

**EHESP**

---

**Directeur des soins**

Promotion : **2009**

Date du Jury : **septembre 2009**

---

**Evaluation des pratiques professionnelles :  
d'une politique à une culture de la qualité**

---

**Françoise HUET**

---

# Remerciements

---

J'adresse mes sincères remerciements aux professionnels des hôpitaux qui ont acceptés de me consacrer du temps pour m'aider à cheminer et à enrichir ma réflexion sur le sujet.

Je tiens également à remercier l'ensemble de l'équipe pédagogique de l'EHESP pour la qualité de la formation et particulièrement Madame Karine CHAUVIN, pour ses précieux conseils lors de l'animation des ateliers mémoire

A mes tuteurs de stage et de positionnement pour leur accompagnement dans ma formation.

A mes parents pour leur soutien et leur encouragement tout au long de cette année.

**« Que la stratégie soit belle est une chose,  
Mais n'oubliez pas de regarder le résultat »  
Winston CHURCHILL**

---

# Sommaire

---

<b>Introduction .....</b>	<b>1</b>
<b>1 De la démarche qualité à l'évaluation de la pratique .....</b>	<b>5</b>
<b>1.1 De l'accréditation à la certification.....</b>	<b>5</b>
1.1.1 Les origines.....	5
1.1.2 La certification version V 2010.....	6
1.1.3 Les évaluations de pratiques professionnelles médicales et la formation médicale continue .....	6
<b>1.2 La qualité des soins .....</b>	<b>7</b>
1.2.1 Définition de la qualité des soins .....	7
1.2.2 Une démarche d'amélioration continue de la qualité .....	8
1.2.3 La politique qualité des soins.....	9
<b>1.3 L'évaluation des pratiques professionnelles .....</b>	<b>9</b>
1.3.1 Définition .....	9
1.3.2 Le Directeur des soins et les évaluations de pratiques professionnelles.....	10
1.3.3 Le management .....	11
<b>1.4 La culture.....</b>	<b>13</b>
<b>2 Culture qualité dans les établissements de santé : réalité du terrain .....</b>	<b>14</b>
<b>2.1 Méthodologie de l'enquête .....</b>	<b>14</b>
2.1.1 Présentation des établissements.....	14
2.1.2 Choix de la population enquêtée .....	14
2.1.3 Méthodologie de l'analyse .....	15
<b>2.2 L'enquête .....</b>	<b>15</b>
2.2.1 La certification : un temps fort institutionnel .....	15
2.2.2 Les évaluations de pratiques professionnelles .....	18
2.2.3 La démarche d'amélioration continue de la qualité .....	21
<b>2.3 Retour sur nos hypothèses de travail.....</b>	<b>22</b>
2.3.1 Réponse à la première hypothèse.....	22
2.3.2 Réponse à la deuxième hypothèse .....	22
2.3.3 Réponse à la troisième hypothèse .....	23
2.3.4 Réponse à la quatrième hypothèse .....	23

<b>3</b>	<b>Le directeur des soins : une volonté managériale pour tendre vers une culture qualité.....</b>	<b>25</b>
<b>3.1</b>	<b>Une stratégie institutionnelle pour donner « le sens » .....</b>	<b>25</b>
3.1.1	La politique formalisée .....	25
3.1.2	Une organisation définie .....	26
<b>3.2</b>	<b>Développer la culture d'évaluation des pratiques professionnelles .....</b>	<b>27</b>
3.2.1	Le rôle essentiel de l'encadrement.....	27
3.2.2	Un management par la qualité .....	28
<b>3.3</b>	<b>Le plan d'accompagnement de la démarche d'évaluation des pratiques professionnelles .....</b>	<b>29</b>
3.3.1	Une politique de communication .....	29
3.3.2	Une stratégie de formation pluriannuelle.....	30
	<b>Conclusion .....</b>	<b>31</b>
	<b>Sources &amp; Bibliographie .....</b>	<b>33</b>
	<b>Liste des annexes.....</b>	<b>I</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

ANAES :	Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
AS :	Aides Soignant(te)
CHU :	Centre Hospitalier Universitaire
CH :	Centre Hospitalier
CME :	commission Médicale d'Etablissement
COMPAQH :	Coordination pour la Mesure de la performance et l'amélioration de la Qualité des soins Hospitaliers
CSIRMT :	Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Technique
CS :	Cadre de santé
CSS :	Cadre supérieur de santé
DQ :	Directeur chargé de la qualité et de la gestion des risques
DS :	Directeur des soins
EPP :	Evaluation des Pratiques Professionnelles
HAS :	Haute Autorité de Santé
HL :	Hôpital Local
IDE :	Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat
IPAQSS :	Indicateur Pour l'Amélioration de la Qualité et la Sécurité des Soins
IQ :	Ingénieur Qualité
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
PEP :	Pratique Exigible Prioritaire
RAQ :	Responsable Assurance Qualité
RMM :	Revue de Mortalité Morbidité

## Introduction

Le concept de « qualité » développé depuis de longues années dans le secteur industriel s'est peu à peu étendu au système de santé. L'évolution de la place des usagers, de leurs attentes dans la qualité des réponses à leurs besoins en santé et la volonté de rationaliser les dépenses de santé ont conduit à la mise en place de procédures d'évaluation des établissements de santé. Il s'agit de replacer l'utilisateur au cœur des organisations hospitalières en lui garantissant la qualité et la sécurité dans les soins dispensés.

D'ailleurs l'Organisation Mondiale de la Santé définit la qualité comme *« une démarche qui doit permettre de garantir à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogénique, et pour sa grande satisfaction, en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins. »*<sup>1</sup>

Le directeur des soins est garant de la politique et de l'organisation des soins au sein de l'établissement. Il impulse une politique d'évaluation des pratiques de soins dans une volonté de participer à l'amélioration de l'efficacité des soins au service du patient. Les missions du directeur des soins (DS) ont évolué avec les différentes réformes hospitalières. Dans un contexte budgétaire contraint, la recherche de l'efficacité est inéluctable et le coût de la « non qualité » représente un surcoût évitable. Une étude publiée en 2004 par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES)<sup>2</sup> montre que si la qualité reste perçue comme génératrice de surcoût, la non qualité des soins génère des dépenses importantes. Pour autant les soignants ont du mal à appréhender cette dimension.

La démarche de certification avec en particulier la mise en œuvre des évaluations de pratiques professionnelles vise à instaurer une culture de la qualité des soins dispensés à l'utilisateur. *« Il s'agit bien, sur le fond, de faire de l'évaluation de la qualité une nouvelle culture professionnelle à pratiquer en permanence de façon « naturelle » pour une prise en charge toujours meilleure des patients. »*<sup>3</sup>

---

<sup>1</sup> C.VILCOT et H.LECLET, 2006. « Indicateurs qualité en santé » - AFNOR- 2<sup>ème</sup> édition -162 p

<sup>2</sup> CCECQA-ANAES, juillet 2004-« Les coûts de la qualité et de la non qualité des soins dans les établissements de santé : état des lieux et propositions »

<sup>3</sup> WARNET.S, Novembre 2006 « Où en est-on sur la certification et l'EPP en établissements de santé » in Revue soins Cadres- n°60- -Masson-p10

Une enquête réalisée en avril 2005 par l'institut Ipsos Santé à la demande de la HAS<sup>4</sup> auprès des professionnels des établissements ayant suivi la procédure de certification montre :

- ✚ une bonne adhésion à la démarche de la part de l'ensemble des acteurs ;
- ✚ un impact positif sur le sentiment d'appartenance à la structure de soins ;
- ✚ un sentiment de valorisation de l'image de l'établissement ;
- ✚ une amélioration dans les organisations : au niveau de l'information du patient, l'organisation de la prise en charge et la gestion des risques etc. ;

Par contre la démarche a eu un impact faible sur :

- ✚ le développement de l'évaluation ;
- ✚ l'utilisation d'indicateurs pour la gestion de l'établissement.

En outre les professionnels ont ressenti la démarche comme lourde et pas toujours compréhensible au niveau des enjeux. « *Celle-ci est perçue comme chronophage, mal adaptée aux établissements. Elle est source de stress supplémentaire pour les acteurs* »<sup>5</sup>. Au cours d'une table ronde lors des rencontres HAS sur « *certification des établissements de santé à horizon 2010 : quelles attentes et quelles perspectives ?* »<sup>6</sup>, la présentation de l'enquête de l'institut IPSOS met en exergue les difficultés rencontrées par les établissements en termes managériaux et de communication dans la démarche de certification entre la première version d'accréditation et la deuxième version de la certification. En effet, il paraît difficile pour les acteurs de s'approprier le sens et la perception de l'utilité de cette démarche et certains font part d'une certaine démotivation.

Si l'obligation réglementaire donne un cadre contraint à la démarche de certification, elle permet d'impulser une dynamique d'évaluation des pratiques. Or nous pouvons nous interroger sur la pérennité de l'adhésion des acteurs du système de santé à cette culture de l'évaluation des pratiques professionnelles.

Ces constats conduisent à se poser la question suivante :

**« Pourquoi la certification ne semble pas mener à un processus d'amélioration continue de la qualité des pratiques professionnelles? »**

---

<sup>4</sup> HAS- Dossier de presse du 29 novembre 2005 « Actualités de la HAS d'octobre à novembre 2005 »

<sup>5</sup> HAS- Dossier de presse du 29 novembre 2005 « Actualités de la HAS d'octobre à novembre 2005 »

<sup>6</sup> HAS, Novembre 2007. « Certification des établissements de santé à horizon 2010 : quelles attentes, quelles perspectives », Table ronde 6.



L'amélioration continue des pratiques professionnelles est une volonté permanente du directeur des soins. Donner du sens aux actions soignantes et valoriser le travail des équipes médico-soignantes suppose de promouvoir et mettre en œuvre les outils d'évaluation et de suivi des activités de soin. Aussi au regard de notre question de départ, nous pouvons formuler les hypothèses suivantes :

- ✚ il existe des freins pour les soignants à s'approprier le concept d'évaluation de pratiques professionnelles
- ✚ La culture de l'établissement peut être un atout ou un frein au processus d'amélioration de la qualité
- ✚ La formation initiale n'entraîne pas l'acquisition d'une culture de l'évaluation des pratiques
- ✚ La démarche de certification ne permet pas en tant que telle aux professionnels de s'approprier dans le temps les messages et outils qui leurs sont donnés

Nous étudierons dans une première partie les concepts en lien avec la démarche de certification, la qualité, l'évaluation des pratiques professionnelles, le management et la culture.

Dans une seconde partie, après la présentation de la méthodologie de l'enquête, nous analyserons les entretiens réalisés auprès de différents professionnels dans trois établissements hospitaliers ayant passé la deuxième itération de certification ou V2/V2007. Nous pourrions ainsi confronter la réalité du terrain à nos questionnements de départ.

Enfin nous aborderons dans une troisième partie les perspectives, au regard des enseignements de l'enquête, pour la fonction de directeur des soins.

# 1 De la démarche qualité à l'évaluation de la pratique

## 1.1 De l'accréditation à la certification

### 1.1.1 Les origines

La loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière intègre dans son article L 710-4 la notion d'évaluation des pratiques professionnelles dans un souci de prise en charge globale du malade avec des actions de soins de qualité et efficaces. L'ordonnance n°96 - 346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée dans son titre II « *l'évaluation, l'accréditation et l'analyse de l'activité des établissements de santé* » introduit la procédure externe d'évaluation nommée accréditation. L'ANAES est créée. Cette agence a pour mission de favoriser le développement de l'évaluation des soins et des pratiques professionnelles. L'accréditation est une procédure d'évaluation externe des établissements de santé par des professionnels experts indépendants. La première version de l'accréditation se met en place. Elle sera effective jusqu'en décembre 2006.

Avec la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, la HAS remplace l'ANAES et le terme « accréditation » devient « certification ».

La certification « *permet à chaque établissement d'engager régulièrement une réflexion sur son organisation, ses modalités de fonctionnement entre différents professionnels, ses procédures internes, son type de management, et d'évaluer la qualité de ses pratiques* »<sup>7</sup>.

L'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) devient un axe prioritaire de la démarche de certification Version 2 des établissements de santé. Elle consiste en l'analyse de la pratique professionnelle en référence à des recommandations et selon une méthode élaborée ou validée par la HAS et inclut la mise en œuvre et le suivi d'actions d'amélioration des pratiques. Trois dimensions sont explorées : la dimension économique (efficacité de la prise en charge), la dimension sécuritaire (gestion des risques liés aux soins dans les secteurs cliniques et médico-techniques) et la dimension du service médical rendu et des processus de soins (prise en charge d'une pathologie). Au travers

---

<sup>7</sup>Dossier de presse, 2005. « Actualités de la HAS d'octobre à novembre 2005 » – HAS – Service de la communication

des EPP, il s'agit pour la HAS d'apprécier le déploiement de la démarche qualité dans les secteurs de soins.

Enfin, la V2 a connu une évolution avec la V 2007. Le nombre de critères à renseigner est passé de 215 à 138. Le guide de cotation a été intégré au manuel afin de proposer un document unique. Les établissements de moins de 60 lits ont 3 EPP à mener au lieu de 7.

### **1.1.2 La certification version V 2010**

En janvier 2010 débiteront les premières visites de la 3ème itération de la procédure (V 2010). Cette troisième version vise à évaluer « *la mise en place d'un système de pilotage de l'établissement incluant l'existence d'un processus d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins* » ainsi que « *l'atteinte d'un niveau de qualité sur des critères thématiques jugés essentiels* »<sup>8</sup> avec les pratiques exigibles prioritaires (PEP). Ces PEP sont des critères pour lesquels les attentes sont normées et quantifiées. Les experts visiteurs seront particulièrement attentifs au niveau atteint par l'établissement. La V 2010 met l'accent sur les indicateurs afin de contribuer à la mesure de la qualité sur les critères de certification. Il s'agit de<sup>9</sup> « *développer la culture de la mesure de la qualité des soins, disposer de mesures factuelles de la qualité, renforcer l'effet levier sur l'amélioration* ».

La procédure de certification est également revue dans ces différentes phases (autoévaluation, visite des experts visiteurs, rapport). Les évaluations des pratiques professionnelles sont maintenues. Avec la V 2010, la HAS s'engage vers une procédure évolutive en fonction du contexte et de l'avancée des démarches qualité dans les établissements de santé.

« *Si la V1 avait vocation à initier la démarche, si la V2 avait privilégié une médicalisation de la démarche, le nouveau dispositif a été pensé et développé pour mettre en œuvre une certification à la fois plus continue et efficiente* »<sup>10</sup>

### **1.1.3 Les évaluations de pratiques professionnelles médicales et la formation médicale continue**

Elles présentent la même finalité d'amélioration de la qualité des soins et du service médical rendu. La formation continue est centrée sur l'acquisition de nouvelles connaissances ou compétences. « *L'EPP est fondée sur l'analyse des données de*

---

<sup>8</sup> HAS, novembre 2008. « *Manuel de certification des établissements de santé V2010* ». Direction de l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des soins.

<sup>9</sup> Ibid p8

<sup>10</sup> Ibid p3

*l'activité clinique et professionnelle, des processus comme des résultats des soins. Cette analyse se fait au regard des recommandations professionnelles. L'évaluation des pratiques participe ainsi à la diffusion et à la mise en œuvre des recommandations professionnelles »<sup>11</sup>. Ainsi ces deux démarches sont complémentaires.*

## **1.2 La qualité des soins**

### **1.2.1 Définition de la qualité des soins**

*« Pour DONABIAN, les soins de haute qualité sont les soins visant à maximiser le bien-être des patients après avoir pris en compte le rapport bénéfice/risque à chaque étape du processus de soins »<sup>12</sup>. Le concept « qualité » fait intervenir des normes, des référentiels, une stratégie qui ont pour objet d'améliorer la qualité et la sécurité des soins dispensés au patient. Aussi, la qualité des soins s'inscrit dans un cadre légal et réglementaire.*

*Pour Walter HESBEEN<sup>13</sup>. « Une pratique soignante de qualité est celle qui prend du sens dans la situation de vie de la personne soignée et qui a pour perspective le déploiement de la santé pour elle et pour son entourage. Elle relève d'une attention particulière aux personnes et est animée par le souci du respect de celle-ci. Elle procède de la mise en œuvre cohérente et complémentaire des ressources diverses dont dispose une équipe de professionnels et témoigne des talents de ceux-ci. Elle s'inscrit dans un contexte politique, économique et organisationnel aux orientations, moyens et limites pertinentes et clairement identifiés »*

Ainsi la qualité des soins peut revêtir différents aspects selon qu'elle est perçue par différents acteurs : patients, familles, médecins, paramédicaux, administration et pouvoirs publics.

La qualité des soins, dans le sens d'amélioration continue des prestations par la gestion des processus fait partie de la culture infirmière. En effet, la démarche de soins replace l'utilisateur au cœur du système de soins dans un processus interactif. L'article R-4311-6 du décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 précise que l'infirmier « *identifie les besoins de la personne, pose un diagnostic infirmier, formule des objectifs de soins, met*

---

<sup>11</sup> Site de la HAS <http://www.has-sante.fr>

<sup>12</sup> Rapport CCECQA – ANAES / juillet 2004 « Les coûts de la qualité et de la non qualité des soins dans les établissements de santé : états des lieux et propositions » - Service évaluation économique, p23

<sup>13</sup> HESBEEN.W, 2002. « *La qualité du soin infirmier, penser et agir dans une perspective soignante* », éditions Masson, (2<sup>ème</sup> édition), Paris, p55.

en œuvre les actions appropriées et les évalue... »<sup>14</sup>. De même, l'arrêté du 28 février 2006<sup>15</sup> précise la participation des masseurs kinésithérapeutes à l'EPP.

Si la dimension d'évaluation des soins fait partie de l'apprentissage des paramédicaux, au cours des entretiens, il apparaît que le lien ne se fait pas avec les EPP. Il faut s'interroger sur la nécessité de développer la formation aux outils de l'EPP (audit ciblé par exemple) pour l'ensemble des professionnels.

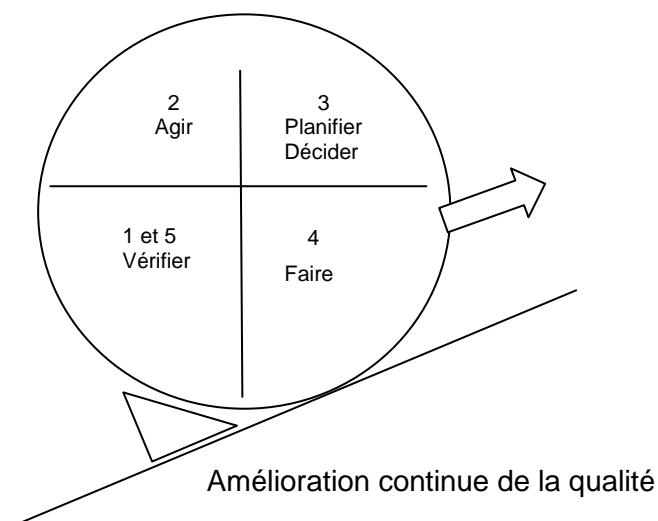
Dans un contexte budgétaire restreint, avec le souci de rationaliser les dépenses de santé, il apparaît important de lutter contre les surcoûts liés à une déficience de la qualité des soins.

Le coût de la non qualité des soins peut être de deux ordres :

- ✚ En lien avec les événements indésirables lors de la prise en charge : infections nosocomiales, erreurs médicamenteuses... Il s'agit des événements indésirables en lien avec les soins.
- ✚ En lien avec le non respect des normes, des recommandations professionnelles soit au niveau des processus ou des pratiques professionnelles. Par exemple les admissions hospitalières non pertinentes, les prescriptions médicamenteuses non appropriées (la pertinence du choix du médicament est établie au regard des référentiels de prescription en vigueur).

### 1.2.2 Une démarche d'amélioration continue de la qualité

Le schéma d' E.DEMING traduit les différentes phases de 1 à 5 de l'amélioration continue de la qualité.



<sup>14</sup> Décret n°2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code.

<sup>15</sup> Arrêté du 28 février 2006 portant approbation d'un avenant à la convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes.

L'amélioration de la qualité (réduction des non-qualités et amélioration des processus de prise en charge) suppose nécessairement une implication de l'équipe de direction car une démarche qualité se traduit souvent par des modifications organisationnelles.

La démarche d'évaluation des pratiques professionnelles vise à offrir des soins efficaces aux usagers en réduisant les risques liés aux pratiques inappropriées. Il s'agit de mettre en œuvre des pratiques basées sur des références professionnelles, des recommandations ou des références réglementaires. Cette logique se traduit entre autre par la mise en place de procédures et protocoles. Il devient possible ensuite d'évaluer les écarts entre les pratiques de soins réalisées et la pratique attendue. La méthode permet de travailler sur les axes d'améliorations possibles.

Si vouloir améliorer leurs pratiques est une volonté forte des soignants, l'abondance de procédures et de protocoles à travailler en groupe ainsi que le suivi des indicateurs qualité ou les évaluations (audit de pratiques, enquêtes...) peut être vécue comme une charge de travail supplémentaire. De plus à vouloir tout « protocoliser », nous arrivons parfois à des situations paradoxales où le soignant n'ose pas sortir du cadre prescrit et peut perdre le sens de la réponse à apporter : « *ce n'est pas écrit, qu'est ce que je dois faire ?* »

Aussi pour être efficace, cette volonté doit s'inscrire dans une politique de qualité des soins.

### **1.2.3 La politique qualité des soins**

On appelle «politique qualité» les orientations et objectifs généraux de qualité exprimés par la direction et formalisés dans un document écrit. La politique qualité définit ainsi les orientations et les enjeux poursuivis en termes de qualité et de sécurité des soins et de satisfaction des bénéficiaires. Le terme «démarche qualité» désigne l'approche et l'organisation opérationnelles afin d'atteindre les objectifs fixés par la politique qualité. Elle sous-tend l'évaluation des pratiques professionnelles.

## **1.3 L'évaluation des pratiques professionnelles**

### **1.3.1 Définition**

L'évaluation des pratiques professionnelles est une démarche qui vise à atteindre l'excellence en termes de qualité. Obligatoire pour les médecins, elle s'inscrit dans la démarche de certification. Il existe différentes méthodes d'évaluation des pratiques. Elles visent à comparer la pratique constatée à celle souhaitée dans les recommandations

professionnelles (audit clinique, revue de pertinence, approche processus avec le chemin clinique...).

De ce fait, l'analyse des résultats de l'évaluation est pluri professionnelle. Les actions d'améliorations sont planifiées et mises en œuvre. Le suivi d'indicateurs permet aux directeurs de vérifier le résultat des actions entreprises.

### **1.3.2 Le Directeur des soins et les évaluations de pratiques professionnelles**

Dans un environnement en évolution constante et un contexte économique difficile, les établissements hospitaliers sont amenés à un changement organisationnel et managérial interne. Or le directeur des soins initie, impulse et accompagne la politique managériale.

Sa place au sein de l'équipe de direction, avec ses multiples interfaces et implications dans les projets institutionnels, montre l'importance de sa capacité à s'adapter au changement et au contexte réglementaire évolutif. Responsable de l'encadrement paramédical, il doit promouvoir et mettre en œuvre les outils d'évaluation et de suivi des activités de soins. En effet l'article 6 du décret n°2002- 550 <sup>16</sup> précise que le directeur des soins « *favorise le développement de la recherche, détermine une politique d'évaluation des pratiques de soins et collabore à la gestion des risques* ». Ainsi le directeur des soins se doit de garantir la qualité de la prise en charge des patients par une politique soignante. Cette politique est traduite dans le projet de soins qui s'articule étroitement avec le projet médical au sein du projet d'établissement.

De plus, Le décret n°2005 – 1656 du 26 décembre 2005 relatif à la Commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT) souligne le rôle de cette commission dans l'évaluation des pratiques professionnelles, la politique d'amélioration continue de la qualité et de la gestion des risques. Il s'agit pour le DS de travailler avec l'ensemble des professionnels à la recherche de l'homogénéité des pratiques dans un souci de qualité et de sécurité des soins. De plus, l'évaluation des pratiques professionnelles permet de se situer individuellement ou collectivement dans les réponses aux besoins en santé apportées à l'utilisateur par les professionnels de santé. Le directeur des soins doit donc favoriser la mise en place dans la pratique soignante quotidienne de l'EPP. Cette démarche intégrée permet non seulement d'améliorer les pratiques mais également de prévenir les risques.

---

<sup>16</sup> Décret n°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière.

Situé à l'interface des différents acteurs hospitaliers, le directeur des soins doit favoriser la coordination et l'articulation des EPP médicales et paramédicales. Cette dynamique permet de renforcer la cohésion au sein de l'institution.

### 1.3.3 Le management

La démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins s'inscrit dans une dynamique de projet. Elle engage les professionnels dans une analyse concertée et une projection de l'organisation hospitalière. La pérennité de la démarche suppose qu'elle soit intégrée au projet institutionnel. La notion de projet est prépondérante dans les établissements de santé. Elle témoigne de la volonté d'aller de l'avant de « se projeter ». La démarche projet est traduite au niveau stratégique dans les différents projets (projet d'établissement, le projet médical, le projet de soins, le projet de prise en charge...).

R-A.THIETART précise que le management est « *l'art ou la manière de conduire une organisation, de la diriger, de planifier son développement, de la contrôler* »<sup>17</sup>. Le management peut également se définir comme « *une démarche rationnelle de coordination de toutes les ressources de l'entreprise (humaine, physique, financière...) en vue d'atteindre des objectifs précis* »<sup>18</sup>. Ainsi dispenser des soins de qualité suppose une organisation centrée sur la qualité. Le cadre de santé est l'articulation entre le niveau stratégique et le niveau opérationnel. La satisfaction du patient dépend de la qualité et de la sécurité de sa prise en soins. Le cadre a pour mission de manager, fédérer des personnels de métiers différents autour d'objectifs communs au service du patient. Ainsi l'encadrement a un rôle essentiel dans l'amélioration des pratiques. Le cadre de santé en est le référent et l'animateur. Il s'appuie sur ses compétences organisationnelles (détermination des objectifs et plan d'actions), managériales (guidance et accompagnement des équipes dans le changement), de gestionnaire (mise en œuvre des actions avec les ressources adaptées) et d'évaluateur (contrôle, évaluation et réajustement des actions)<sup>19</sup>.

La politique qualité implique un management transversal, décloisonné, centré sur la qualité, la sécurité des soins et la satisfaction du patient. A ce titre, il s'applique à

---

<sup>17</sup> THIETART.R-A, 1999. *Le management*, éditions PUF, collection Que sais-je. Paris, p 7

<sup>18</sup> RAYNAL.A, REUNIER.A, 1997. *Dictionnaire des concepts clés*, éditions ESF. Paris, 405 p

<sup>19</sup> SLIWKA.C, septembre 2006. « *La place de l'encadrement et du cadre de santé* », Objectif soins, p 23



fédérer les acteurs hospitaliers autour de valeurs et d'objectifs communs. L'amélioration continue de la qualité suppose un management participatif avec une approche processus. En effet, l'approche par processus permet de travailler sur la transversalité des organisations et des coordinations en recentrant les professionnels sur le patient et sa prise en charge. Un processus est une succession de tâches planifiées, réalisées par des acteurs utilisant des ressources matérielles et des informations en suivant une procédure écrite dans le but d'obtenir un produit correspondant à un objectif.

Aussi, il n'y a pas d'amélioration durable sans éléments de mesures. Les indicateurs sont donc indispensables pour objectiver le niveau de qualité atteint et les progrès réalisés grâce aux actions d'amélioration. A ce niveau de notre travail, il nous paraît important de préciser les notions de contrôle et d'évaluation.

Pour J.ARDOINO et G.BERGER, le contrôle a pour objet de vérifier le degré de conformité entre des phénomènes occurrence, que l'on retrouve dans une situation donnée, et un modèle préexistant. Alors que l'évaluation est un questionnement sur le sens de ce qui se produit dans une situation observée<sup>20</sup>. Le contrôle est constitué d'un ensemble de procédures ayant pour objet d'établir la conformité (ou la non-conformité), entre une norme, un gabarit, un modèle et les phénomènes ou les objets que l'on compare. En cas de non-conformité, il s'agit de mesurer les écarts. Or, le contrôle a pour les professionnels une représentation administrative ou juridique à visée de sanction et de réparation plutôt que d'optimisation de l'acte.

En ce qui concerne le concept d'évaluation, pour J-J BONNIOL « *évaluer, c'est réguler* »<sup>21</sup>. L'évaluation est « *une articulation suscitant un aller-retour entre les produits, les procédures et les processus* »<sup>22</sup>. Il s'agit d'évaluer à partir d'une norme ou d'un référentiel. Or ce concept d'évaluation appliqué aux pratiques professionnelles peut rencontrer de la résistance de la part des professionnels de santé. Certains perçoivent l'évaluation comme une remise en cause de leur savoir. L'évaluation des pratiques n'est pas un contrôle des connaissances, des compétences ou de la personne. « *L'évaluation consiste à porter un jugement sur la valeur de la pratique soignante et, par extension, sur celle du service rendu par les professionnels à la population* »<sup>23</sup>.

---

<sup>20</sup> ARDOINO.J.,Berger.G, 1989. *D'une évaluation en miette à une évaluation en actes*, éditions Rirelf.

<sup>21</sup> BONNIOL J-J., VIAL M., 1997. *Les modèles de l'évaluation*, éditions De Boeck, Paris

<sup>22</sup> MALHOMME.M-L. Revue soins cadres n°35, 3<sup>ème</sup> trimestre 2000. P 38-40

<sup>23</sup> HESBEEN.W, 2002. « *La qualité du soin infirmier, penser et agir dans une perspective soignante* », éditions Masson, (2<sup>ème</sup> édition), Paris, 202 p.

## 1.4 La culture

La culture d'une organisation « est constituée par les représentations mentales et sociales, les systèmes de valeurs de l'ensemble des normes et rites partagées par les membres de l'organisation »<sup>24</sup>. Ce système de référence est intimement lié au fonctionnement des organisations. « Agir dans une organisation, c'est agir dans une culture. La culture organisationnelle constitue un contexte dans lequel les pratiques managériales viennent s'inscrire »<sup>25</sup>. Ainsi la culture peut-être un levier pour le management. Elle intervient à deux niveaux :

- ✚ interne, comme vecteur d'intégration et de mobilisation<sup>26</sup>. La culture facilite alors le travail en équipe, la cohérence et la coordination interne.
- ✚ externe, elle permet aux professionnels d'appréhender les rapports de l'organisation avec son environnement pour pouvoir y agir.

Il existe différentes « cultures » au sein des établissements de santé inhérentes aux groupes professionnels médicaux, paramédicaux, administratifs, et techniques. Il est essentiel de prendre en compte cette diversité dans la dynamique de mise en place d'une culture qualité partagée. Si la culture confère une « identité particulière »<sup>27</sup>, elle peut induire une certaine résistance aux changements. Cette dimension sera à prendre en compte dans le management. En effet, la culture organisationnelle s'inscrit dans la durée. Les changements doivent s'exprimer en de lentes évolutions pour pouvoir être intégrés par l'organisation.

---

<sup>24</sup> BOIX.A-M, 2003. *L'accréditation hospitalière, Quel impact sur la culture et le management des établissements de santé*, éditions L'Harmattan. Paris, p.55

<sup>25</sup> AUBERT.N, GRUERE.J-P, JABES.J, LAROCHE.H, MICHEL.S, 1999. *Management aspects humains et organisationnels*, éditions PUF, Paris, 633 p.

<sup>26</sup> site web « culture et organisations » : <http://web.upmf-grenoble.fr/emanagement/HTML/Culture>

<sup>27</sup> BOIX.A-M, Ibid p59

## 2 Culture qualité dans les établissements de santé : réalité du terrain

### 2.1 Méthodologie de l'enquête

#### 2.1.1 Présentation des établissements

Le Centre Hospitalier (CH) A est un établissement avec une capacité de 1308 lits et places répartis sur deux sites. C'est un établissement de référence qui est doté d'un plateau technique performant avec des spécialités médicales et chirurgicales d'excellence au sein du territoire de santé. Il vient de réaliser sa visite de certification selon le référentiel V 2007.

Le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) B est un établissement avec une capacité de 2118 lits et places répartis sur cinq sites dans la ville et la communauté urbaine. Sa visite de certification a eu lieu fin 2006 selon le référentiel V 2.

L'Hôpital Local (HL) C est un établissement comprenant 372 lits et places. Il a réalisé sa visite de certification selon le référentiel V 2007 en janvier 2008.

#### 2.1.2 Choix de la population enquêtée

	DS	CSS	CS	IDE	RQ	Médecin
Etablissement A	1	1		1	1 ingénieur qualité (IQ)	1
Etablissement B	1	0	1	1	1 Directeur (DQ)	1
Etablissement C			1	1	1 technicien responsable assurance qualité (RAQ))	
Total	2	1	2	3	3	2

Nous avons également interviewé une directrice d'institut de formation en soins infirmiers et un cadre supérieur de santé (CSS) chargé de mission par l'ARH à l'appui régional à l'évaluation des pratiques professionnelles. De plus ce CSS travaille au sein d'un hôpital local qui se prépare à la visite de certification. Chaque entretien s'est déroulé entre 30 minutes et 1 heure 15.

Le choix de trois établissements de taille différente visait à vérifier si la taille ou les activités influent sur la mise en place d'une culture de la qualité.

### **2.1.3 Méthodologie de l'analyse**

A) La méthode :

Un guide d'entretien a été réalisé. Il est joint en annexe. Après un entretien exploratoire, il a été réajusté. Nous avons utilisé le même guide sauf pour la directrice d'IFSI. Seules les relances ont été adaptées.

Après retranscription intégrale des entretiens, l'analyse a été réalisée par thèmes en mettant en parallèle les items évoqués par chaque professionnel.

B) Les limites :

Les témoignages représentent le vécu de quelques professionnels sur trois établissements. Les IDE interrogées sont seulement de trois (un par site). Ils ont été choisis par les cadres supérieurs sur demande des directeurs des soins. Les documents écrits (compte-rendu groupe de travail, auto évaluation...) n'ont pas été exploités de manière optimale. Il aurait pu être intéressant de mesurer l'écart éventuel entre le discours des professionnels et les écrits relatifs aux EPP.

## **2.2 L'enquête**

### **2.2.1 La certification : un temps fort institutionnel**

La démarche de certification V2 a représenté un « *temps fort institutionnel* » pour l'ensemble des professionnels. « *Démarche très riche* » pour le cadre de santé du CHU, elle a « *semblé moins lourde que la V1* » pour le médecin du CH.

Analyse : La certification est un facteur dynamisant car elle replace la qualité des soins dispensés au patient au premier plan. Elle permet ainsi aux professionnels d'être reconnus et valorisés.

A) L'engagement de l'établissement

L'ensemble des interviewés n'a pas fait part de la notion d'engagement de l'établissement dans la procédure. Il paraît compréhensible que les IDE ne soient pas informées de cette étape mais l'encadrement ou les « experts chargés » de la qualité ne l'ont pas mentionné. Ainsi la dimension contractuelle de la démarche entre l'établissement et la HAS n'apparaît pas dans le discours. La démarche est traduite comme obligatoire et contrainte.

## B) La phase d'autoévaluation

Au niveau du CH, les critères pour l'organisation de la prise en charge du patient ont été répartis par secteur d'activité au niveau des pôles d'activités. Les cadres responsables de pôles ont réuni un groupe de travail pluri professionnel comprenant médecins, chirurgiens, cadres de santé, infirmier(ière)s (IDE), aide(s)-soignant(e)s (AS), kinésithérapeutes, assistantes sociales, diététicien(ne)s(...). Chaque groupe a rempli les critères et a proposé une cotation. Puis les grilles ont été centralisées pour être synthétisées par thématique par un groupe pluri professionnel. Le comité de pilotage assurant la coordination.

Le CSS précise que dans cette configuration, seul un petit groupe par pôle s'est senti concerné par l'autoévaluation. Certains professionnels se sont sentis « déconnectés » en lien avec un manque d'information. Des réunions d'informations sur le résultat de l'autoévaluation et du plan des actions d'amélioration à mener ont été nécessaires. L'aspect « communication » dans les différentes phases de certification est essentiel. L'IQ précise que « *l'effet est un peu tombé après la V1. « Certains ont continué mais tout n'a pas été fait »* IQ CH.

Au niveau du CHU, Un appel au volontariat a été lancé pour constituer les groupes pluri professionnels d'autoévaluation. La volonté était d'avoir de nombreux groupes pour pouvoir recueillir les informations au plus près du terrain. Les groupes pluri professionnels médecins, chirurgiens, cadres de santé, IDE, AS, kinésithérapeutes, assistantes sociales, diététicien(ne)s(...) ont travaillé par secteur. Chaque groupe était accompagné par un représentant de la qualité pour un soutien méthodologique. Puis une synthèse des critères a été élaborée par pôle. Enfin un groupe pluri professionnel a centralisé et synthétisé l'ensemble des critères par secteur d'activité. Les usagers ont largement été associés à cette phase. « *C'est une structure assez lourde avec des groupes de synthèse de synthèse* » souligne le Directeur Qualité (DQ). Mais il note également « *qu'il y a eu une formidable mobilisation des personnels* ». Cette organisation a été importante pour l'appropriation de la méthode précise le cadre de santé. « *Nous n'étions pas tous au même niveau de maturité. Cela a permis des échanges entre les services. C'est un bon moyen de s'interroger pour savoir si notre démarche d'amélioration de la qualité est suivie* ». L'IDE a suivi la démarche en tant que jeune diplômé. Il regrette le flou des notions de « *certification, accréditation, validation. Un support écrit avec les principales phases et leur définition seraient les bienvenue* ».

Le médecin souhaite que « *l'autoévaluation soit le plus actualisée possible. Il faut qu'elle soit revue régulièrement, au fil de l'eau. Il sera nécessaire de réfléchir à la structuration*

*des groupes d'autoévaluation pour la V2010 pour y introduire la dimension polaire ». Le DS souligne que la démarche de certification est « importante pour la sécurité, la gestion des risques et la qualité des soins et que si on ne nous avait pas obligé en 1996, cela ne serait pas mis en place. ». Ici l'obligation est ressentie comme aidante. Le directeur qualité précise que « c'est lourd mais c'est une carotte indéniable. Cela avance très vite ».*

Au niveau du HL, un groupe pluri professionnel comprenant médecins, cadres de santé, IDE, AS, kinésithérapeutes secrétaire-médicale et RAQ a réalisé l'autoévaluation sur l'organisation de la prise en charge du patient. Des comptes-rendus ont régulièrement été transmis par le cadre supérieur et le responsable qualité aux équipes soignantes sur l'avancée de l'autoévaluation. *« Participer au groupe, cela m'a permis une meilleure connaissance de l'établissement. Cela a été formateur. C'est un moment qui doit se poursuivre »* indique l'IDE. *« Car le risque c'est que cela retombe »* précise le CDS. *« La démarche est ardue par rapport au nombre de groupes de travail. C'est lourd administrativement. On est peu nombreux et il faut remplir les mêmes documents qu'un centre hospitalier. Certains critères ne sont pas adaptés... »* explique le Responsable Assurance Qualité (RAQ). Mais *« cela a permis de fédérer tous les services de l'établissement autour d'un sujet commun, de définir et mettre en place des actions d'améliorations »* poursuit-il.

### C) Synthèse

Les groupes de travail mis en place pour la V1 ont continués sur la V2. La certification a permis l'instauration de plan d'amélioration de la qualité et les actions ont été réalisées. Le suivi par des indicateurs est exprimé au niveau de l'encadrement et des responsables qualité mais n'apparaît pas dans le discours des IDE. De plus la notion d'EPP est évoquée par les cadres et les responsables qualité uniquement. Les IDE ne font pas le lien entre EPP et certification. Les notions sont floues, les méthodologies et outils pas identifiés ou compris. Le rôle de formateur de l'encadrement peut ainsi être interrogé.

Il semble également que les professionnels de terrain qui ne sont pas inclus dans les groupes de travail risquent de ne pas se sentir concernés par la démarche (IDE CH). Aussi l'aspect communication auprès de l'ensemble des personnels semble essentiel. Celle-ci peut revêtir différentes formes : réunions d'information, dépliant, communication au moment des instances (CSIRMT...).

La certification est ressentie comme structurante pour la démarche qualité, elle oblige à de la rigueur et sensibilise les professionnels (médecin CHU).

Si la démarche de certification est vécue comme un temps institutionnel fort malgré un ressenti de contrainte et de démarche chronophage, elle peut être le point de départ

d'une mobilisation des acteurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins dispensés. Mais elle ne suffit pas à la maintenir. Ainsi la contrainte imposée aide à l'enclenchement d'une démarche d'amélioration mais c'est sur la volonté managériale que repose sa pérennisation.

## 2.2.2 Les évaluations de pratiques professionnelles

### A) Présentation par établissement

Etablissement	Nombre EPP	Remarques
CH	15	EPP médicales. Choix fait en commission de formation médicale (COMFORMED). En fait 14 EPP médicales et 1 médicale et paramédicale. Pilotage par la COMFORMED.
CHU	23	EPP médicales et paramédicales. Les EPP médicales sont très spécialisées. Choix des thèmes en comité de pilotage des EPP sur des thématiques qui impactaient plusieurs services.
HL	9	EPP pluridisciplinaires. Choix conjoint des thèmes en CME et CSIRMT. Un pilote médical et un pilote paramédical par EPP.

Nous pouvons observer des disparités dans les modalités de choix des EPP selon les établissements.

- ✚ Le CH a répondu à la demande dans le cadre de la certification. Les EPP ont été choisies par une commission médicale. Il apparaît au cours des entretiens que le terme « EPP » n'évoque rien pour l'IDE interrogé. Le CSS précise que « *les soignants ne savent pas forcément ce qu'est une EPP car les thèmes choisis sont médicaux. Mais nous avons beaucoup de groupes de travail sur nos pratiques : la contention, la nutrition...et les IDE participent aux réunions de revue de morbidité –mortalité* ».
- ✚ Le CHU a une « unité d'évaluation » qui est chargée d'accompagner d'un point de vue méthodologique les EPP. Les thèmes proposés sont nombreux, souvent pluridisciplinaires. « *Le lien est excellent avec la direction des soins* » indique le DQ. « *Je suis là pour coordonner mais tout ce qui est qualité des soins relève de la direction des soins* ». L'ensemble des services sont sollicités sur les démarches en cours. Les EPP réalisées sont présentées conjointement lors des journées qualité à l'ensemble des professionnels.

✚ Pour l'HL « *Nous avons pu travailler avec les médecins libéraux et les paramédicaux sur des thèmes choisis en communs* » indique la RAQ. « *Les groupes pluri professionnel avec l'acquisition de méthodologie pour EPP ont été bien accompagnés* » précise le CDS. Et l'IDE de poursuivre « *C'est bien d'évaluer nos pratiques, de mesurer l'écart par rapport à des documents écrits, des référentiels. Je l'ai bien vécu car ce n'était pas une sanction mais une aide à l'amélioration de nos pratiques* ». « *Le plus difficile était au départ d'emmener les médecins libéraux. L'intervention d'un consultant extérieur a été aidante pour les sensibiliser et les accompagner dans la démarche* » précise le RAQ.

#### B) Intérêts et limites ressentis

L'outil EPP est ressenti comme « *très intéressant pour s'améliorer* » pour les médecins (CH et CHU). Or l'IQ du CH signale que « *les médecins n'aiment pas trop, ils ne voient pas l'intérêt de la formalisation* ». C'est le côté formel de la démarche qui pourrait freiner les médecins. Aussi un accompagnement méthodologique paraît nécessaire. Les IDE soulignent que la « *remise en cause* » de leurs pratiques est stimulante et « *cela permet de valoriser nos pratiques et travailler sur des outils d'aide à la prise en charge des patients* ». « *Il s'agit de réfléchir aux soins que l'on donne, d'en trouver le sens* » (DS CHU). Le RAQ (HL) précise que « *cela permet la mise en place d'indicateurs de suivi et les EPP s'intègrent dans la politique de gestion des risques* ». La dimension de réflexion sur les pratiques en pluridisciplinarité est soulignée par l'ensemble des personnes interviewées.

Cependant, les limites exprimées sont le manque de temps, le manque de moyens pour le suivi, une difficulté de compréhension des notions, la difficulté pour les médecins de convaincre leurs confrères (médecin CH), l'écart ressenti entre « *les exigences ou recommandations et la réalité du terrain* » (CDS HL) ainsi qu'un nombre trop important d'EPP à suivre en même temps (IDE CHU).

#### C) Synthèse

Le chargé de mission de l'ARH (appui régional à l'EPP) a été sollicité par 21 établissements en 2 ans. Les demandes étaient variées et allaient du conseil à la formation des acteurs aux méthodologies d'évaluation. Il insiste sur la nécessité d'avoir une politique formalisée de la qualité « *politique qualité gestion des risques et une politique de formation en lien* ». L'articulation entre la politique qualité et gestion des risques et la politique de formation est nécessaire. Nous remarquons ici le niveau stratégique indispensable au déploiement de l'évaluation des pratiques professionnelles au sein de l'établissement.



De plus, « *les EPP sont contextualisées, leurs poursuites n'est possible que si la démarche est formalisée dans le projet d'établissement* ». Le rôle pivot des cadres de santé sur le déploiement des EPP auprès des équipes sur le terrain est largement souligné. En effet « *cela ne sert à rien de produire des analyses de pratiques si le cadre ne s'inscrit pas dans la politique qualité, il faut faire en sorte que les équipes soient sollicitées, impliquées. Il convient de porter le projet et prendre ce qu'il y a de meilleur pour axes d'amélioration. C'est une chaîne où tous les maillons doivent être impliqués* » (CSS HL). Le cadre de santé doit se positionner en référent professionnel, au cœur du soin, en assurant ses missions de pilotage, animation et contrôle auprès des professionnels de son équipe. Le DS CHU insiste sur « *la volonté ferme de contrôler et d'évaluer jusqu'au bout ses pratiques* ». L'optimisation de la qualité des soins dispensés au patient suppose un travail sur les organisations. Il s'agit pour le cadre de mobiliser, impliquer les professionnels dans une démarche de valorisation de leur activité.

En ce qui concerne l'axe formation, la directrice de l'IFSI souligne que « *jusqu'à maintenant la formation initiale ne favorise pas l'acquisition d'une culture des EPP* ». « *L'acquisition des outils de la démarche d'évaluation des pratiques professionnelles est prévue dans le nouveau référentiel de formation* » poursuit-elle. La difficulté est que cette culture soit intégrée par les cadres formateurs pour être transmise aux futurs professionnels. « *Il faut passer à une réflexion sur sa pratique professionnelle, être habitué à s'auto-évaluer par rapports aux bonnes pratiques et à s'auto-former* ». L'ensemble des personnes interviewées insistent sur la nécessité d'être formé aux méthodes et outils.

Enfin, l'EPP replace le cadre de santé au cœur de son métier du « prendre soin ». Elle implique un management transversal afin de mutualiser et coordonner les actions des professionnels au service patient dans une efficience sans cesse recherchée. « *Normalement les EPP, nous devrions en faire tout le temps et pas uniquement pour la V2* » (médecin CH). D'ailleurs « *pour la Haute Autorité de santé, l'évaluation des pratiques professionnelles doit s'insérer dans la pratique quotidienne et ne doit en aucune manière s'assimiler à une formalité supplémentaire* »<sup>28</sup>.

---

<sup>28</sup> HAS- Dossier de presse du 29 novembre 2005 « Actualités de la HAS d'octobre à novembre 2005 »

### 2.2.3 La démarche d'amélioration continue de la qualité

#### A) Définition

« La qualité est un état d'esprit de toujours vouloir s'améliorer par rapport à ce que l'on fait. Il s'agit également de comprendre nos erreurs pour améliorer nos pratiques » DQ CHU. « La qualité c'est un ensemble. Elle nécessite des compétences collectives » DS CHU. « La notion d'évaluation est importante. On évalue la pratique par rapport aux normes, aux recommandations, aux guides des bonnes pratiques » RAQ HL.

#### B) S'inscrire dans la durée

La démarche qualité est liée à la gestion des risques. « Il existe une démarche institutionnelle qualité-gestion des risques » (CDS CHU). « C'est la base de nos plans d'action qualité : objectifs à atteindre, actions entreprises, évaluation par rapport aux attentes et réajustement » précise l'IQ CH. Les IDE n'ont pas explicité la place des indicateurs de suivi. Ils n'ont pas évoqué non plus le coût de la non qualité des soins au contraire des autres professionnels interrogés. La non qualité ne semble pas intériorisée. Si la démarche est comprise, il s'agit aujourd'hui de l'inscrire dans la durée. La production d'indicateurs qualité est obligatoire. En effet la mesure sert de pilotage à l'action. « C'est un élément de preuve soutenant les perspectives d'amélioration de la qualité des soins »<sup>29</sup> :

La HAS s'est engagée avec le ministère de la santé, dans le cadre des procédures de certification des établissements, à la mise en place d'indicateurs de qualité IPAQSS (Indicateurs Pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins). Ces indicateurs seront intégrés à la procédure de certification V2010.

#### C) Synthèse

« Si la culture qualité est bien rentrée, cela n'est pas vrai pour la gestion des risques. Elle n'est pas totalement intégrée » énonce le DQ CHU. « La V2010 avec les 13 PEP s'attachent à la gestion des risques dans l'établissement avec par exemple l'identito vigilance. Quand on sait que 96% des risques sont en lien avec la mauvaise organisation... » souligne d'ailleurs le CDS CHU. « On ne fait pas de la qualité parce qu'on est riche, on est riche parce qu'on fait de la qualité » précise le DS CHU.

Tous les professionnels ont mis l'accent sur leur volonté de s'inscrire dans une démarche d'amélioration continue de la qualité. Cette démarche est conjointe à la politique de

---

<sup>29</sup> BONNERY.A-M, GABA-LEROY.C, MARANDE.D, MICHOT.P, 2003. *Prévention des risques dans l'unité de soins*. Editions Masson, Paris, p117

prévention et de gestion des risques. Les niveaux de maturation sont différents selon les établissements. La politique institutionnelle traduite dans les différents projets de l'établissement participe à la culture institutionnelle. Au CHU, l'unité d'évaluation qui accompagne les professionnels d'un point de vue méthodologique existe depuis plus de 10 ans. La politique de communication déployée (lettre d'information mensuelle sur les démarches qualité et gestion des risques, les journées qualité-gestion des risques thématiques régulièrement organisées...) participe à la diffusion de la politique qualité et gestion des risques. L'encadrement est cité comme pivot de la démarche. Il reste la dimension d'évaluation avec les indicateurs à développer. Si la V1 a permis avec l'aide pédagogique des experts visiteurs d'initier la dynamique, la V2 a abordée l'évaluation et la V2010 pourra permettre l'acquisition des outils d'évaluation et de mesure de façon systématique.

## **2.3 Retour sur nos hypothèses de travail**

Notre questionnement de départ : « Pourquoi la certification ne semble pas mener à un processus d'amélioration continue des pratiques professionnelles ? », avait suscité quatre hypothèses de recherche. A la suite de l'analyse de l'enquête réalisée, nous pouvons proposer des amorces de réponses.

### **2.3.1 Réponse à la première hypothèse**

A la première hypothèse « il existe des freins pour les soignants à s'approprier le concept d'évaluation de pratiques professionnelles », nous pouvons constater que si les professionnels sont volontaires pour s'inscrire dans la démarche, les outils d'évaluation et les indicateurs restent à développer. Le cadre de santé est le pivot dans l'amélioration des pratiques professionnelles. Son rôle prépondérant a été souligné dans l'ensemble des entretiens. De son positionnement et de son accompagnement dépend le développement des EPP pluri professionnelles auprès des équipes. De plus au niveau stratégique, un partenariat fort entre la direction des soins et la direction qualité est nécessaire. Il s'agit de « donner le sens » dans une vision partagée.

### **2.3.2 Réponse à la deuxième hypothèse**

Notre seconde hypothèse « La culture de l'établissement peut-être un atout ou un frein au processus d'amélioration de la qualité » est validée. En effet, le développement du concept de la qualité au sein de l'institution dépend de ce que la culture organisationnelle

en place autorise. Le processus d'amélioration de la qualité peut être rapidement intégré ou simplement « surajouté » à la culture en place.

### **2.3.3 Réponse à la troisième hypothèse**

A notre troisième hypothèse « La formation initiale n'entraîne pas l'acquisition d'une culture de l'évaluation des pratiques », notre enquête a montré que l'évaluation des pratiques reste à développer. Les techniques d'apprentissage et d'évaluation des connaissances doivent intégrer davantage la notion d'évaluation des pratiques. Le temps de formation initiale ne favorise pas actuellement l'appropriation de cette notion. Les cadres formateurs ont pour mission de permettre aux étudiants d'acquérir une posture d'apprenant en référence aux recommandations ou référentiels de bonnes pratiques professionnelles.

En outre avec la réingénierie des formations paramédicales<sup>30</sup>, le tuteur de stage œuvrera également pour favoriser ce type d'acquisition. Il s'agit que l'étudiant soit amené « ...à devenir un praticien autonome, responsable et réflexif, c'est-à-dire un professionnel capable d'analyser toute situation de santé, de prendre des décisions dans les limites de son rôle et de mener des interventions seul et en équipe pluri professionnelle ». Ainsi « exercés au raisonnement clinique et à la réflexion critique, les professionnels formés sont compétents, capables d'intégrer plus rapidement de nouveaux savoirs et savent s'adapter à des situations variées. »<sup>31</sup>.

### **2.3.4 Réponse à la quatrième hypothèse**

Enfin notre dernière hypothèse « La démarche de certification ne permet pas en tant que telle aux professionnels de s'approprier dans le temps les messages et outils qui leurs sont donnés » est partiellement validée. La démarche de certification est structurante pour la démarche d'amélioration continue de la qualité. Elle implique l'acquisition de méthodologies et d'outils qui invitent les professionnels à s'inscrire dans une recherche d'efficience au service du patient. Mais c'est sur le management que repose la pérennisation de la qualité au sein des organisations.

Par ailleurs, nous avons remarqué au cours de notre enquête que la taille des établissements n'a pas de retentissement sur la volonté des professionnels de s'inscrire

---

<sup>30</sup> Arrêté du 28 mai 2009 relatif au programme de formation IDE

<sup>31</sup> Annexe III de l'arrêté du 28 mai 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier.

dans une évaluation des pratiques professionnelles. Mais elle impacte la démarche à trois niveaux :

- ✚ Les thématiques d'EPP qui seraient plus « spécialisées » dans les grands établissements alors qu'à l'hôpital local les EPP retenues sont plus pragmatiques et pluri professionnelles d'emblée.
- ✚ Le nombre de groupes de travail restreint en hôpital local représente une charge ressentie importante avec un nombre de personnes moindre pour des attendus identiques en termes de rapport par exemple que dans les grands centres.
- ✚ L'accompagnement en termes de méthodologie pour les EPP peut nécessiter un « expert » extérieur dans les petites structures. L'établissement n'ayant pas forcément la ressource en interne.

Ces différents constats nous amène à réfléchir aux préconisations envisageables.

### **3 Le directeur des soins : une volonté managériale pour tendre vers une culture qualité**

Le directeur des soins anime la politique de l'organisation des soins au sein de l'établissement. La qualité ne peut se concevoir sans une gestion des risques performante. L'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins suppose une volonté d'évaluer les pratiques professionnelles. Responsable de l'encadrement paramédical, le directeur des soins doit promouvoir et mettre en œuvre les outils d'évaluation et de suivi des activités de soins. La certification est un temps fort dans les établissements de santé. Elle participe à la reconnaissance de la qualité par un organisme extérieur. Mais cela ne suffit pas à installer une dynamique continue d'amélioration. En nous appuyant sur la grille de SHORTELL<sup>32</sup>, nous allons explorer les niveaux stratégiques, opérationnels et culturels d'une politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins.

#### **3.1 Une stratégie institutionnelle pour donner « le sens »**

##### **3.1.1 La politique formalisée**

S'inscrire dans une politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins dispensés au patient suppose un affichage de cette volonté au niveau de la politique institutionnelle. Cette politique déclinée dans le projet d'établissement et validée par les instances, témoigne de l'engagement de la direction dans ce champ.

Le directeur des soins est à l'interface des différents acteurs institutionnels par son positionnement et ses missions. Celles-ci sont définies à l'article 4-3 du décret 2002-550 du 19 avril 2002<sup>33</sup>: « *Art 4-3 : Il participe, en liaison avec le corps médical et l'encadrement des services administratifs, logistiques, socio-éducatifs et techniques, à la conception, l'organisation et l'évolution des services et des activités de soins* ».

Le projet de soins élaboré en concertation avec les cadres supérieurs, et en lien avec le projet médical, intègre la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins dispensés au patient. Il forme, au sein du projet d'établissement, avec le projet médical le projet de prise en charge du patient. Ce projet, véritable outil de management de la direction des soins donne le sens. Il détermine sa stratégie au regard des objectifs à atteindre et des contraintes réglementaires.

---

<sup>32</sup> ANAES, avril 2002. « Principes de mise en œuvre d'une démarche qualité en établissement de santé »

<sup>33</sup> Décret 2002-550 du 19 avril 2002 Portant statut particulier du corps des directeurs de soins de la fonction publique hospitalière

Il énonce des objectifs stratégiques clairs, déclinés en objectifs opérationnels pour les différents secteurs d'activité avec les modalités concrètes de mise en œuvre, les ressources à mobiliser (compétences disponibles, compétences à acquérir), les modalités de vérification de la conformité de ce qui a été fait par rapport à ce qui a été planifié, les indicateurs de suivi des actions. Ces indicateurs sont recueillis dans des tableaux de bord, véritables outils de pilotage pour le directeur des soins et l'encadrement. Il inscrit sa démarche dans un processus d'amélioration continue de qualité et de sécurité des soins qui se traduit dans les différentes étapes du projet. Il favorise ainsi l'appropriation de la démarche par l'encadrement.

Les EPP paramédicales doivent faire partie du projet. Le directeur des soins est le pilote de la dynamique EPP paramédicales. Il s'agit pour le directeur des soins d'articuler les EPP médicales et les EPP paramédicales en travaillant conjointement avec le président de la CME et la CSIRMT. Ceci permet d'impliquer l'ensemble de l'encadrement dans la dynamique. En effet dans un établissement, les EPP choisies en COFORMED (commission de formation médicale continue, sous commission de la CME) ont été vécues comme étant du domaine du médecin. Les cadres et les professionnels de terrain ne se sont pas sentis concernés. Or des évaluations pluridisciplinaires permettent de valoriser les activités soignantes et médico-techniques et replacent les professionnels au cœur de leur métier dans la réponse aux besoins en santé du patient. De plus elles permettent d'appréhender la dimension économique des soins dans un souci de meilleure efficacité.

Dans le cadre de la nouvelle gouvernance, la cohésion et la coordination des actions EPP favorisent le décloisonnement. Le DS responsable des professionnels paramédicaux est l'artisan de cette volonté institutionnelle. Il a le souci de favoriser l'appropriation de la culture d'évaluation par l'ensemble des professionnels dans la formalisation du projet de prise en charge du patient.

### **3.1.2 Une organisation définie**

La démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins suppose la mise en place de structures de coordination. Un comité de pilotage assure le lien entre la dimension stratégique et la conduite des actions. Le directeur des soins s'inscrit dans un partenariat fort avec le corps médical et la direction qualité et sécurité des soins. Il s'agit de développer « un sens commun de la qualité ». Cette notion de sens est essentielle à la mise en place d'une culture qualité à l'hôpital.

Un plan annuel d'EPP pluri professionnelles est défini au sein de ce comité en précisant les approches utilisées. L'approche par :

- ✚ comparaison avec des outils de type audit cliniques
- ✚ processus avec des outils comme le chemin clinique
- ✚ indicateurs avec des revues de pertinence
- ✚ problème avec des outils d'analyse des causes ou les revues de mortalité/morbidité

Ce plan annuel s'accompagne de formations aux outils nécessaires à la réalisation de l'EPP. Dans les CHU ou CH de grande taille, une cellule opérationnelle qualité et gestion des risques s'assure de la mise en œuvre opérationnelle de ce plan. Elle accompagne d'un point de vue méthodologique les professionnels dans la réalisation des actions. Elle propose des indicateurs de suivi. Elle s'assure de la diffusion des résultats aux professionnels concernés par les tableaux de bord adaptés à chaque niveau de responsabilité.

Les EPP sont régulièrement présentées au sein de la CSIRMT. Le DS, en tant que pilote, suit les différentes étapes. Il organise des réunions thématiques sur les EPP avec l'encadrement. Ainsi, il favorise la diffusion et l'appropriation de la démarche engagée. La pérennisation de la démarche demande un effort permanent d'adaptation. Enfin ce processus réclame de la persévérance, de la souplesse, de la créativité et une grande réactivité.

## **3.2 Développer la culture d'évaluation des pratiques professionnelles**

### **3.2.1 Le rôle essentiel de l'encadrement**

L'évaluation des pratiques professionnelles est un levier pour améliorer les organisations de soins. Le directeur des soins est le référent institutionnel qui guide et accompagne l'encadrement supérieur et de proximité. Il aide les cadres à mettre leurs actions en perspectives, à leur donner du sens par son soutien méthodologique et son appui managérial.

Les cadres sont les relais de la politique qualité. La réorganisation induite avec la création des pôles conduit à une restructuration transversale du management. Au sein des pôles, le cadre supérieur facilite le décloisonnement et la transversalité pour améliorer la qualité de la prise en charge du patient. L'EPP permet de travailler en équipe pluri disciplinaire et inscrit la dimension du « prendre soin » dans une démarche coordonnée et transversale.



L'ordonnance du 5 mai 2005 précise que « *Les projets de pôle comportent des objectifs en matière d'évaluation des pratiques professionnelles.* »<sup>34</sup>.

Le directeur des soins s'appuie sur l'encadrement supérieur et de proximité pour favoriser le développement et la diffusion des bonnes pratiques à l'ensemble des professionnels dont il est responsable. Or « *se pencher sur une pratique, c'est forcément se questionner sur la bonne pratique* »<sup>35</sup>.

Le cadre de santé est l'articulation entre le niveau stratégique et le niveau opérationnel. Il traduit au niveau opérationnel la politique de soins. « *La mission principale du cadre de santé est de promouvoir la qualité des prestations dispensées aux personnes soignées...et d'animer les équipes dont il a la responsabilité, pour que les soins soient conformes aux besoins et attentes* »<sup>36</sup>. La dimension de proximité avec les équipes soignantes confère au cadre de santé une place essentielle dans leur accompagnement vers une culture de la qualité. En effet le cadre de santé aide les professionnels à situer leurs pratiques au regard de « pratiques de références » pour les analyser, en mesurer les écarts et engager des actions correctrices dans une volonté d'amélioration continue. Ainsi l'EPP participe à transformer « *le service en organisation apprenante, où les uns vont apprendre des autres. Le travail va favoriser l'acquisition de compétences par le transfert d'expert à novice, mais aussi collectivement* »<sup>37</sup>.

### **3.2.2 Un management par la qualité**

Le déploiement de la démarche d'amélioration de la qualité suppose un management intégré aussi appelé management par la qualité. Il sera pérenne lorsque l'encadrement intégrera l'ensemble des outils et méthodes dans sa pratique managériale au plus près des problématiques de terrain au service du patient. L'objectif est d'entretenir la « dynamique de qualité et de sécurité des soins » en laissant à l'encadrement toute la latitude nécessaire pour répondre aux objectifs institutionnels posés. Le directeur des soins se positionne en tant que pilote stratégique du management par la qualité. Il peut suivre l'évolution de sa politique grâce à des indicateurs qu'il aura négocié avec l'encadrement. Par exemple, cette dynamique peut s'instaurer, au cours des entretiens

---

<sup>34</sup> Ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé. Journal officiel de la République Française n°102 du 3 mai 2005- Art. L. 6146-6.

<sup>35</sup> DERANGERE.C, TONY.A, CHRISTE.R, Juillet 2008. « L'évaluation des pratiques professionnelles comme outil managérial », n° 167, p 25

<sup>36</sup> SLIWKA.C, septembre 2006. *La place de l'encadrement et du cadre de santé*, Objectif soins, p 22

<sup>37</sup> SLIWKA.C. Op cit, p 23

annuels d'évaluation en fixant les objectifs à atteindre. Le directeur de soins suit l'évolution des actions engagées grâce au suivi des indicateurs sentinelles posés.

### **3.3 Le plan d'accompagnement de la démarche d'évaluation des pratiques professionnelles**

#### **3.3.1 Une politique de communication**

La mise en place d'une démarche qualité impose un plan de communication arbitrée par les directions de la qualité, de la communication et des soins. L'appropriation de la culture EPP par les professionnels nécessite une communication explicite sur le projet, la méthodologie et les résultats obtenus. Le directeur des soins en partenariat avec ses collègues, crée les conditions d'une communication interne opérante pour partager le sens et les valeurs du projet de prise en charge du patient. Il s'agit de « Donner du Sens » pour mobiliser dans la durée. La qualité se prépare, s'explique et s'évalue. La communication peut s'effectuer selon différents vecteurs :

- ✚ Par le biais d'un journal interne spécifique aux thématiques de qualité et de gestion des risques. Cette différenciation du journal interne « généraliste » permet de sensibiliser particulièrement les professionnels à la dynamique d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques.
- ✚ Des réunions de travail direction des soins l'encadrement et la diffusion de l'information par les cadres aux équipes de terrain.
- ✚ Une veille réglementaire organisée avec relai à l'ensemble de l'encadrement par le système d'information interne pour diffusion aux professionnels.
- ✚ un système documentaire avec les procédures et protocoles établis en référence aux guides des bonnes pratiques et référentiels.
- ✚ Une journée « Qualité-Risques » au sein de l'établissement organisée conjointement par la CSIRMT et le comité de pilotage Qualité/Gestion des risques, ouvert aux autres structures du territoire de santé, pour présenter les EPP pluri professionnelles réalisées.

Les directions concernées s'appuieront sur tous ces éléments pour réaliser l'auto-évaluation de la certification V 2010.

### **3.3.2 Une stratégie de formation pluriannuelle**

Pour être au cœur du système d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, les cadres de santé doivent maîtriser les méthodes et outils d'évaluation. Dans la construction du plan de formation, le directeur des ressources humaines et le directeur des soins veillent à inscrire les formations au regard de ces objectifs. Ils sont au cœur de cette dynamique afin d'entraîner leurs collaborateurs dans la démarche.

Toute volonté de changement dans la culture organisationnelle doit tenir compte de la temporalité. L'acquisition de méthodes et outils nécessite formation et accompagnement pour leur appropriation. Le développement d'une culture qualité partagée au sein de l'institution s'inscrit dans la durée.

## Conclusion

Issue de l'industrie, les démarches qualité se sont progressivement implantées dans les établissements de santé. L'évolution de la place des usagers, de leurs attentes dans la qualité des réponses à leurs besoins en santé et la volonté de rationaliser les dépenses de santé ont conduit à la mise en place de procédures d'évaluation et de certification des établissements de santé. Si la démarche d'accréditation V1 avait pour finalité d'initier la démarche, la certification V2 a été axée sur le service médical rendu avec la mise en place des EPP.

L'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins suppose une volonté d'évaluer les pratiques professionnelles. L'EPP est un levier managérial pour le directeur des soins pour mobiliser l'ensemble des professionnels paramédicaux autour de l'objectif d'amélioration des pratiques soignantes. Dans le cadre de la nouvelle gouvernance, la cohésion et la coordination des actions EPP favorisent le décloisonnement entre les services et les pôles.

Le directeur des soins est le pilote de la dynamique EPP paramédicales. L'articulation entre les EPP médicales et les EPP paramédicales est essentielle au développement d'une culture qualité. Dans ce sens, le directeur des soins travaille en partenariat avec le président de la CME et la CSIRMT sur le projet annuel des EPP pour l'ensemble de l'établissement. Le directeur des soins aide à l'atteinte des objectifs stratégiques définis en apportant son soutien méthodologique et managérial aux cadres supérieurs et de proximité.

La mise en place des EPP replace les cadres de santé au cœur de leur métier du « prendre soin ». Cette dernière implique un management transversal afin de mutualiser et coordonner les actions des professionnels au service du patient dans une efficience sans cesse recherchée. Cela suppose donc que les soignants de s'interroger sur le sens de leur pratique et de replacent le patient au centre du système de soins. Nonobstant, le directeur des soins ne maîtrise pas tous les éléments du contexte influant la bonne mise en œuvre de la politique qualité au sein de l'établissement. Il doit faire preuve d'adaptation, de créativité et de ténacité pour conduire au mieux la politique qualité.

Au terme de cette recherche, nous avons pu mettre en évidence que la certification est un temps fort institutionnel mais qu'elle ne suffit pas à elle seule à favoriser le processus d'amélioration continue de la qualité des pratiques professionnelles. En effet, la mise en place des EPP n'a pas été identique dans tous les établissements. La pérennisation de la démarche EPP ne passera que par la nécessaire collaboration entre les différentes catégories professionnelles.

Le pilotage du directeur des soins s'appuie sur des valeurs de qualité et de sécurité des soins au service des patients. « *Manager, c'est donner une âme à une institution et créer une dynamique autour de valeurs partagées. La formulation de ces valeurs forge l'identité d'une organisation* »<sup>38</sup>.

---

<sup>38</sup> MONTERRAT.X, 2004. *Comment motiver- viser la performance pour renforcer la motivation*, Ed d'Organisation, 238 p

---

## Sources & Bibliographie

---

### **Textes législatifs et réglementaires**

#### **LOIS**

- REPUBLIQUE FRANCAISE, Loi du 13 août 2004 relative à L'assurance maladie. Journal Officiel de la République Française n°190 du 17 août 2004, p 14598
- REPUBLIQUE FRANCAISE, Loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. Journal Officiel de la république Française n°185 du 11 août 2004, p 14277
- REPUBLIQUE FRANCAISE, Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière. Journal officiel de la République Française n°179 du 2 août 1991, p10255

#### **Décrets**

- MINISTERE DES SOLIDARITES, DE LA SANTE ET DE LA FAMILLE. Décret n°2005-1656 du 26 décembre 2005 relatif au conseil de pôles d'activité et de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques des établissements publics de santé et modifiant le code de santé publique (dispositions réglementaires). Journal officiel de la République Française n°301 du 29 décembre 2005.
- MINISTERE DES SOLIDARITES, DE LA SANTE ET DE LA FAMILLE. Décret n°2005-346 du 14 avril 2005 relatif à l'évaluation des pratiques professionnelles. Journal officiel de la République Française n°88 du 15 avril 2005, p 6730.
- MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PROTECTION SOCIALE. Décret n°2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code. Journal officiel de la République Française, n°183 du 13 août 2004
- MINISTERE DELEGUE A LA SANTE. Décret 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps des directeurs de la fonction publique hospitalière. Journal officiel de la République Française n°95 du 23 avril 2002, p 7187

#### **Ordonnance :**

- MINISTERE DES SOLIDARITES, DE LA SANTE ET DE LA FAMILLE Ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé. Journal officiel de la République Française n°102 du 3 mai 2005

#### **Arrêtés :**

- MINISTERE DE LA SANTE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS. Arrêté du 28 mai 2009 relatif au diplôme d'état d'infirmier.

- MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES Arrêté du 28 février 2006 portant approbation d'un avenant à la convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes. Journal officiel de la République Française n°54 du 4 mars 2006, p 3298

### Ouvrages

- ARDOINO.J, BERGER.G, 1989. *D'une évaluation en miette à une évaluation en actes*, éditions Rirelf.
- AUBERT.N, GRUERE.J-P, JABES.J, LAROCHE.H, MICHEL.S, 1999. *Management aspects humains et organisationnels*, éditions PUF, Paris, 633 p.
- BOIX.A-M, 2003. *L'accréditation hospitalière, Quel impact sur la culture et le management des établissements de santé*, éditions L'Harmattan. Paris, 191p
- BONNERY.A-M, GABA-LEROY.C, MARANDE.D, MICHOT.P, 2003. *Prévention des risques dans l'unité de soins*. Editions Masson, Paris, 130p
- BONNIOL J-J, VIAL.M, 1997. *Les modèles de l'évaluation*, éditions De Boeck, Paris
- HART.J, MUCCHIELLI.A, 1997. *Soigner l'hôpital – Diagnostic de crise et traitements de choc*, éditions Lamarre, Paris, 185p
- HESBEEN.W, 2002. *La qualité du soin infirmier, penser et agir dans une perspective soignante*, éditions Masson, (2<sup>ème</sup> édition), Paris, 202 p.
- LECLET.H, VILCOT.C, 2006. *Indicateurs qualité en santé, certification et évaluation des pratiques professionnelles*, 2<sup>e</sup> édition, La Plaine saint Denis : AFNOR, 176p.
- MONTSERRAT X, 2004. *Comment motiver- viser la performance pour renforcer la motivation*, édition d'Organisation, 238 p
- RAYNAL.A, REUNIER.A, 1997. *Dictionnaire des concepts clés*, éditions ESF. Paris, 405 p
- THIETART.R-A, 1999. *Le management*, éditions PUF, collection Que sais-je. Paris, 121p

### Articles

- DEBROSSE.D, Novembre 2006. « *Hôpital 2007 et les soignants* », Revue objectifs soins, n°150, pp 24 - 27
- DERANGERE.C, TONY.A, CHRISTE.R, Juillet 2008. « *L'évaluation des pratiques professionnelles comme outil managérial* », n°167, pp 24 – 25
- HAS, Novembre 2007. « *Certification des établissements de santé à horizon 2010 : quelles attentes, quelles perspectives* », Table ronde 6.

- HAS- Dossier de presse du 29 novembre 2005 « *Actualités de la HAS d'octobre à novembre 2005* ».
- HOUBRON.T, Décembre 2008. « *EPP : la maturité* », Revue hospitalière de France n° 525 pp38 - 39
- LAGADEC.A-M, Mai 2009. « *Professionnalisation des cadres de santé et analyse des pratiques* », Soins cadres n°70, pp 43 – 45
- LENOIR-SALFATI.M, Mai 2007. « *De la V2 à la V2 2007 : vers une simplification* », Regards de la FHP, n°47, pp 22 - 24
- MALHOMME.M-L, 3<sup>ème</sup> trimestre 2000. Soins cadres n°35, pp 38-40
- MONTAGNON.M, Novembre 2005. « *Pour une légitimité d'une direction des soins* », Objectifs soins, n°140, pp II – VI
- PONCHON.F, Décembre 2008. « *Evaluation des pratiques professionnelles. Hôpital local et EPP* », Revue hospitalière de France n°525 pp34 – 36
- SLIWKA.C, Septembre 2006. « *La place de l'encadrement et du cadre de santé* », Objectifs soins, n°148, pp 21 – 23

### **Guides**

- Manuel d'accréditation des établissements de santé version 2, Manuel de certification des établissements de santé: Chapitre 4 références 44, 45 et 46 pour la V2 ou 40, 41 et 42 pour la V2007.
- Guide méthodologique Elaboration de critères de qualité pour l'évaluation et l'amélioration des pratiques professionnelles, mai 2007 HAS
- Manuel de certification des établissements de santé V2010, Direction de l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins, novembre 2008
- Guide pratique Préparer et conduire votre démarche de certification V2010, janvier 2009 HAS

### **Rapports**

- Les coûts de la qualité et de la non qualité des soins dans un établissement de santé : état des lieux et propositions, CCECQA – ANAES, Service évaluation économique, juillet 2004.
- ANAES, avril 2002. « *Principes de mise en œuvre d'une démarche qualité en établissement de santé* »



### **Travaux :**

- Module Interprofessionnel de Santé Publique 2007. *L'accréditation : oui, mais qu'est-ce que cela change réellement ?* EHESP ; Rennes – Groupe 5

### **Mémoires**

- BLONDET.E, 2008. *L'évaluation des pratiques professionnelles : un outil au service de la bientraitance*, mémoire de directeur des soins : EHESP ; Rennes, 34 p
- DALY.J-C, 2007. *L'évaluation des pratiques professionnelles en psychiatrie : un enjeu stratégique pour le directeur des soins*, mémoire de directeur des soins : EHESP ; Rennes, 52 p
- GUENOT.C, 2005. *L'amélioration continue de la qualité : un enjeu managérial pour le directeur des soins*, mémoire de directeur des soins : EHESP ; Rennes, 54 p
- MONNIER.I, 2007. *L'évaluation des pratiques managériales des cadres de santé, un enjeu stratégique pour le directeur des soins*, mémoire de directeur des soins : EHESP ; Rennes, 52 p
- MOUGNE-GIRARD.B, 2006. *Un management pour l'amélioration des pratiques professionnelles*, mémoire de directeur des soins : EHESP ; Rennes, 48 p

### **Sites :**

- « Certification V2 » document de la DHOS (visité en avril 2009) disponible sur internet : <http://www.creer-hopitaux.fr/fr/home/les-reformes/qualite-des-soins/qualite-des-soins/>
- « Textes de loi, décret, ordonnance », consultés sur le site internet : <http://www.legifrance.gouv.fr>
- PILLOU.J-F « Mise en place d'une démarche qualité » (mise à jour le 14 octobre 2008) disponible sur internet : <http://www.commentcamarche.net/contents/qualite/demarche-qualite.php3>
- HAS « EPP- Questions-Réponses » Site de la HAS (visité le 15 juillet 2009) disponible sur internet : [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_465639/evaluation-des-pratiques-professionnelles#top](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_465639/evaluation-des-pratiques-professionnelles#top)
- « Culture et organisations » (visité le 19 juillet 2009) : <http://web.upmf-grenoble.fr/emanagement/HTML/Culture>

---

## Liste des annexes

---

1. Grille d'entretien semi directif

# GUIDE D'ENTRETIEN

## La démarche de certification

1. Comment s'est passée la certification dans votre établissement ? Intérêts ? Limites ?
2. Pouvez-vous m'expliquer ce que représente pour vous la démarche de certification?
3. Quel a été (ou est) votre rôle dans cette démarche ?
4. Quels changements ont été induits par la démarche de certification ? à court terme ? à moyen terme ?

## Les évaluations des pratiques professionnelles

5. Qu'est-ce que pour vous les EPP ? Ou comment définissez-vous les EPP ?
6. Vous a-t-il été facile de vous approprier ou de mettre en place cette démarche ? Pourquoi ?
7. Comment avez-vous travaillé les EPP ?
8. Quels changements ont été induits par les EPP ? à court terme ? à moyen terme ?
9. Quels sont pour vous les intérêts ou les limites à l'évaluation des pratiques professionnelles ?

## La qualité

10. C'est quoi une pratique professionnelle de qualité ?
11. Comment peut on améliorer la qualité en continue?
12. Est-ce que dans votre formation initiale on vous a parlé de l'évaluation des pratiques professionnelles ? Est-ce qu'on vous a donné des outils ? Lesquels ? Qu'en pensez vous ou quel ressenti ?
13. Avez quelque chose à rajouter ?