



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Directeur des Soins

Promotion 2006

**Un management pour l'amélioration
des pratiques professionnelles**

Béatrice MOUGNE-GIRARD

Remerciements

Je tiens à remercier l'ensemble des personnes qui ont accepté de répondre à mes questions et qui ont ainsi apporté leur aide à la réalisation de ce travail.

Un grand merci,

A Dominique, Clément et Mathilde,

A mes Parents,

Pour m'avoir aidé, grâce à leur soutien et leur patience, à construire un nouvel avenir professionnel,

Avec tout mon amour.

Sommaire

INTRODUCTION.....	1
1 Première partie : Une approche théorique et réglementaire.....	5
1.1 Notion de compétence	5
1.1.1 Compétence et qualification	5
1.1.2 Mesure de la compétence.....	6
1.1.3 Compétence individuelle, compétences collectives	8
1.2 Notion de management.....	8
1.2.1 Analyse des organisations	8
1.2.2 Le management par projets	10
1.2.3 Le management des compétences	11
1.3 Hôpital et qualité.....	13
1.3.1 Le développement des approches de la qualité	13
1.3.2 Les démarches qualité à l'hôpital.....	15
1.3.3 La mise en place d'indicateurs qualité	17
1.4 Notion de contrôle.....	18
1.4.1 Définition générale.....	18
1.4.2 Le contrôle des pratiques professionnelles	19
1.5 Notion d'évaluation.....	19
1.5.1 Définition générale.....	19
1.5.2 Contexte réglementaire de l'évaluation dans le domaine de la santé.....	20
1.5.3 L'évaluation des pratiques professionnelles dans le cadre de l'accréditation	23
2 Deuxième partie : Une étude de terrain	25
2.1 Les objectifs de l'étude.....	25
2.2 La méthodologie d'exploration.....	25
2.2.1 Le type d'entretien et le déroulement de l'enquête.....	25
2.2.2 La population ciblée	26
2.2.3 Le choix des établissements	26
2.2.4 Les limites.....	27
2.3 L'analyse des résultats.....	27
2.3.1 Le contrôle	27
2.3.2 Du contrôle à l'évaluation	28

2.3.3	L'évaluation des pratiques professionnelles	29
2.3.4	La qualité à l'hôpital	31
2.3.5	Freins et difficultés rencontrées.....	32
2.4	Validation des hypothèses.....	33
3	Troisième partie : Préconisations.....	35
3.1	Positionnement et rôle de la direction des soins	35
3.1.1	Une légitimité institutionnelle....	35
3.1.2	Complétée d'une légitimité managériale.....	36
3.1.3	Pour une légitimité d'action.....	37
3.2	Développer une culture de l'évaluation	37
3.2.1	L'évaluation, au cœur de la démarche qualité	37
3.2.2	L'indispensable mobilisation de l'encadrement.....	39
3.2.3	L'articulation avec l'évaluation des pratiques médicales	40
3.3	Manager par la qualité.....	43
3.3.1	Définir les bénéfices attendus	43
3.3.2	Articuler les différents niveaux.....	44
3.3.3	Construire un plan d'action	45
	Conclusion.....	49
	Bibliographie	51
	Annexe	I
	Guide d'entretien	II

Liste des sigles utilisés

AAS:	Activités Afférentes aux Soins
AFNOR :	Association Française de NORmalisation
AFSSAPS :	Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé
ANAES :	Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
ANDEM :	Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale
BMR :	Bactéries Multi-Résistantes
CEREQ :	Centre d'Etudes et de REcherche sur les Qualifications
CHU :	Centre Hospitalier Universitaire
CME :	Commission Médicale d'Etablissement
COMPAQH:	Coordination pour la Mesure de la Performance et l'Amélioration de la Qualité Hospitalière
CSIRMT:	Commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques
EPP :	Evaluation des Pratiques Professionnelles
EPS:	Etablissement Public de Santé
FMC :	Formation Médicale Continue
HAS :	Haute Autorité de Santé
IGEQSI:	Instrument global d'Evaluation de la Qualité des Soins Infirmiers
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
PAQ :	Programmes d'Amélioration de la Qualité
PH :	Praticien Hospitalier
PSPH :	Participant au Service Public Hospitalier
SIIPS:	Soins Infirmiers Individualisés à la Personne Soignée
URML :	Union Régionale des Médecins Libéraux
VAE :	Validation des Acquis de l'Expérience

INTRODUCTION

Avec l'introduction, dans le domaine de la santé, de méthodes de management issues du secteur industriel, la notion de qualité change progressivement de sens. D'une conception purement technique (l'excellence professionnelle comme garantie de la qualité des actes de soins), la signification s'est élargie en une vingtaine d'années à une approche englobant, bien sûr toujours cette base technique, mais incluant plus globalement la prise en charge du patient au-delà de sa pathologie, l'articulation entre les différents actes de soins et la perception de cet ensemble par les utilisateurs et leur environnement.

Cette évolution s'inscrit dans le cadre des profondes transformations touchant le monde de la santé et son organisation : évolutions scientifiques et technologiques, modifications du rapport au travail avec des impacts forts sur l'organisation collective (réduction du temps consacré aux transmissions d'information par exemple), nécessaire régulation des dépenses de santé, variabilité des pratiques professionnelles, consumérisme médical et exigences croissantes des usagers du système de santé.

En grande partie le résultat d'une volonté politique des pouvoirs publics, avec notamment la mise en place des obligations de l'accréditation pour les établissements publics de santé (EPS) et de l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) pour les médecins, le développement des démarches d'amélioration de la qualité se heurte aux habitudes, aux difficultés à se remettre en cause (la compétence technique n'étant plus une garantie suffisante de qualité), aux blocages face aux dynamiques de changement.

Le thème de ce travail porte donc sur les moyens à mettre en œuvre, aux plans managérial et méthodologique notamment, pour dépasser ces difficultés et développer une culture de la qualité au-delà des obligations réglementaires.

Les raisons du choix de ce thème sont à analyser au travers :

- D'un parcours professionnel issu de la biologie, discipline ayant fortement intégré les démarches qualité, et élargi à des démarches transversales ;
- Du choix d'un nouveau métier de directeur des soins qui apporte une ouverture au domaine des autres soignants et dont la qualité des soins est l'une des responsabilités majeures ;

- De la volonté d'accompagner les équipes soignantes à développer leurs compétences au regard de cet objectif de qualité.

Ainsi, nous avons été conduit à définir une problématique et à poser un certain nombre d'hypothèses de travail, qu'il convenait de valider ou d'infirmer.

La problématique:

La réussite d'une démarche d'amélioration de la qualité des soins repose avant tout sur l'appropriation de cette démarche par les professionnels soignants, afin de ne pas seulement répondre à des impératifs réglementaires (via le contrôle), mais d'intégrer la qualité comme une source de progression des compétences et de la réponse apportée aux patients (via l'évaluation).

Question de départ :

Comment le directeur des soins peut-il participer à l'amélioration de la qualité des soins produits ?

Hypothèse 1 :

Le contrôle des pratiques professionnelles participe à améliorer la qualité des soins dispensés aux usagers.

Hypothèse 2 :

Le développement d'une culture de l'évaluation au sein des équipes soignantes contribue à améliorer la qualité des soins dispensés aux usagers.

Hypothèse 3 :

Un management prenant en compte à la fois le contrôle et l'évaluation améliore la compétence des professionnels.

La démarche conduite dans ce travail s'est tout d'abord attachée à cerner les notions, les enjeux et les leviers nécessaires à la gestion de la qualité des soins à l'hôpital (compétences, management, qualité, contrôle, évaluation), d'une part dans leur dimension théorique, notamment en liaison avec l'analyse des organisations, et d'autre

part dans leur aspect réglementaire. L'objectif de notre première partie est ainsi de définir le champ et les éléments constitutifs de notre réflexion.

Ensuite, nous avons fait le choix de confronter nos hypothèses et nos questionnements au « terrain », c'est à dire à la perception qu'en ont les acteurs impliqués concrètement dans la mise en œuvre de démarches qualité. Afin de prendre en compte les différents points de vue, au sens de « lieu d'où l'on parle », nous avons rencontré des acteurs occupant des responsabilités différentes dans des établissements de différents statuts. La seconde partie de notre travail est ainsi un compte rendu de ces enquêtes de terrain.

Enfin, dans une troisième partie, nous avons cherché à dégager des pistes de travail pour une direction des soins désirant engager une démarche d'évaluation des pratiques professionnelles dans un objectif d'amélioration de la qualité des soins. Partant de son positionnement dans l'organisation de l'hôpital, intégrant les méthodes et outils issus des EPP médicales, notre réflexion vise à définir une stratégie de projet susceptible de mobiliser l'encadrement et de faire progresser les équipes soignantes au travers de plans d'actions par service, coordonnés au niveau de l'établissement.

1 Première partie : Une approche théorique et réglementaire

1.1 Notion de compétence

1.1.1 Compétence et qualification

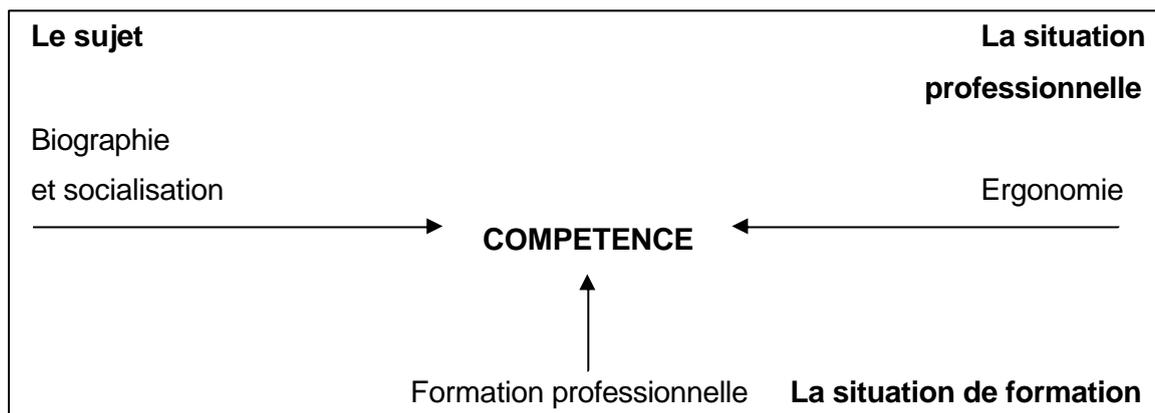
L'usage de la notion de compétence nécessite d'en définir le sens et d'analyser son articulation avec d'autres notions proches, en particulier avec celle de qualification. La distinction des notions de qualification et de compétence est mise en lumière par Guy LE BOTERF qui les définit de la manière suivante¹ :

- *« la qualification, c'est l'aptitude à exercer un emploi. Elle définit le « seuil d'entrée » pour cet emploi, les aptitudes minimales qu'il faut avoir pour pouvoir exercer un emploi. Il peut bien entendu s'agir d'un diplôme, d'un titre, de la validation d'une expérience. (...) On aura ici un jugement binaire : on est ou on n'est pas qualifié pour exercer l'emploi ;*
- *la compétence, c'est le degré de professionnalisation avec lequel on exerce l'emploi. (...) On aura ici un jugement graduel ou relatif : on exerce l'emploi avec plus ou moins de compétence. »*

L'approche de l'AFNOR (Association Française de NORmalisation) renvoie à la même distinction : la compétence professionnelle est la mise en œuvre de capacités, en situation professionnelle, qui permettent d'exercer convenablement une fonction ou une activité. De même, le CEREQ (Centre d'Etudes et de REcherche sur les Qualifications) précise que la compétence est une séquence de comportements coordonnés, efficaces. Pour ce faire, sont sollicités des savoirs, connaissances générales ou professionnelles (...), des savoir-faire, connaissances issues des activités professionnelles concrètes et des savoir-être, aptitudes à communiquer, à prendre des initiatives, des responsabilités.

¹ LE BOTERF, Guy : « Gestion des compétences : définition, nécessité, faisabilité... » in Gestions hospitalières, décembre 2005

La compétence se situe donc au carrefour d'une triple dimension² :



Claude LEVY-LEBOYER souligne que « les compétences sont d'une autre nature (que les aptitudes). Ce sont, en effet, des ensembles d'aptitudes, de traits de personnalité, de valeurs, etc., intégrés par l'expérience et destinés à remplir une mission précise ou à accomplir une tâche bien définie³. »

1.1.2 Mesure de la compétence

Claude LEVY-LEBOYER ajoute, et fait de ce point un aspect important de sa définition, que « la seule façon de mesurer un niveau de compétence c'est de faire accomplir cette tâche ou cette mission, et d'évaluer les performances ainsi réalisées. Les compétences diffèrent donc des autres caractéristiques individuelles non seulement par leur complexité, mais également parce qu'elles exigent une expérience directe pour être développées et parce qu'elles ne peuvent être évaluées que par l'exercice direct de la tâche ou de la mission concernées⁴. »

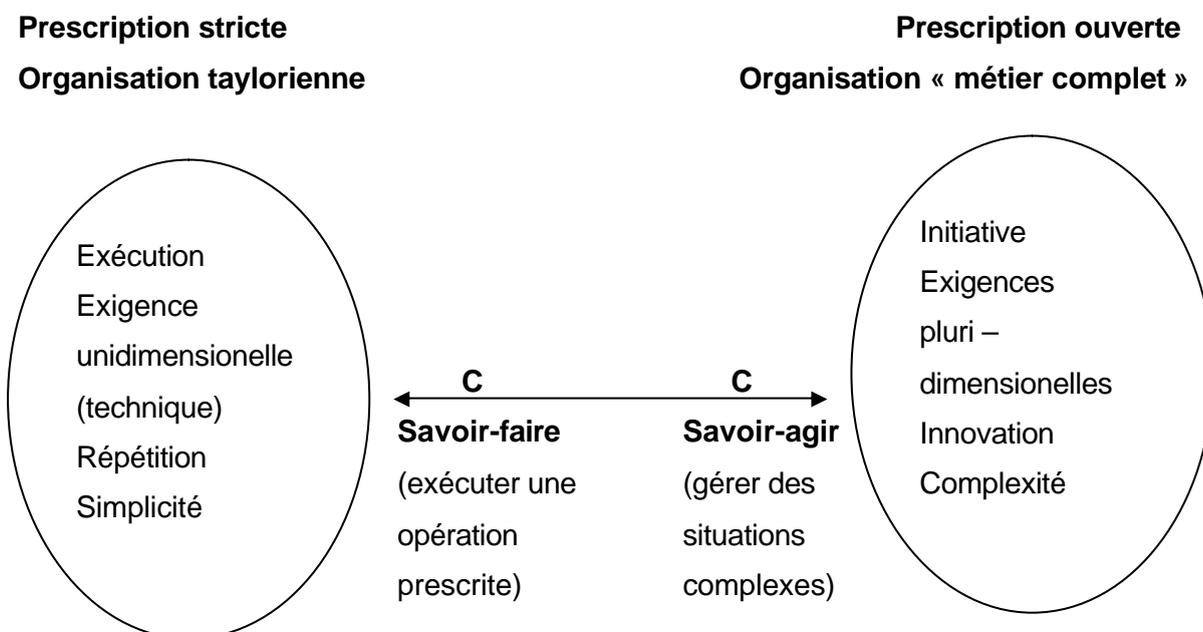
² LE BOTERF, Guy : « De la compétence – Essai sur un attracteur étrange » Les Editions d'Organisation, Paris, 1994

³ LEVY-LEBOYER, Claude : « Décrire, définir et recenser les compétences » Actualité de la formation permanente n°186 – Septembre-Octobre 2003

⁴ idem

Par ailleurs, suivant la complexité des organisations, le niveau de compétence, c'est à dire la capacité à mobiliser les bonnes ressources au bon moment, s'apprécie différemment.

Ainsi, Guy LE BOTERF définit-il un « curseur de la compétence⁵ » :



Dans le contexte hospitalier, l'évolution des organisations, des technologies et des situations de travail impose de plus en plus de positionner la notion de compétence au delà des qualifications et des savoir-faire techniques, au niveau des « savoir-agir ». « *On reconnaîtra donc qu'une personne sait agir avec compétence si elle sait combiner et mobiliser un ensemble de ressources appropriées personnelles (connaissances, savoir-faire, comportements...) et de son environnement (banques de données, collègues, experts, autres métiers...) pour gérer un ensemble de situations professionnelles, afin de produire des résultats (produits, services) satisfaisant à certains critères de performance pour un destinataire (client, patient...).*⁶ »

⁵ LE BOTERF, Guy : « Construire les compétences individuelles et collectives », Les Editions d'Organisation, Paris, 2000

⁶ LE BOTERF, Guy : « Gestion des compétences : définition, nécessité, faisabilité... » in Gestions hospitalières, décembre 2005

1.1.3 Compétence individuelle, compétences collectives

Pour autant, une définition et une évaluation limitées à la notion de compétence prise et appréciée au niveau individuel ne suffit pas dans la réalité professionnelle d'aujourd'hui, surtout à l'hôpital : *« on peut de moins en moins être compétent tout seul, en étant isolé : pour agir avec compétence, une personne devra de plus en plus combiner et mobiliser ses propres ressources (connaissances, savoir-faire, raisonnements, expérience, ressources émotionnelles, comportements...) mais également des ressources de son environnement (réseaux professionnels, experts, banques de données, guides de pratiques...). On est compétent en sachant et en pouvant utiliser les connaissances ou compétences des autres.⁷ »*

La qualité des soins résulte de plus en plus de l'efficacité de toute la chaîne des acteurs, d'où le développement des pratiques de fonctionnement en processus (structurées notamment par les démarches qualité), d'organisation du travail en « mode projet », du travail en réseau, combinant des ressources et expertises différenciées.

Dans cette dimension collective de la compétence, l'enjeu se déplace encore plus du « savoir-faire » vers le « savoir-agir », avec la mobilisation et l'interaction des différents constituants de la compétence à un niveau collectif et pluridisciplinaire. La performance du dispositif repose donc sur cette compétence collective, avec comme enjeu central le décloisonnement et la gestion des interfaces.

1.2 Notion de management

1.2.1 Analyse des organisations

Que l'on définisse le management comme la science de l'action collective et organisée par rapport à une finalité ou comme la pratique de la conduite des organisations en vue de leur faire atteindre leurs objectifs, force est de constater qu'il convient tout d'abord d'analyser les organisations en question. Les grilles de cette analyse ont varié en parallèle de l'évolution des organisations elles-mêmes vers toujours plus de complexité.

⁷ idem

Plusieurs approches analytiques se sont complétées pour prendre en compte cette complexité :

- l'approche systémique qui dépasse l'analyse descriptive et mécanique par les composants pour s'intéresser au système dans son ensemble, le tout étant plus que la somme des parties. Le système se définit comme un ensemble finalisé, doté de propriétés différentes de ses parties, grâce à leur combinaison. L'analyse systémique met ainsi l'accent sur les interactions entre les différents éléments ;
- l'approche stratégique, qui a supplanté l'approche socio-économique, est essentiellement orientée vers les acteurs, notion qui se substitue à celles d'individus, de salariés,... L'acteur, ou groupe d'acteurs, se caractérise au sein d'une organisation donnée par ses objectifs (qui peuvent différer de ceux de l'organisation), sa liberté, sa rationalité (limitée) et sa stratégie plus ou moins consciente. Dans cette approche, le fonctionnement de l'organisation résulte de l'équilibre précaire entre les différentes stratégies en œuvre confrontées aux contraintes de l'organisation. Chaque acteur tente de développer sa marge de liberté et d'augmenter par là son pouvoir sur les autres et sur l'organisation. La notion de pouvoir est ainsi au centre de l'analyse stratégique ;
- l'approche culturelle, par son analyse des registres du symbolique et des valeurs, a mis en avant la notion de « culture d'entreprise ». Apportant ainsi une dimension collective, souvent implicite, à des approches plus centrées sur les individus et coalitions, ou acteurs et groupes d'acteurs, elle permet de poser la question du rapport entre la culture de l'organisation et son niveau de performance. Définie comme un système unificateur de valeurs, de rituels, de normes, de symboles, la culture de l'organisation constitue un enjeu essentiel du management, notamment parce qu'elle porte le sens de l'action collective ;
- l'approche politique vise à dépasser et à englober les approches précédentes en mettant la notion de volonté politique au centre de son analyse. Dans cette approche, la conduite d'une organisation repose avant tout sur l'engagement de la direction et sur sa volonté politique, la finalité définissant par elle-même le meilleur choix stratégique. On retrouve là une caractéristique forte des démarches de management par la qualité.

La combinaison de ses différentes approches, qui sont avant tout des grilles complémentaires d'analyse, est essentielle à la compréhension des organisations et des situations professionnelles qui s'y développent. Pour agir concrètement, il importe également d'appréhender la question des méthodes et des moyens de l'action, dans un contexte d'organisations complexes.

1.2.2 Le management par projets

La structuration de l'action collective par projets est une réponse opérationnelle à la complexité croissante des organisations et aux difficultés qui en découlent : absence ou insuffisance des interfaces et des communications transversales. En effet, l'approche par projet permet de dépasser les structures existantes, les pesanteurs hiérarchiques et d'intégrer les différentes contraintes pesant sur une organisation.

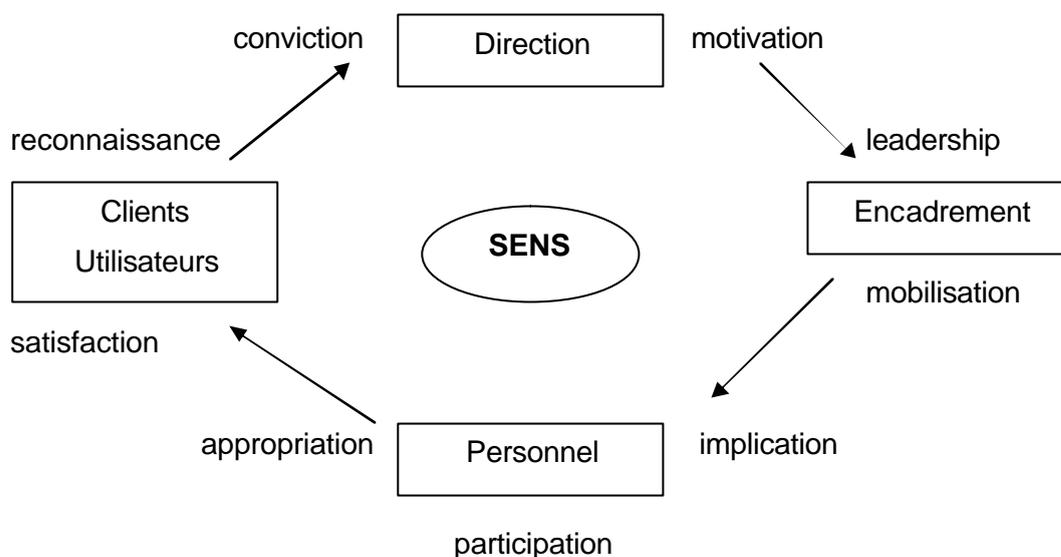
La conduite de projet nécessite pour assurer sa réussite de réunir plusieurs éléments :

- un diagnostic stratégique : analyse de la situation, identification des forces et faiblesses ;
- la définition claire des objectifs, stratégiques et opérationnels ;
- la mise au point d'un plan d'action, qui définit les actions à engager, leurs modalités, les acteurs responsables, les moyens mobilisés ;
- la mise en œuvre de ce plan d'action à travers une planification ;
- l'évaluation des résultats des actions engagées et leur recadrage éventuel ;
- un pilotage qui assure la communication entre les différents niveaux du projet (stratégiques, opérationnels) et la coordination entre les différents acteurs : direction, comité de pilotage, groupe « projet », équipes.

La démarche de projet, de même que la démarche qualité avec laquelle elle est fortement articulée, met en jeu quatre dimensions :

- la dimension stratégique, dimension de l'engagement de la direction, qui s'exprime par la définition des objectifs, la prise en compte des attentes (des clients, des patients,...), la fixation des moyens et la communication interne pour faire connaître la démarche et mobiliser les acteurs ;
- la dimension structurelle, par l'organisation des différents acteurs et la mise en place des dispositifs de formation adaptée ;
- la dimension technique, avec la formalisation des outils et des méthodes, souvent issues de ceux de la démarche qualité (approche par processus, transversalité des groupes de travail pluridisciplinaires, écoute des clients/utilisateurs, enquêtes de satisfaction, analyse des non-conformités, mesure des résultats) ;
- la dimension culturelle, porteuse de sens, dont la prise en compte est impérative pour assurer la pérennité des résultats.

Cette dernière dimension peut se schématiser de la manière suivante :



1.2.3 Le management des compétences

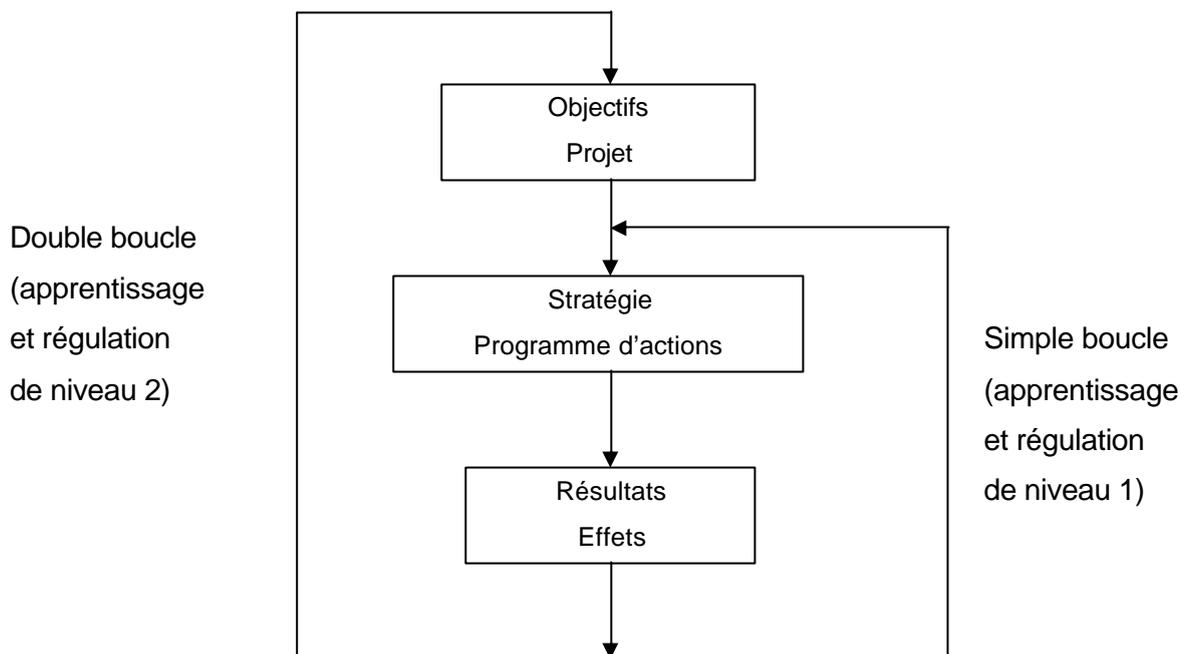
La prise en compte dans le management par projet de la notion de compétence, au sens où nous l'avons défini précédemment, conduit à s'interroger sur les conditions à réunir pour intégrer dans le projet un objectif d'amélioration de la compétence collective et individuelle. Cette démarche peut renvoyer à des réalités très diverses :

- au niveau des qualifications, à travers des projets de mise en œuvre de la Validation des Acquis de l'Expérience (VAE) ;
- au niveau des comportements, par exemple par la conduite de projets ciblés sur l'écoute des patients ;
- au niveau des capacités d'évaluation et d'auto-évaluation, individuelle et collective, par la mise en place de référentiels ;
- au niveau des interfaces par la généralisation des démarches transversales.

Les enjeux du management par les compétences portent essentiellement sur les modes de régulation, car « *les principaux problèmes des organisations et des systèmes complexes résident dans la conception (ou l'absence même de conception) de leur dispositif de régulation⁸.* »

⁸ BOUVIER, Alain, « Management et sciences cognitives », Collection « Que sais-je ? » n° 3711, PUF, Paris, 2004, page 73

Alain BOUVIER distingue trois types de boucles de régulation dont les deux premières peuvent être schématisées de la manière suivante⁹ :



Le « management des savoirs » (knowledge management) peut alors se définir comme un troisième niveau de régulation, c'est à dire une démarche de management dont le but est la mise en œuvre de « systèmes apprenants » : « dans un système apprenant, la régulation cherche à faire de toute action une occasion d'apprentissage pour les acteurs, les sous-systèmes et le système. Elle vise également à la production de sens, de normes et à leurs modifications¹⁰. » Un objectif d'amélioration de la performance par la compétence (collective et individuelle) nécessite la mise en œuvre d'une démarche construite à cette fin car le « knowledge management » constitue « un troisième niveau de régulation et d'apprentissages collectifs. (...) Il vise à identifier les deux niveaux précédents, à les remettre en question, en quelque sorte à réguler les mécanismes de régulation et plus globalement le système de régulation lui-même. Dans un système apprenant, les mécanismes de régulation sont essentiels. D'où l'intérêt de développer en son sein une culture de la régulation permanente et plus particulièrement le souci de vouloir assurer cette « régulation des régulations » tout à fait essentielle.¹¹ »

⁹ idem, page 75

¹⁰ idem, page 79

¹¹ idem, page 77

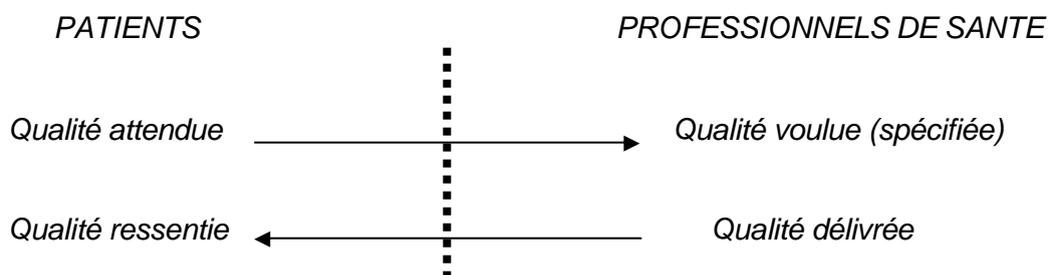
1.3 Hôpital et qualité

1.3.1 Le développement des approches de la qualité

L'extension au domaine de la santé des problématiques de gestion de la qualité élaborées pour le domaine industriel a conduit l'ANAES à distinguer quatre types de qualité :

- « la qualité **voulue** (ou spécifiée) est formulée sous forme de critères explicites à partir des quels il est possible d'apprécier la conformité de la qualité délivrée ;
- la qualité **attendue** par le patient se construit autour de ses besoins de santé, mais aussi de son expérience antérieure dans le système de santé ;
- la qualité **ressentie** est celle qu'expérimente le patient. Elle dépend à la fois de la qualité attendue et de la qualité délivrée ;
- la qualité **délivrée** est celle que reçoit réellement le patient¹². »

Les positions des patients et des acteurs du système de soins sont schématisées de la manière suivante :



Dans le prolongement, l'ANAES a identifié les différentes approches de la qualité qui se sont développées dans le temps :

- le contrôle qualité, qui « permet d'une part de vérifier que la qualité des actes diagnostiques et thérapeutiques est maîtrisée et d'autre part d'apporter des améliorations en cas d'écarts constatés¹³. »
- l'assurance de la qualité, définie par les normes ISO comme « l'ensemble des actions préétablies et systématiques nécessaires pour donner la confiance appropriée qu'un produit ou service satisfera aux exigences données relatives à

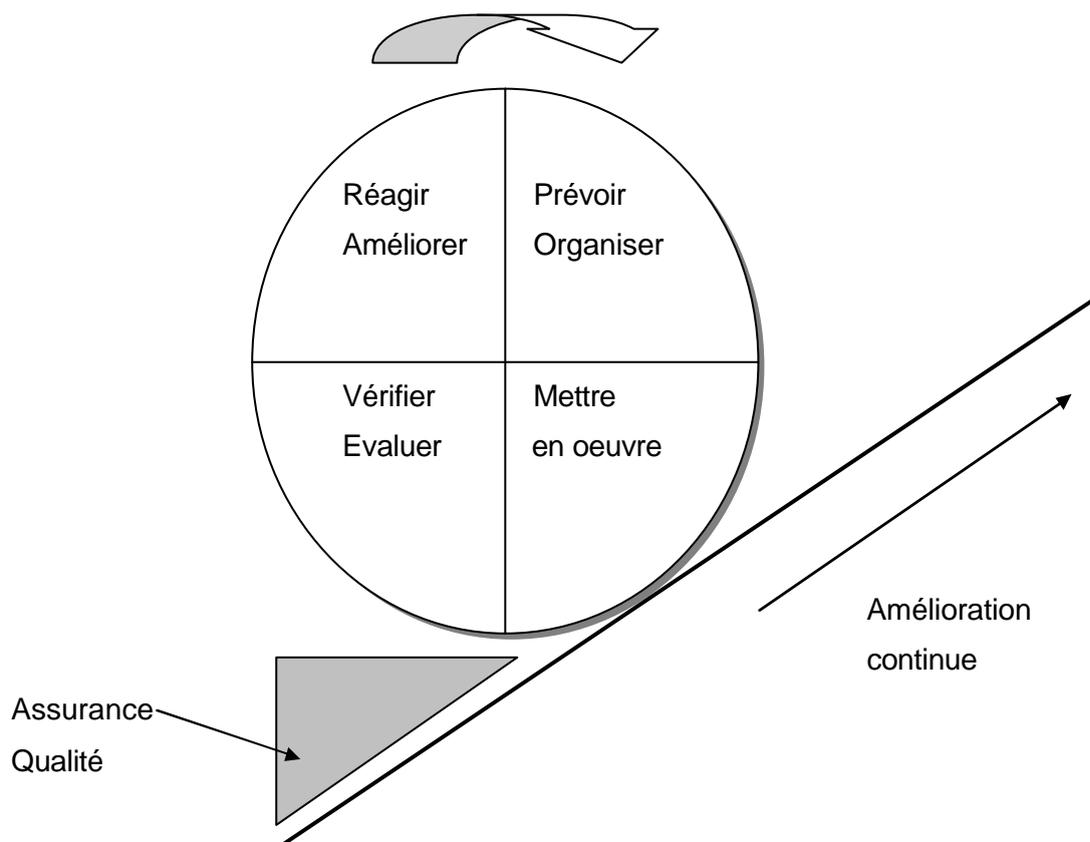
¹² ANAES, Evaluation d'un programme d'amélioration de la qualité, avril 1999, page 13

¹³ idem, page 14

la qualité ». L'ANAES précise que « le système est défini selon des normes qui constituent des référentiels en vue de sa certification. ¹⁴ »

- l'amélioration continue de la qualité qui « correspond à une démarche qualité progressive incluant un management participatif (...) et privilégie une approche par processus. (...) La dynamique du processus de l'amont vers l'aval permet d'introduire une culture de l'anticipation et de favoriser en amont la prévention des risques¹⁵. »
- le management total par la qualité qui « utilise comme levier la triple contrainte qui consiste à faire continuellement mieux, plus vite et moins cher et intègre le coût d'obtention de la qualité comme outil de gestion¹⁶. »

Dans la pratique, la mise en œuvre d'une démarche qualité conduit à utiliser successivement ou parallèlement ces différentes approches, qui sont avant tout complémentaires, en fonction des objectifs poursuivis. Ainsi, le schéma général d'une démarche d'amélioration continue de la qualité, appuyée sur les acquis de l'assurance qualité, peut se résumer par la « roue de DEMING » :



¹⁴ idem

¹⁵ idem

¹⁶ idem, page 15

1.3.2 Les démarches qualité à l'hôpital

La mise en œuvre de politiques qualité à l'hôpital public nécessite de prendre en compte ses spécificités :

- le caractère public des établissements, avec le rôle des tutelles et des instances de régulation, et son insertion dans les réseaux de soins ;
- le contexte réglementaire qui impose des modalités de contrôle qualité à travers l'accréditation ;
- la place du corps médical dans l'organisation et dans la production des soins ;
- la multiplicité des acteurs et des techniques mobilisées dans cette production des soins et plus largement dans le service rendu aux patients ;
- les fortes attentes des patients et plus largement du public (qualité, accessibilité, sécurité,...).

Ainsi « la mesure de la qualité des soins ne se situe pas uniquement au sein de la structure de soins, elle doit prendre en compte également toute la trajectoire des soins (...) aussi bien à l'intérieur de l'établissement que dans une dynamique de réseau extra-muros.¹⁷ »

Le déploiement des politiques qualité à l'hôpital public a été au départ essentiellement impulsé par la pression réglementaire, en particulier par la mise en place de l'accréditation. Cette exigence réglementaire s'est notamment traduite par le développement de programmes d'amélioration de la qualité. Ces démarches s'inscrivent dans le prolongement d'un mouvement venant des Etats-Unis, suite à un projet initié par Donald Berwick en 1987 et visant à démontrer que les techniques de management issues de l'industrie pouvaient être transférées au domaine de la santé¹⁸. Elles sont dites « démarches collaboratives », c'est à dire consistant à réunir des équipes de professionnels de différents établissements pour conduire ensemble des projets d'amélioration ciblés, sur un thème commun (prise en charge du diabète, de l'asthme, lutte contre les infections nosocomiales,...). En France, les démarches initiées par le ministère de la santé ont été des programmes d'amélioration de la qualité (PAQ).

¹⁷ GRIMAUD, D. « La qualité en santé », in « Revue épidémiologique de santé publique », Masson, Paris, 2005

¹⁸ MAGUEREZ, Georges « L'amélioration rapide de la qualité dans les établissements sanitaires et sociaux », Editions de l'ENSP, 2005, page 7

Une étude réalisée en 2000 auprès d'un échantillon de structures hospitalières¹⁹ a permis d'identifier les difficultés principales rencontrées et, par là même, les obstacles à surmonter pour réussir une démarche qualité :

- l'implication de la direction de l'établissement est la première condition indispensable pour que les projets avancent et aboutissent : *« C'est dans les établissements où la direction générale avait initié la démarche et en assumait le leadership politique, que la gestion de la qualité apparaissait la plus intégrée dans la culture de l'hôpital²⁰. »*
- le corps médical, mis à part les médecins impliqués dans des actions transversales de santé publique, a souvent été en situation d'attente dans les démarches qualité. Cette *« résistance du corps médical apparaît liée à la position du médecin dans l'organisation hospitalière. (...) Il est au centre du processus de production et dispose d'un fort pouvoir d'influence sur tout ce qui concerne l'organisation. (...) L'acceptation de se plier à des règles collectives conduit à réduire l'espace de liberté dont ils disposent dans l'organisation²¹. »*
- en revanche *« les personnels paramédicaux apparaissent les plus motivés par la démarche qualité, (...) la philosophie de la démarche étant perçue comme particulièrement cohérente avec les valeurs fondamentales du soin infirmier reposant sur une approche humaniste des soins, centrée sur le patient et le respect de la personne soignée. (...) Les cadres de santé ont été amenés à jouer un rôle de relais ou de pivot pour la diffusion de la démarche dans les services médicaux. Cette implication était un facteur majeur d'adhésion des personnels paramédicaux dans les équipes et avait une influence sur l'adhésion des médecins²². »*

En terme de résultats, cette même étude fait ressortir des transformations plus ou moins significatives suivant les établissements, en fonction justement de la levée des difficultés identifiées. Les principaux effets relevés comme résultant de la démarche qualité ont été :

- l'amélioration de la base de référentiels communs, *« protocoles, procédures, fiches techniques, documents d'information pour les patients. Cette production de*

¹⁹ FRANCOIS P. et POMEY M-P, « Implantation de la gestion de la qualité dans les hôpitaux français, jeux d'acteurs et transformations induites », in « Revue épidémiologique de santé publique », Masson, Paris, 2005

²⁰ idem

²¹ idem

²² idem

standards de soins médicaux et paramédicaux s'accompagnait d'une réflexion sur les pratiques professionnelles²³ » ;

- un découplage des structures par métier et par spécialité pour une prise en charge plus globale du service rendu aux patients, et par là la promotion de mode de management plus participatifs ;
- « *des modifications de la perception des usagers (...) et de la relation au patient* », allant jusqu'à « *considérer le patient comme un client, c'est à dire comme le sujet d'une relation symétrique entre un fournisseur de service et un bénéficiaire²⁴.* »

1.3.3 La mise en place d'indicateurs qualité

Le développement dans le temps des politiques qualité nécessite également que leurs résultats soient suivis à travers un ensemble d'indicateurs permettant de mesurer les effets des démarches engagées et de les faire connaître. En effet, « *l'élaboration d'indicateurs de qualité de la prise en charge globale du patient peuvent être des outils de mesure utiles à tout établissement qui s'engage dans une démarche d'amélioration de la qualité afin d'en assurer la pérennisation²⁵.* »

Le projet « COMPAQH » (Coordination pour la Mesure de la Performance et l'Amélioration de la Qualité Hospitalière), basé sur l'idée que « *l'application de ces indicateurs constitue une puissante incitation au développement d'actions correctives visant à une amélioration de la qualité²⁶* », a consisté à identifier, par une expérience conduite sur 36 établissements, des indicateurs généraux qui soient à la fois pertinents (porteurs de sens), réalisables (et notamment acceptables par les acteurs), mesurables de manière fiable (en particulier dans le temps) et cohérents avec les démarches conduites et les objectifs poursuivis.

²³ idem

²⁴ idem

²⁵ GRIMAUD, D. « La qualité en santé », in « Revue épidémiologique de santé publique », Masson, Paris, 2005

²⁶ GRENIER-SENNELIER C, CORRIOL C, DAUCOURT V, et al. : « Développement d'indicateurs de qualité au sein des établissements de santé : le projet COMPAQH », in « Revue épidémiologique de santé publique », Masson, Paris, 2005

Ces indicateurs renvoyaient à huit objectifs considérés comme prioritaires au plan national : « *lutter contre la douleur, assurer la continuité de la prise en charge, lutter contre les troubles nutritionnels, lutter contre le risque iatrogène (dont les infections nosocomiales), améliorer la satisfaction du patient, respecter les bonnes pratiques cliniques, accroître la motivation, la responsabilisation et l'évaluation des compétences des professionnels, garantir l'accessibilité. Chacun des objectifs prioritaires est représenté par au moins un indicateur²⁷. »*

Les indicateurs retenus, à ce stade encore expérimental de l'étude, ont visé, au delà de résultats bruts, à permettre d'identifier des actions correctives qui correspondent aux écarts par rapport aux résultats attendus, avec par exemple la mesure de l'absentéisme (objectif d'accroître la motivation et la responsabilisation), de la durée d'attente aux urgences (objectif de garantir l'accessibilité) ou de la satisfaction des patients hospitalisés (objectif d'améliorer la satisfaction des patients).

1.4 Notion de contrôle

1.4.1 Définition générale

Du vieux français « contrelore », soit registre tenu en double, le contrôle renvoie à la notion de vérification d'une personne, d'un état, ou d'une situation.

Selon les normes ISO 9000, le contrôle est « *une évaluation de la conformité par observation et jugement, accompagnée si nécessaire de mesures, d'essais ou de calibrages* ». Cette définition caractérise le contrôle au regard de normes préalablement définies, dont la finalité est, par la mesure des écarts, d'obtenir des résultats fiables. Le contrôle permet une homogénéité des méthodes ainsi qu'une sécurité de la prestation effectuée.

D'un point de vue sociologique, le contrôle repose sur des mécanismes régulateurs qui visent à contraindre les membres d'un groupe ou d'une société à agir selon des modèles préétablis. Cette notion de contrainte peut donner au contrôle un caractère négatif rendant difficile son application. De plus, elle induit une obligation de résultat dont le non respect peut faire l'objet de sanction.

²⁷ idem

1.4.2 Le contrôle des pratiques professionnelles

Le contrôle peut s'appliquer aux pratiques professionnelles si on considère qu'elles désignent l'application de règles ou de principes permettant d'effectuer des opérations ou de se plier à des prescriptions. Différentes méthodologies permettent d'y répondre comme l'élaboration de référentiels de tâches ou d'activités, ou la formalisation de procédures.

Mais la pratique, bien qu'incluant l'idée de l'application, ne renvoie pas immédiatement au faire et aux gestes, mais aux procédés pour faire. « *La pratique est tout à la fois la règle d'action et son exercice ou sa mise en œuvre ; d'un côté, les gestes, les langages, les conduites ; de l'autre, à travers les règles, ce sont les objectifs, les stratégies, les idéologies qui sont invoquées... Les pratiques sont des objets sociaux, abstraits et complexes...* »²⁸. Le contrôle apparaît alors réducteur face à ce regard sur les pratiques qui induit la notion plus globale et systémique de l'évaluation.

1.5 Notion d'évaluation

1.5.1 Définition générale

Evaluer une action, c'est juger de sa valeur au regard de critères préalablement explicités et sur la base d'informations rassemblées et analysées à cet effet. L'évaluation doit permettre la compréhension d'ensemble de la politique étudiée, l'appréciation globale de ses effets et du degré d'atteinte de ses objectifs et enfin la pertinence et l'efficacité des ressources mobilisées pour sa mise en œuvre.²⁹

La docimologie, science de l'évaluation en pédagogie, distingue l'évaluation formative, outil pédagogique, de l'évaluation sommative (certificative), outil de sélection. L'évaluation formative est un moyen de suivre les progrès vis à vis d'une formation qui a des objectifs à atteindre en terme de transmission de savoirs (connaissances), de savoir-faire (pratiques) et de savoir-être (attitudes). L'apprenant peut suivre sa progression et le formateur peut adapter sa formation à celle-ci. C'est donc un processus dynamique conduisant à l'amélioration continue. La démarche qualité s'inscrit dans cette dynamique.

²⁸ BEILLEROT, Jacky, L'analyse des pratiques professionnelles : pourquoi cette expression ? *Cahiers pédagogiques*, n°346, sep.1996, p.12-13

²⁹ Société française de l'évaluation

A contrario, l'évaluation sommative (sanctionnante) est un moyen de certifier que les objectifs ont été atteints et a pour finalité d'établir un état des lieux, à un temps donné.

Enfin, la complexité de l'évaluation est de savoir ce que l'on évalue, afin d'adapter le type d'évaluation adéquate (évaluation continue, entretien d'évaluation, évaluation par projet...)

1.5.2 Contexte réglementaire de l'évaluation dans le domaine de la santé

L'évaluation des pratiques professionnelles est un enjeu fort du système de santé. Plusieurs évolutions juridiques ont confirmé cette tendance, plus particulièrement sur les pratiques médicales. En effet dès 1987, Michèle Barzach, Ministre de la Santé, crée une Commission nationale d'évaluation en médecine, puis en 1989 Claude Evin, Ministre de la Santé, crée l'Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale (ANDEM).

La loi n° 91-748 du 31 juillet 1991, portant réforme hospitalière, confirme le principe d'évaluation au sein des établissements de santé publics et privés en leur demandant de développer « *une politique d'évaluation des pratiques professionnelles, des modalités de prise en charge globale du malade afin d'en garantir la qualité et l'efficience* ».

Les ordonnances du 24 avril 1996³⁰ présentent le principe de l'évaluation comme une condition indispensable au fonctionnement des établissements de santé. Il est alors confié à l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) une double mission d'accréditation et d'évaluation auprès des établissements de santé. L'agence conduit l'accréditation afin que soit formulée une appréciation indépendante sur la qualité d'un établissement de soins ou d'un ou plusieurs services ou activités. Cette appréciation s'effectue à l'aide d'indicateurs, de critères et de référentiels portant sur les procédures, les bonnes pratiques cliniques et les résultats des différents services et activités de l'établissement. Elle s'appuie sur une démarche d'auto évaluation et sur la visite et le rapport d'experts indépendants.

³⁰ Ordonnance n°96-345 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins et ordonnance n° 96-346 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée

Les crises de santé publique qui se sont succédées ont conduit l'État à entreprendre des réformes durant les années 1990, en créant notamment des agences techniques chargées de renforcer et de coordonner les fonctions essentielles de contrôle, de veille et d'alerte sanitaire.

La loi du 1er juillet 1998 relative au renforcement de la veille sanitaire et du contrôle de la sécurité sanitaire des produits destinés à l'homme confie la mise en œuvre des systèmes de vigilance à l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS).

La loi n° 2004-8110 du 13 août 2004 relative à l'Assurance maladie, crée la Haute Autorité de Santé (HAS) qui succède à l'ANAES. C'est un organisme d'expertise scientifique, public et indépendant, qui reprend les missions de l'ANAES auxquelles s'ajoutent celles de la Commission de la Transparence, de la commission d'évaluation des produits et prestations (CEPP), et du Fonds de promotion de l'information médicale et médico-économique (FOPIM). L'une des missions essentielles de l'HAS est de mettre en œuvre la certification des établissements de santé et de promouvoir les bonnes pratiques et le bon usage des soins auprès des professionnels de santé et du grand public. L'HAS est donc une instance de régulation et de surveillance : elle élabore les référentiels de bonne pratique en lien avec les sociétés savantes. Elle a également pour rôle d'agréer les organismes spécialisés chargés d'évaluer les praticiens libéraux et salariés : pour ce faire, elle établit les cahiers des charges, puis sélectionne les organismes candidats et évalue leurs actions. Elle garantit la qualité des méthodes suivies.

L'article 35 de la loi du 13 août 2004 soumet tous les médecins, quelles que soient leurs modalités d'exercice, à une obligation d'évaluation de leurs pratiques professionnelles. Elle charge l'HAS « *de participer à la mise en œuvre d'actions d'évaluation des pratiques professionnelles* ». Le décret d'application du 14 avril 2005 définit l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) comme : « *l'analyse de la pratique professionnelle en référence à des recommandations et selon une méthode élaborée ou validée par la Haute Autorité de Santé et inclut la mise en œuvre et le suivi d'actions d'amélioration de la pratique* ». L'EPP est obligatoire pour les médecins depuis le 1^{er} juillet 2005.

C'est donc une démarche, inspirée du « *formative assessment* » des anglo-saxons, d'amélioration des pratiques consistant à comparer régulièrement les pratiques effectuées et les résultats obtenus. Elle se traduit par un double engagement des médecins qui, d'une part fondent leur exercice clinique sur des recommandations, et, d'autre part mesurent et évaluent leurs pratiques en référence à celles-ci.

Cette démarche doit se coordonner avec la formation médicale continue (FMC) pour atteindre une même finalité d'amélioration de la qualité des soins et du service rendu au patient. EPP et FMC empruntent des voies complémentaires, l'une privilégiant une approche clinique et professionnelle fondée sur des données de l'activité, l'autre privilégiant une approche pédagogique fondée sur l'acquisition de nouvelles connaissances. Pour preuve, le décret du 14 avril 2005 indique clairement la relation entre les deux « *l'évaluation des pratiques professionnelles, avec le perfectionnement des connaissances, fait partie intégrante de la formation médicale continue* ».

Il faut préciser que la loi de santé publique du 9 août 2004 a généralisé l'obligation de formation continue à l'ensemble des professions de santé, étant donné que pour chacune de ces professions, « *l'évaluation des compétences et des pratiques est un moyen de satisfaire à l'obligation de formation continue* ».

L'ordonnance 2005-406 du 2 mai 2005 (article L.6146), simplifiant le régime juridique des établissements de santé dans le cadre de la réforme sur la gouvernance de l'hôpital, précise les rôles et responsabilités des différentes instances, notamment de la Commission Médicale d'Etablissement (CME) en matière d'évaluation et de formation. Elle a pour mission d'organiser l'EPP des médecins qui exercent à temps plein ou à temps partiel. Une fois l'obligation jugée satisfaite, selon les critères de l'HAS, elle délivre à chaque médecin un certificat de réalisation de leur évaluation. Les CME des établissements de santé publics sont amenées à se coordonner avec l'Union Régionale des Médecins Libéraux (URML) pour les médecins qui travaillent à la fois en libéral et en hospitalier. En effet le décret du 14 avril 2005 relatif à l'EPP prévoit que les médecins ayant une activité mixte soient soumis à une évaluation sur chaque type et lieu d'exercice.

Enfin, la loi 2002-303 du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, a renforcé les droits des patients. Cette avancée vers la « démocratie sanitaire » nécessite une adaptabilité des organisations de soins et des professionnels afin de garantir la qualité de l'information, le consentement libre et éclairé aux soins et la traçabilité au sein des dossiers médicaux ainsi que son accessibilité. L'hôpital doit donc être en mesure de s'assurer que les droits des patients sont respectés.

1.5.3 L'évaluation des pratiques professionnelles dans le cadre de l'accréditation

A) Les démarches d'évaluation des pratiques professionnelles

Les évolutions réglementaires placent l'évaluation des pratiques professionnelles au cœur de l'amélioration de la qualité des soins qui est définie par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) comme la garantie « *que chaque patient reçoive la combinaison d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins* ». Afin de répondre à cet objectif et en prenant en compte la complexité de la prise en charge des patients, l'amélioration des pratiques professionnelles doit porter à la fois sur les pratiques individuelles et collectives. Sa mise en œuvre comporte une dimension organisationnelle et concerne l'ensemble des activités de soins. Ainsi, l'HAS précise que « *l'évaluation n'est pas une fin en soi, (...) et que l'appellation « évaluation des pratiques professionnelles » recouvre l'ensemble des démarches d'amélioration des activités de soins* »³¹.

B) Une démarche renforcée par la deuxième procédure d'accréditation

La première procédure d'accréditation, lancée en juin 1999, visait à promouvoir une démarche continue de la qualité. Comme nous l'avons vu précédemment, de nombreux établissements de santé ont réalisé des programmes d'amélioration de la qualité (PAQ) ce qui a conduit l'ANAES à effectuer des études d'impact en 2001 et 2002, permettant de tirer un certain nombre d'enseignements relatifs aux apports de l'accréditation .

Les points forts sont les suivants :

- une démarche transversale favorisant les interfaces entre secteurs d'activité et catégories professionnelles ;
- une démarche structurante, par la mise en place d'une organisation et de méthodes permettant d'institutionnaliser des démarches qualité au sein des établissements ;

³¹ Haute Autorité de santé, « L'évaluation des pratiques professionnelles dans le cadre de l'accréditation des établissements de santé » juin 2005, page 4

- une acquisition progressive par les professionnels d'expériences et de méthodologies dans le domaine de la santé³².

Le passage de la première procédure à la deuxième, pilotée par l'HAS et dénommée désormais «certification», après la promulgation de la loi du 13 août 2004 portant réforme de l'assurance maladie, décline les objectifs suivants :

- renforcer la prise en compte de la politique d'évaluation médicale ;
- renforcer l'évaluation des activités cliniques ;
- favoriser la participation des professionnels de santé hors établissement de santé ;
- introduire dans le référentiel (le manuel d'accréditation) des références sur les domaines clés de prise en charge (exemples : urgences, secteurs interventionnels, circuit du médicament).

Ainsi, dans le but de renforcer la dimension médicale de la procédure d'accréditation, le manuel d'accréditation des établissements de santé comporte des références spécifiques en termes d'évaluation des pratiques professionnelles. Trois références structurent cette évaluation³³ :

- La référence 44 a trait à l'efficacité et conduit les établissements et les équipes à évaluer la pertinence des actes et soins réalisés,
- La référence 45 traite de l'évaluation des risques dans les secteurs d'activités cliniques et médico-techniques par une approche a priori d'identification des risques et par l'analyse a posteriori des événements indésirables,
- La référence 46 a trait à l'évaluation de la qualité de la prise en charge par pathologie ou problème de santé.

Après cette approche théorique et réglementaire de notre problématique, il convient, avant de développer nos préconisations, de se confronter au « terrain » et d'analyser les points de vue et les représentations des acteurs.

³² ANAES, Direction de l'accréditation et de l'évaluation des pratiques, Manuel d'accréditation des établissements de santé, septembre 2004

³³ op cité, page 98

2 Deuxième partie : Une étude de terrain

2.1 Les objectifs de l'étude

Afin d'explorer les hypothèses de travail et de faire le lien avec la stratégie du directeur des soins pour l'amélioration de la qualité des soins produits, des enquêtes ont été menées, sous forme d'entretiens, au sein de différents types d'établissement.

Ces enquêtes ont été réalisées avec comme principaux objectifs :

- d'appréhender les représentations par les acteurs de terrain des notions de contrôle, d'évaluation et de démarche qualité,
- de mesurer l'impact des démarches qualité et d'accréditation sur les pratiques quotidiennes,
- de comprendre les interactions entre les différentes catégories professionnelles dans la prise en charge des patients,
- enfin, d'évoquer les enjeux, les freins ou les difficultés rencontrés par les professionnels dans une dynamique d'amélioration des compétences et des pratiques.

La mise en évidence de ces points doit permettre de nourrir la stratégie à adopter par le directeur des soins pour mettre en œuvre une politique de soins visant à améliorer les pratiques et donc la qualité des soins.

2.2 La méthodologie d'exploration

2.2.1 Le type d'entretien et le déroulement de l'enquête

La technique d'enquête choisie a été des entretiens semi-directifs. En effet cette méthode qualitative permet d'analyser le discours des acteurs en s'attachant plus particulièrement au sens des actions menées et aux regards portés sur leurs pratiques et leurs expériences.

La prise de notes a été aussi exhaustive que possible durant les entretiens programmés sur une heure, après les prises de rendez vous. L'exploitation des données s'est faite

dans un deuxième temps, le plus proche possible des entretiens, et a consisté à retranscrire les propos au plus près du discours entendu. L'anonymat a été respecté.

Un guide d'entretien³⁴ a été construit, composé de questions ouvertes, visant à favoriser une expression libre des interviewés au moyen de stratégie d'écoute et d'intervention. Ce guide a été structuré par thèmes en lien avec les objectifs précédemment cités : le contrôle, l'évaluation, le management de la qualité, l'évolution des pratiques et des compétences, les complémentarités entre les différents métiers du soin. Le guide d'entretien a été la même pour l'ensemble des personnes interrogées. Seule la question portant sur les leviers managériaux n'a pas été posée aux soignants.

Une analyse thématique a permis de regrouper les idées clés, afin d'illustrer une pensée commune, complémentaire, voire divergente.

Au cours de la rédaction, des phrases témoins seront extraites des entretiens afin d'illustrer les propos recueillis et seront présentées en italique dans le texte.

2.2.2 La population ciblée

Afin de croiser les différents regards portés sur l'amélioration de la qualité des soins, les entretiens ont été réalisés auprès de différentes catégories professionnelles :

- des médecins, dont un président du comité médical d'établissement (CME),
- des directeurs d'établissement, soit chef d'établissement, soit directeur en charge de la qualité,
- des directeurs de soins,
- des cadres,
- des personnels soignants (infirmiers et médico-techniques).

2.2.3 Le choix des établissements

Les enquêtes ont été menées sur trois sites hospitaliers : un centre hospitalier universitaire (CHU) (A), un centre hospitalier inter-communal (B) et un établissement privé à but non lucratif participant au service public hospitalier (PSPH) (C). Les deux premiers

³⁴ Le guide d'entretien est présenté en annexe

sites ont été des lieux de stage, ce qui a permis d'enrichir les entretiens par une meilleure connaissance du contexte local et de la politique de l'établissement.

En résumé, les entretiens se sont répartis comme suit :

	Etablissement A	Etablissement B	Etablissement C
Directeurs d'établissement	1	1	1
Directeurs des soins	2	2	1
Médecins	1	1	1
Cadres	1	1	1
Personnels soignants	1	1	0

2.2.4 Les limites

Les limites de cette recherche sont liées en particulier au temps imparti à la réalisation de ce travail qui a restreint le nombre de rencontres et la diversité des structures hospitalières. Le nombre réduit d'enquêtes, au nombre de 16, ne permet pas une généralisation des résultats obtenus. Néanmoins, cette étude permet de conduire une réflexion pouvant enrichir notre future pratique de directeur des soins.

2.3 L'analyse des résultats

Pour faciliter l'interprétation des résultats, nous avons organisé l'analyse par thèmes, en cherchant à préciser les points de vue des différents acteurs.

2.3.1 Le contrôle

➤ Du point de vue de la direction, le contrôle est intégré dans le travail quotidien :
« *Nous avons l'habitude de rendre des comptes aux tutelles et nous devons remplir nos objectifs chaque année. Les inspections de toute nature font aussi partie de notre quotidien, il n'y a pas d'impunité à l'hôpital public !* »

- Il est, toujours pour la direction, de sa responsabilité de mettre en place les outils et les méthodes au sein de l'établissement.

« On doit mettre en place des tableaux de bord de gestion pertinents qui permettent à l'encadrement de suivre l'évolution de leurs services. »

- Pour la direction des soins, le métier des cadres intègre le contrôle. Le contrôle sert à mesurer les écarts avec les référentiels professionnels.

« L'encadrement est garant de la qualité des soins produits dans les unités, mais aussi du respect de la réglementation et des conditions de travail, nous devons les soutenir dans cette démarche. »

- Les cadres considèrent que le contrôle repose avant tout sur leur intervention.

« C'est un aspect important de notre travail, qui repose surtout sur les cadres de proximité. »

- Les soignants renvoient ce rôle à l'encadrement.

« C'est le travail des cadres de contrôler ce que l'on fait. »

- La traçabilité des actes a, selon eux, pour conséquence une banalisation du contrôle.

« La traçabilité est depuis la mise en place de l'accréditation intégrée dans les pratiques : tout est mentionné dans le dossier de soins, tout est contrôlé. »

- L'application des protocoles ou des procédures est vécue de manière mitigée.

« Avant on soignait à l'aide de notre expérience, maintenant on a parfois l'impression de suivre des recettes de cuisine sans que l'on nous explique toujours l'intérêt pour le malade »... « mais, l'intérêt des protocoles est d'harmoniser notre façon de travailler. »

- Le contrôle est perçu par les médecins comme imposé par la réglementation et en référence à des normes. Le lien est également fait avec la sécurité juridique.

« En cas de plainte de patient, le fait d'avoir suivi les recommandations, et de le prouver, permet de réduire les risques de poursuite. »

2.3.2 Du contrôle à l'évaluation

- Lorsque l'on évoque l'évaluation, les réponses de la direction et de la direction des soins renvoient à la performance de l'établissement. Pour eux, l'évaluation est plus

globale et porte sur la qualité d'organisation et de fonctionnement de l'hôpital, plus que sur les actes de soins eux-mêmes.

« Les évaluations permettent de savoir si l'établissement répond aux attentes, à la fois au plan réglementaire et à celles des patients, suite, par exemple, aux enquêtes de satisfaction. »

- La démarche volontaire que nécessite l'évaluation s'oppose au caractère obligatoire du contrôle.

« L'évaluation permet de se remettre en cause et nous aide à s'améliorer. »

- Les cadres considèrent que l'évaluation est une notion plus large que le contrôle et déplorent un caractère encore peu adapté des outils d'évaluation.

« On manque d'outils, les référentiels sont parfois loin de la réalité des services ce qui demande beaucoup de pédagogie pour les faire accepter par les équipes. »

- Les soignants ont des difficultés à percevoir la différence entre contrôle et évaluation.

« C'est encore un audit de plus, et on aime pas trop cela. »

- Les médecins marquent une certaine réticence à être évalués, même si l'enjeu de la transparence est bien perçu. L'évaluation renvoie souvent aux suivi des indicateurs en place dans leur service (taux d'infections nosocomiales par exemple).

« Des autoévaluations et des audits sont réalisés régulièrement dans nos services et nous permettent de suivre les indicateurs. »

2.3.3 L'évaluation des pratiques professionnelles

- Au niveau de la direction, l'évaluation des pratiques professionnelles est appréhendée comme un moyen de garantir le maintien d'un service public de qualité et de répondre aux attentes des usagers, dans la mesure où les soignants s'en saisissent.

« Il existe une sous commission de la CME, la commission d'évaluation médicale, qui est en charge de coordonner les EPP médicales. »

- Pour la direction des soins il importe d'anticiper sur une future réglementation paramédicale.

« Aujourd'hui, via la certification, ce sont les EPP médicales qui sont d'actualité. Mais nous avons à construire l'avenir et à préparer les professionnels à une future réglementation de ce type dans le champ paramédical. »

- Les enjeux pour la direction des soins portent plus sur l'homogénéité des pratiques entre les différentes équipes de soins, l'identification des compétences acquises et à acquérir, et plus globalement la qualité des soins produits.

- Dans un des établissements interrogés, la démarche qualité conduite depuis plusieurs années a favorisé un très fort investissement dans le développement des indicateurs quantitatifs et qualitatifs en soins infirmiers. En effet, dans les services cliniques ont été mis en place des outils de mesure de charge en soins infirmiers, liés aux organisations de service (SIIPS et AAS)³⁵ et reposant sur une autoévaluation permanente faite par les soignants à l'aide de fiches de recueil. De plus, la qualité des soins est appréciée grâce à un référentiel, permettant au regard de critères, d'évaluer la qualité du service rendu (IGEQSI)³⁶. Les équipes soignantes sont donc sensibilisées et formées aux méthodes d'audits et d'autoévaluation et sont donc déjà dans une démarche d'amélioration de la qualité. Ainsi, pour la direction des soins, ces outils contribuent fortement à une sensibilisation sur la qualité :

« Le suivi de ces indicateurs permettent de développer dans les équipes une culture d'évaluation et de démarche qualité et d'initier une démarche pédagogique de la culture de l'écrit. Cela nous a beaucoup aidé pour la V2. »

- Pour les cadres, l'évaluation des pratiques permet d'objectiver l'analyse de la charge de travail et est donc un outil d'organisation des équipes.

« Avant on n'avait des difficultés à disposer d'éléments tangibles pour mesurer les charges de travail. L'évaluation nous aide à mener cette analyse avec les équipes. »

- L'évaluation des pratiques est perçue par les médecins comme ayant une double finalité : d'une part la surveillance des actes et des personnes (surtout avec les EPP obligatoires), d'autre part un levier de remise en question, de progression et de transparence.

³⁵ SIIPS : Soins Infirmiers Individualisés à la Personne Soignée, AAS: Activités Afférentes aux Soins

³⁶ IGEQSI : Instrument global d'Evaluation de la Qualité des Soins Infirmiers

2.3.4 La qualité à l'hôpital

- Une culture émergente, mais une difficulté à passer d'expériences d'actions d'amélioration sur des segments d'activités à une politique structurée et un système qualité transversal à l'établissement, l'ensemble des acteurs s'accordant à souligner les nombreuses actions conduites sur le terrain (comme par exemple les protocoles d'hygiène) tout en relevant que leur articulation dans une politique coordonnée est encore pour l'essentiel à construire.

« Dans l'hôpital où j'exerce, il y a de nombreuses expériences, mais il manque souvent une coordination. Il faut tisser des liens, et c'est de la responsabilité de la direction qualité d'assurer une cohérence et de faire connaître à tous les axes d'amélioration. »

- Cependant, la qualité est identifiée par la direction comme un axe stratégique, en conséquence directe de l'accréditation, avec par exemple la création de direction de la qualité, souvent associée à des cadres experts qualité.
- Le passage de l'accréditation à la certification renvoie, aux yeux de la direction et de la direction des soins, à une notion de résultat et de service rendu au patient.
- Pour la direction des soins, l'amélioration des pratiques soignantes est au cœur de leur métier. La démarche qualité vise à organiser les moyens pour atteindre cet objectif.

« Les soins s'inscrivent de plus en plus dans une logique de prestation à la personne, les démarches qualité y contribuent. »

- La direction des soins et les cadres identifient des mesures d'accompagnement indispensables aux démarches qualité : formation, communication interne, organisation de la démarche par projets.
- Pour les cadres, la mise en place d'actions qualités correspond à des leviers managériaux : cohésion d'équipe, coordination interdisciplinaire (audits transversaux).

« Les audits rassemblent les équipes lors de séances de restitution, ce qui leur permet de s'interroger sur leurs pratiques. »

- Les soignants ont été sensibilisés à la qualité à la suite des procédures d'accréditation, avec des différences fortes selon le degré de technicité des services

(les services à haute technicité comme la réanimation étant depuis longtemps habitués à travailler avec des protocoles).

« Tous les services n'ont pas la même culture et n'avancent pas à la même vitesse. »

- L'objectif est de faire mieux pour les malades, dans un contexte de réduction budgétaire.

« On nous demande de faire toujours mieux, mais avec des moyens toujours plus limités .»

- Les limites de l'acceptation par les soignants des procédures qualité, sont la conséquence d'une perception de la qualité comme une tâche supplémentaire avec donc une réduction du temps disponible pour les patients. Or cette disponibilité aux patients est, dans la culture de nombreux services, le critère de qualité principal.

« La qualité, c'est avant tout être à l'écoute de nos malades. »

- L'appropriation de la démarche qualité par les médecins est également très variable, les spécialités déjà habituées à l'usage des protocoles comme les réanimateurs ayant eu plus de facilité à intégrer cette approche. Toutefois, le point le plus positif souvent mentionné est la prise en charge des patients en « process ».

« Même si l'on dispense des soins de qualité aux patients, ils seront mécontents s'ils attendent deux heures aux admissions ou à la radio. Il faut aussi s'améliorer sur le parcours du patient. »

2.3.5 Freins et difficultés rencontrées

- Le concept de qualité reste flou et polysémique (confusion entre qualité comme excellence technique et qualité comme organisation optimisée des moyens disponibles).

« Le concept de la qualité n'inclue pas toujours à la fois la qualité intrinsèque du soin fourni et la qualité de l'organisation soignante mise en place pour fournir ces mêmes soins. Du coup, les interfaces échappent et les dysfonctionnements persistent. »

- Le besoin de changement est souvent peu ressenti.

- Pour les acteurs opérationnels (soignants et médecins) la peur de perte de pouvoir et d'autonomie, la crainte d'être « mesuré » ou évalué est importante. Ces

sentiments sont relayés par l'encadrement qui peine à trouver les moyens de dépasser ces inquiétudes et à mettre en valeur les bénéfices potentiels.

« La venue des experts visiteurs ou des auditeurs internes n'est pas toujours bien acceptée par les équipes. Nous mêmes les cadres on a un peu de mal avec ça ! »

- Le manque de valorisation du temps consacré aux démarches qualité est ressenti négativement par les médecins impliqués.

« Aujourd'hui, la future élite fait de la recherche, les gens « sérieux » du soin et les illuminés s'occupent de la qualité. Donner du temps à la collectivité n'est vraiment reconnu ni par les CNU ni par les jury de concours de PH. »

- Le manque de temps souligné par les soignants et les médecins est une réalité que renforcent encore la réduction du temps de travail et les repos de sécurité, réformes qui ne font que commencer à s'implanter.

« Tant que le temps dévolu à la démarche qualité ne sera pas reconnu comme du temps de travail, et que cet objectif ne sera pas considéré comme une priorité (à côté de soins, enseignement, recherche, management), le problème sera réel. »

2.4 Validation des hypothèses

Au delà de la diversité des points de vue, la variation de l'implication des différents acteurs dans les démarches qualité induit des compréhensions encore assez différenciées des notions de contrôle et d'évaluation et surtout des différences notables d'appropriation, en particulier pour l'évaluation des pratiques professionnelles.

Pour autant, les hypothèses qui constituaient le point de départ de notre réflexion nous semblent être validées par les résultats de ces enquêtes, dans la mesure où :

- Le contrôle est bien perçu, au delà de son aspect contraignant, comme un moyen de rapprocher les pratiques des référentiels professionnels ;
- Le contrôle n'est pas pour autant suffisant car il est perçu comme externe, imposé, a contrario de l'évaluation, plus impliquante pour les acteurs ;
- L'évaluation des pratiques est un outil de dialogue entre les cadres et les équipes soignantes, car elle permet de partager une analyse « objectivée » ;
- L'évaluation peut dans ce contexte devenir un levier de progrès, notamment par l'identification des compétences à acquérir ;

- Les établissements ayant mis en place dans les services à la fois des outils de traçabilité performants (transmissions ciblées, dossier de soin paramédical) et des suivis d'indicateurs d'évaluation des soins ont sensibilisé fortement les soignants à la démarche qualité ;
- Dans ce cas, la direction des soins dispose d'outils de management pour l'organisation des soins, l'affectation des ressources, l'identification d'éventuels dysfonctionnements ;
- L'enjeu final de l'ensemble de la démarche qualité est bien compris par tous comme l'amélioration du service rendu, même si l'articulation avec l'optimisation des moyens freine son acceptation par les acteurs opérationnels ;
- Les directions et les directions des soins ont conscience de leur responsabilité managériale et les cadres se voient comme des relais vers les équipes.

En revanche, les limites et difficultés exprimées, en particulier celles qui résultent des inquiétudes, quant à l'autonomie d'action et donc au pouvoir des acteurs, notamment les médecins, doivent être prises en compte pour parvenir à associer tous les personnels.

Aussi, tout l'enjeu de l'action d'une direction des soins dans ce domaine est de réussir à mobiliser autour de l'objectif « qualité » l'ensemble des personnels placés sous sa responsabilité, en utilisant les leviers managériaux à sa disposition, au premier rang desquels l'évaluation des pratiques professionnelles.

3 Troisième partie : Préconisations

Faire de l'évaluation des pratiques professionnelles un levier pour le management de l'amélioration de la qualité est une responsabilité dans laquelle la direction des soins est fortement impliquée, compte tenu de son positionnement et de son rôle dans l'organisation de l'hôpital. Il convient donc, avant de détailler des propositions d'actions, de préciser tout d'abord ce positionnement et d'analyser son rôle spécifique d'interface.

Par ailleurs, l'évaluation des pratiques professionnelles, avant d'être un outil de management, doit devenir pour les cadres hospitaliers et les équipes soignantes une démarche permanente, appuyée sur une culture partagée. Il est donc nécessaire de mettre en perspective le développement de cette culture, et de voir notamment comment les pratiques d'évaluation peuvent s'appuyer sur les méthodes de l'évaluation des pratiques professionnelles médicales.

Enfin, il sera possible d'ouvrir sur des pistes d'actions à engager par la direction des soins et plus largement par le dispositif managérial de l'hôpital.

3.1 Positionnement et rôle de la direction des soins

3.1.1 Une légitimité institutionnelle...

A l'hôpital, hormis l'évaluation des médecins, l'évaluation des pratiques de soins est coordonnée par la direction des soins, en lien avec les autres directions fonctionnelles (direction de la qualité par exemple). En effet le décret 2002-550 du 19 avril 2002, portant statut particulier du corps de directeurs des soins de la fonction publique hospitalière, précise dans son article 4 que le directeur des soins « *élabore avec l'ensemble des professionnels concernés le projet de soins, le met en œuvre par une politique d'amélioration continue de la qualité (...)il favorise le développement de la recherche, détermine une politique d'évaluation des pratiques de soins et collabore à la gestion des risques* ».

La Commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT)³⁷ (art.R.6146-50) est consultée, entre autre, sur l'organisation générale des soins ainsi que leur évaluation, l'évaluation des pratiques professionnelles, et la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins.

La direction des soins a donc, de par la réglementation, un rôle déterminant en matière de management de la qualité des soins au sein d'un établissement de santé. Afin de pouvoir assurer cette mission, elle doit disposer d'outils méthodologiques lui permettant de mener une politique de soins pertinente et adaptée aux réalités de l'établissement dans lequel elle exerce.

3.1.2 Complétée d'une légitimité managériale...

Au delà de la réglementation, le directeur des soins dispose d'une légitimité managériale liée à son positionnement et à sa spécificité au sein de l'équipe de direction, à laquelle il apporte sa valeur ajoutée propre, tout particulièrement dans le domaine du management de la qualité : issu des services de soins de par son parcours professionnel, et seul dans ce cas au sein de la direction (en dehors du président de la CME), il est plus que tout autre acteur au croisement des logiques soignantes, administratives et économiques.

Il est ainsi tout particulièrement à même de porter les démarches transversales, qui sont au cœur du management de la qualité, de les enrichir, de les faire comprendre et relayer par les équipes soignantes. En effet, son rôle hiérarchique sur les cadres, et à travers eux sur l'ensemble des équipes soignantes, lui permet de mettre en œuvre concrètement des décisions de direction en s'appuyant sur l'encadrement et en liaison avec les autres directions fonctionnelles, en particulier en matière de gestion des compétences et des qualifications, de l'organisation des soins, et plus largement de la maîtrise et de l'amélioration de la qualité des soins.

Il est par ailleurs en situation de coordination avec le corps médical, le président de la CME en premier lieu, et plus largement les différents responsables médicaux, dans la gestion des ressources. Cette proximité fonctionnelle est renforcée par l'expérience

³⁷ 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 (dispositions réglementaires)

professionnelle et la formation du directeur des soins, particulièrement tournée vers le fonctionnement en réseau et la recherche de synergies.

3.1.3 Pour une légitimité d'action

La direction des soins doit compléter ces légitimités institutionnelle et managériale par une attitude d'écoute, une capacité de travail en équipe et une recherche de complémentarité avec les autres directions fonctionnelles, pour agir avec efficacité.

Forte de ces atouts, la direction des soins est alors en mesure de porter des projets transverses et notamment dans la cadre d'une politique d'amélioration de la qualité des soins. La réorganisation actuellement en cours par la création des pôles est ainsi pour elle un axe de travail privilégié puisqu'elle repose sur une restructuration plus transversale du management. En effet, la mise en place de coordonnateurs de pôle conduit à une réorganisation des responsabilités des cadres supérieurs et à la définition de missions transversales.

La préparation, la définition puis la mise en œuvre du projet de soins, en articulation avec le projet d'établissement et le projet médical, lui confère également un rôle central, au sens de lieu de rencontre et de coordination.

C'est ainsi que la direction des soins peut se constituer une légitimité d'action et se positionner au centre de groupes « projet » dans les démarches transversales comme le sont les démarches d'amélioration de la qualité des soins.

3.2 Développer une culture de l'évaluation

3.2.1 L'évaluation, au cœur de la démarche qualité

Si depuis des décennies les concepts d'assurance qualité, d'amélioration continue de la qualité ou de management par la qualité sont connus dans le monde industriel, il n'en est pas de même dans le domaine de la santé. Comme nous l'avons vu en première partie, ces démarches se sont mises en place progressivement sous la pression de l'accréditation. Des méthodologies sont proposées, notamment par l'HAS, pour conduire des actions d'amélioration au sein des établissements de santé.

Néanmoins, les enquêtes menées auprès des professionnels de santé prouvent que la perception des concepts de qualité reste floue, d'autant plus qu'ils sont parfois vécus comme remettant en cause la conception que ces professionnels se font de la qualité des soins qu'ils prodiguent quotidiennement aux patients.

Les professionnels de santé ont, de par leur éthique, un souci constant de la qualité des soins qu'ils délivrent. Mais ils prennent conscience que la succession d'actes techniques, même bien faits, n'engendre pas forcément une bonne qualité de prise en charge des patients, ni une perception positive par les patients de cette même prise en charge.

Les enquêtes menées auprès des acteurs de terrain montrent que le contrôle des protocoles et des procédures harmonise les prestations fournies et assure une plus grande égalité de traitement entre les patients, même si la multiplicité des protocoles peut parfois être une source de complexité. Une action peut d'ailleurs être conduite sur ce sujet avec les équipes médicales afin d'en limiter le nombre et surtout d'en expliquer le sens et l'intérêt pour le malade.

Les professionnels identifient l'évaluation comme allant plus loin que le contrôle car elle permet de mesurer la performance d'une prise en charge globale qui intègre à la fois les actes techniques et la prise en compte de la satisfaction de l'utilisateur, à travers notamment des pratiques d'écoute et de réponse aux attentes individuelles, ainsi que la coordination entre les différents métiers de soins (plateaux médico-techniques, services logistiques, administratifs et services de soins). Ainsi, comme nous l'avons vu en première partie, seule l'évaluation des pratiques permet de se situer sur le terrain des compétences, individuelles et collectives, et sur celui des «savoir-agir » et des «savoir-être » pour dépasser les approches strictement techniques basées sur les qualifications et les « savoir-faire » et de cette manière agir sur l'ensemble de la chaîne de soins.

C'est bien cette approche que la direction des soins doit avoir comme finalité à travers le développement d'une culture de l'évaluation, c'est à dire faire s'approprier par les équipes soignantes à la fois une conception partagée des «pratiques de références » et une capacité à situer les pratiques concrètes au regard de ces références pour en analyser les écarts, identifier les moyens de les réduire et engager des actions correctives.

Cette culture de l'évaluation, qui fait du dysfonctionnement un outil managérial, permettra de mettre en évidence le chaînage des actions, afin d'y apporter des améliorations.

3.2.2 L'indispensable mobilisation de l'encadrement

Plus que dans tout autre dimension de son activité, l'action sur l'aspect culturel, domaine des représentations et des valeurs, la direction des soins ne peut intervenir de manière directive et isolée. Elle doit s'appuyer sur l'encadrement, plus particulièrement les cadres de santé, avec lesquels elle doit construire une communauté d'action. La direction des soins a ainsi un rôle de « coaching », c'est à dire une capacité à guider les cadres en les aidant à mettre leurs actions en perspective, à leur donner du sens, en leur apportant soutien méthodologique et appui managérial.

La direction des soins doit notamment définir une politique de soins en associant les cadres, de manière à ce qu'ils se l'approprient et en partagent les finalités. En particulier, l'objectif central est l'amélioration des performances du dispositif de production des soins vers les patients. Cet objectif passe par une élévation du niveau de compétence collective des équipes, c'est à dire, comme nous l'avons vu antérieurement, par une amélioration de leur capacité à mobiliser les bonnes ressources au bon moment.

Ce « savoir agir », tel que défini en première partie, peut être favorisé par des pratiques de fonctionnement en processus ou des organisations du travail en gestion de projet. Ces modes de management ont pour finalité la recherche d'un décloisonnement et l'amélioration des interfaces. En effet, un processus se définit comme « *un regroupement cohérent d'activités, disposant de ressources, alimenté par des entrées, qui sont transformées en sorties en y apportant une valeur ajoutée pour le client*³⁸ ». Le processus décrit une prise en charge et s'attache à identifier la succession des tâches qui conduisent au résultat attendu. Il permet surtout d'identifier l'ensemble des acteurs qui interviennent et de visualiser comment les actions s'enchaînent.

Enfin, les difficultés rencontrées par les professionnels et les dysfonctionnements générés par les organisations doivent faire l'objet de questionnements et de remise en cause des pratiques afin qu'ils soient une source d'apprentissages au service de la collectivité. Cette organisation est alors « apprenante ». Le changement de culture réside dans la pédagogie de l'erreur dans un but d'amélioration constante de la qualité des prestations fournies aux patients.

³⁸ Définition de la Haute Autorité de Santé

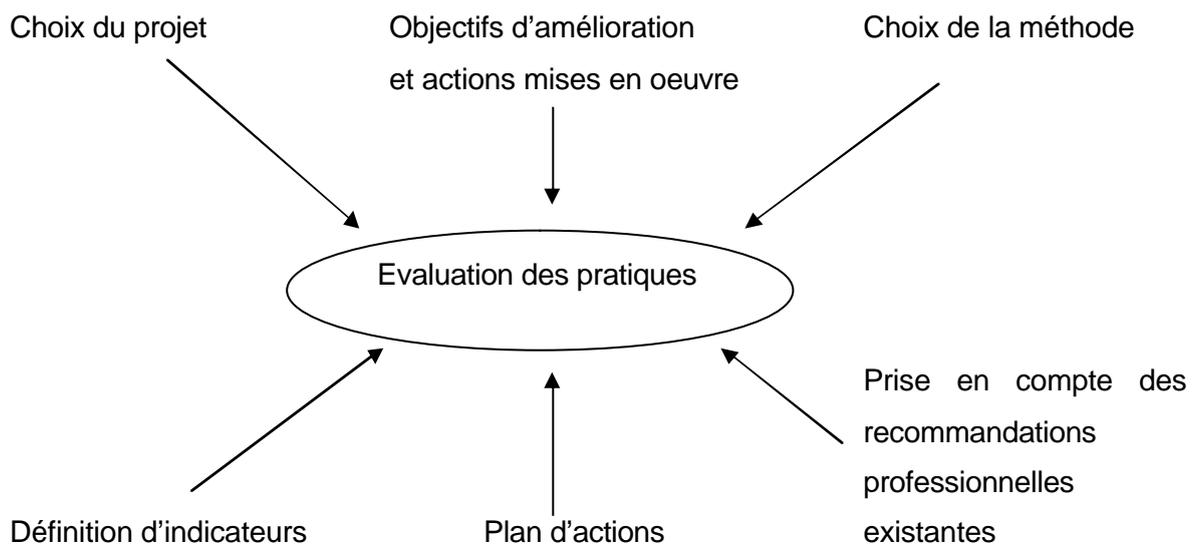
3.2.3 L'articulation avec l'évaluation des pratiques médicales

La mise en place dans les services de soins d'une démarche d'évaluation des pratiques, peut s'appuyer sur l'expérience et les méthodes développées pour les EPP médicales, qui ont un caractère obligatoire et réglementé depuis le décret n° 2005-346 du 14 avril 2005.

Pour être qualifiée d'EPP, au titre de cette obligation, une action devra satisfaire à plusieurs critères :

- la prise en compte de références validées,
- l'analyse d'une pratique,
- l'identification d'un enjeu d'amélioration de la pratique analysée,
- la mesure des résultats.

En d'autres termes, l'évaluation des pratiques professionnelles repose sur une démarche d'amélioration, selon le schéma suivant³⁹ :



La définition des actions et des programmes d'EPP sont placés sous la responsabilité de l'HAS qui détermine également les conditions d'agrément des organismes candidats pour l'habilitation des médecins concourant à l'EPP.

Il est clair que ces principes et ces objectifs sont proches de ceux à définir pour les évaluations des pratiques dans les services de soins.

³⁹ In « Contexte et enjeux de la maîtrise des risques dans le domaine sanitaire », Ed. WEKA, Décembre 2005, page 11

De même, en terme de méthodes, il est possible de s'appuyer sur les démarches d'EPP médicales pour identifier l'objectif et le type de situation auquel on est confronté. Ainsi l'HAS propose différentes méthodes d'évaluation se déclinant comme suit⁴⁰ :

OBJECTIFS	APPROCHES	METHODES UTILISABLES
Réaliser le bilan d'une pratique au regard de l'état de l'art	Approche par comparaison à un référentiel	Audit clinique Audit clinique ciblé Revue de pertinence Enquête de pratique
Optimiser ou améliorer une prise en charge ou un processus donné Maîtriser les risques d'un secteur ou d'une activité	Approche par processus	Analyse de processus Chemin clinique AMDEC ⁴¹
Traiter un dysfonctionnement Analyser et traiter des évènements indésirables	Approche par problème	Méthodes de résolution de problème Analyse de processus Revue de mortalité-morbidité Méthodes d'analyse des causes
Surveiller un phénomène important et agir en fonction du résultat	Approche par indicateur	Mise en place et analyse d'indicateurs Maîtrise statistique des processus
Implanter une démarche d'évaluation et mesurer son efficacité	Recherche évaluative	Méthodes spécifiques

- L'approche processus peut renvoyer au PDCA (plan, do, check, act), à un PAQ ou encore au chemin clinique. Il s'agit d'un premier niveau d'engagement dans la démarche qualité. Une méthode comme l'AMDEC représente un deuxième niveau

⁴⁰ Haute Autorité de santé, op. cite, page 9

⁴¹ Analyse des modes de défaillances, de leurs effets et de leur criticité

d'engagement. Le troisième niveau est atteint par la mise en œuvre de la maîtrise statistique des processus.

- L'approche par problème est plus adaptée à un groupe de professionnels au sein d'un secteur d'activité, par exemple un service clinique. On peut citer la méthode de résolution de problème et les revues de morbidité-mortalité. Il s'agit de méthodes classées dans un premier niveau d'engagement dans la démarche qualité.
- L'approche par comparaison fait appel à l'audit clinique et, plus récemment à l'audit clinique ciblé. La revue de pertinence des soins est aussi proposée par l'HAS.

Toutes ces méthodes ont fait l'objet de guides méthodologiques élaborés par l'HAS, qui sont consultables sur son site internet.

Cette politique institutionnelle des EPP a comme objectif général de mettre en cohérence les différentes démarches émanant des services cliniques et médico-techniques. Elle permet également de développer une compétence méthodologique au sein des établissements.

Elle rassemble ainsi l'ensemble des soignants qui peuvent s'approprier des méthodes pour mener à bien les projets d'évaluation dont ils ont la charge. En ce qui concerne la direction des soins, elle peut élaborer une politique de soins en s'appuyant sur ces dispositifs d'évaluation des pratiques professionnelles issus des fondamentaux de la prise en charge des patients.

En effet, l'intégration de l'évaluation des pratiques professionnelles à la démarche d'amélioration continue de la qualité vise une amélioration globale du service médical rendu au patient. Elle doit donc permettre une utilisation efficiente des ressources disponibles, aux plans humain, organisationnel, méthodologique et matériel.

L'évaluation des pratiques médicales est ainsi une opportunité :

- pour les médecins de s'impliquer dans les démarches qualité et de se les approprier,
- pour les équipes soignantes de s'appuyer sur des méthodes validées,
- pour l'ensemble de la communauté hospitalière de disposer de procédures et protocoles reconnus par tous les acteurs, et de développer ainsi une culture partagée

L'évaluation des pratiques professionnelles vue sous cet angle peut être un outil au service de démarches de soins transversales et coordonnées impliquant des métiers

divers. L'organisation des soins doit alors permettre un processus de prise en charge pluri-professionnel pour une qualité de service optimale rendue au patient. L'articulation des différentes logiques médicales et soignantes peut induire des partages d'expériences permettant de mieux répondre aux besoins des usagers. L'identification de ces champs partagés peut être, d'une part un vecteur d'évolution qualitative, d'autre part un levier de management collectif pour le directeur des soins.

3.3 Manager par la qualité

3.3.1 Définir les bénéfices attendus

Nous avons vu que l'une des conditions essentielles pour réussir une démarche qualité est justement de parvenir à impliquer les différents acteurs dans cette démarche. Pour cela, il est impératif de définir, par un travail de concertation en lien avec le projet d'établissement et le projet médical, les bénéfices que ces différents acteurs peuvent en attendre, et de communiquer sur ces bénéfices. Ceux-ci doivent être cohérents avec les attentes exprimées par les professionnels, être à la fois ambitieux et réalistes et, si possible, mesurables.

A ce stade d'analyse, il ne nous appartient pas de définir en détail ces bénéfices, puisqu'ils ne peuvent qu'émerger d'un travail collectif basé sur la réalité et les spécificités de l'établissement au sein duquel la démarche d'amélioration continue de la qualité est engagée.

Toutefois, notre expérience professionnelle et notre formation nous permettent d'identifier un certain nombre de pistes de réflexion autour desquelles le travail collectif peut s'organiser. Ainsi, nous pouvons identifier des bases de départ en fonction des différents acteurs.

Pour les professionnels de santé (médecins et équipes soignantes), il est possible de mobiliser autour :

- des résultats déjà obtenus, par exemple à l'occasion d'un précédent audit d'accréditation,
- des principes d'éthique professionnelle, notamment en matière d'information des patients et de prise en compte de l'environnement des soins apportés,

- des démarches pour viser l'excellence professionnelle (formation, protocoles, référentiels, guides des bonnes pratiques,...),
- des outils et méthodes déjà implantés dans l'établissement en valorisant les acquis qu'ils représentent.

Les attentes des patients, et plus largement de la société, doivent également être prises en compte pour mettre en valeur les bénéfices qu'ils peuvent attendre du fait que l'établissement où ils sont pris en charge s'engage dans une telle démarche. Dans les grandes lignes, ces attentes peuvent se résumer en la recherche :

- d'un climat de confiance dans le dispositif soignant,
- d'une sécurité médicale et soignante basée sur le respect des règles de l'art,
- de repères et d'informations apportés par les soignants dans la mesure où ceux-ci mettent en valeur la cohérence et la complémentarité des différentes activités.

Enfin, pour l'établissement lui-même les bénéfices peuvent être :

- de satisfaire l'attente de l'environnement social en matière de qualité et de continuité des soins en apportant la démonstration d'un engagement dans une amélioration continue de la qualité,
- de mettre en valeur l'optimisation des moyens mis à la disposition de l'hôpital, par la maîtrise à la fois de la qualité et des coûts, en particulier dans le cadre des procédures d'accréditation,
- de parvenir à une meilleure maîtrise des risques, en particulier ceux liés à la gestion des interfaces qui mobilisent plusieurs acteurs qu'il devient possible de responsabiliser.

3.3.2 Articuler les différents niveaux

Une fois les bénéfices attendus identifiés et partagés avec les acteurs concernés, la définition d'un plan d'action d'amélioration continue de la qualité doit prendre en compte les différents niveaux des actions à entreprendre, et veiller à leur cohérence, comme nous l'avons défini en première partie.

Tout d'abord, au plan stratégique, le plan d'action doit s'inscrire dans une démarche institutionnelle de l'établissement dont l'engagement doit être formalisé et communiqué. En retour, les résultats des évaluations doivent nourrir les choix institutionnels, éclairer les décisions de priorités stratégiques. Ces résultats doivent servir de repères à un suivi en

interne avec des indicateurs de mesure à la fois techniques, organisationnels et économiques.

La dimension structurelle du plan d'action est également importante, avec la création d'un « groupe projet » et la définition de l'ensemble du dispositif organisationnel qui assure la mise en œuvre de la démarche. La direction des soins a, nous l'avons vu préalablement, un rôle primordial à jouer à ce niveau.

L'aspect technique est bien sur un axe essentiel, sur la base duquel les acteurs opérationnels pourront s'impliquer avec comme objectif une meilleure appropriation des outils et méthodes (référentiels par exemple) et une amélioration de leur maîtrise.

Enfin, et peut-être surtout, ainsi que nous l'avons vu précédemment, la dimension culturelle est fondamentale, car toute démarche d'amélioration de la qualité, a fortiori appuyée sur l'évaluation des pratiques professionnelles, a pour effet une remise en question des pratiques et des habitudes, une prise de recul pour parvenir à une évaluation performantielle, un partage au sein des équipes et entre les équipes, pour améliorer les pratiques collectives de prise en charge des patients. L'enjeu est donc bien d'impulser un changement culturel, seule garantie d'une pérennité des acquis.

3.3.3 Construire un plan d'action

Il existe dans tous les services des opportunités d'amélioration de la qualité des soins qui sont repérables, soit par les déclarations de non-conformité, par les déclarations d'incidents ou par les remontées d'informations venant des patients mettant en lumière un dysfonctionnement, soit encore par l'introduction d'un changement de méthodes de travail ou d'organisation. Quelque soit l'origine des actions d'amélioration, il est de la responsabilité de l'encadrement, médical et non-médical, de s'en saisir, d'en être le promoteur et surtout d'en mesurer l'impact. L'une des personnes rencontrées durant notre enquête rappelait que « *la mesure rend humble* ». L'analyse « objective », factuelle, de mesure des écarts entre ce qui est recommandé, ce que l'on croit avoir réalisé et ce qui est réellement obtenu est indispensable pour construire une démarche d'amélioration.

A partir de ces constats au niveau des services, par l'évaluation des résultats des actions d'amélioration et par la définition d'un petit nombre d'objectifs de correction de dysfonctionnement ou d'amélioration de la qualité, il est possible de conduire sur le terrain une démarche d'amélioration continue visant à réduire concrètement le nombre et la

gravité des dysfonctionnements constatés, en capitalisant sur l'amélioration des procédures, avec un impact perceptible par les patients.

Ces pistes d'amélioration peuvent contribuer à un changement de culture passant par la modification de certaines représentations concernant le fonctionnement de l'établissement. L'appropriation progressive des démarches qualité par les acteurs peut s'appuyer sur l'identification collective de dysfonctionnements et leur utilisation comme axes de progrès plutôt que dans la recherche de leurs coupables.

A) Choisir les thèmes d'action

La direction des soins et l'encadrement pourraient certes décider à eux seuls des actions à mener, en tenant compte de la fréquence et de la gravité des dysfonctionnements constatés, de la faisabilité d'un programme de corrections. Ce serait ignorer qu'une recommandation n'est suivie que dans la mesure où les professionnels chargés de l'appliquer se la sont appropriée, et dans la mesure où ils la jugent pertinente.

L'appropriation de la démarche par l'ensemble des acteurs est donc essentielle.

Plusieurs modalités peuvent être employées pour y parvenir :

- Expression libre par l'ensemble des professionnels de thèmes d'action et leur hiérarchisation,
- Suivi des conclusions d'un audit organisationnel,
- Analyse des écarts à un référentiel de bonnes pratiques tel que le manuel d'accréditation dont la plupart des références et des critères peuvent être déclinés par service,
- Analyse d'un dysfonctionnement.

Les propositions ainsi exprimées dépendent du climat de confiance initié dans les équipes. L'encadrement médical et paramédical doit en être le garant, en ayant une politique de service basée sur le respect des professionnels, la transparence des actions menées, et en favorisant des « aller-retours » collectifs permanents entre les difficultés rencontrées et les solutions apportées.

Dans tous les cas, il convient de garder à l'esprit un certain nombre de règles :

- On ne peut retenir qu'un petit nombre d'actions à la fois, car chaque action mobilise des ressources,

- Le choix final peut être proposé par l'encadrement, mais devrait être discuté et entériné par le conseil de service, et prochainement plus largement au conseil de pôle,
- Dans l'idéal, les thèmes qui intéressent plusieurs métiers et ceux qui concernent directement les besoins propres des patients devraient être favorisés,
- La faisabilité des actions correctrices et la quasi certitude d'obtenir un résultat dans un temps court sont des éléments essentiels du choix.

Ce pragmatisme peut permettre de maintenir la motivation des soignants, essentielle pour un processus continu des démarches qualité.

B) Mener les actions

La complexité des actions à mener est variable :

- Certaines peuvent paraître simples, comme l'écriture de procédures ou de protocoles ne concernant qu'un petit nombre de professionnels (ex : procédure en cas d'arrêt cardiaque), surtout si l'on dispose de protocoles déjà publiés ou de recommandations,
- D'autres impliquent d'emblée tout un service : procédure d'hygiène, prévention de la transmission de bactéries multi-résistantes (BMR),
- D'autres enfin concernent plusieurs services (accueil et prise en charge d'un polytraumatisme).

Quel que soit le sujet, il y a là également des principes de base à respecter :

- Commencer par une recherche bibliographique sur le thème et mise à disposition de tous de la littérature,
- Compléter par une analyse du fonctionnement actuel et une recherche des dysfonctionnements.

C) Mesurer les résultats et communiquer vers les équipes

C'est une étape essentielle, car elle permet de mesurer les progrès et de maintenir la motivation. C'est dire la nécessité pour chaque action menée d'identifier un petit nombre d'indicateurs fiables et simples, pouvant être recueillis en routine :

- Certains indicateurs concernent des évènements sentinelles qui doivent amener à une analyse immédiate des causes et à des actions correctrices,

- D'autres font partie du tableau de bord du service et permettent de mesurer les efforts accomplis (ex : infections nosocomiales, transmission de BMR),
- La plupart sont ad hoc et permettent de s'assurer de la réalité de l'amélioration du fonctionnement.

Enfin, la communication régulière des résultats et des avancées est essentielle. De plus, la mise à disposition de la communauté hospitalière des procédures validées permet d'harmoniser les pratiques de soins et ainsi de garantir une équité de traitement des patients.

D) Une démarche soutenue par la direction des soins

L'enquête de terrain a montré que la réussite des démarches qualité repose sur l'adéquation entre les attentes institutionnelles et celles des professionnels de terrain. Les priorités d'actions qualité du projet de soins doivent en tenir compte. La politique de soins pour l'amélioration des pratiques menée par la direction des soins doit viser à :

- Valoriser les actions menées ainsi que les personnes qui donnent du temps à la qualité,
- Communiquer sur les résultats, les améliorations, les bénéfices,
- Articuler les actions menées avec le corps médical dans une même logique de service rendu aux patients,
- Favoriser les formations d'évaluation des pratiques (audits par exemple).

La direction des soins dispose d'outils managériaux pour mobiliser l'encadrement, et au-delà, l'ensemble des équipes soignantes et valoriser ainsi les personnes impliquées. Le dispositif des entretiens annuels d'évaluation, qui doivent intégrer la dimension qualité et assurer sa déclinaison à tous les niveaux de l'organisation, peut en particulier y contribuer.

A plus long terme, un travail concerté avec la direction des ressources humaines doit être mené sur la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences afin de nourrir le projet social de l'hôpital en intégrant les résultats de la démarche qualité.

Enfin, riche de sa formation et de ses réseaux, la direction des soins doit maintenir une « veille technologique » sur les outils et méthodes de la qualité appliquée à l'hôpital et entretenir un « benchmarking » régulier sur les pratiques d'autres établissements.

CONCLUSION

L'objectif d'un management par la qualité est de parvenir à ce que le concept d'amélioration continue de la qualité sorte du flou dans l'esprit des acteurs pour être compris comme une démarche d'organisation. Améliorer la qualité consiste à s'appuyer sur une culture partagée au sein des services de soins, qui corresponde aux valeurs des professionnels de santé (rigueur, progrès,...), et dont l'objectif soit de répondre toujours mieux à l'ensemble des besoins des patients. Comme toute organisation, elle suppose une définition stratégique, des moyens, des méthodes. Elle n'est possible que si l'encadrement des services est très impliqué, et si les personnels soignants et non soignants partagent ces valeurs. Elle ne s'implantera durablement que si l'hôpital et les tutelles reconnaissent cette priorité et valorisent les actions menées.

La direction des soins, dans son domaine de compétence, et associée aux autres directions fonctionnelles de l'hôpital, joue un rôle déterminant dans la réunion des conditions de la réussite. D'elle dépendent notamment la définition d'un projet de soins articulé avec le projet d'établissement et le projet médical, la participation active de l'encadrement et des équipes soignantes, la coordination des actions transverses, la recherche d'une liaison étroite avec le corps médical.

Au-delà de ces responsabilités opérationnelles, c'est par une action à long terme sur la dimension culturelle que la direction des soins pourra aider les équipes soignantes à progresser, collectivement et individuellement : l'amélioration de la qualité des soins produits étant alors une résultante de l'élévation des compétences, par un « savoir-agir » et un « savoir-être » en phase avec les attentes des patients.

La mise en œuvre de l'évaluation des pratiques professionnelles dans les services de soins peut fortement contribuer à cet objectif. En effet, la démarche d'EPP, parce qu'elle s'appuie sur l'expérience concrète des personnels et leurs interactions, qu'elle vise à mobiliser les acteurs sur la compréhension des dysfonctionnements et l'identification des pistes de progrès, permet à la fois de mettre les équipes en situation d'intervenir sur les pratiques proprement dites, et de les conduire à modifier leurs représentations. C'est ainsi que les EPP, par leur impact sur la dimension culturelle, sont un levier potentiellement puissant pour construire une politique pérenne d'amélioration de la qualité des soins.

Bibliographie

TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES

REPUBLIQUE FRANCAISE, 1991. Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière. *Journal officiel de la République Française*, n° 179 du 2 août 1991

REPUBLIQUE FRANCAISE, 1998 . Loi du 1er juillet 1998 relative au renforcement de la veille sanitaire et du contrôle de la sécurité sanitaire des produits destinés

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

REPUBLIQUE FRANCAISE, 2004. Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. *Journal officiel de la République Française* , n° 190 du 17 août 2004

REPUBLIQUE FRANCAISE, 1996. Ordonnance n° 96-346 relative à la réforme de l'hospitalisation publique et privée. *Journal officiel de la République Française*, n° 98 du 25 avril 1996

REPUBLIQUE FRANCAISE, 1996. Ordonnance n°96-345 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins du 24 avril 1996

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*, n° 206 du 6 septembre 2003

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*, n° 102 du 3 mai 2005

REPUBLIQUE FRANCAISE, 2002. Décret 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeurs des soins de la fonction publique hospitalière. *Journal officiel de la République Française*, n° 95 du 23 avril 2002

REPUBLIQUE FRANCAISE, 2005. Décret n°2005-346 du 14 avril 2005 relatif à l'évaluation des pratiques professionnelles. *Journal officiel de la République Française* n°88 du 15 avril 2005

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 et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires). *Journal officiel de la République Française*, n° 301 du 28 décembre 2005

REPUBLIQUE FRANCAISE, 2005. Décret n° 2005-444 du 10 mai 2005 relatif à la composition des conseils exécutifs et aux mandats des responsables de pôle d'activité clinique et médico-techniques. *Journal officiel de la République Française*, n° 108 du 11 mai 2005

REPUBLIQUE FRANCAISE, 2005. Décret n° 2005-421 du 4 mai 2005 portant diverses dispositions relatives au fonctionnement des établissements publics de santé et modifiant le code de la santé publique (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat). *Journal officiel de la République Française*, n° 104 du 5 mai 2005

OUVRAGES :

BERNOUX P. Sociologie du changement dans les entreprises et les organisations. Paris : Editions du Seuil, 2004

BLANCHARD-LAVILLE C. L'analyse des pratiques professionnelles. Paris : Edition L'Harmattan, 1996

BOUVIER A. Management et sciences cognitives. Paris : Collection Que sais-je. PUF. 2004. n° 3711

CROZIER M, FRIEDBERG E. L'acteur et le système. Paris : Editions du Seuil, 1977

FRIEDBERG E. L'analyse sociologique des organisations. Paris : Revue POUR, 1972

GRIMAUD D. La qualité en santé . Revue épidémiologique de santé publique. Paris : Edition Masson, 2005

LAFAYE C. Sociologie des organisations. Paris : Edition Armand-Colin, 2005

LE BOTERF G. De la compétence-Essai sur un attracteur étrange : Les Editions d'Organisation, Paris.1994

LE BOTERF G . Construire les compétences individuelles et collectives : Les Editions d'Organisation. Paris, 2000

LEVY-LEBOYER C. Décrire, définir et recenser les compétences : Actualité de la formation permanente n°186 .Septembre-Octobre, 2003

MAGUEREZ G. L'amélioration rapide de la qualité dans les établissements sanitaires et sociaux : Editions de l'ENSP, 2005

ARTICLES:

BEILLEROT J. L'analyse des pratiques professionnelles : pourquoi cette expression ? Cahiers pédagogiques, septembre 1996, n°346

FRANCOIS P, POMEY M.P. Implantation de la gestion de la qualité dans les hôpitaux français, jeux d'acteurs et transformations induites. Revue épidémiologique de santé publique . Paris : Edition Masson, 2005

GRENIER-SENNEЛИER C, CORRIOL C, DAUCOURT V, et al. Développement d'indicateurs de qualité au sein des établissements de santé : le projet COMPAQH. Paris : Revue épidémiologique de santé publique. Edition Masson. 2005

LE BOTERF G. Gestion des compétences : définition, nécessité, faisabilité...Gestions hospitalières, décembre 2005, n°451

LOIRAT P, VINATIER.I, REYNAERT.D, Qualité : du concept à la pratique . Suresnes .Service de réanimation. Hôpital Foch.

DOCUMENTS DIVERS

Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, Evaluation d'un programme d'amélioration de la qualité, « Les enseignements de 60 projets dans les établissements de santé français » avril 1999

Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé , Direction de l'accréditation et de l'évaluation des pratiques, Manuel d'accréditation des établissements de santé, deuxième procédure d'accréditation, septembre 2004

Haute Autorité de santé, «L'évaluation des pratiques professionnelles dans le cadre de l'accréditation des établissements de santé », juin 2005

Haute Autorité de santé, « L'audit clinique ciblé, méthode d'évaluation des pratiques professionnelles » mai 2005

Haute Autorité de santé, Communication relative à l'évaluation des pratiques professionnelles. Juin 2005, mars 2006

Haute Autorité de santé, dossier de presse « Evaluation des pratiques professionnelles. Mise en œuvre et perspectives. juin 2005

La revue de l'encadrement et de la formation. Dossier « L'évaluation des pratiques professionnelles ». Soins cadres, mai 2006, n°58

Mémoire de l'Ecole Nationale de Santé Publique : Géraldine Drevet « La gestion des compétences comme levier stratégique de performance économique et sociale : un enjeu pour le directeur des soins » Promotion 2004

Mémoire de l'Ecole Nationale de Santé Publique : Christophe Guénot « L'amélioration continue de la qualité : un enjeu managérial pour le directeur des soins» Promotion 2005

SITE INTERNET

Site internet : <http://www.has-sante.fr>

Annexe

Annexe I: GUIDE D'ENTRETIEN

Guide d'entretien

Thème 1 : Le contrôle et l'évaluation

Pouvez vous me parler du contrôle qui est fait dans votre travail ?

Quels sont les supports de contrôle mis en place dans « vos » services ?

Quelles sont pour vous les finalités du contrôle ?

Que représente pour vous l'évaluation dans votre domaine professionnel ?

Quels types d'évaluation sont réalisées ?

Quelles sont pour vous les finalités de l'évaluation ?

Thème 2 : La qualité à l'hôpital

Pouvez vous me parler des démarches qualité en cours dans votre établissement ?

Quel a été votre degré d'implication dans ces démarches ?

D'après vous, quels ont été les impacts de l'accréditation ?

Thème 3 : L'évaluation des pratiques professionnelles

Que pensez vous des évolutions des pratiques professionnelles dans votre domaine de compétences ?

Quels sont les outils mis en place dans l'établissement pour évaluer les pratiques ?

Les EPP ont-elles été pluridisciplinaires ?

Thème 4 : Le management de la qualité

Qu'est ce qui contribue pour vous au maintien ou à l'amélioration des compétences professionnelles ?

Quels sont les leviers managériaux qui sont utilisés pour améliorer les pratiques de soins ?