



EHESP

Directeur des Soins

Promotion : **2008**

Date du Jury : **Septembre 2008**

**GARANTIR DES SOINS DE QUALITE,
UNE DEMARCHE MANAGERIALE POUR
LE DIRECTEUR DES SOINS.**

Philippe LE DORTZ

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier l'ensemble des professionnels qui ont accepté de répondre à mes questions et qui m'ont, ainsi, apporté leur concours et leur professionnalisme sans lesquels ce travail n'aurait pu aboutir.

Je tiens également à remercier les directeurs de stage qui m'ont permis, de par leur organisation, de mener à bien les entretiens.

Je tiens ensuite, à remercier le directeur de filière et l'ensemble de l'équipe pédagogique de l'EHESP pour l'aide et l'accompagnement proposés durant tout le cursus de formation.

Je tiens à remercier Hervé, pour son soutien constant et ses encouragements...

Un grand merci à :

- Manuelle, Marie-Claire et Jean-François, pour leur amitié nouvelle et précieuse...
- Marie-Thérèse, Karine et Elisabeth, qui ont été présentes lorsque le besoin s'est fait ressentir...
- Nicolas, qui a accepté d'étayer et d'enrichir ma recherche.

Sommaire

Introduction	1
1 Mesurer la qualité des soins par le management à l'hôpital.....	5
1.1 La qualité par le management : une histoire d'intégration, de démarche participative, de cohérence de projet.....	5
1.2 La mesure de la qualité des soins, une occurrence favorable aux pratiques soignantes.	8
1.3 La politique qualité, pierre angulaire de la pérennisation de la qualité.....	10
2 L'enquête sur le terrain.	13
2.1 Méthodologie utilisée.....	13
2.2 Résultats de l'enquête.	14
2.3 Une analyse des hypothèses retenues.....	23
3 La stratégie du directeur des soins pour garantir une qualité des soins. ...	27
3.1 Le positionnement du directeur des soins.....	27
3.2 Le développement d'une culture de l'évaluation.	28
3.3 L'indispensable mobilisation de l'encadrement.	30
3.4 Le choix d'un outil d'évaluation de la qualité des soins.....	32
Conclusion.....	35
Bibliographie	37
Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

- AAH : Attaché d'Administration Hospitalière.
- ACQS : Amélioration Continue de la Qualité des Soins.
- CS : Cadre de santé.
- CSIRMT : Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation, Médico-Technique.
- CSS : Cadre supérieur de santé.
- DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins.
- DS : Directeur des Soins.
- EdS : Etablissement de Santé.
- EQS : Evaluation de la Qualité des Soins.
- INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale.
- ISO : Organisation internationale de normalisation.
- SSR : Soins de Suite et de Réadaptation.

Introduction

La démarche continue d'amélioration de la qualité s'est développée dans le champ hospitalier ces dernières années. Les pressions réglementaires qui s'exercent sur les établissements de santé (EdS), en particulier depuis les ordonnances d'avril 1996¹ instaurant l'obligation de la procédure d'accréditation puis de certification, et la montée en puissance du droit des usagers sont les facteurs incitatifs de ce changement. Cette exigence est réaffirmée en 2004², faisant de la qualité un des outils majeurs de la régulation du système santé.

La qualité du soin ou du service offert représente un fondement de sa pratique. Bien et mieux soigner n'est pas une préoccupation nouvelle. Aujourd'hui, il ne suffit plus de bien faire, encore faut-il en apporter la preuve. Cette exigence recouvre l'ensemble des dimensions de l'hôpital, qu'il s'agisse de la production de soins proprement dite comme de la logistique ou de l'administration et du management.

Dans le cadre de mon activité professionnelle, sur des missions transversales au sein de l'établissement telles que l'évaluation de la tenue du dossier de soins, j'ai mesuré que la démarche de l'évaluation des pratiques est récente pour les professionnels de santé. La réalisation parfois difficile de l'évaluation des soins, les plans d'amélioration de ces derniers et une participation réduite du corps médical et du corps soignant traduisent des phénomènes de résistance à l'introduction des méthodes et des outils de la mesure de la qualité. L'évaluation reste encore vécue comme un regard extérieur ou hiérarchique et ressentie comme une contrainte ou une obligation supplémentaire. Elle n'est en général pas perçue en tant que possibilité de valorisation de son activité ou d'une reconnaissance du travail. J'ai pu constater, un réel engagement du personnel soignant lors de la phase d'auto-évaluation de l'accréditation (V1), suivi d'une démobilisation après la visite des experts. Ceci me laisse à penser, que dans certains établissements, la vision globale et objective de la qualité des soins dispensés n'est pas l'assurance d'une évaluation continue des soins.

¹ Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.

² Loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, et son décret d'application : décret n°2005-346 du 14 avril 2005 relatif à l'évaluation des pratiques professionnelles.

Si personne ne conteste la nécessité d'introduire des processus de gestion de la qualité dans les EdS, les démarches qualité s'implantent lentement dans les hôpitaux. Le passage d'une dimension implicite et individuelle d'offrir au patient une prestation de soins de qualité nécessite de fournir la preuve explicite et collective d'une qualité des soins. Cette dernière interroge la culture, les habitudes et les comportements de tous les acteurs hospitaliers.

Une étude menée par la DHOS³ en 2003 montre que si certains EdS se sont investis dans une démarche qualité autour d'une formalisation des pratiques, il n'y a pas eu pour autant de changement organisationnel. Plusieurs éléments de cette étude permettent d'affirmer que les actions d'amélioration restent fragiles et que la mobilisation des acteurs semble difficile à maintenir.

L'intérêt de la démarche qualité n'est plus à démontrer. Pour autant la gestion de la qualité des soins aux malades mérite une attention particulière. Bien que les notions de qualité, d'évaluation et de performance soient connues globalement, les outils et méthodes de mesure pour objectiver la qualité des prestations hospitalières sont peu utilisés. Il s'agit donc d'une des missions du Directeur des Soins (DS), permettant d'assurer une évaluation régulière des soins dispensés et déclenchant l'alerte d'un dysfonctionnement, entre deux démarches de certification.

La dimension transversale de la démarche qualité et des pratiques professionnelles est une opportunité pour le DS du fait de son positionnement au sein de l'établissement pour renforcer la communication entre les pôles et l'implication des acteurs, de même que dans la mise en œuvre de sa politique de soins.

Les constats initiaux, l'intérêt professionnel de la thématique et les premières informations recueillies m'ont amené à poser la question de départ suivante :

Pourquoi la pérennisation des efforts et des actions entrepris pour satisfaire à la procédure de certification est difficile à maintenir au sein d'un établissement de santé?

³ CLAVERANNE J-P., VINOT D., FRAISSE S., et al., *Les perceptions de la qualité chez les professionnels des établissements de santé*. Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées. DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins, avril 2003. 17 p.

Pour tenter d'apporter une réponse à cette question de départ, j'ai retenu deux hypothèses explicatives dont il s'agira de tester la pertinence.

1) Parce que la phase d'appropriation du développement de la culture qualité au sein de l'établissement est un frein à la pérennisation de la démarche ;

-le travail en équipe et le management des cadres par le DS ne permet pas l'émergence d'une culture qualité,

-la stratégie adoptée pour maintenir la dynamique de l'évaluation continue de la qualité des soins est inefficace,

2) Parce que l'évaluation n'est pas encore considérée comme une partie intégrante du processus de soins :

-le management ne prend pas suffisamment en compte le contrôle et l'évaluation,

-les outils d'évaluation continue de la qualité des soins sont inexistantes, ou s'ils existent, leur maîtrise est insuffisante.

La suite de mon travail consiste à répondre à cette question et explorer les hypothèses retenues en articulant ma réflexion autour de trois axes qui seront constitutifs de ce travail de recherche.

J'explorerai dans une première partie la dynamique de la mesure de la qualité des soins par le management, et le levier stratégique que constitue cette dynamique. La seconde partie sera consacrée à la réalisation et à l'analyse des résultats issus de l'étude des projets et de l'enquête menée, dans deux établissements, auprès des professionnels directement concernés par la thématique de la démarche qualité. La troisième partie abordera sur la base des éléments contextuels et de l'analyse des résultats de l'enquête les enseignements et les perspectives ouvertes pour la fonction de Directeur des Soins.

1 Mesurer la qualité des soins par le management à l'hôpital.

La qualité dans un EdS renvoie à une série de concepts et de mécanismes : l'art est de pouvoir trouver un compromis entre les deux. Les différentes représentations de la qualité que s'en font les professionnels nécessitent de s'interroger sur la complexité managériale de sa mise en œuvre. La mesure de la qualité des soins peut ainsi devenir le fil conducteur d'une amélioration continue de la qualité des soins dispensés aux usagers.

1.1 La qualité par le management : une histoire d'intégration, de démarche participative, de cohérence de projet.

L'organisme ISO⁴ définit la **qualité** comme « *l'ensemble des caractéristiques d'une entité qui lui confère l'aptitude à satisfaire des besoins exprimés et implicites* »⁵. Et plus récemment enrichie par « *l'obtention de la satisfaction durable du client, en répondant à ses besoins et attentes, au sein d'un organisme s'engageant à améliorer constamment son rendement et son efficacité* »⁶. Dans ce contexte, il apparaît d'emblée que le développement de l'amélioration continue de la qualité des soins doit répondre à une double exigence. La première est la responsabilité éthique de tout professionnel de contrôler sa pratique, de garantir la qualité du service qu'il offre et de s'engager dans un processus de formation continue afin d'être en phase avec les avancées scientifiques⁷. La seconde exigence repose sur des considérations organisationnelles et socio-économiques de l'offre de soins. Cependant, selon A.DONABEDIAN⁸, il n'existe pas de consensus véritable pour définir le concept de qualité de façon opérationnelle. La qualité peut-être vue différemment par une multitude d'acteurs que sont les professionnels, les patients, leurs proches, l'administration, voire mêmes les tutelles et organismes payeurs. « *Au moment d'un même épisode de soins, la qualité pourra être appréciée différemment selon qu'elle est perçue au travers des prismes individuels du médecin, de l'infirmier ou du patient. De plus elle peut prendre en considération une personne, un groupe d'individus, un service voire même l'établissement lors des procédures de certification* ».

⁴ ISO : L'Organisation internationale de normalisation (*International Organization for Standardization*), est un organisme de normalisation international composé de représentants d'organisations nationales de normalisation de 158 pays

⁵ LECLET H., VILCOT C., *Qualité en santé : 150 questions pour agir* : AFNOR, 1999, p 464. Une entité peut-être à la fois une activité ou un processus, un produit, un organisme, un système ou une personne, ou encore une combinaison de l'ensemble de ces éléments.

⁶ REYES L., *Histoire, principes et concepts des démarches qualité en établissement de santé*, Paris, 2003.

⁷ Décret n°2002-194 du 11 février 2002 maintenant abrogé et intégré dans la nouvelle partie réglementaire du code de santé publique, par le Décret 2004-802 du 29 juillet 2004 modifié.

⁸ DONABEDIAN A., *Evaluating the quality of medical care*. Milbank memorial fund quarterly, 1996, n°44, pp. 166-206.

La qualité est donc un concept multiforme et multidimensionnel, une notion dynamique dont la mise en œuvre nécessite une réflexion managériale.

Une démarche qualité est une « façon d’agir » dans le domaine de la qualité. Selon l’AFNOR⁹, une démarche qualité est « *l’ensemble des méthodes, des techniques et des actions managériales que mène l’établissement de santé pour gérer la qualité de ses prestations dans le but de satisfaire ses clients, d’assurer sa pérennité et de se développer* ». Il existe plusieurs approches possibles en matière de démarche qualité (le contrôle qualité, l’assurance qualité), mais celle qui semble essentielle pour cette thématique est l’amélioration continue de la qualité. Ce concept repose sur l’idée que la qualité peut-être continûment améliorée en utilisant des techniques fiables pour étudier et perfectionner un processus. Cela suppose que la qualité ne s’obtient pas uniquement par l’inspection et l’élimination des problèmes.

J’ai choisi, dans le cadre de mon mémoire professionnel, de me centrer sur l’amélioration continue de la qualité des soins, car elle correspond à une démarche progressive incluant un management participatif, privilégiant une approche par processus.

L’ANAES¹⁰ estime que la mise en œuvre d’une démarche qualité doit s’effectuer selon quatre dimensions définies par S.SHORTELL¹¹. Ces dimensions doivent être maîtrisées pour produire un impact durable au sein d’une organisation, il s’agit des dimensions: **stratégique**, technique, structurelle, culturelle¹². Ces quatre dimensions sont indispensables et indissociables. Si la dimension stratégique est négligée, il n’y aura pas de résultats significatifs sur les sujets essentiels. Si la dimension culturelle est occultée, les résultats seront faibles, sans pérennisation. L’absence de prise en compte de la dimension technique suscitera frustration et faux départs. Enfin, taire la dimension structurelle ne permet pas de capitaliser et d’étendre les apprentissages.

Les actions d’amélioration seront conduites selon le principe du cycle de Deming¹³:

- Plan (**prévoir** : ce que l’on va faire),
- Do (**Faire** : ce que l’on a prévu),
- Check (**Vérifier** : ce qui est réellement fait),
- Act (**Corriger** : les éventuels écarts).

Il s’agit d’un cycle visant l’amélioration continue du système et de ses résultats.

⁹ LECLET H., VILCOT C., *Qualité en santé : 150 questions pour agir* : AFNOR, 1999, p 445.

¹⁰ ANAES : Agence Nationale d’Accréditation et d’Evaluation des Soins. *Principes de mise en œuvre d’une démarche qualité en établissement de santé*. Paris, 2002. 77P.

¹¹ SHORTELL Stephen M., Dean and Professor, Health Policy and Management, Professor of Organization Behavior in University of California, Los Angeles.

¹² Annexe n° 1.

¹³ William Edwards Deming (1900-1993) était un statisticien, professeur, auteur, conférencier et consultant américain.

Sur la base de ce principe, l'objectif de progrès est rendu permanent avec une vision d'avenir.

Le management de la qualité se définit par une méthode qui consiste à prévoir et écrire ce que l'on fait, faire ce qui est écrit, vérifier, contrôler et enfin corriger les écarts pour améliorer. Ce management est un des aspects de la qualité d'un EdS au même titre que le management des ressources humaines, de la logistique, des affaires médicales. Il paraît donc intéressant de situer la qualité non pas en terme de nouveauté pour le management des EdS mais plutôt dans la continuité d'une culture de projets qui prenait déjà en compte une recherche de la qualité des soins. La dynamique qualité est synonyme de dynamique de projet et de progrès. Elle engage l'ensemble des acteurs dans un double mouvement d'analyse et de projection de l'organisation hospitalière. Il ne peut y avoir de véritable démarche qualité sans qu'elle ne soit intégrée dans un projet global institutionnel. Pour que la conduite d'un projet qualité soit efficace, C.PANCHAUD¹⁴, pense qu'il est nécessaire de respecter trois principes essentiels que sont « *l'intégration du projet qualité dans une dimension institutionnelle, la nécessité d'une démarche participative et enfin la cohérence du projet avec le fonctionnement de l'hôpital* ». Ces trois principes semblent faire écho aux quatre dimensions de S.SHORTELL reprises par l'ANAES dans ses « principes de mise en œuvre d'une démarche qualité en établissement de santé ».

La difficulté à laquelle se heurte un projet qualité réside, parfois, dans le conflit de posture qui oppose les personnes et l'organisation. Il convient de préciser qu'on ne manage pas la qualité mais des personnes en vue d'améliorer la prestation de soins aux malades. Selon B.STENIER¹⁵, « *un dirigeant ne peut se satisfaire des sources de pouvoir tels que la hiérarchie, le savoir et l'expertise* ». Le management devient l'art de trouver des compromis entre les objectifs de la personne et ceux de l'organisation.

Cependant, le manager est responsable de la pérennité de « son » organisation, conditionnée par son bon fonctionnement et les personnes qui y travaillent. Le management devient alors une affaire de compromis, de contrat, soumis à la liberté relative des personnes et au rapport de pouvoirs du moment. Il n'y a donc pas une solution mais des solutions sans cesse à inventer. Là se situe l'opportunité de saisir la diversité de la perception de la qualité pour mobiliser les personnels et les engager dans des actions innovantes en matière d'amélioration continue de la qualité des soins. M.CROZIER¹⁶ estime que la mission des responsables est de créer des conditions

¹⁴ PANCHAUD C., *La qualité des soins infirmiers*, 1999.

¹⁵ STENIER B., *Adopter l'attitude coach ! Soins cadres*, août 2004, n°51, pp.70-71.

¹⁶ CROZIER M. *L'entreprise à l'écoute. Pour apprendre le management post-industriel*. Paris : Le Seuil, 1989, 279p.

nécessaires pour que les personnes se motivent elles-mêmes, avec simplicité, avec un principe d'autonomie, avec une même culture. La culture étant pour ce dernier l'ensemble des valeurs, des principes qu'une entreprise propose à ses salariés de partager.

Evoquer le management par la qualité conduit à soumettre aux personnes les contraintes et exigences de l'organisation pour aller vers une collaboration dont la base est un compromis temporaire et le résultat un succès provisoire.

1.2 La mesure de la qualité des soins, une occurrence favorable aux pratiques soignantes.

Pour W. HESBEEN¹⁷ « *le soin est l'attention positive et constructive portée à quelqu'un dans le but de réaliser quelque chose avec lui ou pour lui* ». Aborder la qualité du soin ne se cantonne pas à un acte circonscrit mais constitue une approche holistique de la personne soignée. Le soin n'est pas la somme d'actes fragmentés, certains techniques, certains de base, certains éducatifs et d'autres relationnels. Une fois posée l'acceptation du soin et du prendre soin, il convient de s'interroger sur les moyens mis en œuvre au fil du temps pour en apprécier la qualité, par **l'évaluation**.

R.GRENIER¹⁸ estime qu'« *évaluer la qualité des soins infirmiers consiste à comparer de façon objective la réalité des soins infirmiers avec des normes et critères acceptés. Elle porte essentiellement sur les activités reliées aux soins ou sur les résultats des soins dispensés* ». A. DONABEDIAN¹⁹ a énoncé les bases conceptuelles en distinguant trois niveaux d'analyse : les structures, les procédures et les résultats des soins. « *La qualité des soins et des services est essentiellement un lien que l'on cherche à établir entre des éléments de structure ou conditions, des processus ou façon de faire, et des résultats qui se concrétisent dans des mesures de santé et...doivent se référer aux consommateurs desservis ou susceptibles de l'être* ». La structure étant le regard porté sur l'organisation et le fonctionnement de l'unité de soins, le processus : l'observation des pratiques professionnelles en soins et les résultats : le recueil des perceptions et bénéfiques ressentis et exprimés par la personne soignée.

¹⁷ HESBEEN W. *La qualité du soin infirmier : penser et agir dans une perspective soignante*. Paris : Masson, 1998. 207 p.

¹⁸ GRENIER R. et al. *Normes et critères de qualité des soins infirmiers*. Montréal : Décarie. 1989.221 p.

¹⁹ DONABEDIAN Avedis in Brunelle Y., *La qualité des soins et des services : un cadre conceptuel*, Collection Etudes et Analyse, Ministère de la santé et des services sociaux du Québec, février 1993.

E. MINVIELLE²⁰ a également proposé une définition de la qualité relevant à la fois de la performance de la structure et de celle des professionnels de santé. Cette dernière est composée d'une dimension technique et d'une dimension relationnelle. La première est liée aux connaissances scientifiques et à l'expérience de professionnels, la seconde met en valeur son caractère empathique dans la relation avec le patient.

L'évaluation continue de la qualité des soins s'intéresse plus particulièrement à l'efficience. L'adjectif « continu » est utilisé pour indiquer que l'évaluation est régulière. Aujourd'hui, l'Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) est devenue un outil incontournable de la qualité des soins au niveau hospitalier dans la mise en œuvre de la certification des EdS. Cette injonction réglementaire mise en œuvre par la HAS²¹ répond aux attentes de la population en matière de qualité des soins. La méthodologie d'une EPP est très rigoureuse : respecter les étapes du choix du thème sur des critères précis, définir l'objectif de l'évaluation, choisir la méthode d'évaluation et le cas échéant, préciser le référentiel ou le construire. Ensuite, il est nécessaire de définir les acteurs impliqués, recueillir les données, établir un plan d'amélioration et définir un plan de communication. Cette rigueur méthodologique ne facilite pas l'évaluation de la qualité des soins, et mobilise difficilement les acteurs du soin.

Réglementairement, la loi du 4 mars 2002²² réaffirme les droits des patients tels que le droit à la protection de la santé et de la dignité, au respect du secret médical, à la qualité et la sécurité des soins. La loi relative à l'assurance maladie²³ incite également les professionnels à s'évaluer et pousse ainsi au mouvement de l'amélioration de la qualité des soins. Malgré ce cadre législatif et réglementaire, l'évaluation des soins, de la satisfaction des patients et des pratiques professionnelles a souvent été considérée comme une mode, une contrainte inutile par les professionnels de santé. Par conséquent les évaluations se sont développées avec lenteur dans les établissements de santé. De plus, cette nouvelle activité fut considérée à tort comme outil exclusif de maîtrise des coûts.

Le décret du 19 avril 2002²⁴, dans son article 4, stipule que **le Directeur des Soins** « *élabore avec l'ensemble des professionnels concernés le projet de soins, le met en œuvre par une politique d'amélioration continue de la qualité (...) Il favorise le*

²⁰ MINVIELLE E., Les démarches Qualité à l'hôpital : historique, les différentes approches et référentiels, congrès « *La chaîne de la qualité dans le secteur de la santé* », séance plénière-panorama de l'avancement actuel des démarches qualité dans le secteur de la santé, Ecole du service de santé des Armées-Lyon/Bron, 21 novembre 1995.

²¹ HAS. L'évaluation des pratiques professionnelles dans le cadre de l'accréditation des établissements de santé, direction de l'accréditation et de l'évaluation des pratiques. Paris, juin 2005, p47.

²² Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

²³ Loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

²⁴ Décret n°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeurs des soins de la fonction publique hospitalière.

développement de la recherche, détermine une politique d'évaluation des pratiques de soins et collabore à la gestion des risques ». Une dimension importante du métier de DS consiste à gérer et garantir une organisation des soins performante. Il apparaît donc clairement que le DS a un rôle déterminant en matière de politique de soins et de qualité des soins, tant dans son élaboration, dans son organisation que dans son suivi. Il a un rôle majeur dans le management de la qualité des soins au sein d'un EdS. Pour assurer ces missions il doit disposer d'indicateurs lui permettant de mesurer la qualité des soins afin d'établir des priorités d'actions. Cela lui permet donc d'établir une politique d'évaluation des pratiques de soins et de collaborer à la gestion des risques. Pour cela il devra disposer d'un tableau de bord sur lequel il pourra s'appuyer pour prendre des décisions.

1.3 La politique qualité, pierre angulaire de la pérennisation de la qualité.

La conduite d'une démarche d'amélioration continue de la qualité et la mise en œuvre coordonnée de l'évaluation des soins, nécessitent une politique et une stratégie déclinées au plus haut niveau de l'établissement. S'engager dans une démarche qualité est source de réflexion sur les enjeux et sur les résultats attendus.

La politique qualité est le résultat de la réflexion sur l'intérêt de la démarche qualité, ses objectifs prioritaires et les modalités de sa conduite. La politique qualité est définie par l'AFNOR²⁵ comme « *les orientations et objectifs généraux d'un organisme, concernant la qualité, tels qu'ils sont exprimés formellement par la direction au plus haut niveau. La politique qualité est un élément de la politique générale et est approuvée par la direction au plus haut niveau* ».

La politique qualité résulte de la réflexion sur l'intérêt de la démarche qualité, ses objectifs prioritaires et les modalités de sa conduite. L'engagement dans une démarche qualité nécessite donc une réflexion sur les enjeux et sur les résultats attendus. Le projet d'établissement et les différents projets dont il est constitué, attestent, affirment et témoignent ainsi du niveau de développement de la culture qualité.

Dans Le projet de soins, partie intégrante du projet d'établissement, le DS décline et propulse le développement de la culture qualité à travers des plans d'actions réalistes fondés sur le bon sens, sur un management adapté et sur la responsabilisation des acteurs : le savoir s'informer, le savoir faire et le savoir décider.

²⁵ Association Française de Normalisation. Management de la qualité en santé. AFNOR. 2000. P36.

Le DS doit être le garant de l'amélioration continue de la qualité conformément au décret.

Si la culture d'entreprise est indispensable à la production d'un projet, **la stratégie** est une dimension tout aussi cruciale. La stratégie consiste à « *anticiper le devenir de l'entreprise en s'efforçant de valoriser ses potentialités au regard des demandes de l'environnement* »²⁶. Le projet d'établissement nécessite un pilotage stratégique qui consiste à conduire dans le temps un changement orienté dans un environnement de plus en plus contraignant et imprévisible, tout en mobilisant les énergies. Il est à la fois le produit d'une instance stratégique (la direction, le conseil exécutif, validé par le CA) et l'expression d'une culture de base. Il doit donner une cohérence à la vie de l'établissement et donc fournir à tous ceux qui y travaillent le moyen de donner/trouver un sens à leur activité.

De manière autonome et en regard de son décret portant statut particulier, le DS peut en toute légitimité réglementaire prendre appui sur la CSIRMT²⁷ pour décliner « la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ». Afin d'assurer pleinement ses missions, le DS élabore une politique managériale partagée avec l'encadrement.

²⁶ BOUTINET JP., *Anthropologie du projet*. PUF, Psychologie d'aujourd'hui : Paris. 6ème édition 2001, 350p.

²⁷ CSIRMT : Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et médico-technique. Décret n°2005-1656 du 26 décembre 2005.

2 L'enquête sur le terrain.

Afin d'explorer les hypothèses formulées, et faire le lien avec la stratégie du DS dans la dynamique d'amélioration de la qualité des soins, une enquête sur le terrain a été réalisée dans deux EdS. Dans cette partie j'en préciserai la méthodologie, les résultats et l'analyse.

2.1 Méthodologie utilisée.

Pour explorer les hypothèses formulées, j'ai saisi l'opportunité de mes stages de mon cursus de formation pour mener l'enquête. Deux projets d'établissements, projets de soins, projets qualité, ont été analysés avec pour objectif, de comparer le contenu, mettre en évidence les points de convergence et de divergence et observer leur complémentarité.

Seize entretiens semi directifs ont été réalisés auprès de différentes catégories de professionnels : chefs d'établissement, directeurs ou responsables qualité, DS, cadres d'unités cliniques, qualificateur ou cadres experts, infirmiers. Ils m'ont permis de confronter le regard de différents acteurs intervenant dans le management de la qualité des soins. Cette démarche avait pour objectifs de repérer les représentations de ces différents acteurs pour en déduire des stratégies managériales à mettre en œuvre par le DS. Le choix de cet outil est lié à la recherche des représentations et des valeurs des personnes interrogées concernant leur ressenti sur l'amélioration de la qualité des soins, les moyens pour y parvenir et la difficulté à mener l'évaluation à son terme ainsi que les causes qu'ils ont pu identifier. Les données recueillies assurent l'anonymat des personnes et des lieux. J'ai choisi de conserver la même grille d'entretien pour toutes les personnes interrogées, quelle que soit leur fonction et positionnement au sein de l'établissement.

Enfin, j'ai jugé opportun, ayant une hypothèse de travail centrée sur la culture, de mener mon étude dans deux établissements de statut différents : un EPS de l'APHP (CHA), un EPS situé en province (CHB) de capacité d'accueil similaire (environ 550 lits). L'objectif était de comprendre en quoi positionner la qualité dans les projets institutionnels est un élément prédictif de mise en place d'une amélioration de la qualité des soins, en quoi il influence le regard porté par les professionnels sur la dynamique qualité.

Les limites méthodologiques de l'analyse des projets montrent que deux lieux d'enquête ne sont pas représentatifs. Cependant il apparaissait essentiel de mettre en parallèle les intentions décrites dans les différents projets et la réalité des pratiques au quotidien. L'analyse thématique des projets et entretiens a permis de faire émerger des

informations riches et pertinentes avec l'objectif poursuivi dans ce travail. L'échantillon de la population très restreint situe ce travail dans un cadre exploratoire et ne permettra pas de généraliser les résultats. Néanmoins, il m'aidera à tirer des conclusions pour ma pratique professionnelle.

2.2 Résultats de l'enquête.

L'analyse des projets et des entretiens sera présentée selon « *les quatre dimensions essentielles identifiées par S.SHORTELL, pour développer une démarche qualité de manière cohérente, efficace et pérenne* »²⁸, inhérentes à la conduite de la démarche qualité. La grille d'analyse des entretiens se trouve en annexe. J'ai choisi de regrouper les idées communes aux différents acteurs interrogés tout en conservant les propos qui m'ont paru les plus significatifs, selon ce principe de S.SHORTELL.

A) La dimension stratégique.

A propos de la démarche qualité, les deux EdS en sont à des stades d'appropriation tout à fait différents. Si une réelle politique qualité est développée sur le CHB, celle du CHA se manifeste plus discrètement. L'engagement du directeur du CHB est réel, alors que celui du directeur du CHA est moins affiché. Cette différence s'exprime manifestement à travers le rôle joué par les responsables qualité dans les deux structures. Alors que sur le CHB, le rôle du responsable qualité se limite à la mise en œuvre de la politique qualité décidée en amont, sur le CHA, c'est le responsable qualité lui-même qui rappelle les enjeux de la démarche qualité : « *la pérennisation de la démarche qualité passe par l'investissement de chacun à chaque instant, le vrai moteur de la qualité est l'ensemble des acteurs du CHA, quels qu'ils soient. Développer la qualité, et faire adhérer l'ensemble des acteurs, revient à ce que nos prestations soient de qualité et que les patients aient confiance et soient satisfaits de leur passage dans nos locaux lorsqu'ils nous confient leurs prise en charge* »²⁹. Ces propos semblent relever davantage d'un directeur d'établissement que d'un responsable qualité. Cette différence est essentielle au niveau stratégique et a des répercussions fondamentales dans la mise en œuvre de la démarche et dans l'implication des professionnels.

Au niveau de la démarche qualité, les deux DS sont membres du comité de pilotage, ce qui leur permet d'intervenir au niveau décisionnel et stratégique

²⁸ ROUSSEL P., *Qualité et risques dans les établissements de santé*. Introduction à la problématique, enjeux et premiers concepts. Module « Management de la qualité et des risques dans les organisations de santé » Rennes : EHESP. Cours : filière des directeurs de soins. Année 2008.

²⁹ Projet de la cellule qualité du CHA.

Toutefois, leur rôle et leur positionnement sont totalement différents, se mesurant par leur participation à la démarche qualité. Sur le CHB, la qualité du management du DS est soulignée par le responsable qualité comme étant un facteur déterminant dans l'articulation du projet de soins et du projet qualité.

Toutes les personnes qui occupent des fonctions de direction ou transversales sur les EdS, insistent sur la nécessité de faire figurer la qualité en bonne place dans les projets institutionnels.

Pour le chef d'établissement A, le DS aura la mission d'impulser de nouvelles organisations et de pratiques, lors de la mise en place des pôles. Cependant il s'interroge sur la démarche et les personnes concernées par la mise en place d'une démarche qualité, qui aujourd'hui ne permet pas une évaluation des soins en continue. « *Il serait important que le DS porte les démarches qualité en collaboration avec l'AAH, puisque c'est lui qui a le plus de professionnels en responsabilité ayant un impact direct sur les malades* ». Il insiste sur la nécessité pour chaque cadre de l'établissement de s'impliquer à la fois dans des projets transversaux et spécifiques à son pôle, un hôpital doit afficher dans son projet d'établissement à la fois la standardisation et la personnalisation. Deux aspects à ne pas négliger dans le soin, car soigner des personnes, c'est partir du postulat que chacun est unique et différent des autres, néanmoins il faut pouvoir appliquer des procédures standardisées d'évaluation continue.

Quant au chef de l'établissement B, du fait que les directeurs adjoints n'auront plus à l'avenir seulement un champ d'exercice circonscrit mais aussi un domaine transversal, la qualité peut devenir un axe stratégique au sein d'une équipe de direction. Il estime que l'appartenance du DS au monde soignant et la reconnaissance professionnelle qui en découle fait de ce dernier la personne la plus experte pour donner des préconisations en matière de qualité et d'évaluation à l'encadrement. Son rôle est de développer la dimension de l'évaluation. Le DS le rejoint en affirmant que l'encadrement est la clé de voûte du fonctionnement de l'hôpital. Pour ces derniers, pourquoi ne pas évoquer comme levier de motivation lors de l'évaluation annuelle, l'attribution de points supplémentaires aux agents qui s'engagent dans une démarche d'évaluation continue ou qui ont mené à bien des démarches qualité ? Cette volonté institutionnelle d'aboutir peut traduire un soutien de la chaîne hiérarchique aux démarches qualité institutionnelles. L'implication de la communauté médicale est indispensable pour assurer le succès des démarches qualité.

La communication en matière qualité revêt un caractère stratégique. Les personnes interrogées insistent sur le fait que le chef d'établissement doit s'impliquer dans la démarche qualité. Il doit affirmer sa volonté d'inscrire l'établissement dans un processus d'amélioration et d'évaluation de la qualité. Il doit montrer par ses interventions

dans le comité de pilotage, dans les différentes instances ou réunions institutionnelles son soutien et sa volonté qu'elles aboutissent. Il est essentiel de présenter aux professionnels l'état d'avancement et les résultats des démarches qualité auxquelles ils prennent part. Cela représente une source de motivation, mais cette démarche doit-être relayée par l'ensemble de l'équipe de direction. La distinction entre « démarche qualité et évaluation des soins » reste difficile pour les cadres et les soignants. Les démarches qualité doivent avant tout être pragmatiques, comprises par les acteurs de terrain pour qu'ils puissent se les approprier. Pour eux, le pilotage réserve une part à l'évaluation des soins mais uniquement par les EPP que l'on réalise au moment de la certification. Ceci révèle le peu d'intérêt pour l'évaluation en continue des soins, devant être impulsé par le DS. Les thèmes les plus abordés en démarche qualité tournent toujours autour de l'information, de la communication, de la gestion des risques : les escarres, la douleur, l'hygiène des mains...

Synthèse : Les équipes de direction des deux lieux d'enquêtes sont convaincues que la qualité est une problématique stratégique, intégrée dans le projet d'établissement, impulsée par un élément déterminant qui est la communication. L'évaluation des soins quant à elle, semble être fondue dans la démarche qualité par le biais des EPP, mais n'est donc pas réalisée selon une méthodologie globale progressive et continue de progrès par la qualité.

B) La dimension structurelle.

La thématique de la qualité est un choix stratégique dans les deux EdS. Cette fonction a été confiée à un directeur (CHB), et à un AAH au CHA responsable de la direction qualité. Les deux hôpitaux ont une cellule qualité avec des missions similaires : l'accompagnement et le suivi de la démarche de certification. Pour autant, il s'avère que seules les actions correctives sont suivies et qu'il existe peu d'évaluations régulières. Le chef d'établissement du CHB, a voulu que le projet qualité ne soit pas uniquement centré sur la préparation et le suivi des démarches de certification. On y trouve aussi trois autres axes : la consolidation de l'organisation, les moyens affectés à la qualité et l'amplification des démarches qualité. Au niveau du CHA, les professionnels médicaux sont intégrés systématiquement dans toutes les démarches qualité. Cependant, la non implication du DS, procure une sensation d'isolement auprès des CS et CSS et le sentiment d'être livrés à eux-mêmes pour tout ce qui concerne les soins. Cette situation nuit selon eux à la cohérence des actions entreprises dans les démarches qualité, encore plus dans le domaine de l'évaluation des soins.

Pour être pérenne, la démarche qualité doit reposer sur un système qualité solide et fiable. Les deux EdS ont donc mis en place une structure qualité composée d'un comité de pilotage ayant un rôle décisionnel et stratégique, et une cellule ou un bureau qualité ayant un rôle opérationnel. Mais si le comité de pilotage du CHB joue pleinement son rôle, celui du CHA est plus discutable puisque l'élaboration de la politique qualité de l'établissement semble plus floue.

De plus, au CHA, les structures semblent manquer singulièrement de stabilité, entravant ainsi l'implantation de la dynamique de l'hôpital. L'établissement en est conscient car il note dès 2002 dans un document destiné à l'ANAES, que :

« Les différents changements dans l'équipe de direction et au sein du comité de pilotage ont parfois freiné la dynamique : changement de direction, changement du chef de projet ... »³⁰.

Quant à l'aspect structurel, depuis la mise en place de la nouvelle commission des soins dans les deux EdS, le projet de soins repose exclusivement sur cette structure au CHA, alors qu'il est étendu aux autres professionnels sur le CHB. Cette distinction prouve, une fois encore, la différence de management entre les deux DS : l'un voulant affirmer la place et le rôle de la CSIRMT³¹ au travers de la dissociation, alors que l'autre fait de même à travers le rapprochement des professionnels.

Certes les structures institutionnelles de la qualité ont été mises en place dans ces deux centres hospitaliers, avec la création d'un poste de qualificateur ou de cadres experts assurant la coordination. Cela constitue un réseau de correspondants et d'interlocuteurs privilégiés. Cependant, une fois passée la visite des experts de la certification, le personnel a en général le sentiment que la démarche est accomplie, voire que la qualité est un dossier achevé. D'où le regret de certains de nos interlocuteurs que la perspective d'une mise en œuvre d'une évaluation continue ne soit pas envisagée, afin de maintenir présents les objectifs d'évaluation et de politique qualité. Selon les interlocuteurs, les démarches qualité mises en action restent très locales, liées à l'initiative d'un acteur ou d'un service. Un autre constat, les leviers du changement s'appuient surtout sur la mobilisation des acteurs de l'établissement autour des problèmes mis en lumière par les réserves émises par le collège de l'accréditation, conduisant à négliger les autres volets de la démarche qualité, dont l'évaluation continue des soins. La préparation de la visite ciblée est plus souvent génératrice de changements ponctuels que d'une évolution générale et continue de la culture qualité.

Constituer des groupes de travail trop importants peut nuire à la productivité et peut

³⁰ Volet « méthodologie » à destination de l'ANAES rédigé par le CHA.

³¹ CSIRMT : Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation, Médico-Techniques. 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.

contribuer au découragement des professionnels. La structure qualité doit faire preuve de dynamisme. La composante hiérarchique est essentielle pour passer les consignes, évaluer, et donner les impulsions nécessaires au changement des mentalités. La pluridisciplinarité doit s'inscrire tant dans l'organe stratégique que dans l'organe opérationnel, ce que nous retrouvons dans les deux EdS, puisque les soignants médicaux et non médicaux, les représentants des services administratifs et logistiques, les membres de l'équipe de direction sont présents au sein de la structure qualité. Cependant, les responsables qualité accompagnant les projets en transversal restent garants de la cohérence d'ensemble et de la coordination du dispositif qualité mis en place, tout en assurant le lien entre les différents projets qualité. Leur rôle est stratégique, tout comme celui du DS, dont une des missions est l'évaluation des soins. Ces personnes doivent maîtriser la méthodologie de la démarche qualité pour être efficaces dans la conduite de projet, et ne pas s'enfermer dans la théorie. Elles doivent faire preuve de leadership et de charisme. Toutefois, le soutien tant au niveau méthodologique que « psychologique » est l'affaire des techniciens positionnés en transversal (qualiticien ou cadres experts), car ce sont eux qui, selon les cadres interrogés dans les deux ETS, apportent le plus d'appui, dans l'accompagnement des professionnels dans la conduite de projet. Peu de cadres ont reçu une formation sur la démarche qualité, d'où leur difficulté à se positionner sur le plan méthodologique tant dans la conduite de projet qualité que dans l'animation de groupe de travail au sein des unités.

Synthèse : La structuration du dispositif qualité est similaire dans les deux EdS avec une particularité pour chaque établissement : un qualiticien ou des cadres experts en soins. Ces professionnels favorisant l'intégration d'une culture qualité au sein de l'hôpital, permettent la performance des activités qualité de façon générale. Le fait de ne pas faire de la qualité un sujet particulier d'un responsable facilite la coordination de ces activités mais ne permet pas la prise en compte de l'évaluation en continue, puisque en termes de soins, les thèmes d'ordre administratif ou de gestion sont peu évalués.

C) La dimension technique.

Les deux EdS ont adopté une méthodologie spécifique pour conduire leur démarche qualité. Cependant, si celle du CHB semble performante, celle du CHA a fait apparaître beaucoup d'incertitudes, et cela dès l'entrée de l'établissement dans la démarche, malgré un accompagnement par un organisme de formation. Ce défaut de méthodologie est particulièrement visible sur la construction du plan d'actions. En effet, le projet amélioration qualité du CHA a été modifié à quatre reprises en quatre ans. De ce fait, les actions se succèdent les unes aux autres sans évaluation et sans véritable cohérence. Le

rapport d'accréditation note d'ailleurs : « *de nombreuses actions d'amélioration existent. Elles méritent d'être connues, diffusées et coordonnées afin d'améliorer le caractère transversal de la démarche* »³². Ce défaut de structure et de méthodologie retire de la crédibilité à la démarche et à des répercussions sur la mobilisation du personnel de l'établissement.

Le projet de soins a été élaboré dans les deux EdS, selon une méthodologie spécifique, sans que des problèmes particuliers n'aient été soulignés. Cependant, la possible utilisation d'un outil d'évaluation, n'est pas retrouvée dans les projets de soins.

Les interlocuteurs s'accordent pour dire que la procédure de certification est trop longue entre le début de l'auto-évaluation et les conclusions définitives du collège de l'accréditation. Ces délais rendent difficile le maintien de la motivation au sein des équipes. La fonction évaluation a été insuffisamment perçue comme un enjeu stratégique pour les établissements de santé, qu'il s'agisse de l'évaluation du management, de l'évaluation du service médical rendu, ou de l'évaluation des soins. Les professionnels utilisent des référentiels et des critères pour homogénéiser les procédures plus que pour assurer la dynamique de leurs pratiques. Ainsi les référentiels servent davantage à évaluer des procédures de gestion administrative que la qualité des soins elle-même, confondant donc qualité des soins et qualité de la gestion.

La conduite de projet doit être maîtrisée par les cadres, les méthodes et les outils d'évaluation par les infirmiers, ce qui ne semble pas être le cas aujourd'hui. La complexité des objectifs et des outils est sources de dérives, de sentiments d'échec et de démotivation. Les personnels insistent sur leur nécessaire simplicité pour une appropriation facile afin de pouvoir les utiliser au quotidien.

La procédure de certification a parfois contribué à ce que les professionnels se désinvestissent de l'évaluation. Une méthodologie claire de la démarche d'évaluation continue de la qualité des soins (auto-évaluation, identification des points d'amélioration, plans d'actions, suivi et évaluation), permettrait de rebondir sur des plans d'actions cohérents. L'implication du DS de l'établissement B a permis d'intégrer l'évaluation (modalités, rythme) dès la conception du projet, ainsi que l'utilisation adaptée des tableaux de bords et indicateurs quantitatifs et qualitatifs de l'activité de soins paramédicaux. Mais il convient d'être vigilant pour sélectionner ces indicateurs : ils doivent être pertinents et pas trop nombreux pour ne pas noyer l'information.

La profusion de projets menés de front ne facilite pas l'évaluation. La tentation de vouloir trop faire, ou de vouloir trop demander à la fois, « oublie » l'étape de l'évaluation et

³² Rapport d'accréditation du CHA.

l'étape de l'information des résultats, ce qui est peu enclin à s'engager dans de nouveaux projets. Les cadres demandent au DS d'établir des priorités d'actions institutionnelles et, d'aider les cadres à ne pas s'engager simultanément dans trop de projets, de concevoir une évaluation sur des cycles courts, de développer une rigueur dans le suivi des actions menées et d'appuyer l'évaluation des cadres sur l'atteinte des objectifs d'amélioration fixés conjointement. La diffusion rapide des résultats serait source de motivation, permettrait de garder le sens et de percevoir l'aboutissement des actions menées. La valorisation d'un travail produit, même s'il n'est pas parfait, contribue à montrer aux agents qu'ils font de l'évaluation et produisent de la qualité. Les personnes agissant sur un mode transversal doivent faire preuve de souplesse et de pédagogie pour améliorer l'intégration d'une culture d'évaluation auprès des professionnels qu'ils accompagnent.

Afin de générer un intérêt pour le travail de l'autre, un partage des expériences, une contribution à la prise de conscience que chaque professionnel s'inscrit dans un enchaînement de processus, l'enquête nous révèle que la pluridisciplinarité est un élément clé dans la conduite de projets d'évaluation. Elle contribue à instaurer une approche soignant-soigné, et est source d'enrichissement.

Cadres experts ou qualicien des deux EdS ont suivi une formation sur l'approche processus. Cette même formation me paraît indispensable pour les responsables du management de proximité. Un langage commun, une communication adaptée, une équipe de direction bienveillante à l'évaluation, permettront un changement des mentalités face à la démarche d'évaluation.

Synthèse : Des actions d'évaluation de qualité simples, issues du terrain, ne nécessitant pas de mettre en place tout un processus, donneront les impulsions nécessaires au changement des mentalités. Toutefois la maîtrise des méthodes et des outils d'évaluation des soins semble indispensable pour intégrer les résultats obtenus et éviter de se focaliser uniquement sur les procédures.

D) La dimension culturelle.

La prise en compte de la culture, porteuse de sens, est impérative pour assurer la pérennité des résultats. La culture est évoquée par toutes les personnes interrogées comme le principal barrage à la conduite des démarches d'évaluation de la qualité et plus particulièrement à leur appropriation par les professionnels au sein des services de soins. L'implication du personnel n'est pas comparable sur les deux sites. Si l'on pense que le temps est un facteur favorable à l'appropriation de la démarche par les professionnels, l'expérience du CHA prouve le contraire. A l'origine de la démarche, le personnel du CHA

a fait preuve d'un réel investissement, mais cet enthousiasme s'est affaibli avec la montée en charge du projet. En 2005, le responsable qualité de l'établissement note : « *il y a eu une perte sensible de l'investissement qualité global (...). On trouve plusieurs raisons à cela dont une méthodologie douteuse, et donc une compréhension mitigée des démarches qualité au profit d'une vision très administrative de la procédure d'accréditation : d'autres raisons sont des mouvements importants parmi les cadres dirigeants (départ, changement d'affectation, mutation) avec le départ du cadre en charge de la qualité* »³³. Sur ce site le personnel est découragé et très difficile à remobiliser pour une nouvelle démarche. Quant à la qualité du management, qu'il s'agisse de celui du directeur ou du DS, c'est le facteur déterminant de la réussite d'un projet. Quel que soit le thème, projet de soins ou projet qualité, il n'y a pas d'investissement du personnel sans engagement de la direction et des directeurs. Le DS du CHA, ne perçoit ni les enjeux de la démarche qualité, ni le rôle du responsable qualité, ni la place de la cellule qualité. De ce fait, sans la reconnaissance des autres professionnels, il ne peut pas y avoir de synergie entre les projets, chacun restant sur son propre territoire.

La démarche d'amélioration de la qualité des soins se heurte à certaines contraintes auxquelles sont confrontés les EdS. Elle pourrait être ressentie comme redondante avec d'autres démarches qualité engagées par ailleurs et qui correspondent à des obligations légales ou réglementaires (démarche HACCP, normes ISO). Suite aux nouvelles organisations mises en place en 2002, la mobilisation des équipes sur les projets transversaux des démarches d'amélioration continue de la qualité des soins, reste difficile. Même si la formalisation des procédures et la traçabilité sont globalement intégrées dans la culture des soignants, l'inscription dans une démarche d'évaluation continue, sans à coups générés par la préparation des visites d'accréditation est le point sensible des deux structures enquêtées. L'évaluation conserve une connotation négative et péjorative aux yeux des professionnels. Les agents ont des difficultés à percevoir le fait qu'elle puisse permettre une valorisation et une reconnaissance de leur travail, même si l'établissement essaie d'intégrer la dimension de l'évaluation dans les démarches qualité entreprises.

L'acquisition d'une culture qualité n'est pas seulement qu'une question de temps. Elle se fonde surtout sur une politique de communication aboutie, nous indique un des chefs d'établissement. Levier essentiel pour influencer la culture des professionnels, la communication est un ingrédient indispensable à la vitalité du système hospitalier. La culture de la communication doit d'abord être partagée au sein de l'équipe de direction,

³³ Projet de la cellule qualité du CHA.

puis lors des réunions avec l'encadrement. L'évolution de la culture de l'évaluation chez les professionnels de terrain ne peut passer que par l'encadrement. Les directions qualité, considérant l'évaluation comme un outil managérial, comptent sur le DS pour les épauler dans cette démarche et faire en sorte que « *le cœur des métiers soit entraîné* ». La formation des cadres à la démarche qualité et à l'approche par processus, selon les deux DS interrogés, est indispensable mais pas suffisante pour que ceux-ci se l'approprient. Ils estiment que « *beaucoup de cadres sont trop dans le faire et pas suffisamment dans le management* ». Le DS doit être là pour aider les cadres à établir des priorités dans leurs plans d'actions, tout en leur laissant une marge de manœuvre dans la prise d'initiatives.

La plupart des cadres interrogés mentionnent leurs difficultés à mobiliser les soignants sur les démarches qualité et sur leur propre difficulté à prendre du temps pour analyser les situations. L'évaluation reste vécue parfois comme un contrôle, un moyen de montrer ce qui ne va pas. C'est d'ailleurs la principale source de difficulté pour mener les démarches d'évaluation à leur terme. Un management adapté peut permettre l'acquisition progressive par les acteurs d'une culture d'évaluation. Pour cela, les cadres doivent disposer de tableaux de bord alimentés mensuellement par des indicateurs, à la fois d'ordre médicaux et soignants. Cela suppose bien l'existence d'un système d'information performant. Les cadres pourraient suivre l'évolution de ces indicateurs et en tenir compte pour la mise en œuvre de plans d'actions : un moyen d'évaluer la performance de leur unité. « *Les évaluations permettent de montrer ce qui est bien fait, valorisent le professionnalisme, intègrent les notions d'objectivité, de preuve et non de sanction* », soulignent les cadres. C'est en expliquant et discutant des résultats avec les personnes concernées qu'on pourra ôter l'idée « *qu'il est inutile de vérifier* ». L'évaluation ne doit plus être vécue comme une atteinte personnelle.

Par ailleurs, les deux DS évoquent la possibilité d'asseoir une partie de l'évaluation annuelle des cadres, sur les plans d'actions menés au sein de leurs unités ou des démarches qualités institutionnelles auxquelles ils ont participé.

Un des chefs d'établissement pense que l'introduction des démarches qualité à l'hôpital a fait évoluer la culture des acteurs, mais elle n'est pas encore suffisante ; Elle a contribué au décloisonnement, aidé à penser les actions en transversalité et rendu les acteurs plus solidaires car conscients qu'ils sont intégrés dans un processus de prise en charge globale des patients. Ce chef d'établissement met toutefois en garde sur la nécessité que chacun connaisse, respecte et fasse respecter sa zone de responsabilité.

Le qualicien insiste sur l'importance de clore les démarches qualité pour contribuer à l'acquisition d'une culture positive de la qualité, tout en réalisant un effort pédagogique d'explication pour inciter les cadres et les soignants à formaliser leurs pratiques. Lorsque les cadres prendront l'initiative de mener une démarche d'évaluation

des soins dans leur unité, cela témoignera de l'existence d'une culture qualité au sein d'un établissement.

Enfin, la motivation des équipes à réformer leurs pratiques professionnelles en fonction des préconisations d'un référentiel d'amélioration continue de la qualité, se révèle en définitive délicate et fragilise la pérennité de la dynamique qualité. Nous devons nous centrer sur le sujet précis de l'amélioration de la qualité des soins.

Synthèse : Une culture d'évaluation des soins, doit s'appuyer sur des indicateurs qualité pour la mise en œuvre de plans d'actions pertinents. Cette culture qualité pourra s'exprimer à travers l'intégration d'un système d'évaluation, à travers l'existence de tableaux de bord à la fois quantitatifs et qualitatifs. Les indicateurs seront expliqués, menés et suivis, pour permettre une appropriation idéale de la part des acteurs. Cependant, le temps et le management des décideurs et de l'encadrement restent des facteurs nécessaires au développement d'une culture qualité. La dimension managériale y trouve donc toute sa place.

2.3 Une analyse des hypothèses retenues

Pour tenter d'apporter une réponse à la question de départ de recherche : **pourquoi il est si difficile de pérenniser les efforts et les actions entrepris pour satisfaire à la procédure de certification au sein d'un établissement de santé?**, il a été retenu deux hypothèses explicatives, dont il s'agit maintenant de tester la pertinence.

a) Parce que le niveau de développement de la culture qualité au sein de l'établissement est un frein à la pérennisation de la démarche ;

-le travail en équipe et le management des cadres par le DS ne permet pas l'émergence d'une culture qualité.

L'enquête a permis de montrer que dans une certaine mesure, la culture qualité n'est pas intégrée par l'ensemble des acteurs. Il est avéré également que c'est la procédure d'accréditation qui permet de nuancer nos propos. S'il apparaît que tous les professionnels en responsabilité de direction, en positionnement transversal ou encore appartenant aux instances qualité l'ont acquis, il n'en est pas de même pour l'ensemble de l'encadrement et pour tous les soignants. Nous avons pu également établir que si une nouvelle culture s'acquiert avec le temps, le management est un levier essentiel. Il apparaît que les difficultés évoquées par les cadres pour influencer sur la culture des soignants sont similaires à celles évoquées par les DS vis-à-vis de l'encadrement. Cela témoigne bien du fait qu'acquérir une culture qualité demande des habiletés de

management majeures. Celles-ci trouvent leur source dans la capacité à communiquer, à expliquer, donc à faire preuve de leadership. Nous avons également pu mettre en évidence que le DS doit développer des capacités de coach, l'impulsion d'une dynamique est une des attentes de l'encadrement. Dans ce sens, on peut affirmer que le management des cadres par le DS pourrait être plus performant, même s'il développe des capacités managériales importantes. S'il existe indéniablement des freins culturels à la pérennisation d'une démarche d'évaluation continue, l'enquête a néanmoins permise de mettre en parallèle deux éléments favorables à son appropriation. En effet, la synergie de la culture du travail d'équipe, en pluridisciplinarité et l'inscription institutionnelle de l'évaluation continue de la qualité des soins constituent deux leviers extrêmement forts pour le développement de l'évaluation.

-la stratégie adoptée pour maintenir la dynamique de l'évaluation continue de la qualité des soins est inefficace.

Les entretiens réalisés ne témoignent pas toujours de l'engagement important du DS dans la démarche d'amélioration continue de la qualité des soins. L'engagement repose essentiellement sur le manuel d'accréditation, outil concrétisant les actions à mener de façon trop générale. Il ne leur permettra pas de structurer le projet de soins de façon la plus exhaustive possible puisque cet outil ne permet pas d'avoir une vision globale de la qualité des soins dispensés. La pérennisation des actions et des efforts entrepris entre deux séances de certification doit reposer sur la participation et l'implication des professionnels impulsées par le DS. A lui de développer ses capacités à fédérer, déléguer et guider autour d'objectifs communs afin de donner du sens à ce qui est réalisé. Mais il ne pourra pas fédérer les personnels sans fédérer l'encadrement. La conduite d'un projet institutionnel nécessite un choix et un engagement politique au plus haut niveau. Le DS est membre de l'équipe de direction, et à ce titre, il participe aux prises de décision dans son domaine de compétence : celui des soins. Il peut de ce fait, influencer la politique générale de la qualité des soins. Le DS occupe une place stratégique, et par son mode de management, il peut favoriser le positionnement des cadres dans la démarche d'amélioration continue de la qualité.

b) Parce que l'évaluation n'est pas considérée comme une partie intégrante du processus de soins :

-le management ne prend pas suffisamment en compte le contrôle et l'évaluation, ne peut donc pas améliorer la compétence des professionnels.

Deux thèmes émergent de l'enquête, à savoir que le contrôle semble bien perçu, au-delà de son aspect contraignant, comme un moyen de rapprocher les pratiques professionnelles. Cependant, le contrôle n'est pas pour autant suffisant car il est perçu

comme externe, imposé, a contrario de l'évaluation, plus impliquant pour les acteurs. L'évaluation des soins quant à elle, 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. La mise en place dans les services d'outils performants ne semble pas une priorité pour les EdS. De même que le manque d'indicateurs d'évaluation des soins, ne sensibilisent pas les soignants à la démarche qualité, ni à la démarche d'amélioration continue de la qualité des soins. La direction des soins dispose donc de peu d'outils de management pour l'organisation des soins, l'affectation des ressources, l'identification d'éventuels dysfonctionnements.

Le rôle essentiel du DS consiste avant tout à fixer le cadre dans lequel vont se dérouler les actions d'évaluation, car l'apprentissage collectif ne peut se faire que si les « règles du jeu » sont communes. Une fois ces règles fixées, les professionnels doivent accepter de « jouer ensemble ». Or, le cloisonnement est un principe de protection, aussi faut-il que les professionnels se sentent en sécurité pour accepter d'entrer dans le jeu. Or, ils ne se sentiront en sécurité que s'ils se sentent reconnus, c'est donc un des rôles du DS que d'encourager ce processus.

-les outils d'évaluation continue de la qualité des soins sont inexistants, ou s'ils existent, leur maîtrise est insuffisante dans ce type de démarche.

L'outil cité par toutes les personnes interrogées comme support de l'évaluation continue de la qualité est le manuel d'accréditation ou de certification. Les deux établissements ne mentionnent à aucun moment d'outil spécifique permettant d'évaluer en continue la qualité des soins dispensés. Je m'interroge sur le fait que d'avoir intégré un outil tel que le manuel de certification, n'a pas demandé un effort tel aux professionnels qu'ils n'en perçoivent que l'aspect fastidieux et contraignant. Par ailleurs j'ai pu constater qu'aucun professionnel de santé ne connaît l'existence d'outils spécifiques permettant d'évaluer la qualité des soins dispensés. S'ils en existent, ils les estiment redondant avec la démarche et le manuel de certification des EdS. Cela permet d'affirmer que ce manque de connaissance traduit peut-être une lacune dans la culture des professionnels de santé.

Au terme de cette analyse de l'enquête, je peux affirmer que les hypothèses qui ont servi de fil conducteur sont en partie validées. En tant que DS, il me semble incontournable de prévoir une stratégie à appliquer sur le terrain.

3 La stratégie du directeur des soins pour garantir une qualité des soins.

Faire de la démarche qualité un levier pour l'amélioration de la qualité des soins est une responsabilité dans laquelle la direction des soins est fortement impliquée et contrainte règlementairement, compte tenu de son positionnement et de son rôle dans l'organisation de l'hôpital. Par ailleurs l'amélioration de la qualité des soins doit devenir une démarche pérenne et permanente assise sur une culture partagée. Enfin il est possible, associé au corps médical et à l'ensemble du dispositif managérial de l'établissement de s'engager avec pragmatisme dans des actions concrètes de terrain.

3.1 Le positionnement du directeur des soins.

Ainsi que je l'ai constaté et entendu lors des entretiens, la conduite d'une démarche d'amélioration continue de la qualité des soins nécessite une politique et une stratégie déclinées au plus haut niveau de l'établissement.

Positionné au sein de l'équipe de direction, le DS a la responsabilité de promouvoir la qualité des soins dans toutes ses dimensions et d'être force de proposition dans la mise en œuvre de la politique de l'établissement, un choix politique partagé par l'encadrement, pour une vision transverse des projets qualité. Le choix d'une démarche qualité est exprimé dans le projet d'établissement et les projets qui en découlent, dont le projet de soins et le projet qualité, mais ceux-ci ne démontrent pas la nécessité d'une démarche d'évaluation en continue. L'élaboration du projet de soins et du projet qualité devra se faire conjointement de telle sorte que soient retrouvés les critères et les exigences d'une véritable politique d'évaluation, formalisés et opérationnels. A ce titre la synergie recherchée entre les projets (médical, soins et qualité) n'existera que si le directeur qualité, le DS et les médecins travaillent en étroite collaboration et promeuvent la coordination comme clé de voûte d'une politique concertée des soins. Ce sera donc la fonction d'expert en soins du DS qui sera mise à contribution. Son expérience acquise au fil des années et sa formation en font à la fois un conseiller, un coordonnateur et un évaluateur des actions entreprises dans le domaine des soins. Dans sa spécificité de soignant il est en position de partenaire avec un grand nombre d'acteurs, chacun enrichissant l'autre de son expérience.

De plus, il a une connaissance approfondie de l'institution, de son organisation, de ses forces et faiblesses, il lui sera donc nécessaire de formaliser les multiples

composantes de la politique de soins³⁴, d'en préciser la finalité et décliner des objectifs opérationnels atteignables. Il est le manager de l'ensemble des personnels paramédicaux qui représente la majorité des professionnels d'un EdS. Il peut, en toute légitimité réglementaire prendre appui sur la CSIRMT pour décliner « l'évaluation des pratiques professionnelles et la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins »³⁵

Afin d'assurer pleinement ces missions, le DS élabore une politique managériale partagée avec l'encadrement et la direction qualité. Le qualicien par sa formation, maîtrise les méthodes et outils des démarches qualité. La conduite de ces démarches à leur terme repose en grande partie sur le binôme DS-directeur qualité. Si leur fonction est différente, leur mission est complémentaire : ils mettent tout en œuvre pour assurer l'amélioration de la qualité des soins, dans le but de parfaire la qualité des prestations des professionnels et assurer la sécurité des soins et des patients.

Ainsi tenir un discours d'ouverture, fortement investi dans le domaine des relations humaines, traduit la volonté de travailler avec l'ensemble des professionnels pour pouvoir tenir compte des logiques, difficultés et contraintes de chacun, afin d'être cohérent avec la réalité du terrain. La communication est donc un facteur clé du succès, elle n'est pas une façon d'imposer un point de vue égocentré mais au contraire une opportunité de construire une connaissance partagée d'un contexte. Si le DS veut convaincre, mobiliser les personnels, une démarche d'amélioration de la qualité des soins ne peut être confiée uniquement à un spécialiste, elle doit être menée de façon constante, permanente, et omniprésente par tous les acteurs de l'établissement. Il est donc indispensable de développer un management de type participatif qui permette de faciliter l'adhésion et l'implication de chacun. C'est ainsi que la direction des soins peut se constituer une légitimité d'action partenariale et être force de proposition, respectueuse des possibilités et contraintes de chacun pour développer la qualité des soins. Pour exercer cette mission, le DS doit disposer régulièrement d'indicateurs lui permettant de déterminer des priorités d'actions.

3.2 Le développement d'une culture de l'évaluation.

Les démarches d'amélioration continue de la qualité ou de management par la

³⁴ La politique de soins se définit comme : « l'ensemble des orientations et des objectifs de soins définis par le service de soins. Cette politique implique des stratégies, prévoit des moyens nécessaires pour répondre aux besoins de soins des patients et s'inscrit dans la politique de l'institution ». MAGNON R., DECHANOZ G., LEPESQUEUX M., *Dictionnaire des soins infirmiers*. 2^{ème} édition. Lyon : Edition AMIEC Recherche, 2000, 350p, p219.

³⁵ 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.

qualité se sont mises en place progressivement dans les EdS, sous la pression de l'accréditation. Des méthodologies ont été proposées, notamment par l'HAS, pour conduire des actions d'amélioration au sein des EdS (projet COMPAQH)³⁶. Ces indicateurs considérés comme prioritaires au plan national, demeurent trop généralistes pour l'évaluation des soins dans une unité.

Cependant, les enquêtes menées auprès des professionnels de santé prouvent que la perception des concepts 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 doivent, de part leur éthique, avoir un souci constant de la qualité des soins qu'ils dispensent. Mais ils prennent conscience que la succession d'actes techniques, même bien faits, n'engendre pas forcément une bonne qualité de prise en charge du malade, ni une perception positive par ces derniers de cette même prise en charge.

L'évaluation doit aller plus loin que le contrôle car elle permet de mesurer la performance d'une prise en charge globale qui intègre à la fois des 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 du soin (plateau médico-technique, services logistiques, administratifs et services de soins). Seule l'évaluation des pratiques permet de se situer sur le terrain des compétences, individuelles et collectives. 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 motiver les équipes soignantes, à développer 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 en fait un outil managérial, permettra de mettre en évidence le chaînage des actions, afin d'y apporter des améliorations. Pour aider les acteurs dans l'appropriation des concepts et des outils qualité, la formation s'avère indispensable, elle est un gage de pérennisation des démarches qualité. Elle doit concerner le plus grand nombre de professionnels et être adaptée en fonction du degré

³⁶ COMPAQH : COordination pour la Mesure de la Performance et l'Amélioration de la Qualité Hospitalière. Ce projet a pour objectif de développer des indicateurs de qualité des soins pour les établissements de santé et d'établir des modes d'utilisation efficaces des indicateurs.

de responsabilité. La politique de formation et ses méthodes participatives doivent être ciblées sur les acteurs de terrain, puisque la qualité est l'affaire de tous.

Enfin, le levier pour garantir un soin de qualité est aujourd'hui le contrat de pôle, dans lequel sont déclinés des objectifs quantitatifs (T2A, recettes) et des objectifs qualitatifs (indicateurs qualité), que le cadre supérieur de pôle devra respecter.

3.3 L'indispensable mobilisation de l'encadrement.

Le DS ne peut intervenir de manière directive et isolée sur l'aspect culturel (domaine des représentations et des valeurs), contrairement aux autres prérogatives de son activité.

La démarche qualité, avant d'être intégrée comme outil de management, doit se déployer et permettre à l'encadrement et aux équipes soignantes de s'en approprier la méthode. Il est donc nécessaire de mettre en perspective le développement de cette culture et anticiper l'évaluation des soins en appui des EPP. La politique d'établissement et les différents projets, qui en sont la traduction, témoignent d'une culture institutionnelle. Partager cette culture implique le risque d'être, quelquefois, en contradiction avec les changements imposés à l'extérieur. C'est sans aucun doute, cette problématique qui se trouve posée, en ce qui concerne la culture de l'amélioration de la qualité des soins. Instaurer une culture d'évaluation des soins, c'est prendre le risque de se confronter aux cultures des différents acteurs administratifs, médicaux, et soignants pour les enrichir de nouvelles pratiques et valeurs. La mise en œuvre de l'évaluation des soins est corrélative et dépendante d'un environnement culturel donné, sur lequel le DS ne peut intervenir isolément. Il doit s'appuyer sur l'encadrement supérieur et de proximité avec lesquels il peut construire une communauté d'action. En effet, le cadre occupe une place stratégique au sein de l'institution hospitalière. Non seulement il coordonne des activités de soins et anime des équipes, mais il est également porteur de projets institutionnels. Il occupe une position charnière entre les dirigeants chargés de définir les orientations et le personnel dont le rôle est de les mettre en œuvre. Sans son adhésion, rien ne peut aboutir. En étant proche du terrain, il est une interface cruciale de l'environnement hospitalier (médical et paramédical, malades, familles). C'est donc sur l'encadrement que s'appuie une institution pour mener une amélioration de la qualité des soins.

Pour le DS, le management des cadres constitue la pierre angulaire du développement de l'amélioration de la qualité des soins jusqu'aux équipes soignantes. Dans la perspective plus large de l'organisation polaire, il semble opportun de développer une contractualisation interne tenant compte des engagements dans les démarches

qualité et des résultats obtenus. Cette délégation à l'encadrement supérieur des pôles de la conduite des programmes d'amélioration de la qualité des soins n'est pas synonyme, pour le DS, d'un quelconque abandon de ses missions mais plutôt une marque de confiance et une recherche de professionnalisation des compétences attendues de ses collaborateurs. Par ailleurs, la diffusion des résultats de l'évaluation est à la fois l'expression d'une forte reconnaissance et une puissante incitation de pérenniser les actions entreprises pour les professionnels. Le DS se doit de développer son leadership, c'est-à-dire une vision clairement structurée de l'avenir, facile à comprendre et stimulante, et qui puisse se décliner en objectifs opérationnels clairs. Il doit aussi faire comprendre les buts à atteindre aussi bien aux subordonnés qu'aux pairs ou aux supérieurs. Pour transmettre cette vision, il doit faire adhérer les professionnels au projet de soins en leur expliquant ses enjeux. Cela passe également par une stratégie managériale adaptée. Un management participatif selon quatre éléments : détecter les potentiels, donner envie aux acteurs de participer aux projets, oser déléguer, mettre en valeur les cadres et leurs aptitudes. Ce management participatif sera performant si le DS permet aux acteurs d'avoir une « participation critique », à l'image de ce que recommande E.FRIEDBERG, pour réussir à créer une dynamique interne, qui vise « *une évolution profonde et durable des schémas stratégiques, structurels, culturels et comportementaux* »³⁷.

Or, la qualité est un outil de management qui touche lui aussi à ces quatre dimensions, c'est pourquoi, nous envisageons de l'utiliser pour nous permettre secondairement d'impulser des changements et créer une dynamique chez les soignants.

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

Le plus grand soutien du DS envers les soignants, consiste à montrer que les propositions faites par les personnes investies dans l'amélioration de la qualité des soins sont suivies de faits. Cela passera par exemple par l'argumentation, auprès du chef d'établissement, de l'obtention de ressources nécessaires à la mise en place de plans d'actions d'amélioration identifiées par un groupe de travail.

La politique institutionnelle retenue par la direction des soins, de prévoir les prochaines démarches d'amélioration de la qualité des soins, a comme objectif général de mettre en cohérence les différentes démarches émanant des services cliniques, voire médico-techniques. Elle permet également de développer une compétence

³⁷ FRIEDBERG E., *L'analyse sociologique des organisations* : revue POUR n°28. Paris : Editions l'Harmattan, 1998, p28.

méthodologique transférable à d'autres situations. Elle rassemble, ainsi l'ensemble des soignants qui peuvent s'approprier les méthodes et la culture d'une mesure de la qualité des soins prodigués aux patients. L'amélioration de la qualité des soins constitue, de fait, une opportunité car elle peut être un outil d'analyse transversale et coordonnée des soins impliquant divers professionnels.

L'évaluation de l'engagement des professionnels dans l'amélioration de la qualité des soins doit être intégrée dans l'évaluation annuelle de l'encadrement.

3.4 Le choix d'un outil d'évaluation de la qualité des soins.

Le pilotage par le DS de la politique de soins implique la prise de décision. Celle-ci doit s'appuyer sur des indicateurs pertinents. Comme énoncé dans le cadre théorique de mon travail, l'évaluation de la qualité des soins doit intégrer à la fois des indicateurs de structure, de processus et de résultats³⁸. Les résultats ne peuvent en effet prendre tout leur sens que dans la mesure où ils sont reliés aux processus de soins et aux éléments de structure. Les indicateurs sont regroupés dans un tableau de bord qui constitue une aide à la décision. Le DS doit constituer un tableau de bord permettant de suivre la qualité des soins produits dans l'établissement. Il peut s'aider dans cette démarche d'un outil d'évaluation de la qualité des soins susceptible de lui fournir des indicateurs spécifiques.

A ce titre, la HAS s'est engagée dans le développement d'indicateurs de qualité³⁹ et leur promotion auprès des établissements de santé. *« La Haute Autorité de Santé s'est engagée dans le développement d'indicateurs de performance et leur promotion auprès des établissements de santé. Elle a créé à cet effet le service IPAQH (Indicateurs de Performance pour l'Amélioration de la Qualité Hospitalière) au sein de la direction de l'accréditation et de la certification. Ce nouveau service prolonge naturellement l'objectif d'amélioration continue de la qualité. En coopération avec le ministère de la santé, la HAS a le projet de mettre en place progressivement un recueil généralisé d'indicateurs de qualité auprès de l'ensemble des établissements de santé ⁴⁰ ».*

Ce dispositif de généralisation d'indicateurs de qualité répond à quatre objectifs majeurs. Le premier est de fournir aux établissements de santé de nouveaux outils et méthodes de pilotage et de gestion de la qualité. Le second d'améliorer l'efficacité de la procédure de certification des établissements de santé et la simplifier. Le troisième de répondre à l'exigence de transparence, exprimée par les usagers et leurs représentants.

³⁸ **Structure** : regard porté sur l'organisation et le fonctionnement de l'unité de soins, **Processus** : observation des pratiques professionnelles en soins infirmiers, **Résultats** : recueil des perceptions et bénéfices ressentis et exprimés par la personne soignée.

³⁹ Fiche descriptive d'un indicateur IPAQH, en annexe 5, ou autre exemple à construire en interne en annexe 8.

⁴⁰ Courrier de Monsieur Angel PIQUEMAL, Président de la conférence des directeurs des centres hospitaliers, adressé à la Direction de l'Accréditation, le 3 juillet 2007.

Le quatrième de renforcer les éléments d'aide à la décision des pouvoirs publics pour élaborer et piloter les politiques d'organisation du secteur hospitalier en prenant mieux en compte la qualité des soins dispensés. Des indicateurs de qualité pourraient constituer des éléments de définition et de suivi des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM).

Ainsi, chaque année, à partir de 2008, les établissements devront transmettre à la HAS un ensemble de données qui lui permettront de calculer les indicateurs et de suivre leur évolution dans le temps.

Pour tous les EdS, le recueil portera au moins sur les quatre indicateurs du thème « dossier du patient » qui évalueront plus précisément : la qualité de la tenue du dossier du patient, le dépistage des troubles nutritionnels, le délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation, la traçabilité de l'évaluation de la douleur.

En 2009, le recueil sera élargi à d'autres indicateurs de pratiques cliniques et de pratiques organisationnelles. Enfin, le recueil d'indicateurs de qualité dans le secteur SSR sera initié sur le thème de la tenue du dossier du patient.

Les objectifs de la généralisation des indicateurs de qualité sont de fournir aux établissements de santé de nouveaux outils et méthodes de pilotage et de gestion de la qualité. De répondre à l'exigence de transparence qui s'exprime de la part des usagers et de leurs représentants. Enfin, de renforcer les éléments d'aide à la décision à la disposition des pouvoirs publics pour élaborer et piloter les politiques d'organisation du secteur hospitalier en prenant mieux en compte la qualité des soins dispensés.

Pour la HAS, l'objectif est en outre d'intégrer des indicateurs de qualité dans la procédure de certification afin de rendre celle-ci plus efficiente et permettre un meilleur suivi de la qualité des établissements de santé. Ainsi, chaque année, à partir de 2008, les établissements devront transmettre à la HAS un ensemble de données qui lui permettront de calculer les indicateurs et de suivre leur évolution dans le temps. La généralisation des indicateurs est déjà en marche depuis 2006 avec le tableau de bord des infections nosocomiales et la mise en ligne en janvier 2007 par le ministère de la santé de Platines⁴¹. Ces indicateurs sont issus du projet de recherche COMPAQH de l'INSERM qui les a élaborés en lien avec les sociétés savantes et les a validés en termes de faisabilité et de fiabilité.

Le développement de ce type d'outil participe au développement d'une culture de l'évaluation et de l'amélioration de la qualité des soins. C'est un outil de management pour le DS à l'échelle de l'établissement et pour les cadres au sein des unités de soins. Il

⁴¹ PLATINES (Plateforme d'informations sur les établissements de santé) présente des données sur les établissements de santé publics ou privés situés en France métropolitaine ainsi que dans les départements d'outre-mer (DOM), qui ont une activité de court séjour en médecine, en chirurgie ou en obstétrique.

apparaît complémentaire à la démarche d'accréditation dans la mesure où il fournit des éléments plus précis dans le domaine des soins qui peuvent être des supports de plans d'amélioration ciblés. Il permet de centrer l'évaluation sur les soins, et d'instaurer une réflexion sur la qualité de la chaîne des prestations liées aux soins, pour mieux répondre aux différents besoins de chaque personne soignée, et d'améliorer la qualité et la sécurité des soins et des autres services (accueil, hôtellerie, information...).

Par ailleurs, la mise en place de cet outil suppose la mise en place d'audits destinés à vérifier l'efficacité et la conformité des activités. L'audit permet de mesurer les écarts entre ce que l'on fait et ce que l'on doit faire, ce que l'on doit faire et ce que l'on veut faire, ce que l'on veut faire et ce que l'on fait. « Ce que l'on fait » correspond à la réalité des activités accomplies par l'établissement. « Ce que l'on doit faire » intègre la réglementation, les normes, les documents du système qualité. « Ce que l'on veut faire » correspond aux objectifs qualité, tels que la satisfaction des clients, la prévention des risques, etc. L'audit suppose également la formation d'un groupe d'auditeurs internes à l'établissement qui réalise les recueils de données. Même si cela paraît difficile par le temps de formation qu'il nécessite et le nombre important de personnes qu'il mobilise, un tel dispositif contribue fortement à l'intégration d'une culture qualité dans le domaine des soins.

Un management de la qualité qui introduit un tel outil est de nature à pérenniser les démarches qualité en impliquant les professionnels. Il s'agit d'une démarche participative qui dépasse la simple évaluation et qui concerne tous les acteurs du soin. Il doit être inscrit dans le projet de soins institutionnel.

L'évaluation de la qualité des soins apparaîtra t'elle comme une démarche de priorisation des financements à prévoir dans le cadre de la contractualisation interne ? Comme l'explique Alain Coulomb⁴² « *si la démarche d'amélioration continue de la qualité des soins n'est pas valorisée, si on ne lie pas la reconnaissance à l'action, le soufflé inexorablement retombera* ».

⁴² Colloque du 11 décembre 2003 de l'ANAES, p.74

Conclusion

L'objectif de ce travail était d'apporter un éclairage sur la difficulté à maintenir les efforts en matière d'amélioration et d'évaluation des soins, dans les établissements de santé. Il s'agit d'une problématique complexe à laquelle je serai confronté en tant que DS. J'ai conscience de n'avoir soulevé qu'une partie du problème et que d'autres réflexions peuvent être menées. Cependant, ce travail m'a permis de réfléchir aux domaines du management et de la stratégie.

Améliorer la qualité des soins par le biais de l'évaluation est une notion parfois abstraite, elle doit être concrétisée à travers des projets simples, précis et structurés, au regard des dysfonctionnements observés. Ce type de projet ne nécessite pas d'apports financiers importants, mais doit tenir compte de la stratégie institutionnelle, et requiert la participation de l'ensemble des acteurs. Il nécessite un processus articulé autour d'un plan d'actions, consacrant du temps à ces différentes étapes, sollicitant les avis des partenaires, expliquant le choix motivant la démarche. Tous ces facteurs favorisent les chances d'une meilleure appropriation et facilite sa mise en application. Pour ce faire, une stratégie de communication soutenue et permanente à l'ensemble des partenaires médicaux et non médicaux est essentielle. Enfin, le suivi et le contrôle de la mise en œuvre du projet sont aussi importants que la qualité du projet lui-même. Ils permettent une évaluation de sa pertinence et un réajustement éventuel dans les organisations.

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

Même si la démarche d'accréditation, puis de certification ont commencé à instaurer une culture qualité chez les professionnels hospitaliers, celle-ci doit encore être développée.

Mais l'amélioration de la qualité ne peut-être l'affaire d'une seule personne. L'encadrement est le réseau indispensable à la conduite de cette démarche, pour atteindre la qualité. Les cadres représentent un potentiel de compétences et de connaissances que le DS doit chercher à valoriser sans cesse.

Améliorer, évaluer la qualité des soins, faciliter la prise en charge des usagers sont des objectifs auxquels le DS, responsable de la qualité des prestations soignantes, à l'obligation d'apporter une large contribution, de part son implication personnelle.

Bibliographie

Ouvrages :

- ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation des Soins. *Principes de mise en œuvre d'une démarche qualité en établissement de santé*. Paris, 2002. 77p.
- BOUTINET JP., *Anthropologie du projet*. PUF, Psychologie d'aujourd'hui : Paris. 6ème édition 2001. 350p.
- CHALIFOUR J., *La relation d'aide en soins infirmiers : une perspective holistique-humanise*. Paris : Editions Lamarre, 1989. 296p.
- CLAVERANNE J-P., VINOT D., FRAISSE S., et al., Les perceptions de la qualité chez les professionnels des établissements de santé. Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins, avril 2003. 17 p.
- CROZIER M., *L'entreprise à l'écoute*. Pour apprendre le management post-industriel. Paris : Le Seuil, 1989, 279p.
- DONABEDIAN A., Brunelle Y., *La qualité des soins et des services : un cadre conceptuel*, Collection Etudes et Analyse, Ministère de la santé et des services sociaux du Québec, février 1993.
- DONABEDIAN A., *Evaluating the quality of medical care*. Milbank memorial fund quarterly, 1996, n°44, PP. 166-206.
- DUCALET P., LAFORCADE M., « *Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales, sens, enjeux, méthodes* », 2^e édition : Sali Arslam, 2004.
- FRIEDBERG E., *L'analyse sociologique des organisations* : revue POUR n°28. Paris : Editions l'Harmattan, 1998. p28.
- GIRAUD A., *Evaluation médicale des soins hospitaliers*. Economica, octobre 1992. 226 p. Collection Santé Publique.
- GRENIER R., et al., *Normes et critères de qualité des soins infirmiers*. Montréal : Décarie. 1989.221 p.
- HAS., *L'évaluation des pratiques professionnelles dans le cadre de l'accréditation des établissements de santé, direction de l'accréditation et de l'évaluation des pratiques*. Paris, juin 2005, p47.
- HESBEEN W., *La qualité du soin infirmier : penser et agir dans une perspective soignante*. Paris : Masson, 1998. 207 p.
- LECLLET H., VILCOT C., *Qualité en santé : 150 questions pour agir* : AFNOR, 1999.

- MAGNON R., DECHANOZ G., LEPESQUEUX M., *Dictionnaire des soins infirmiers*. 2^{ème} édition. Lyon : Edition AMIEC Recherche, 2000. 350p. p219.
- PANCHAUD C., *La qualité des soins infirmiers*, 1999.
- REYES L., *Histoire, principes et concepts des démarches qualité en établissement de santé*, Paris, 2003.
- REYNAUD JD., *Les règles du jeu : l'action collective et la régulation sociale*. 3^{ème} édition. Paris : Editions Armand COLIN, 1997. Préface pXVI.
- Association Française de Normalisation. Management de la qualité en santé. AFNOR. 2000. P36.

Articles de périodiques :

- ALGAND N. *L'accréditation hospitalière : contrôle externe ou levier de changement*. Revue française de gestion, novembre-décembre 2003, n°147, pp.219-231.
- LABERNARDIE M., ROGER I. « *Comment pérenniser la démarche qualité dans les établissements de santé* » ? Gestions hospitalières, janvier 2005, cahier 188, pp.65-66.
- LACHENAYE-LLANAS C, CAILLET R, CAODURO C, QUARANTA JF. *Management, évaluation des pratiques et accréditation : de l'actuel au futur*. *Gestion hospitalière*, août-septembre 2003, n°428, pp.513-516.
- ROYER COHEN N., *Projet de soins et projet d'établissement, un enjeu pour le directeur des soins*. Soins cadres, août 2003, n°47, p46.
- STENIER B. *Adopter l'attitude coach !* Soins cadres, août 2004, n°51, pp.70-71.
- TACHON-CORREAS A. *Accréditation et démarche d'évaluation*. *Gestion hospitalière*. novembre 2003, n°430, pp.675-679.

Textes législatifs et réglementaires :

- MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE. Décret n°2002-194 du 11 février 2002 Décret no 2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier maintenant abrogé et intégré dans la nouvelle partie réglementaire du code de santé publique, par le Décret 2004-802 du 29 juillet 2004 modifié.
- MINISTERE DU TRAVAIL ET DES AFFAIRES SOCIALES. Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.
- Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
- MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE. Décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeurs des soins de la fonction publique hospitalière.

- Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, et son décret d'application : décret n°2005-346 du 14 avril 2005 relatif à l'évaluation des pratiques professionnelles.
- MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. 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.

Conférences :

- Colloque du 11 décembre 2003 de l'ANAES, p.74
- MINVIELLE E., Les démarches Qualité à l'hôpital : historique, les différentes approches et référentiels, congrès « *La chaîne de la qualité dans le secteur de la santé* », séance plénière-panorama de l'avancement actuel des démarches qualité dans le secteur de la santé, Ecole du service de santé des Armées-Lyon/Bron, 21 novembre 1995.
- ROUSSEL P., Qualité et risques dans les établissements de santé. Introduction à la problématique, enjeux et premiers concepts. Module « Management de la qualité et des risques dans les organisations de santé » Rennes : EHESP. Cours : filière des directeurs de soins. Année 2008.

Liste des annexes

- **ANNEXE N°1:** Les quatre dimensions de S.SHORTELL.
- **ANNEXE N°2:** Analyse du projet d'un des deux établissements.
- **ANNEXE N°3:** Guide d'entretien
- **ANNEXE N°4:** IPAQH : Indicateurs de Performance pour l'Amélioration de la Qualité Hospitalière
- **ANNEXE N°5:** Fiche technique de l'indicateur IPAQH : La tenue du dossier patient.
- **ANNEXE N°6:** IGEQSI
- **ANNEXE N°7:** Synthèse des entretiens des deux établissements de santé
- **ANNEXE N°8:** Exemples d'Indicateurs de qualité

ANNEXE N°1

Les quatre dimensions de S.SHORTELL.

Reprises par l'ANAES

« Principes de mise en œuvre d'une démarche qualité en établissement de santé ».

-la dimension stratégique, dimension de l'engagement de la direction, s'exprimant par la définition des objectifs, la prise en compte des attentes (des patients, des clients...), la fixation des moyens et la communication interne pour diffuser la démarche et mobiliser les acteurs ;

-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 structurelle, par l'organisation des différents acteurs et la mise en place des dispositifs de formation adaptée ;

-la dimension culturelle, porteuse de sens, dont la prise en compte est impérative pour assurer la pérennité des résultats.

ANNEXE N°2 : Analyse des projets :

Résultats de l'enquête d'un des deux établissements.

L'Établissement public de santé possède un directeur des soins, ainsi qu'un projet de soins. Par contre il n'y a pas de cadre présent au sein de la direction des soins, chargé de l'organisation des soins et de la démarche qualité, pour soutenir le DS. L'établissement intégré dans l'étude à un Projet d'établissement (2006-2010), un Projet de soins en cohérence avec le Projet d'établissement, un Projet Qualité distinct du plan d'actions issu de l'accréditation.

a) Le Projet d'établissement :

L'établissement structure son PE autour d'un projet médical, et autour de secteur d'activités (SSR, SLD...) contribuant à son image d'hôpital gériatrique, de sa participation au service public hospitalier, et d'un objectif de gestion financière en cours de retour à l'équilibre. Le PE fait référence à la réglementation et aux politiques de santé, et mentionne l'environnement sanitaire : un des sites se trouve sur une commune environnante de celle d'un CHU. La qualité est posée d'emblée comme l'ambition du PE, cependant il n'est pas accompagné de plan de communication.

b) Le Projet de soins :

La structuration du PS, se fait en 2 parties : une déclinant les grands axes politiques et les points prioritaires comme les « valeurs », et l'autre énonçant les plans d'actions avec les résultats attendus et le calendrier prévisionnel, mais il ne mentionne pas les indicateurs d'évaluation, ni la démarche d'évaluation continue de la qualité des soins. Il s'appuie sur les conclusions de l'accréditation, mais pas sur les références réglementaires (décrets relatifs aux exercices professionnels par exemple). L'établissement à entre autres réalisé un questionnaire « assurance qualité en soins » dont l'analyse des résultats a contribué à définir les axes de travail prioritaires. La démarche d'élaboration du PS se veut participative et s'appuie très largement sur l'implication des cadres. Ces derniers sont étroitement associés au suivi du PS. Dans les valeurs énoncées ont retrouve : compétences individuelles, autonomie, respect de soi et de l'autre, solidarité, honnêteté...La qualité n'est pas annoncée en tant que valeurs. La dynamique est assurée par la coordination et la mise en œuvre et du suivi du PS, par un groupe de pilotage animé par le DS, et composé de cadres. Les plans d'actions sont formalisés sous forme de tableau et font l'objet d'une évaluation annuelle par les cadres des différents secteurs de l'établissement, une synthèse étant réalisée par le DS. Cette dynamique témoigne d'une certaine maîtrise de la méthodologie de conduite de projet et semble de nature à imprimer une culture qualité, en particulier auprès de l'encadrement. Le PS apparait en forte cohérence avec le PE et avec les autres projets qui le composent. Cependant on ne peut que déplorer, que l'évaluation continue de la qualité des soins, ne constitue pas une ossature forte du DS.

c) Le Projet Qualité :

L'établissement est centré sur la démarche d'accréditation : suivi des plans d'actions mis en œuvre dans le cadre de la première version et préparation du second cycle. Il s'agit d'un programme formalisé et intégré dans le PE, qui intègre des éléments tels la mise en place de la gestion documentaire et le déploiement d'un programme d'information interne et externe. Nous déplorons cependant que les valeurs concernant l'amélioration continue de la qualité des soins ne soient pas clairement énoncées. L'existence d'un PQ formalisé traduit une volonté politique de positionner cette préoccupation au cœur du fonctionnement d'un établissement de santé. Le fait que le PQ ne soit pas exclusivement centré sur l'accréditation traduit le fait que la qualité n'est pas une réponse à une injonction réglementaire, ce qui exprime l'appropriation, par le chef d'établissement et l'équipe de direction d'une culture qualité.

d) L'analyse des comptes rendu d'accréditation :

Même si la visite d'accréditation date de quatre ans, il est apparu instructif d'avoir un regard historique sur les démarches qualité entreprises. L'établissement n'a pas eu de réserve, et pas de recommandations en lien avec le chapitre gestion de la qualité et gestion des risques (QPR). Nous pouvons constater que l'établissement qui a engagé des actions d'amélioration de la qualité, bien avant la visite d'accréditation, n'a pas de recommandations sur QPR. Les experts visiteurs notent même que cela contribue à l'intégration par les personnels d'une culture qualité. Les facteurs

temps semblent donc être un élément fondamental dans l'appropriation d'une nouvelle culture par les professionnels. L'autre établissement a engagé ce processus plus tardivement, cela amène les experts à constater, que l'accréditation est vécue par les acteurs comme une contrainte extérieure dont ils perçoivent mal l'intérêt. Il semble se dessiner que l'intégration d'une culture qualité est un élément clé au sein d'un établissement pour l'implication des acteurs et de la conduite de démarches qualités. Nous pouvons aussi observer qu'un des hôpitaux se voit demander de formaliser dans son PE, la politique institutionnelle en matière de gestion de la qualité. Nous pouvons déjà affirmer qu'il en a tenu compte, puisqu'il a formalisé un projet qualité pour la période 2006-2010.

Annexe N°3 : Guide d'entretien

- Type établissement :
- Fonction :
- Ancienneté dans la fonction :
- Ancienneté dans la structure :
- Quel est votre rôle au sein de l'établissement ?

Je vous remercie de me recevoir. Comme je vous l'avais indiqué lors de notre entretien téléphonique, je suis actuellement stagiaire directeur des soins à l'EHESP.

J'ai souhaité vous rencontrer dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude dont le thème est ; «le rôle du DS dans la démarche qualité et l'évaluation continue des soins ».

Cet entretien bien sûr sera anonyme, aura une durée approximative de 45 minutes.

Merci.

1/ La dimension stratégique :

- Quels sont selon vous les objectifs de l'établissement vis-à-vis de la démarche qualité ?
- Connaissez-vous des objectifs, vis-à-vis de l'amélioration continue de la qualité des soins ?
- Pouvez-vous me dire comment est organisé le pilotage de la qualité dans votre établissement ?
- Est-ce que ce pilotage réserve une part à l'évaluation continue de la qualité des soins ?
- Quels sont selon vous les thèmes les plus abordés en matière de démarche qualité, puis d'amélioration continue de la qualité des soins ?

2/ La dimension structurelle :

-D'après vous, quelles seraient les structures de coordination indispensables à l'amélioration continue de la qualité des soins ?

3/ la dimension technique :

- Que mettez vous sous le terme « gestion de projet » en matière de démarche qualité ?
- Pensez vous que cette « gestion de projet » est indispensable pour une amélioration continue de la qualité des soins ?
- l'organisation d'un système qualité peut-elle s'appliquée à l'organisation de l'amélioration continue de la qualité des soins ? Si oui, pourquoi ? Si non, que proposeriez-vous ?
- la maîtrise des méthodes et des outils de la qualité est indispensable pour conduire les différents projets qualité. Dans votre établissement, quels sont les méthodes et les outils les plus employés en matière d'évaluation continue de la qualité des soins ?

4/ La dimension culturelle :

- Quels seraient, pour les équipes, les éléments indispensables, pour pérenniser une culture de l'évaluation continue de la qualité des soins ?
- Quelles serait selon vous la fonction la plus adaptée pour la mise en œuvre, et le suivi de l'évaluation continue de la qualité des soins au sein de l'établissement ?

5/En matière d'évaluation continue de la qualité des soins, quelles sont vos attentes :

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

-Alors, quelles nuances faites vous entre : démarche qualité et évaluation continue de la qualité des soins ?

Comment définiriez-vous l'évaluation continue de la qualité des soins ?

Annexe N°4 : IPAQH

Indicateurs de Performance pour l'Amélioration de la Qualité Hospitalière.

Le recueil sera d'abord mis en œuvre, au dernier trimestre 2008, au sein des établissements ayant une activité MCO, à l'exception des hôpitaux locaux, des centres spécialisés de dialyse et des structures d'hospitalisation à domicile.

Le secteur des soins de suite ou de réadaptation (SSR) sera concerné à l'automne 2009.

L'extension à l'activité de psychiatrie est prévue à partir de 2010.

En 2008, les établissements MCO, devront renseigner entre quatre et onze indicateurs, selon les activités pratiquées.

La HAS a prévu deux mesures afin d'aider les établissements au recueil de ces informations :

- Des sessions régionales de formation seront ouvertes aux professionnels intervenant dans le champ MCO en septembre et octobre 2008. Le bulletin d'inscription est téléchargeable sur le site de la HAS jusqu'au 28 juillet 2008.

- Un logiciel permettant le recueil et la restitution des résultats aux établissements a été conçu avec l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH), afin de simplifier le processus de recueil d'information. Enfin, dans un souci d'harmonisation et de complémentarité, les résultats de ces indicateurs seront transmis à l'ARH, à partir de 2009.

L'utilisation des indicateurs dans le cadre de la certification ne deviendra effective qu'à compter de la mise en œuvre de la version V2010 :

Dans le cadre des visites « V2 », les résultats des indicateurs ne seront pas exigés. Les établissements pourront toutefois, de leur propre initiative, faire valoir l'effort d'évaluation engagé sur les thèmes concernés et entamer un dialogue sur cette base avec les experts-visiteurs de la HAS.

Au cours de l'année 2007, la HAS a lancé auprès d'une centaine d'établissements de santé ayant une activité MCO une expérimentation du recueil de trois procédures de qualité :

- la tenue du dossier patient,

- la tenue du dossier anesthésique,

- et le respect des bonnes pratiques cliniques de prise en charge de l'infarctus du myocarde après la phase aiguë.

Des résultats individualisés ont été restitués aux établissements en fournissant à ces derniers leur positionnement par rapport à leur groupe d'établissements référence (groupe des CHU, groupe des CLCC...).

L'année 2008 est consacrée en particulier à la préparation de la généralisation du recueil des indicateurs de qualité expérimentés en 2007. Les hôpitaux locaux, les centres spécialisés de dialyse et les structures d'hospitalisation à domicile ne seront pas concernés par le recueil.

En 2009, le recueil en MCO sera élargi à d'autres indicateurs de pratiques cliniques (notamment les prises en charge de l'AVC et du syndrome coronarien aigu) et de pratiques organisationnelles (dont les réunions de concertations pluridisciplinaires en cancérologie et la conformité des prescriptions des examens de radiologie). Par ailleurs, le recueil d'indicateurs de qualité dans le secteur SSR sera initié sur le thème de la tenue du dossier du patient.

En 2010, une extension sera faite à l'activité de psychiatrie.

Les années suivantes, d'autres indicateurs de type clinique ou organisationnel seront mis en œuvre, de manière à permettre une évaluation quantitative des grands champs d'activité des établissements, complétant, ou se substituant aux données jusqu'ici analysées par les experts-visiteurs dans le cadre des versions 1 et 2 de la certification.

Annexe N°5 : IPAQH

Fiche descriptive de l'indicateur : Tenue du dossier patient (TDP).

Généralisation des indicateurs 2008 HAS/DAQSS/SIPAQH/10/07/2008

Définition Cet indicateur, présenté sous la forme d'un score de qualité, évalue la tenue du dossier des patients hospitalisés.

Pour chaque dossier tiré au sort, un score de qualité, compris entre 0 et 1, est calculé à partir de 10 critères, au maximum. La qualité de la tenue du dossier patient est d'autant plus grande que le score est proche de 1.

Numérateur

Pour chaque dossier, le nombre de critères satisfaits est calculé à partir des dix critères suivants, dès lors qu'ils sont applicables :

Éléments communs à tous les dossiers patients :

1. Présence du document médical relatif à l'admission (*si applicable*)
2. Examen médical d'entrée noté
3. Trace écrite des prescriptions médicamenteuses établies pendant l'hospitalisation (*si applicable*)
4. Présence d'un courrier de fin d'hospitalisation ou d'un compte rendu d'hospitalisation
5. Trace écrite d'un traitement de sortie (*si applicable*)
6. Dossier organisé et classé

Éléments dépendants de la prise en charge :

7. Présence d'un (ou des) compte(s) rendu(s) opératoire(s) (*si applicable*)
8. Présence d'un compte rendu d'accouchement (*si applicable*)
9. Présence d'un dossier anesthésique (*si applicable*)
10. Présence d'un dossier transfusionnel (*si applicable*)

Dénominateur Nombre de critères qualité applicables pour chaque dossier.

Echantillon Pour chaque établissement, le score de qualité, correspondant à la moyenne des scores de qualité, est calculé sur un échantillon aléatoire de 80 dossiers.

Critère d'inclusion Séjours stratifiés selon l'activité MCO.

Critères d'exclusion Séances sélectionnées à partir des GHM relevant de la Catégorie majeure de diagnostics (CMD) 28, spécifique aux séances ;

Séjours dont la date d'entrée est égale à la date de sortie ;

Séjours des nouveau-nés dits « non hospitalisés » ;

Séjours faisant l'objet d'une prestation inter-établissement, que ce soit en établissement demandeur ou en établissement prestataire.

Type d'indicateur Indicateur de processus. Indicateur composite. Ajustement sur le risque : non.

Importance du thème

La bonne tenue du dossier du patient est un élément essentiel de la continuité, la sécurité et l'efficacité des soins. Elle est un reflet de la qualité de la pratique professionnelle et permet d'assurer la coordination des différents professionnels auprès du patient. Le contenu du dossier médical est défini réglementairement dans le code de santé publique (article R1112-1) Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades.

La HAS a fait une priorité de l'amélioration de cet outil et les résultats de la certification montrent la marge d'amélioration importante restant à faire.

La conception de cet indicateur a été réalisée dans le cadre du projet COMPAQH. Sa pertinence et ses qualités métrologiques ont été testées et validées par les concepteurs.

MODE D'EVALUATION DES CRITERES

L'évaluation des dossiers est réalisée au moyen d'une grille d'analyse comprenant 10 critères.

Si un critère n'est pas applicable, il est retiré à la fois du numérateur et du dénominateur.

Chaque réponse valide est comptabilisée par 1 point. Le numérateur est égal à la somme des points, et le dénominateur est égal à la somme des critères applicables.

Les éléments requis pour chacun des critères sont décrits ci-dessous.

Éléments communs à tous les dossiers patients

1. Présence du document médical relatif à l'admission (*si applicable*)

Le critère est satisfait si un document médical relatif à l'admission indiquant les motifs d'hospitalisation est retrouvé dans le dossier du patient.

2. Examen médical d'entrée noté

Le critère est satisfait si l'examen médical d'entrée comporte les trois éléments suivants :

(1). les motifs d'hospitalisation,

(2). les antécédents et facteurs de risque,

(3). les conclusions de l'examen clinique initial (hypotheses diagnostiques).

3. Trace écrite des prescriptions médicamenteuses établies pendant l'hospitalisation (*si applicable*)

Le critère est satisfait si chaque prescription médicamenteuse établie pendant l'hospitalisation comporte les six éléments suivants :

(1). le nom et le prénom du patient,

(2). la date de prescription,

(3). la signature du prescripteur,

- (4). le nom du prescripteur,
- (5). la dénomination des médicaments,
- (6). la posologie (dosage unitaire et rythme d'administration des médicaments).

Pour simplifier le travail d'analyse, celle-ci porte sur une période qui débute à la première prescription médicamenteuse et s'étend sur 72 heures (soit pendant 4 jours à partir de la date de la première prescription).

4. Présence d'un courrier de fin d'hospitalisation ou d'un compte rendu d'hospitalisation

Le critère est satisfait si le courrier de fin d'hospitalisation (ou le compte rendu d'hospitalisation) retrace les quatre éléments suivants :

- (1). l'identité du médecin destinataire (nom et adresse),
- (2). la référence aux dates de séjour (date d'entrée et date de sortie),
- (3). la synthèse du séjour (contenu médical sur la prise en charge du patient),
- (4). et la trace écrite d'un traitement de sortie.

5. Trace écrite d'un traitement de sortie (si applicable)

Le critère est satisfait si le traitement de sortie comporte les six éléments suivants :

- (1). le nom et le prénom du patient,
- (2). la date de prescription,
- (3). le nom du médecin,
- (4). la dénomination des médicaments,
- (5). la posologie (dosage unitaire et rythme d'administration des médicaments),
- (6). la durée du traitement.

6. Dossier organisé et classé

Le critère est satisfait si le dossier est organisé et classé selon les deux conditions suivantes :

- (1). il existe des procédures relatives à l'organisation du dossier dans l'établissement et/ou les services,
- (2). et le dossier est organisé conformément à ces procédures ; par exemple, en différentes rubriques (courriers, examens biologiques, dossier de soins, prescriptions) ou par ordre chronologique.

Éléments dépendants de la prise en charge

7. Présence d'un (ou des) compte(s) rendu(s) opératoire(s) (si applicable)

Le critère est satisfait si un (ou des) compte(s) rendu(s) opératoire(s) est (sont) retrouvé(s) pour toutes les interventions entraînant un passage au bloc opératoire et/ou obstétrical, ainsi que les endoscopies et les actes invasifs.

8. Présence d'un compte rendu d'accouchement (si applicable)

Le critère est satisfait si un compte rendu d'accouchement est retrouvé pour tout accouchement (par voie basse ou césarienne).

9. Présence d'un dossier anesthésique (si applicable)

Le critère est satisfait si le dossier anesthésique comporte les trois éléments suivants :

- (1). le document traçant la phase pré-anesthésique,
 - en cas d'intervention programmée, la trace de la consultation pré-anesthésique et de la visite pré-anesthésique (VPA) ;
 - en cas d'intervention non programmée, la trace de la VPA seule ;
 - en cas d'urgence vitale, le contenu de la VPA peut se résumer à la seule mention de la nature de l'intervention (ex : rupture de rate, laparotomie).
- (2). la fiche per-opératoire,
- (3). la fiche de suivi en salle de surveillance post-interventionnelle.

Les éléments relatifs à chacune des phases d'anesthésie doivent être retrouvés dans le dossier anesthésique. Seule la présence de ces trois éléments est vérifiée. Leur contenu est évalué dans le cadre de l'indicateur spécifique à la «Tenue du dossier anesthésique».

10. Présence d'un dossier transfusionnel (si applicable)

Le critère est satisfait si le dossier transfusionnel comporte les éléments suivants :

- (1). la fiche transfusionnelle,
- (2). la carte de groupe sanguin (ou sa copie),
- (3). la fiche de distribution nominative (attribution / distribution),
- (4). la prescription du produit sanguin signée par le médecin,
- (5). Doivent également figurer dans le dossier transfusionnel :
 - (5.a) les résultats de la Recherche d'Agglutinines Irrégulières (RAI), en cas de transfusion de globules rouges,
 - (5.b) la Fiche d'Évènement Indésirable (FEI), en cas d'incident transfusionnel.

L'ensemble de ces éléments doit être retrouvé dans le dossier transfusionnel, la RAI et la FEI n'étant recherchées que dans les cas de transfusion de globules rouges et d'incident transfusionnel.

Annexe N°6 : IGEQSI

Instrument Global d'Évaluation de la Qualité des Soins Infirmiers.

UN OUTIL DE MESURE ET D'ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DES SOINS INFIRMIERS

PRÉSENTATION DE L'IGEQSI :

Créé en 1989 par Raymond GRENIER, Professeur à la Faculté des Sciences Infirmières de l'Université de MONTREAL, l'IGEQSI est largement utilisé au Québec et fait son apparition en FRANCE dès 1992.

Cet outil d'évaluation peut être utilisé dans la majorité des secteurs cliniques d'un établissement de santé, pour ce qui concerne les soins de courte durée, les soins de suite et de réadaptation, et les soins de longue durée.

Les résultats obtenus mettent en évidence les points forts et les domaines de soins pouvant être améliorés, et permettent de mettre en œuvre un processus d'amélioration continue de la qualité des soins infirmiers au service des personnes prises en charge.

L'instrument fait à ce jour l'objet d'une version opérationnelle informatisée, propre à l'usage du Québec et de l'Europe francophone, autour de deux applications :

1. pour les soins de courte durée (www.conceptinf.com/Courteduree.htm)
2. pour les soins de longue durée (www.conceptinf.com/Longueduree.htm)

Les principales caractéristiques de l'IGEQSI font de lui un outil global.

Un outil global

Il permet d'avoir une vision panoramique de l'attention portée à la personne soignée par l'ensemble des équipes soignantes autour des dimensions de qualité et de continuité des soins, ainsi que de sécurité de prise en charge du patient.

L'approche réalisée avec l'IGEQSI est orientée à cet effet dans les trois axes suivants :

1. **Structure** : regard porté sur l'organisation et le fonctionnement de l'unité de soins,
2. **Processus** : observation des pratiques professionnelles en soins infirmiers,
3. **Résultats** : recueil des perceptions et bénéfices ressentis et exprimés par la personne soignée.

Un outil structuré

Le cadre conceptuel de l'outil prend en compte : la démarche clinique, les besoins fondamentaux de la personne, les facteurs d'influence sur la qualité des soins infirmiers.

Sur cette base, l'IGEQSI est structuré autour de dimensions de soins, de normes de qualité, et de critères d'évaluation. Exemples : (extraits d'IGEQSI courte durée v. 2.31)

DIMENSION	NORME	CRITERE(S)
Les besoins physiques du bénéficiaire sont pris en considération	Le bénéficiaire est protégé des accidents et des blessures	Le lit est à son plus bas niveau, sauf au moment des soins ou des traitements On trouve le nom du bénéficiaire sur chaque contenant à perfusion intraveineuse en cours
Les besoins autres que physiques sont pris en considération	Le besoin de bien-être psychologique et émotionnel est considéré	Le bénéficiaire est renseigné sur l'appareillage dont il a besoin pour son traitement ou pour ses soins le personnel soignant dit au bénéficiaire ce qu'il s'apprête à lui faire
Les directives au niveau de l'unité visent la protection de tous les bénéficiaires	L'unité de soins est préparée aux situations d'urgence	Le personnel soignant connaît les étapes à suivre lors d'un arrêt cardio-respiratoire Les médicaments et le matériel stérile du chariot d'urgence ne dépassent pas leur date de péremption

Chaque critère comporte : une note explicative déterminant la conduite à tenir pour l'auditeur, la détermination des réponses possible
Les sources d'information sont également mentionnées et intègrent :

1. les écrits dans le dossier de soins du patient (traçabilité)
2. l'approche « patient » (observation et questionnaire)
3. l'approche « prestataire » (observation et questionnaire).

ANNEXE N°7

Synthèse des entretiens des deux établissements de santé

ETABLISSEMENT A et B	Directeur d'ETB	Directeur ou Responsable Qualité	Directeur des soins	Qualiticien	Cadres Sup de santé	Cadres de santé	IDE
<p>Dimension stratégique</p>	<p>Le projet qualité figure dans le projet d'établissement, c'est un projet institutionnel. Direction qualité confiée à un directeur adjoint. Stratégiquement le DS est associée au comité pilotage qualité, pour impliquer les médecins dans cette démarche. Les professionnels médicaux se sont bien impliqués dans les démarches qualité. Ils sont intégrés systématiquement comme animateur d'une EPP. Le chef d'établissement doit affirmer sa volonté d'inscrire l'établissement dans un processus d'amélioration de la qualité. Il doit concevoir, avec ses collaborateurs un plan de communication efficace</p>	<p>Dans le cadre du projet d'établissement : identifier, analyser et gérer les risques hospitaliers. S'organiser en fonction des besoins, des attentes du patient et mesurer sa satisfaction. Impliquer les professionnels et améliorer la qualité du management. Evoluer vers une démarche placée sous le signe de la qualité mesurée. Satisfaire à la procédure de certification. Développer une gestion documentaire homogène et sûre. La qualité est au centre des préoccupations. Les nouvelles missions du DS (nelle gouv) est d'impulser de nouvelles organisations et pratiques. Il doit être porteur de « méthodes » pour faciliter l'évaluation. L'évaluation existe sur des thèmes précis : chutes, escarres, lavage des mains. Par ses interventions dans le comité de pilotage, dans les différentes instances ou réunions institutionnelles, le chef d'établissement montre son soutien et sa volonté qu'elles aboutissent. La démarche qualité est aujourd'hui rentrée dans les mœurs, à nous de développer l'ECQS, pour ne pas être démunis lors de la V3 de certification. « la pérennisation de la démarche qualité passe par l'investissement de chacun à chaque instant, le vrai moteur de la qualité est l'ensemble des acteurs du CHA, quels qu'ils soient. Développer la qualité, et faire adhérer l'ensemble des acteurs, revient à ce que nos prestations soient de qualité et que les patients aient confiance et soient satisfaits de leur passage dans nos locaux lorsqu'ils nous confient leur prise en charge. Chaque membre de l'équipe de direction pilote l'évaluation de ses</p>	<p>Nécessité d'une communication claire et adaptée sur la préparation et le suivi des démarches de certification. Communication à caractère stratégique. Il est essentiel de montrer aux professionnels l'état d'avancement et les résultats de la démarche qualité auxquels ils prennent part. Cela représente une source de motivation pour eux. Importance d'une bonne consolidation de l'organisation et des moyens affectés à la démarche qualité et l'amplification de l'évaluation par des EPP régulières. Dommage qu'il faille attendre la certification pour parler d'ECQS, la proposition sera de réaliser 3 EPP par an pour une ECQS. Acquérir une culture qualité demande des habiletés de management majeures.</p>	<p>Nécessité d'une approche pragmatique. Les démarches doivent avant tout être comprises par les cadres et les acteurs de terrain pour qu'ils puissent se les approprier. La communication revêt donc un caractère stratégique. Implication indispensable du chef d'établissement dans les démarches qualités institutionnelles.</p>	<p>Le projet de soins 2006-2010, s'engage dans une politique qualité pour le bien être et la santé des patients ou des résidents. Excellent soutien de la part de la DS, elle apporte méthodologie et conseils dans l'organisation des soins. Difficile de faire la distinction entre « démarche qualité et évaluation des soins », cependant le pilotage réserve une part à l'évaluation par les EPP que l'on réalise au moment de la certification, mais pas de façon continue</p>	<p>Pas de sensation d'isolement dans la fonction de cadre, très bon soutien de la DS en matière d'appui méthodologique et de conseils, pour une meilleure cohérence des actions entreprises dans les domaines de l'amélioration de la qualité des soins (exp. harmonisation du dossier de soins sur les 2 sites). Cependant un manque manifeste d'évaluation, qui doit être impulsé par le DS. Les thèmes les plus abordés en démarche qualité tournent toujours autour de l'information, de la communication, de la gestion des risques. En matière d'ECQS les thèmes les plus évalués de façon continue (escarres, douleur, hygiène des mains...) De nombreuses confusions entre indicateurs, processus, procédures et résultats. Connaissances de tableau de bord permettant de suivre la qualité des soins produit dans l'établissement : classeur de l'auto-évaluation, classeurs EPP, Classeurs protocoles</p>	<p>Question difficile, cette dimension stratégique semble lointaine. La démarche qualité ou l'ECQS sont deux concepts pour une amélioration continue de la qualité. De nombreuses redondances entre démarche qualité et évaluation des soins En tant qu'IDE la qualité ne s'effectue que dans les soins. L'évaluation des soins c'est la certification. S'il existe des outils pour l'évaluation, ce sont toujours les mêmes thèmes qui sont abordés (douleur, escarres, chutes...) Excellent soutien du DS pour les EPP, apport méthodologique et conseils. Pas de sensibilisation à la qualité et connaît peu les exigences institutionnelles en matière de qualité des soins. Informations sur la démarche qualité reçue par le biais du journal interne de l'établissement. Connaissances de tableau de bord permettant de suivre la qualité des soins produit dans l'établissement : classeur de l'auto-évaluation, classeurs EPP, Classeurs protocoles Mais pas de vision globale de la qualité des soins dispensés au sein de l'établissement pouvant aider à la construction des tableaux de bord, participant au développement d'une culture d'ECQS, complémentaire de la démarche de certification pouvant fournir des éléments plus précis dans le domaine des soins qui peuvent être des supports de plans d'amélioration ciblés.</p>

		domaines de compétence qui sont sous sa responsabilité. La cellule qualité venant en appui lorsque cela est nécessaire, par exemple pour la réalisation d'audit ou de plaquettes d'informations.					
Dimension structurelle	<p>Double structure de coordination de la qualité : un comité de pilotage qui se situe au niveau stratégique et politique, et une cellule qualité au niveau opérationnel, avec des missions transversales.</p> <p>Le choix des personnes qui accompagnent les projets en transversal est stratégique. Elles doivent à la fois faire preuve de leadership et de charisme, mais aussi suffisamment maîtriser la méthodologie de la démarche qualité pour être souples dans la conduite de projet. « <i>Les différents changements dans l'équipe de direction et au sein du comité de pilotage ont parfois freiné la dynamique : départ du chef de projet en janvier 2003, changement du président de la CME en avril 2004, arrivée du nouveau chef de projet en septembre 2003, nomination d'un nouveau directeur d'établissement en juillet 2004, changement de chef de projet en septembre 2004, visite d'accréditation en février 2005.</i> »</p>	<p>Membre du comité de pilotage et de la cellule qualité, et coordonnateur du projet qualité. Garant de la cohérence d'ensemble et de la coordination du dispositif qualité mis en place, et fait le lien entre les différents projets qualité qui existent dans l'hôpital.</p> <p>Sous le terme « gestion de projet » : un objectif clair, des actions concrètes à mettre en œuvre, un calendrier et un responsable de projet. Ce qui est le plus important est la posture des professionnels face à la démarche d'amélioration de la qualité. En fait, le plus gros défi est le changement des mentalités face à cette démarche (roue de DEMING). Il y a des actions qualité très simples et qui sont du quotidien qui ne nécessitent pas de mettre en place tout un processus. La aussi, le rôle de l'encadrement me paraît essentiel.</p> <p>Les outils les plus employés sont l'audit, l'audit clinique ciblé et les staffs.</p>	<p>Membre du comité de pilotage.</p> <p>Pas de personnels dédiés pour réaliser des audits en lien avec les pratiques de soins. Trop de groupes de travail peut nuire à la productivité et contribuer au découragement des acteurs.</p> <p>Ces organes stratégiques et opérationnels ne sont pas pluridisciplinaires puisqu'on ne retrouve pas de soignants médicaux et paramédicaux, pas d'agents administratifs et logistiques, on les retrouve uniquement dans les groupes EPP.</p>	<p>Membre du comité de pilotage et de la cellule qualité.</p> <p>C'est lui qui sur la base d'un tableau d'avancement des projets qualité fournis par les animateurs des groupes de travail met en forme les synthèses.</p>	<p>Référent qualité pour leurs unités.</p> <p>Cadre de santé formé en Institut de formation de cadre de santé, a donc reçu un apport méthodologique dans la conduite de projet et la conduite de groupe de travail au sein des unités de soins, ce qui facilite le positionnement vis-à-vis des équipes médicales et paramédicales.</p> <p>Regret de ne pas avoir de cadre de santé positionné en transversal, qui pourrait être un soutien indispensable, tant au niveau méthodologique que psychologique d'ECQS, pour un soutien et pour accompagner ses collègues dans la conduite de projet qualité.</p>	<p>Référent qualité pour leurs unités.</p> <p>Cadre de santé formé en Institut de formation de cadre de santé, a donc reçu un apport méthodologique dans la conduite de projet et la conduite de groupe de travail au sein des unités de soins, ce qui facilite le positionnement vis-à-vis des équipes médicales et paramédicales.</p> <p>Regret de ne pas avoir de cadre de santé positionné en transversal, qui pourrait être un soutien indispensable, tant au niveau méthodologique que psychologique d'ECQS, pour un soutien et pour accompagner ses collègues dans la conduite de projet qualité.</p>	<p>Trop de groupes de travail peut nuire à la productivité et contribuer au découragement des acteurs.</p>
Dimension technique	<p>Nécessité de bien maîtriser la conduite de projet.</p> <p>importance de développer des méthodes et les outils d'ECQS, simples pour que les acteurs de terrain puissent se les approprier pour les utiliser au quotidien.</p> <p>Nécessité de développer un groupe de travail d'ECQS pour éviter les dérives, sources de sentiments d'échec en matière d'évaluation et de démotivation chez les participants.</p> <p>L'équipe de direction doit montrer qu'elle prend en compte les problèmes signalés par les professionnels.</p>	<p>Manque de tableaux de bord et d'indicateurs pertinents sur l'activité médicale et paramédicale.</p> <p>Difficulté à mener les démarches qualité à leur terme, due à la profusion de projets menés de front.</p> <p>Attention à la tentation de vouloir trop en faire, et de vouloir trop demander à la fois, car dans ces situations, c'est souvent l'étape de l'évaluation qui est oubliée.</p> <p>Le comité qualité a suivi une formation sur l'approche processus et cette même formation est en cours auprès de l'encadrement. Il est important d'avoir un langage commun, ce qui facilite la communication.</p>	<p>La procédure de certification n'a pas permis aux professionnels d'intégrer la méthodologie complexe de la démarche qualité, malgré l'auto-évaluation, l'identification des points d'amélioration, les plans d'actions, le suivi et l'évaluation.</p> <p>La partie évaluation des projets est souvent négligée, et lorsque cette évaluation est réalisée, elle n'est pas toujours utilisée pour rebondir sur de nouveaux plans d'actions.</p> <p>Cette évaluation devrait systématiquement être intégrée au moment de la conception d'un projet.</p> <p>Manque de tableaux de bord et</p>	<p>La pluridisciplinarité doit être identifiée comme un élément clé dans la conduite de projets qualité. Cela peut générer un intérêt pour le travail de l'autre, un partage des expériences et peut contribuer à la prise de conscience que chaque professionnel s'inscrit dans un enchaînement de processus.</p> <p>Cela peut contribuer à instaurer une approche client fournisseur, ainsi qu'une source d'enrichissement des projets.</p>	<p>Le DS doit être vigilant à ce que les acteurs qui participent aux actions d'amélioration soient informés des résultats pour qu'ils s'engagent dans de nouveaux projets. Il doit lui-même établir des priorités d'actions institutionnelles (pas plus de trois) et aider les cadres à ne pas s'engager dans trop de projets simultanément au sein de leurs unités.</p>	<p>Le DS doit développer une rigueur dans le suivi de ces actions et sans doute appuyer son évaluation des cadres sur l'atteinte des objectifs d'amélioration fixés conjointement.</p> <p>Les cadres ne savent pas bien faire les liens entre procédures, moyens mis en place et résultats obtenus. Ils se focalisent sur les procédures, c'est le plus facile, mais ils ne savent pas ou ne veulent pas évaluer la qualité des résultats. Ce n'est pas en évaluant la qualité de l'accueil du malade (nécessaire mais pas suffisante) qu'on va évaluer le cœur du métier.</p>	<p>Nécessité de concevoir des évaluations des soins sur des cycles courts, ce qui nous permettrait d'observer des résultats rapidement, source de motivation.</p> <p>Se lancer dans des projets trop longs est source d'usure pour les pilotes comme pour ceux qui mettent en œuvre. Les soignants finissent par perdre le sens des actions menées car ils n'en perçoivent pas l'aboutissement.</p>

			d'indicateurs pertinents sur l'activité médicale et paramédicale. Manque de démarches d'ECQS clairement définies comme gestions de projets, devant intégrer une évaluation à la fois pour s'assurer que le projet progresse comme prévu et que les nouvelles organisations sont réellement mise en œuvre sur le terrain avec le résultat escompté.				
Dimension culturelle	<p>L'établissement a intégré la culture de l'évaluation sur des thèmes précis (chutes, escarres, douleur...) qui font l'objet d'évaluations régulières.</p> <p>La démarche qualité à l'hôpital a fait évoluer la culture des acteurs, elle a contribué au décloisonnement, aidé à penser les actions en transversalité et rendu les acteurs plus solidaires car conscients qu'ils sont intégrés dans un processus de prise en charge global des patients, à condition que chacun connaisse, respecte et fasse respecter sa zone de responsabilité.</p>	<p>L'acquisition d'une culture qualité n'est pas qu'une question de temps, elle se fonde sur une politique de communication. ingrédient indispensable à la vitalité du système hospitalier.</p> <p>Un point qualité est fait en tout début de chaque réunion de direction.</p> <p>Les mentalités doivent être portées par les cadres de l'unité, car ils ont une culture de l'évaluation très ancrée dans leur formation.</p>	<p>La formalisation des procédures et la traçabilité sont globalement intégrées dans la culture des soignants.</p> <p>A nous maintenant de nous inscrire dans une démarche d'évaluation continue de la qualité des soins, sans à coups générés par la préparation des visites de certification.</p> <p>La culture qualité ne peut passer que par l'encadrement.</p> <p>Il serait donc nécessaire de faire un point sur l'avancement des travaux qualité, en tout début de chaque réunion d'encadrement.</p> <p>Nous devons considérer les démarches qualité comme des outils managériaux.</p> <p>Mon rôle est certainement d'aider les cadres à repérer les dysfonctionnements, à établir des priorités dans leurs plans d'actions, tout en leur laissant une part d'initiatives.</p> <p>Lors de l'évaluation annuelle des cadres, un bilan devra être réalisé sur les résultats des plans d'actions menés dans le courant de l'année dans leurs secteurs respectifs, mais aussi sur leur participation aux démarches qualité institutionnelles. Ils sont parfois trop dans le faire et pas assez dans le management menés dans le courant de l'année dans leurs secteurs respectifs, mais aussi sur leur participation aux démarches qualité institutionnelles. Ils sont parfois trop dans le faire et pas assez dans le management.</p>	<p>Les cadres ne sont pas préparés à la démarche qualité, ils semblent désemparés dans par cette démarche. Il me semble indispensable de développer l'ECQS par des méthodes et des outils qui leur parlent : des outils simples et adaptés.</p> <p>Il me paraît nécessaire de bien boucler les démarches qualités, aller jusqu'à la diffusion des résultats, pour contribuer à l'acquisition d'une culture positive de la qualité.</p> <p>Plus les démarches d'évaluation seront multipliées, plus les acteurs se les approprieront, mais cela dépend de la façon dont elles sont annoncées, expliquées, menées et suivies.</p>	<p>L'évaluation en dehors des EPP, reste pour certains soignants une démarche négative et péjorative.</p> <p>Nous comptons sur le DS pour nous épauler dans la démarche d'ECQS.</p> <p>Nous avons beaucoup de difficultés à mobiliser les soignants sur les démarches qualité et sur leurs propres difficultés à prendre du temps pour analyser les situations : « ils ont comme nous, la tête dans le guidon »</p> <p>Les soins sont réalisés mais l'évaluation est souvent une étape « oubliée ».</p>	<p>L'évaluation ne permet pas pour l'instant une valorisation et une reconnaissance du travail des soignants. L'évaluation n'est pour le moment pas une démarche intégrée par les soignants.</p> <p>Nous n'avons pas été formé lors de notre formation cadre à la démarche qualité, les méthodes ont évolués et nous nous sentons désemparés : vous nous parler d'approche processus, que devons nous mettre sous ce terme ?</p> <p>Nous ne disposons pas de tableau de bord alimenté par des indicateurs d'alerte, pour la mise en œuvre des plans d'actions, nous permettant d'évaluer la performance de notre unité.</p> <p>Au niveau stratégique, l'évaluation des soins incombe au DS.</p>	<p>Une mise en œuvre d'une démarche d'ECQS, nous permettrait de démontrer ce qui est bien fait, nous permettrait de valoriser et de prouver notre professionnalisme.</p>

Annexe N°8..... Exemples d'Indicateurs de qualité

DIMENSION	NORME	CRITERE	NOTE EXPLICATIVE	REPONSES POSSIBLES	SOURCES D'INFORMATION
<p>Dimension 1 : Le plan de soins est formulé</p>	<p>Norme 1.4 Le plan de soins infirmiers est formulé par écrit.</p>	<p>On retrouve au dossier des soins un ou des diagnostics infirmiers/problèmes/buts/objectifs de soins.</p>	<p>S'il n'y a ni diagnostic infirmier, ni but, ni objectif d'inscrit au dossier de soins, demandez à l'infirmier : « M..... présente t'il des problèmes particuliers qui nécessitent une approche ou des interventions spéciales de la part des soignants ? » Si oui, demandez : « lesquels ? » Encercliez « S.O » si l'infirmière confirme que le bénéficiaire ne présente pas de problème particulier nécessitant une note en ce sens au dossier de soins. Encercliez « non » si la réponse de l'infirmière indique que le dossier de soins devrait mentionner au moins un problème/but/objectif.</p>	<p>Non Information non disponible Sans objet Oui</p>	<p>Dossier Plan de soins et collecte initiale des données Question au personnel soignant</p>
<p>Dimension 6 : Les soins sont facilités par des services d'ordre administratifs et de gestion.</p>	<p>Norme 6.4 : Les services auxiliaires et de support sont assurés.</p>	<p>L'entretien quotidien des locaux de soins et d'examen est effectué par d'autres membres du personnel que les infirmiers.</p>	<p>Demander au cadre de santé : « au cours des 2 derniers jours, qui a fait le ménage dans les locaux de soins et d'examens ? » Encercliez « non » si l'entretien des locaux de soins et d'examen a été fait à l'un de ces endroits par un soignant ou s'il n'a pas été fait.</p>	<p>Non Sans objet Oui</p>	<p>Question au personnel soignant</p>
<p>Dimension 6 : Les soins sont facilités par des services d'ordre administratifs et de gestion.</p>	<p>Norme 6.4 : Les services auxiliaires et de support sont assurés.</p>	<p>Les services alimentaires sont assurés conformément aux directives ou ententes intervenues au niveau de l'hôpital ou de l'unité.</p>	<p>EX : respect de l'horaire des repas et des collations, renouvellement en quantité et en qualité des aliments en réserve à l'unité, respect de la diète, du régime, du goût des bénéficiaires, ajouts de plateau.... Demandez au cadre de santé : « au cours des 2 derniers jours, les services alimentaires ont-ils été assurés conformément aux directives ou ententes établies ? » Au besoin, citez les exemples ci-haut. Encercliez « non » si une entente n'est pas respectée.</p>	<p>Non Information non disponible Sans objet Oui</p>	<p>Question au personnel soignant</p>
<p>Dimension 6 : Les soins sont facilités par des services d'ordre administratifs et de gestion.</p>	<p>Norme 6.4 : Les services auxiliaires et de support sont assurés.</p>	<p>L'équipement défectueux est réparé (remplacé) dans un délai raisonnable.</p>	<p>S'applique à tout article pour lequel une demande de réparation a été faite au cours des 15 derniers jours. Demandez au cadre de santé : « au cours des 15 derniers jours, avez-vous fait des demandes de réparation ou de remplacement d'équipement brisé ou défectueux ? » Si « non » encercliez « S.O ». Si « oui », demandez : « les réparations ou le remplacement ont-ils été effectués dans un délai que vous estimez raisonnable ? »</p>	<p>Non Information non disponible Sans objet Oui</p>	<p>Dossier Plan de soins et collecte initiale des données Question au personnel soignant</p>

LE DORTZ

Philippe

Septembre 2008

Directeur des soins
Promotion 2008

**GARANTIR DES SOINS DE QUALITE,
UNE DEMARCHE MANAGERIALE POUR LE DIRECTEUR DES SOINS.**

Résumé :

L'accréditation vise à promouvoir une politique d'amélioration continue de la qualité des soins dans les établissements de santé.

La qualité est avant tout un état d'esprit, impliquant une démarche permanente où les professionnels ont une place prépondérante. Sa pérennisation nécessite un management motivant les personnels à :

- devenir acteurs à part entière,
- participer et à coopérer à tous les niveaux de l'organisation.

Le directeur des soins (DS) sera un acteur clé de la réussite des programmes d'amélioration continue de la qualité s'il :

- définit une politique de soins en cohérence avec la politique qualité de l'établissement,
- privilégie un mode de management participatif par projet.

Ce travail développe l'idée que les démarches d'amélioration induites par l'accréditation, sont une opportunité pour le DS de recentrer les missions de l'encadrement sur le soin et autour du patient, au moyen d'un outil d'évaluation de la qualité des soins.

Mots clés :

Soin, démarche qualité, évaluation, culture qualité, encadrement, outil d'évaluation, Directeur des Soins.

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.