



**EHESP**

---

**Directeur des soins**

Promotion : **2012**

Date du Jury : **décembre 2012**

---

**Une démarche qualité en soins  
coordonnée et investie par tous:  
une mission du directeur des soins**

---

**Sarah FLAGEOLET**



---

# Remerciements

---

Je remercie vivement les professionnels qui ont accepté de m'accorder du temps pour la réalisation des entretiens qui enrichissent cet écrit.

Je remercie également toutes les personnes qui de près ou de loin m'ont soutenue pendant toute la durée de ce travail.

---

# Sommaire

---

<b>Introduction .....</b>	<b>1</b>
<b>1 L'EPP : une déclinaison majeure de la démarche qualité .....</b>	<b>5</b>
1.1 La qualité au service de l'optimisation des soins .....	5
1.1.1 La qualité et les démarches qualité en santé.....	5
1.1.2 Le législateur a fait de la qualité une priorité .....	6
1.1.3 Le but de ces démarches est de tendre vers une culture qualité .....	7
1.2 L'EPP : un outil d'amélioration continue de la qualité des soins .....	8
1.2.1 La finalité de l'EPP .....	8
1.2.2 L'EPP aboutit à l'élaboration de protocoles ou de procédures et à la construction d'indicateurs.....	9
1.2.3 La densité des textes relatifs à l'EPP témoigne de l'intérêt que lui accorde le législateur.....	10
1.2.4 L'EPP est maintenant clairement intégrée dans le programme d'études en soins infirmiers .....	11
1.2.5 L'EPP représente un enjeu majeur pour la reconnaissance de l'expertise des soignants.....	12
1.3 Quel management pour la qualité ?.....	13
1.3.1 La pluriprofessionnalité est un facteur essentiel de la démarche qualité ....	13
1.3.2 Un management de la qualité ou par la qualité ?.....	13
1.3.3 Le cadre de santé, un acteur clé de la démarche qualité.....	15
1.3.4 La démarche qualité dans les territoires de santé .....	16
1.3.5 L'enjeu de la communication autour de la démarche qualité .....	16
1.3.6 Présentation des établissements et des personnes rencontrées .....	17

<b>2</b>	<b>Malgré l'initiation de la démarche qualité depuis plusieurs années, les acteurs n'y adhèrent pas complètement .....</b>	<b>21</b>
2.1	Même si la qualité est une priorité des professionnels de santé, la démarche qualité demeure peu investie par les professionnels de santé.....	21
2.1.1	Les DS sont réticents face aux exigences de la HAS.....	21
2.1.2	Les soignants sont investis dans la qualité mais pas dans la démarche institutionnelle.....	21
2.1.3	L'absence de travail d'équipe entre le DS et le responsable qualité participe au défaut d'investissement par les soignants.....	23
2.2	La perception qu'on les professionnels de la certification n'est pas toujours positive.....	23
2.3	L'organisation très pyramidale de la démarche qualité représente un frein à son appropriation par les équipes .....	24
2.3.1	Une organisation à caractère descendant.....	24
2.3.2	La complexité de la démarche qualité est un frein à son implantation.....	25
2.3.3	La multiplication des travaux et le défaut de communication font obstacle à la pérennisation de la démarche .....	26
2.4	Différents outils sont utilisés par les professionnels pour l'élaboration et le suivi des EPP .....	27
2.4.1	L'audit interne est l'outil majoritairement utilisé .....	27
2.4.2	L'accès à des documents fiables est perfectible .....	27
2.5	L'appropriation des nouveaux protocoles par les équipes n'est pratiquement pas contrôlée par les cadres de santé.....	28
2.5.1	La mission de contrôle de l'encadrement n'est pas formalisée .....	28
2.5.2	Des avis divergents concernant la culture qualité .....	29
2.6	Le territoire de santé reste une possibilité à exploiter pour la démarche qualité.....	29
2.7	L'analyse des entretiens confirme les hypothèses avancées .....	30

<b>3</b>	<b>Un management participatif pour la démarche qualité.....</b>	<b>33</b>
3.1	Un état des lieux et une connaissance minimale des acteurs de l'établissement : les prémisses à tout projet .....	33
3.1.1	Comprendre la stratégie relative à la démarche qualité.....	33
3.1.2	Evaluer l'investissement des équipes soignantes par rapport à la démarche qualité.....	34
3.2	La démarche qualité : un indispensable travail d'équipe des managers .....	34
3.2.1	Les acteurs impliqués dans la stratégie.....	34
3.2.2	L'articulation du projet médical, du projet de soins et du projet qualité .....	35
3.2.3	La stratégie relative à la démarche qualité .....	36
3.2.3	Le suivi des travaux réalisés .....	37
3.3	Le management de l'encadrement par rapport à la démarche qualité .....	38
3.3.1	La concertation et la collaboration avec l'encadrement .....	38
3.3.2	La contractualisation des objectifs qualité .....	39
3.3.3	L'évaluation du respect des bonnes pratiques.....	39
3.4	La communication autour de la qualité .....	41
3.4.1	Informé le plus grand nombre de la démarche .....	41
3.4.2	La diffusion des travaux réalisés .....	42
3.5	La formation relative à la qualité.....	42
3.5.1	Former les agents à l'EPP.....	43
3.5.2	Former les agents à la conduite de réunion.....	43
3.5.3	Former les agents aux outils d'évaluation.....	43
3.6	Echéancier des actions à mettre en place .....	44
	<b>Conclusion.....</b>	<b>47</b>
	<b>Bibliographie .....</b>	<b>51</b>
	<b>Liste des annexes .....</b>	<b>I</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

<b>ARS</b>	Agence Régionale de Santé
<b>CHT</b>	Communauté Hospitalière de Territoire
<b>CLAN</b>	Comité de liaison de l'Alimentation et de la Nutrition
<b>CLIN</b>	Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales
<b>CLUD</b>	Comité de Lutte contre la Douleur
<b>CME</b>	Commission Médicale d'Etablissement
<b>CRUQPEC</b>	Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité des Prises En Charge
<b>CSIRMT</b>	Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-techniques
<b>CS</b>	Cadre de Santé
<b>CSS</b>	Cadre Supérieur de Santé
<b>DPC</b>	Développement Professionnel Continu
<b>DS</b>	Directeur des Soins
<b>DREES</b>	Direction de la recherche, de l'Evaluation, des Etudes et des Statistiques
<b>EHPAD</b>	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
<b>EPP</b>	Evaluation des Pratiques Professionnelles
<b>ETP</b>	Equivalent Temps Plein
<b>HAS</b>	Haute Autorité de Santé
<b>HPST</b>	loi portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires
<b>IPAQSS</b>	Indicateurs Pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins
<b>MCO</b>	Médecine-Chirurgie-Obstétrique
<b>TQM</b>	Total Quality Management

## Introduction

La notion de qualité, longtemps l'apanage du secteur industriel, a émergé depuis quelques années dans le monde de la santé. A l'origine de cette émergence, on retrouve les crises sanitaires qui ont traversé la France depuis les années 1980 : le sang contaminé par le VIH, les infections nosocomiales... Les nouvelles attentes et exigences des usagers du système de santé ont également participé au développement de la démarche qualité dans les établissements de santé. L'Évaluation des Pratiques Professionnelles (EPP), l'élaboration de protocoles, de procédures et d'indicateurs qualité en santé sont intégrés à l'amélioration continue de la qualité des soins. Celle-ci concerne aussi bien les actes de soin que l'organisation des soins. En ce qui concerne l'organisation des soins, on retrouve parfois l'appellation « APP », analyse des pratiques professionnelles. 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 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 plus grande satisfaction, en terme de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins ». Dans le contexte de restriction budgétaire qui régit les établissements de santé depuis quelques années, le coût de la non-qualité (événements indésirables prolongeant l'hospitalisation, organisation des soins présentant des incohérences...) représente un surcoût évitable.

La démarche qualité comme la culture qualité s'implantent très lentement et de façon très hétérogène dans les établissements de santé. Même si le souci de la qualité est présent dans l'esprit des professionnels de santé, sa formalisation reste aléatoire selon les structures de soins. Aujourd'hui encore, l'évaluation interne des pratiques et la certification sont davantage considérées comme une contrainte et un jugement inquisiteur par nombre de professionnels que comme des outils permettant de progresser dans les prises en charge et de valoriser le travail accompli. Cet état de fait est en lien avec la culture de l'établissement et avec le positionnement de la direction face à l'évaluation des pratiques et la certification. Et, dans nombre d'établissements, on remarque que les professionnels de santé ne se sont pas approprié la démarche qualité. On peut répertorier plusieurs facteurs de causalité à ce constat : l'effet de groupe, le manque de reconnaissance et de valorisation des travaux précédemment effectués par les agents, le défaut d'accompagnement par la hiérarchie, l'incompréhension des finalités du travail demandé, la redondance et /ou la multiplication des travaux de groupe. Ces phénomènes

sont abordés par O.Thuillier et M.Vial<sup>1</sup> dans leur ouvrage intitulé « L'évaluation au quotidien des cadres de santé à l'hôpital ». Le manque d'implication des personnels est souvent perçu comme de la résistance au changement alors qu'il s'agit surtout d'un manque de compréhension de la commande. Les organisateurs diffusent des outils tout prêts, il est convenu que les professionnels appliquent ce qu'il leur est demandé, sans bien en comprendre le sens et sans la possibilité d'exercer leur esprit critique. De ce fait, les personnels appliquent « à la baisse » en tentant de ne rien changer à l'existant pour se rassurer. De plus, on ne part jamais de ce qui fonctionne, on réalise quasiment systématiquement le bilan du négatif, d'où l'émergence d'une certaine méfiance des personnels envers les demandes de la direction. Ainsi, l'amélioration continue de la qualité peut devenir un leitmotiv qui se retourne contre son objet. Tant que les éléments relatifs à la qualité seront perçus comme un contrôle des pratiques, la démarche qualité ne parviendra pas à s'installer définitivement dans nos institutions. Les professionnels doivent se sentir acteurs de cette démarche pour en espérer une pérennisation. D'autant plus que le principe de mesure de la qualité ne fait pas partie de la culture professionnelle des médecins et des professionnels paramédicaux. Les professionnels de santé pensent que les démarches qualité les évaluent en tant que personne alors qu'elles s'intéressent au processus de soins.

Au cours de notre parcours professionnel, à l'occasion de stages et lors d'échanges entre pairs, nous avons pu constater qu'à ce jour la culture qualité en général et les démarches d'EPP en particulier ne sont pas encore une composante du quotidien des établissements de santé. Ainsi, dans certaines structures, des démarches d'EPP sont engagées en urgence au moment de la certification puis sont laissées en suspend après la visite des experts visiteurs. Par ailleurs, des démarches d'EPP sont réalisées au sein d'un pôle ou d'une unité de soins sans aucune diffusion à l'ensemble de l'établissement. Ce manque de valorisation des travaux réalisés par les agents ne les incitent pas à se ré-engager dans de nouveaux projets. Parfois même, ces travaux sont présentés par la direction aux experts visiteurs et retombent dans l'oubli dès la fin de la visite de certification. En outre, les EPP réalisées sont rarement évaluées dans le temps et l'élaboration d'indicateurs de suivi fait souvent défaut. Nous avons également pu observer que la gestion documentaire est souvent défailante : absence de mise à jour, difficultés d'accès aux documents dans les unités de soin, défaut d'organisation pour la présentation des nouveaux documents.

---

<sup>1</sup> THUILIERO O, VIAL M., 2003. *L'évaluation au quotidien des cadres de santé à l'hôpital*. Gestion des ressources humaines ; Editions Lamarre. P 70 à 72

Une enquête de la Direction de la Recherche, de l'Evaluation, des Etudes et des statistiques (DREES)<sup>2</sup> montre la réticence des personnels infirmiers et aides-soignants face à la démarche qualité : les soignants s'interrogent sur la nécessité d'institutionnaliser l'évaluation de la qualité et affirment que la culture infirmière n'est pas axée vers ce genre de processus intellectuel. Ils ajoutent que l'intensification des tâches et la dégradation des conditions de travail ne permettent pas d'initier des changements dans leurs pratiques. De plus, la démarche est perçue comme l'affaire de la hiérarchie. Même si cette enquête date de 2006, les propos des soignants sont tout à fait superposables au discours des professionnels que nous avons pu entendre très récemment.

A différents titres, le Directeur des Soins (DS) est concerné par la démarche qualité et l'EPP. Ainsi, le décret n° 2010-1138 du 29 septembre 2010 modifiant le décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier de directeur des soins de la fonction publique hospitalière précise en son article 4 que « Président de la commission de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques...il contribue à l'élaboration et à la mise en œuvre de la stratégie et de la politique de l'établissement, et participe notamment à la définition et à l'évaluation des objectifs des pôles dans le domaine de la politique des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques. » De plus, « Il élabore avec l'ensemble des professionnels concernés le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, en cohérence avec le projet médical, et le met en œuvre par une politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins. »

Le référentiel métier de directeur des soins complète le cadre réglementaire des missions du DS. Il stipule notamment que « Le directeur des soins est responsable de la conception et de la mise en œuvre du projet de soins et des objectifs de qualité et de sécurité des soins définis dans ce cadre. Il en coordonne la mise en œuvre et l'évaluation. Il veille à la continuité des soins et à la cohérence des parcours de soins des patients. » En outre, il est ajouté que « Il participe, avec le directeur de la qualité, à la conception, à la conduite et à l'évaluation du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité. » Et pour finir, il est indiqué qu' « Il participe aux procédures de certification et d'accréditation de l'établissement. » Ainsi, le DS participe à la démarche qualité et en assure la coordination à travers la présidence de la Commission de Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques (CSIRMT), à travers le projet de soins et à travers son rôle stratégique au sein de l'équipe de direction.

Une politique d'EPP peut favoriser l'investissement et la satisfaction des personnels au travail et par extension la fidélisation des agents. Cette démarche est à même de

---

<sup>2</sup> DOUGUET F., MUNOZ J. *Les pratiques soignantes à l'épreuve de l'accréditation*. Soins cadre n°58-mai 2006. P 20 à 23

renforcer le sentiment d'appartenance des professionnels à l'institution car les agents, à travers ce travail de réflexion valorisent l'image de l'établissement. Elle participe ainsi à l'attractivité de l'établissement.

Malgré la réglementation et les procédures mises en place depuis plusieurs années, la démarche qualité et plus particulièrement l'EPP ne sont pas vraiment implantées dans tous les établissements de santé. On peut envisager plusieurs hypothèses expliquant ce phénomène :

- Le caractère descendant du management de la qualité ne permet pas aux soignants de s'approprier la démarche qualité et par extension l'EPP
- L'encadrement paramédical est insuffisamment engagé dans la politique qualité de l'établissement
- Un manque de coordination de la démarche qualité entraîne une multiplication des travaux de groupe et un défaut de valorisation des productions

Après avoir abordé la démarche qualité et l'EPP sous différents aspects en nous appuyant sur la littérature, nous effectuons une enquête auprès des acteurs concernés dans deux établissements de santé de médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) de taille différente, à l'aide d'entretiens semi-directifs. Ces entretiens enregistrés ont été menés dans les lieux d'exercice des personnes interviewées, leur durée varie entre 45 minutes et 1 heure. Une analyse thématique des entretiens restitue leur contenu. Au final, quatorze entretiens semi-directifs ont été menés, les guides ayant permis d'orienter ces échanges se trouvent en annexe de ce document. Cette technique d'enquête semble appropriée pour analyser le sens que les acteurs donnent à leurs pratiques et leur point de vue par rapport au thème. Il s'agit de recueillir ces informations auprès de DS, de responsables de cellule qualité, de cadres de pôle et de cadres de proximité. La différence de taille des structures va permettre de noter d'éventuelles divergences liées à ce critère. Enfin, la confrontation entre les données de la littérature et l'analyse des entretiens vont aboutir à la proposition de préconisations sur ce sujet.

# 1 L'EPP : une déclinaison majeure de la démarche qualité

## 1.1 La qualité au service de l'optimisation des soins

### 1.1.1 La qualité et les démarches qualité en santé

La Haute Autorité de Santé (HAS), en 2008 donne une définition de la qualité : « la qualité d'un système de santé augmente lorsque les soins prodigués sont aussi efficaces, sûrs et accessibles que possible, dans des conditions aussi équitables et efficaces que possible ». La HAS marque le caractère fondamentalement pluridimensionnel de la qualité. La qualité peut viser différentes conventions : l'excellence, la valeur (donnée au service rendu), la conformité, la satisfaction du patient. Selon les secteurs concernés par les démarches qualité, on utilisera préférentiellement une convention plutôt qu'une autre.

La qualité peut être considérée comme une construction au service des soins dispensés au patient et de façon plus large, à ses proches. L'amélioration de la qualité regroupe les actions entreprises en vue d'accroître l'efficacité et le rendement des activités et des processus, pour apporter des avantages accrus à la fois aux patients et à l'établissement. Les auteurs de l'ouvrage, « Les indicateurs qualité en santé »<sup>3</sup> précisent que « *Dans les établissements de santé, la qualité englobe la qualité de l'organisation générale de l'établissement, celle de son management, la qualité de l'organisation des soins, la qualité de prise en charge du patient (au sens d'efficacité des soins en terme de respect des pratiques et/ou de résultats), la qualité technique des soins et la recherche de satisfaction du patient* ». Avedis Donabian a proposé un modèle d'évaluation de la qualité des soins qui comprend sept dimensions : l'efficacité, l'efficience, l'acceptabilité par le patient, l'optimisation, l'équité, la légitimité et le coût.

Les démarches qualité en santé font souvent référence à une convention type qui s'est imposée sous la dénomination du Total Quality Management (TQM)<sup>4</sup>. La démarche consiste à donner aux individus la maîtrise et la responsabilité de la qualité du service qu'ils produisent. Le TQM repose sur plusieurs postulats : les démarches qualité permettent d'éviter des coûts inutiles ; les professionnels se préoccupent naturellement de la qualité si on leur donne le temps, les outils, les moyens ; l'interdépendance des lignes fonctionnelles est source de difficultés ; l'implication des dirigeants est fondamentale. La

---

<sup>3</sup> VILCOT C., LECLET H., 2006. *Les indicateurs qualité en santé*. Certification et évaluation des pratiques professionnelles, 2ème édition. AFNOR

<sup>4</sup> Orvain J., *cours sur la qualité*, EHESP-11 avril 2012

démarche suppose la constitution de groupes pluridisciplinaires de professionnels de terrain. Le TQM inclut des principes de travail : le management doit former et aider les agents à évaluer, analyser, améliorer les processus ; les professionnels doivent pouvoir comprendre la variabilité des processus ; le management doit s'appuyer sur des faits concrets ; l'institution s'organise autour d'une quête ininterrompue de l'amélioration continue de la qualité. Le TQM comporte des limites : les groupes de travail peuvent exclure ce qui n'en font pas partie et n'intéresser qu'un sous-groupe ; on a tendance à étudier les échecs plutôt que les succès ; le TQM favorise l'adaptation plutôt que l'innovation.

La qualité des soins ne se résume pas à la somme des compétences individuelles, elle dépend de la coordination des interactions entre les professionnels, d'où la complexité de sa gestion. En outre, la qualité possède une dimension éthique : tout professionnel de santé souhaite offrir au patient les meilleurs soins possibles. Il s'agit de transformer cette volonté implicite en démarche explicite. Ceci implique une dispensation des soins conformes aux règles de bonne pratique, un contrôle de l'efficacité des soins et des actions de formation continue contribuant à l'évolution des compétences. Afin d'inciter les établissements de santé à s'impliquer dans la démarche qualité, des textes législatifs et des procédures obligatoires d'évaluation externes ont été élaborés.

### **1.1.2 Le législateur a fait de la qualité une priorité**

Les ordonnances de 1996 demandent aux établissements de santé de s'engager dans une démarche d'évaluation. L'article L. 6113-3 du code de la santé publique précise que : « Afin d'assurer l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, tous les établissements de santé publics et privés doivent faire l'objet d'une procédure externe d'évaluation dénommée accréditation ». Puis, la HAS, créée par la loi du 13 août 2004 portant réforme de l'assurance maladie, promulgue la démarche de certification des établissements de santé. Par ce texte, obligation est faite aux médecins de satisfaire à une évaluation individuelle tous les cinq ans qui s'inscrit dans une démarche coordonnée avec la formation médicale continue. En outre, dès 1996, le législateur met en relation la démarche qualité avec la satisfaction du patient. Ainsi l'article L 710-1-1 de l'ordonnance du 24 avril 1996 précise : « La qualité de la prise en charge des patients est un objectif essentiel pour tout établissement de santé. Celui-ci doit procéder à une évaluation régulière de leur satisfaction, portant notamment sur les conditions d'accueil et de séjour... ».

La loi portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires, dite loi HPST a donné une mission principale à la Commission Médicale d'Etablissement (CME) : celle-ci contribue à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers ; elle propose au directoire un programme d'actions assorti d'indicateurs de suivi. Dans le même temps, le texte précise que la CSIRMT est consultée sur la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et sur l'évaluation des pratiques professionnelles<sup>5</sup>. Ainsi, le législateur désigne le corps médical comme entité responsable de cette politique et n'a pas prévu de concertation entre les deux organes, la CME et la CSIRMT. Il nous semble difficile d'envisager un tel fonctionnement, sachant que les médecins et les soignants travaillent ensemble dans les services de soins et sont impliqués au même titre dans la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, a donné naissance à la Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise En Charge (CRUQPEC). La mission essentielle de la CRUQPEC est l'amélioration de la politique d'accueil et de prise en charge des personnes malades et de leurs proches. Cette volonté sous-entend probablement qu'il existe dans les établissements de santé un travail de concertation entre la CME, la CSIRMT et la CRUQPEC puisque ces trois organes sont destinataires d'un objectif similaire. Le caractère continu de la démarche qualité est indispensable à son efficacité et à sa pérennité, elle ne peut être simplement rythmée par les obligations réglementaires ponctuelles.

### **1.1.3 Le but de ces démarches est de tendre vers une culture qualité**

La démarche qualité se traduisant par l'amélioration continue de la qualité des soins, est une prémisses à l'instauration, dans les hôpitaux, d'une culture qualité. La culture désigne ce qui est commun à un groupe d'individus, ce qui le soude. La culture qualité nécessite un changement profond des modes de fonctionnement et de l'organisation au sein des établissements de santé. Cette culture ne s'acquiert pas dans l'immédiateté, pour être réellement portée par tous et imprégnée dans les comportements, ce changement demande du temps, un investissement important et collectif des personnes qui en assurent le management. Or, dans les établissements de santé où se côtoient de nombreuses identités professionnelles, la démarche qualité ne va pas de soi. Ainsi, les médecins supportent mal toute forme de contrôle tandis que les paramédicaux mettent en

---

<sup>5</sup> MOQUET-ANGER ML., 2010. *Droit hospitalier*. L.G.D.J. Lextenso, éditions  
Sarah FLAGEOLET - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - 2012

avant la « conscience professionnelle » et rejettent le côté procédural des démarches qualité. De ce fait, les démarches qualité peuvent être davantage considérées par les professionnels de santé comme un élément perturbant leur identité professionnelle que plutôt qu'une amélioration du service rendu.

Dans l'ouvrage, «Donner du sens à la qualité dans un établissement de santé »<sup>6</sup>, les auteurs tirent les enseignements de l'accréditation, et affirment que « *La constitution d'un groupe de travail pluridisciplinaire est un support majeur pour les changements des mentalités* ». Cependant, « *dans un premier temps il est préférable de privilégier l'utilité et l'acceptation de la mesure au détriment parfois de sa rigueur et de son caractère scientifique... afin d'inscrire peu à peu la mesure dans la culture de l'établissement* ». « *C'est par la pratique que les professionnels se forment aux concepts et aux outils de l'amélioration continue de la qualité... En favorisant l'importation de démarche qualité « clefs en mains »...le risque est d'obtenir un changement superficiel sans modifications des mentalités* »

Outre les procédures d'évaluation externe, de nombreux outils sont au service de la qualité : annexe qualité des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens conclus avec l'Agence Régionale de Santé (ARS), la formation continue, les audits internes, le benchmarking, les enquêtes de satisfaction du patient... et l'EPP.

## **1.2 L'EPP : un outil d'amélioration continue de la qualité des soins**

### **1.2.1 La finalité de l'EPP**

Plusieurs travaux mettent en évidence une forte variabilité des pratiques. La simple diffusion de recommandations est insuffisante. L'EPP est un moyen d'harmoniser les pratiques pour les rapprocher de la pratique optimale. Le décret du 14 avril 2005 relatif à l'évaluation des pratiques professionnelles définit l'EPP comme « *l'analyse des pratiques professionnelles en référence à des recommandations selon une méthode élaborée et validée par la haute autorité de santé incluant le suivi d'actions d'amélioration des pratiques.* » Quelques années plus tard, afin probablement d'apporter une reconnaissance aux travaux des professionnels, la HAS a simplifié la définition : « *Programme de prise en charge comportant un volet évaluation.* » L'EPP est une démarche collective, pluridisciplinaire, elle se situe dans un projet organisé d'amélioration des pratiques professionnelles. Elle permet une harmonisation des

---

<sup>6</sup> RAYMOND J-L., DE HARO A., JEZEQUIL N., 2001. *Donner du sens à la qualité dans un établissement de santé*. Les études hospitalières

pratiques à condition que la communication autour des EPP soit formalisée et que la mise en œuvre des préconisations dégagées soit effective et évaluée. L'EPP s'inscrit dans la politique relative à la qualité dans les établissements de santé. L'EPP compare les pratiques effectives dans les unités de soin avec les recommandations de bonnes pratiques professionnelles. Sa finalité est de mettre en œuvre des pratiques fondées sur des recommandations professionnelles et/ou des références réglementaires. Des indicateurs permettent de réaliser l'évaluation des protocoles ou des procédures mis en place à la suite de l'EPP. Les soins fondés sur le respect des bonnes pratiques préviennent et réduisent l'exposition des patients aux risques associés aux soins tout en garantissant l'efficacité et l'efficience des activités soignantes. Les EPP, selon leurs thèmes peuvent concerner un pôle d'activité clinique ou être menées de façon transversale sur tout l'établissement. Réaliser des EPP transversales favorise le décloisonnement entre les pôles d'activité clinique. Des indicateurs permettent de réaliser l'évaluation des protocoles ou des procédures mis en place à la suite d'une EPP.

### **1.2.2 L'EPP aboutit à l'élaboration de protocoles ou de procédures et à la construction d'indicateurs**

Le guide du service infirmier N° 4 définit le protocole : « Le protocole est un guide d'application des procédures, centré sur une cible (groupe, communauté, population), présenté sous forme synthétique, élaboré selon une méthodologie précise ». Il est une aide à la décision à l'usage des acteurs concernés par son application. Il permet d'adapter les soins en fonction des besoins et de l'état de santé du malade. Il est considéré comme un référentiel puisqu'il indique le standard de soins (ou norme optimale de qualité à atteindre). Il n'est pas à confondre avec la fiche technique qui d'après le BO92-13, Ministère de la Santé est « la description méthodique et chronologique des opérations successives à effectuer pour la réalisation d'une tâche, d'un acte de soins. Elle doit être validée, remise à jour périodiquement et lors de chaque évolution technique, scientifique, législative ». Elle peut être un élément du protocole. La fiche technique se rapproche de la procédure : « Dans le cadre de la démarche qualité, la procédure est la manière spécifiée d'accomplir une activité ». Elle comporte l'objet et le domaine d'application de l'activité, l'intervenant, la manière de faire et la façon dont est maîtrisée et enregistrée l'action.

La mesure de la qualité représente une étape indispensable à l'amélioration de la qualité. Un indicateur est un outil qui sert à décrire, évaluer une situation, une procédure d'un point de vue quantitatif ou qualitatif. Un indicateur doit être simple, facilement mesurable et pertinent. L'utilisation des indicateurs vient du postulat que « ce qui ne se mesure pas

ne peut s'améliorer ». De nombreux indicateurs qualité sont exigés des établissements de santé de façon réglementaire ou au cours de la procédure de certification. Les indicateurs du ministère sont ceux relatifs à la lutte contre les infections nosocomiales. Les Indicateurs Pour l'Amélioration de la Qualité et la Sécurité des Soins (IPAQSS) ont été développés par la HAS. Ces deux types indicateurs doivent être rendus publics.

Pour apprécier une démarche qualité, s'attacher aux résultats est insuffisant car ils sont difficilement mesurables. De ce fait, les indicateurs qualité mesurent le processus, les moyens utilisés ou comparent l'évolution d'un niveau d'amélioration des résultats et/ou des processus. Peuvent y être associés des indicateurs d'activité et de satisfaction du patient. L'indicateur qualité est donc un instrument de pilotage du système qualité. Il est aussi un outil de management et de communication. Comme la démarche qualité, l'EPP est inscrite au niveau législatif et donne lieu à des obligations pour les établissements de santé.

### **1.2.3 La densité des textes relatifs à l'EPP témoigne de l'intérêt que lui accorde le législateur**

La loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière indique que « Les établissements de santé, publics et privés, développent une politique d'évaluation des pratiques professionnelles, des modalités d'organisation des soins et de toutes actions concourant à la prise en charge du malade afin d'en garantir la qualité et l'efficacité. » L'EPP est ainsi devenue une exigence réglementaire. Le décret du 28 septembre 1999 relatif à l'évaluation des pratiques professionnelles et à l'analyse de l'évolution des dépenses médicales donne une définition de l'EPP individuelle et collective. La HAS a mis en place dans chaque région de juin 2004 à avril 2006 un programme de sensibilisation et d'information relatif à l'EPP pour les professionnels de santé afin de leur permettre de s'approprier la démarche. Le décret du 14 avril 2005 précise dans son premier article que l'EPP a pour finalité « l'amélioration continue de la qualité des soins et du service rendu aux patients par les professionnels de santé. Elle vise à promouvoir la qualité, la sécurité, l'efficacité et l'efficacité des soins et de la prévention et plus généralement la santé publique, dans le respect des règles déontologiques ». On note que cette démarche répond à un triple objectif scientifique, économique et éthique.

Le manuel de certification des établissements de santé V2010 donne une place prépondérante car à plusieurs niveaux à la qualité et la sécurité des soins comme à l'EPP. En effet, il prévoit dans son chapitre 1, partie 1 : « Management des établissements de santé », trois critères relatifs à la qualité. La HAS prévoit donc que la

qualité s'inscrit dans les orientations stratégiques de l'institution. Le premier s'intéresse à la « Politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins », le deuxième est une Pratique Exigible Prioritaire (PEP): « Politique et organisation de l'évaluation des pratiques professionnelles ». On note ici, la volonté de la HAS de développer cet axe voire de considérer cet outil comme élément majeur de la démarche qualité. Le troisième interroge le « Développement d'une culture qualité et sécurité ». Dans la partie 3 intitulée « Management de la qualité et de la sécurité des soins », le manuel demande une description du « Programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins » qui fait également l'objet d'une PEP. La partie 5 du chapitre 2 est entièrement consacrée à L'EPP : mise en œuvre, pertinence des soins, indicateurs de pratiques cliniques.

L'EPP fait partie intégrante du Développement Professionnel Continu (DPC) qui est une obligation pour tous les professionnels de santé depuis la loi HPST. Celle-ci précise en son article L. 4133-1 que le DPC a pour objectifs « l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise des dépenses de santé ». Le contrôle du respect de l'obligation sera assuré par les conseils de l'ordre, les employeurs ou l'ARS selon les professions. Pourront être pris en compte dans le DPC, les diplômes universitaires suivis par les agents s'ils ont été évalués favorablement par la commission scientifique du haut comité des professions paramédicales. La mise en place du DPC favorise la cohérence de la formation de l'ensemble des professionnels de santé en favorisant le développement d'actions communes des personnels médicaux et paramédicaux.

#### **1.2.4 L'EPP est maintenant clairement intégrée dans le programme d'études en soins infirmiers**

Le programme des études en soins infirmiers de 1992 ne traitait pas spécifiquement de l'évaluation des pratiques professionnelles. Le référentiel de compétences intégré dans la réforme des études en soins infirmiers de 2009 est beaucoup plus axé sur cette démarche à travers les éléments d'acquisition de la compétence 7 et 8. Le référentiel d'études en ergothérapie inclut également l'EPP et il est à prévoir qu'elle figurera dans les programmes d'études des autres disciplines paramédicales.

##### Compétence 7 : Analyser la qualité et améliorer sa pratique professionnelle

1. Observer, formaliser et expliciter les éléments de sa pratique professionnelle

2. Confronter sa pratique à celle de ses pairs ou d'autres professionnels
3. Evaluer les soins, les prestations et la mise en œuvre des protocoles de soins infirmiers au regard des valeurs professionnelles, des principes de qualité, de sécurité, d'ergonomie, et de satisfaction de la personne soignée
4. Analyser et adapter sa pratique professionnelle au regard de la réglementation, de la déontologie, de l'éthique, et de l'évolution des sciences et des techniques
5. Evaluer l'application des règles de traçabilité et des règles liées aux circuits d'entrée et de sortie des matériels et dispositifs médicaux (stérilisation, gestion des stocks, circuits des déchets, circulation des personnes...) et identifier toute non-conformité
6. Apprécier la fonctionnalité des dispositifs médicaux utilisés dans les soins et dans l'urgence
7. Identifier les améliorations possibles et les mesures de réajustement de sa pratique

**Compétence 8 : Rechercher et traiter des données professionnelles et scientifiques**

1. Questionner, traiter, analyser des données scientifiques et/ou professionnelles
2. Identifier une problématique professionnelle et formuler un questionnement
3. Identifier les ressources documentaires, les travaux de recherche et utiliser des bases de données actualisées
4. Utiliser les données contenues dans des publications scientifiques et/ou professionnelles
5. Choisir des méthodes et des outils d'investigation adaptés au sujet étudié et les mettre en œuvre
6. Rédiger et présenter des documents professionnels en vue de communication orale ou écrite

Les étudiants sont tenus d'acquérir ces compétences au travers des enseignements reçus en Institut de Formation en Soins Infirmiers et à l'occasion des stages. Si, dans les services de soins qui les accueillent, une réflexion sur les pratiques fait défaut, les étudiants considéreront ces compétences comme purement livresques. D'autant plus que les étudiants s'identifient aux professionnels du terrain pour construire leur identité professionnelle et leurs pratiques professionnelles.

**1.2.5 L'EPP représente un enjeu majeur pour la reconnaissance de l'expertise des soignants**

La méthodologie rigoureuse de l'EPP s'approche de la recherche scientifique et tend vers des soins fondés sur la preuve. L'EPP participe à la diffusion et à la mise en œuvre des recommandations professionnelles. L'EPP, les protocoles et les indicateurs qui en découlent constituent un enjeu majeur pour l'expertise professionnelle. Leur publication et leur présentation dans des journées dédiées locales, régionales voire nationales représentent une avancée vers la reconnaissance des professions paramédicales et peut stimuler une orientation vers la recherche en soins. En effet, cette démarche se caractérise par l'existence d'un champ de pratique soignante autonome, un raisonnement clinique à la base de la pratique, des connaissances spécifiques, une approche réflexive, une évaluation et une actualisation des compétences par les pairs. Ainsi, comme l'exprime Christophe Debout dans un article à ce sujet<sup>7</sup> « L'EPP est une opportunité pour l'affirmation professionnelle et scientifique de la discipline des soins infirmiers... Cette approche laisse une large place à la pratique fondée sur des résultats probants. » Comme nous l'avons vu, l'EPP nécessite une coordination des interactions entre les professionnels, cette articulation est organisée et portée par les managers des établissements de santé.

### **1.3 Quel management pour la qualité ?**

#### **1.3.1 La pluriprofessionnalité est un facteur essentiel de la démarche qualité**

A. Strauss, dans son ouvrage, « l'ordre négocié », affirme qu'à l'hôpital, se côtoient des identités professionnelles très différentes et multiples qui sont constamment dans la négociation afin que la structure puisse fonctionner. La valeur fondamentale qui réunit ces professionnels est le bien-être du patient. La négociation comme arbitrage permanent permet d'optimiser les ressources en laissant aux personnes une marge de manœuvre qui évite de figer les organisations. L'idée reste bien une harmonisation des pratiques autour de la qualité tout en laissant une certaine liberté aux professionnels. Il s'agit surtout pour le manager, de coordonner les actions et les interactions. En effet, la satisfaction des besoins multiples des patients impliquent une collaboration entre tous les acteurs qui participent de façon directe (les médecins, les soignants...) et de façon indirecte (les agents des services administratifs, des services biomédicaux...) aux soins dispensés aux patients du fait de l'interférence de tous les processus de prise en charge.

#### **1.3.2 Un management de la qualité ou par la qualité ?**

---

<sup>7</sup> DEBOUT C. *L'évaluation des pratiques professionnelles, un potentiel pour la discipline infirmière.* Soins cadres n° 58 – mai 2006. P 49 à 51

Le management de la politique qualité passe par une volonté forte de la direction de l'établissement et par une coordination des actions des quatre acteurs clé de cette politique : le directeur, le directeur des soins, le président de la CME et le responsable qualité. Le management de la qualité regroupe les activités coordonnées pour orienter et contrôler une organisation visant à fournir régulièrement des prestations conformes aux attentes des patients et aux exigences réglementaires applicables. Ce management consiste à définir une stratégie d'amélioration de la qualité, de la structurer dans l'organisation et d'en assurer l'exécution. Ce concept montre que la politique qualité est conçue par les managers dans le but d'être mise en œuvre par les personnels de terrain. Or, force est de constater que le vocabulaire et la démarche relatifs à la qualité ne sont pas toujours compris et assimilés par les professionnels de santé, qui ne s'approprient pas cette notion. Un management purement directif de la qualité paraît insuffisant. Ainsi, l'expression « management par la qualité » ne fait pas de la qualité une fin en soi mais un outil à disposition des agents, leur permettant d'évaluer, d'analyser leur travail, leurs pratiques professionnelles. A ce titre, la politique qualité est une philosophie et un mode de gestion qui s'appuient sur l'ensemble des personnels de l'établissement de santé. Les professionnels des services de soins doivent pouvoir s'approprier les principes de la démarche qualité, au plus près de leur pratique quotidienne pour que cette politique qualité puisse vivre et évoluer vers une culture qualité. Il s'agit de partager le management de la qualité avec ceux qui sont en première ligne. Dans l'ouvrage<sup>8</sup>, « Donner du sens à la qualité dans un établissement de santé », les auteurs indiquent que « Ceci passe par la mise en place d'une nouvelle façon de travailler qui passe par des techniques d'animation de groupe et non par des techniques de management de la qualité ».

Pour mener à bien la démarche institutionnelle de l'EPP, le DS travaille donc en étroite relation avec le responsable qualité, le président de la CME et la CRUQPEC mais également avec les différents comités : le Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN), le Comité de Lutte contre la Douleur (CLUD), le Comité de Liaison de l'Alimentation et de la Nutrition (CLAN)... Le but est de parvenir à coordonner les travaux de ces différents comités, en tenant compte des résultats de la certification et de la réglementation, en donnant du sens à cette démarche collective tout en évitant la redondance des différentes productions réalisées. En outre, le DS doit être particulièrement attentif à la gestion documentaire. En effet, les agents doivent disposer à tout moment et très facilement des documents (protocoles, procédures...) dont ils ont besoin pour assurer des soins de qualité de façon optimale. Cette base documentaire,

---

<sup>8</sup> RAYMOND J-L., DE HARO A., JEZEQUEL N., 2001. *Donner du sens à la qualité dans un établissement de santé*. Les études hospitalières

qu'elle soit informatique ou sur support papier, doit être tenue à jour, chaque document bénéficiant d'une évaluation régulière et planifiée et chaque réajustement, daté et signé devant entraîner la suppression du document antérieur. La vigilance du DS doit également être dirigée vers le management de l'encadrement.

### **1.3.3 Le cadre de santé, un acteur clé de la démarche qualité**

Nous avons évoqué la résistance au changement des acteurs, qui survient quand les personnes concernées, ne sont pas les auteurs et les acteurs de ce changement. A l'hôpital, les acteurs se trouvent confrontés à des logiques différentes et, le cadre de santé (CS) se trouve à l'interface de ces logiques. Ce constat fait de lui l'acteur clé de la réussite, pour ce qui nous concerne, de la démarche d'amélioration de la qualité à travers la mise en œuvre des EPP. Le rôle du CS est d'accompagner le changement et celui du DS est d'accompagner les CS dans cette démarche. Le Rapport de la Mission Cadres hospitaliers présenté par Chantal de Singly<sup>9</sup> montre que les cadres souffrent essentiellement d'un manque de reconnaissance. Ce manque de reconnaissance est notamment évoqué par rapport au rôle de relais et leviers des changements qu'ils tiennent. Ils ont besoin également de confiance, qu'à priori l'organisation ne leur donne pas. Le DS est l'acteur qui, en premier lieu est à même de donner cette confiance et cette reconnaissance réclamées par les cadres. D'autant plus que les CS sont beaucoup moins mobiles que les DS. Dans une étude menée par Yvon Sainsaulieu, il apparaît que seuls 3% des cadres se considèrent d'abord comme relai de la direction, contre 67% qui s'estiment constitué partie intégrante de l'équipe qu'ils animent. Ces chiffres font peut-être écho au fait que les cadres se plaignent de n'être pas suffisamment consultés par la direction. L'ancrage d'une culture qualité implique, comme nous l'avons vu un changement profond des mentalités. Personne mieux que le CS ne connaît les professionnels des unités de soin. Or, la communication qui permet la conduite du changement, pour être efficace nécessite de bien connaître ses interlocuteurs d'un point de vue sociologique, psychologique et en tenant compte de leurs préoccupations du moment. Les CS doivent donc être fortement impliqués dans la démarche d'amélioration continue de la qualité pour que celle-ci aboutisse et se pérennise. Le DS devra donc proposer un management qui tienne compte de tous ces éléments et opter pour une politique qualité qui s'appuie sur les besoins et /ou les attentes des personnels des unités de soin pour que ceux-ci la construisent. Dans la revue Soins Cadres consacrée à l'EPP<sup>10</sup>, les auteurs de l'article traitant de la place du cadre concluent en affirmant que

---

<sup>9</sup> [WWW.santé.gouv.fr/rapport](http://WWW.santé.gouv.fr/rapport) chantal de singly

<sup>10</sup> LEPESQUEUX M. *Le cadre de santé, un acteur clé dans l'évaluation d'une pratique professionnelle*. Soins cadres n°58 – mai 2006. P 45 à 46

*« Si l'impulsion de la dynamique se situe au niveau de la direction des soins, le relais et le moteur se trouvent au niveau des cadres. Sans eux, la politique et les projets ne sont que paroles. »*

Pour mener à bien la politique d'EPP, le DS s'appuie sur l'encadrement des structures de soin en utilisant un management participatif. Il collabore avec le chef de pôle et le cadre de pôle à travers le contrat de pôle qui comporte un volet qualité. Le cadre de proximité est un maillon essentiel dans l'organisation de l'hôpital. C'est cet acteur qui va impulser et faire vivre les projets au sein des unités de soins, de leur mise en œuvre jusqu'à leur évaluation. Le DS doit s'assurer que les cadres de santé connaissent la méthodologie de l'EPP et adhèrent à la politique qu'il propose. La mission du DS est d'accompagner les cadres tout au long de la démarche et de les aider à surmonter les difficultés rencontrées. Le rôle du DS dans la politique qualité dépasse l'enceinte de l'établissement où il exerce.

#### **1.3.4 La démarche qualité dans les territoires de santé**

Le DS est amené à participer régulièrement à des réunions organisées par l'ARS. Ces temps d'échanges peuvent être des moments propices au partage d'expériences en lien avec la démarche qualité. Il peut s'agir de confronter les méthodes et les organisations des différents établissements par rapport à ce thème. Ces rencontres permettent également la présentation des travaux réalisés par les équipes de soins des structures respectives. Il est possible d'imaginer que les DS proposent à l'ARS d'organiser des journées dédiées à la qualité : au sein d'un établissement où les structures du territoire de santé présenteraient les EPP ou autres travaux. Ces journées seraient ouvertes à tous les professionnels de santé (exerçant dans le public, le privé ou en libéral) ainsi qu'aux professionnels travaillant dans le secteur médico-social. La convention d'une Communauté Hospitalière de Territoire (CHT) peut inclure un volet relatif à la qualité.

#### **1.3.5 L'enjeu de la communication autour de la démarche qualité**

La communication a pour finalité d'établir une relation avec autrui, de transmettre quelque chose à quelqu'un, de partager une information. La communication est une modalité de l'agir sur le monde qui tente de transformer la réalité sociale. Dans les établissements de santé, les situations professionnelles sont très complexes, les personnes chargées de la communication doivent donc s'appuyer sur l'intelligence collective et s'entourer des acteurs impliqués. La stratégie de communication est un facteur essentiel à la réussite de l'implantation de la démarche qualité. Elle permet en

premier lieu de s'accorder sur un vocabulaire commun, sur le sens donné à la démarche et de partager ce sens donné.

Les rapports entre la communication et l'organisation du travail sont de deux ordres : l'action de communiquer permet de préciser les objectifs de l'action collective, de définir et de partager les référentiels d'actions. L'activité managériale est largement emprunte de communication. Cette communication est essentielle pour mobiliser les acteurs de l'action, favoriser leur engagement, gérer les conflits et assurer une médiation entre les acteurs<sup>11</sup>. Le DS participe activement à l'action de communication relative à la politique qualité. La qualité de la communication sera décisive sur l'adhésion des équipes soignantes à la démarche qualité.

Afin d'enrichir les concepts développés dans cette première partie, nous sommes allée à la rencontre des professionnels de santé pour recueillir leur point de vue sur le sujet.

### **1.3.6 Présentation des établissements et des personnes rencontrées**

L'enquête sur le terrain abordée en fin d'introduction apporte un éclairage sur la façon dont la démarche qualité est abordée dans les établissements MCO. Cette investigation permet de connaître le ressenti des professionnels face à la politique qualité et la manière dont ils se situent par rapport à cette procédure.

#### Présentation des établissements visités

Le CH de taille conséquente :

L'établissement est un centre hospitalier urbain dont les activités sont réparties sur plusieurs sites, il comprend au total 1054 lits et places dont 228 lits de médecine, 84 lits de chirurgie, 47 lits d'obstétrique, 120 lits de soins de suite et de réadaptation, 477 lits d'Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées dépendantes (EHPAD), 30 lits d'hospitalisation à domicile, un service de soins infirmiers à domicile de 68 places, une unité de consultation et de soins ambulatoires en centre de détention. Ainsi, l'activité est globalement divisée à égalité entre l'activité de médecine-chirurgie- obstétrique et l'activité des EHPAD (45,5%). L'établissement emploie 1466 agents non médicaux en Equivalent Temps Plein (ETP) dont 72,75% de soignants et 177 ETP médicaux. En 2010, le centre hospitalier a réalisé 26 539 entrées, 190 268 venues externes, 58 333 passages aux urgences et 1773 accouchements. Le budget de la structure s'élève à 130 673 000 euros.

L'équipe de direction comprend notamment un coordonnateur général des soins et un directeur qualité. Le CH possède quatre pôles d'activité clinique animés par un trio de

---

<sup>11</sup> PARENT.B. *Cours sur la communication*. EHESP- 2012

pôle dont un cadre supérieur de santé (CSS). On dénombre au total 42 cadres de proximité.

Le CH de plus petite taille :

L'établissement est un CH de proximité situé dans un bassin de santé d'environ 55 000 habitants plutôt âgés, ruraux avec un contexte social de grande précarité et de démographie médicale très défavorable.

Cette structure possède 362 lits et places, elle comprend un service d'urgence ayant réalisé 18 000 passages en 2011 ; un service mobile d'urgence et de réanimation effectuant en moyenne 1,5 sortie par jour ; une unité d'hospitalisation de courte durée de 3 lits ; 32 lits de chirurgie dont 10 lits de semaine et 4 places en ambulatoire ; 25 lits de médecine ; 30 lits de soins de suite et de réadaptation ; un service d'hospitalisation à domicile de 30 places ; 143 lits d'EHPAD dont une unité Cantou de 16 lits ; 37 lits en unité de soins de longue durée, 58 places en service de soins infirmiers à domicile ainsi qu'un centre de soins, d'accompagnement, de prévention en addictologie ; un service de permanence d'accès aux soins en santé et un service de consultations externes. En 2011, 95 971 journées et 18 269 venues externes sont comptabilisées. L'effectif non médical représente 394,34 ETP, tandis que le personnel médical s'élève à 24,37 ETP. Le budget de la structure atteint 22 631 652 euros.

L'équipe de direction comprend notamment un coordonnateur général des soins et un responsable qualité. Le CH possède trois pôles d'activité clinique animés par un duo de pôle dont un CS qui gère par ailleurs une unité de soins. On dénombre un total de 9 cadres de proximité dont les cadres de pôle.

#### Présentation des professionnels rencontrés

Dans l'établissement le plus grand, le DS est diplômé depuis 4 ans et est en poste depuis 6 ans, il connaît bien l'établissement dans lequel s'est déroulé la plus grande partie de sa carrière. Les deux CSS de cette structure possèdent ce titre depuis plus de 15 ans pour l'un et depuis 20 ans pour l'autre. Ils exercent la fonction de CSS de pôle depuis 2007 et ont travaillé dans la structure en tant qu'infirmières puis CS. Quant aux cadres de proximité, ils sont diplômés depuis près de 10 ans, deux d'entre-eux ont travaillé en tant que cadre de santé dans plusieurs unités de soins et tous les trois connaissent très bien le CH. Le directeur qualité est en fonction depuis 13 ans.

Dans l'établissement le plus petit, le DS a été diplômé en 2008 et est en exercice depuis près de 4 ans. Les trois cadres de pôle rencontrés sont des cadres de santé qui, de surcroît, ont en charge une unité de soins. Ils ont pour deux d'entre-eux une expérience

de 10 et 20 ans dans la fonction, le troisième ayant été diplômé en 2010. Un seul a effectué sa carrière d'infirmière dans un autre établissement. Les deux cadres de proximité exercent la fonction depuis respectivement 5 et 7 ans, ils connaissent bien la structure. Le responsable qualité a été recruté en 2011, il travaillait avant dans un très grand CH.

Hormis un cadre de pôle et le responsable qualité de la structure la plus petite, le nombre d'années d'exercice dans leur fonction actuelle des douze autres acteurs est conséquent et cette expérience laisse présager qu'ils connaissent bien l'établissement et le thème traité.

## **2 Malgré l'initiation de la démarche qualité depuis plusieurs années, les acteurs n'y adhèrent pas complètement**

### **2.1 Même si la qualité est une priorité des professionnels de santé, la démarche qualité demeure peu investie par les professionnels de santé**

#### **2.1.1 Les DS sont réticents face aux exigences de la HAS**

Comme le prévoit le décret portant statut du DS ainsi que le référentiel métier du DS, les DS rencontrés incluent la qualité et la sécurité des soins dans leurs missions prioritaires. Par contre, ces professionnels notent toutefois que tout ce qui tourne autour de la qualité et notamment les exigences de la HAS ne leur conviennent pas : « *parfois, on ronchonne, nous les premiers, la HAS nous sort par les yeux, ça saoule* », « *la qualité pâtit d'en avoir trop parlé, c'est très dommage car on a noyé l'essentiel. L'écriture de protocoles et de procédures multiples devient parfois ridicule, provoque une overdose chez les acteurs. Le terme qualité est galvaudé, il perd son sens. Il n'y a pas de gradation entre ce qui est majeur et ce qui est secondaire, d'où une perte de sensibilité à la démarche qualité.* » Le discours des DS est globalement négatif par rapport à la qualité même s'ils y attachent une importance capitale et la situe au cœur de leur métier. On retrouve ici, l'idée développée en introduction de ce mémoire qui augurait que la qualité peut devenir un leitmotiv qui se retourne contre son objet. Ce risque ne concerne pas seulement les professionnels des services de soins, il est également retrouvé chez les dirigeants des hôpitaux même si des EPP institutionnelles sont menées dans ces deux établissements. Ce constat est inquiétant car si les managers eux-mêmes se sentent dépassés et en désaccord avec les exigences toujours plus grandes de la HAS, ils sont en incapacité de transmettre un message positif et volontariste à leur encadrement soignant.

#### **2.1.2 Les soignants sont investis dans la qualité mais pas dans la démarche institutionnelle**

Les responsables qualité mesurent parfaitement cette réticence relative à la démarche qualité : « *si les acteurs clé ont bien intégré les attentes, ça marche, s'il y a carence, ça pose problème* », « *c'est personne dépendant, s'il n'y avait pas la cellule qualité tout retomberait à plat, on maintient la dynamique.* ». Ils sont unanimes pour

affirmer que « *les soignants voient les contraintes mais pas l'objectif des démarches qualité, les infirmières commencent à bien intégrer la qualité au quotidien, c'est plus hétérogène pour les aides-soignantes et les agents de service hospitalier. C'est le corps médical qui est le plus difficile à mobiliser.* » Ils ajoutent que « *la démarche qualité est considérée comme quelque chose qui se surajoute à leurs tâches alors que ces démarches doivent s'intégrer aux pratiques. Les soignants sont investis dans la qualité mais sans le savoir, sans formaliser* ». Ce discours est repris par une majorité des cadres de pôle, « *tout le monde n'adhère pas à la qualité, ce n'est pas la priorité des médecins et de ce fait, parfois on rame* ». Un autre cadre de pôle constate que « *les agents ont le souci de faire un travail de qualité mais pas dans la démarche proprement dite* », un troisième explique que « *très franchement, les soignants ne sont pas investis dans la démarche qualité, ils sont très impliqués dans leur travail et font de la qualité au quotidien.* » Un cadre de santé tient le même discours « *pour la démarche qualité au sens institutionnel, il y a des gens investis, ce sont toujours les mêmes mais la majorité des soignants sont investis dans l'amélioration de la qualité des prises en charge dans le service.* » La dimension éthique de la qualité est mise en valeur dans ces propos mais la qualité reste une démarche implicite et non explicite pour ces professionnels. Un autre cadre de santé révèle que « *la démotivation dépend de ce que le cadre renvoie : moi, je reste sur les essentiels. La formalisation n'est pas l'objectif premier, on reste pragmatique, on met des paliers à l'importance des choses. C'est comme ça qu'on fait avancer les équipes, ils sont intelligents, on ne peut pas leur faire croire que tout a la même importance.* » Nous pouvons constater une certaine homogénéité dans le discours des professionnels interrogés. Il apparaît à plusieurs reprises que, comme nous l'avons évoqué en première partie, le corps soignant et encore plus le corps médical sont peu investis dans la démarche qualité même s'ils sont soucieux de produire un travail de bonne qualité. On perçoit, dans les propos de l'encadrement que la démarche qualité est considérée par les professionnels comme l'affaire de la hiérarchie. Les soignants sont encore beaucoup dans le « faire », la formalisation de la démarche demeure très secondaire dans leur esprit. Le poids des identités professionnelles ne favorisent pas le développement de la démarche qualité. Comme nous l'avons décrit en première partie, du fait de leur indépendance, les médecins supportent mal le fait que l'on contrôle leur travail tandis que les soignants rejettent le côté procédural de la démarche et sont attachés à la notion de conscience professionnelle. Cet état de fait représente un frein au développement des EPP pluridisciplinaires, n'encourage pas l'élan des soignants vers la démarche qualité et ne facilitera pas leur apprentissage par les étudiants en médecine et en soins paramédicaux.

### **2.1.3 L'absence de travail d'équipe entre le DS et le responsable qualité participe au défaut d'investissement par les soignants**

Dans le discours des DS et des responsables qualité rencontrés, il n'est pas fait allusion, comme l'on pouvait s'y attendre, à un réel travail partagé entre ces acteurs pour la démarche qualité. Il apparaît que le travail en équipe de ces professionnels est limité à quelques rencontres institutionnelles. Le DS de l'établissement le plus grand justifie cet état de fait : « *Je suis un peu perdue dans la bonne approche avec la direction qualité. Je ne sais pas comment passer le message auprès des équipes* ». Cette absence de travail d'équipe sur les fondements et le suivi de la démarche qualité participe très certainement au manque d'investissement des agents dans la dite démarche. De plus, fort logiquement, l'encadrement soignant dirigé par le DS le plus réfractaire aux exigences de la HAS est celui dont le discours est le plus négatif et affirmé envers l'inadéquation des démarches qualité. En effet, le DS est celui qui impulse et coordonne les actions. Ici, le défaut d'implication du DS impacte toute la chaîne de soins.

## **2.2 La perception qu'on les professionnels de la certification n'est pas toujours positive**

La démarche qualité est ponctuée par la certification. Ainsi, un cadre de proximité déplore que « *parfois on sature, on a le sentiment qu'il faut faire de la qualité avant la certification puis ça se calme.* » La charge de travail occasionnée par la certification semble lourde pour les professionnels de santé : « *Le nombre de travaux demandés se multiplie, les équipes médicales et soignantes s'essouffent, la dynamique devient très difficile à tenir.* » La redondance et la multiplication des travaux de groupe de façon intensive entraînent un épuisement et un découragement des équipes médicales et soignantes. La redondance des travaux, très démotivante pour les équipes de soins, est évitable grâce à une collaboration permanente entre le DS et le responsable qualité. Ce constat montre également que la préparation de la certification n'est pas organisée dans le temps mais de façon ponctuelle sur un temps limité.

Un DS explique que « *les résultats de la dernière certification ne sont pas bons alors qu'ils étaient très bons il y a 4 ans, à force de trop de pression, il y a un effet ras le bol. Les professionnels sont dépités, l'effet est contraire à l'objectif visé, l'élan est en train de s'étioler, ils n'y croient plus, il n'y a aucune valorisation de ce qui est bien fait. Il germe l'idée que pour la HAS, trop d'établissements travaillaient bien d'où l'augmentation de l'exigence, beaucoup d'établissements sont mal notés en V2010.* » Même le responsable

qualité admet que « *les résultats mauvais de la certification ne sont pas forcément représentatifs de la culture qualité dans l'établissement. La certification demande beaucoup de travail, il y a un épuisement des équipes. Certains sont démotivés depuis la certification, surtout ceux qui s'étaient beaucoup investis.* » Un cadre d'unité exprime que « *la certification est injuste : il y a un grand décalage entre ce que l'on exige des établissements de santé et ce que l'on exige des professionnels libéraux.* » Ces témoignages peuvent faire craindre un rejet massif de la démarche d'évaluation externe par l'équipe de direction comme par les équipes de soins. Comme décrit en introduction de cet écrit, il apparaît que, malgré les années, la certification reste mal perçue par les professionnels de santé qui la considère toujours comme un examen obligatoire contraignant dont les résultats ne témoignent absolument pas des efforts fournis par les professionnels en terme d'amélioration de la qualité.

## **2.3 L'organisation très pyramidale de la démarche qualité représente un frein à son appropriation par les équipes**

### **2.3.1 Une organisation à caractère descendant**

Dans les deux CH, il n'existe pas de contrat de pôle. Des médecins et des soignants ont été formés à la démarche EPP dans chaque pôle, l'encadrement soignant connaît plus ou moins précisément l'organisation de la démarche qualité qui présente des similitudes dans les deux établissements. Il existe un comité de pilotage de la qualité regroupant les membres du directoire, le directeur/responsable qualité et le cas échéant le cadre qualité, le médecin dirigeant la sous-commission qualité de la CME, les coordonnateurs qualité/gestion des risques et des invités selon les thèmes abordés. Ce comité se réunit deux fois par an. L'établissement le plus grand possède également une structure opérationnelle qualité et gestion des risques, comprenant des représentants du corps médical et soignants qui traite et valide l'ensemble des orientations. Les projets sont présentés aux instances. Au sein des pôles des deux CH, les référents qualité sont un cadre de santé et un chef de service. La structure pyramidale de la démarche qualité ne satisfait pas les cadres de pôle : « *Il n'y a pas de dynamique collective, la qualité, c'est compliqué, ça bloque les initiatives.* » Dans les deux établissements, les professionnels rencontrés concèdent que ce sont souvent les mêmes agents qui participent aux groupes de travail institutionnels relatifs à la démarche qualité. Cet écueil est, comme nous l'avons vu précédemment, l'une des limites du TQM. La perception de l'organisation de la démarche qualité est différente entre les professionnels des deux établissements du fait de la taille de ceux-ci. Dans une petite structure, les strates entre les agents sont moins

nombreuses et les relations entre les personnes plus directes. Comme le précise le responsable qualité de cet établissement : « *on s'adresse directement aux personnes concernées car l'établissement est petit, ça va plus vite et eux s'adressent directement à nous.* » Cette caractéristique facilite la fluidité de transmissions des informations et leur compréhension par tous les acteurs. Ainsi, les cadres de pôle et les cadres de proximité de l'établissement le plus petit sont capables de décrire l'organisation de la démarche qualité et d'énumérer les EPP en cours dans la structure, ce qui est moins évident pour l'encadrement de l'autre établissement. Ils sont concertés pour le choix des EPP à réaliser. Ce n'est pas le cas pour l'établissement de taille plus conséquente.

### **2.3.2 La complexité de la démarche qualité est un frein à son implantation**

Même s'ils sont convaincus de l'intérêt de la démarche qualité, celle-ci est vécue par le DS et les cadres de pôle de l'établissement comme extrêmement compliquée et dont le vocabulaire est incompréhensible. Ainsi, le DS considère que « *Le côté formaliste de la direction qualité rebute les professionnels, c'est une mécanique mentale qui ne correspond pas à tout le monde* ». Ce point de vue corrobore l'enquête de la DREES précitée : l'institutionnalisation de la démarche qualité ne semble pas nécessaire aux soignants dont la culture n'est pas axée vers ce genre de processus intellectuel dans un contexte où l'intensification des tâches et la dégradation des conditions de travail ne permettent pas d'initier des changements dans leurs pratiques. Les cadres de pôle sont en difficulté pour mettre en œuvre la démarche qualité : « *ça n'est pas lisible, on ne comprend pas le vocabulaire, on a du mal à le restituer aux équipes et on a du mal à percevoir quel est notre rôle, chacun fait comme il peut, le pilotage ne va pas, il n'y a pas de ligne claire.* » Lorsque le caractère scientifique et la rigueur de la démarche qualité sont privilégiés au détriment de son utilité et de son acceptation par les acteurs, le risque d'échec de sa mise en place est renforcé.

L'encadrement, dans son ensemble, explique qu'il a des difficultés à suivre l'avancée des différents groupes de travail relatifs à la démarche qualité et à en connaître les résultats : « *Nous n'avons pas eu de retour sur certaines EPP* ». Un cadre explique que « *le système fonctionne mal, c'est difficile de tout écrire. On préserve les soignants pour ne pas les décourager, surtout quand les travaux commencés n'aboutissent pas, c'est très dévalorisant.* » Ce manque de reconnaissance et de valorisation des travaux précédemment effectués est un des freins à l'investissement des équipes dans de nouvelles démarches. Un autre cadre considère que « *La démarche qualité est trop formatée, ce n'est pas notre culture de soignant. Décliner en format qualité une prise en*

*charge de patient n'est pas complètement possible.* » La mesure de la qualité ne fait effectivement pas partie de la culture des professionnels de santé et elle doit être adaptée aux caractéristiques de l'activité de soins : personnalisation des prises en charge et adaptation des soins au patient et au contexte. Ainsi, la démarche qualité institutionnelle n'étant pas intégrée, par défaut, les cadres de pôle organisent aux seins des services leur propre démarche qualité, sachant que les EPP initiées dans les services ne sont pas diffusées dans l'établissement contrairement aux EPP institutionnelles. Le DS, les cadres de pôle et les cadres de proximité de cette structure estiment que le vocabulaire lié à la démarche qualité est très obscur et incompréhensible pour les équipes, notamment pour les AS et les ASH. Ils n'emploient donc jamais le terme « EPP » même s'ils en organisent dans leurs unités respectives. Ces cadres n'adhèrent pas à la rigidité du système qualité.

### **2.3.3 La multiplication des travaux et le défaut de communication font obstacle à la pérennisation de la démarche**

Dans les deux CH, les DS comme l'encadrement déplorent la multiplicité des documents dans les services de soins : « *On est inondé de nombreux documents, les agents ne peuvent pas tout s'approprier.* » Il existe encore peu d'EPP pluriprofessionnelles, les EPP sont soit médicales soit soignantes. Dans aucun établissement, les EPP regroupent des professionnels n'appartenant pas aux services de soins. La communication autour de l'EPP semble insuffisante pour chaque catégorie de professionnels rencontrés. Un des cadres de proximité estime que « *il n'y a pas suffisamment de communication de la part de la direction, le sens de la démarche est insuffisamment donné aux agents, ça ne repose que sur nous.* » On retrouve dans ce discours, la notion d'incompréhension des finalités du travail demandé qui représente un obstacle à l'engagement des professionnels dans la démarche qualité. Un responsable qualité confirme ce point de vue « *depuis peu, un bulletin d'informations est remis aux agents mais il faut qu'on aille au-devant des agents, il faut qu'on détermine un plan de communication, aujourd'hui tout repose exclusivement sur les cadres.* »

Il est à noter qu'aucun professionnel rencontré ne cite la CME comme organe responsable de la qualité et de la sécurité des soins. La principale mission affectée à la CME par la loi HPST ne se développe pas encore de façon effective dans les établissements de santé. Le directeur qualité de l'établissement le plus grand précise que « *la communication autour de l'EPP est difficile à réaliser en CME car certains médecins estiment que c'est trop long.* » La CME, la CSIRMT et la CRUQPEC sont simplement mentionnées comme des instances où sont présentées les démarches d'EPP. Il n'existe

pas de temps d'échanges entre ces instances concernant la démarche qualité. Les responsables qualité travaillent en collaboration avec le CLIN, le CLUD, le CLAN. Il est à souligner que certaines démarches EPP sont proposées par la CSIRMT. Ces démarches sont parfois redondantes avec les sujets proposés par la cellule qualité. Le DS est conscient de cet écueil mais maintient sa position à cause de l'incompréhension du langage utilisé par cette cellule, ne permettant pas l'appropriation par les soignants du travail demandé.

## **2.4 Différents outils sont utilisés par les professionnels pour l'élaboration et le suivi des EPP**

### **2.4.1 L'audit interne est l'outil majoritairement utilisé**

L'outil le plus fréquemment utilisé est l'audit. Dans les deux établissements, les audits sont organisés par la cellule qualité et réalisés avec des cadres de proximité et des soignants. La structure de petite taille a formé des AS et des ASH à la réalisation des audits. Cette mission est considérée comme très intéressante et valorisante par ces agents. Les EPP donnent, le plus souvent, lieu à la création ou à la modification d'un protocole de soins. Le suivi des EPP n'est pas encore systématiquement réalisé à l'aide d'indicateurs mais les deux établissements souhaitent tendre vers cet objectif. Quand les indicateurs font défaut, la cellule qualité les élabore. Lorsque des indicateurs sont produits, un cadre de proximité explique qu'ils ne sont pas toujours exploitables : « ...parfois ils sont obscurs, si moi je ne comprends pas, d'autres ne comprendront pas. » L'absence de concertation des acteurs les plus concernés est un facteur d'échec de la démarche. Tous les acteurs interviewés constatent que dans la démarche qualité, le plus difficile à réaliser est le suivi des actions mises en place.

### **2.4.2 L'accès à des documents fiables est perfectible**

La veille documentaire reste dans les deux structures un élément à améliorer. Les cellules qualité sont responsables de son suivi, les DS n'interviennent pas du tout dans ce champs. Dans l'une des structures, les documents sont sous forme papier, « *L'intranet fonctionne mal : c'est une difficulté* » et chaque professionnel concède que les classeurs ne sont pas à jour. Dans l'autre structure, les documents sont accessibles via l'intranet mais les professionnels rencontrés déplorent la difficulté et le temps perdu à rechercher le

document dont ils ont besoin. Ainsi, dans les deux établissements, la tenue des documents de travail est très insatisfaisante. Lors de la diffusion d'un nouveau protocole dans l'établissement le plus petit, le cadre doit faire émarger chaque soignant qui prend connaissance du document. Les cadres interrogés expriment des doutes par rapport à cette pratique. Ils expliquent qu'en aucun cas, cette signature témoigne de l'appropriation par les agents du nouveau protocole. En plus de l'émargement, les cadres de proximité affichent le document et certains d'entre-eux le présentent aux équipes et en discutent. Ils constatent tous qu'ils leur manque du temps pour accomplir cette activité même s'ils la considèrent tous comme indispensable. La bonne tenue et la diffusion efficace des documents nécessitent des moyens matériels adéquats et une bonne coordination entre le DS, le responsable qualité et l'encadrement soignant.

## **2.5 L'appropriation des nouveaux protocoles par les équipes n'est pratiquement pas contrôlée par les cadres de santé**

### **2.5.1 La mission de contrôle de l'encadrement n'est pas formalisée**

Un seul cadre de proximité rencontré a mis au point une stratégie de contrôle des bonnes pratiques dans l'unité de soins dont il est responsable, « *C'est la présence du cadre qui permet aux équipes de s'approprier les nouvelles pratiques.* » En cas de difficultés, il fait lui-même appel aux personnes ressources qui peuvent l'aider dans sa mission : diététicienne, infirmière hygiéniste... Les autres cadres de santé effectuent des réajustements en cas de dysfonctionnement ou de problème au coup par coup. Les cadres de santé de la structure la plus petite imputent ce déficit de contrôle au manque de temps : « *On a beaucoup de réunions, on est sur tous les fronts, on n'est plus assez proches des équipes à mon goût... On manque de temps pour être moteur du changement et l'accompagner alors que c'est une activité gratifiante.* », « *En proximité je pourrais faire mieux, il faut occuper le terrain pour évaluer les choses, il faut que les gens soient bien pour bosser* ». On mesure ici que l'accompagnement des équipes par la hiérarchie dans la démarche qualité est un facteur essentiel à l'appropriation des bonnes pratiques par les agents. Sans une forte implication des cadres soutenue par un accompagnement attentif du DS, la démarche d'amélioration continue de la qualité des soins ne peut vivre et se pérenniser. De plus, il est parfois nécessaire de re-centrer l'activité du cadre sur le cœur de métier. Ils ajoutent que l'énorme fossé entre les exigences qualité et les conditions de travail (locaux inadaptés, défaut en moyens humains et matériels) ne facilite pas l'investissement des équipes dans la démarche qualité : « *en tant que cadre, il est très difficile de faire accepter cette contradiction aux*

*équipes. » Ardoino, 1970 a écrit « Alors que dans l'administration comme dans les entreprises, les cadres passent leur temps à se plaindre des contradictions qui les empêchent de faire leur métier, ils sont, sans toujours bien le savoir, essentiellement payés pour assumer et articuler, par leur créativité, des contradictions inévitables ».*

Les cadres de pôles n'exigent pas non plus de leurs cadres une restitution de bilan de la démarche qualité. D'ailleurs, l'existence ou non de réunions d'équipe ainsi que les thèmes de ces temps d'échanges sont laissés à l'appréciation des cadres de proximité. En fait, les contrôles reposent quasiment exclusivement sur les deux ou trois audits institutionnels conduits chaque année. Les cadres de proximité constatent tous que lorsque l'EPP est initiée par le service, l'appropriation par les équipes est effective, ce qui n'est pas le cas pour les EPP institutionnelles, l'un d'entre-eux affirme que *« quand c'est imposé, neuf fois sur dix, ça ne marche pas. »* On mesure par cette affirmation qu'il est indispensable que les professionnels se sentent acteurs de la démarche pour y adhérer pleinement.

## **2.5.2 Des avis divergents concernant la culture qualité**

Les professionnels interviewés ont des avis mitigés par rapport à la notion de culture qualité. Un cadre pense que *« on ne peut pas dire qu'il y ait une culture qualité car la démarche est seulement ancrée sur les personnes volontaires. »*, un autre précise que *« la culture qualité est en place mais il faut la faire vivre et mieux la structurer. »* Pour un responsable qualité, *« la culture qualité tend à se développer mais n'est pas encore acquise »*, pour l'autre *« il existe une culture qualité dans l'établissement car on tient compte du principe d'évaluation. »* Il est probable que les personnes rencontrées ne donnent pas toutes la même signification au terme « culture qualité ». Au vu de la définition retenue dans cet écrit, on ne peut pas affirmer qu'une culture qualité soit réellement implantée dans les établissements visités.

## **2.6 Le territoire de santé reste une possibilité à exploiter pour la démarche qualité**

En ce qui concerne l'établissement le plus grand, les échanges au niveau du territoire sont pauvres. Un des DS rencontré admet que les DS du territoire sont en partie responsables de cette situation. L'autre établissement a conclu une convention de CHT avec quatre autres CH. Au sein de cette CHT, les DS organisent des réunions qui peuvent avoir pour thème l'EPP. Ces moments donnent la possibilité aux professionnels

d'échanger sur les méthodes, de prendre connaissance des différents protocoles existant dans les structures et d'alimenter la réflexion autour de l'EPP. Ces temps d'échanges, ces partages d'expériences peuvent représenter effectivement une aide indéniable à la conduite de la démarche qualité. Quant aux responsables qualité de la région, ils sont conviés cette année pour la première fois à l'ARS pour échanger entre-eux sur leurs missions.

## **2.7 L'analyse des entretiens confirme les hypothèses avancées**

L'hypothèse selon laquelle le caractère descendant de la démarche ne permet pas aux soignants de s'approprier la démarche qualité est validée. Ce constat est moins prégnant dans l'établissement le plus petit du fait justement de sa taille qui facilite la transmission de l'information et les échanges entre les différentes catégories de professionnels. Par contre, dans l'autre établissement, plus représentatif des CH ayant une activité de MCO du territoire français par sa taille, la structure pyramidale de la démarche qualité représente un obstacle à l'appropriation de cette démarche par les professionnels de santé. L'absence d'adhésion des soignants à la démarche institutionnelle les incite à réaliser des EPP au sein de leurs unités sans aucune diffusion en dehors du pôle voire de l'unité. En outre, malgré la formation d'un certain nombre de médecins et de professionnels paramédicaux, le vocabulaire et le processus d'EPP restent obscurs pour le plus grand nombre. De plus, il semble qu'un défaut de gradation entre les thèmes traités entraîne une confusion entre les sujets à caractère prioritaire et ceux à caractère secondaire.

L'hypothèse selon laquelle l'encadrement paramédical est insuffisamment engagé dans la démarche qualité est partiellement validée. Dans l'établissement le plus petit, les cadres sont concertés pour le choix des EPP et très sollicités de façon générale par l'institution. Paradoxalement, cet engagement institutionnel intense et permanent n'est pas complètement satisfaisant pour cette démarche car il ne les autorise pas à s'investir suffisamment dans leur cœur de métier au sein des unités de soins. Dans l'autre structure, l'encadrement n'est pas concerté pour la démarche qualité, le DS et l'encadrement soignant n'adhèrent pas à la politique qualité parce qu'ils ne la comprennent pas. Dans les deux CH, l'appropriation des nouveaux protocoles et le contrôle de l'exécution des bonnes pratiques ne sont pas stratégiquement prévus. Globalement, l'encadrement est peu accompagné pour l'initiation et le suivi des EPP. Les difficultés d'accès aux documents et la mise à jour aléatoire de la bibliothèque

professionnelle est un frein à l'investissement des cadres et des soignants dans la démarche.

L'hypothèse selon laquelle un manque de coordination de la démarche qualité entraîne une multiplication des travaux de groupe et un défaut de valorisation des productions est validée. En effet, les DS et les responsables qualité ne travaillent pas en équipe pour élaborer, mettre en œuvre et suivre la politique qualité. Les soignants perçoivent les dysfonctionnements et les répercussions de cette absence de concertation sont délétères pour l'investissement des professionnels dans la démarche. Le défaut de communication autour de la démarche qualité est responsable d'une incompréhension du sens de la démarche par les soignants, d'un manque de lisibilité sur les résultats des travaux engagés et sur leur utilisation. Par ailleurs, la démarche de certification n'est pas anticipée d'une visite à l'autre. Elle est préparée environ 12 mois avant le passage des experts-visiteurs. Cette organisation provoque une très lourde de charge de travail qui décourage et démotive les professionnels surtout si les résultats de la visite sont décevants.

L'analyse des entretiens fait donc apparaître :

- Une démarche qualité institutionnelle peu investie par les soignants
- Un défaut de coordination entre le DS et le directeur qualité ainsi qu'une absence de travail en commun avec le président de CME
- Une organisation très pyramidale et jugée complexe de la démarche qualité
- Une charge de travail lourde au regard de la démarche qualité avec une multiplicité et une redondance des travaux
- Un accès à la veille documentaire et une communication autour de la démarche qualité défaillants
- Un défaut de contrôle de l'appropriation des nouvelles pratiques par l'encadrement

Les éléments issus de la littérature, l'analyse des entretiens et notre expérience professionnelle servent de base aux préconisations développées dans la dernière partie de cet écrit.



### **3 Un management participatif pour la démarche qualité**

#### **3.1 Un état des lieux et une connaissance minimale des acteurs de l'établissement : les prémisses à tout projet**

##### **3.1.1 Comprendre la stratégie relative à la démarche qualité**

Avant toute chose, le DS doit s'enquérir de la stratégie choisie en terme d'amélioration continue de la qualité des soins et des actions relatives à la démarche qualité menées dans l'établissement. Il apprécie le degré de motivation du chef d'établissement et de l'équipe de direction par rapport à la qualité ainsi que la façon dont est appréhendée et ressentie la certification par ces acteurs. Il prend connaissance des résultats de l'évaluation externe et des performances relatives aux indicateurs réglementaires : IPAQSS et lutte contre les infections nosocomiales. Il rencontre les personnes dirigeant la politique qualité et se fait expliquer l'organisation définie et le rôle de chacun des acteurs à tous les niveaux. Il étudie la stratégie de communication autour de la démarche qualité mise en place dans la structure. Il s'entretient avec le directeur ou le responsable qualité de la structure et le président de CME afin de mesurer les interactions entre ces deux acteurs institutionnels par rapport à la démarche. Il détermine le rôle joué dans la démarche par les différents organes institutionnels : CME, CSIRMT, CRUCPEC, CLIN, CLAN, CLUD...Il s'informe des résultats des actions conduites, des difficultés rencontrées pour cette démarche, de l'existence ou de l'absence de personnes ressources. Il répertorie les EPP réalisées et en cours, l'existence ou non d'indicateurs de suivi, le thème de ces EPP et l'adéquation des choix effectués par rapport aux résultats des indicateurs réglementaires et des résultats de la certification. Il évalue le caractère pluridisciplinaire des EPP existantes, intégrant le corps médical, le corps soignant et éventuellement des personnels n'appartenant pas aux services de soins. Le DS doit également lire, s'ils existent, les contrats de pôle et particulièrement le volet qualité de ces contrats pour mesurer les responsabilités dévolues aux pôles et la part d'initiatives et d'autonomie qui leur est octroyée. Il répertorie, avec l'aide du directeur des ressources humaines, le nombre, la qualité et l'affectation des personnels formés à l'EPP ou à toute autre outil en lien avec la démarche qualité. Enfin, il porte son attention sur l'organisation et la tenue de la veille documentaire ainsi que sur sa facilité d'accès pour les personnels des services de soins.

### **3.1.2 Evaluer l'investissement des équipes soignantes par rapport à la démarche qualité**

La seule façon de mesurer l'implication des professionnels des services de soins dans un projet est de les rencontrer et de se rendre dans les services de soins. Le DS rencontre en premier lieu les cadres de pôle qui sont en mesure de rendre compte de ce qu'il se passe sur le terrain et d'apporter des éléments permettant au DS de mieux s'imprégner de l'histoire de l'établissement et d'être ainsi plus à même de prendre les décisions les mieux adaptées. Il organise de même des réunions avec les cadres de proximité. Il doit mesurer l'imprégnation de la démarche qualité au quotidien dans les services de soins ainsi que l'adhésion et l'investissement des équipes médicales et soignantes dans la politique qualité et par rapport à la certification. A cette occasion, il repère d'éventuelles disparités entre les pôles et/ou entre les services au sein des pôles. Il s'informe des éventuelles EPP initiées dans les services et inconnues de l'équipe de direction. Le DS se montre à l'écoute des personnels des services de soins afin de leur permettre d'exprimer leur ressenti, leurs difficultés et leurs propositions par rapport à la démarche qualité. Au terme de ces temps d'échanges, il réalise une synthèse des entretiens réalisés et partage son analyse de la situation avec le chef d'établissement, le responsable qualité et le président de CME. Ceci, afin de réajuster la stratégie relative à la démarche qualité si cela s'avère nécessaire.

## **3.2 La démarche qualité : un indispensable travail d'équipe des managers**

### **3.2.1 Les acteurs impliqués dans la stratégie**

L'implication effective et totale de l'équipe de direction est inhérente au développement de la qualité. La qualité intervient dans chaque situation de travail et, dans un établissement de santé, le nombre d'intervenants concourant aux soins dispensés aux patients est conséquent. Ce constat signifie que les interactions entre les professionnels sont nombreuses et diversifiées et les situations de travail complexes. Ainsi, on ne peut envisager que les dirigeants de la structure travaillent chacun de leur côté et agissent de façon parallèle sans eux-mêmes interagir. Les dysfonctionnements d'une équipe dirigeante retombent en cascades sur les agents et sont extrêmement délétères pour la confiance que les personnels accordent à la direction. Si une réflexion commune autour de la qualité est absente entre les membres de l'équipe de direction et avec le président

de CME, le DS doit s'évertuer à l'initier et à la maintenir. Ce postulat évite la multiplicité et la redondance des groupes de travail, favorise le suivi et la diffusion des travaux réalisés, facilite la communication autour de la démarche et encourage la réalisation d'EPP pluriprofessionnelles.

### **3.2.2 L'articulation du projet médical, du projet de soins et du projet qualité**

Comme pour la démarche qualité, l'élaboration du projet médical, du projet de soins et du projet qualité fait appel au travail d'équipe entre le président de CME, le DS et le directeur qualité afin d'assurer la cohérence entre ces projets. Il s'agit également d'articuler le projet de soins avec les projets de pôles et les contrats de pôles. La construction de ces documents est structurée par les résultats des indicateurs réglementaires, ceux de la certification et le diagnostic qualité issu des services de soins. Le manuel de certification reprend un grand nombre de thématiques primordiales dans la prise en charge du patient. Ce constat n'interdit pas qu'un sujet ne figurant pas dans le manuel soit traité par ces différents projets. Le contexte et l'environnement de l'établissement restent des éléments dont il faut tenir compte.

Même si le président de CME, le DS et le directeur qualité pilotent la démarche qualité, il est primordial que le chef d'établissement et les autres membres de l'équipe de direction soient investis et acteurs de la démarche. Chacun, dans son domaine d'activité, inclut les principes de la démarche qualité dans son management. Plus l'implication des dirigeants est forte et effective, plus les personnels perçoivent cette volonté et adhèrent à cette façon de travailler. En effet, une logique managériale axée sur la qualité à tous les niveaux, évite l'improvisation et limite les dysfonctionnements entre les services support et les services de soins. Les agents doivent connaître et comprendre les conséquences des succès et des échecs. La culture du questionnement, inhérente à la démarche qualité favorisée à tous les niveaux, permet d'obtenir les causes racine des problèmes et des dysfonctionnements. De surcroît, la culture de l'esprit d'équipe permet de privilégier le consensus et mobilise les énergies au service de la qualité. A terme, une démarche managériale cohérente apporte un sens commun aux acteurs, une compréhension commune des organisations et facilite la communication entre les différents protagonistes d'un établissement de santé. Elle permet, en outre, l'initiation d'EPP réunissant les professionnels administratifs, techniques et soignants. En fait, le projet qualité est une entité transversale du projet d'établissement. Chaque thématique du projet d'établissement inclut la démarche qualité.

### 3.2.3 La stratégie relative à la démarche qualité

La loi HPST a confié l'amélioration continue de la qualité des soins à la CME. Elle a également prévu que la CSIRMT et que la CRUQPEC soient investies de cette question. Il semble alors opportun que ces organes travaillent ensemble. Ainsi, il est possible de créer au sein de la CSIRMT une sous-commission qualité se réunissant systématiquement avec la sous-commission qualité de la CME. Ce comité intègre également la direction de la qualité, les coordonnateurs Qualité/Gestion des Risques et des représentants de la CRUQPEC. Et, selon les sujets abordés, des représentants du CLIN, du CLUD, du CLAN... sont invités ainsi que toute personne qualifiée pour le thème traité. Les membres de la direction qualité sont en outre les experts techniques de la démarche qualité et tout au long du processus, ils suivent l'avancée des travaux et apportent un soutien méthodologique aux groupes de travail qui seront constitués. Le DS s'assure que ces collaborateurs sont en capacité d'adapter leur vocabulaire et leurs méthodes aux équipes médicales et soignantes. Ce comité se réunit régulièrement, à priori au minimum tous les deux mois. Bien entendu, un ordre du jour est envoyé à chacun au moins 15 jours à l'avance. Chaque réunion est suivie par l'envoi dans les 8 jours d'un compte-rendu. Le secrétariat est assuré en alternance par le DS, le directeur qualité et le président de CME. L'organisation rigoureuse de cette transmission d'informations vaut d'ailleurs pour n'importe quelle réunion. En effet, cette rigueur témoigne du respect de l'autre et des engagements pris et conforte la crédibilité des personnes assurant le pilotage du comité relatif à la qualité.

Quel que soit le niveau de qualité atteint par l'établissement, le premier élément à assurer est la performance optimale pour les indicateurs réglementaires. En effet, ces indicateurs sont fondamentaux en terme de prise en charge des patients et leur publication impacte potentiellement l'attractivité de l'établissement pour les patients comme pour les personnels. Puis, il s'agit de reprendre le dernier rapport de certification et de prioriser parmi les résultats insatisfaisants, les thèmes à aborder tout en tenant compte des travaux institutionnels ou émanant des services en cours. Le fait d'intégrer les items de la certification dans la stratégie de fond de la démarche qualité au lieu de s'y intéresser de façon ponctuelle, évite les écueils que nous avons observés : l'épuisement, la désimplication des équipes médicales et soignantes et la perte de sens de la démarche. Il semble également intéressant de s'appuyer sur les résultats des questionnaires de satisfaction des patients pour alimenter la démarche. Utiliser le recueil des attentes et des points de vue des usagers peut être un levier efficace pour provoquer le mouvement.

Le nombre de sujets ne doit pas être trop ambitieux afin de ne pas imposer aux professionnels une charge de travail trop lourde qui mène inéluctablement au

découragement et à la démotivation. Le choix des sujets prend en compte leur caractère primordial dans la prise en charge des patients, l'analyse de la situation réalisée précédemment ainsi que l'état des lieux effectué par les CS qui sera décrit ultérieurement. Le comité définit les actions à mettre en place. Selon les cas, il peut s'agir d'actions ponctuelles menées de façon transversale, d'actions de formation interne ou externe ou encore de l'organisation de groupes de travail. Dans cette dernière hypothèse, pour chaque thème, un animateur est désigné au sein du comité ou par délégation d'un membre du comité selon sa compétence par rapport au sujet ou l'intérêt qu'il suscite notamment pour les représentants de la CRUQPEC. Le DS, le directeur qualité et le président de CME restent à la disposition des animateurs pour les guider et leur apporter leur aide en cas de difficultés. Sont discutés, à minima, la méthodologie employée par les animateurs : les outils utilisés et l'organisation de l'état des lieux, le rythme des réunions des groupes de travail, les moyens matériels alloués...A chaque réunion du comité, les animateurs proposent une synthèse de l'avancée des travaux, font part des difficultés et des facilités rencontrées ainsi que des besoins des groupes de travail. Une réflexion commune permet de déterminer la qualification des membres du groupe de travail qui se pencheront sur le sujet en ayant le souci de la pluridisciplinarité des professionnels engagés. Dans tous les cas, une note d'information est rédigée et signée par le DS, le responsable qualité et le président de CME pour l'appel à candidature visant les actions entreprises et la formation des groupes de travail. Ces informations sont relayées par le DS au cours des réunions avec les cadres de pôles afin d'intégrer les groupes de travail déjà existants et d'harmoniser les groupes de travail avec les affectations de chacun.

### **3.2.3 Le suivi des travaux réalisés**

La direction qualité semble le service le plus qualifié pour organiser la veille documentaire. En effet, la qualité concerne aussi les services administratifs, techniques et logistiques. Les documents relatifs à la qualité doivent être regroupés et non dispersés selon le type de service. Aujourd'hui, le plus souvent, la direction qualité dispose d'un logiciel qui lui permet de classer les documents et d'installer des alertes. Ainsi, à partir d'un laps de temps préalablement déterminé, une alerte prévient qu'un document nécessite d'être réévaluer. La direction qualité se met alors en contact avec le concepteur du document afin que celui-ci organise, à l'aide des indicateurs qui auront été élaborés, un audit ou toute autre méthode d'évaluation permettant de mesurer le respect des pratiques indiquées par le document. Bien entendu, la direction qualité apporte son expertise technique pour la réalisation des audits. En même temps que la direction qualité interpelle le concepteur, elle alerte également le responsable du service auquel il

appartient. Ainsi, si le document concerne le service de soins, le DS, prévenu, peut suivre et apporter son soutien au travail de contrôle à effectuer.

Par ailleurs, le DS, les membres de l'équipe de direction et le président de CME se montrent attentifs à l'actualité qui les concerne afin de tenir à jour la veille documentaire et d'en extraire les documents obsolètes. La tenue à jour de la veille documentaire est essentielle pour un exercice optimal au quotidien des personnels et pour la crédibilité de la direction.

### **3.3 Le management de l'encadrement par rapport à la démarche qualité**

Le DS doit s'assurer que les cadres de pôles et les cadres de proximité aient compris le sens de la démarche et adhèrent à ce projet car seul un investissement réel de l'encadrement est gage de réussite de tout projet.

#### **3.3.1 La concertation et la collaboration avec l'encadrement**

Les rencontres réalisées dans les services de soins ainsi que les réunions programmées entre le DS et l'encadrement constituent la base de la concertation entre ces acteurs. Le DS travaille en toute transparence avec l'encadrement et signifie clairement à l'encadrement qu'il s'appuie sur lui pour orienter ces choix. Chaque semaine, le DS prévoit un temps d'échanges avec les cadres de pôles. Il fait part aux cadres de pôle de sa volonté de les intégrer et d'associer l'encadrement de proximité dans les choix stratégiques. Ainsi, pour le sujet qui nous concerne, les cadres de pôle sont informés des propositions du comité pré-cité. Ces moments permettent au DS de recueillir les idées et l'avis de l'encadrement sur la stratégie relative à la démarche qualité. Ceci implique qu'un compte-rendu concernant les discussions autour de la démarche qualité est organisé par les cadres de pôle auprès des cadres de proximité et que les remarques et les réflexions des CS soient retransmises au DS. En effet, les CS par leur proximité avec les équipes médicales et soignantes sont les plus à même de transmettre la façon dont est perçue la démarche qualité proposée par le comité. Ces informations sont capitales pour la réussite d'un projet et peuvent aboutir à des réajustements de la démarche et/ou des actions de communication. Ainsi, les personnels des unités de soins participent à l'élaboration de la démarche car leurs attentes et leurs besoins sont pris en compte. Cette participation au projet permet aux professionnels de mieux se l'approprier et favorise l'ancrage de leur

adhésion. De plus, les cadres de pôle et les cadres de proximité connaissent les compétences et les centres d'intérêt des professionnels avec lesquels ils travaillent. Ils peuvent ainsi orienter les choix des agents pour les groupes de travail relatifs à la démarche qualité.

Des réunions entre le DS et l'encadrement de proximité sont également à formaliser tous les deux mois. Ce contact direct est essentiel au sentiment de reconnaissance des CS par le DS qui représente la direction de l'établissement. Ces rencontres ne doivent pas se limiter au passage d'informations descendant. L'ordre du jour doit permettre aux CS de s'exprimer et d'échanger sur les projets en cours dans leurs unités de soins, sur les projets institutionnels, sur les difficultés qu'ils rencontrent... Ces moments peuvent également concourir à faire naître un sentiment de confiance entre les CS et le DS et à créer ou renforcer un sentiment d'appartenance au groupe cadres et à l'établissement.

### **3.3.2 La contractualisation des objectifs qualité**

Même si la démarche qualité s'inscrit dans un cadre clairement défini, elle doit encourager les initiatives. Parallèlement à la démarche institutionnelle, le DS demande à chaque cadre d'unité de soins de réaliser un état des lieux en se référant au manuel de certification et au projet de soin. Le CS a tout intérêt à s'appuyer sur les équipes médicales et soignantes pour effectuer cette évaluation. L'idéal étant que le CS soit chargé de cette tâche en collaboration avec le responsable de structure interne. Le CS dégage ainsi les forces et les faiblesses propres à son lieu d'exercice et propose une priorisation des éléments. Cet audit est restitué au responsable de structure interne et au trio de pôle. Et, à partir de cette description, des objectifs sont négociés avec la direction. Ce travail constitue le volet qualité du contrat de pôle mais peut être réalisé en l'absence de contrat de pôle. Il s'agit ensuite de faire coïncider ces éléments avec les propositions émanant du comité en charge de la qualité. Cette négociation entre l'instance de pilotage et les pôles est indispensable à une construction solide de la démarche. Les unités présentant des thèmes similaires sont amenées à travailler ensemble. Cette stratégie vise à la fois l'absence de redondance des groupes de travail et favorise l'investissement des professionnels car la réflexion est initiée par le service.

### **3.3.3 L'évaluation du respect des bonnes pratiques**

Le contrôle du respect des bonnes pratiques est une des missions du CS tandis que le DS est responsable de l'élaboration de la politique de soins et de son évaluation.

De ce fait, le DS doit s'assurer que les pratiques de soins sont conformes aux bonnes pratiques dans l'établissement où il exerce.

En premier lieu, il paraît essentiel que les cadres de pôle réunissent une fois par semaine l'ensemble de l'encadrement de proximité du pôle. Les CS doivent être régulièrement informés des projets institutionnels, des projets de pôles, ils doivent pouvoir formuler leurs idées, leur avis, leurs remarques et leurs difficultés sur tous les sujets les impliquant dont la démarche qualité. Ces rencontres permettent également d'élaborer au sein du pôle, ou de façon inter-polaire, une stratégie de contrôle du respect des bonnes pratiques, de réfléchir collectivement aux causes des dysfonctionnements potentiels et à la façon d'y remédier. Et, si le problème est récurrent et/ou concernent plusieurs services, le DS doit en être informé pour apporter une réponse institutionnelle.

En deuxième lieu, il paraît tout aussi essentiel que les cadres de proximité réunissent les équipes soignantes au moins une fois tous les deux mois. Ces rencontres donnent l'occasion d'aborder les sujets institutionnels, les projets de pôle, les projets de service, l'organisation du travail, l'organisation de l'encadrement des étudiants, la dimension éthique du soin et tout ce qui concerne la démarche qualité. Les équipes soignantes ont besoin de ces temps d'échanges et de réflexion. Outre le dynamisme qu'ils apportent, ces temps autorisent l'information et l'expression des professionnels. En effet, le personnel est la ressource la plus importante de l'établissement de santé. Celui-ci doit lui permettre de se former, de se réaliser, d'évoluer, de participer aux décisions, de comprendre pourquoi elles sont prises. Ainsi, ces réunions permettent aux agents de progresser tant dans l'organisation du travail que dans l'acquisition de nouvelles compétences et les encouragent à s'investir dans l'amélioration continue de la qualité des soins au sein de l'unité comme au niveau institutionnel.

Concernant l'appropriation des travaux et des EPP institutionnelles par les équipes de soins, le CS peut agir de plusieurs manières. A l'arrivée de chaque nouvel agent, le CS prépare un dossier qui regroupe l'essentiel des projets institutionnels, les projets de pôle et les projets de l'unité d'affectation. Il prend soin d'expliquer au nouvel arrivé, la façon d'accéder à tous les documents dont il aura besoin. De manière plus générale, l'annonce d'un nouveau protocole, par exemple, notée à la vue de tous sur un support spécialement dédié à l'information concernant les soins constitue la première étape. Les soignants savent bien entendu où se trouve précisément le protocole : sur support informatique et/ou rangé dans un classeur correspondant au type de protocole. Puis, le cadre de proximité lors des réunions d'équipe et/ou au moment des transmissions orales étudie avec les agents le contenu du protocole, répond aux questions et aux remarques des soignants. Il est le plus souvent amené à organiser ces rencontres à plusieurs reprises

afin que le plus grand nombre de soignants puissent en bénéficier. Ensuite, l'observation régulière du travail de l'équipe soignante, la lecture des dossiers de soins, éventuellement la réalisation d'audit, lui permettent de mesurer l'appropriation par les personnels du nouveau protocole.

### **3.4 La communication autour de la qualité**

#### **3.4.1 Informer le plus grand nombre de la démarche**

La communication est un véritable enjeu pour la réussite de tout projet. Le DS, le directeur qualité et le président de CME rencontrent le trio de pôle pour présenter le projet relatif à la démarche qualité et tiennent compte des remarques qui leur sont faites. De la même façon, le DS, le directeur qualité et le président de la CME représentent les personnes ressource pour l'écriture du volet qualité du contrat de pôle.

Afin de présenter la démarche qualité à l'ensemble du personnel de l'établissement, plusieurs moyens d'actions sont possibles. Ce projet peut être présenté lors d'une assemblée spécialement dédiée à ce thème, l'idéal étant que le chef d'établissement participe à cette présentation pour bien montrer l'engagement de la direction dans la démarche. Selon la taille de la structure, il peut être pertinent de réitérer plusieurs fois cette présentation afin qu'un maximum de personnes puissent en bénéficier. Une réunion annuelle de ce type ne semble pas superflue pour partager l'évolution de la démarche avec l'ensemble des agents.

La plupart des établissements sont aujourd'hui équipés de l'intranet. Il semble intéressant de créer un site spécifiquement dédié à la démarche qualité qui soit simple d'accès. Ce site reprend le projet institutionnel relatif à la qualité, la liste et le thème des groupes de travail en cours, les actions ponctuelles réalisées, les EPP réalisées et tout autre document traitant de la qualité. Enfin, le bulletin d'informations qu'un grand nombre d'établissements publie tous les trimestres reste un support intéressant pour communiquer sur la démarche qualité. Que ce soit lors de la présentation orale ou par le biais des supports écrits, il semble déterminant d'encourager les équipes médicales et soignantes à présenter les travaux qu'ils ont réalisés ou qui sont en cours de construction. D'ailleurs, le DS et le président de CME en cas d'EPP pluriprofessionnelles, peuvent inciter et apporter leur aide pour publier des travaux dans les revues professionnelles. Au niveau régional, il peut être intéressant de valoriser les productions réalisées par l'organisation de journées dédiées à la qualité réunissant plusieurs établissements.

Les réunions entre le DS et l'encadrement, entre les cadres de pôles et les cadres de proximité ainsi que celles regroupant les cadres de proximité et les personnels des services de soins participent activement à la communication autour de la démarche qualité.

### **3.4.2 La diffusion des travaux réalisés**

Les travaux et les EPP réalisés sont validés par le comité en charge de la qualité. Le format qualité, s'il a le mérite d'harmoniser les documents, n'est parfois pas toujours adapté au contenu du travail effectué (protocoles, procédures, recommandations...) Dès lors, il semble recommandé que la direction qualité, responsable de la diffusion du document, conçoive le format du document avec les personnes l'ayant construit. Cette attention peut éviter que le contenu devienne incompréhensible et inutilisable pour ceux qui doivent l'appliquer.

Une fois les travaux et l'EPP mis en forme, il reste à la diffuser aux services concernés. A priori, grâce aux différents moyens de communication décrits précédemment, les professionnels en ont au moins entendu parler. Le DS, le directeur qualité et le président de CME rédigent une note d'informations aux services concernés par la diffusion pour annoncer l'arrivée du nouveau document. En parallèle, chacun de son côté, le DS et le président de CME présentent le document lors de leurs commissions respectives. De plus, le DS transmet l'information lors des rencontres avec l'encadrement.

### **3.5 La formation relative à la qualité**

Le DS concourt, en partenariat avec le directeur des ressources humaines à l'élaboration du plan de formation. Pour ce qui concerne la qualité, le DS, le directeur qualité et le président de CME travaillent en concertation afin de proposer des actions de formation adaptées aux besoins des agents pour qu'ils puissent s'investir activement et pleinement dans la démarche qualité. Les propositions de formation seront présentées aux personnels lors de l'entretien annuel de formation réalisé par l'encadrement de proximité. Il sera stipulé que la personne bénéficiant de l'action de formation réinvestira ses acquis au sein de l'établissement. Le DS contribue ainsi à la gestion du développement des compétences des professionnels paramédicaux. Les agents ont la possibilité de choisir entre différents types de formation selon leur sensibilité au sujet et selon leur projet professionnel. L'acquisition de ce type de compétences est valorisant pour les agents et participe à leur bien-être au travail. A terme, il peut être envisagé

d'apporter de façon systématique une formation relative à la qualité à chaque nouvel arrivant dans l'établissement de santé. Outre l'accès dans le temps à une culture qualité, cette volonté établit la distinction que la structure accorde à la qualité et peut renforcer l'attractivité du CH. Ces sessions de formation sont également ouvertes aux représentants des usagers qui souhaitent participer à la politique qualité de l'établissement. Il s'agit pour eux aussi d'avoir les moyens de s'inscrire pleinement dans la démarche.

### **3.5.1 Former les agents à l'EPP**

Les actions de formation continue ayant attrait à la démarche qualité entrent dans le cadre du DPC. Selon le contexte, il peut être nécessaire de former des personnels à l'EPP. Cette thématique ayant un caractère pluriprofessionnel, il paraît pertinent de proposer une formation qui regroupe toutes les catégories professionnelles de l'établissement. Cet enseignement commun permet aux acteurs de développer un langage commun autour de la qualité et de partager une méthodologie commune. Ce type de formation est un des éléments de base de l'émergence d'une culture qualité.

### **3.5.2 Former les agents à la conduite de réunion**

Animer une réunion ne va pas de soi, d'autant plus si elle regroupe des agents avec des identités professionnelles différentes. Former des agents aux techniques d'animation, permet l'acquisition de compétences nouvelles pour ces agents et évite que ce soit toujours les mêmes personnes qui assurent ce genre d'activité. Cette formation ne sera pas réservée aux personnes exerçant des fonctions d'encadrement. De plus, dans ce genre de réunion où la créativité est prépondérante, il est préférable que l'animateur ne soit pas un supérieur hiérarchique afin de favoriser la liberté d'expression. Cette proposition est susceptible de heurter certaines représentations dans notre société où la vie professionnelle est très hiérarchisée. Elle appelle un changement de mentalités et la reconnaissance de compétences là où l'on ne l'attend pas à priori.

### **3.5.3 Former les agents aux outils d'évaluation**

L'audit est un des outils le plus utilisé dans les établissements de santé pour réaliser un état des lieux sur une pratique, une organisation, un processus. Cette action de formation présentera d'autres outils d'évaluation : le cycle de Deming, la méthode du

chemin clinique, la méthode d'analyse de la pertinence, la méthode d'analyse des défaillances, la méthode de comparaison (benchmarking).

### **3.6 Echancier des actions à mettre en place**

Cet échancier considère que le DS entame la démarche en début d'année. Bien entendu, il est à moduler en fonction de l'histoire, du contexte et de l'environnement de l'établissement

Actions	Qui	Janv	Fev	Mars	Avril	Mai	Juin	Juil	Août	Sept	Oct	Nov	Dec
Etat des lieux	DS												
Comité Qualité	DS/DQ/P CME												
Audit Qualité/Unité	CS												
Contractualisation des objectifs qualité	DS/DQ/P CME/ Trio pôle												
Présentation institutionnelle de la démarche	DG/DS/DQ/P CME												
Communication	DG/DS/DQ/P CME												
Formations	DS/DRH												

## Conclusion

Cet écrit traite de la manière dont le DS peut s'engager dans la coordination de la qualité des soins dispensés aux patients aux côtés de ses collaborateurs de l'équipe de direction et des services de soins en prenant en compte les logiques de chacun de ses interlocuteurs. La participation de tous les acteurs, leur adhésion au projet et leur investissement dans la démarche est l'objectif prioritaire du DS. Pour y parvenir, le DS fait coïncider les points de vue et les priorités de chacun par la négociation et par sa capacité à communiquer avec tous. La rationalisation et la mise en cohérence des outils stratégiques ainsi que l'attention portée à la veille documentaire sont un autre des moyens utilisés par le DS pour coordonner la démarche. Enfin, la formation est un des leviers de changement de mentalités des professionnels pour l'émergence d'une culture qualité. Bien entendu, Les décisions du DS sont orientées par le contexte et l'environnement dans lequel se situe l'établissement ainsi que par son histoire. D'autres aspects des missions du DS intéressent la qualité. Le concept de qualité et d'évaluation de pratiques vaut pour toutes les situations de travail.

Il est admis que les soignants ne peuvent pleinement prendre soin des patients que si l'institution prend soin d'eux. Ainsi, la notion de qualité est prégnante dans la gestion des ressources humaines, elle se décline notamment par la qualité de vie au travail. L'établissement, par les procédures mises en place et leur évaluation inclut la démarche qualité et ce dès le recrutement. L'organisation d'une journée des nouveaux arrivants présentant l'établissement, son activité et ses principaux services facilite l'intégration des nouveaux agents. Les agents, selon leur qualification et leur affectation reçoivent un panel de formation « de base » qui leur permet de s'adapter rapidement aux missions qui leur sont confiées. Ces actions de formation sont proposées par l'institution et les pôles initient également des sessions de formation selon leurs besoins et leurs spécificités. Et, tout au long de leur carrière, les personnels sont encouragés à perfectionner leurs compétences en bénéficiant d'un suivi attentif de la direction des ressources humaines et de la direction des soins. La gestion prévisionnelle des métiers et des compétences est un élément comprenant un volet qualité dans le sens où cette méthode permet d'évaluer et d'anticiper les besoins en effectifs et en compétences pour assurer, en ce qui concerne la direction des soins, à tout moment des soins de qualité optimale. La rédaction d'une grille d'évaluation des agents s'appuyant sur les compétences acquises en situation de soins est en adéquation avec la démarche qualité. Par ailleurs, des critères mesurent le comportement des agents au travail : l'absentéisme, la rotation d'un service ou d'un pôle à l'autre. Ces items, couplés à une évaluation régulière de la satisfaction des personnels

peuvent aider à analyser les comportements et servir de matière à une réflexion collective sur le management.

La qualité concerne aussi l'organisation des soins en terme de réponse aux besoins des patients et de recherche d'efficience pour l'activité de l'établissement. Le DS prend une part active dans la restructuration des services, la création d'activités nouvelles et le développement d'activités avec des partenaires extérieurs. Même si la qualité est souvent synonyme de conformité, l'innovation ne peut se passer de la démarche qualité. Tout changement nécessite la réalisation d'un état des lieux, des objectifs à atteindre, des moyens pour atteindre ces objectifs et l'évaluation des résultats ou des processus mis en œuvre. L'évaluation est réalisée sur la base d'indicateurs préalablement déterminés pour ce qui concerne l'activité. On peut prévoir d'organiser des enquêtes de satisfaction pour ce qui concerne le travail en collaboration avec les partenaires extérieurs.

De la même façon, la qualité intéresse la cohérence du parcours du patient et les mécanismes de coordination de ce parcours. La description du parcours du patient nécessite la formalisation des rôles de chacun et des interactions entre les acteurs. Ceci implique une négociation entre les professionnels afin de dégager les modalités de coordination et de coopération. Le DS, pour ce genre de réflexion, représente une personne ressource pour ces acteurs et le cas échéant, joue un rôle d'arbitrage dans les discussions. Là aussi, l'élaboration d'indicateurs servira de base à l'évaluation des processus.

Ces quelques exemples mettent en valeur la notion de qualité que l'on retrouve dans toutes les situations de travail et traduisent le concept de management par la qualité dont les 8 principes ont été introduits par la norme ISO 9004 :2000.

- Organisme à l'écoute du client : les organismes répondent aux besoins de l'utilisateur voire dépassent leurs attentes
- Leadership : les dirigeants de l'organisation définissent de manière cohérente une finalité et les orientations de l'organisme
- L'implication du personnel : le personnel constitue à tous les niveaux l'essence même d'une organisation et leur implication permet de mettre leurs compétences au service de l'organisation
- Approche par processus : un résultat escompté est atteint plus efficacement lorsque les actions et les ressources correspondantes sont gérées comme des processus

- Management par approche système : identifier, comprendre et gérer un système de processus interdépendants pour un objectif donné permet d'améliorer l'efficacité et l'efficience de l'organisation
- Amélioration continue : l'amélioration continue devrait être un objectif permanent de l'organisation
- Approche factuelle pour la prise de décision : les décisions efficaces sont basées sur l'analyse des données et d'informations tangibles
- Relations mutuellement bénéfiques avec les fournisseurs : une organisation et ses fournisseurs sont interdépendants et une relation mutuellement bénéfique améliore leur capacité à créer de la valeur.

---

# Bibliographie

---

## TEXTES LEGISLATIFS

Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière

Ordonnance 92-346 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

Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

Décret n° 99-1130 du 28 septembre 1999 relatif à l'évaluation des pratiques professionnelles et à l'analyse de l'évolution des dépenses médicales

Décret n° 2005-346 du 14 avril 2005 relatif à l'évaluation des pratiques professionnelles

Décret n° 2010-1138 du 29 septembre 2010 modifiant le décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier de directeur des soins de la fonction publique hospitalière

Décret n° 2011-2116 du 30 décembre 2011 relatif à développement professionnel continu des médecins

Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'état infirmier

## OUVRAGES

FOUCARDE A., RICOUR L., GARNERIN P., HERGON E., BOELLE P-Y., 1997. *La démarche qualité dans un établissement de santé*. Les guides de l'AP-HP. Doin éditeurs

MOQUET-ANGER ML., 2010. *Droit hospitalier*. L.G.D.J. Lextenso, éditions

RAYMOND J-L., DE HARO A., JEZEQUIL N., 2001. *Donner du sens à la qualité dans un établissement de santé*. Les études hospitalières

THUILIER O., VIAL M., 2003. *L'évaluation au quotidien des cadres de santé à l'hôpital*. Gestion des ressources humaines. Editions Lamarre

VILCOT C., LECLET H., 2006. *Les indicateurs qualité en santé*. Certification et évaluation des pratiques professionnelles, 2<sup>ème</sup> édition. AFNOR

## ARTICLES

CABARROT P. *Evaluation des pratiques professionnelles : mode d'emploi*. Risques & Qualité en milieu de soins Volume IV, n°2 – juin 2007. P 71 à 73

DEBOUT C. *L'évaluation des pratiques professionnelles, un potentiel pour la discipline infirmière*. Soins cadres n° 58 – mai 2006. P 49 à 51

DOUGUET F., Munoz J. *Les pratiques soignantes à l'épreuve de l'accréditation*. Soins cadres n°58 - mai 2006. P 20 à 23

HOUBRON T. *EPP : la maturité*. Revue hospitalière de France n° 525 – novembre/décembre 2008. P 38 à 39

LEPESQUEUX M. *Le cadre de santé, un acteur clé dans l'évaluation d'une pratique professionnelle*. Soins cadres n°58 – mai 2006. P 45 à 46

## MEMOIRES

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 directeurs des soins : EHESP, Rennes, 52 p

HUET F., 2009. *Evaluation des pratiques professionnelles : d'une politique à une culture de la qualité*, mémoire de directeur des soins EHESP, Rennes, 32 p

## SITES INTERNET

[WWW.santé.gouv.fr/rapport](http://WWW.santé.gouv.fr/rapport) chantal de singly

---

## Liste des annexes

---

**ANNEXE I : Guide d'entretien directeur des soins**

**ANNEXE II : Guide d'entretien responsable qualité**

**ANNEXE III : Guide d'entretien cadre de pôle et cadre de proximité**

## ANNEXE I

### GUIDE D'ENTRETIEN

Directeur des soins

Pouvez-vous me présenter votre fonction et votre ancienneté dans l'établissement ?

Pouvez-vous me décrire votre établissement ?

Quelles sont vos missions prioritaires ?

Utilisez-vous des outils pour l'amélioration de la qualité des soins ?

De quelle façon est coordonnée la démarche qualité dans votre établissement ?

Quels sont vos interlocuteurs privilégiés pour la démarche qualité ?

Existe-t-il des évaluations des pratiques professionnelles dans l'établissement ? Si oui, comment sont-elles organisées ?

Existe-il des protocoles et/ou procédures relatives aux soins dans l'établissement ? Si oui, comment ont-ils été élaborés ?

Existe-il des indicateurs de pratique clinique ? Si oui, comment ont-ils été élaborés ?

Comment et par qui est gérée la veille documentaire ?

Quelles difficultés rencontrez-vous dans la mise en place de la démarche qualité et celle des EPP ?

Comment est organisée la communication autour de la démarche qualité et de l'EPP dans l'établissement ?

Les professionnels se montrent-ils investis dans le travail autour de l'EPP ?

Peut-on dire qu'il existe une culture qualité dans l'établissement ?

Existe-il des échanges autour des démarches qualité au niveau du territoire de santé ?

## ANNEXE II

### GUIDE D'ENTRETIEN

Responsable qualité

Pouvez-vous me présenter votre fonction et votre ancienneté dans l'établissement ?

Pouvez-vous me décrire votre établissement ?

Utilisez-vous des outils pour l'amélioration de la qualité des soins ?

De quelle façon est coordonnée la démarche qualité dans votre établissement ?

Quels sont vos interlocuteurs privilégiés pour la démarche qualité ?

Existe-t-il des évaluations des pratiques professionnelles dans l'établissement ? Si oui, comment sont-elles organisées ?

Existe-il des protocoles et/ou procédures relatives aux soins dans l'établissement ? Si oui, comment ont-ils été élaborés ?

Existe-il des indicateurs de pratique clinique ? Si oui, comment ont-ils été élaborés ?

Comment et par qui est gérée la veille documentaire ?

Quelles difficultés rencontrez-vous dans la mise en place de la démarche qualité et celle des EPP ?

Comment est organisée la communication autour de la démarche qualité et de l'EPP dans l'établissement ?

Les professionnels se montrent-ils investis dans le travail autour de l'EPP ?

Peut-on dire qu'il existe une culture qualité dans l'établissement ?

## ANNEXE III

### GUIDE D'ENTRETIEN

#### Cadre de pôle et cadre de proximité

Pouvez-vous me présenter votre fonction et votre ancienneté dans l'établissement ?

A quelle étape se situe la délégation de gestion aux pôles ?

Avez-vous signé un contrat de pôle? Si oui, ce contrat comporte-t-il un volet qualité ?

De quelle façon est organisée la démarche qualité dans l'établissement ?

Existe-t-il des évaluations des pratiques professionnelles paramédicales dans votre pôle/unité ? Si oui, qui en est l'initiateur et comment sont-elles organisées ?

Existe-il des protocoles et/ou procédures soignants dans votre pôle/unité ? Si oui, comment ont-ils été élaborés ?

Existe-il des indicateurs de pratique clinique ? Si oui, comment ont-ils été élaborés ?

Quelles difficultés rencontrez-vous dans la mise en place de la démarche qualité et dans celle de l'EPP ?

Est-ce que l'encadrement est concerté par la direction pour l'élaboration de la politique qualité/EPP ?

Comment est organisée la communication autour de la démarche qualité et de l'EPP dans l'établissement ?

Les professionnels se montrent-ils investis dans le travail autour de l'EPP ?

Peut-on dire qu'il existe une culture qualité dans l'établissement ?

Vérifiez-vous l'appropriation des nouveaux protocoles/nouvelles procédures dans votre pôle/unité ?

FLAGEOLET

Sarah

Décembre 2012

## DIRECTEUR DES SOINS

Promotion 2012

### **Une démarche qualité en soins coordonnée et investie par tous : une mission du directeur des soins**

#### ***Résumé :***

Malgré les années, la démarche qualité n'est pas une méthode systématiquement employée dans les établissements de santé. Ce constat est confirmé par une enquête effectuée dans deux centres hospitaliers. Le directeur des soins joue un rôle majeur dans la coordination du projet et l'appropriation de cette démarche par les acteurs des services de soins. Un travail d'équipe réunissant le directeur des soins, le directeur qualité et le président de la commission médicale d'établissement est inhérent à l'aboutissement et à la pérennisation de cette démarche. Une concertation et une collaboration avec les équipes médicales et soignantes sont également indispensables à la réussite du projet. Le management de l'encadrement paramédical par rapport à la démarche qualité tient lui aussi une place primordiale. Une formation adaptée aux besoins des professionnels ainsi qu'une communication régulière et diversifiée facilitent l'émergence d'une culture qualité.

#### ***Mots clés :***

Démarche qualité – Soins – Culture qualité - Coordination – Concertation – Négociation -

*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.*