « *Le projet d'établissement définit, notamment sur la base du projet médical, la politique générale de l'établissement. (...). Il comporte un projet de prise en charge des patients en cohérence avec le projet médical et le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques*<sup>16</sup>, *ainsi qu'un projet social. Le projet d'établissement, qui doit être compatible avec les objectifs du schéma d'organisation sanitaire, définit, dans le cadre des territoires de santé, la politique de l'établissement (...). Il prévoit les moyens d'hospitalisation, de personnel et d'équipement de toute nature dont l'établissement doit disposer pour réaliser ses objectifs. (...)*<sup>17</sup> ».

## **B) Le projet d'établissement est un instrument de fédération :**

Conduite sous la responsabilité du directeur, l'élaboration du projet d'établissement requiert la mobilisation de l'ensemble des professionnels de l'institution. Les modalités d'élaboration du projet ne sont pas standardisées. Aussi l'établissement dispose-t-il d'une certaine latitude pour bâtir son projet, mais généralement, la démarche est globale, méthodique et le plus souvent participative : « *Elle s'appuie à la fois sur des groupes de travail par thèmes, constitués dans un souci de représentation des différents acteurs médecins, paramédicaux et personnels administratifs ou techniques, et sur un comité de pilotage mixte dont la mission est d'assurer la cohérence de l'ensemble des travaux dans la cadre d'un calendrier précis*<sup>18</sup> ».

---

<sup>14</sup> Site Internet : Cour des comptes, rapport annuel au parlement sur la sécurité sociale.

<sup>15</sup> Ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé.

<sup>16</sup> Le « projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques » sera généralement appelé « projet de soins » dans la suite de notre étude.

<sup>17</sup> Article L. 6143-2 du code de la santé publique.

<sup>18</sup> DERENNE O., PONCHON F. *L'usager et le monde hospitalier : 50 fiches pour comprendre*. 3<sup>ème</sup> édition. Rennes : Editions ENSP, 2005. p.127.

Il est important de souligner que cet amendement fait suite aux nombreuses grèves qui se sont déroulées en 1991 à l'hôpital, et qui ont révélé l'obligation d'enrichir le dialogue et la concertation au sein des établissements de santé. Il apparaît alors indispensable d'accroître la mobilisation de tous les acteurs de l'hôpital, et pas uniquement celle des médecins. Si la loi de 1991 vise à accroître l'autonomie des hôpitaux, elle a aussi pour objectif de réduire l'important cloisonnement constaté chez les professionnels. Le projet d'établissement apparaît alors comme un élément fédérateur qui doit empêcher l'éclatement de l'hôpital. Il doit être un outil pédagogique de dialogue et de décroisonnement qui favorise avant tout la concertation entre les professionnels.

### **C) Le projet d'établissement est un instrument de cohérence :**

La composition du projet d'établissement est arrêtée par le Conseil d'Administration (CA) de l'hôpital, après avis des différentes instances, et il doit, en outre, être approuvé par l'ARH. Etabli pour une durée maximale de cinq ans et subordonné aux orientations médicales, le projet d'établissement invite les établissements à réfléchir sur leur évolution à moyen terme. Il s'agit donc d'un document prospectif qui doit déterminer :

- les objectifs visant à répondre aux besoins de la population desservie ;
- les moyens en terme d'hospitalisation, de personnel et d'équipement nécessaires à l'établissement pour atteindre ses objectifs.

Pendant plusieurs années, les établissements disposaient d'une relative liberté dans l'élaboration de ce document. En effet, selon leur taille et leur environnement, ils choisissaient de faire figurer ou pas certains volets ou projets spécifiques. Si des projets afférents, tels le projet médical, le projet de soins ou le projet social étaient des éléments incontournables car cités dans les textes, d'autres projets étaient plus aléatoires, comme par exemple le projet qualité qui n'était pas cité réglementairement. Il est néanmoins intéressant de noter que la composition de ce projet était non seulement le reflet des priorités de l'établissement, mais aussi celui de son mode de management et de la politique développée au sein de la structure.

Aujourd'hui, les directives se font plus précises, et les projets d'établissement doivent nécessairement s'inscrire dans un environnement beaucoup plus large, celui des territoires de santé<sup>19</sup>. Ils ne peuvent donc plus être élaborés au seul sein de la structure, car ils doivent positionner l'établissement comme le maillon d'un système de santé. *« C'est sur la base de ce projet de territoire que les établissements devront élaborer leur*

---

<sup>19</sup> Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation.

*projet d'établissement, conçu désormais comme un projet d'organisation qui s'inscrit dans la cohérence globale du projet de territoire. Le projet d'établissement est une déclinaison individuelle du projet de territoire <sup>20</sup>».*

D'autre part, nous avons vu que si, jusqu'à présent, le contenu du projet d'établissement était essentiellement subordonné à son projet médical, voire à son projet médico-soignant<sup>21</sup>, il est à prévoir qu'avec les nouvelles réformes liées au plan « Hôpital 2007 » et notamment celles relatives à la tarification à l'activité (T2A)<sup>22</sup>, que « *les projets d'établissement médico-administratifs et médico-économiques domineront* <sup>23</sup>».

### **1.1.2 LE PROJET DE SOINS : un élément constitutif du projet d'établissement :**

#### **A) Le cadre réglementaire :**

Face au malaise constaté chez les soignants, et par souci de reconnaissance de la profession infirmière, la loi du 31 juillet 1991 introduit dans le code de la santé publique, la création du service de soins infirmiers et sa commission :

*« Il est créé, dans chaque établissement, un service de soins infirmiers dont la direction est confiée à l'infirmier général, membre de l'équipe de direction<sup>24</sup> .*

*Une commission, présidée par le directeur du service de soins infirmiers et composée des différentes catégories de personnel du service de soins infirmiers, est instituée en son sein. Elle est consultée dans des conditions fixées par voie réglementaire sur : l'organisation générale des soins infirmiers et de l'accompagnement des malades dans le cadre d'un **projet de soins infirmiers** ; (...) ; le projet d'établissement<sup>25</sup> ».*

En conséquence, la fonction d'infirmier général, créée en 1975, fait l'objet de nombreuses modifications, pour aboutir en 2002 à la création du corps de directeur des soins et à la fonction de coordonnateur général des soins :

---

<sup>20</sup> Site Internet : ARH Bourgogne. *Note technique sur le pré-projet de territoire et le SROS.*

<sup>21</sup> Le projet médico-soignant correspond au projet de prise en charge des patients cité dans l'ordonnance du 2 mai 2005.

<sup>22</sup> Réforme de la T2A initiée avec la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003.

<sup>23</sup> LACROIX D. *Le projet d'établissement*. Module : «Stratégies et projets d'établissements». Rennes : ENSP - Cours : filière des directeurs des soins. Année 2006.

<sup>24</sup> Article L.714-26 du code de la santé publique.

<sup>25</sup> Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991.

« *Le directeur des soins, coordonnateur général des soins, est nommé par le chef d'établissement. Il exerce, sous l'autorité de ce dernier, des fonctions de coordination générale des activités de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques. Il est membre de l'équipe de direction et dispose par délégation du chef d'établissement de l'autorité hiérarchique sur l'ensemble des cadres de santé.*

A ce titre :

- *Il coordonne l'organisation et la mise en oeuvre des activités de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques et en assure l'animation et l'encadrement ;*
- *Il élabore avec l'ensemble des professionnels concernés **le projet de soins**, le met en oeuvre par une politique d'amélioration continue de la qualité. (...).*
- *Il détermine une politique d'évaluation des pratiques de soins et collabore à la gestion des risques ; (...)<sup>26</sup>».*

Parallèlement, la commission du service de soins infirmiers (C.S.S.I.), telle que décrite dans la loi de 1991, a vu ses compétences élargies et renforcées avec la parution de l'ordonnance du 2 mai 2005<sup>27</sup>. C'est ainsi que les autres professions paramédicales ont rejoint cette commission qui devient alors la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (C.S.I.R.M.T.). Le décret d'application du 26 décembre 2005<sup>28</sup> en précise les attributions : « *La commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques est consultée sur :*

*1° L'organisation générale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques et de l'accompagnement des malades dans le cadre du projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ; (...);*

*4° L'évaluation des pratiques professionnelles ;*

*5° La politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ;*

*6° Le projet d'établissement et l'organisation interne de l'établissement ».*

## **B) Le projet de soins : un élément fédérateur**

Un ouvrage intitulé : « *le dictionnaire des soins infirmiers<sup>29</sup>* », définit ce projet comme étant un : « *Plan d'action élaboré en fonction de la politique de soins infirmiers<sup>30</sup>.*

---

<sup>26</sup> Décret no 2002-550 du 19 avril 2002.

<sup>27</sup> Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005.

<sup>28</sup> Décret n° 2005-1656 du 26 décembre 2005 relatif aux conseils de pôles d'activité et à la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques des établissements publics de santé et modifiant le code de la santé publique.

<sup>29</sup> MAGNON R., DECHANOZ G., LEPESQUEUX M. *Dictionnaire des soins infirmiers*. 2<sup>ème</sup> édition. Lyon : Edition AMIEC Recherche, recherche, 2000. 350 pages.

*Les objectifs globaux portent sur les soins infirmiers donnés aux usagers, l'évaluation qualitative et quantitative, la formation et la recherche ».*

Bien que son contenu ne soit pas non plus standardisé, l'élaboration du projet de soins infirmier se fait malgré tout sur une base commune : « *La philosophie des soins infirmiers est fondée essentiellement sur des valeurs humanistes, une approche globale de l'homme et de la santé. (...). La philosophie des soins infirmiers est le cadre de référence et le socle de la conception des soins infirmiers*<sup>31</sup> ».

Par rapport à la méthodologie à employer, il est spécifié dans le décret, que le directeur des soins « *élabore avec l'ensemble des professionnels concernés le projet de soins* ». Selon les hôpitaux, et nous le verrons dans notre enquête, il s'avère que son élaboration se fait sur un mode plus ou moins participatif : certains le conduisant exclusivement au sein de la CSSI et d'autres choisissant d'y associer l'ensemble des professionnels soignants de l'établissement.

Pour rester en adéquation avec les évolutions apparues dans ce domaine, le projet de soins infirmiers subit, lui aussi, d'importantes modifications au fil des réformes. Apparu pour la première fois sous ce terme en 1991, il devient donc le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques en 2005. Ce projet peut être considéré comme un élément fédérateur de toutes les professions paramédicales : « *De la reconnaissance institutionnelle des « soins infirmiers » dans le service public hospitalier, on en arrive à celle « des soins », dans une acceptation beaucoup plus globale qui intègre l'ensemble des prestations paramédicales*<sup>32</sup> ».

La création de la nouvelle commission de soins en 2005 fait suite à la dynamique d'ouverture engagée avec parution du décret du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps des directeurs des soins. Ce décret permet, non seulement aux professionnels des autres filières paramédicales d'accéder au corps des directeurs des soins, mais il permet aussi de rassembler dans une formation commune, les anciens infirmiers généraux, les

---

<sup>30</sup> La politique de soins se définit comme : « *L'ensemble des orientations et des objectifs de soins définis par le service infirmier. Cette politique implique des stratégies, prévoit des moyens nécessaires pour répondre aux besoins de soins des patients et s'inscrit dans la politique de l'institution* ». MAGNON R., DECHANOZ G., LEPESQUEUX M. *Op.Cit.*p.219.

<sup>31</sup> DHOS. *Normes de qualité pour la pratique des soins infirmiers*. Guide du service de soins infirmiers, 2<sup>ème</sup> édition. Paris, Ministère de l'emploi et de la solidarité, 2001.p.8.

<sup>32</sup> MERCEY R. et al. Directeur des soins, coordonnateur général des soins : entre utopie et principe de réalité. Soins cadres, août 2004, n°51.p. 52.

directeurs d'écoles paramédicales et d'instituts de formation de cadres de santé. Indirectement, la création de ce corps qui favorise le rapprochement des professionnels, contribue au décloisonnement de l'hôpital.

Tous ces changements permettent ainsi de fédérer progressivement plusieurs catégories professionnelles dans un projet commun, mais en contrepartie, la diversité qui compose aujourd'hui la nouvelle commission de soins majore les besoins de coordination de la part des responsables.

### **C) Le projet de soins : un élément de cohérence :**

S'il existe une volonté indiscutable, nous l'avons vu à travers les textes, de fédérer l'ensemble des professionnels paramédicaux autour d'un projet commun, autrement dit, le projet de soins, il existe aussi une volonté de coordonner les actes médicaux et les actes paramédicaux. Ainsi, l'ordonnance du 2 mai 2005 met-elle l'accent sur cette nécessaire cohérence entre les projets, puisque ce texte affiche pour la première fois la notion de « **projet de prise en charge des patients** », appelé aussi parfois « projet médico-soignant ». Quelle que soit son appellation, l'objectif est le même : construire un projet commun de façon à accroître la cohérence entre les professionnels médicaux et les paramédicaux impliqués dans le processus de soins.

Cette recherche de cohérence est aussi perceptible à travers les textes, entre le projet de soins et le projet qualité, et notamment au regard des nouvelles attributions de la commission de soins. En effet, ces nouvelles attributions concernent tout particulièrement la démarche d'amélioration continue de la qualité et de gestion des risques. De quatre compétences consultatives en 1991 avec la CSSI, elles s'élèvent à six avec la CSIRMT en 2005<sup>33</sup> puisqu'elles ont été étendues à trois nouvelles matières :

- *L'évaluation des pratiques professionnelles ;*
- *La politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ;*
- *L'organisation interne de l'établissement.*

En lien avec notre objet d'étude, nous retiendrons que les textes réglementaires :

- ont permis de faire reconnaître le rôle stratégique du directeur des soins en confirmant sa place au sein de l'équipe de direction ;
- ont conforté la place des professionnels paramédicaux avec la création d'une instance spécifique consultée sur « *le projet d'établissement et l'organisation interne de l'établissement* » ;

---

<sup>33</sup> Décret n° 2005-1656 du 26 décembre 2005.

- ont reconnu les soins paramédicaux dans la prise en charge du patient. Le projet de soins est cité comme élément constitutif du projet d'établissement, il est soumis pour avis à la Commission Médicale d'Etablissement (CME)<sup>34</sup> ;
- font apparaître l'indispensable cohérence non seulement entre le projet de soins et le projet médical, mais aussi entre le projet de soins et le projet qualité.

### **1.1.3 LA DEMARCHE D'AMELIORATION CONTINUE DE LA QUALITE :**

« Le secteur des services en général et celui de la santé en particulier ont longtemps été considérés en dehors de la sphère des préoccupations de la qualité<sup>35</sup>. Pendant de nombreuses années en effet, le domaine de la santé était peu concerné par les systèmes d'assurance qualité, alors que dans l'industrie, la qualité constituait un enjeu majeur pour le développement et la pérennité des entreprises, et cela depuis 1960. C'est à partir des années 80, face au contexte économique et suite aux évolutions apparues en matière de droits des patients, que la nécessité de mettre en place une démarche qualité dans les établissements de santé devient impérieuse et les textes fortement incitatifs.

#### **A) Le cadre réglementaire :**

Cette démarche est apparue véritablement dans les hôpitaux français, avec la publication de l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 qui crée l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES<sup>36</sup>) et qui astreint les hôpitaux à une procédure d'accréditation : « Afin d'assurer l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, tous les établissements de santé publics et privés doivent faire l'objet d'une **procédure externe d'évaluation dénommée accréditation** ».

En 1999, l'ANAES donne à l'accréditation la définition suivante : « L'accréditation est une procédure d'évaluation externe à un établissement de santé, effectuée par des professionnels, indépendante de l'établissement de santé et de ses organismes de tutelle, concernant l'ensemble de son fonctionnement et de ses pratiques. Elle vise à s'assurer que les conditions de sécurité et de qualité des soins et de prise en charge du patient sont prises en compte par l'établissement de santé<sup>37</sup>. »

---

<sup>34</sup> Décret n° 2005-767 du 7 juillet 2005.

<sup>35</sup> BIGNOLAS G., FORT F., HAFID B. *Vers une exigence de la qualité pour les établissements de soins*. Gestions Hospitalières, mai 2000, n° 396, pp.356.

<sup>36</sup> Historiquement, l'ANAES remplace L'ANDEM : Agence Nationale pour le Développement et l'Evaluation de la Médecine.

<sup>37</sup> ANAES. *Manuel d'accréditation des établissements de santé* Paris, 1999. p.9.

Bien que volontaire, cette démarche est obligatoire pour tous les établissements qui disposent d'un délai de cinq ans à l'issue de la présente publication pour s'engager dans cette procédure. Là encore, l'engagement des établissements peut être qualifié de relativement lent puisque, en octobre 2000 (six mois avant la date butoir fixée au 24 avril 2001), l'ANAES avançait le chiffre de 210 établissements engagés dans la procédure<sup>38</sup>, sur 3000 établissements concernés.

Sans que cela n'ait eut de réelle incidence sur le processus d'accréditation en cours, la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie crée une nouvelle autorité, la HAS<sup>39</sup>, qui reprend les missions de l'ANAES, elle est mise en place le 1er janvier 2005.

La procédure d'accréditation s'impose progressivement dans le système de santé, elle parait dans le Code de Santé Publique : « *Cette procédure, conduite par la Haute Autorité de santé, vise à porter une appréciation indépendante sur la qualité d'un établissement (...)*<sup>40</sup> », et est rappelée au niveau des CPOM : « *Les contrats définissent les objectifs en matière de qualité et de sécurité des soins (...). Ils comportent le calendrier de la procédure d'accréditation (...) ainsi que les engagements nécessaires pour faire suite à cette procédure*<sup>41</sup> ».

## **B) Une démarche qui fédère :**

La première itération de la procédure (V1) a débuté en juin 1999 et est en phase d'achèvement. Parallèlement, une deuxième version (V2) est en cours depuis 2004, et c'est pourquoi, actuellement, deux versions coexistent. La procédure d'accréditation est un processus cyclique. Fixé à cinq ans lors de la V1, l'intervalle entre deux visites a été réduit à 4 ans avec la V2.

Il est spécifié dans tous les rapports d'accréditation établis par l'ANAES et consultables sur le site Internet, que l'accréditation est « ***un moyen pour inciter l'ensemble des professionnels des établissements de santé (soignants, médecins, personnels administratifs, agents d'entretien...)*** à analyser leur organisation et à améliorer la qualité de la prise en charge des patients<sup>42</sup> ».

---

<sup>38</sup> LETEUTRE H. *Accréditation : premiers résultats et premiers enseignements*. Revue Hospitalière de France, Janvier-Février 2001, n°1, p.9.

<sup>39</sup> Loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

<sup>40</sup> Article L.6113-3 du code de la santé publique.

<sup>41</sup> Article L.6114-2 du code de la santé publique.

<sup>42</sup> Site Internet : HAS. Accréditation, les comptes rendus, le compte rendu d'accréditation.

Qu'il s'agisse de la V1 ou de la V2, la procédure d'accréditation comprend des étapes incontournables, allant de l'engagement de l'établissement jusqu'à la programmation d'une nouvelle visite :

- 1<sup>ère</sup> étape : l'engagement de l'établissement :

La procédure d'accréditation est une démarche engagée à l'initiative du directeur de l'établissement, après consultation des instances et délibération du CA. Si lors de la première procédure, l'établissement pouvait choisir sa période de visite, celle-ci est maintenant imposée du fait de l'intervalle exigé entre deux visites.

- 2<sup>ème</sup> étape : la phase d'autoévaluation : étape fondamentale de la démarche.

Pour satisfaire à la procédure, l'établissement doit réaliser son diagnostic qualité sur l'ensemble de ses activités à partir d'un « manuel d'accréditation <sup>43</sup> ». La méthodologie concernant cette phase est décrite dans un guide mis à disposition des établissements<sup>44</sup> : « *La conduite effective de l'autoévaluation par plusieurs équipes multiprofessionnelles paraît une condition nécessaire pour qu'il puisse être considéré que l'établissement de santé a satisfait à la procédure d'accréditation<sup>45</sup> »*. Ainsi, il est précisé que les groupes doivent être composés sur le mode multi catégoriel et multi professionnel, et qu'ils doivent être « médicalisés ». Cette phase se termine par l'élaboration du rapport d'autoévaluation, document qui doit être adressé à la HAS au minimum 2 mois avant la date de visite.

- 3<sup>ème</sup> étape : la visite d'accréditation :

Une équipe de professionnels, appelés experts visiteurs, et dont le nombre varie en fonction de la taille de l'établissement, se déplace dans l'établissement pour effectuer la visite d'accréditation. Après avoir pris connaissance du rapport d'autoévaluation, les experts visiteurs visitent les lieux, rencontrent les professionnels, les groupes d'autoévaluation, et éventuellement des patients. Ils rédigent un rapport de visite, ce rapport est contradictoire.

- 4<sup>ème</sup> étape : le rapport d'accréditation :

Suite à ce rapport de visite, complété du rapport d'autoévaluation, le collège d'accréditation<sup>46</sup> décide si l'établissement a satisfait ou non à la procédure et valide le rapport d'accréditation qui contient les appréciations du collège, ainsi que ses décisions, selon un barème à 4 niveaux :

---

<sup>43</sup> Un manuel spécifique à chaque version de la procédure est disponible. Il permet à l'établissement d'identifier ses points forts et ses points à améliorer sur la base de référentiels, de critères et d'indicateurs. Le manuel V1 était composé de 10 chapitres appelés « référentiels ».

<sup>44</sup> Un guide pratique spécifique à chaque version de la procédure est disponible.

<sup>45</sup> ANAES. *Préparer et conduire votre démarche d'accréditation : un guide pratique*. 1999, p22.

4 niveaux de l'accréditation	Version V1	Version V2
Niveau 1	Sans recommandation	accréditation
Niveau 2	Avec recommandation(s)	accréditation avec suivi
Niveau 3	Avec réserve(s)	accréditation conditionnelle
Niveau 4	Avec réserve(s) majeure(s)	non accréditation

En fonction du niveau retenu, l'établissement peut se voir porter des recommandations et/ou des réserves, qui lui donnent l'obligation de fournir un rapport de suivi ou qui lui imposent une visite ciblée sur des points spécifiques identifiés dans le rapport. Qu'il s'agisse d'un rapport de suivi ou d'une visite ciblée, l'échéance est déterminée par le collège d'accréditation. La totalité du rapport d'accréditation est ensuite transmise au responsable de l'établissement ainsi qu'au directeur de L'ARH compétente, et un compte rendu est consultable sur le site Internet de la HAS<sup>47</sup>.

La communication sur le déroulement de la procédure, en amont, et à toutes les étapes de la démarche est fondamentale. La démarche a pour objectif de faciliter le dialogue entre les professionnels, et comme le rappelle le manuel d'accréditation, cela nécessite l'implication de toutes les catégories professionnelles intervenant auprès du patient, et cela concerne tous les niveaux de la hiérarchie hospitalière : « *La participation de l'ensemble des professionnels est indispensable à la conduite du changement. Le succès de la démarche dépend aussi du rôle de manager et de leader joué par les professionnels à tous les niveaux de responsabilité*<sup>48</sup> ».

La démarche d'accréditation vise à améliorer la qualité et la sécurité des soins à travers une meilleure coordination des professionnels et en réduisant les interfaces. Elle conduit à développer une vision transversale de l'organisation, ce qui impose, là encore, une recherche permanente de cohérence entre les actions conduites.

---

<sup>46</sup> Structure de la HAS composée de 15 membres nommés par le ministre chargé de la santé.

<sup>47</sup> Seul un compte rendu du rapport d'accréditation était diffusé lors de la V1, mais depuis la V2, l'intégralité du rapport est consultable sur le site.

<sup>48</sup> ANAES. *Manuel d'accréditation des établissements de santé. 2<sup>ème</sup> procédure d'accréditation*. Paris, 2004, p.9.

### C) Une recherche de cohérence :

#### - Une approche centrée sur le patient :

Un autre fondement de la démarche d'accréditation est « *la place centrale du patient*<sup>49</sup> ». La procédure d'autoévaluation s'attache à apprécier tout particulièrement les réponses apportées aux besoins des patients. Pour cela, elle évalue le parcours du patient, la coordination des soins et des professionnels (en interne, et en externe), mais elle porte aussi une attention particulière à la mesure de la satisfaction des patients.

#### - Une démarche d'amélioration continue de la qualité des soins :

En 2004, la deuxième procédure d'accréditation, appelée aussi certification, reprend la même définition que celle de 1999, mais en modifiant certains termes. C'est ainsi que la V2 : «  *vise à s'assurer de l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins délivrés aux patients (...)*<sup>50</sup> », alors que la V1 vise à « *s'assurer que les conditions de sécurité et de qualité des soins et de prise en charge du patient sont prises en compte par l'établissement de santé*<sup>51</sup>. ». La première définition donnait une image quelque peu statique de la démarche en la présentant comme la « photographie » d'un établissement à un instant donné. Or, la HAS souhaite que cette démarche s'inscrive dans la durée et dans une logique de progrès, c'est pourquoi, la V2 s'attachera plus particulièrement à mesurer la dynamique et le niveau de qualité atteint par l'établissement : elle tentera d'apprécier « *la qualité du service médical rendu au patient* », notamment à travers l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP). D'autre part, la V2 vise aussi une meilleure implication des équipes cliniques, et en particulier des médecins.

Cette dynamique suppose de mettre en œuvre une réelle politique d'amélioration de la qualité, avec un engagement de l'établissement sur le long terme. Par conséquent, la deuxième procédure évaluera plus spécifiquement certains thèmes, tels que ceux relatifs à la qualité du management ou encore à la gestion des risques.

#### - Le plan d'amélioration continu de la qualité :

La démarche d'accréditation doit servir de levier à la mise en place des démarches qualité dans les hôpitaux. S'il est utile pour un établissement de connaître sa situation au regard des recommandations à un instant donné, il est surtout très important d'utiliser les informations disponibles pour entreprendre des actions correctives : « *Les défaillances, les dysfonctionnements, les non-conformités sont le moyen d'engager des améliorations organisationnelles*<sup>52</sup> ».

---

<sup>49</sup> ANAES Février 1999. *OpCit.* p 8.

<sup>50</sup> ANAES, 2004. *Op.Cit.* p.8.

<sup>51</sup> ANAES. *Manuel d'accréditation des établissements de santé* Paris, 1999. p.9.

<sup>52</sup> ANAES, 1999, *Op.Cit.* p 72

Pour cela, l'établissement dispose de nombreuses sources d'informations telles que les résultats de l'autoévaluation, les fiches de signalement des incidents, mais aussi le rapport des experts visiteurs et surtout le rapport d'accréditation qui peut émettre, le cas échéant, des recommandations ou des réserves. Dans ce cas, l'établissement peut se voir imposer des actions d'amélioration qui orienteront obligatoirement ses priorités, avec une échéance fixée.

La démarche se doit d'être réaliste, progressive et pérenne. C'est pourquoi, toutes les actions d'amélioration de la qualité ne pourront pas être conduites simultanément. Il est alors nécessaire pour l'établissement, de faire des choix au regard de ses priorités stratégiques, et de formaliser les actions d'amélioration à entreprendre au sein d'un « Plan d'Amélioration de la Qualité » (PAQ).

Le terme de « PLAN » est plus souvent utilisé dans les démarches qualité, que celui de « PROJET », or ces deux termes n'ont pas le même sens : « *Le projet est-il donc l'équivalent d'un plan stratégique ? Non si l'on considère que le projet coordonne et active les inter-relations qualitatives entre tous les éléments du fonctionnement interne et externe de l'organisation, alors que les conceptions traditionnelles du plan stratégique correspondent plutôt à un programme d'objectifs et sous-objectifs à moyen terme, le plus souvent chiffré et quelquefois rigide* <sup>53</sup> ».

Le terme de « projet » a une connotation dynamique, à l'image de la V2, alors que celui de « plan » est plus statique, à l'image de la V1. Nous en concluons qu'un plan d'actions est un élément du projet mais qu'il ne suffit pas à lui seul. Les établissements doivent s'engager dans un processus beaucoup plus large qui nécessite la mise en place d'un système qualité et qui vise à développer une dynamique interne. Cette conception est partagée par l'ANAES qui définit l'accréditation comme un « *processus cyclique dans lequel l'autoévaluation et la visite permettent d'identifier les priorités qui feront l'objet de programmes d'actions conduits jusqu'à la procédure d'accréditation suivante* <sup>54</sup> ».

#### - La politique qualité :

Au niveau de la stratégique, pour qu'une démarche d'amélioration continue de la qualité soit effective et performante, il est impératif que l'établissement conduise une véritable politique à ce niveau sur le long terme. Cette condition est fondamentale car elle doit permettre d'identifier clairement les objectifs attendus et de planifier les ressources nécessaires, pour être en mesure ensuite, de développer une dynamique interne propice à l'instauration de cette nouvelle culture.

---

<sup>53</sup> HERMEL P. *Op.Cit.* p.231.

<sup>54</sup> ANAES 1999, *Op.Cit.* p.11.

L'engagement de la direction doit être clairement affiché dès le début du projet. La politique qualité doit être soutenue par l'ensemble des dirigeants qui jouent un rôle essentiel et déterminant dans la promulgation de la démarche : « *Dans le cas particulier des établissements de santé publics et privés français, le programme doit être initié et soutenu par la direction et la commission ou la conférence médicale d'établissement, en conformité avec les orientations du projet d'établissement*<sup>55</sup> ».

L'établissement doit apporter une attention particulière à sa période d'engagement dans la démarche. Celle-ci ne doit pas être l'effet du hasard mais elle doit tenir compte d'un certain nombre d'éléments déterminants, des préalables sont obligatoires, tout comme des dispositions spécifiques qui visent à assurer le développement et la pérennité de la démarche.

La configuration du programme et de la structure qualité est inhérente à la taille, à l'histoire, à la culture et aux activités de l'établissement. Aucun modèle ne peut être préconisé, mais quel que soit le programme et dans tous les cas, le choix des actions à mettre en œuvre doit être validé par les instances consultatives de l'établissement, intégré dans le projet d'établissement et faire l'objet d'une information à l'ensemble du personnel.

#### - Le dispositif qualité :

La démarche nécessite de mettre en place une organisation et des outils spécifiques qui permettent de l'institutionnaliser.

##### ☞ Le comité de pilotage :

La mise en place d'un comité de pilotage est souhaitable, car la démarche doit pouvoir s'appuyer sur une structure solide. Les missions de ce comité de pilotage se situent à un niveau décisionnel et stratégique, ce qui a des incidences sur sa composition. Si son rôle est important au moment de la visite d'accréditation, il reste capital dans les phases qui suivent pour maintenir la dynamique engagée.

##### ☞ Des responsabilités identifiées :

Les nombreuses actions conduites dans une démarche de ce type nécessitent une répartition claire des rôles entre les structures décisionnelles et les structures opérationnelles, autrement dit entre le comité de pilotage et les groupes de travail. Qu'il s'agisse de conduire un programme d'actions (niveau macro) ou seulement une action spécifique sur un thème (niveau micro), il est indispensable que le responsable du projet soit clairement identifié et mandaté par la direction pour assurer cette mission.

---

<sup>55</sup> ANAES, 1999. *Op.Cit.* p 73.

#### ☞ Le responsable qualité (RAQ) :

Au niveau macro, pour coordonner l'ensemble de la procédure, et dans un souci de cohérence, la plupart des établissements ont fait le choix d'identifier un responsable qualité. Ce dernier intervient au niveau technique, il est le garant des méthodes utilisées et facilite la communication entre les structures. Selon les établissements, ce responsable peut être un professionnel de l'établissement, missionné sur la démarche, ou alors faire l'objet d'un recrutement extérieur. Depuis quelques années, ce nouveau métier est apparu dans les hôpitaux avec différents degrés de qualification (qualiticien, ingénieur qualité...).

#### ☞ Un plan de communication :

La communication est un élément déterminant dans la mise en place et dans la poursuite d'une démarche qualité, d'autant plus, que comme le soulignait l'ANDEM dès 1996, l'entrée dans cette démarche produit une véritable révolution culturelle : « *La communication autour du projet doit être régulièrement prise en compte pour anticiper les situations conflictuelles. Elle a plusieurs rôles :*

- *Rendre possible le travail du groupe par l'opération de lancement. C'est le lancement qui assure la légitimité pour mobiliser les personnes, (...)* ;
- *Préparer les changements. C'est en informant très tôt, avant que les causes des dysfonctionnements soient établies, que l'on peut présenter la démarche qualité de manière positive, non culpabilisante et que l'on prépare les changements à venir ;*
- *Préparer l'extension de la démarche à d'autres thèmes. C'est grâce à la communication tout au long du projet et à son issue que l'on fait évoluer la culture qualité de l'établissement (...)<sup>56</sup>».*

#### ☞ La conduite du projet :

Comme tout projet, la démarche nécessite l'utilisation d'une méthodologie rigoureuse et le respect des étapes incontournables. L'élaboration du projet est une phase mais sa conduite en est une autre, c'est l'investissement des professionnels qui est primordial dans la démarche. L'ANDEM avait diffusé une méthodologie<sup>57</sup> afin d'accompagner les établissements dans la conduite des programmes d'amélioration de la qualité, qu'elle jugeait « *d'autant plus nécessaire à mettre en place, qu'il existe simultanément de nombreux projets au sein des établissements de santé. En effet, cette multitude peut entraîner des conflits entre les différents projets et donc potentiellement, conduire à des échecs<sup>58</sup> ».*

---

<sup>56</sup> ANDEM. Mise en place d'un programme d'amélioration de la qualité dans un établissement de santé : principes méthodologiques. Paris, service évaluation hospitalière, 1996, p.50.

<sup>57</sup> Voir annexe 1 p. I.

<sup>58</sup> ANDEM. *Op.Cit.*p.47.

A travers les textes législatifs, et en s'appuyant sur les guides et les manuels de recommandations, nous avons pu démontrer que beaucoup de points communs existaient entre le projet de soins et le projet qualité, même s'ils ont chacun leurs spécificités :

- Les deux approches cherchent à **fédérer l'ensemble des professionnels**. Il est à noter que le projet qualité concerne toutes les catégories professionnelles, alors que le projet de soins concerne plus particulièrement les soignants.
- Les deux démarches nécessitent un plan de communication efficace.
- Les deux projets accordent une place toute particulière à la prise en charge des patients et ont une finalité commune qui est **l'amélioration des prestations dispensées au patient et la sécurité des soins**. Il faut néanmoins noter que le PAQ concerne l'ensemble des services, qu'ils soient administratifs, techniques ou même soignants.
- Le projet de soins est identifié à travers les textes comme étant un élément constitutif du projet d'établissement ; de plus, il est soumis à la CME pour avis. Si le PAQ n'est pas spécifiquement nommé, force est de constater que la procédure d'accréditation prend une place de plus en plus importante dans le système de santé, tout comme la politique qualité qui devient progressivement un élément fondamental. Les nouvelles attributions du CA qui dorénavant délibère sur la politique d'amélioration de la qualité conduite dans l'établissement, en témoignent.
- Le projet de soins se réfère à une instance spécifique : la C.S.I.R.M.T., ce qui n'est pas le cas du PAQ, mais ce dernier est élaboré et validé par un comité de pilotage généralement composé de l'ensemble des décideurs de la structure.
- Le directeur des soins est légitimement identifié comme responsable de l'élaboration du projet de soins, il est membre de l'équipe de direction, à la différence du RAQ qui n'est pas reconnu réglementairement, et dont les profils et niveaux de formations sont tout à fait disparates.

Cette analyse nous a permis d'identifier les similitudes et les différences entre ces deux approches transversales au regard de la législation et cela a conforté notre idée d'articuler le projet de soins et la démarche qualité. L'ANDEM, dès 1996, préconisait d'instaurer des liens entre le projet qualité et les autres programmes institutionnels en cours dans l'établissement afin d'identifier « **les interférences** (...). *Il est important, pour la pérennisation des projets (...), de bien clarifier les objectifs attendus dans le cadre de ces différentes démarches et de corriger éventuellement les confusions sémantiques* <sup>59</sup> ».

---

<sup>59</sup> ANDEM. *Op.Cit.* p.51.

## 1.2 ASPECTS MANAGERIAUX :

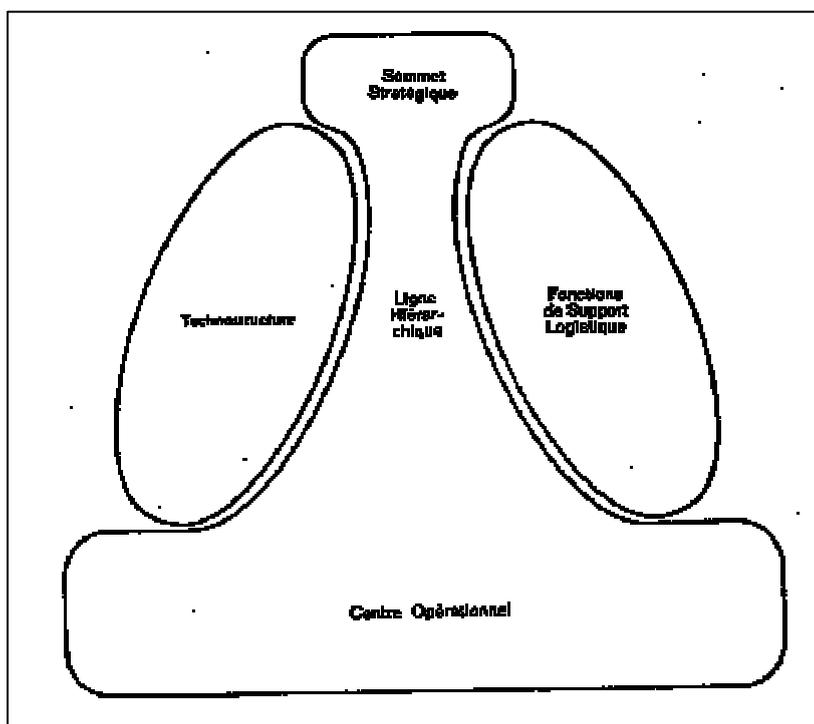
Le concept de structure peut être défini par cinq éléments fondamentaux<sup>60</sup> :

- un programme (mission, objectifs, projets...) ;
- des entités qui concourent à la réalisation de ce programme ;
- des pouvoirs attribués ou pris par les entités ;
- des relations entre les entités ;
- la communication.

La première partie de notre étude étant consacrée à l'aspect « instrumental » du projet, autrement dit au « programme », nous allons maintenant nous intéresser à l'aspect « managérial » de la gestion de projet dans les établissements, à travers une réflexion sur la culture hospitalière : quelles particularités ? Avec quels acteurs ? Pour quel management ?

### 1.2.1 LA STRUCTURE HOSPITALIERE :

H.MINTZERG définit la structure d'une organisation comme étant « *La somme totale des moyens employés pour diviser le travail entre tâches distinctes pour ensuite assurer la coordination nécessaire entre ces tâches*<sup>61</sup> ». Il identifie cinq éléments fondamentaux dans la composition d'une organisation, selon un schéma bien précis :



1. Le centre opérationnel : les opérateurs ;
2. Le sommet stratégique : les managers ;
3. La ligne hiérarchique : lien entre le sommet stratégique et le centre opérationnel : les équipes d'encadrement ;
4. La technostructure : les analystes qui standardisent le travail ;
5. Les unités fonctionnelles logistiques.

<sup>60</sup> SCHWEYER F.X. *Sociologie de l'organisation hospitalière*. Rennes : Ecole Nationale de la Santé Publique. Cours : filière des directeurs des soins. Année 2006.

<sup>61</sup> MINTZBERG H. *Structure et dynamique des organisations*. Paris : Les Editions d'Organisation, 1982. p.18.

Cette schématisation est applicable à l'organisation hospitalière, avec malgré tout, des caractéristiques spécifiques :

- Une ligne hiérarchique double : Coexistence d'une ligne hiérarchique (direction - services logistiques, services administratifs, soignants) et d'une ligne fonctionnelle (médecins chefs de service – personnel).
- Un centre opérationnel important : l'hôpital est constitué d'unités de production, les services, qui se caractérisent par leur très forte spécialisation et leur indépendance.
- Peu de mécanismes formels de coordination : même si depuis plusieurs années, toutes ces notions sont en mouvance, l'hôpital se caractérise par une hiérarchie qualifiée de « peu opératoire » et une standardisation des pratiques qui est « limitée ».
- La standardisation des qualifications : La qualification des professionnels employés à l'hôpital se caractérise par une formation spécifique et souvent longue (par exemple le personnel médical), ce qui leur permet d'avoir une expertise très pointue et de disposer de beaucoup d'autonomie.
- Une différenciation très prononcée qui s'exprime selon quatre dimensions<sup>62</sup> :
  - la nature des objectifs et des processus de travail ;
  - l'horizon temporel du travail ;
  - L'origine, la formation, le comportement et la focalisation des individus ;
  - Le formalisme de la structure, la forme de leadership, le style de commandement.

Sur le terrain, ces différences se manifestent par une véritable cohabitation des professionnels sans réelle collaboration, allant même parfois jusqu'au corporatisme. Face à ces caractéristiques, H MINTZBERG qualifie la structure hospitalière de « bureaucratie professionnelle ». Tous ces éléments ainsi positionnés, schématisent les relations entre les entités et suffisent à expliquer le cloisonnement constaté à l'hôpital, et son manque d'ouverture sur son environnement.

Dans le cas de notre étude, le directeur des soins se situe en haut de la ligne hiérarchique, à l'intersection entre le sommet stratégique et le centre opérationnel, alors que le responsable qualité se situe au niveau de la technostructure, il est donc relativement éloigné du centre opérationnel et du sommet stratégique.

---

<sup>62</sup> SCHWEYER F.X. *Op.Cit.*

## **1.2.2 LE JEU DES ACTEURS :**

### **A) Un besoin de reconnaissance :**

Tous les professionnels souhaitent être reconnus, et c'est ce besoin de reconnaissance qui s'exprime à travers leur attachement à leur domaine d'expertise et à leurs spécificités professionnelles. D'après E. FRIEDBERG « *une spécialisation devient une protection et engendre cloisonnement et non communication*<sup>63</sup> ».

Le cloisonnement est une sorte de réponse sociale à ce besoin de reconnaissance, ce qui signifie que l'attitude « corporatiste » du personnel hospitalier doit être identifiée comme un mécanisme de protection des professionnels. Ce mécanisme, qui touche tous les professionnels, leur apporte le confort psychologique nécessaire à l'exercice de leur fonction. F. GONNET, qui s'est intéressée aux structures hospitalières, note que le personnel hospitalier est en insécurité et qu'il a besoin de repères : « *L'actuel découpage catégoriel ne répond en rien aux problèmes d'identité et semble responsable de beaucoup de cloisonnements, d'identités très étroites, de chevauchements de tâches, de mauvaise coopération, etc. Il semble que la constitution d'identités professionnelles solides permette aux acteurs, à la fois de se situer les uns par rapport aux autres et de se faire reconnaître dans leur rôle global et dans leur spécificité propre*<sup>64</sup> ».

Mais ce mode de fonctionnement a des incidences sur le travail au quotidien, d'autant plus que « *les difficultés d'identité professionnelle des uns et des autres s'ajoutent et se renforcent, elles font vivre les situations et les relations de travail comme une source d'empiètement des fonctions des uns sur les autres*<sup>65</sup> », d'où la notion de territoires à laquelle nous assistons parfois dans nos établissements.

Face à la multiplicité croissante des rationalités et des logiques, chaque acteur tente de faire prévaloir sa logique professionnelle, en fonction de ses objectifs, ce qui peut engendrer l'apparition de conflits ou de cloisonnement : « *Le cloisonnement (repli sur la catégorie ou sur un territoire) est la réponse à la difficulté de maîtrise et de coordination de logiques trop divergentes, ainsi qu'aux difficultés d'identité professionnelles*<sup>66</sup> ».

### **B) Le pouvoir :**

H. MINTZBERG définit le pouvoir comme étant « *tout simplement la capacité à produire ou modifier les résultats ou effets organisationnels*<sup>67</sup> ». Cette définition soulève le

---

<sup>63</sup> FRIEDBERG E. *L'analyse sociologique des organisations* : revue POUR n°28. Paris : Editions l'harmattan, 1988. p.38.

<sup>64</sup> GONNET F. *L'hôpital en question*. Rueil-Malmaison : Editions Lamarre, 2003. p 5.

<sup>65</sup> GONNET F., *Op.Cit.*p.56.

<sup>66</sup> GONNET F., *Op.Cit.*p. 61.

<sup>67</sup> MINTZBERG H. *Le pouvoir dans les organisations*. Paris : Les Editions d'Organisation, 1986. p.39.

problème des limites, car où cela commence-t-il et où cela finit-il ? La formulation laisse entendre que le pouvoir est réparti entre plusieurs personnes, mais elle n'exclut pas que le pouvoir puisse être détenu par une seule personne.

D'autre part, étant donné que les modifications perpétuelles de notre environnement ont des répercussions sur nos organisations, cela sous entend que le pouvoir est une notion fluctuante et évolutive : « *Cette vision bat en brèche la notion de pouvoir exclusivement lié au statut et au grade hiérarchique (autorité, pouvoir formel)*<sup>68</sup> ».

L'organigramme qui représente les relations hiérarchiques présente un intérêt mais il ne suffit pas car il y a toujours des relations de pouvoir qui se développent parallèlement au système hiérarchique. Comme l'écrit FRIEDBERG : « *l'organigramme a certes son importance, mais il n'épuise pas les relations de pouvoir qui existent dans une organisation, bien au contraire*<sup>69</sup> », car « *Une organisation ne se réduit nullement à l'organigramme et à la réglementation intérieure qui ne sont que des abstractions*<sup>70</sup> ». Cela signifie que l'organigramme fixe des limites, mais que malgré l'existence de règles officielles, il subsiste toujours des zones mal définies, utilisées par certaines personnes et qui deviennent des zones de pouvoir.

Autrement dit, il y a deux sortes de pouvoir. Les **pouvoirs formels** sont ceux qui sont liés à l'autorité hiérarchique. Bien que nécessaires, ils ne suffisent pas à assurer la légitimité du pouvoir réel dans l'organisation. P. HERMEL remarque à ce propos, que : « *Le pouvoir formel est celui officiellement reconnu au manager à l'égard de ses managés. Mais se limiter à ce cadre risquerait de restreindre considérablement la vaste problématique du pouvoir*<sup>71</sup> ». Les **pouvoirs informels**, quant à eux, se développent en dehors des règles officielles et jouent un rôle fondamental dans les organisations. En sociologie, ce concept s'étudie par le truchement des relations de pouvoir autour des zones d'incertitude des différents acteurs. « *La zone d'incertitude (il peut y en avoir plusieurs) (...) est un élément non prévu (par les statuts, les règlements, les organigrammes) et cependant essentiel pour la marche de l'organisation. Ceux qui la ou les maîtrisent par leur savoir ou leurs ressources pertinentes, sont les acteurs qui ont un pouvoir réel dans l'organisation. Celui-ci se superpose parfois au pouvoir formel, mais pas toujours*<sup>72</sup> ». Ceux qui ont du pouvoir sont donc ceux qui contrôlent une ou des incertitudes, à condition que ces zones d'incertitude soient intéressantes pour les autres acteurs, qu'elles soient pertinentes.

---

<sup>68</sup> GONNET F. *Op.Cit.*p.159.

<sup>69</sup> FRIEDBERG E. *Op.Cit.*p.38.

<sup>70</sup> FRIEDBERG E. *Op.Cit.*p.25.

<sup>71</sup> HERMEL P. *Op.Cit.*p.106.

<sup>72</sup> GONNET F. *Op.Cit.*p.265.

A l'hôpital, les zones d'incertitude les plus courantes tournent autour de l'expertise (médicale ou autre), mais aussi de l'information. F. GONNET identifie comme une zone d'incertitude primordiale, l'interdépendance « *Toute personne qui par sa fonction, se trouve au croisement entre des réseaux ou des unités en situation de dépendance les uns des autres détient un pouvoir considérable. Elle joue une fonction de « marginal sécant » assurant les liaisons et les interactions entre deux réseaux ou deux unités*<sup>73</sup> ».

### **C) La négociation :**

FRIEDBERG donne une autre définition du pouvoir, qui est « *la capacité qu'à une personne A d'obtenir d'une personne B de faire ce qu'elle lui demande. C'est une relation de négociation, donc d'échange, dans laquelle deux personnes sont engagées*<sup>74</sup> ». Cette conception situe le pouvoir dans un rapport de force entre deux personnes, mais il souligne qu'aucune organisation ne peut se concevoir sans relation de pouvoir. D'après lui, cette relation n'est jamais unilatérale, car dans tous les cas, les deux participants interviennent, l'un n'est jamais totalement démuné face à l'autre. Le pouvoir d'un acteur s'exprime donc à travers ses capacités à négocier, à partir des incertitudes qu'il contrôle.

L'organigramme et les règles institutionnelles n'empêchent pas ces négociations, même s'ils les limitent et les conditionnent. Nous devons être conscients que c'est l'organisation en place qui définit les zones d'incertitudes et leur pertinence, autrement dit, les bases mêmes de la négociation. Ce qui signifie par conséquent, que c'est elle qui définit le pouvoir dont disposent les individus.

La négociation ne peut avoir lieu que sous certaines conditions car, « *Encore faut-il que les intéressés acceptent de reconnaître leur interdépendance et apprennent à jouer les jeux plus ouverts et plus conflictuels qu'elle entraîne. On ne négocie pas sans protection et sans garanties, et on ne passe pas du jour au lendemain de marchandages implicites à la négociation ouverte.*<sup>75</sup> ». La négociation représente un travail de longue haleine, avec des règles claires et entre des partenaires qui y sont favorables.

A l'hôpital, F.GONNET pense que la négociation est une bonne solution pour sortir d'une difficulté ou d'un conflit, mais sous certaines conditions : « *Dans la mesure où les identités sont claires, distinctes, bien spécifiques et reconnues de part et d'autre, il devient possible de négocier des collaborations dans lesquelles chacun trouve à se réaliser autour du malade*<sup>76</sup> ».

---

<sup>73</sup> GONNET F. *Op.Cit.*p.159.

<sup>74</sup> FRIEDBERG E. *Op.Cit.*p.35.

<sup>75</sup> FRIEDBERG E. *Op.Cit.*p.7.

<sup>76</sup> GONNET F. *Op.Cit.*p.83.

Dans la même idée, FRIEDBERG présente la négociation comme un outil de régulation incontournable pour gérer un groupe conflictuel : « *Vu sous cet angle, le pouvoir devient concret. Il est le mécanisme quotidien et incontournable qui médiatise et qui régule les échanges de comportement indispensables au maintien, voire à la réussite d'un ensemble humain marqué par la coexistence d'acteurs relativement autonomes et développant chacun des rationalités d'actions limitées, et pour cette raison même, divergentes, voire éventuellement contradictoires*<sup>77</sup> ».

En management, ces notions sont essentielles pour faciliter la coopération entre les professionnels et gérer les conflits. Il est évident que du mode de management déployé, dépendra les négociations mises en œuvre et les jeux de pouvoirs adoptés par chacun. Et à ce propos, P. HERMEL pense que : « *Le partage du pouvoir dans une optique synergique peut conduire alors à une meilleure cohérence interne, facilitant le pilotage des changements et la réactivité aux turbulences externes*<sup>78</sup> ».

### **1.2.3 LE MANAGEMENT :**

#### **A) Le projet modifie le jeu des acteurs :**

Quel que soit son contenu, tout projet est synonyme de changement puisque son objectif premier est le passage d'un état à un autre. Ces changements vont avoir un impact sur les organisations mises en place et sur les équilibres qui en découlent. Avec la mise en place des projets, le jeu des acteurs est modifié. En recherchant plus de complémentarité, de cohérence, de coordination, le partage des territoires est modifié.

Avec les projets, l'équilibre acquis va être modifié, et la résistance au changement est en fait bien souvent une crainte face à un nouveau partage de pouvoirs : « *On comprend mieux ainsi les difficultés que l'on rencontre couramment lorsqu'on veut changer une organisation. Changer l'organigramme, réformer la réglementation intérieure, est en effet beaucoup plus que changer quelques cases dans un graphique ou quelques phrases sur un papier. C'est en fait bouleverser un système social en équilibre en redistribuant d'une certaine façon le pouvoir dont disposent les différents groupes au sein de l'organisation*<sup>79</sup> ».

L'environnement joue un rôle fondamental dans nos organisations, car une organisation en est toujours tributaire. Elle ne peut pas se développer en parallèle, loin des conditions techniques, économiques, sociales et culturelles qui l'entourent. Cet

---

<sup>77</sup> FRIEDBERG E. *Op.Cit.*p.5.

<sup>78</sup> HERMEL P. *Op.Cit.* p106.

<sup>79</sup> FRIEDBERG E. *Op.Cit.*p.53.

environnement, en perpétuelle mutation, a des répercussions non négligeables sur nos institutions. Le changement est inéluctable dans les organisations, il est donc vital pour une entreprise d'être en mesure de s'y adapter.

## **B) Le principe d'intégration :**

Un des enjeux majeur de tout manager d'entreprise et à fortiori d'hôpital, est de faire en sorte que les gens puissent travailler ensemble, en cohérence. La difficulté est de composer et d'articuler des logiques différentes.

« *L'intégration consiste à reconnaître les différences et à s'appuyer sur elles pour assurer la convergence des actions vers des objectifs communs*<sup>80</sup> ». Ce principe est fondamental à l'hôpital où nous avons noté un manque d'ouverture sur l'extérieur et une forte différenciation. L'impact culturel prédomine et se traduit par un cloisonnement entre chaque entité, voire entre chaque catégorie professionnelle.

Les modalités d'intégration sont de trois types. Il y a tout d'abord l'ajustement mutuel à travers l'implication de personnes ressources (cadres, chefs de projet, groupes de travail, etc.), mais aussi l'intégration hiérarchique et l'intégration par les procédures.

## **C) Un management adapté :**

Face à ce constat, le style et la qualité du management sont fondamentaux, or il existe plusieurs styles de management. Etant donné que l'environnement est en perpétuelle évolution, le management doit s'adapter à ces évolutions et être révisé en permanence. La question qui se pose est celle du sens car : « *Finalement, la question autour du management ne peut-elle se formuler ainsi : comment vivre ensemble ? Et de manière complémentaire : quelle est la véritable finalité de nos activités ?*<sup>81</sup> ». Pour les auteurs, « *il ne peut y avoir de sens sans projet qui ait une valeur pour les équipes... La deuxième idée est celle d'une construction qui ne peut être que collective...* ». L'engagement dans une démarche projet rend exigible un style de management participatif et coopératif, ce qui induit des changements de pratiques managériales.

C'est pourquoi, l'accréditation peut constituer un outil de management, véritable levier pour une démarche de progrès, par le décroisement et la responsabilité qu'elle induit. En 1996, l'ANDEM constate que : « *(...) les entreprises utilisent désormais la qualité comme outil de management interne. Cette nouvelle orientation a été favorisée par le développement concomitant du management participatif*<sup>82</sup> ».

---

<sup>80</sup> SCHWEYER F.X. *Op.Cit.*

<sup>81</sup> COUDRAY M.A., BARTHES R. *Le management hospitalier à la croisée des chemins*. Gestions Hospitalières, janvier 2006, n° 452, p.18.

<sup>82</sup> ANDEM. *Op.Cit.*p.16.

## D) Le management participatif :

Un éclairage peut être apporté sur le management participatif, à la lecture d'un article rédigé par A. LOVINFOSSE qui écrit : « *La clé de la réussite du management participatif réside dans le savant équilibre entre le management et la participation*<sup>83</sup> ».

Si MINTZBERG définit le management comme « *ces processus, par lesquels, ceux qui ont la responsabilité formelle, de tout ou partie, de l'organisation, essayent de la diriger ou, du moins de la guider dans ses activités*<sup>84</sup> ». », il convient aussi de définir le concept de la participation, car il en existe plusieurs types.

FRIEDBERG en identifie deux<sup>85</sup>. D'après lui, **la participation par assimilation** est celle couramment utilisée par les administrations françaises et qui vise à obtenir un consensus entre les participants. Or, il la considère comme « *une forme supérieure de manipulation* » car tout laisse à penser que le processus est démocratique alors qu'il ne l'est pas. Il s'ensuit une démotivation des professionnels impliqués qui ressentent un découragement, voire un sentiment de trahison et qui ne veulent plus s'investir. Pour accepter de participer, il faut y trouver un intérêt, d'où le deuxième type de participation qui est **la participation critique**. Une participation est toujours stratégique pour un acteur, quelle que soit son importance, car elle signifie forcément un engagement, une prise de risque, qui ensuite aura des répercussions sur sa liberté. Le rôle du manager est de fixer les règles du jeu en sachant que ce type de participation engendre des débats, des discussions et des négociations, qui peuvent aller au conflit, mais qui sont malgré tout nécessaires et indispensables. C'est vers ce type de participation qu'il faut aller, pense FRIEDBERG, si on veut des résultats pertinents qui puisse engendrer un changement.

L'objectif du management participatif est de créer une dynamique interne, participative et coordonnée, qui vise « *une évolution profonde et durable des schémas stratégiques, structurels, culturels, et comportementaux, pour un fonctionnement souple et dynamique des organisations. Il nécessite ainsi un pilotage stratégique du système socio-économique que constitue l'entreprise, et non la simple préoccupation de l'une de ses facettes*<sup>86</sup> ».

---

<sup>83</sup> LAVINFOSSE A. Management participatif par objectif au sein du département infirmier et paramédical. Soins cadres, août 2003, n°47, p.31.

<sup>84</sup> MINTZBERG H. *Le management : voyage au centre des organisations*. Paris : Les Editions d'Organisation, 1990. 543 p.16.

<sup>85</sup> FRIEDBERG E. *Op.Cit.* pp. 90.96.

<sup>86</sup> HERMEL P. *Op.Cit.* couverture.

## **2 CHAPITRE : L'ENQUETE DE TERRAIN :**

### **2.1 La démarche méthodologique :**

Nous avons choisi de réaliser une enquête comparative entre deux établissements hospitaliers, lieux de nos différents stages lors de notre formation de directeur des soins.

Dans un premier temps, nous avons analysé les documents institutionnels des deux structures : projet d'établissement, projet de soins et projet qualité, mais nous avons analysé aussi les rapports d'accréditation des deux établissements, afin d'identifier les points de convergence entre les projets.

Nous avons ensuite analysé le contenu des entretiens que nous avons réalisés près des personnes engagées dans ces projets à savoir : le directeur de l'établissement, le directeur des soins et le responsable qualité.

C'est alors que nous avons pu mettre en parallèle les informations recueillies à travers les documents et les entretiens, pour en faire la synthèse.

Lors de ces stages, nous avons été conviée à l'ensemble des réunions qui se sont déroulées dans les établissements sur cette période, ce qui a enrichi considérablement notre connaissance des structures et facilité la compréhension de certains propos ou lecture de documents. Nous citerons en exemple les réunions de direction, les comités de pilotage sur le projet d'établissement ou sur la démarche qualité, le conseil exécutif, la commission de soins, les formations qualité, etc.

Cette étude a été complétée par une semaine de stage que nous avons réalisée grâce à un partenariat entre l'ENSP et la HAS. Nous avons eu en effet l'opportunité d'accompagner une équipe d'experts visiteurs lors d'une visite d'accréditation V1 dans un établissement de santé. Nous avons orienté tout particulièrement nos objectifs de stage sur la problématique de notre étude, en respectant les consignes énoncées par la HAS. Etant donné qu'aucun entretien individuel n'a pu être mené avec les acteurs de l'établissement, l'analyse de cet établissement n'entre pas directement dans le cadre de notre étude. Malgré tout, cette expérience a été riche d'enseignements, du fait des rencontres et des réunions auxquelles nous avons pu participer en tant qu'observateur privilégié, des documents mis à disposition et auxquels nous avons eu accès sans réserve, et des échanges que nous avons au quotidien avec les experts visiteurs. Cette équipe était composée d'un directeur d'établissement (coordonnateur de la visite), d'un médecin, d'un pharmacien et d'un cadre de santé. Nous ne connaissons pas, à cette date, les résultats qui figureront sur le compte rendu d'accréditation de cet établissement.

## **2.2 Présentation des établissements <sup>87</sup> :**

L'établissement A, lieu de notre premier stage, est un établissement public de santé qui résulte de la fusion de deux établissements. Le centre hospitalier A comprend 746 lits et places, auxquels s'ajoutent 186 lits situés dans un secteur de maison de retraite. Il assure les activités de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO), soins de suite et de réadaptation (SSR) et unité de soins de longue durée.

L'établissement B, lieu de notre second stage, est un hôpital de proximité de 521 lits installés, dont 167 pour le secteur MCO, 60 pour le service de SSR, et 294 répartis dans trois structures EHPAD. Il est engagé dans de nombreuses coopérations, notamment avec une polyclinique installée à proximité. L'ouverture d'un bloc opératoire partagé entre les deux structures est prévue à la fin du premier semestre 2007.

La taille des établissements où nous avons réalisé notre étude de terrain est sensiblement identique, bien que le centre hospitalier A (CH A) soit plus important que le centre hospitalier B (CH B). La composition de l'équipe de direction<sup>88</sup> du CH A est composée d'un directeur général et 5 directeurs adjoints, alors que celle du CH B comprend un directeur et 4 directeurs adjoints. Les deux établissements ont été confrontés à un changement de directeur en 2002. A cette époque, l'équipe de direction du CH B a été entièrement renouvelée, celle du CH A l'a été partiellement. Les appellations des directions fonctionnelles varient d'un établissement à l'autre, mais il est à noter qu'une Direction de l'Hospitalisation et de la Qualité (DHQ) existe sur le CHA. La direction des soins comprend deux personnes dans cet établissement, alors qu'une seule directrice de soins exerce ses fonctions sur le CH B. Les organigrammes de la direction sont élaborés dans les deux structures.

## **2.3 Analyse des documents :**

### **2.3.1 Le projet d'établissement <sup>89</sup> :**

Les deux centres hospitaliers ont rédigé et mis en œuvre leur premier projet d'établissement assez récemment, puisque celui du CH B date de 2002 et que celui du CH A date de 2004. Par conséquent, le CH B vient de terminer la phase d'évaluation de son projet 2002-2006 et élabore actuellement son second projet d'établissement pour la période 2007-2011. Dans cet établissement, le premier projet d'établissement a fait l'objet

---

<sup>87</sup> Voir tableau comparatif : annexe 2. Page II.

<sup>88</sup> Voir tableau comparatif : annexe 3. Page II.

<sup>89</sup> Voir tableau comparatif : annexe 4. Page II.

de la signature d'un CPOM avec l'ARH en décembre 2002, et lors de la visite d'accréditation dans cet établissement, en 2004, les experts visiteurs soulignent que « *l'existence d'un projet d'établissement complet et structuré et d'un COM qui a fait l'objet d'une première évaluation permet au centre hospitalier de disposer d'objectifs stratégiques clairs et partagés par l'ensemble de la communauté hospitalière*<sup>90</sup> ».

Concernant le CH A, il est intéressant de noter que la visite d'accréditation s'est déroulée en février 2003 alors que le projet d'établissement n'a été élaboré qu'en 2004.

Le projet du CH A comprend 4 parties, celui du CH B en comprend 5. Pour le CH A, le projet médical est « *la pierre angulaire* » du projet d'établissement. Sur ce site, le projet médical et le projet de soins, bien que distincts, sont réunis dans une même partie (2<sup>ème</sup> partie), alors qu'au CH B, chaque projet constitue une partie spécifique (1<sup>ère</sup> partie : projet médical ; 2<sup>ème</sup> partie : projet de soins).

Au CH B, la politique qualité constitue à elle seule une partie du projet d'établissement (4<sup>ème</sup> partie), alors qu'au CH A, cette dimension est intégrée à la partie consacrée à « *la gestion au service des patients* ». Pour information, nous pouvons signaler que l'établissement où nous avons réalisé la visite d'accréditation avec la HAS disposait d'un projet d'établissement pour la période 2005-2009 dans lequel la démarche qualité était placée dans les annexes du projet d'établissement.

Le caractère fédérateur du projet d'établissement est souligné dans les deux documents. Nous pouvons lire pour le CH A : « *Elaborer un projet commun est une démarche qui rassemble et qui fédère. Cette dynamique est au cœur même du projet d'établissement. (...). A travers cette démarche fédérative qui associe aux médecins et aux soignants les équipes logistiques, techniques ou administratives dans la poursuite d'un même objectif, c'est le sentiment d'appartenir à une même communauté professionnelle qui se renforce. C'est également l'identité du centre hospitalier qui se dessine et se construit, au-delà de l'existence des services et des sites géographiques*<sup>91</sup> ».

Le CH B, quant à lui, écrit que : « *La participation des professionnels à l'élaboration du projet doit être garante de la mobilisation et de l'appropriation des enjeux et des objectifs par tous. Elle conditionne la pérennité et l'adaptation de l'établissement par l'adhésion des professionnels aux changements. L'ensemble des éléments constitutifs du projet a été conçu et arrêté à partir des réflexions, des travaux et des propositions de professionnels dans une démarche pluridisciplinaire et décloisonnante* ». La qualité du management sur ce site a été soulignée par les experts visiteurs qui ont noté dans leur

---

<sup>90</sup> Rapport d'accréditation du centre hospitalier de B.

<sup>91</sup> Projet d'établissement 2004-2009 du CH A p.2.

rapport d'accréditation concernant le référentiel MEA (Management de l'Établissement et des secteurs d'Activité) que « *le management très participatif est un gage de réussite* ».

Le CH A est fortement marqué par la fusion des deux établissements qui a eu lieu il y a une dizaine d'années, et qui fait écrire aux experts visiteurs que l'établissement se trouve encore aujourd'hui dans « *un climat de séquelles de fusion*<sup>92</sup> ». Ce climat défavorable pour le CH A a été pris en compte lors de l'élaboration du projet d'établissement en 2004, suite à une enquête réalisée en 2003 auprès des cadres de l'établissement et qui relatait les difficultés exprimées par les professionnels :

- *un déficit de confiance envers l'institution ;*
- *un sentiment de ne pas savoir vers où se dirige le centre hospitalier,*
- *un déficit de communication,*
- *un sentiment de solitude de la part d'un certain nombre de cadres,*
- *un sentiment de cloisonnement entre services,*
- *une perception floue de la fonction de direction*<sup>93</sup> ».

Face à ces constats, et d'autant plus qu'un nouveau directeur venait de prendre ses fonctions dans l'établissement, l'hôpital s'est interrogé sur son management et y a porté une attention toute particulière dans son projet d'établissement en faisant apparaître un volet spécifique consacré au «management général du centre hospitalier<sup>94</sup>», dans lequel nous pouvons lire : « *De la qualité du management dépendent en grande partie la motivation et l'implication de l'ensemble des équipes du centre hospitalier. Sont donc concernés en priorité par cette démarche, dont les enjeux sont essentiels, les membres de la direction et les cadres. (...)*<sup>95</sup> ». Cette partie se termine sur une réflexion du directeur qui constate : « *Il serait illusoire de penser qu'un mode ou qu'un style de management est pertinent à toutes les périodes et dans toutes les organisations. La pertinence d'un choix managérial ne peut s'envisager que par rapport à la situation d'une organisation particulière, à un moment particulier de son histoire, et dans son contexte. Ce préalable vaut naturellement pour le centre hospitalier* ».

---

<sup>92</sup> Rapport d'accréditation du CH A. (Référentiel QPR : Qualité et Prévention des Risques).

<sup>93</sup> Enquête réalisée en 2003 en amont de l'écriture du projet d'établissement par un cabinet spécialisé (15 entretiens auprès de cadres soignants, administratifs et techniques). Ces propos figurent dans la partie du projet d'établissement au CH A intitulée : « démarche managériale ».

<sup>94</sup> Les experts visiteurs soulignent dans leur rapport d'accréditation, que « *l'identification des fonctions des membres de la direction* » mérite d'être renforcée.

<sup>95</sup> Projet d'établissement 2004-2009 du CH A. La démarche managériale du Centre Hospitalier.p.144.

### 2.3.2 Le projet de soins <sup>96</sup> :

Le projet de soins du CH A a été élaboré par la CSSI : « *Le projet de soins est le fruit de la réflexion des membres de la commission du service de soins infirmiers<sup>97</sup> ...* », alors que pour celui du CH B : « *L'élaboration du projet du service de soins s'est appuyée sur les principes d'une démarche participative<sup>98</sup>* ». Cette volonté de démarche participative du CH B se concrétise dans le projet de soins par l'identification de toutes les catégories professionnelles d'acteurs intervenant dans le plan d'action<sup>99</sup>.

Les deux projets de soins ont été élaborés en tenant compte de l'environnement législatif du moment, ce qui explique que le cadre de référence ne soit pas le même. Celui du CH B s'appuie sur les ordonnances de 1996 car il a été élaboré en 2002, alors que celui du CH A s'appuie sur la loi du 4 mars 2002 car il a été élaboré en 2004. De même, les deux projets utilisent le terme de projet de soins et jamais celui de projet de soins infirmiers. Le CH A utilise déjà le terme de projet du service de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques en y apportant le commentaire suivant : « *Cette évolution traduit la continuité et la complémentarité de la réponse qui doit être apportée aux personnes soignées, par l'ensemble des professionnels de santé paramédicaux<sup>100</sup>* ».

Dans aucun des deux établissements, le RAQ n'a participé à l'élaboration du projet de soins. Malgré tout, le projet de soins fait référence au projet qualité dans son introduction: « *Ce projet formalise la politique de soins qui s'inscrit dans la suite logique des réflexions et actions émanant des différents travaux de la CSSI, des groupes pluriprofessionnels qui ont permis de développer la politique d'amélioration continue de la qualité des prestations, (...)* ». Mais par ailleurs, il ne fait pas référence aux résultats de l'accréditation, ni au PAQ mis en œuvre dans l'établissement, bien que ces derniers soient antérieurs à l'élaboration du projet de soins et que les résultats soient disponibles.

Il est prévu dans l'élaboration du nouveau projet d'établissement 2007-2011 du CH B, que le projet médical et le projet de soins fusionnent pour devenir le **projet de prise en charge des patients**. Ce dernier, qui sera présenté aux instances pour validation en septembre 2006, comporte quatre objectifs prioritaires et dix neuf orientations. Certaines de ces orientations font l'objet de fiches actions plus précises qui seront intégrées au projet d'établissement et qui serviront à l'élaboration du plan directeur et à la négociation du CPOM avec l'ARH.

---

<sup>96</sup> Voir annexe 5. Pages III et IV.

<sup>97</sup> Introduction du projet de soins du CH A.

<sup>98</sup> Introduction du projet de soins du CH B.

<sup>99</sup> Voir annexe 5 bis. Page IV. (Rubrique : Acteurs identifiées dans les actions du PS).

<sup>100</sup> Projet de soins 2004-2009 du CH A.

Il est précisé, là encore dans l'introduction, que ce nouveau projet de prise en charge des patients, a été élaboré : « *En lien avec la politique qualité qui irrigue l'ensemble du projet de prise en charge des patients, (...), afin de répondre autant que de possible aux besoins des patients dans le souci d'une qualité accrue de l'accueil et des soins* ». Dans cet établissement, une cohérence est recherchée non seulement entre le projet médical et le projet de soins, mais aussi entre le futur projet de prise en charge du patient et la politique qualité de l'établissement.

### **2.3.3 Le projet d'amélioration continue de la qualité<sup>101</sup> :**

#### **A) La politique qualité :**

Le CH A dispose d'une antériorité dans la conduite des travaux relatifs à la qualité, puisque le projet a commencé en Février 2000, contrairement au CH B où l'engagement date seulement de 2002. Pour élaborer son projet d'établissement en 2004, le CH A s'est référé aux résultats de son rapport d'accréditation considérant que les conclusions du collège : « *constituent un guide extrêmement pertinent dans les travaux d'élaboration de notre projet d'établissement. Nous les retrouverons tout au long des différents chapitres qui vont composer le projet du centre hospitalier<sup>102</sup>* ».

Le CH B, quant à lui, n'a pas pu faire de même, étant donné que l'écriture du projet (2002) est antérieure à la visite d'accréditation (2004). Malgré tout, il affiche sa politique qualité comme un des principes majeurs qui ont directement influencé la méthodologie d'élaboration et le contenu du projet d'établissement 2002-2006 : « *En ce sens, la politique qualité, intégrée au projet d'établissement conformément aux préconisations de l'ANAES, se situe au cœur du projet : elle engage solidairement l'ensemble de la communauté hospitalière vers la satisfaction des attentes des usagers. Elle a influencé l'ensemble du projet d'établissement dans tous ses aspects, sa mise en œuvre traduite dès l'aval du projet en plans d'actions concrets et la mise en place progressive du système qualité devra constituer, de par l'implication de tous, l'une des clés de l'évaluation des résultats du projet d'établissement<sup>103</sup>* ».

Au-delà de cet aspect, les deux établissements affichent leur projet qualité dans leur projet d'établissement. Le CH A l'a intégré avec d'autres thèmes dans une partie intitulée « *La gestion au service du patient* », mais il s'y réfère aussi dans d'autres parties du projet, et notamment celle de la « *prise en compte des droits du patient* », ou encore celle de « *la gestion au service de la sécurité et de la qualité* ».

---

<sup>101</sup> Voir annexe 6. Page V.

<sup>102</sup> En introduction du projet d'établissement 2004-2009 du CH A.

<sup>103</sup> En introduction du projet d'établissement 2002-2006 du CH B.

Comme nous l'avons vu, le CH B a choisi d'y consacrer une partie entière de son projet d'établissement. Cette spécificité prouve tout l'intérêt du CH B dans ce domaine, d'autant plus que l'engagement de l'établissement est renforcé par un soutien affiché de la direction : « *L'engagement de la direction et du corps médical dans la mise en œuvre de la politique qualité devra se concrétiser par l'implication du président de la CME, du directeur et de la DSSI, dans la communication interne et externe sur les démarches qualité du centre hospitalier<sup>104</sup>* », ou encore : « *La mise en œuvre de la politique qualité définie engage la communauté hospitalière dont en premier lieu la direction qui facilitera et soutiendra les démarches correspondantes par (...) <sup>105</sup>*».

Le nouveau projet d'établissement du CH B pour la période 2007-2011, comporte lui aussi, une nouvelle version de la politique qualité, en cours de validation. Il est précisé que cette politique qualité « *est en cohérence et irrigue le projet de prise en charge du patient, le projet social, le projet de gestion et le plan directeur <sup>106</sup>*». Toutes ces actions ont d'ailleurs été reconnues par les experts visiteurs qui stipulent dans le référentiel QPR que : « *l'établissement a structuré et défini les orientations de sa politique qualité et une dynamique interne est constituée <sup>107</sup>* ».

Concernant les actions de communication, dès son entrée dans la démarche le CH B avait écrit et diffusé sa « *politique qualité et de prévention des risques* » en 2002. Ce document, affiché dans tous les services de l'établissement, est signé conjointement du directeur de l'établissement, du président de la CME et du directeur des soins. Le CH A quant à lui, avait réalisé des actions de communication sur la démarche qualité, via le journal interne, au lancement de la démarche, mais elles n'ont pas été poursuivies.

En conclusion, il est indéniable que si les deux structures se sont engagées dans une démarche qualité, il existe malgré tout une différence importante dans leur degré d'investissement. Cette différence est perceptible en tout premier lieu dans le choix des termes employés. Si le directeur du CH B utilise en permanence l'expression de « *politique qualité <sup>108</sup>* » dans la rédaction du projet d'établissement, celle-ci n'est jamais employée par le directeur du CH A qui se réfère uniquement au terme de « projet qualité et de gestion des risques ». Or nous avons démontré dans la première partie, que la démarche qualité ne peut pas se résumer à un plan d'amélioration de la qualité, elle comprend un système beaucoup plus large basé sur un dispositif solide et fiable.

---

<sup>104</sup> Projet d'établissement 2002-2006 du CH B.

<sup>105</sup> Projet d'établissement 2002-2006 du CH B.

<sup>106</sup> Projet d'établissement 2007-2011 du CH B.

<sup>107</sup> Rapport d'accréditation du CH B.

<sup>108</sup> Terme réitéré par les experts visiteurs dans leurs commentaires.

## **B) La structure qualité <sup>109</sup>:**

### **↳ Rattachement à la direction :**

Pour soutenir la démarche qualité, les deux sites ont identifié un directeur adjoint « chargé de la qualité ». Sur le CH A, le projet qualité est rattaché à la direction de l'hospitalisation et de la qualité (DHQ), alors qu'au CH B, elle est rattachée à la direction des affaires matérielles.

### **↳ Le comité de pilotage :**

Dès l'origine du projet, les deux établissements ont décidé d'instaurer un comité de pilotage. Celui du CH A a connu des modifications d'envergure : initialement composé de seize personnes en 2000, dont les deux directrices des soins, il a été profondément remanié, suite à diverses démissions et départs de l'hôpital. Celui du CH B est resté stable, l'engagement de la direction et du corps médical y est réaffirmé à travers sa composition : « *La participation du directeur, du président de CME et de la directrice des soins à ce comité de pilotage traduit l'engagement de la direction et du corps médical*<sup>110</sup> ». Les missions du comité de pilotage sont clairement définies sur les deux établissements : elles se situent au niveau décisionnel et stratégique.

### **↳ La cellule qualité :**

Les deux établissements ont aussi fait le choix de mettre en place une structure opérationnelle appelée « *cellule qualité* » ou « *bureau qualité* ». La composition de ces unités dans les établissements est très disparate selon les structures et selon les périodes. Là encore, composée de trois personnes au CH A en 2000, elle est passée à douze en 2002, puis a été totalement remaniée avec l'arrivée d'un nouveau responsable qualité en juin 2004 où elle a été réduite à trois. Le bureau qualité du CH B était initialement composé de quatre membres, il est de trois aujourd'hui.

Il est important de noter qu'au CH A, la cellule qualité a écrit son propre « *projet de la cellule qualité* » qui a été validé par le comité de pilotage. Ce projet précise que « *A l'instar d'autres secteurs ( Système d'Information Hospitalier, Service d'Hygiène, Service Intérieur...), la cellule qualité est au service des acteurs du centre hospitalier. Elle se doit d'être à l'écoute des différents secteurs d'activité et se doit de promouvoir la qualité pour en développer la culture dans le Centre Hospitalier avec comme but l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins*<sup>111</sup> ».

---

<sup>109</sup> Voir annexe 8. Page VI.

<sup>110</sup> Cette phrase est en introduction du projet de « *Politique d'amélioration continue de la qualité et de gestion des risques 2007/2011* » au CH B.

<sup>111</sup> Projet de la cellule qualité du CH A.

Nous ferons un parallèle avec le centre hospitalier visité lors de notre stage HAS. Dans cet établissement, la cellule qualité avait élaboré « *son manuel qualité* » qui présentait l'organisation du système qualité mis en place au sein de la structure. Par ailleurs, la cellule opérationnelle était composée d'un ingénieur qualité et d'un cadre supérieur de santé à mi temps missionné sur ce projet.

#### ↳ **Le responsable qualité :**

Une personne a été identifiée en tant que RAQ sur chacune des deux structures. A l'origine du projet, les deux établissements avaient recruté un professionnel en interne qui était missionné sur ce thème (un chef de bureau au CH A ; un cadre de santé à mi temps au CH B). Mais suite au départ de ces personnes, les deux établissements ont décidé de recruter un professionnel diplômé à temps plein, et en l'occurrence un ingénieur qualité sur les deux sites. Cette évolution est un signe de reconnaissance de la dimension qualité au sein de ces institutions. Dans les deux cas, l'ingénieur qualité est assisté d'une qualitiennne recrutée sur un poste « emploi jeune ». Le même ingénieur qualité travaille au CH B depuis plusieurs années, alors qu'au CH A, ce poste est resté vacant pendant neuf mois, de septembre 2003 à juin 2004. Dans les deux établissements, ce poste est rattaché hiérarchiquement au directeur et en relation fonctionnelle avec les directeurs adjoints chargés de la qualité. Sur le CH A, les missions du RAQ sont clairement définies, de plus, il participe aux réunions de direction élargies organisées pour l'ensemble des cadres de direction et cadres supérieurs de l'établissement et animées par le directeur.

#### ↳ **Le plan d'amélioration de la qualité :**

Sur le CH A, un PAQ a été formalisé dès 2002, suite au diagnostic de l'existant conduit sur l'ensemble des services. Bien que validé par le comité de pilotage, ce plan a été ensuite modifié à trois reprises en 2002 et à une autre fois en 2003. La première modification a été de traduire le plan d'action sous forme de fiches projets à raison d'une fiche par référentiel du manuel ANAES, cette méthode étant préconisée par les consultants qui accompagnaient la démarche. C'est ce projet, lui aussi validé par le comité de pilotage, qui figure dans le projet d'établissement 2004-2009. Ce plan a été ensuite complété de onze thèmes, suite aux résultats de l'autoévaluation, puis de quatre actions prioritaires, suite aux réserves formulées par les experts visiteurs en 2003. Tous ces changements et plans d'actions successifs ont compliqué singulièrement la mise en place de la démarche qualité au CH A, de même que son appropriation par les professionnels de l'établissement. A ce propos, lors de la visite ciblée en février 2005, les experts visiteurs ont noté : « *Une dynamique est maintenant engagée au CH A. L'implication de l'ensemble des personnels est à redynamiser*<sup>112</sup> ».

---

<sup>112</sup> Rapport d'accréditation du CH A.

Contrairement à cette démarche, le CH B n'a élaboré qu'un seul plan d'action pour la période 2002-2006 avec quatre axes prioritaires. Ces axes sont déclinés sous forme de vingt objectifs, et les actions ont été mises en œuvre. Le nouveau plan qualité 2007-2011 a défini quatre nouveaux thèmes, en adoptant la même méthodologie et trente deux objectifs ont été formulés. Parmi ces nouveaux objectifs, sept étaient déjà inscrits au premier plan, ils apparaissent donc dans le second sous la forme « *Poursuivre et renforcer...* » ou encore « *Poursuivre et consolider....* ». Le plan d'amélioration continue de la qualité du CH B a été évalué et le nouveau plan s'inscrit dans la continuité du précédent, ce qui n'est pas le cas sur le CH A.

Les deux établissements rencontrent des difficultés en ce qui concerne la conduite des actions d'amélioration dans les groupes projets. Les documents du CH A font référence en début de démarche, à la notion de « chef projet », or ce terme disparaît par la suite ; il en est de même pour les « référents qualité ». Le CH A avait décidé en 2000, d'identifier et de former un à deux référents qualité par service, ce qui a représenté au total cent vingt personnes. Le CH B avait fait le même choix, mais à raison de une personne par service. Or, dans les deux établissements, la question du devenir de ces référents se pose. Le CH A n'y fait plus référence, alors que le CH B pose clairement la question dans son projet qualité 2007-2011 : « *Quelle mobilisation ensuite ?????* ».

### **C) Les résultats de la visite d'accréditation V1<sup>113</sup>:**

Les deux établissements ont satisfait à la procédure d'accréditation V1, mais le CH A a fait l'objet d'une visite ciblée deux ans après sa première visite. Il s'était en effet vu porter huit recommandations et quatre réserves par les experts visiteurs, dont une relative à l'absence de projet d'établissement. De ce fait, une de ses premières actions d'amélioration a été d'élaborer le projet d'établissement. Cette action a été conduite en 2004, et la réserve a été levée lors de la visite ciblée en 2005. La visite d'accréditation V2 est prévue dans cet établissement en février 2007. Ce rythme d'une visite tous les deux ans a des répercussions non négligeables sur les professionnels de l'établissement.

Le CH B a fait un choix inverse au CH A. Ne disposant pas non plus de projet d'établissement en 2002, il a priorisé son élaboration avant de solliciter l'ANAES en vue de la visite d'accréditation. Celle-ci s'est déroulée un an après celle du CH A et le CH B s'est vu porté quatre recommandations. N'ayant pas de réserve, il n'a pas fait l'objet de visite ciblée ni de rapport de suivi.

---

<sup>113</sup> Voir annexe 10. Page VIII.

### **2.3.4 Que dire de l'articulation : projet de soins – projet qualité ?**

A ce stade de l'analyse, nous sommes amenée à effectuer certains constats :

↳ Dans le sens projet de soins – projet qualité :

Nous avons vu que dans les deux structures, les projets de soins font référence à la démarche qualité dans leur introduction, mais que les RAQ ne participent pas à l'élaboration du projet de soin sur aucun site.

↳ Dans le sens projet qualité – projet de soins :

Le caractère transversal du RAQ est souligné dans les deux établissements, de même que celui de la cellule qualité et du projet qualité. Au CH A, il est précisé que : « *La cellule qualité est en lien étroit avec la direction et les acteurs de soins via le comité de pilotage de l'amélioration continue de la qualité<sup>114</sup>* », et il est rappelé que « *La cellule qualité est au service des acteurs du centre hospitalier* ».

↳ Des points de convergence : projet de soins – projet qualité<sup>115</sup> :

En réalisant une analyse comparative entre les thèmes retenus dans les projets, nous pouvons identifier des thèmes communs entre le projet de soins et le projet qualité, et notamment ceux relatifs à la prise en charge de la personne soignée comme l'accueil, la sortie, l'information, le consentement, le respect, la confidentialité, etc.

Cela est tout à fait compréhensible au regard de la finalité de ces projets, qui est dans tous les cas « l'organisation des soins et la qualité au service des patients ».

↳ Des améliorations à prévoir :

Nous avons démontré que sur les deux sites, des thèmes très voisins sont retenus dans les deux types de projets, il est donc fondamental que des liens soient faits pour que les projets soient conduits de façon efficiente et performante. Or, à la lecture des documents, il s'avère que ces liens pourraient être renforcés. En effet, les projets de soins ne font référence aux projets qualité, que dans leur introduction et à aucun moment, le RAQ ou la cellule qualité ne sont identifiés comme partenaires potentiels du projet de soins. Dans les deux établissements, les actions du PAQ ou les conclusions des rapports d'accréditation ne sont jamais citées comme source d'information du projet de soins.

De la même façon, les projets qualité ne font pas ou peu référence aux actions des autres projets mis en œuvre dans l'établissement, en l'occurrence le projet de soins. Nous pouvons d'ailleurs relever que dans le projet de la cellule qualité du CH A, lorsque le RAQ évoque les partenaires dans la conduite des actions concernant la gestion des

---

<sup>114</sup> Projet de la cellule qualité du CH A.

<sup>115</sup> Voir annexe 7. Page V.

risques, il cite le CHSCT, le service d'hygiène ou encore la cellule de coordination des vigilances. Il cite aussi le DIM et le service informatique pour ce qui est de l'amélioration du dossier patient. Mais à l'inverse, lorsqu'il évoque l'évaluation de la satisfaction des usagers à travers le questionnaire de sortie, il ne cite pas la direction des soins, ni la communauté médicale, comme partenaires éventuels. Cette remarque prouve que certains partenariats sont plus évidents que d'autres et que des efforts doivent encore être réalisés pour articuler projet de soins et projet qualité.

Par ailleurs, si la place du directeur des soins dans le comité de pilotage qualité semble légitime dans les deux établissements, à l'inverse, le RAQ ne participe jamais aux réunions de la commission des soins. Dans l'établissement que nous avons visité lors de notre stage HAS, l'interface entre le projet de soins et le projet qualité est assurée par le cadre supérieur de santé, missionné à mi temps sur la démarche qualité. Ce partage de poste lui permet d'assister à toutes les réunions de la commission de soins avec « la double casquette » ; le lien est assuré.

## **2.4 Analyse des entretiens :**

### **2.4.1 Les personnes interviewées<sup>116</sup> :**

Dans les deux établissements, nous avons interviewé respectivement le directeur, un directeur des soins et le responsable qualité. Ces entretiens, effectués sur le mode semi directifs ont été enregistrés puis retranscrits. Ils ont duré entre 1 heure et 1 heure 30.

### **2.4.2 Ce que disent les directeurs d'établissement :**

Le directeur du CH B fait une différence fondamentale entre la « politique qualité » et le « projet qualité », car d'après lui, la politique traduit un engagement de la direction : *« C'est ce qu'on décide de faire, c'est un acte majeur, et il est indispensable que les actions stratégiques de l'établissement soient inscrites dans la politique qualité »*.

Concernant la place de la politique qualité dans le projet d'établissement, il dit que cela l'interroge : car comme la qualité s'impose, elle devrait apparaître en premier, avant tous les autres projets : *« La politique qualité irrigue tout le reste du projet d'établissement et tous les autres projets »*. D'autre part, il situe la politique qualité *« au service du patient, et non pas au service des autres projets comme peut l'être le projet de gestion »*.

Il est critique malgré tout sur ce qui est fait dans sa propre structure : *« On en met une tonne dans l'introduction et en plus on rajoute un volet qualité »*. Il ne juge pas utile que la qualité fasse l'objet d'un chapitre spécifique, puisque d'après lui, la qualité doit

---

<sup>116</sup> Voir annexe 11.page IX.

apparaître en filigranes tout au long du projet. Mais il pense que cela est encore trop récent pour être mis en place, et qu'aujourd'hui, il est encore nécessaire de créer un volet spécifique. Il conclut en disant : « *Ce n'est pas grave car ce qui compte, c'est le résultat* ».

Quant à la place du projet de soins dans le projet d'établissement, le directeur du CH B se réfère à la loi : « *Le projet d'établissement doit être conforme à la loi, et dans la loi, c'est le projet médical et le projet de soins qui priment surtout* ». Il renforce ses propos en rappelant que le rôle du directeur dans ce projet est de faire respecter l'ordre des projets selon la loi, mais aussi de veiller à l'ensemble, et à ce que la même cohérence soit déclinée dans tous les projets. Pour lui, le projet d'établissement est un outil de management et de fédération, car dans ce type de projet : « *tout est transversal et multi professionnel, cela traduit la volonté de décloisonner* ». Mais pour lui, cet outil est en profonde mutation et, il s'interroge sur son devenir, car il pense qu'avec la T2A et les CPOM, le projet d'établissement deviendra « *un contrat de plus en plus annuel* ».

Le directeur du Centre Hospitalier A est plus sceptique sur la démarche d'amélioration de la qualité, et il évoque « *un paradoxe entre la démarche qualité et la démarche d'accréditation* », car, précise-t-il, « *les finalités de ces deux démarches ne sont pas les mêmes...il y a un risque que la démarche d'accréditation aille à l'encontre de la démarche qualité* ». Lorsqu'il s'interroge sur la question de la finalité de la démarche, il fait une différence entre « *la finalité proclamée et la finalité constatée dans les faits, face aux résultats auxquels on aboutit à l'issue de la visite d'accréditation, et qui ne sont pas ceux exprimés au départ* ». Il rappelle alors le contexte du CH A qui fait l'objet d'une visite d'accréditation tous les deux ans, et que de ce fait, l'établissement concentre tous ses efforts à la préparation de ces visites et non pas à l'amélioration de la qualité au sens large, ce qui produit un certain découragement de tous les professionnels. Il se dit déçu face à ce constat : « *Il faut répondre à la demande : il y a ou il n'y a pas ; peu importe le contenu et l'application* ». Par conséquent, le directeur du CH A qualifie la démarche comme étant « *lourde et trop centrée sur les procédures* », et il pose la question : « *Est-ce là l'essentiel* » ? Il se réfère alors aux approches managériales selon la théorie des organisations et cite M. CROZIER en résumant : « *Aujourd'hui, l'art de l'organisation n'est plus de mettre en place des procédures compliquées, mais de rendre les opérateurs intelligents* ». Face à ce postulat, le directeur du CH A s'interroge sur la démarche d'accréditation : « *N'est-ce pas un retour en arrière, car qu'est-ce qu'on nous demande* » ?

Du fait de leur expérience liée à la V1, les deux directeurs n'ont pas la même conception de la démarche qualité. Le directeur du CH B estime que la démarche s'inscrit dans une véritable politique qualité qui oriente tous les projets de l'établissement, alors que le directeur du centre hospitalier A l'identifie comme une lourdeur qui entrave le

développement de la dynamique interne. Ces propos confirment notre analyse précédente des documents, où nous avons constaté l'engagement total du directeur du CH B dans la démarche qualité, contrairement au CH A, où il était moins affirmé.

### **2.4.3 Ce que disent les directeurs des soins :**

#### a) A propos du projet de soins :

La DS du CH A situe le projet de soins comme faisant « *partie inhérente* » du projet d'établissement, car il a été construit dans « *la même dynamique par le biais de la CSSI* ». D'après elle, ce projet doit être en cohérence avec le projet médical, mais elle note que cela a posé des difficultés « *au moment de la construction du projet d'établissement, les groupes marchaient en parallèle. On construisait notre projet mais on ne savait pas précisément ce que les médecins allaient mettre dans leur projet médical* ».

La DS du CH B estime qu'aujourd'hui, le terme de « projet de soins » est dépassé: « *Cela n'a aucun sens, le projet de soins ne veut rien dire...il faut parler du projet de prise en charge des patients* ». Elle reconnaît néanmoins qu'au moment de l'élaboration de leur premier projet d'établissement, en 2002 : « *C'était obligatoire d'avoir un projet médical, un projet de soins... pour cadrer, parce qu'il n'y avait rien* ». Mais elle rajoute que « *Si on continue comme ça, avec un projet dans chaque coin, on tourne en rond, cela n'a aucun sens* ». Par ailleurs, à propos de la reconnaissance du service de soins, elle remarque : « *A force de vouloir être reconnu, on perd l'objet lui-même, l'objet principal, le pourquoi on fait cela, le sens de nos missions, or, la finalité de tous nos projets est la même* ».

La conception des directrices des soins est totalement différente entre les deux sites. La DS du CH A insiste largement sur la reconnaissance de la CSSI et sur la place du projet de soins dans le projet d'établissement, alors qu'au contraire, la DS du CH B souhaite que les projets fusionnent et que tous les acteurs travaillent ensemble. De ce fait, la collaboration avec les équipes médicales n'est pas comparable puisque sur le CH A, elles travaillent « en parallèle » alors qu'au CH B, elles travaillent « en partenariat ».

#### b) A propos du projet qualité :

Lorsque nous évoquons ce thème, La DS du CH A fait le constat suivant : « *Avant, il n'y avait pas de cellule qualité, il n'y avait pas de démarche d'accréditation, et pourtant on n'a pas attendu cela pour faire notre travail...La qualité : on en faisait sans le savoir...* ». Quant à la DS du CH B, elle pense que « *Dans tous les projets en cours, que ce soit celui des soins palliatifs ou celui de la cancérologie, la qualité y est forcément intégrée* ».

Malgré tout, la DS du CH A pense qu'effectivement, la place de la cellule qualité n'est pas satisfaisante dans leur établissement et qu'elle devrait évoluer : « *C'est vrai que ce n'est pas facile, parce qu'effectivement, la démarche d'amélioration continue de la*

*qualité, c'est tout nouveau. Je pense qu'ils n'ont pas trouvé leur place encore. C'est aussi le temps que les esprits s'adaptent* ». Et lorsque nous l'interrogeons sur la finalité de la démarche qualité, elle ajoute : *« Parce que pour l'instant, la cellule qualité... elle a été souvent modifiée et elle ne trouve, à mes yeux, une justification qu'au moment des 2 visites, donc ce n'est pas suffisant »*.

Comme pour le directeur, la DS du CH B se pose la question de savoir s'il faut conserver un volet qualité dans le projet d'établissement. Elle pense qu'il faut avancer progressivement, d'autant plus que le projet médical et le projet de soins viennent déjà de fusionner dans leur structure. Elle considère que la prochaine étape sera la fusion entre le projet de prise en charge du patient et le projet qualité, mais pas avant l'élaboration du prochain projet d'établissement, dans cinq ans.

La différence de conception entre les deux DS est évidente. Si la DS du CH B reconnaît parfaitement la place du projet qualité dans l'institution, la DS du CH A s'interroge sur la place et sur le rôle de la cellule qualité dans l'établissement, qu'elle ne justifie aujourd'hui qu'au moment des visites d'accréditation.

c) A propos de l'articulation entre projet de soins et projet qualité :

La DS du CH A estime qu'*« il n'y a pas de convergence du tout pour l'instant »* entre le projet de soins et le projet qualité. D'ailleurs, lorsque nous évoquons la référence éventuelle aux résultats d'autoévaluation pour l'élaboration du projet de soins, la DS répond : *« L'auto évaluation...non, moi je pense plutôt à l'enquête qui a été faite auprès des soignants, dans le cadre du projet d'établissement »*. De même, lorsque nous évoquons un travail conduit en commun entre les équipes soignantes et la cellule qualité, elle dit être vaguement informée : *« Certains cadres ont sollicité la cellule qualité pour les aider à titre méthodologique (...), la direction des soins a été plus ou moins avertie, je dirais, mais ils ont mené leur petite affaire »*.

A l'inverse, la DS du CH B ne comprend pas pourquoi on s'interroge sur ce sujet : *« Comment peut-on encore séparer le projet médical du projet de soins et de la politique qualité ? Si on le fait, cela veut dire qu'on superpose des projets qui ne sont pas intégrés »*. Elle poursuit en affirmant *« Il n'y a plus de projet de soins déconnecté du projet médical, pas plus que de projet de soins déconnecté du projet qualité, d'autant plus qu'avec la V2 et les EPP, c'est totalement dépassé »*. Elle évoque la transversalité des projets et plébiscite le travail en groupes multi professionnel et multi catégoriel : *« Il faut arrêter de faire travailler le DS sur le projet de soins, le président de la CME sur le projet médical et le responsable qualité sur le PAQ. Tout le monde doit travailler ensemble sur le projet d'établissement et sur les EPP »*.

La nécessité d'articuler les projets est évidente pour la DS du CH B, où la démarche qualité est parfaitement intégrée, alors que cette possibilité n'est pas envisagée par la DS du CH A. Dans cet établissement, la scission entre les projets est effective, à tel point que la DS n'identifie pas les apports potentiels du projet ou de la cellule qualité.

d) A propos de la démarche d'accréditation :

La DS du CH A, avoue que pour elle, la finalité de la démarche qualité se résume à la visite d'accréditation, ce qui lui pose problème puisqu'elle dit : « *Mais je cois qu'il y a une confusion, pour moi en tout cas, entre l'accréditation, qui est une étape...et puis la démarche d'amélioration de la qualité* ». Elle tente alors de trouver des explications à cette méprise : « *Il y a eu la V1, on a eu les résultats, ils sont revenus, on a eu une contre visite, 2 ans après on a la V2... on n'a pas le temps entre les deux, on est toujours centrés sur les réserves et l'amélioration de ce qu'ils ont pointés à la visite, on n'a pas le temps de mettre en place quelque chose qui soit cohérent* ». Ayant fait ce constat, elle s'interroge à nouveau sur le rôle de la cellule qualité : « *Il faudrait que la cellule qualité fasse autre chose que de valider des documents, et de préparer les visites, ou de se remettre de la précédente... Il y en a qui se demande à quoi ça sert, sinon une aide méthodologique pour les visites* ». Puis elle se ravise : « *Ah mais non, ce n'est pas intéressant...alors qu'on a des gens compétents, des experts qui peuvent nous aider au niveau méthodologique...Je pense qu'effectivement la cellule qualité doit se tenir informée et doit être tenue informée, de tout ce qui se passe en terme de projet (...)* ».

Pour la DS du CH B, cette démarche « *permet de faire avancer les choses* ». D'après elle, la V1 permettait, à travers le référentiel OPC, de construire un lien entre le projet de soins et le projet qualité, cet aboutissement s'étant concrétisé avec l'émergence du projet de prise en charge du patient. Elle pense que la même chose se produit actuellement avec la V2 et les EPP : « *cela rapproche les équipes* ». Elle conclut en disant que l'évolution du projet médical et du projet de soins se fait au même rythme que celui de la démarche d'accréditation.

La DS du CH B identifie la démarche d'accréditation comme un levier qui permet de faire avancer les choses, contrairement à la DS du CH A qui l'identifie aujourd'hui encore, comme une contrainte, mais qui, au fil de sa réflexion, prend conscience que les choses pourraient être différentes.

#### **2.4.4 Ce que disent les responsables qualité :**

a) A propos du projet qualité :

Le RAQ du CH A identifie le projet qualité comme « *un des éléments du projet d'établissement, qui doit avoir, au même titre que le projet médical et le projet de soins*

*toute sa place dans la stratégie de l'établissement*». Ces propos sont confirmés par le RAQ du CH B qui se félicite de la place que tient la politique qualité dans le projet d'établissement du CH B : *« C'est extrêmement difficile, pour un responsable qualité, sans projet d'établissement, de construire quelque chose. C'est la base même »*.

Pour le RAQ du CH A, la finalité du projet qualité serait que *« Que les gens travaillent plus entre eux, de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire...parce que le système hospitalier est quand même hyper cloisonné...Il y a un fort corporatisme. C'est ça aussi, ce qu'on peut apporter : c'est que les gens se parlent entre eux »*. Lorsque nous évoquons l'aide potentielle apportée par la cellule qualité, le RAQ est conscient de la méconnaissance des équipes à ce niveau sur le CH A : *« Les gens n'identifient pas forcément les apports que peut représenter la cellule qualité. Il y a un peu de flou... »*. Alors que d'après lui : *« Le premier objectif serait de faire de la cellule qualité un partenaire privilégié sur l'apport méthodologique dans l'analyse des dysfonctionnements ou l'étude de l'amélioration des pratiques...on est au service des autres »*. Cette conception est totalement partagée par le RAQ du CH B qui rappelle que *« le projet qualité doit répondre à l'ensemble des projets..., la qualité est au service des autres projets institutionnels »*.

b) A propos du projet de soins :

Le RAQ du CH A cite le projet de soins comme un des éléments constitutifs du projet d'établissement. Il estime que des liens entre le projet de soins et le projet qualité existent, car : *« Même si la qualité n'est pas forcément présente dans le projet de soins, sauf en introduction, elle transparaît malgré tout au niveau transversal »*.

Au CH B, le RAQ reconnaît le projet de soins puisqu'il dit que l'objectif du projet qualité est de *« rendre l'établissement performant, et donc de servir les autres projets comme le projet de soins »*.

Lorsque nous interrogeons les RAQ sur la finalité du projet de soins, les deux ont un long moment d'hésitation, puis ils concluent *« c'est pour mieux servir le patient »*.

c) A propos de l'articulation entre projet de soins et projet qualité :

Le RAQ du CH B estime que le projet de soins et le projet qualité ne sont jamais en opposition, il n'identifie pas de problème d'articulation entre eux, bien qu'il reconnaisse que *« ça pourrait arriver, même ici ! »*. D'après lui, cela serait susceptible de se produire s'il y avait *« un manque de communication entre la directrice des soins et le responsable qualité »*. A la réflexion, le RAQ reconnaît qu'il y a eu parfois quelques difficultés, mais que cela n'a pas eu d'incidence grâce à la DS qui développe *« un vrai management, elle est toujours informée de tout et à l'écoute des professionnels »*. Et il rajoute : *« elle ne s'offusque pas si elle a été oubliée, car ce qui compte c'est le résultat et que ça marche, cela semble naturel »*. Réciproquement, il tente lui aussi d'adopter un comportement

approprié : *« je suis à l'écoute aussi, j'essaie de savoir tout ce qui se passe., je m'intéresse aux gens, car le management, c'est s'intéresser aux autres, c'est essentiellement cela »*. D'après lui, si l'établissement réussit à articuler ses projets, *« c'est grâce au leadership des managers : il y a les directeurs qui savent communiquer, qui s'intéressent aux gens »*. Il termine ses propos en constatant que : *« si le responsable qualité est dans une entreprise où il n'y a pas de management entretenu par la direction, ça ne marche pas, chacun reste dans sa chapelle, cela devient très compliqué »*.

Pour le RAQ du CH A, l'articulation entre le projet qualité et les autres projets institutionnels est difficile : *« vu qu'il n'y avait pas grand-chose sur la démarche qualité dans le projet d'établissement »*. Il poursuit sur le manque d'engagement de la direction : *« Pour moi, l'écriture d'une politique revient à la direction. C'est à elle d'avoir une vue sur le futur, sur les axes principaux à développer, etc. »*. Lorsqu'il évoque le rôle du comité de pilotage, le RAQ du CH A est très critique : *« Il a un rôle qu'on ne situe pas très bien ici. Et en tout cas, un rôle qu'il n'a pas, c'est sûr, c'est d'écrire la politique qualité de l'établissement, puisque personne ne lui a demandé son avis la dessus »*.

Les deux responsables qualité s'accordent pour dire qu'il ne peut pas y avoir de dynamique qualité dans un établissement, sans investissement et un engagement de la direction dans la démarche. Le RAQ du CH B estime que la réussite de cette démarche est directement liée à la qualité du management qui est développée par les directeurs dans la structure, et en l'occurrence par le directeur des soins.

d) A propos de la démarche d'accréditation :

Comme l'ont fait le directeur et la directrice des soins avant lui, le RAQ du CH A regrette avant tout le contexte dans lequel se déroule la démarche : *« Le problème, c'est qu'on est en gestion de crise tout le temps, on corrige...entre la V1...le départ du RAQ de l'époque... 9 mois de vacance de poste...mon arrivée, et 9 mois après...la visite de suivi : 4 réserves, ce n'est pas anodin, et puis voilà la V2 ... et bien on ne s'en sort pas.... »*. D'après lui, l'établissement fait une erreur sur la finalité de la démarche, en ayant pour objectif les résultats des visites d'accréditation et non pas l'engagement d'une dynamique qualité. Il termine l'entretien en nous confiant son découragement et son pessimisme : *« Mais on va se faire détruire à la V2 »*. Il estime manquer de soutien et se dit, à son tour, prêt à quitter l'établissement *« ne sachant plus comment faire »*.

Le RAQ du CH B pense qu'il faut donner un sens à la qualité : *« Il ne suffit pas de vouloir répondre à tout prix à l'accréditation. La qualité, c'est d'apporter une valeur ajoutée à l'établissement »*.

## 2.5 Synthèse : Ce que cette étude nous a appris :

Nous nous proposons de mettre en parallèle les informations recueillies, tant à travers l'analyse des documents que celle des entretiens. La présentation des résultats sera réalisée selon « *les quatre dimensions essentielles identifiées par SHORTELL pour développer une démarche qualité de manière cohérente, efficace et pérenne* <sup>117</sup> ».

### 2.5.1 Dimension stratégique :

La motivation du CH A pour demander sa visite d'accréditation en 2002, alors qu'il ne disposait pas de son projet d'établissement, peut être un choix stratégique de la direction pour instaurer un changement dans l'institution. Mais il est évident que l'absence de ce projet jusqu'en 2004, empêchait l'établissement d'afficher clairement sa politique institutionnelle, et de développer un véritable management. Ce manque se manifestait fatalement sur le terrain par un défaut de coordination des actions à mettre en œuvre.

Dans cet établissement, les projets sont différenciés et sont construits en parallèle, comme en témoigne la DS lorsque qu'elle évoque l'absence de lien entre le projet de soins et le projet médical. Ce constat est conforme à ce qu'écrit N. ROYER-COHEN : « *Les projets de première génération, exercices de styles constitués d'une juxtaposition de projets catégoriels, répondaient sans trop y croire à des injonctions législatives. Cela n'est plus concevable aujourd'hui (...)* <sup>118</sup> ». La démarche est inverse sur le CH B, qui aujourd'hui fusionne ses projets dans un souci de cohérence.

Concernant la démarche qualité, les deux établissements en sont à des stades d'appropriation tout à fait différents. Si une réelle politique qualité est développée sur le CH B, celle du CH A se manifeste plus discrètement. L'engagement du directeur du CH B est réel, alors que celui du directeur du CH A est moins affiché. Cette différence s'exprime manifestement à travers le rôle joué par les responsables qualité dans les deux structures. Alors que sur le CH B, le rôle du RAQ se limite à la mise en œuvre de la politique qualité décidée en amont, sur le CH A, c'est le RAQ lui-même qui rappelle les enjeux de la démarche qualité : « *La pérennisation de la démarche qualité passe par l'investissement de chacun à chaque instant, le vrai moteur de la qualité est l'ensemble*

---

<sup>117</sup> ROUSSEL P. *Qualité et risques dans les établissements de santé. Introduction à la problématique, enjeux et premiers concepts*. Module « Management de la qualité et des risques dans les organisations de santé ». Rennes : Ecole Nationale de la Santé Publique. Cours : filière des directeurs des soins. Année 2006.

<sup>118</sup> ROYER COHEN N. *Projet de soins et projet d'établissement, un enjeu pour le directeur des soins*. Soins cadres, août 2003, n°47, p.46.

*des acteurs du centre hospitalier A, quels qu'ils soient. Développer la qualité, et faire adhérer l'ensemble des acteurs, revient à ce que nos prestations soient de qualité et que les patients aient confiance et soient satisfaits de leur passage dans nos locaux lorsqu'ils nous confient leur prise en charge<sup>119</sup> ». Or ces propos relèvent davantage d'un directeur d'établissement que d'un RAQ. Cette différence est essentielle au niveau stratégique et a des répercussions fondamentales dans la mise en œuvre de la démarche et dans l'implication des professionnels. Le responsable qualité du CH B plébiscite la qualité du management développé dans l'institution par l'équipe de direction, alors que celui du CH A se dit « découragé ».*

Au niveau de la démarche qualité, les deux DS sont membres du comité de pilotage, ce qui leur permet d'intervenir au niveau décisionnel et stratégique. Malgré cela, leur rôle et leur positionnement sont totalement différents et cela illustre ce que décrit N. ROYER COHEN dans l'article précité : *« Les directeurs de soins (...) utilisent soit une stratégie d'alliance avec les médecins, les autres professionnels paramédicaux, et le corps de direction, soit, au contraire, une stratégie de différenciation, se démarquant par la conduite d'un projet isolé, conceptuel et exclusivement professionnel<sup>120</sup> »*. Le premier modèle correspond totalement à la DS du CH B, alors que le second correspond davantage à celle du CH A. Cela se mesure à travers sa participation à la démarche qualité, mais cela peut aussi se constater à travers l'élaboration et la conduite du projet de soins. Sur le CH B, la qualité du management de la directrice des soins est soulignée par le responsable qualité comme étant un facteur déterminant dans l'articulation du projet de soins et du projet qualité.

### **2.5.2 Dimension structurelle :**

Pour être pérenne, la démarche qualité doit reposer sur un système qualité solide et fiable. Les deux établissements ont donc mis en place une structure qualité composée d'un comité de pilotage ayant un rôle décisionnel et stratégique, et d'une cellule ou d'un bureau qualité ayant un rôle opérationnel. Mais si le comité de pilotage du CH B joue pleinement son rôle, celui du CH A est plus discutable puisqu'il n'a pas élaboré la politique qualité de l'établissement, si on en croit le responsable qualité.

De plus, au CH A, les structures manquent singulièrement de stabilité, ce qui entrave l'implantation de la dynamique dans l'hôpital. L'établissement en est conscient car il note dès 2002, dans un document destiné à l'ANAES, que : *« Les différents changements dans l'équipe de direction et au sein du comité de pilotage ont parfois freiné*

---

<sup>119</sup> Projet de la cellule qualité du CH A.

<sup>120</sup> ROYER COHEN N. *Op.Cit.*p.46.

*la dynamique : départ du chef de projet en janvier 2001 ; changement du président de la CME en avril 2001 ; arrivée du nouveau chef de projet en septembre 2001 ; nomination d'un nouveau directeur d'établissement en juillet 2002 ; changement de chef projet en septembre 2002 ; visite d'accréditation en février 2003 <sup>121</sup>». Mais des changements ont aussi lieu au sein même des structures, et ils se sont poursuivis après la visite d'accréditation : remaniement du comité de pilotage, de la cellule qualité, départ du RAQ, recrutement d'un ingénieur qualité...*

Quant à l'aspect structurel au niveau des soins, les deux établissements ont mis en place la nouvelle commission. Elle est présidée par la directrice des soins, et se réunit régulièrement. Le projet de soins repose exclusivement sur cette structure au CH A, alors qu'il est étendu aux autres professionnels sur le CH B. Cette distinction prouve, une fois encore, la différence de management entre les deux directrices des soins : l'une voulant affirmer la place et le rôle de la commission de soins à travers la dissociation, alors que l'autre fait de même à travers le rapprochement des professionnels.

### **2.5.3 Dimension technique :**

Les deux établissements ont adopté une méthodologie spécifique pour conduire leur démarche qualité, mais si celle du CH B semble performante, celle du CH A a fait apparaître beaucoup d'incertitudes, et cela dès l'entrée de l'établissement dans la démarche, malgré un accompagnement par un organisme de formation. Ce défaut de méthodologie est particulièrement visible sur la construction du plan d'actions. En effet, le PAQ du CH A a été modifié à quatre reprises en quatre ans ; de ce fait, les actions se succèdent les unes aux autres sans évaluation et sans véritable cohérence. Le rapport d'accréditation dans le référentiel QPR note d'ailleurs : « *Des actions d'amélioration nombreuses existent. Elles méritent d'être connues, diffusées et coordonnées afin d'améliorer le caractère transversal de la démarche* <sup>122</sup> ». Ce défaut de structure et de méthodologie enlève de sa crédibilité à la démarche et a des répercussions sur la mobilisation du personnel dans l'établissement.

Contrairement au CH A, le CH B a conduit sa démarche qualité avec la méthodologie tout le long de sa mise en œuvre, et c'est la même méthodologie qui est reconduite aujourd'hui, alors que l'établissement se prépare à entrer dans sa phase V2. De plus, cet établissement a inscrit son PAQ dans la continuité puisque aujourd'hui, il complète et poursuit les actions engagées dans le premier plan.

Concernant le projet de soins, il a été élaboré dans les deux établissements, selon une méthodologie spécifique, sans que des problèmes particuliers n'aient été soulignés.

---

<sup>121</sup> Volet « méthodologie » à destination de l'ANAES rédigé par le CH A.

<sup>122</sup> Rapport d'accréditation du CH A : référentiel QPR.

#### **2.5.4 Dimension culturelle :**

Le CH B s'est engagé dans la démarche qualité relativement tard qualifiée de « récente » par les experts visiteurs en 2004, contrairement au CH A qui a démarré il y a maintenant six ans. Or, l'implication du personnel n'est pas comparable aujourd'hui entre les deux sites. Si nous pouvions penser que le temps serait un facteur favorable à l'appropriation de la démarche par les professionnels, l'expérience du CH A nous prouve le contraire.

A l'origine de la démarche, le personnel du CH A a fait preuve d'un réel investissement, mais cet enthousiasme s'est affaibli avec la montée en charge du projet, et en 2005, le RAQ de l'établissement note : « *Il y a eu une perte sensible de l'investissement qualité global (...). On trouve plusieurs raisons à cela dont une méthodologie douteuse, et donc une compréhension mitigée des démarches qualité au profit d'une vision très administrative de la procédure d'accréditation : d'autres raisons sont des mouvements importants parmi les cadres dirigeants (départ, changement d'affectation, mutation) avec en septembre 2003 le départ du cadre en charge de la qualité au Centre Hospitalier* <sup>123</sup> ». Sur ce site, le personnel est découragé et très difficile à remobiliser pour la démarche V2. Les explications à ce constat sont nombreuses.

Les enjeux de la démarche qualité sont bien perçus par les professionnels sur le CH B, contrairement au CH A, où ils ne s'expriment qu'à travers les résultats des visites d'accréditation. Dans ce cas, un nombre de visites trop important semble être un facteur défavorable à l'implantation de la culture qualité chez les professionnels. D'autre part, le manque de structure et de méthodologie a desservi la dynamique en laissant percevoir un manque de cohérence entre les actions conduites. Par ailleurs, l'histoire et l'environnement de l'établissement sont des facteurs essentiels à prendre en compte pour construire un projet. Le climat qui régnait au CH A n'était pas favorable au développement de la culture qualité et au décloisonnement des services dans l'établissement.

Quant à la qualité du management, qu'il s'agisse de celui du directeur ou de la directrice des soins, c'est le facteur déterminant de la réussite d'un projet. Quel que soit le thème, projet de soins ou projet qualité, il n'y a pas d'investissement du personnel sans engagement de la direction et des directeurs.

Or dans ce cas, la directrice des soins du CH A, ne perçoit pas elle-même, ni les enjeux de la démarche qualité, ni le rôle du responsable qualité, ni la place de la cellule qualité. De ce fait, sans la reconnaissance des autres professionnels, il ne peut pas y avoir de synergie entre les projets, chacun restant sur son propre territoire.

---

<sup>123</sup> Projet de la cellule qualité du CH A.

### **3 CHAPITRE : PERSPECTIVES PROFESSIONNELLES :**

Tous ces constats, qu'ils soient établis au regard de la démarche qualité ou du projet de soins, qu'ils soient synonymes de réussite ou d'échec, nous interpellent sur notre rôle de directeur des soins et nous interrogent sur notre positionnement à venir.

Dans cette partie de l'étude, nous allons nous interroger dans un premier temps sur les solutions possibles à mettre en œuvre pour articuler le projet de soins et le projet qualité, au regard de nos diverses expériences. Puis nous présenterons nos perspectives professionnelles, en signalant qu'il ne s'agit pas là, pour nous, de décrire en détail toutes nos propositions d'actions. Ce travail serait fastidieux et sans intérêt puisque toutes les démarches sont à conduire en tenant compte du contexte et de l'environnement de l'établissement dans lequel nous prendrons nos fonctions. Ainsi, nous ne souhaitons pas dresser ici une liste des actions à entreprendre, mais plutôt d'exprimer notre réflexion et nos préconisations en terme de méthodologie ou de management, que nous considérons comme déterminantes pour un directeur des soins dans cette problématique.

#### **3.1 Les solutions envisageables pour réussir cette articulation :**

Les diverses solutions que nous présenterons ici sont celles qui ont été retenues par des établissements, et que nous avons repérées au cours de notre expérience professionnelle ou sur nos lieux de stage.

##### ***3.1.1 Faut-il que le DS et le RAQ soient une seule et même personne ?***

Certains hôpitaux ont en effet fait le choix d'identifier le DS comme le RAQ de l'établissement. Cette situation se rencontre par exemple, lorsque le DS est lui-même expert visiteur. Si le travail de recherche mené par V. DREYER en 2002, et intitulé : « *Etre directeur des soins et expert visiteur : une plus value pour l'établissement ?* » démontrait l'apport incontestable de la double compétence du DS pour les établissements, il ne prouvait pas qu'il faille nécessairement que le DS « endosse » aussi le rôle de RAQ. Au contraire, une enquête réalisée dans le cadre de ce travail stipulait que pour la moitié des directeurs d'établissement rencontrés : « *le cloisonnement des deux fonctions apparaît comme absolument nécessaire<sup>124</sup>* », pour ne pas « *confondre la fonction avec la personne<sup>125</sup>* ». Ce point de vue était rejeté des personnes concernées qui pensaient que le développement de la double compétence était souhaitable à condition « *d'être au moins deux personnes à la direction des soins et de disposer d'une équipe de cadres compétents et en nombre suffisant (...) <sup>126</sup>* ».

---

<sup>124</sup> DREYER V. *Etre directeur des soins et expert visiteur : une plus value pour l'établissement*. Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique, filière Directeur des soins : Rennes, 2002, p.50.

<sup>125</sup> ALTER N. *La gestion du désordre en entreprise*. Paris : Logiques sociales, L'Harmattan, 1990.

<sup>126</sup> DREYER V. *Op.Cit.*p.56.

Si à première vue, cette solution semble optimale, il apparaît après réflexion, qu'elle n'est pas applicable à tous les établissements, qu'elle nécessite des moyens, et que d'autre part, cette solution a aussi des effets collatéraux. En effet, le poste partagé ou la « double casquette » n'est jamais une solution pérenne, car elle entraîne des difficultés de positionnement que ce soit pour la personne concernée ou pour ses collaborateurs. Les rôles de « DS » et de « RAQ » ne sont pas les mêmes, ils sont complémentaires mais ils ne sont pas identiques, et c'est pour cela que nous pensons qu'il ne peut s'agir d'une seule et même personne.

### **3.1.2 Faut-il qu'un cadre de santé soit missionné à temps partiel sur la qualité ?**

Nous avons rencontré ce type d'organisation dans l'établissement visité lors de notre stage avec la HAS. Cet établissement avait fait le choix de missionner un cadre supérieur de santé à 50% sur la cellule qualité. De ce fait, le lien entre la cellule qualité et la direction des soins, de même que celui entre le projet qualité et le projet de soins étaient assurés. Cette solution, qui peut sembler performante à première vue, ne peut pas être retenue pour les mêmes raisons que précédemment, à savoir la nécessité de disposer de moyens suffisants, et la persistance du problème lié au poste partagé.

### **3.1.3 Faut-il fusionner les projets ?**

Si une solution ne peut pas être trouvée au niveau des personnes, peut-être faut-il la rechercher au niveau des projets eux-mêmes. En effet, quelle meilleure solution que de réduire le nombre de projets en les fusionnant pour assurer la cohérence ? Cette solution a été mise en œuvre sur un des sites analysés dans le cadre de notre étude. Cet établissement a réussi à fusionner le projet médical et le projet de soins en élaborant le projet de prise en charge des patients, et il n'exclut pas de faire de même avec le projet qualité dans le prochain projet d'établissement. Cette proposition ne peut pas, elle non plus, être promulguée comme étant « la bonne solution », car si elle est performante pour une structure, elle ne peut pas être déployée dans tous les établissements du fait des conditions liées au contexte, à l'environnement et à l'histoire de l'hôpital.

La véritable question qui se pose derrière celle de la fusion, est la transversalité, comme l'écrit M.P. LOIZIC dans son travail de recherche : « *La transversalité n'a pas pour finalité la fusion d'un corps professionnel par rapport à un autre, il s'appuie sur un postulat de complémentarité et de plus value en terme de valeur ajoutée que peut apporter chaque profession à la prestation finale dispensée aux usagers*<sup>127</sup> ».

---

<sup>127</sup> LOIZIC M.P. *Le projet de soins infirmiers dans sa contribution au projet d'établissement. Evolutions, enjeux et prospectives*. Mémoire de l'École Nationale de la Santé Publique, filière Infirmiers Généraux : Rennes, 1999. 64 pages.

La solution, à notre avis, doit être trouvée en s'appuyant sur ce « postulat de complémentarité », d'autant plus que : « *La voie semble s'ouvrir par la coordination des projets qui permette à travers une visée commune, de décliner les projets associés en respectant leur caractère spécifique* <sup>128</sup> ». C'est dans ce cadre que nous situons notre action de directeur des soins : la coordination des projets à travers une visée commune.

### **3.2 Notre proposition d'action :**

Pour conduire notre réflexion, nous proposons de nous appuyer à nouveau sur le modèle de SHORTELL <sup>129</sup> qui utilise « *les quatre dimensions essentielles identifiées pour développer une démarche (qualité) de manière cohérente, efficace et pérenne* ». Si cette présentation a été construite pour les démarches qualité, elle est tout aussi applicable à n'importe quelle démarche qui se veut « cohérente, efficace et pérenne ».

#### **3.2.1 Dimension stratégique :**

Il s'agit ici de définir notre positionnement de directeur des soins au sein de l'établissement, mais aussi dans son environnement, au sens stratégique et politique.

Comme nous l'avons largement démontré, la conduite d'un projet institutionnel nécessite un choix et un engagement politique au plus haut niveau. Le DS est membre de l'équipe de direction, et à ce titre, il participe aux prises de décisions dans son domaine de compétence : celui des soins. Il peut, de ce fait, influencer la politique générale de l'établissement. De même, nous avons pu constater dans notre analyse, que généralement le DS participait au comité de pilotage de la démarche qualité.

Dans le schéma en référence à la structure des organisations selon MINTZBERG, nous avons vu que le DS se situe en haut de la ligne hiérarchique, à l'interface entre le sommet stratégique et le centre opérationnel. Il est reconnu comme légitime à ce niveau, de part son expérience professionnelle et de sa formation spécifique. De plus, d'un point de vue législatif, c'est à lui que reviennent l'élaboration et la conduite du projet de soins.

Tous ces facteurs conduisent donc le DS à occuper une place stratégique dans l'établissement, et notamment au regard du projet d'établissement et des projets qui le constituent. C'est pourquoi, en tant que future directrice des soins, nous pensons qu'il est essentiel de nous positionner dans ces différents comités, de participer activement aux débats en intervenant dans notre domaine de compétence. C'est en partie, grâce au positionnement institutionnel du DS qu'une cohérence sera assurée entre les projets et que le projet de soins s'inscrira dans la stratégie de l'établissement.

---

<sup>128</sup> LOIZIC M.P. *Op.Cit.*

<sup>129</sup> Les 4 dimensions sont : la stratégie, la structure, la culture et la technique.

### **3.2.2 Dimension structurelle :**

L'élaboration du projet de soins et du projet qualité devra se faire conjointement et non pas en parallèle, pour éviter les redondances, voire les contradictions entre les projets. Cela ne sera possible que si les responsables et les groupes de travail, en charge des différents projets, travaillent en partenariat.

Pour que ce partenariat soit effectif, il est nécessaire que les acteurs et les groupes de travail se sentent reconnus. C'est ainsi que F. GONNET affirme qu'une identité professionnelle reconnue de tous permet la satisfaction et la motivation du personnel tout en favorisant la souplesse, l'adaptation et la coopération entre les différentes catégories professionnelles. Ce sera grâce à une reconnaissance de leur identité professionnelle au quotidien, et non pas uniquement à travers la conduite d'une action, que des accords et des négociations pourront être envisagés.

Le projet de soins et le projet qualité ont un point commun : ils sont tous les deux au service des patients. Il ne s'agit donc plus, de savoir quel projet domine quel autre projet, mais bien d'en assurer la cohérence. La finalité de ces projets institutionnels n'est pas la reconnaissance du responsable ou du groupe professionnel ayant conduit « son » action ou « son » projet, mais d'améliorer la qualité des prestations dispensées et d'assurer la sécurité des patients. C'est ce qui fait dire à certains acteurs rencontrés « *peu importe la manière, ce qui compte, c'est le résultat* », ou ce qui explique qu'une DS « *ne se sente pas offusquée parce qu'elle avait été oubliée* ». Il ne faut pas se tromper sur le sens des actions, le DS doit être vigilant et le rappeler régulièrement.

Les structures mise en place ne doivent pas être synonymes de territoires, elles servent uniquement de cadre, et c'est à l'intérieur de ce cadre que peuvent se dérouler les négociations. L'articulation entre le projet qualité et le projet de soins passe nécessairement par une négociation qui porte sur le choix des actions et sur les modalités de mise en œuvre. Ces négociations ont lieu entre différentes personnes et à différents endroits. Elles concernent le comité de pilotage de la qualité, le DS, le RAQ, la commission de soins et indirectement, l'ensemble des professionnels de l'établissement.

Le DS a un rôle prédominant dans ces négociations étant donné le fait qu'il occupe une place centrale et incontournable dans ce domaine. Il est bien souvent membre du comité de pilotage, il anime la commission de soins et élabore le projet de soins, avec l'ensemble des professionnels. En se référant au schéma de la structure des organisations de MINTZBERG, nous notons que pour créer des liens et conduire les négociations, le positionnement du DS est plus favorable que celui du RAQ. En effet, ce dernier se trouve au niveau de la technostructure, et donc éloigné du sommet stratégique et du centre opérationnel, et en particulier des services de soins. De plus, les professionnels ne lui reconnaissent bien évidemment pas de légitimité dans le domaine des soins. Le DS, quant à lui, peut intervenir à des niveaux très divers. Cette réflexion

nous amène à penser par conséquent, que l'articulation des projets est davantage tributaire du management et du positionnement du DS, que de celle du RAQ, même s'il est bien évident que les deux doivent impérativement se situer dans la transversalité.

En tant que future DS, nous souhaitons vivement participer au comité de pilotage qualité de notre établissement mais aussi inviter le RAQ aux réunions de la commission de soins. Le DS et le RAQ ont des fonctions différentes mais complémentaires, de même que le projet de soins et la démarche qualité ont une finalité commune.

### **3.2.3 Dimension culturelle :**

Un des enjeux du DS dans ce contexte est « *Comment construire un projet commun à partir des diversités*<sup>130</sup> ? ». Face à la très forte différenciation qui règne dans les hôpitaux, face aux professionnels qui cohabitent sans collaborer, notre travail de DS est celui d'intégrateur, visant à faire en sorte que les gens travaillent ensemble. La difficulté essentielle est d'articuler des logiques différentes, des cultures professionnelles hétérogènes, pour que les professionnels puissent se situer dans une action collective. Les soignants sont centrés sur la personne et sur la dimension humaine alors que les qualitatifs sont centrés sur les méthodes et sur la dimension technique.

Notre rôle essentiel, en tant que DS, consiste avant tout à fixer le cadre dans lequel vont se dérouler les actions, car l'apprentissage collectif ne peut se faire que si « les règles du jeu » sont communes : « *Une règle est un principe organisateur. Elle peut prendre la forme d'une injonction, ou d'une interdiction visant à déterminer strictement un comportement. Mais elle est plus souvent un guide d'action, un étalon qui permet de porter un jugement, un modèle qui oriente l'action*<sup>131</sup> ». Une fois ces règles fixées, nous devons faire en sorte que les professionnels acceptent de « jouer ensemble ». Or, nous savons que le cloisonnement est un principe de protection, aussi faut-il que les professionnels se sentent en sécurité pour accepter d'entrer dans le jeu. Or, ils ne se sentiront en sécurité que s'ils se sentent reconnus, et c'est encore un des rôles du directeur des soins que d'encourager ce processus. Nous pensons à toutes les catégories soignantes et bien évidemment aux cadres de santé, mais aussi aux autres catégories professionnelles, et en particulier aux services administratifs, techniques et logistiques. Le fait de contraindre des gens à travailler ensemble a des effets très positifs, car c'est aussi dans les échanges au travail que se construisent les identités et que se produisent les

---

<sup>130</sup> SCHWEYER F.X. *Sociologie de l'organisation hospitalière*. Rennes : Ecole Nationale de la Santé Publique. Cours : filière des directeurs des soins. Année 2006.

<sup>131</sup> REYNAUD J.D. *Les règles du jeu : L'action collective et la régulation sociale*. 3<sup>ème</sup> édition. Paris : Editions Armand COLIN, 1997. Préface p. XVI.

changements. Comme le signale F. GONNET : « *Il ne s'agit pas, en effet, de gommer ou d'aplanir les contradictions contenues dans ces différentes logiques, mais bien d'exploiter la diversité et la richesse qu'elles contiennent dans une dynamique positive*<sup>132</sup> ». C'est pourquoi, il est essentiel que les soignants, via le projet de soins, puissent se situer dans une démarche qualité et travailler avec les autres professionnels de l'établissement.

En ayant une identité claire et reconnue, notre principe d'intégration en tant que DS, se réfère davantage à celui de l'ajustement mutuel qu'à celui de l'intégration hiérarchique. Nous avons noté que les organigrammes ne suffisent pas pour mener à bien un projet ou une mission, et que ne devons pas nous référer uniquement à nos pouvoirs formels et à notre autorité hiérarchique pour jouer notre rôle.

#### **3.2.4 Dimension technique :**

Cette question nous renvoie à la qualité de notre management, puisque nous avons démontré qu'elle était essentielle, qu'il s'agisse de la conduite d'un projet, de la gestion des interfaces ou de l'implication des professionnels.

Le projet étant un outil fédérateur, la démarche projet nous semble tout a fait adaptée dans cette situation. Mais l'engagement dans une démarche projet exige de nous, un style de management participatif qui permette de faciliter l'adhésion et l'implication de chacun, à l'image de ce qui est préconisé dans la démarche qualité.

Notre management participatif sera performant si nous permettons aux acteurs d'avoir une « *participation critique* », à l'image de ce que recommande E.FRIEDBERG, pour réussir à créer une dynamique interne, qui vise « *une évolution profonde et durable des schémas stratégiques, structurels, culturels, et comportementaux* »<sup>133</sup>. Or, la qualité est un outil de management qui touche lui aussi à ces quatre dimensions, c'est pourquoi, nous envisageons de l'utiliser pour nous permettre secondairement d'impulser des changements et créer une dynamique chez les soignants.

Pour qu'une démarche qualité soit fiable et performante, il est souhaitable que les quatre dimensions de SHORTELL soient présentes et développées en parallèle. Si une dimension venait à manquer, la démarche serait déséquilibrée : elle serait dite « marginale » en l'absence de stratégie ; « désorganisée » en l'absence de structure ; « spécialisée » en l'absence de culture et « frustrante » en l'absence de technique. Nous souhaitons nous référer à cette classification, non seulement dans la conduite de nos actions, mais aussi dans la conduite de notre management, car cette conception nous semble essentielle, en tant que directrice des soins.

---

<sup>132</sup> GONNET F. *Op.Cit.* p.162.

<sup>133</sup> Voir page 28.

## **CONCLUSION :**

Pour que le projet de soins puisse s'inclure dans la démarche d'amélioration continue de la qualité, il est nécessaire que les travaux soient menés conjointement, que les responsables identifiés travaillent en partenariat et que des négociations soient menées dans les différents comités ou différentes commissions.

Nous avons limité notre réflexion à la coordination entre le projet de soins et le projet qualité, mais nous sommes convaincue que la même réflexion aurait pu être menée à l'égard des autres projets institutionnels, et notamment du projet médical ou du projet de prise en charge des patients. Une partie des réflexions et enseignements formulés est facilement transposable dans les autres situations que nous aurons à vivre au niveau professionnel. Nous n'avons pas interrogé de médecin, c'est une des limites de notre étude, car la communauté médicale est largement impliquée dans la conduite des projets et dans la gestion des interfaces. Il aurait été intéressant de recueillir l'avis du président de CME sur l'articulation du projet médical et du projet de soins, et d'évoquer les difficultés éventuelles de coordination avec la démarche qualité.

Si les projets d'établissement de première génération pouvaient être assimilés à une juxtaposition de projets, ceux de la deuxième génération ont servi de fil conducteur aux autres projets, et cette tendance se prolonge avec la troisième génération des projets d'établissement.

Les mentalités évoluent, des changements s'opèrent et la politique nationale dans le domaine de la santé est fortement incitative au décloisonnement. Ainsi, la nouvelle gouvernance, apparue avec la réforme du 2 mai 2005, a pour objectif de lutter contre les rigidités et les cloisonnements de l'hôpital. Celle-ci envisage de rapprocher les cultures administratives et soignantes autour de projets partagés, d'associer les praticiens à la gestion de l'établissement et de responsabiliser les différents acteurs. Elle introduit donc une modification de l'organisation générale de l'hôpital, en créant des centres de responsabilité : les pôles d'activité. Ces nouvelles entités servent d'intermédiaires dans la gestion et la mise en œuvre de projets communs, et à cette fin, le pôle aura pour mission de s'inscrire dans les démarches d'amélioration continue de la qualité et de trouver des synergies avec d'autres pôles.

Tout est donc mis en œuvre pour créer une vraie dynamique collective, mais celle-ci n'aura lieu que si la cohérence de l'ensemble est préservée et que si les acteurs acceptent l'articulation de leurs projets respectifs.

---

## Bibliographie

---

### Textes législatifs et réglementaires :

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° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale. *Journal officiel de la République Française*, 18 janvier 2002, 1009-1052.

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

REPUBLIQUE FRANCAISE, 2003. – ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation. *Journal officiel de la République Française*, 6 septembre 2003, 15391- 15404.

REPUBLIQUE FRANCAISE, 2003. – loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004. *Journal officiel de la République Française*, 19 décembre 2003, 21641-21665.

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 Texte n°2.

REPUBLIQUE FRANCAISE, 2005. – ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé. *Journal officiel de la République Française*, 3 mai 2005, page 7626 – texte n°15.

REPUBLIQUE FRANCAISE, 2005. – décret n° 2005-767 du 7 juillet 2005 relatif aux conseils d'administration, aux commissions médicales et aux comités techniques des établissements de santé. *Journal officiel de la République Française*, 9 juillet 2005, texte n°20.

REPUBLIQUE FRANCAISE, 2005. – Décret n° 2005-1656 du 26 décembre 2005 relatif aux conseils de pôles d'activité et à la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques des établissements publics de santé. *Journal officiel de la République Française*, 28 décembre 2005, texte n°115.

**Ouvrages imprimés :**

ALTER N. *La gestion du désordre en entreprise*. Paris : Logiques sociales, L'Harmattan, 1990.

BERNOUX P. *La sociologie des organisations*. Paris : Editions du seuil, 1985. 377 pages.

BOY J., DUDEK C., KUSCHEL S. *Management de projet : Fondements, méthodes et techniques*. De Boeck Université, 1999. 154 pages.

CROZIER M., FRIEDBERG E. *L'acteur et le système*. Paris : Editions du seuil, 1977. 448 pages.

DERENNE O., PONCHON F. *L'utilisateur et le monde hospitalier : 50 fiches pour comprendre*. 3<sup>ème</sup> édition. Rennes : Editions ENSP, 2005. 216 p.

FRIEDBERG E. *L'analyse sociologique des organisations* : revue POUR n°28. Paris : Editions l'harmattan, 1988. 102 pages.

GONNET F. *L'hôpital en question*. Rueil-Malmaison : Editions Lamarre, 2003. 244 pages.

HERMEL P. *Le management participatif : Sens, réalités, actions*. Paris : Les Editions d'Organisation, 1988. 253 pages.

MAGNON R., DECHANOZ G., LEPESQUEUX M. *Dictionnaire des soins infirmiers*. 2<sup>ème</sup> édition. Lyon : Edition AMIEC Recherche, 2000. 350 pages.

MINTZBERG H. *Le management : voyage au centre des organisations*. Paris : Les Editions d'Organisation, 1990. 543 pages.

MINTZBERG H. *Le pouvoir dans les organisations*. Paris : Les Editions d'Organisation, 1986. 660 pages.

MINTZBERG H. *Structure et dynamique des organisations*. Paris : Les Editions d'Organisation, 1982. 418 pages.

REYNAUD J.D. *Les règles du jeu : L'action collective et la régulation sociale*. 3<sup>ème</sup> édition. Paris : Editions Armand Colin, 1997. 342 pages.

## **Articles :**

BIGNOLAS G., FORT F., HAFID B. *Vers une exigence de la qualité pour les établissements de soins*. Gestions Hospitalières, mai 2000, n° 396, pp.356-363.

COUDRAY M.A., BARTHES R. *Le management hospitalier à la croisée des chemins*. Gestions Hospitalières, janvier 2006, n° 452, pp.18-23.

LAVINFOSSE A. *Management participatif par objectif au sein du département infirmier et paramédical*. Soins cadres, août 2003, n°47, pp.31-33.

LETEUTRE H. *Accréditation : premiers résultats et premiers enseignements*. Revue Hospitalière de France, Janvier-Février 2001, n°1, pp 6-15.

MERCEY R. et al. *Directeur des soins, coordonnateur général des soins : entre utopie et principe de réalité*. Soins cadres, août 2004, n°51.

ROYER COHEN N. *Projet de soins et projet d'établissement, un enjeu pour le directeur des soins*. Soins cadres, août 2003, n°47, pp.46-48.

## **Dictionnaires et guides :**

AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'EVALUATION EN SANTE. *Manuel d'accréditation des établissements de santé*. Paris : Direction de l'accréditation, 1999, 108 pages.

AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'EVALUATION EN SANTE. *Méthodes et outils des démarches qualité pour les établissements de santé*. Paris : service évaluation en établissement de santé, 2000.

AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'EVALUATION EN SANTE. *Préparer et conduire votre démarche d'accréditation : un guide pratique*. Paris : Direction de l'accréditation, 1999, 75 pages.

AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'EVALUATION EN SANTE. *Manuel d'accréditation des établissements de santé. Deuxième procédure d'accréditation*. Paris : Direction de l'accréditation et de l'évaluation des pratiques, 2004, 98 pages.

AGENCE NATIONALE POUR LE DEVELOPPEMENT DE L'EVALUATION MEDICALE. *Mise en place d'un programme d'amélioration de la qualité dans un établissement de santé : principes méthodologiques*. Paris, service évaluation hospitalière, 1996, 64 pages.

CHAUMET F., ROUSSEL P., SAUVAGET G. *Guide méthodologique pour la conduite de projets d'amélioration de la qualité*. Rennes : Ecole Nationale de la Santé Publique, 2003. Version expérimentale 0,2. 47 pages.

DIRECTION DE L'HOSPITALISATION ET DE L'ORGANISATION DES SOINS. *Normes de qualité pour la pratique des soins infirmiers*. Guide du service de soins infirmiers, 2<sup>ème</sup> édition. Paris, Ministère de l'emploi et de la solidarité, 2001. 53 pages.

HAUTE AUTORITE DE SANTE. *Préparer et conduire votre démarche d'accréditation : un guide pratique*. Paris : Direction de l'accréditation, 2005, 58 pages.

LAROUSSE. *Dictionnaire de la langue française, Lexis*. Paris : Librairie Larousse, 1989. 2109 pages.

### **Mémoires :**

DREYER V. *Etre directeur des soins et expert visiteur : une plus value pour l'établissement*. Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique, filière Directeur des soins : Rennes, 2002. 58 pages.

GEISSEL C. *De la rédaction à la mise en œuvre : comment faire vivre le projet de soins ?* Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique, filière Directeur des soins : Rennes, 2004. 52 pages.

GUENOT C. *L'amélioration continue de la qualité : un enjeu managérial pour le directeur des soins*. Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique, filière Directeur des soins : Rennes, 2005. 55 pages.

LOIZIC M.P. *Le projet de soins infirmiers dans sa contribution au projet d'établissement. Evolutions, enjeux et prospectives*. Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique, filière Infirmiers Généraux : Rennes, 1999. 64 pages.

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 Directeur des soins : Rennes, 2002. 52 pages.

ROYER COHEN N. *L'insertion du projet de soins infirmiers dans le projet d'établissement*. Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique, filière Infirmiers Généraux : Rennes, 2000. 69 pages.

VOSSART R. *La démarche qualité, un choix stratégique pour l'hôpital*. Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique, filière Infirmiers Généraux : Rennes, 2000. 64 pages

## **Conférences :**

COQUAZ C. *La dynamique de gestion de projet : aspects managériaux et instrumentaux*. Module « Stratégies et projets d'établissements ». Rennes : Ecole Nationale de la Santé Publique. Cours : filière des directeurs des soins. Année 2006.

DELAMAIRE M.L. *Initiation à la stratégie à l'hôpital : quelques clefs de lecture*. « Stratégies et projets d'établissements ». Rennes : Ecole Nationale de la Santé Publique. Cours : filière des élèves directeurs d'hôpital et des directeurs des soins. Année 2006.

LACROIX D. *Le projet d'établissement*. Module « Stratégies et projets d'établissements ». Rennes : Ecole Nationale de la Santé Publique. Cours : filière des directeurs des soins. Année 2006.

ROUSSEL P. *Qualité et risques dans les établissements de santé. Introduction à la problématique, enjeux et premiers concepts*. Module « Management de la qualité et des risques dans les organisations de santé ». Rennes : Ecole Nationale de la Santé Publique. Cours : filière des directeurs des soins. Année 2006.

ROUSSEL P. *L'évaluation de la qualité via les organisations, les pratiques, les résultats*. Module « Management de la qualité et des risques dans les organisations de santé ». Rennes : Ecole Nationale de la Santé Publique. Cours : filière des directeurs des soins. Année 2006.

SCHWEYER F.X. *Introduction à la sociologie hospitalière*. Rennes : Ecole Nationale de la Santé Publique. Cours : filière des directeurs des soins. Année 2006.

SCHWEYER F.X. *Sociologie de l'organisation hospitalière*. Rennes : Ecole Nationale de la Santé Publique. Cours : filière des directeurs des soins. Année 2006.

## **Sites Internet :**

ARH BOURGOGNE. *Note technique sur le pré-projet médical de territoire et le SROS*. [en ligne] – Dijon, 27 septembre 2004. Disponible sur Internet : <http://www.arh-bourgogne.fr/pages/SROS05-10/doc-officiels/calendrier.doc>

COUR DES COMPTES. *Rapport annuel au parlement sur la sécurité sociale*. [en ligne] – septembre 2002. Disponible sur Internet : [http://www.ccomptes.fr/Cour-des-comptes/publications/rapports/secu2002/evolution-offre-soins\\_hospitaliers.pdf](http://www.ccomptes.fr/Cour-des-comptes/publications/rapports/secu2002/evolution-offre-soins_hospitaliers.pdf)

HAUTE AUTORITE DE SANTE. *L'accréditation des établissements de santé - les résultats*. [en ligne]. Disponible sur Internet : <http://www.anaes.fr>

MINISTERE DE LA SANTE. *Documentation – Codes en vigueur – code de la santé publique*. [en ligne] – Paris. Disponible sur Internet : <http://www.sante.gouv.fr/>

---

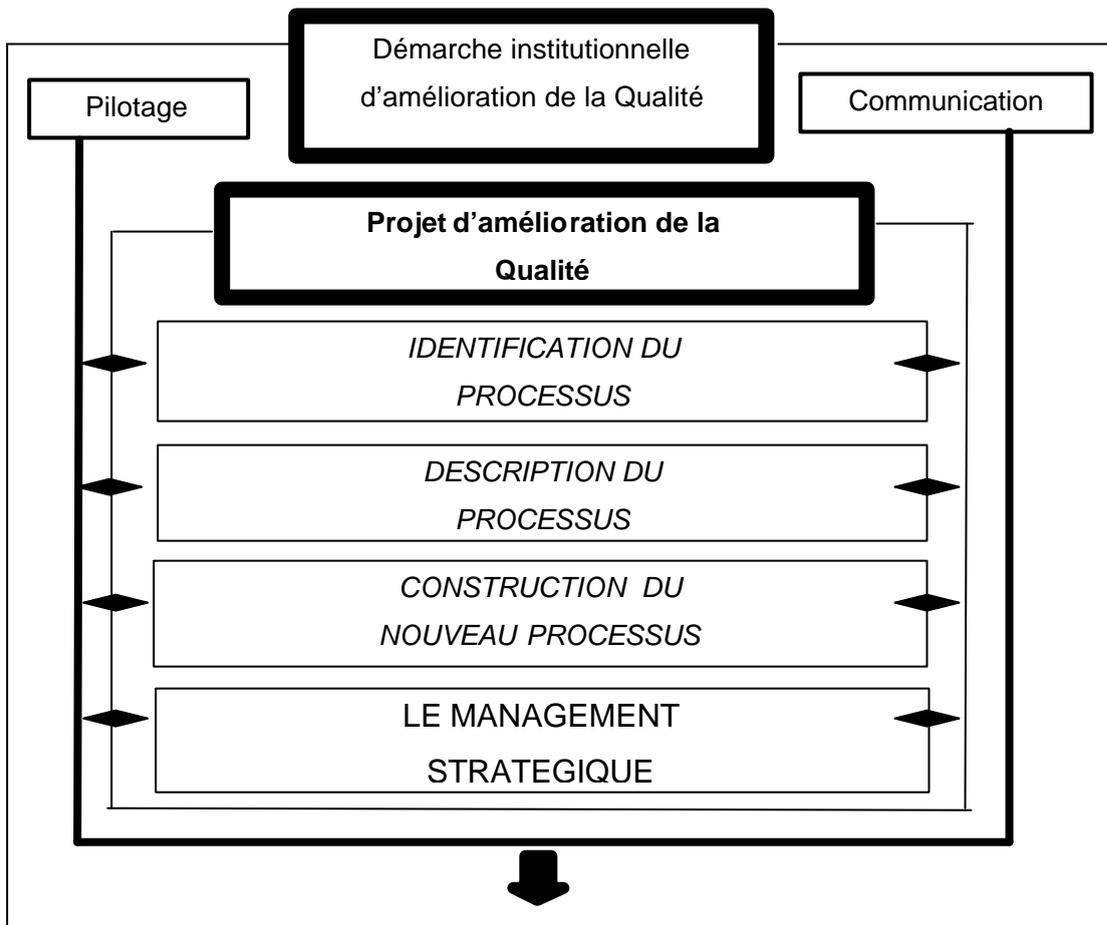
## Liste des annexes

---

ANNEXE 1 : Schéma général du cadre méthodologique de mise en place d'un programme d'amélioration de la qualité dans un établissement de santé .....	page I
ANNEXE 2 : Présentation des établissements .....	page II
ANNEXE 3 : Présentation de l'équipe de direction .....	page II
ANNEXE 4 : Le projet d'établissement .....	page II
ANNEXE 5 : Le projet de soins .....	page III
ANNEXE 6 : Le projet d'amélioration continue de la qualité .....	page V
ANNEXE 7 : Comparaison entre les axes retenus dans les projets .....	page V
ANNEXE 8 : La structure de la démarche qualité .....	page VI
ANNEXE 9 : Le plan d'amélioration de la qualité .....	page VII
ANNEXE 10 : Les résultats de la visite d'accréditation .....	page VIII
ANNEXE 11 : Entretiens réalisés .....	page IX
ANNEXE 12 : Trame générale des entretiens .....	page IX
ANNEXE 13 : Guide d'entretien avec les directeurs d'établissement .....	page X
ANNEXE 14 : Guide d'entretien avec les directeurs de soins .....	page XI
ANNEXE 15 : Guide d'entretien avec les responsables qualité .....	page XII

## ANNEXE 1

### SCHEMA GENERAL DU CADRE METHODOLOGIQUE<sup>134</sup>



<sup>134</sup> Mise en place d'un programme d'amélioration de la qualité dans un établissement de santé. Principes méthodologiques. Octobre 1996. ANDEM. Page 50.

## ANNEXE 2

### PRESENTATION DES ETABLISSEMENTS

	Centre Hospitalier A	Centre Hospitalier B
Nombre de lits	746	521
Activité	MCO / SSR / USLD	MCO / SSR / EHPAD
Effectif médical	108	60
Effectif non médical	973	740
Date de la V1	Février 2003	Février 2004

## ANNEXE 3

### PRESENTATION DE L'EQUIPE DE DIRECTION

	Centre Hospitalier A	Centre Hospitalier B
Directeur	1	1
Directeurs adjoints	<ul style="list-style-type: none"><li>- 1 DRH</li><li>- 2 directeurs du pôle économique et financier</li><li>- 1 directeur de l'hospitalisation et de la qualité</li><li>- 1 directeur des projets personnes âgées</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- 1 DRH</li><li>- 1 directeur des affaires générales et financières</li><li>- 1 directeur des ressources matérielles</li><li>- 1 directeur des projets personnes âgées</li></ul>
Directeur des soins	<ul style="list-style-type: none"><li>- 1 coordonnateur général des soins</li><li>- 1 directeur des soins</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- 1 coordonnateur général des soins</li></ul>
Organigramme existant	oui	oui

## ANNEXE 4

### LE PROJET D'ETABLISSEMENT

	Centre Hospitalier A	Centre Hospitalier B
Elaboration du 1 <sup>er</sup> projet d'établissement	<b>2004-2009</b>	<b>2002-2006</b> (en cours d'évaluation)
Composition du 1 <sup>er</sup> projet d'établissement	<u>4 parties :</u> <ul style="list-style-type: none"><li>- 1<sup>ère</sup> partie : les sources du projet d'établissement</li><li>- 2<sup>ème</sup> partie : le projet médical et le <b>projet de soins</b></li><li>- 3<sup>ème</sup> partie : le projet social</li><li>- 4<sup>ème</sup> partie : la gestion au service des patients</li></ul>	<u>5 parties :</u> <ul style="list-style-type: none"><li>- 1<sup>ère</sup> partie : projet médical</li><li>- 2<sup>ème</sup> partie : <b>projet de soins</b></li><li>- 3<sup>ème</sup> partie : projet social</li><li>- 4<sup>ème</sup> partie : <b>politique qualité</b></li><li>- 5<sup>ème</sup> partie : projet de gestion.</li></ul>
2 <sup>ème</sup> projet d'établissement		Le projet 2007 – 2011 est en cours d'élaboration

**ANNEXE 5**  
**LE PROJET DE SOIN**

	Centre Hospitalier A	Centre Hospitalier B
Elaboration du projet de soins	2004 - 2009	2002 - 2006
Méthodologie	- Elaboré par la CSSI en sous groupes de travail.	- Démarche participative - Comité de pilotage « PS » à partir de la CSSI + autres professionnels - Constitution de groupes de travail thématiques
Cadre de référence	- Données épidémiologiques et démographiques du bassin de population - La loi du 4 mars 2002	- les ordonnances du 24 avril 1996 - les objectifs du SROS - Les références de l'ANAES
Composition du projet de soins	<u>4 axes :</u> 1. Application des valeurs : le respect des personnes 2. Prévention de la perte d'autonomie de la personne vieillissante et adaptation des soins à tous les handicaps 3. La prévention de la maltraitance 4. La prévention des maladies cardiovasculaires	<u>5 axes :</u> 1. Prise en charge de la personne soignée de l'accueil à la sortie 2. Prise en charge de la douleur et de la souffrance des personnes soignées 3. Gestion des risques (prévention des infections nosocomiales ; prévention des risques d'escarres ; prévention des chutes). 4. Conception, structuration et organisation des soins 5. Développement des réseaux inter hospitaliers
Finalité	Il veut donner de la cohérence et de la cohésion aux actions menées avec et pour la personne soignée en transmettant les informations nécessaires à l'optimisation des soins tout en préservant le respect de la confidentialité.	Envisage en cohérence avec le projet médical les axes d'organisation de la dispensation des soins et les priorités correspondantes qui vont constituer une référence pour les professionnels de l'établissement y compris dans leur participation aux coordinations ou réseaux et dans les alternatives à l'hospitalisation.

**ANNEXE 5 bis**  
**LE PROJET DE SOIN (suite)**

	Centre Hospitalier A	Centre Hospitalier B
Politique de soins	Ce projet formalise la politique de soins qui s'inscrit dans la suite logique des réflexions et actions émanant des différents travaux de la CSSI, des groupes pluriprofessionnels qui ont permis de développer la politique d'amélioration continue de la qualité des prestations, de la politique de formation continue, de l'implication de l'IFSI et des étudiants et du sens des responsabilités professionnelles.	Un sujet transversal de préoccupation : la conception, la structuration et l'organisation de la prise en charge de la personne soignée.
Communication		Validé par les instances (CME, CTE, CSSI, CA)
Acteurs identifiés dans les actions du PS	<i>Pas identifiés</i>	DSI, Cadres soignants, IDE, soignants, médecins, tous les professionnels, gériatres, pharmaciens, CLUD, CLIN, hygiénistes, assistante sociale, psychologue, ergothérapeute, direction, DRH, service de formation, ingénieur, commission de conciliation, service informatique.
Elaboration du prochain projet de soins		Fusion avec le projet médical pour devenir le projet de prise en charge du patient. Les 4 objectifs prioritaires sont : <ol style="list-style-type: none"> <li>1. mieux répondre aux besoins croissants liés au vieillissement de la population ;</li> <li>2. répondre aux besoins de santé publique ;</li> <li>3. améliorer la qualité des prises en charge ;</li> <li>4. intensifier les politiques de coopération et de communication.</li> </ol>

## ANNEXE 6

### LE PROJET D'AMELIORATION CONTINUE DE LA QUALITE

	Centre Hospitalier A	Centre Hospitalier B
Engagement de l'établissement dans la démarche qualité	2000	2002
Place du projet qualité dans le projet d'établissement	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Annoncé dès la 1<sup>ère</sup> partie : « les sources du projet d'établissement », avec « la parole des experts et les conclusions du rapport d'accréditation ».</li> <li>- Intégré à la 4<sup>ème</sup> partie du projet d'établissement : « la gestion au service du patient ».</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- « un des principes majeurs qui ont directement influencé la méthodologie d'élaboration et le contenu du projet d'établissement 2002-2006 »</li> <li>- la politique qualité constitue la 4<sup>ème</sup> partie du projet d'établissement</li> </ul>
Engagement de la direction (avis des experts visiteurs)	<i>« le projet qualité-gestion des risques est inscrit de manière transversale dans le projet d'établissement avec des objectifs généraux »</i>	<i>« l'établissement a structuré et défini les orientations de sa politique qualité et une dynamique interne est constituée ».</i>
Communication sur le projet qualité	Journal interne	Politique qualité écrite, diffusée et affichée dans tous les services

## ANNEXE 7

### COMPARAISON ENTRE LES AXES RETENUS DANS LES PROJETS

		Projet de soins	Projet qualité
Site A	Projet 2004-2009	☞ <i>Le respect des personnes</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☞ <i>La confidentialité et le secret professionnel</i></li> <li>☞ <i>L'information du patient et le consentement éclairé</i></li> </ul>
Site B	Projet 2002-2006	☞ <i>La prise en charge de la personne soignée de l'accueil à la sortie</i>	☞ <i>Donner une place centrale au patient : (droits et information ; accueil et sortie ; dossier du patient ; satisfaction de l'usager).</i>
	Projet 2007-2011	☞ <i>Améliorer la qualité des prises en charge</i>	☞ <i>Améliorer la prise en charge des usagers</i>

## ANNEXE 8

### LA STRUCTURE DE LA DEMARCHE QUALITE

	Centre Hospitalier A	Centre Hospitalier B
Date de la visite d'accréditation V1	Février 2003	Février 2004
Structure stratégique et décisionnelle	<p>Depuis 2000 : « <b>Comité de pilotage de la démarche d'amélioration continue de la qualité</b> ».</p> <p>Composé de 16 personnes initialement, il est maintenant réduit à 10 :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- directeur ;</li> <li>- animateur qualité ;</li> <li>- président de CME ;</li> <li>- DS ;</li> <li>- 2 PH ;</li> <li>- 2 cadres soignants ;</li> <li>- 1 représentant CHSCT ;</li> <li>- 1 ingénieur.</li> </ul>	<p><b>Comité de pilotage « qualité et prévention des risques ».</b></p> <p>Groupe pluridisciplinaire et associant les représentants des usagers (...).</p> <p>« La participation <b>du directeur, du président de la CME et de la directrice des soins</b> à ce comité de pilotage traduit l'engagement de la direction et du corps médical ».</p>
Structure opérationnelle	<p><u>Cellule qualité</u> : composée initialement de 3 personnes, puis de 4, ensuite de 12 et enfin de 3.</p>	<p><u>Bureau qualité</u> : composé initialement de 4 membres. C'est une émanation restreinte du comité de pilotage.</p>
	<p><u>En 2005</u> : Revenue à 3 personnes. La cellule qualité a écrit son projet qui a été validé par le comité de pilotage en décembre 2004</p>	<p><u>En 2005</u> : 3 personnes.</p>
Responsabilités	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Rattachement : Direction de l'hospitalisation et de la qualité</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Rattachement : Direction des affaires matérielles</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <u>Un responsable qualité</u> : à l'origine du projet, le RAQ était un chef de bureau missionné sur la qualité, mais depuis juin 2004, un ingénieur qualité a été recruté.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <u>Un responsable qualité</u> : à l'origine du projet, le RAQ était un cadre à mi temps missionné sur la qualité, mais aujourd'hui, un ingénieur qualité a été recruté.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Une qualitiennne : emploi jeune depuis 2002</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Une qualitiennne : emploi jeune</li> </ul>
Organigramme qualité	oui	oui
Participation du DS à l'élaboration du PAQ	Les 2 DS membres du comité de pilotage à l'origine, maintenant 1 seule participe.	La DS est membre du comité de pilotage.

## ANNEXE 9

### LE PLAN D'AMELIORATION DE LA QUALITE

Centre Hospitalier A	Centre Hospitalier B
<p><u>Un 1<sup>er</sup> PAQ en 2002 :</u></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Respect de la confidentialité ;</li><li>2. Information du patient et consentement éclairé ;</li><li>3. Lisibilité des lits disponibles dans les services ;</li><li>4. Processus de communication.</li></ol>	<p><u>4 orientations principales pour le projet 2002-2006 :</u></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Donner une place centrale au patient (droits et information ; accueil et sortie ; dossier du patient ; satisfaction de l'usager) ;</li><li>2. Fournir aux usagers et aux professionnels les conditions optimales de leur sécurité ;</li><li>3. Promouvoir le professionnalisme pour tous les acteurs de l'établissement ;</li><li>4. Démontrer l'amélioration continue de la qualité.</li></ol>
<p><u>Un 2<sup>ème</sup> PAQ en 2003</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ 10 fiches projets : une par référentiel.</li></ul>	
<p><u>Un 3<sup>ème</sup> PAQ en 2003 : 11 thèmes :</u></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Archivage : système et locaux ;</li><li>2. Confidentialité et secret professionnel ;</li><li>3. Livret d'accueil de la personne soignée ;</li><li>4. Projet d'établissement ;</li><li>5. Communication interne et externe ;</li><li>6. Livret d'accueil du personnel ;</li><li>7. Projet médical ;</li><li>8. Diffusion des protocoles ;</li><li>9. Formation à l'hygiène ;</li><li>10. Uniformisation du dossier patient et informatisation ;</li><li>11. Suivi de la matériovigilance et coordination des vigilances.</li></ol>	<p><u>4 orientations principales pour le projet 2007 – 2011 :</u></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Améliorer la prise en charge des usagers ;</li><li>2. Consolider la prévention des risques et les vigilances ;</li><li>3. Renforcer la communication interne et externe ;</li><li>4. Développer l'évaluation.</li></ol>
<p><u>4<sup>ème</sup> plan en 2003</u></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Dossier patient et archivage ;</li><li>2. Projet d'établissement ;</li><li>3. Politique de gestion de la qualité et de prévention des risques ;</li><li>4. Fonctionnement stérilisation.</li></ol>	

## ANNEXE 10

### LES RESULTATS DE LA VISITE D'ACCREDITATION

	Centre Hospitalier A	Centre Hospitalier B
Date de la visite d'accréditation V1	Février 2003	Février 2004
Réserves	<b>4</b> 1. Définir, mettre en œuvre et évaluer une politique du dossier patient et de son archivage 2. Elaborer le projet d'établissement et en assurer le suivi 3. Définir, mettre en œuvre et évaluer une politique de gestion de la qualité et de prévention des risques 4. Sécuriser le fonctionnement de la stérilisation	<b>0</b>
Recommandations	<b>8</b> 1. Formaliser et évaluer la politique des droits et de l'information du patient ; 2. Veiller au respect de la confidentialité dans l'établissement ; 3. Assurer la traçabilité de la réflexion bénéfiques risques dans le dossier du patient ; 4. Recenser les signatures des médecins prescripteurs de l'établissement ; 5. Mettre en œuvre l'évaluation des personnels ; 6. Définir et mettre en œuvre une politique de maintenance des équipements et des bâtiments et sécuriser l'établissement sur les deux sites ; 7. Respecter les règles d'hygiène pour le stockage du linge et des déchets ; 8. Assurer la formation incendie pour tous les personnels de l'établissement.	<b>4</b> 1. Renforcer le respect de la confidentialité des informations concernant les patients et les personnels ; 2. Assurer la traçabilité du consentement du patient et de la réflexion bénéfice-risque ; 3. Généraliser la traçabilité des évaluations de l'état de santé du patient et supprimer les transcriptions des prescriptions ; 4. Renforcer et évaluer la prévention des risques dans la politique qualité.
Visite ciblée	Février 2005	
Résultats de la visite ciblée :	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Réserves 2 et 4 : levées</li><li>▪ Réserves 1 et 3 : transformées en recommandations</li></ul>	
Date de la V2	Février 2007	Février 2008

## **ANNEXE 11**

### **ENTRETIENS REALISES**

	Centre Hospitalier A	Centre Hospitalier B
Directeur	30 mars 2006 (9h30-11h)	8 juin 2006 (15h-16h)
Directeur des soins	29 mars 2006 (10h-11h30)	16 juin 2006 (14h-15h)
Responsable qualité	23 mars 2006 (14h-15h30)	1 <sup>er</sup> juin 2006 (9h-10h30)

## **ANNEXE 12**

### **TRAME GENERALE DES ENTRETIENS :**

#### **Les différents projets :**

- Définition :
- Place :
- Finalité :
- Articulation :
- Points de convergence :
- Points de divergence :
- Difficultés rencontrées :
- Satisfactions rencontrées :
- Positionnement du responsable :
- Avenir.

## ANNEXE 13

### GUIDE D'ENTRETIEN SEMI DIRECTIF

#### DIRECTEUR D'ETABLISSEMENT :

Introduction :

- Mémoire
- Remerciements
- Anonymat
- Autorisation d'enregistrement

**Le thème : l'articulation entre les différents projets de l'établissement et en particulier entre le projet de soins et le projet qualité .**

- ↳ Tout d'abord, je souhaiterai que vous me parliez **des différents projets de l'établissement** :
  - la **place du projet de soins** dans l'établissement ;
  - la **finalité** du projet de soins (qu'est-ce que cela apporte ?) ;
  - la **place du projet qualité** ;
  - la **finalité** du projet qualité (qu'est-ce que cela apporte ?).
- ↳ Les **articulations entre les différents projets**, et en particulier entre le projet de soins et le PAQ
  - comment est cette articulation ?
  - Comment cela -s'est-il passé ?
  - Qu'est-ce qui est satisfaisant ?
  - Qu'est-ce qui l'est moins ?
  - Et comment cela se passe aujourd'hui ?
  - Y a-t-il des difficultés ?
  - Quelles sont vos perspectives sur l'avenir dans ce domaine ?
- ↳ En terme de **contenu** :
  - Les points de **convergence** entre le projet de soins et le PAQ ;
  - Les points de **divergence** entre le projet de soins et le PAQ ;
  - En quoi peut-il y avoir convergence ou divergence au regard de la **finalité** de ces différents projets ?
  - Comment expliquez-vous cela ?
  - Quelle est votre **position** ?
- ↳ Qui doit procéder aux différents arbitrages ?

## ANNEXE 14

### GUIDE D'ENTRETIEN SEMI DIRECTIF

#### DIRECTEUR DES SOINS :

Introduction :

- Mémoire
- Remerciements
- Anonymat
- Autorisation d'enregistrement

**Le thème : l'articulation entre les différents projets de l'établissement et en particulier entre le projet de soins et le projet qualité .**

- ↳ Tout d'abord, je souhaiterais que vous me parliez **du projet de soins**.
  - la **place** du projet de soins dans l'établissement ;
  - la **finalité** du projet de soins ;
  - la place **du projet de soins par rapport aux autres projets** de l'établissement et en particulier le projet qualité ;
  - la **finalité** du PAQ.
- ↳ Les **articulations entre les différents projets**, et en particuliers entre le projet de soins et le PAQ
  - comment est cette articulation ?
  - Comment cela -s'est-il passé ?
  - Y a-t-il eu des difficultés ? si oui, Pourquoi ? comment vous l'expliquez ?
  - Y a-t-il eu apport (aide) entre ces projets ? si oui ou si non : pourquoi ? comment vous l'expliquez ? Grâce à quoi ? de quoi avez-vous manqué ?
  - Et comment cela se passe aujourd'hui ?
  - Quelles sont vos perspectives sur l'avenir dans ce domaine ?
- ↳ En terme de **contenu** :
  - Les points de **convergence** entre le projet de soins et le PAQ ;
  - Les points de **divergence** entre le projet de soins et le PAQ ;
  - En quoi peut-il y avoir convergence ou divergence au regard de la **finalité** de ces différents projets ?
  - Comment expliquez-vous cela ?
  - Quelle est votre **position** ?
  - Quelles pourraient être les solutions ?
  - Qu'est ce qui pourrait être amélioré ?
- ↳ Qui doit procéder aux différents arbitrages ?

## ANNEXE 15

### GUIDE D'ENTRETIEN SEMI DIRECTIF

#### RESPONSABLE QUALITE :

Introduction :

- Mémoire
- Remerciements
- Anonymat
- Autorisation d'enregistrement

**Le thème : l'articulation entre les différents projets de l'établissement et en particulier entre le projet de soins et le projet qualité .**

- ↳ Tout d'abord, je souhaiterais que vous me parliez **du projet qualité**.
  - la **place** du projet qualité dans l'établissement ;
  - la **finalité** du projet qualité ;
  - la place **du projet qualité par rapport aux autres projets** de l'établissement et en particulier du projet de soins ;
  - la **finalité** du projet de soins.
- ↳ Les **articulations entre les différents projets**, et en particuliers entre le projet de soins et le PAQ
  - Comment est cette articulation ?
  - Comment cela -s'est -il passé ?
  - Y a-t-il eu des difficultés ? si oui, Pourquoi ? Comment vous l'expliquez ?
  - Y a-t-il eu apport (aide) entre ces projets ? si oui ou si non : pourquoi ? comment vous l'expliquez ? Grâce à quoi ? De quoi avez-vous manqué ?
  - Et comment cela se passe aujourd'hui ?
  - Quelles sont vos perspectives sur l'avenir dans ce domaine ?
- ↳ En terme de **contenu** :
  - Les points de **convergence** entre le projet de soins et le PAQ ;
  - Les points de **divergence** entre le projet de soins et le PAQ ;
  - En quoi peut-il y avoir convergence ou divergence au regard de la **finalité** de ces différents projets ?
  - Comment expliquez-vous cela ?
  - Quelle est votre **position** ?
  - Quelles pourraient -être les solutions ?
  - Qu'est ce qui pourrait être amélioré ?
- ↳ Qui doit procéder aux différents arbitrages ?