



**ENSP**

ÉCOLE NATIONALE DE  
LA SANTÉ PUBLIQUE

**RENNES**

---

**Directeur d'établissement  
sanitaire et social public  
Promotion 2004**

---

## **LA DÉMARCHE QUALITÉ À L'HÔPITAL LOCAL**

**OU COMMENT PASSER À L'ACCRÉDITATION  
À UNE DÉMARCHE QUALITÉ PÉRENNE ?**

**Philippe ROURESSOL**

---

# Remerciements

---

Je tiens à exprimer ma sincère reconnaissance à Monsieur Daniel DESBRUN, Directeur de l'Hôpital Local de Pont Saint-Esprit pour la confiance qu'il m'a accordée et son soutien indéfectible.

Je remercie Monsieur Joël CLEMENT, mon tuteur de mémoire pour son aide méthodologique, sa disponibilité et ses conseils avisés ainsi que Monsieur Jean Marc GILBON le responsable de ma filière.

Je remercie également les membres de la cellule qualité et le personnel de l'Hôpital Local ainsi que Madame Bernadette TARDIEU, Cadre de Santé, pour leur précieuse contribution.

---

# Sommaire

---

<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>1</b>
<b>LE PARADIGME DE LA QUALITE .....</b>	<b>5</b>
<b>1.1 Historique de la qualité, de l'origine à l'époque actuelle .....</b>	<b>5</b>
1.1.1 De l'origine au 18ème siècle .....	5
1.1.2 L'impact déterminant de la révolution industrielle.....	5
1.1.3 De la fin de la seconde guerre mondiale aux années 60 .....	6
1.1.4 Des années 70 à nos jours .....	7
<b>1.2 Les bases conceptuelles de la qualité .....</b>	<b>9</b>
1.2.1 La qualité en santé : essais de définitions .....	9
1.2.2 Les grands principes de la qualité en établissement de santé.....	12
1.2.3 Approche conceptuelle pour comprendre la qualité en établissement de santé ..	21
1.2.4 Les outils et méthodes .....	26
<b>1.3 Accréditation – Démarche qualité : des liens étroits.....</b>	<b>31</b>
1.3.1 L'accréditation : principes et objectifs .....	32
1.3.2 Les enjeux de l'accréditation .....	34
1.3.3 Les perspectives.....	35
<b>2 LA MISE EN ŒUVRE D'UNE DEMARCHE QUALITE : EXEMPLE DE L'HOPITAL LOCAL DE PONT SAINT ESPRIT.....</b>	<b>36</b>
<b>2.1 La place de l'hôpital local dans son bassin de santé .....</b>	<b>36</b>
<b>2.2 Identification des contraintes susceptibles de perturber le développement de la démarche qualité.....</b>	<b>38</b>
2.2.1 Les contraintes architecturales .....	38
2.2.2 Les contraintes liées à l'organisation.....	39

2.3	<b>Le management de la démarche qualité à l'hôpital local de Pont Saint Esprit</b> .....	41
2.3.1	La genèse du système qualité .....	41
2.3.2	Le dispositif organisationnel mis en place.....	42
2.3.3	Le pilotage des plans d'actions .....	48
2.3.4	Le bilan d'étape de la démarche qualité à l'Hôpital Local.....	53
<b>3</b>	<b>LA NECESSAIRE MOBILISATION DES ACTEURS POUR DEVELOPPER LA QUALITE A L'HOPITAL LOCAL</b> .....	<b>56</b>
3.1	<b>Développer un management interne de la qualité pour mobiliser les acteurs autour d'un projet partagé</b> .....	<b>56</b>
3.1.1	Introduire dans la contractualisation interne des personnels des objectifs liés à la démarche qualité .....	56
3.1.2	Développer un management qui intègre la pratique du leadership .....	58
3.1.3	Où il est question de créer une Direction Qualité.....	59
3.1.4	Développer une culture d'évaluation interne.....	60
3.1.5	Rapprocher la démarche qualité et la gestion des risques.....	61
3.2	<b>S'appuyer davantage sur le management des Cadres de Santé</b> .....	<b>62</b>
3.2.1	Le management interne des cadres donne du sens à la démarche qualité.....	62
3.2.2	Les outils traditionnels du management des cadres sont des outils de la qualité	64
3.2.3	Impliquer les cadres dans la politique de formation des personnels .....	66
3.3	<b>Au-delà des bénéfices apportés à la structure, pouvoir identifier ce que la qualité apporte à l'usager</b> .....	<b>67</b>
3.3.1	L'usager sujet ou l'usager objet de la démarche qualité ?.....	67
3.3.2	Un rapprochement nécessaire des référentiels d'évaluation de la qualité.....	69
3.3.3	Faire du soin avec l'ambition de faire de la qualité .....	71
	<b>CONCLUSION</b> .....	<b>73</b>
	<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	<b>75</b>
	<b>LISTE DES ANNEXES</b> .....	<b>I</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

- A.F.N.O.R.** : Association Française de Normalisation
- A.N.A.E.S.** : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
- A.N.D.E.M.** : Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale
- A.N.F.H.** : Association Nationale pour la Formation Permanente du Personnel Hospitalier
- A.R.H.** : Agence Régionale de l'Hospitalisation
- C.O.Q.** : Coût d'Obtention de la qualité
- C.N.Q.** : Coût de la Non Qualité
- C.M.E.** : Commission Médicale d'Etablissement
- C.T.E.** : Comité Technique d'Etablissement
- C.O.M.** : Contrat d'Objectif et de Moyen
- DIP** : Droit et Information du Patient
- DPA** : Dossier du Patient
- D.S.I.** : Direction des Soins Infirmiers
- E.H.P.A.D.** : Etablissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes
- E.N.S.P.** : Ecole Nationale de la Santé Publique
- E.T.P.** : Equivalent Temps Plein
- GFL** : Gestion des Fonctions Logistiques
- GRH** : Gestion des Ressources Humaines
- GSI** : Gestion des Systèmes d'Information
- I.S.O.** : International Organization for Standards
- J.C.A.H.O.** : Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization
- J.U.S.E.** : Japanese Union of Scientist and Engineers
- MEA** : Management de l'Etablissement et des secteurs d'Activité
- OPC** : Organisation de la Prise en Charge du Patient
- O.S.T.** : Organisation Scientifique du Travail
- P.A.Q.** : Projet d'Amélioration de la Qualité
- P.D.C.A.** : Plan Do Check Act
- QPR** : Qualité et Prévention des Risques
- R.A.Q.** : Responsable d'Assurance Qualité
- S.N.A.P.E.I.** : Syndicat National des Parents et Amis des Personnes Handicapées
- SPI** : Surveillance, Prévention et contrôle du risque Infectieux
- T.Q.M.** : Total Quality Management
- U.S.L.D.** : Unité de Soins de Longue Durée
- VST** : Vigilances Sanitaires et Sécurité Transfusionnelle

## INTRODUCTION

Alors que la qualité constitue depuis de nombreuses années un enjeu majeur pour le développement de l'industrie et des sociétés de service, le secteur de la santé n'a été concerné que plus récemment.

Introduite de façon plus directive dans le paysage réglementaire français par l'ordonnance hospitalière du 24 avril 1996, la qualité fait l'objet aujourd'hui d'un lourd investissement des établissements de santé et devient une préoccupation d'ampleur.

Pour autant, cet engouement questionne les professionnels. Si le concept de la qualité ne peut être qu'unaniment partagé (quel professionnel pourrait affirmer s'opposer à la recherche de la qualité ?), la mise en œuvre sur le terrain s'avère moins consensuelle. Certains voient dans la qualité l'opportunité effective d'améliorer les services rendus à la population et, notamment, la sécurité des soins. D'autres voient se profiler des enjeux moins louables qu'ils traduisent comme une nouvelle forme de normalisation bureaucratique et d'allocation de moyens budgétaires. A moins qu'il ne soit finalement question que d'un changement socioculturel inéluctable ?

Ces divergences de point de vue m'amènent à penser la place que peut tenir la personne âgée dans de tels enjeux.

Outre la question de fond quant à l'efficacité réelle d'une démarche qualité mise en œuvre dans un établissement sanitaire et social, l'essentiel n'est-il pas aussi de comprendre quels bénéfices en tire la personne âgée ?

Le stage pratique que j'ai effectué pendant 10 mois à l'hôpital local de PONT-SAINT-ESPRIT dans le Gard, a été propice à confronter l'ensemble de ces questionnements au réel.

Parmi les missions que mon maître de stage m'a confié, j'ai en effet été chargé de coordonner l'engagement de l'établissement dans la procédure d'accréditation.

Mes objectifs étaient les suivants :

- Mener à bien l'auto évaluation et coordonner la visite des experts de l'A.N.A.E.S. (\*);
- Anticiper l'avis des experts en mettant en œuvre des plans d'actions d'amélioration ;
- Pérenniser le dispositif mis en place pour instaurer une démarche d'amélioration continue de la qualité.

Cette mission englobant plusieurs dimensions (stratégique et organisationnelle, humaine et sociale, financière et technique), a motivé mon envie d'approfondir le thème de (\*).A.N.A.E.S. : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

la démarche qualité en hôpital local.

Compte tenu du cadre de cette mission, le développement de ce mémoire reste centré sur la problématique du volet sanitaire.

Toutefois la qualité dans le secteur médico-social sera abordée puisque la démarche qualité mise en œuvre et présentée ici, s'est développée dans un souci de cohérence et de complémentarité des deux secteurs.

A la lumière de ces premières précisions, un certain nombre de constats apparaissent lorsqu'il s'agit de réfléchir sur le thème de la démarche qualité en hôpital local :

- La multiplication des normes sécuritaires et réglementaires rendent complexe le pilotage de la qualité ;
- La segmentation culturelle du secteur sanitaire et du secteur social qui n'utilisent pas les mêmes référentiels qualité est un frein aux partages des enjeux de l'institution ;
- Pour de nombreux professionnels, la démarche qualité est surtout vue comme un moyen d'être accrédité ;
- La visite d'accréditation a un impact direct sur le management de la qualité. La mobilisation des acteurs risque de fléchir après le départ des visiteurs de l'A.N.A.E.S. ;
- La qualité est souvent intégrée comme un moyen et non pas comme un management en soi ;
- Compte tenu des ressources internes disponibles dans une structure telle qu'un hôpital local, le pilotage des actions d'amélioration, souvent très nombreuses, est rendu délicat.

Partant de ces constats, la direction de l'hôpital local s'est trouvée confrontée à une triple problématique :

- En l'absence de consultant extérieur, comment piloter la mise en œuvre des actions d'amélioration de la qualité, par quels outils et méthodes ?
- Comment pérenniser l'amélioration de la qualité en dehors d'une vision accréditive, encadrée par des délais et des menaces de sanctions ?
- Comment passer d'un outil formel (le référentiel de l'A.N.A.E.S.) à un outil de réforme des pratiques professionnelles ? Par quel système de management de la qualité le chef d'établissement assurera-t-il la pérennisation des dispositifs efficaces mis en place pour que l'utilisateur bénéficie de prestations de qualité ?

Mon hypothèse de travail est que, si la mise en œuvre d'une démarche qualité en hôpital local repose sur le choix d'outils et méthodes appropriés, c'est par le pilotage de plans d'actions s'inscrivant dans le cadre du management par projet que la direction d'un établissement parviendra à pérenniser la démarche et à instaurer une réelle culture qualité.

Il m'est apparu nécessaire d'approfondir les bases conceptuelles de la qualité (1) avant d'être en mesure de présenter la mise en œuvre d'une démarche qualité en hôpital local (2). Cette réflexion m'a permis d'identifier des facteurs susceptibles de faire de la démarche qualité un réel outil de management des organisations (3).



# LE PARADIGME DE LA QUALITE

## 1.1 Historique de la qualité, de l'origine à l'époque actuelle

### 1.1.1 De l'origine au 18ème siècle

L'histoire montre que la recherche méthodique de la qualité n'est pas récente. Sans remonter jusqu'au code d'HAMMOURABI (\*), l'histoire est jalonnée de règles édictées par les pouvoirs étatiques ou par les professionnels eux-même. On peut faire référence à l'ELOT, organisme grec de normalisation qui fait remonter la première norme écrite européenne à une stèle reproduisant un texte relatif aux spécifications propres aux chevilles en bronze destinées à la construction des colonnes antiques.

En Europe, dès le Moyen-Age, des règles de fonctionnement et de production s'établissent entre les différentes corporations, de façon à garantir la conformité des produits. Au 18è siècle, Colbert édite des règlements prévoyant des sanctions graduées pour tout professionnel ayant mis en vente des pièces de draps non conformes aux règles. Le pouvoir militaire va saisir l'intérêt de réduire la variabilité des pratiques et des productions. Cela s'illustre, entre autre, par la création d'un atelier national de précision des jauges, mesures et matériels d'inspection qui, en imposant des référentiels aux fabriques de munitions, assurera le développement de l'industrie d'armement.

### 1.1.2 L'impact déterminant de la révolution industrielle

La recherche de la qualité aura pour finalité le développement de la performance des systèmes de production afin de passer d'un système économique fortement marqué par l'artisanat à un système économique de masse.

Jusqu'à la première guerre mondiale, les entreprises vont considérer que seul le contrôle absolu de toutes les lois mises en jeu dans la production permet de maîtriser cette production.

\* *Le code d'Hammourabi, roi de Babylone (1792-1750 avant J.-C.), fait référence à l'obligation par les artisans de suivre des normes de qualité en matière de construction et d'en assumer la responsabilité en cas de défaillance*

Dans le cadre de l'organisation scientifique de travail (O.S.T.), Taylor va préciser que la qualité du travail dépend d'un contrôle co-assuré par les ouvriers et les inspecteurs, de façon à ce que le travail exécuté corresponde aux exigences. Le contrôle de conformité des produits aux spécifications pré-établies porte sur la totalité de la production.

Progressivement, dans les années 20, aux Etats-Unis, les mathématiciens dont S. SHEWHART dans les Laboratoires Bell, vont développer la théorie du raisonnement probabiliste et les techniques d'analyse statistique afin de mettre en place le contrôle de paramètres pré-définis sur la base d'échantillonnages.

Le contrôle du produit fini se déplace sur celui des étapes de production. La production de série, dès 1924, conduit progressivement à la maîtrise statistique des processus de production permettant d'anticiper les défaillances, en détectant précocement les anomalies.

En France, si ces principes ne seront réellement utilisés qu'avec l'application du plan MARSHALL après la seconde guerre mondiale, rappelons que l'Association Française de Normalisation est créée en 1926 (A.F.N.O.R.).

Elle répond au double objectif de faire valoir l'idée de normalisation au sein des industries françaises et de maintenir son rang sur la scène internationale.

En 1941, est créée la marque NF afin de caractériser la qualité des productions françaises, notamment dans les secteurs du gaz, du charbon et des ciments.

Ces décennies sont marquées par le développement de la qualité vu sous l'angle du contrôle. La gestion de la qualité est quasi inexistante, notamment dans son aspect managérial.

### **1.1.3 De la fin de la seconde guerre mondiale aux années 60**

Etats-Unis et Japon vont utiliser deux stratégies différentes pour développer la recherche sur la qualité :

- Aux U.S.A., il s'agit d'étendre au secteur civil les normes issues de la fabrication des matériels militaires.

Le contrôle doit porter désormais sur les modes d'organisation des entreprises et non plus directement sur les pièces fabriquées. En 1949, un vaste programme américain de formation va permettre à DEMING et JURAN d'initier des cycles d'enseignements aux démarches qualité. En 1951, la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization (J.C.A.H.O. depuis 1986) est créée à l'initiative de l'association des chirurgiens qui ne peut plus assurer seule l'accréditation.

Philip B. CROSBY conçoit, au sein d'une entreprise spécialisée dans l'aérospatiale, la méthode « Zéro défaut » qui se base tout à la fois sur l'idée de réussir du premier coup et d'associer systématiquement dans l'amélioration de la qualité l'ensemble des salariés.

- Au Japon, la nécessité de reconstruire l'industrie et l'économie d'après guerre justifie la création de la J.U.S.E. ( Japanese Union of Scientist and Engineers), structure destinée à aider les entreprises nippones à se relever. Elle va s'appuyer fortement sur le programme américain.

En 1962, le cercle qualité est créé à la Japan Telephone a Telegraph Corporation. L'expérience de ces groupes de réflexion va être étendue à tout le Japon. Cette approche s'est progressivement institutionnalisée sous le terme d'amélioration continue de la qualité.

La démarche qualité s'intègre dans les systèmes de pilotage. La dynamique d'amélioration repose sur la mobilisation des acteurs et s'installe progressivement dans le quotidien des entreprises.

#### **1.1.4 Des années 70 à nos jours**

Le développement des démarches qualité consiste à intégrer une dynamique dans la dimension centrale du management des entreprises. Le champ de la qualité se structure tout autant qu'il s'internationalise. La qualité devient un enjeu dans le cadre de la compétitivité des entreprises, de la prise en compte des besoins et de la satisfaction des clients. Il s'agit donc de rechercher une valorisation économique de la qualité, au-delà de la maîtrise technique des étapes de production. Cette valorisation s'appuie sur la mobilisation et l'implication des acteurs.

De manière générale, le développement des réflexions sur la qualité va s'enrichir par l'élaboration de référentiels et d'un « marquage » qualité.

A partir de 1979, un tournant décisif est pris au niveau international avec le travail lancé par l'International Organisation for Standards (ISO) pour définir des normes internationales de qualité. Les démarches qualité accompagnent les transformations de l'économie industrielle. Elles gagnent désormais les organisations non marchandes dont la santé, sous le constat de variations inexplicables de pratiques et de résultats et sous la pression des usagers clients.

Dans les années 80, les pouvoirs publics développent le cadre législatif et réglementaire concernant la qualité de la prise en charge des usagers des établissements de santé :

- ✓ La loi du 31/01/1984 impose à la commission médicale consultative l'obligation de rédiger un rapport annuel sur l'évaluation de la qualité des soins dispensés dans les établissements.
- ✓ En 1989, le ministère de la Santé crée l'Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale (A.N.D.E.M.). C'est une association à but non lucratif qui a pour mission d'assurer le développement d'une démarche d'évaluation dans le domaine de la santé, tant au niveau des établissements que de la médecine libérale. Elle a pu établir l'état des connaissances sur les techniques et les stratégies médicales. L'A.N.D.E.M. a été remplacée par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (A.N.A.E.S.) à la suite de l'ordonnance du 24/04/1996 et par le décret du 07/04/1997.
- ✓ La loi hospitalière N° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière fait obligation aux établissements de santé de garantir la qualité des soins, notamment par « *la mise en œuvre d'une politique d'évaluation des pratiques professionnelles, de l'organisation des soins et de toute action concourant à la prise en charge du patient* » ;
- ✓ L'ordonnance N°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée stipule en son article 2 : « *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* » ;
- ✓ La loi du 02 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale fait référence à la nécessité pour les établissements de délivrer des prestations de qualité. L'article L.312-8 du code de l'action sociale et des familles précise que « *les établissements et services mentionnés à l'article L.312-1 procèdent à l'évaluation de leurs activités et à la qualité des prestations qu'ils délivrent au regard notamment de procédures, de références et de recommandations de bonnes pratiques professionnelles validées* » ;
- ✓ Enfin, la loi du 4 mars 2002 N° 2002-303 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé confirme le souhait du législateur de promouvoir une amélioration continue de la qualité des soins.

Après ce bref rappel historique, il est nécessaire d'aborder les bases conceptuelles de la qualité pour savoir ce qu'elle recouvre avant d'analyser, au terme de cette première partie, les liens existant entre la qualité et la procédure d'accréditation des établissements de santé.

## 1.2 Les bases conceptuelles de la qualité

### 1.2.1 La qualité en santé : essais de définitions

Définir la notion de qualité et les termes qu'elle regroupe n'est pas une chose aisée en soi. A la lumière des discussions avec les professionnels, de nombreuses confusions apparaissent quant aux concepts relatifs à la qualité. Force est de constater que si le terme qualité constitue aujourd'hui une appellation commune, diverses expressions qui lui sont liées regroupent en réalité des significations fort différentes.

Le caractère multidimensionnel de la qualité n'est pas sans poser problème à un directeur d'établissement sanitaire et social qui devra être en mesure d'analyser les différentes grilles de lecture de ses interlocuteurs. En effet, pour l'utilisateur, il peut s'agir par exemple de bénéficier d'une sécurité des soins optimale. Pour la collectivité, il sera aussi question de créer une valeur ajoutée qui permette aux institutionnels et à la population de bénéficier d'une structure pérenne. Pour le personnel d'encadrement, la qualité consistera davantage à mettre en œuvre une politique favorisant la mobilisation des acteurs autour de projets partagés.

Dans ce contexte, il m'est apparu nécessaire de clarifier au préalable les principaux termes que recouvre la qualité avant d'être en mesure de piloter la mise en place d'une démarche qualité dans un hôpital local.

#### La qualité

- « Qualité » renvoie au latin « Qualis » qui signifie « quel ». Pour le Robert, la qualité est « *une manière d'être, caractéristique* ». La qualité s'avère être intrinsèque au produit ou au service considéré.

- Pour l'A.F.N.O.R., la qualité est définie comme « *l'ensemble des propriétés et des caractéristiques d'un produit ou d'un service qui lui confère l'aptitude à satisfaire des besoins exprimés ou implicites* » (Norme ISO 84 002).

- L'International Organization for Standardisation (ISO) définit la qualité comme « *l'aptitude d'un produit ou d'un service à satisfaire les besoins explicites ou implicites des utilisateurs* ». Cette définition prospective est présentée comme un résultat à attendre en fonction de besoins qui doivent être identifiés et compris. Elle renvoie à la nécessité pour les parties prenantes de trouver un équilibre entre les attentes du client, les coûts, les délais, la satisfaction du personnel et les choix stratégiques de la structure hospitalière.

#### La démarche qualité

Selon l'A.F.N.O.R., elle « *a pour objet, à partir de la définition d'une politique et d'objectifs, de gérer et assurer le développement de la qualité en s'appuyant*

sur un système qualité mis en place et en utilisant divers outils propres à faciliter l'obtention des objectifs fixés ».

### Le système qualité

C'est « l'ensemble de l'organisation des procédures, des processus et des moyens nécessaires pour mettre en œuvre le management de la qualité ». C'est l'ensemble des dispositions humaines, techniques et organisationnelles qui permettent d'établir et de mettre en œuvre la politique qualité et de faire fonctionner la démarche au sein d'un organisme.

### La politique qualité

La politique qualité se définit comme les orientations et intentions générales d'un organisme, relatives à la qualité, telles qu'elles sont officiellement formulées par la direction.

### L'assurance qualité (A.F.N.O.R. – ISO 8402 – 1994)

Selon la définition normalisée de l'ISO, « c'est l'ensemble des actions pré-établies et systématiques nécessaires pour donner la confiance appropriée qu'un produit ou service satisfera aux exigences données, relatives à la qualité ».

L'assurance qualité vise donc à garantir un niveau constant de qualité, grâce à la mise en place d'une organisation spécifique. Elle porte sur l'organisation interne des établissements. Il s'agira donc d'être en mesure de détecter, évaluer, corriger les dysfonctionnements potentiels et mettre en place les actions préventives et correctives appropriées. L'assurance qualité est un élément de sécurité et de fiabilité.

### L'amélioration de la qualité

Pour l' A.N.A.E.S (1), l'amélioration de la qualité fait partie du management de la qualité. « Elle est axée sur l'accroissement de la capacité à satisfaire aux exigences pour la qualité ».

Elle englobe la notion d'efficacité (niveau de résultats par rapport aux objectifs initiaux planifiés) et d'efficience (rapport entre le résultat obtenu et les ressources consommées). On parle d'amélioration **continue** de la qualité lorsque l'objectif de progrès est permanent. Il s'agit d'une démarche progressive et régulière, incluant un management participatif (2). L'organisme recherchera activement les opportunités d'amélioration et les concrétisera.

(1) A.N.A.E.S : « Principes de mise en œuvre d'une démarche qualité en établissement de santé » Paris : Avril 2002. p 69.

(2) A.N.A.E.S : « Evaluation d'un programme d'amélioration continue de la qualité. Les enseignements de 60 projets dans les établissements de santé français » Paris : Avril 1999. 105 p. p 16

Cette méthodologie repose sur l'idée que la qualité peut être continuellement améliorée en utilisant des techniques fiables, et s'oppose à l'idée que la meilleure performance est obtenue par l'inspection et l'élimination des problèmes.

### Le management de la qualité (ISO 8402)

Cette notion recouvre toutes les actions de conduite des démarches qualité. En tant que concept plus global, le management de la qualité englobe les précédentes notions. La norme ISO 9000 parle « *des activités coordonnées pour orienter et contrôler un organisme en matière de qualité* ».

### Le protocole, la procédure

- Le protocole :

Terme largement utilisé par les professionnels de santé pour désigner des entités bien distinctes qui décrivent, selon le vocable ISO, « *des modes opératoires* ».

Sujet à débat en regard de la procédure, le protocole est, pour les uns, un descriptif de techniques à appliquer ou de consignes à observer. Pour d'autres, il s'agit d'un guide d'application centré sur une cible donnée.

Le protocole délimite ce qui doit être réalisé, comment et par qui.

- La procédure :

Selon la norme ISO 8402, c'est la « *manière spécifiée d'accomplir une activité* ». Il existe des procédures « générales » portant sur l'organisation interne (approvisionnement en matériel par exemple) et des procédures spécifiques, décrivant précisément une activité. Chaque procédure renvoie à des modes opératoires nécessaires à la réalisation d'une opération dans le cadre du procédé mis en œuvre.

Pour les spécialistes de la qualité, procédure et protocole sont deux appellations différentes désignant la même chose.

### Audit qualité

Selon la norme ISO 8402, l'audit se définit comme « *un examen méthodologique et indépendant en vue de déterminer si les résultats relatifs à la qualité satisfont aux dispositions pré établies et si ces dispositions sont mises en œuvre de façon effective et sont aptes à atteindre les objectifs* ».

### Les agréments : la certification, l'accréditation

- La certification : Procédure par laquelle un tiers donne une assurance écrite qu'un produit, un processus ou un service satisfait aux exigences

spécifiées. C'est une reconnaissance largement utilisée en dehors du domaine des soins (Norme ISO 9001 ou 9002 en relation avec la norme ISO 9004-2).

○ L'accréditation : Selon l'A.F.N.O.R., il s'agit « *d'un examen systématique en vue de déterminer dans quelle mesure une entité est capable de satisfaire aux exigences spécifiques* ».

Pour l'A.N.A.E.S., « *l'accréditation est une procédure d'évaluation externe à un établissement de santé, effectuée par des professionnels, indépendants de l'établissement de santé et de ses organismes de tutelle, concernant l'ensemble de son fonctionnement et de ses pratiques. Elle vise à s'assurer que les conditions de sécurité, de qualité des soins et de prise en charge du patient sont prises en compte par l'établissement de santé* » (3).

## **1.2.2 Les grands principes de la qualité en établissement de santé**

### **A) La mise en œuvre d'une politique qualité**

L'engagement d'un établissement de santé dans la démarche d'amélioration de la qualité nécessite de la part de la direction une réflexion de fond sur les enjeux, les objectifs généraux poursuivis et la stratégie à adopter pour les atteindre.

Dans ce cadre, la politique qualité doit s'entendre comme une composante du projet d'établissement. Le projet qualité entre en cohérence avec les objectifs décrits dans le projet d'établissement. Il s'agit alors de développer une approche synergique des différents projets (projet médical, projet social, projet de soins notamment) pour les appréhender dans une approche coordonnée.

Cette approche permet de considérer la démarche qualité non pas comme une contrainte mais comme une approche globale et transversale du management de l'organisation.

Le manuel d'accréditation de l'A.N.A.E.S. illustre les liens entre projet d'établissement et politique qualité, notamment dans le référentiel « qualité et prévention des risques » (QPR).

QPR 1 : « *L'établissement initie, pilote et soutient une politique qualité s'appuyant sur la gestion de la qualité et la prévention des risques* ».

(3) A.N.A.E.S. : « *Manuel d'accréditation des établissements de santé - Principes généraux.* ». Paris : Actualisation Juin 2003. p 9.



Critère QPR 1a : « La politique qualité est définie par la direction en concertation avec la C.M.E., la D.S.I. ou le responsable du service de soins infirmiers, le C.T.E. ou structure équivalente, et le personnel ».

Critère QPR 1c : « La politique qualité est intégrée dans le projet d'établissement ».

L'A.N.A.E.S. précise que l'existence en amont d'un projet d'établissement est une condition nécessaire pour que les acteurs se mobilisent autour du projet qualité (4).

La politique qualité vise avant tout à donner du sens à la démarche qualité autour d'objectifs qualité définis.

Elle permet de mettre en œuvre ce qui a été prévu, de vérifier et évaluer les résultats obtenus et d'en tirer les enseignements. En outre, elle met en lumière la réelle capacité d'engagement du management de l'établissement.

La politique qualité doit se structurer autour de responsabilités clairement définies et connues de tous. L'implication des décideurs doit être visible au travers des moyens de communication mis en œuvre pour expliquer la démarche de la qualité. Egalement par le suivi des actions et la participation effective de ces décideurs aux différentes actions qualité. La réussite d'un projet qualité tient à l'existence d'une volonté de ces décideurs à partager des objectifs communs.

#### a) *Le management interne de la qualité*

L'implication claire des responsables institutionnels est un facteur déterminant pour la réussite de la politique d'amélioration continue de la qualité. Elle doit être visible et forte. Mais le succès de la démarche ne se réduit pas à cette seule volonté managériale.

La démarche d'amélioration continue de la qualité est conditionnée par l'action collective. Or, comme le souligne Jean-Louis RAYMOND (5), elle touche à « *un élément capital de la vie et des régulations des ensembles organisés : l'élément culturel.* »

Par conséquent, il est indispensable pour une direction d'établissement d'associer étroitement les acteurs à la démarche, et ce quel que soit le niveau de qualification, pour que le projet soit partagé. La finalité est l'introduction d'une réelle culture qualité dans l'établissement.

(4) A.N.A.E.S. : « *Principes de mise en œuvre d'une démarche qualité en établissement de santé* ».op. cit p 29.

(5) RAYMOND JL, DE HARO A, JEZEQUEL N: « *Donner du sens à la qualité dans un établissement de santé* » Bordeaux : Les études hospitalières, juin 2001. 280 p. p 31.

Afin de garantir la pérennité du système, plusieurs éléments conduisent à la mise en place d'une démarche participative :

- La mobilisation des acteurs est un préalable pour conduire le changement
- La démarche qualité est transversale et ne saurait être seulement l'affaire de quelques uns
- L'amélioration des processus n'est effective que si ceux qui les mettent en œuvre sont associés à la réflexion des actions d'amélioration
- La démarche participative s'intègre dans un management institutionnel structuré.

Le style de management impulsé par la direction est également un élément fondamental pour le succès de la démarche.

L'adaptation des règles de management de projet et du management participatif à la démarche qualité nécessite une approche managériale adaptée à la taille de l'établissement et aux moyens dont il dispose. On demande en effet un niveau d'expertise et d'application des textes réglementaires et ce qu'elle que soit la taille de la structure.

*b) Une réflexion nécessaire sur les modalités d'introduction et de développement de la démarche :*

La démarche qualité va engendrer un certain nombre de changements structurels et culturels profonds : organisation plus horizontale, développement des interfaces, utilisation d'outils et méthodes d'amélioration, culture de la mesure.

La conduite du projet qualité devra donc intégrer :

- La situation initiale dans laquelle se situe l'établissement
- Le type de management en place
- Les ressources humaines disponibles en interne.

Compte tenu de ces éléments, le rythme de développement sera fondé soit sur une démarche étendue d'emblée à tous les secteurs d'activité, soit sur un développement progressif.

## B) La structuration de la démarche

Quel que soit le rythme adopté, une approche méthodologique est nécessaire. Les changements opérés par la mise en œuvre de la démarche qualité reposent sur

l'utilisation appropriée d'outils et méthodes par les groupes de travail. Le choix de ces outils dépendra des objectifs poursuivis.

Une démarche qualité structurée se caractérise par la coordination des structures de pilotage aux structures de mises en œuvre.

○ La structure de pilotage : il s'agit en général d'un **comité de pilotage** dont la composition varie selon la taille de l'établissement. Ce comité a un rôle décisionnel. Ses missions essentielles sont :

- La prise de décisions nécessaires à l'avancée de la démarche
- La détermination et la validation des objectifs à atteindre
- L'obtention des moyens nécessaires à la mise en œuvre de la démarche qualité
- Le soutien dans la démarche, sa cohérence et son suivi.

Le comité de pilotage est représentatif des structures décisionnelles et consultatives de l'établissement.

○ La structure opérationnelle de coordination : son rôle est d'assurer la coordination et la gestion de la démarche. Outre son appui méthodologique, elle assure le suivi des actions et veille au respect du planning. Elle prépare notamment tous les travaux nécessaires aux prérogatives du comité de pilotage. Elle est garante de l'organisation de la gestion documentaire.

Il s'agit, selon la taille de la structure, d'une **cellule qualité**, d'un **bureau qualité** ou d'une **direction de la qualité**. A minima, il est nécessaire que cette structure dispose d'un temps de secrétariat et d'un responsable identifié, directement rattaché aux membres de l'équipe de direction. Par ailleurs, il est souhaitable de disposer de la compétence d'une personne formée à la démarche.

○ La constitution de groupes projets : Le développement d'une démarche qualité au sein d'un établissement de santé repose sur la constitution de **groupes pluridisciplinaires** issus de différents corps de métiers impliqués par le processus étudié.

Ces groupes généralement animés par un responsable de projet ont pour mission de répondre aux objectifs fixés par le comité de pilotage et de conduire les différentes étapes de la démarche qualité. Il est souhaitable que les membres des groupes projets puissent bénéficier d'une formation portant sur les outils et méthodes de la qualité.

L'implication forte des membres ainsi que le partage d'expérience doivent être recherchés.

Une démarche qualité structurée facilitera le déploiement des projets d'amélioration. Ce déploiement devra être planifié de façon rigoureuse grâce à l'élaboration de plans d'actions. Cet aspect méthodologique de la démarche fera l'objet d'une analyse plus approfondie dans le chapitre « outils et méthodes ».

a) *L'importance de la relation client-fournisseur*

L'attention portée à la réponse aux besoins et aux attentes des clients est une orientation fondamentale de la démarche qualité. Cet effort doit être constant à toutes les étapes de la vie d'un produit ou d'un service. Ecouter le client, c'est obtenir des informations nécessaires à l'identification de processus clefs, de dysfonctionnements préjudiciables ou d'objectifs déterminants dans les choix stratégiques futurs.

Dans l'esprit de la qualité et selon la norme ISO 8402, le « *client est destinataire d'un produit ou service fourni par un fournisseur* ». La base de l'assurance qualité repose sur une notion de contrat entre un fournisseur de produit ou de service et un client. Ce produit et ce service doivent correspondre à une spécification attendue et à une prestation régulière, fournie sans non conformité.

Dans un établissement de santé, le terme « client » est généralement mal perçu puisqu'il renvoie à des notions « marchandes ». Pour autant, en conservant les termes définis dans l'esprit de la qualité, il existe dans les structures hospitalières un grand nombre d'exemples de relations client-fournisseur car tout professionnel est à la fois client et fournisseur. C'est le cas par exemple de :

1. la pharmacie (**client**) qui passe une commande à un laboratoire (**fournisseur**) ;
2. l'infirmière (**cliente**) qui demande à la pharmacie (**fournisseur**) des seringues et des aiguilles
3. l'infirmière (**fournisseur**) qui réalise une injection au malade (**client**).

Chaque fonction de l'établissement se trouve donc simultanément en position :

- de fournisseur de la ou des fonction(s) placées **en aval**
- de client de la ou des fonction(s) placées **en amont**.

L'écoute des clients concernera aussi bien les clients internes à l'établissement (tous les professionnels) que les clients externes (ensemble des usagers de soins, professionnels extérieurs, population susceptible d'être traitée).

Une attention particulière à la relation client-fournisseur devra donc être apportée dans le cadre de la mise en place d'une démarche qualité à l'hôpital local. D'une part parce qu'elle remet en cause les modes d'organisation de la structure, d'autre part parce que les besoins des clients, usagers de soins, se sont réaffirmés, notamment au travers de la loi

du 4 mars 2002 relative aux droits du malade et à la qualité du système de santé et de la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

*b) La communication de la démarche qualité*

Un plan de communication de la démarche en interne est nécessaire afin de faire connaître et reconnaître aux professionnels et aux usagers de soins l'importance de la démarche qualité dans la stratégie générale de l'établissement. « *La communication doit se généraliser à toutes les composantes de l'organisation, favorisant le décloisonnement des services tout en améliorant la coordination dans l'ensemble de l'établissement* » (6).

La communication doit être réfléchi au départ des actions qualité. Elle fait partie intégrante de la formalisation des objectifs.

*c) La formation*

La mise en œuvre de la démarche qualité nécessite de disposer de compétences adaptées afin que l'effort consenti débouche sur un changement culturel et comportemental. La formation doit permettre aux professionnels de comprendre la finalité de la démarche, de partager les objectifs fixés et d'être en mesure d'utiliser les outils et méthodes mis en place.

Une attention particulière devra être portée sur le personnel d'encadrement (concepts, principes, pédagogie, communication) tandis que, pour les autres professionnels, les formations de type « action » seront centrées davantage sur la pratique quotidienne. Certaines formations spécifiques comme celle de « responsable d'assurance qualité » (R.A.Q.) sont recommandées pour structurer en interne la coordination de la démarche, notamment au niveau de la gestion documentaire.

*d) La mesure, l'évaluation*

**Il n'y a pas de qualité sans mesure.** La mesure fait partie intégrale de la mise en place de la démarche qualité. Pourtant, en établissement de santé, elle ne va pas de soi car trop souvent appréhendée par les professionnels comme un contrôle de leur pratique. La culture de la mesure, au contraire, dépasse le niveau des représentations et de la subjectivité pour objectiver un niveau de qualité constant. Il s'agit d'apprécier le niveau de satisfaction des clients et le bon déroulement des processus mis en œuvre, afin de mettre en place, le cas échéant, des actions correctives.

(6) J-L RAYMOND . *op.cit* page 64

C'est aussi un moyen de valoriser le travail réalisé sur la base de données objectivables et d'avoir un impact positif sur la mobilisation des acteurs. La finalité de la mesure est d'améliorer, voire de maîtriser les processus.

Plusieurs outils de mesure sont à la disposition des professionnels : audit clinique, analyse des pratiques, enquêtes de satisfaction, tableaux de bord, indicateurs (7).

C) D'autres paramètres sont indispensables à la mise en œuvre de la démarche

a) *La gestion des risques*

Ce thème mériterait à lui seul un travail de recherche. Signalons dans le cadre de ce mémoire que gestion des risques et démarche qualité sont étroitement liés, tout comme la procédure d'accréditation.

Dans le domaine de la santé, la gestion des risques a pour objet essentiel la prévention des dommages aux personnes. Il s'agit de mettre en place une démarche active et concertée visant l'amélioration de la sécurité. Les enjeux sont multiples pour un établissement car la gestion des risques constitue une réponse aux attentes croissantes et légitimes de la société. La mise en place des programmes de gestion des risques est également aujourd'hui une condition favorable d'assurabilité d'un établissement (8). Les nombreuses similitudes existant entre la gestion de la qualité et la gestion des risques, que ce soit en terme d'objectifs, de culture, de responsabilisation des acteurs ou de méthodes, conduisent à intégrer les deux démarches dans la stratégie globale du management de l'établissement.

b) *Le coût de la non qualité*

« *La qualité coûte cher, mais il existe quelque chose de plus coûteux que la qualité : son absence* » (9).

Face à la contrainte budgétaire des établissements et les exigences croissantes des patients pour la qualité des soins, la relation entre coût et qualité a été analysée au travers de deux concepts :

(7) Pour en savoir plus :

1 A.N.A.E.S. : « *L'audit clinique : bases méthodologiques de l'évaluation des pratiques professionnelles* » Paris : Avril 1999. 27 p.

2 A.N.A.E.S. : « *Construction et utilisation des indicateurs dans le domaine de la santé - Principes généraux* » Paris : Mai 2002. 39 p

(8) A.N.A.E.S. : « *Principes méthodologiques pour la gestion des risques en établissement de santé* » Paris : janvier 2003. 114 p.

(9) JOCOUP : « *Les enjeux économiques de la qualité* » In : *au cœur du changement. Une autre démarche de management : la qualité totale.* Paris : Dunod 1992. p.43-71

- Le coût d'obtention de la qualité (C.O.Q.)

Issu des premiers systèmes d'assurance qualité aux Etats-Unis, le C.O.Q. permet de prendre en compte la notion d'investissement dans la qualité. Il correspond à la somme des dépenses supplémentaires engagées par les coûts de prévention, les coûts d'évaluation et de conformité et les coûts liés à la correction des défaillances.

Afin de réduire le C.O.Q., il est nécessaire d'identifier les sources d'erreur et de les éliminer, d'où l'importance d'investir dans la prévention et la conformité.

- Le coût de la non qualité (C.N.Q.)

Le C.N.Q. mesure les conséquences de la non qualité : erreurs dans les processus, redondances dans l'organisation, erreurs directes subies par le patient. Plusieurs auteurs ont posé l'hypothèse de l'existence d'un optimum des dépenses de prévention qui entraînerait une baisse des coûts des défaillances et des coûts de conformité. Même s'il apparaît difficile d'isoler les coûts de non qualité par établissement de santé, l'investissement dans la prévention est la clé du succès durable de la qualité. Un effort particulier porté sur la réorganisation du travail peut réduire les coûts cachés inhérents au système.

c) *Les limites de la démarche qualité à l'hôpital*

Des obstacles fréquents viennent freiner l'efficacité de la mise en œuvre de la démarche qualité en établissement :

- L'absence de volonté réelle des décideurs : l'engagement fort de la direction dans la démarche peut entraîner une période de perplexité de la part des différentes équipes. L'absence d'engagement est très préjudiciable pour pérenniser l'effort mis en œuvre.

- La résistance au changement : la démarche qualité implique de passer notamment d'une culture orale largement répandue chez les professionnels de santé à la formalisation des process. Cette évolution est souvent mal vécue.

- La charge de travail supplémentaire : elle est inévitable et se réalise la plupart du temps avec un niveau de ressource interne équivalent. Les fruits de ce surinvestissement ne sont pas immédiats.

- La balkanisation des secteurs d'activité : culturellement, les différents secteurs d'un établissement de santé sont relativement cloisonnés lorsqu'ils ne cultivent pas d'antagonisme déclaré. La démarche qualité bouleverse cette organisation puisqu'elle pénètre l'institution de façon transversale.

### Des pièges sont à éviter :

- La protocolisation abusive qui fait perdre du sens à la démarche et conduit à l'impossibilité de maîtriser l'évaluation des documents qualité mis en place. Au pire, elle peut conduire à l'inaction des personnels qui, sans document formalisé, ne prennent plus d'initiative.
- L'organisation trop directive de la qualité qui conduit à ce que les utilisateurs se sentent exclus de la décision tandis que les membres du service qualité s'imposent comme experts, détenteurs d'un nouveau pouvoir. La démarche qualité, tout comme l'accréditation, peuvent séduire tout un chacun dès lors qu'elles autorisent l'adaptation et la créativité.
- Le placage d'un système tout fait qui s'inscrit davantage dans une conception accréditrice et qui ne prendrait pas suffisamment en compte le contexte particulier de la structure et des hommes qui la composent.
- L'absence d'un véritable projet qualité qui, rapidement, conduit à ce que les actions se diluent dans le temps et perdent leur intérêt.
- Le développement de l'inspection plutôt que l'évaluation qui conduit à l'émergence d'une culture basée sur la suspicion et le contrôle.
- Un système qualité trop complexe qui ne répond ni aux besoins des usagers ni à ceux des professionnels.

Pour conclure ce chapitre, rappelons que l'A.N.A.E.S a tiré en 1999 les premiers enseignements de la mise en place de la démarche d'amélioration de la qualité dans les établissements français (10) et qui sont sources d'enrichissement :

1. « *La méthodologie de l'amélioration continue est transposable au secteur de la santé [...] De nouvelles approches éducatives sont à définir pour l'application dans le secteur de la santé* ».
2. « *La constitution d'un groupe pluridisciplinaire est un support majeur pour le changement des mentalités* ».
3. « *L'intégration progressive de la démarche d'amélioration dans l'institution se fait grâce à la conduite de projets transversaux démonstratifs* ».
4. « *Une bonne gestion de projet est un soutien fort à la motivation des personnes impliquées dans un projet* ».
5. « *La mesure se généralise si chaque professionnel l'intègre peu à peu dans ses activités* ».

(10) A.N.A.E.S. « *Evaluation d'un programme d'amélioration de la qualité – Les enseignements de 60 projets dans les établissements de santé français* » Paris : Avril 1999. 105 p. p 49.



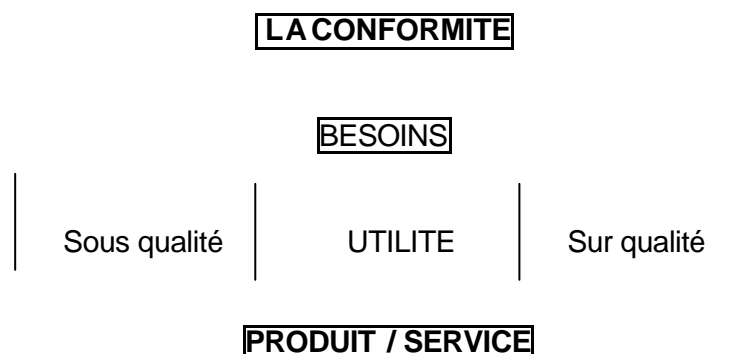
6. « C'est par la pratique que les professionnels se forment aux concepts et outils de l'amélioration continue de la qualité ».
7. « L'investissement associé à une démarche d'amélioration continue de la qualité ne doit pas être sous estimé ».
8. « La qualité des aspects non médicaux d'une prise en charge est importante pour les patients ».
9. « L'implication des médecins est fondamentale pour la crédibilité de la démarche d'amélioration continue de la qualité ».
10. « La cohérence, ainsi que la continuité des messages autour de la qualité sont gages de pérennité ».
11. « Seul un engagement fort et continu des responsables de projets permettra d'impulser le changement ».
12. « La motivation réelle et sincère des professionnels à l'améliorer doit être soutenue et accompagnée ».

### 1.2.3 Approche conceptuelle pour comprendre la qualité en établissement de santé

#### A) Qualité et satisfaction des besoins

##### a) Le concept de conformité

La conformité du service rendu correspond à une réponse qui est en parfaite adéquation aux besoins du client (celui qui reçoit la prestation). Il ne s'agit pas plus d'offrir une sur-qualité qu'une sous-qualité de réponse, deux notions qui engendrent la non qualité.



Il est donc indispensable de bien définir les besoins du client pour qu'il y ait conformité et donc qualité. La définition des besoins résulte d'un accord mutuel entre fournisseur et client sur l'identification, l'expression et l'acceptation du besoin.

Distinguer les besoins, c'est aussi répondre à trois niveaux de satisfaction :

- niveau de besoin latent : le plus qui fera la différence entre un service et un autre
- niveau de besoin explicite : la conformité aux exigences
- niveau de besoin implicite : le dû car évident est essentiel.

*b) Le concept de prévention*

Sur la base des trois niveaux de satisfaction qui viennent d'être décrits, la structure va pouvoir apporter trois types de réponses lorsque, au final, le client est insatisfait.

- **La réparation** : des moyens curatifs sont mis en œuvre pour traiter les défauts constatés. Le processus n'est pas remis en cause pour éviter de reproduire le dysfonctionnement.
- **Le contrôle** : des moyens sont mis en place pour que le défaut n'apparaisse pas aux yeux du client.
- **La prévention** : des moyens préventifs sont mis en place pour que le défaut ne puisse plus se reproduire. L'effort consenti à la prévention pourra réduire très significativement la réparation. Dans ce cas, il s'agira de tendre à donner une réponse conforme dès le premier coup et toutes les fois suivantes.

B) Les différentes typologies de la qualité

On distingue quatre types de qualité dans la relation client-fournisseur qui diffèrent selon le point de vue des professionnels ou de l'utilisateur de soins :

- **La qualité voulue** : c'est celle qui est spécifiée sous forme de critères explicites à partir desquels il sera possible de mesurer la conformité. La qualité voulue est celle définie par les professionnels et le législateur sur la base de références légales ou réglementaires et de consensus professionnel.
- **La qualité attendue** est celle que le patient élabore à partir de son vécu, son expérience antérieure, l'environnement du système de soins dans lequel il se trouve.
- **La qualité vécue** : elle dépend à la fois de la qualité attendue et de la qualité délivrée. C'est celle qu'expérimente le patient.
- **La qualité délivrée** est celle que reçoit réellement le patient.

L'écoute des clients doit permettre de réduire les écarts mesurés entre les différents types de qualité.

### a) *Les dimensions de la qualité*

Quatre dimensions fondamentales au développement de la démarche qualité ont été conceptualisées par S.M. SHORTELL (11).

Ces dimensions apportent un éclairage sur l'approche méthodologique et la mise en œuvre d'une démarche qualité.

- La dimension stratégique :

Elle permet une vision prospective de la démarche qualité par l'identification des processus clefs et des objectifs que l'on souhaite atteindre. Cette dimension permet de mobiliser les acteurs autour d'actions qualité et légitimer la démarche qualité dans le fonctionnement quotidien de la structure.

- La dimension technique

Cette dimension regroupe trois éléments principaux liés au savoir faire des acteurs :

- La gestion de projet : c'est l'ensemble des composantes du management de la qualité mis en œuvre dans la structure pour atteindre les objectifs fixés
- L'organisation du système qualité : elle regroupe la formalisation de la démarche globale
- La maîtrise des outils et méthodes : ils servent à mettre en œuvre les différents projets qualité et sont adoptés en fonction des processus analysés. Il est souhaitable que ces outils et méthodes soient harmonisés afin de limiter les coûts d'implantation et de formation des personnels.

- La dimension structurelle

Cette dimension concerne la mise en place des structures d'organisation qui sont nécessaires à la démarche.

Compte tenu du volume croissant des actions d'améliorations à entreprendre, la coordination efficace de la démarche est une base fondamentale de son succès. C'est également la structure de coordination qui donne du sens et de la cohérence au projet qualité. C'est dans cette dimension que le comité de pilotage ou la cellule qualité ont leur place.

- La dimension culturelle

Cette dimension regroupe toutes les représentations, croyances, valeurs ou comportements des acteurs qui favorisent la démarche qualité et le développement d'une

(11) SHORTELL S.M., BENNET C.L., BYCK G.R : « Accessing the impact of continuous quality improvement on clinical practice » . MILBANK Q. 1998; 76 – pp 593-624

culture de la qualité dans l'établissement. SHORTELL précise les conséquences de la prise en compte insuffisante de chacune des dimensions :

STRATEGIQUE	CULTURELLE	TECHNIQUE	STRUCTURELLE	RESULTATS
0	1	1	1	Pas de résultat significatif sur les sujets essentiels
1	0	1	1	Petits résultats temporaires. Pas de pérennisation
1	1	0	1	Frustration des acteurs. Faux départs.
1	1	1	0	Pas de capitalisation ni d'extension des apprentissages
1	1	1	1	Pérennisation de la démarche au sein de l'organisation

*b) Le concept du niveau de qualité*

Le qualiticien américain P. CROSBY a démontré que les politiques qualité mises en œuvre sur le terrain sont hétérogènes et révèlent des niveaux de maturité très distincts (12). Aussi, cinq étapes chronologiques dans le management de la qualité allant du plus simple au plus élaboré sont décrites par CROSBY : l'incertitude, l'éveil, la prise de conscience, la sagesse, la certitude. Ces cinq étapes correspondent à cinq niveaux de qualité. La majorité des démarches qualité des établissements de santé se situeraient actuellement entre le premier et le second niveau :

Niveau 1 = l'incertitude : l'établissement est doté d'un personnel compétent. Ce niveau de qualité correspond à disposer d'un personnel qualifié, placé au bon endroit susceptible d'intervenir au bon moment.

Niveau 2 = l'éveil : l'établissement réalise des contrôles a posteriori. A ce niveau, l'effort est surtout concentré sur la réparation du dysfonctionnement ; la durée des suivis est souvent peu prolongée. On ne cherche pas à maîtriser a priori les facteurs pouvant entraîner des dysfonctionnements. Il n'y a pas d'organisation généralisée.

Niveau 3 = la prise de conscience : l'établissement a structuré la gestion de la qualité par projets. C'est le mode de gestion le plus pratiqué. Même si la démarche évolue par a-coups, l'établissement s'attache à traiter les dysfonctionnements majeurs, à prendre en charge certains processus clés et à répondre aux exigences réglementaires conjoncturelles. Il n'y a pas d'approche systémique de la qualité.

(12) P. CROSBY : « La qualité, c'est gratuit » Paris : Economica 1996.

Niveau 4 = la sagesse : l'établissement maîtrise ses principaux processus. Le terme de maîtrise s'entend ici comme la définition des points d'organisation nécessaires (qualification, moyens, temps alloué, procédures, ...) et formalisés, destinés à minimiser les risques de dysfonctionnement.

Niveau 5 = la certitude : l'établissement a mis en place une gestion globale de la qualité qui signifie que la qualité est pilotée et couvre l'ensemble des activités de l'établissement.

### C) Les niveaux d'exigence et leurs spécificités d'obligations

Compte tenu de ces différents niveaux de qualité, il convient de préciser que des niveaux d'exigence leur correspondent et déterminent la stratégie interne de chaque établissement à utiliser tel ou tel système qualité.

⇒ Exigence de moyens : obligation de fournir des moyens appropriés. C'est le niveau minimal à partir duquel l'établissement s'engage sur des standards plus ou moins élevés en fonction de la nature de l'activité.

⇒ Exigence d'efficacité des moyens : obligation de configurer les moyens afin qu'ils soient disponibles au bon moment, au bon endroit et en quantité suffisante. Or, on sait que la mauvaise organisation constitue une des sources majeures de dysfonctionnement.

⇒ Exigence d'amélioration : obligation d'analyser un processus afin de le faire progresser. Cette exigence prend en compte l'aspect préventif et l'aspect correctif. La dynamique d'amélioration s'appuie sur les groupes de travail.

⇒ Exigence de maîtrise : obligation de configurer le processus afin qu'il produise de façon systématique un résultat conforme et que les résultats non conformes soient éliminés, si possible avant d'être produits.

⇒ Exigence de preuve : obligation de pouvoir démontrer que l'on fait, ce que l'on dit, par la production d'éléments de preuve a priori et a posteriori à l'aide d'enregistrements.

En fonction de l'activité et de la stratégie de développement de la qualité qu'il souhaite développer, l'établissement sera amené à se conformer à ces différents niveaux d'exigence :

- |                                    |   |                           |
|------------------------------------|---|---------------------------|
| - Mettre en œuvre une organisation | } | Exigence de moyens et     |
| - Identifier des besoins           | } | d'organisation des moyens |
| - Coordonner des services          |   |                           |
| - Améliorer de façon continue      | } | Exigence d'amélioration   |
| - Maîtriser le risque infectieux   | } | Exigence de maîtrise      |

Si la qualité accréditrice mélange les différents niveaux d'exigence, la majorité des référentiels fait appel à des exigences de moyens ou d'organisation des moyens.

#### 1.2.4 Les outils et méthodes

##### A) Les méthodes utiles au pilotage

Dans de nombreux cas, les professionnels de santé parviennent de façon empirique à trouver des solutions pour améliorer les organisations et s'adapter à l'évolutivité des pratiques. Pour autant, face à des problèmes récurrents ou lorsqu'il s'agit de conduire des démarches d'envergure avec des résultats démonstratifs et pérennes, il est nécessaire d'utiliser des outils et des méthodes performants. Ils permettent à l'établissement de santé de structurer sa démarche qualité afin d'obtenir des améliorations significatives et mesurables dans le temps.

Toutefois, la littérature met en lumière un vaste ensemble de techniques de la qualité dotées d'un langage spécifique et de logiques propres qui ne facilitent pas de prime abord, l'appropriation par les acteurs.

Dans le cadre de ce travail, les techniques présentées ci-après sont celles qui sont apparues les plus appropriées pour s'appliquer à la démarche qualité en hôpital local.

##### a) *L'approche processus ou comment aborder la qualité dans sa composante transversale et pluridisciplinaire :*

L'A.N.A.E.S. définit le processus « *comme un ensemble plus ou moins complexe de tâches élémentaires, accomplies par un professionnel ou un groupe de professionnels, faisant appel à des ressources (équipement, matériel, information, compétences), destinées à obtenir un résultat donné* » (13)

Pour l'A.F.N.O.R., « *l'approche processus vise à adapter les différentes entités de l'organisme pour former une série de chaînes d'activités homogènes et maîtrisables, regroupées en fonction de leur contribution aux différents flux de création de valeur pour le client* » (14).

L'approche processus permet d'identifier et d'analyser la contribution de chaque secteur concerné par la réalisation d'un produit ou d'une prestation.

(13) A.N.A.E.S. - « *Principes de mise en œuvre d'une démarche qualité en établissement de santé* » Paris : Avril 2002. 77 p. p 54

(14) Stéphane MATHIEU : « *Réussir l'approche processus* » Paris : A.F.N.O.R. 2003.

Compte tenu de la spécialisation progressive de ces secteurs et des acteurs qui les composent, l'approche processus va permettre d'améliorer la coordination des interfaces en décloisonnant l'organisation verticale traditionnelle. La transversalité est un élément important du processus.

Au-delà de la qualité technique de chaque étape du processus concerné, il s'agit de prendre en compte la qualité du système organisationnel mis en place.

#### L'identification des processus :

C'est une étape fondamentale qui consiste à définir les responsabilités des différents acteurs dans le cadre du travail et de mettre en place une gestion de projet. Il est préférable d'identifier les **processus clés**. Ce sont ceux qui sont permanents et opérationnels et qui ont le plus d'importance dans la production du produit au service. C'est également ceux qui génèrent les dysfonctionnements les plus importants et qui ont le plus d'incidence sur la satisfaction des usagers de soins.

Les processus clés concerneront notamment ceux en lien direct avec la prise en charge du patient (processus d'accueil, de sortie, etc...), ceux en lien avec le soutien logistique (maintenance, approvisionnement, etc...) et ceux liés au management de l'institution (élaboration du projet d'établissement, processus de recrutement des personnels, suivi des budgets par exemple).

#### La description du processus :

Il s'agit de décrire concrètement comment les activités se déroulent au sein du processus concerné puis de les analyser afin d'identifier les dysfonctionnements et leurs causes. La compréhension des différentes étapes du processus permet de le modifier pour que les résultats attendus soient fiables et se pérennisent.

#### L'amélioration du processus :

L'analyse du processus repose sur l'utilisation de plusieurs méthodes structurant la démarche (15). Il s'agit de méthodes basées sur la résolution de problèmes et sur l'analyse des processus. Ces méthodes sont complémentaires et souvent utilisées simultanément. Certaines d'entre elles, notamment la méthode P.D.C.A.. (Plan Do Check Act) et la méthode P.A.Q.-A.N.A.E.S. (Projet d'Amélioration de la Qualité) seront développées dans les pages suivantes dans le cadre de leur utilisation à l'hôpital local de Pont Saint Esprit.

(15) Pour en savoir plus : A.N.A.E.S. : « Méthodes et outils des démarches qualité dans les établissements de santé » Paris : Juillet 2000. 67 p

### La maîtrise des processus :

Ce niveau de maîtrise reposera essentiellement sur :

- des procédures claires qui décrivent la façon de réaliser l'action,
- la formation du personnel,
- un rôle renforcé de l'encadrement de proximité qui doit s'assurer du suivi,
- la mesure et le suivi d'indicateurs,
- les méthodes d'audit.

#### *b) La méthode P.A.Q – A.N.A.E.S.*

C'est une méthode d'amélioration de la qualité testée dans 64 établissements français entre 1995 et 1997 et qui se base sur l'étude des processus. Son champ d'application concerne les processus ayant trait à la prise en charge du patient au sein d'un établissement de santé. Les objectifs de la méthode sont les suivants :

- Décrire de façon structurée les processus étudiés
- Identifier les points de dysfonctionnement
- Définir les actions d'amélioration puis les mettre en oeuvre
- Mesurer les améliorations obtenues.

L'utilisation de la méthode P.A.Q.- A.N.A.E.S. est efficace sur des processus stables et bien délimités, tels que la préparation de la sortie du patient. Elle prend parfaitement en compte la relation « client-fournisseur ».

Au sein d'un même processus, la méthode P.A.Q. peut être utilisée sur certains segments et combinée à d'autres méthodes.

La méthode comprend 4 étapes :

- L'identification du processus
- La description du processus
- La construction du nouveau processus
- L'amélioration du processus.

#### *c) L'audit clinique*

Cette méthode, développée en France par l'A.N.D.E.M., est une méthode d'évaluation qui permet, à l'aide de critères pré définis de comparer les pratiques de soins à des références admises.

L'objectif de la méthode est triple :

- Mesurer l'écart entre la pratique et la référence
- Définir et mettre en œuvre des actions d'amélioration
- S'assurer de l'efficacité des actions d'amélioration.



La méthode est surtout efficace si l'on cible une pratique professionnelle bien définie comme, par exemple, la tenue du dossier de soins.

Elle comprend six étapes :

- Le choix du thème en fonction de la fréquence de la pratique et du risque encouru par le patient
- Le choix des critères
- Le choix de la méthode de mesure
- Le recueil de données
- L'analyse des résultats
- La mise en œuvre de plan d'actions d'amélioration.

*d) La méthode P.D.C.A. : Plan Do Check Act : la roue de Deming*

Développée par le qualitologue américain DEMING, le cycle P.D.C.A. est une méthode de conduite et d'amélioration de projet qui permet l'exécution d'une tâche de façon efficace et séquentielle (**Voir en Annexe 1**: un schéma illustratif de la roue de DEMING)

La méthode P.D.C.A. peut s'appliquer à tous les processus, qu'il s'agisse de l'élaboration d'un projet d'établissement par exemple ou d'une action très ciblée.

La méthode se caractérise par 4 objectifs :

**Plan** : établir un plan, prévoir. C'est définir le but et l'objectif de l'action en fixant des objectifs mesurables et les méthodes à utiliser pour les atteindre. A cette phase, il s'agit également de définir les moyens nécessaires à mettre en œuvre pour atteindre les objectifs définis.

**Do** : exécuter le plan. La mise en œuvre du plan nécessite à ce stade la formation suffisante des personnels concernés. Le détail de l'action et sa finalité doivent être explicites en amont de l'exécution de la tâche.

**Check** : vérifier les résultats. C'est au cours de l'action que va se vérifier l'hypothèse de départ. Il est important que les facteurs de l'action et leurs causes aient bien été identifiées.

Ensuite, il s'agit de vérifier si les résultats obtenus sont conformes aux méthodes prédéfinies dans le plan et aux résultats attendus.

**Act** : prendre des mesures correctives ou maîtriser les résultats obtenus. C'est à ce stade que l'on trouve la notion de roue de Deming : les écarts observés doivent être suivis d'une analyse des causes et d'un nouveau plan d'actions.

## B) Les outils de construction

### a) *Le diagramme de GANTT*

L'établissement de santé peut être amené à piloter un certain nombre de projets simultanés pour lesquels se déclinent des actions à réaliser dans des délais impartis.

Le diagramme de Gantt est un outil permettant de planifier ces actions et de visualiser plus facilement le déroulement du projet. Concrètement, le diagramme de Gantt est un planning représentant en abscisse l'échelle du temps et, en ordonnée, la liste des actions.

Cela suppose que :

- les actions soient identifiées
- les actions soient priorisées et quantifiées en terme de délais, de charge et de ressources
- qu'il y ait une cohérence d'ensemble dans l'enchaînement des actions.

Nous verrons dans la deuxième partie de cette étude comment un tel diagramme peut être utilisé dans le cadre de la démarche qualité à l'hôpital local.

### b) *Le logigramme*

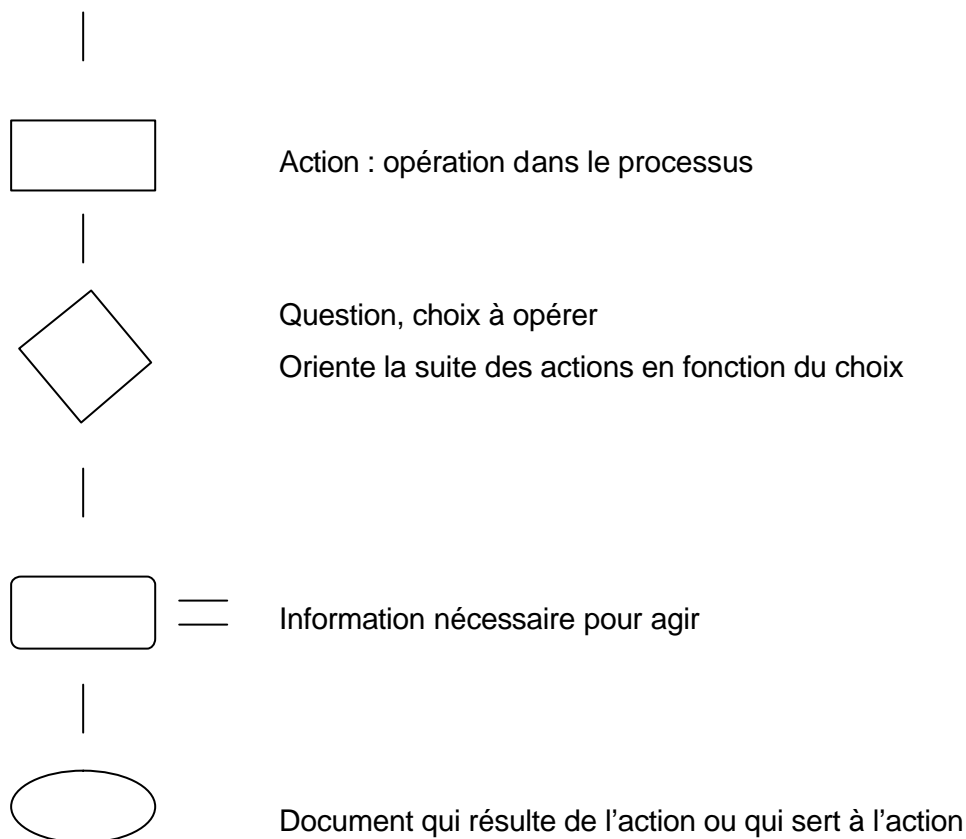
Le logigramme, couramment utilisé dans les démarches qualité, est la description graphique des enchaînements logiques d'une série d'opérations. Il sert à transcrire et à visualiser rapidement un mode opératoire ou un protocole. Un logigramme se lit comme un jeu de piste, un road-book. Par sa forme, il représente en une seule fois l'ensemble des opérations et des choix décrits.

Sa méthode de construction :

- **Définir son début et sa fin**
- **Identifier les questions** : un logigramme s'articule autour de choix qui sont autant de réponses possibles aux questions que l'utilisateur peut se poser lors de sa lecture
- **Identifier la chaîne principale** : c'est le squelette du logigramme, c'est-à-dire l'enchaînement logique de la procédure « si tout se passe bien » sans nécessité d'aiguillage
- **Identifier les boucles** : chaque fois qu'une question est posée, une boucle de logigramme est créée entre la question posée et la chaîne principale lorsque l'exécution ou la variante se termine.

### La symbolique des logigrammes :

Des symboles de base standardisés permettent aux utilisateurs d'identifier chaque étape qui le compose.



### **1.3 Accréditation – Démarche qualité : des liens étroits**

Si la mise en place de la démarche qualité dans les établissements de santé est d'apparition récente, il convient de préciser que l'accélération franche du développement de ces démarches est consécutive à l'ordonnance N° 96-346 du 24 avril 1996 instituant la procédure d'accréditation.

Accréditation et qualité constituent un nouveau système à intégrer puisque l'instauration de démarches qualités dans les structures de santé ne laisse plus le libre choix à l'initiative des directions d'établissements.

Comme le souligne Anne Marie BOIX (16), « *visant explicitement à introduire une démarche institutionnelle d'amélioration de la qualité, l'accréditation constitue bel et bien le nouvel ordre auquel l'ensemble des établissements doit se référer* ».

(16) BOIX AM : « *L'accréditation hospitalière, quel impact sur la culture et le management des établissements de santé ?* » Paris : L'HARMATTAN, 197p. p 41.

L'accréditation impose donc un nouveau cadre réglementaire, étroitement lié à la démarche qualité dans ce qu'il présuppose une conduite de changement dans les pratiques professionnelles et dans le management des organisations. Au cours de ma mission de stage, j'ai pu vérifier combien l'accréditation s'est révélé être un véritable catalyseur pour la démarche qualité à l'hôpital local. Il convient donc d'en préciser le sens et les grands principes sous-tendus par la procédure d'accréditation.

### **1.3.1 L'accréditation : principes et objectifs**

#### **A) Principes**

L'accréditation ne saurait être confondue à un contrôle de conformité à des normes réglementaires, réalisé par des corps d'inspection de l'Etat, même si les experts visiteurs de l'A.N.A.E.S. s'assurent que chaque établissement dispose de procédures internes et/ou externes issues de contrôles à caractère réglementaire.

Conduite à l'aide de référentiels, la procédure d'accréditation tend à analyser le positionnement de l'établissement par rapport à des références thématiques qui sont :

#### **1. Le patient et sa prise en charge**

- Droits et Information du Patient (DIP)
- Dossier du Patient (DPA)
- Organisation de la Prise en Charge du patient (OPC)

#### **2. Management et gestion au service du patient**

- Management de l'Etablissement et des secteurs d'Activité (MEA)
- Gestion des Ressources Humaines (GRH)
- Gestion des Fonctions Logistiques (GFL)
- Gestion du Système d'Information (GSI)

#### **3. Qualité et la prévention**

- Gestion de la Qualité et Prévention des Risques (QPR)
- Vigilances Sanitaires et Sécurité Transfusionnelle (VST)
- Surveillance, Prévention et contrôle du risque Infectieux (SPI).

La procédure permet également d'évaluer la dynamique qualité dans l'établissement sur l'ensemble de ces thèmes et de mesurer le niveau de structuration de la démarche qualité au plan institutionnel. Il s'agit donc d'un système de reconnaissance externe de la qualité qui structure une démarche explicitement définie par étape.

## B) Objectifs

En application de l'ordonnance du 24 avril 1996, la procédure conduite par l'A.N.A.E.S. définit six objectifs principaux :

- 1 l'appréciation de la qualité et de la sécurité des soins
- 2 l'appréciation de la capacité de l'établissement à améliorer de façon continue la qualité des soins et la prise en charge globale du patient
- 3 la formulation de recommandations explicites (\*)
- 4 l'implication des professionnels à tous les stades de la démarche qualité
- 5 la reconnaissance externe de la qualité des soins dans les établissements de santé
- 6 l'amélioration de la confiance du public.

## C) Le champ d'activité de la procédure

La procédure d'accréditation concerne tous les établissements de santé : publics et privés, civils et, potentiellement, militaires, les établissements assurant la prise en charge au titre de l'hospitalisation à domicile, ceux exerçant une activité de dialyse, les réseaux de soins et les groupements de coopérations sanitaires entre établissements de santé.

L'accréditation ne s'applique pas actuellement aux activités médico-sociales, même lorsque celles-ci, et c'est le cas des hôpitaux locaux, s'exercent au sein d'un établissement de santé.

Elle s'applique à l'établissement au sens juridique du terme et concerne l'ensemble des structures et des activités d'un établissement.

## D) Les étapes de la démarche

La phase d'auto évaluation est la phase essentielle de la procédure. Elle permet de réaliser un diagnostic de l'existant grâce à une démarche participative en regard du référentiel A.N.A.E.S. Les résultats de cette auto évaluation sont transmis à l'A.N.A.E.S. Une équipe d'experts visiteurs, dont le nombre varie en fonction de la taille de l'établissement, se déplace ensuite sur site afin d'apprécier la dynamique d'amélioration de la qualité en s'appuyant sur les résultats de l'auto évaluation. Ces experts sont tous des professionnels de santé en exercice, formés par l'A.N.A.E.S.

(\*) Pour en savoir plus : Site de l'A.N.A.E.S. : [www.anaes.fr](http://www.anaes.fr) - accès thématique aux publications en ligne

Dans les deux mois suivant la visite, le rapport des experts est transmis à l'établissement de santé qui a la possibilité de faire des remarques ou de donner des précisions.

Une analyse du rapport et des observations de l'établissement est ensuite réalisée par le collège d'accréditation de l'A.N.A.E.S. qui rédige ses conclusions dans un rapport d'accréditation. Celui-ci comporte d'éventuelles recommandations, voire d'éventuelles réserves assorties de précisions sur les modalités de suivi.

### **1.3.2 Les enjeux de l'accréditation**

- Des enjeux réglementaires

Les établissements ont l'obligation de s'engager dans la procédure en signant un contrat d'accréditation avec l'A.N.A.E.S.

Il s'agit également, notamment grâce à l'examen des fiches de sécurité, de permettre à l'établissement de se mettre davantage en conformité avec les normes en vigueur. C'est le cas par exemple de la sécurité incendie, de la pharmacie, de la sécurité de l'air ou de l'eau.

- Des enjeux liés à l'amélioration continue de la qualité

L'objectif est d'instaurer une démarche pérenne conduisant à une véritable culture institutionnelle de la qualité dans l'établissement.

- Des enjeux organisationnels

L'accréditation développe une approche transversale de l'organisation et non plus un modèle de management vertical. Mobilisation des personnels, développement des interfaces, décloisonnement, il s'agit de mettre en place une culture de partage des responsabilités.

- Des enjeux de positionnement de la structure

La publication du rapport du collège sur Internet et sa transmission à l'A.R.H. a un impact sur l'image et le positionnement de l'établissement dans son bassin d'attraction. En interne, comme vis à vis de la population locale, cet impact est d'autant plus sensible.

- Des enjeux pour le patient

Il s'agit de rétablir ou d'affirmer sa confiance en une structure capable de mettre en place et de respecter un ensemble de procédures d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

- Des enjeux budgétaires et financiers

Il n'y a pas officiellement de lien entre l'accréditation d'un établissement et l'allocation de ses ressources. En interne, les coûts liés à la non qualité peuvent être réduits.

### **1.3.3 Les perspectives**

Lors de son Conseil d'Administration du 6 février 2003, l'A.N.A.E.S. a exprimé le choix de faire de la qualité des pratiques médicales et de l'offre de soins un élément central de la régulation du système de santé :

⇒ Le programme de travail 2003 prévoyait de doubler le nombre d'établissements accrédités en 2002, soit 650 en 2003 (17).

⇒ Une deuxième procédure expérimentale simplifiée et comprenant davantage l'appréciation de la qualité du service médical rendu est mise en œuvre depuis 2004 avec les établissements volontaires ayant transmis leur premier cycle.

⇒ Les 3000 établissements de santé composant la paysage sanitaire actuel en France sont tous engagés dans la procédure, l'objectif étant qu'ils soient accrédités en 2006.

Face à tous ces enjeux et à partir de l'approche conceptuelle que nous donnent les spécialistes, j'ai souhaité être confronté au réel durant ma période de stage long. Je vous présente dans la partie suivante, l'exemple de la mise en œuvre d'une démarche qualité en Hôpital Local et le fruit de mes réflexions en tant que futur directeur d'établissement sanitaire et social.

(17) A.N.A.E.S. « Dossier de presse accréditation » Paris : Juin 2003 – [contact.presse@anaes.fr](mailto:contact.presse@anaes.fr)

## 2 LA MISE EN ŒUVRE D'UNE DEMARCHE QUALITE : EXEMPLE DE L'HOPITAL LOCAL DE PONT SAINT ESPRIT

La mise en œuvre de la démarche qualité à l'hôpital local comporte des particularités qu'il est nécessaire de bien appréhender. Le dispositif mis en place doit répondre correctement aux besoins des personnes prises en charge, à ceux de la structure et à ceux des acteurs qui la composent.

Avant d'analyser le système de management de la qualité mis en place à l'hôpital local de Pont Saint Esprit, précisons son contexte environnemental et les contraintes d'organisation qui pèsent sur l'efficacité de la démarche qualité.

### 2.1 La place de l'hôpital local dans son bassin de santé

L'établissement est implanté à Pont Saint Esprit, chef lieu de canton de 10 000 habitants situé à l'extrémité nord-est du département du Gard, aux confins des trois départements de l'Ardèche, de la Drôme et du Vaucluse et de trois régions : Languedoc-Roussillon, Rhône-Alpes, Provence-Alpes-Côte d'Azur.

La mission principale de l'établissement est la prise en charge de personnes âgées et notamment, grâce à son secteur d'hébergement (E.H.P.A.D.) qui constitue la plus importante entité du bassin de santé (\*).

Dans le cadre de la signature du Contrat d'Objectifs et de Moyens (C.O.M.), l'établissement est positionné comme :

- référent du bassin de santé dans le domaine des soins de suite et de réadaptation en aval des prises en charge de court séjour ;
- acteur d'une coopération forte s'agissant de la prise en charge des soins palliatifs

Par ailleurs, l'établissement a vocation à s'ouvrir sur l'extérieur en apportant à la population notamment des prestations de santé et de prévention.

- Principales activités et capacités autorisées

Médecine :	5 lits
Soins de suite et de réadaptation :	14 lits
Soins de longue durée :	20 lits
EPHAD :	205 lits
Soins infirmiers à domicile :	20 places

TOTAL : 244 lits et 20 places

(\*) Source : Contrat pluriannuel d'Objectifs et de Moyens 2004 – Hôpital local de Pont Saint Esprit / Agence Régionale de l'Hospitalisation du Languedoc-Roussillon



- Attractivité de l'établissement

Le secteur sanitaire N°2, Alès-Bagnols sur Cèze, compte 243 000 habitants. Le bassin de santé des Confins Rhodaniens comptait 113 000 habitants en 2000 et comptera 122 000 habitants en 2005.

Le bassin naturel d'attraction de l'Hôpital Local représente 88 % de son activité.

- Les ressources humaines

L'hôpital local comprenait au 31/12/2003 les effectifs suivants :

- **Effectifs médicaux :**

- un pharmacien praticien hospitalier : 0,5 E.T.P.
- un médecin du travail à temps partagé avec le Centre Hospitalier de Bagnols-sur-Cèze : 0.20 E.T.P.
- un médecin coordonnateur sanitaire
- un médecin coordonnateur E.H.P.A.D.
- 13 médecins libéraux autorisés (Médecine)
- 2 Médecins vacataires (pour les soins de suite et de réadaptation)

- **Effectifs non médicaux :** 153.42 équivalents temps plein

répartis comme suit :

MEDECINE et Soins de Suite :	<b>31,57 E.T.P.</b>
Unité de Soins de Longue Durée :	<b>17,34 E.T.P.</b>
E.H.P.A.D :	<b>101,01 E.T.P.</b>
Service de Soins à Domicile :	<b>3,5 E.T.P.</b>

L'équipe de direction se compose :

- d'un directeur
- d'un directeur adjoint
- d'un cadre supérieur de santé

L'établissement dispose d'un personnel d'encadrement dans chaque secteur d'activité : les services de soins et d'hébergement avec trois cadres de santé, les services techniques et logistiques, les secteurs administratifs avec deux adjoints des cadres aux ressources humaines et au service financier.

La signature du C.O.M. prévoit un renforcement important des moyens humains, notamment paramédicaux, une étude de la Mutualité Sociale Agricole faisant apparaître une sous dotation de l'hôpital local de 28,7 % par rapport à la moyenne régionale.

- Les choix stratégiques de l'établissement

Dans le cadre de la signature du C.O.M. avec l'A.R.H., l'établissement a défini cinq objectifs pour les années à venir :

- 1/ Positionner l'hôpital comme référent du bassin de santé en Soins de Suite et de Réadaptation et affirmer son rôle dans la filière gériatrique
- 2/ Ouvrir l'hôpital sur l'extérieur notamment par la création de consultations avancées (alcoologie, mémoire, chirurgie orthopédique, consultations médico-psychologiques), le fonctionnement du Service de Soins à Domicile et la permanence d'accès aux soins
- 3/ Prendre en charge des patients en fin de vie et assurer les soins palliatifs
- 4/ Améliorer et sécuriser le circuit du médicament
- 5/ Lutter contre les infections nosocomiales

L'établissement a rédigé un Projet d'Etablissement approuvé pour la période 2000-2005 dans lequel figurent des axes d'amélioration de qualité. En 2001, il a signé une convention tripartite pour son secteur E.H.P.A.D.

Enfin, un projet de reconstruction d'un hôpital neuf est mené par la Direction et se trouve actuellement dans la phase d'Avant Projet Sommaire.

## **2.2 Identification des contraintes susceptibles de perturber le développement de la démarche qualité**

L'identification de ces contraintes a permis d'utiliser des outils et méthodes plus appropriées au contexte de l'hôpital local et de définir par la suite des propositions pour pérenniser la démarche qualité.

### **2.2.1 Les contraintes architecturales**

L'hôpital local se compose de deux structures de bâtiments forts distinctes. L'une date des années 1970 et abrite le secteur sanitaire et le pôle administratif pour l'essentiel. Les travaux de rénovation, la mise aux normes ainsi que les modifications des espaces et des circulations sont possibles.

Le secteur E.H.P.A.D. se trouve dans la partie très ancienne de l'hôpital. A l'inverse, les transformations et les aménagements sont difficiles à réaliser (nombreux murs très larges, nombreux seuils, agencement de la structure autour d'un cloître) et très coûteux. Au niveau sociologique, cette partie de la structure constitue « l'âme » de l'établissement. Les personnels y sont très attachés et ne sont pas disposés à accepter facilement un changement des pratiques professionnelles ni la transformation des locaux.

## 2.2.2 Les contraintes liées à l'organisation

### A) Les contraintes socio-culturelles

Comme bon nombre d'établissement de taille similaire, l'hôpital local de Pont Saint Esprit doit composer avec des ressources humaines restreintes en nombre pour mettre en œuvre la démarche qualité, ce qui pose un double problème :

- le problème de disponibilité et de gestion du temps :
  - o le personnel d'encadrement est sollicité pour participer à des actions d'amélioration simultanées et doit tenir dans le même temps son rôle de personne ressource auprès des agents
  - o le personnel soignant doit se rendre disponible tout en assumant les prises de poste

- le problème de l'exercice libéral : la communauté médicale, composée de médecins libéraux, reste distante de la politique d'amélioration de la qualité souhaitée par la direction. Culturellement et compte tenu de leur activité, la participation des médecins à la démarche qualité reste faible.

### B) Les moyens financiers

Les investissements consentis par l'établissement dans le cadre de la démarche qualité n'ont pas fait l'objet de négociation dans le C.O.M. La formation des personnels, la procédure d'accréditation et les travaux de rénovation ont été auto-financés.

Même si cet effort vise à réduire les coûts de non qualité et amènera, à terme, un retour sur investissements, la démarche qualité est ressentie avant tout comme une opération coûteuse.

### C) L'utilisation de référentiels qualité différents

De part son statut juridique, l'hôpital local a dû répondre aux exigences du référentiel de l'A.N.A.E.S. dans le cadre de son engagement dans la procédure d'accréditation et utiliser le référentiel A.N.G.E.L.I.Q.U.E. pour la partie E.H.P.A.D.

Au-delà du manque de complémentarité entre les deux référentiels, des limites apparaissent en pratique dans la mise en œuvre de la démarche qualité.

Malgré sa faible proportion par rapport au secteur d'hébergement, la logique accréditrice du secteur sanitaire pénètre toute l'organisation de l'hôpital, notamment en ce qui concerne le secteur des cuisines, de la blanchisserie et la sécurité des locaux.

Deux conséquences majeures ont été identifiées :

- l'aspect normatif et sécuritaire du secteur sanitaire peut se heurter à l'organisation mise en place en E.H.P.A.D. C'est le cas par exemple de la maîtrise du risque infectieux et de la sécurisation des accès qui parfois ont nécessité la prise de décisions plus radicales.
- les efforts massifs consentis sur le secteur sanitaire dans le cadre de la visite d'accréditation sont mal ressentis en secteur E.H.P.A.D. Les acteurs ne parviennent pas à sortir de la segmentation culturelle du secteur sanitaire et du secteur médico-social. Si cette césure a peu de sens en terme de qualité, elles n'en demeurent pas moins une réalité de l'hôpital local.

#### D) Les contraintes induites par la résistance au changement

Les résistances au changement peuvent se situer à un niveau individuel ou collectif et pénétrer tous les niveaux de la hiérarchie de l'établissement lors de la mise en œuvre de la démarche qualité. La standardisation et la conduite systématiquement prévisible de certains processus réduisent sensiblement la marge d'initiative des professionnels. La démarche qualité n'est pas négociable dans ses principes mais seulement dans sa mise en œuvre. On touche ici à des habitudes et à des comportements ancrés dans la culture hospitalière.

De surcroît, si la démarche qualité est une amélioration des savoirs faire, c'est aussi et avant tout un instrument d'autocontrôle des pratiques professionnelles. A l'hôpital local, ce fût le cas des médecins libéraux qui, à travers la qualité de la tenue du dossier médical, ont vu leur périmètre d'activité légitime évoluer d'une reconnaissance individuelle (titre, statut) à une reconnaissance collective de leur rôle de contributeur. Ce fût le cas également des différents groupes métiers qui, contraints de travailler en interface, ont pu évaluer l'impact de leur travail sur les autres secteurs et sur les autres acteurs.

La maîtrise du langage technique de la qualité ainsi que la méthodologie nécessaire à la production de documents qualité constituent également vis à vis des acteurs un changement souvent perçu comme une menace, une remise en question des pratiques

et, par conséquent, dans la représentation collective, une remise en question de l'individu lui-même.

La création d'une cellule qualité a très vite illustré cet état de fait, les membres de la cellule semblant disposer d'un nouveau pouvoir sur les autres en maîtrisant de nouvelles zones d'incertitude.

Michel CROZIER (18) rappelle que le pouvoir « *n'est, au fond, rien d'autre que le résultat toujours contingent de la mobilisation par les acteurs des sources d'incertitude pertinentes qu'ils contrôlent dans une structure de jeu donnée pour leurs relations et tractations avec les autres participants à ce jeu* ».

C'est également par son caractère transversal que la démarche qualité génère des résistances au changement. J'ai pu aussi remarquer combien le travail en groupe et le décloisonnement des organisations qu'il entraîne, oblige les professionnels à se dévoiler davantage et à trouver de nouveaux repères à l'intérieur de ces changements.

Enfin, malgré le fait que l'hôpital local dispose d'une organisation bien structurée et formalisée (projet d'établissement, fiches de postes, règlement intérieur, etc.), la culture orale reste fortement ancrée et constitue un frein non seulement pour expliquer dans les faits un processus donné mais surtout pour formaliser les modes opératoires.

## **2.3 Le management de la démarche qualité à l'hôpital local de Pont Saint Esprit**

### **2.3.1 La genèse du système qualité**

A mon arrivée en stage en juin 2003, l'établissement se situait à 8 mois de la visite d'accréditation. La direction avait pris le parti d'améliorer la qualité avant d'entrer dans la procédure, l'accréditation venant sommer toutes valider le projet d'introduire des plans locaux d'amélioration de la qualité.

Ne souhaitant pas développer simultanément la démarche qualité sur tous les secteurs de l'hôpital, la Direction a choisi de déployer la démarche sur le secteur sanitaire à l'occasion de son engagement dans la procédure d'accréditation.

A cette fin, une infirmière, devenue cadre de santé depuis, avait suivi en 1999 une formation « référente en assurance qualité » (R.A.Q.) dispensée par l'Association Nationale pour la Formation permanente du personnel Hospitalier (A.N.F.H.).

(18) CROZIER M., FRIEDBERG E : « *l'acteur et le système* » Paris : Points. Collection Essais, 500 p. p 30.

Une auto évaluation «à blanc » des pratiques professionnelles en regard du manuel A.N.A.E.S. fût réalisée en 2001 par des groupes de travail. L'analyse des résultats a permis à l'établissement d'identifier des thèmes d'amélioration, de les objectiver et de les concrétiser sous forme de plans d'actions validés par un comité de pilotage.

Toutefois, des éléments conjoncturels ont ralenti le développement de la démarche entre 2001 et 2003 :

- En 2001, l'absence d'un cadre de santé sur deux pendant un an a contraint le R.A.Q. à gérer le secteur E.H.P.A.D. et le secteur sanitaire ;
- La réalisation du projet de vie en 2002, suite à la signature de la convention tripartite, a été également pilotée par le R.A.Q. ;
- La création d'un E.H.P.A.D. de 60 lits sur un autre site a mobilisé le personnel d'encadrement et la direction.

### **2.3.2 Le dispositif organisationnel mis en place**

Au lieu d'intégrer la procédure d'accréditation comme une contrainte réglementaire supplémentaire, la direction de l'hôpital a fait le choix de l'utiliser comme un levier stratégique au service du management de la qualité, l'objectif final étant d'acculturer les professionnels et de pérenniser la démarche qualité.

Pour mener à bien ce projet, plusieurs décisions stratégiques ont été prises et témoignent de l'engagement fort de la direction à utiliser la démarche qualité comme un levier de management.

- Renforcer la structure qualité existante
  - La composition pluridisciplinaire du comité de pilotage a été confortée à la marge (un cadre de santé supplémentaire). Il comprend 11 membres dont seulement trois (les cadres de santé) sont impliqués dans l'auto évaluation. Cette proportion, raisonnable pour la taille de l'établissement, permet au comité de remplir pleinement ses attributions, sans être dans une position de juge et arbitre au moment de rendre ses avis.
  - En juillet 2003, le Directeur crée la Cellule Qualité. Elle se compose alors du R.A.Q. et de deux secrétaires à mi-temps. Son rôle essentiel est de garantir un système de gestion documentaire qualité fiable (mise en forme standardisée des documents, actualisation des versions,

archivages centralisés de la documentation) et d'apporter un soutien méthodologique et logistique des différentes équipes. Pour ma part, le Directeur a souhaité affirmer ma position de coordinateur général de la démarche qualité et de responsable de la cellule qualité. Epaulé par le R.A.Q., j'ai souhaité qu'une réflexion soit menée pour identifier les rôles de chacun sous un vocable accepté de tous :

- Le comité de pilotage : c'est l'instance décisionnelle générale ;
  - Le coordonnateur de la démarche qualité : membre de l'équipe de direction, il est responsable de la cellule qualité et de l'organisation de la démarche qualité par délégation du Directeur ;
  - Le R.A.Q. : membre de la cellule qualité, cadre de santé, il correspond, en langage qualité, à un directeur de projet ;
  - Les animateurs de groupes de travail sont chargés de l'auto évaluation puis de la mise en œuvre des plans d'actions. Ils correspondent aux chefs de projet ;
  - Les membres des groupes de travail, chargés de l'auto évaluation et de la mise en œuvre des plans d'actions, ils correspondent aux membres de l'équipe projet.
- S'appuyer sur des groupes d'auto évaluation efficaces

Le choix des équipes chargées de l'auto évaluation s'est fait sur le principe du volontariat en s'appuyant également sur les personnes qui avaient déjà participé à la première auto évaluation en 2001.

De façon à garantir l'interdisciplinarité et l'efficacité des groupes, une répartition des catégories de personnels s'est effectuée pour chaque référentiel de l'A.N.A.E.S. sur le principe :

- qui est concerné par le référentiel ?
- qui est impliqué dans le référentiel ?

L'objectif général était d'obtenir des groupes ressources qui soient en mesure de répondre aux questionnements et à la mise à plat des différents secteurs d'activité.

Ainsi que le précise le manuel de l'A.N.A.E.S. (19), la constitution des équipes d'auto évaluation, multi-professionnelles et médicalisées, est une étape essentielle de la démarche.

(19) A.N.A.E.S. / Direction de l'Accréditation : « Préparer et conduire votre démarche d'accréditation, un guide pratique ». Paris : juin 1999. 110 p. p 24.

Pour chaque groupe, **un noyau managérial** (des cadres ou un membre de la direction), **un noyau clinique** (soignants, médecins) et **un noyau logistique** ont été mis en place afin de garantir la mixité de la représentation des professionnels.

Au total, six groupes ont été chargés de réaliser l'auto évaluation et d'analyser pour chacun deux ou trois référentiels du manuel de l'A.N.A.E.S.

Cette phase d'auto évaluation et les apports méthodologiques qui l'accompagnent constitue, à mon sens, une étape fondamentale pour la suite de la démarche qualité :

- ✓ les professionnels se sont familiarisés avec les principes d'organisation et les méthodes rigoureuses utilisables ensuite lors de la conduite de projets ;
- ✓ l'auto évaluation est porteuse de sens, elle met en pratique les objectifs institutionnels. Les acteurs se sont sentis investis d'une mission qui les a intégré fortement à la vie institutionnelle au-delà de leur contribution habituelle et de leur propre champ de compétence.

Chaque groupe a été piloté par un animateur rodé aux techniques de conduite de réunions. Ces animateurs sont les éléments moteurs de la démarche. Ils constituent le relais indispensable du coordonnateur et de la cellule qualité pour le suivi des travaux. Ils permettent au Directeur et aux les membres du comité de pilotage d'avoir une connaissance réelle de la situation de l'établissement. Une formation en interne, dispensée par le R.A.Q. et le coordonnateur qualité leur a permis d'utiliser les outils et supports choisis pour conduire l'auto évaluation et rédiger les commentaires de façon concise.

Au-delà de sa portée «accréditrice », l'auto évaluation a enclenché la dynamique de projet ce qui favorise la légitimation de la démarche qualité. Sans constituer une analyse approfondie des processus, elle a permis d'identifier les axes d'amélioration et la prise de conscience des acteurs sur les efforts à fournir. Enfin, elle a constitué une base fondamentale pour déterminer le projet d'amélioration de la qualité et les plans d'actions.

- Utiliser des outils opérationnels pour réaliser l'auto évaluation

Deux guides publiés par l'A.N.A.E.S. ont été utilisés pour réaliser l'auto évaluation des pratiques professionnelles :

- « Préparer et conduire votre démarche d'accréditation, un guide pratique » (20)
- « manuel d'accréditation des établissements de santé » (21).

(20) A.N.A.E.S - op.cit

(21) A.N.A.E.S. - op.cit



Fort de l'expérience d'hôpitaux voisins et compte tenu de la relative difficulté d'analyser certains critères de l'A.N.A.E.S. applicables à l'hôpital local, j'ai souhaité utiliser d'autres outils susceptibles de nous aider en l'absence de consultant extérieur, au premier rang desquels figure le guide du Bureau de l'Assurance Qualité de l'Hospitalisation Privée, plus connu sous le nom de **B.A.Q.H.P.** Ce guide permet d'orienter l'analyse des groupes d'auto évaluation en balayant le champ de chaque critère par une série de questions à se poser.

Dans le but d'affiner la cotation et d'utiliser une méthodologie qui soit transposable à l'amélioration continue de la qualité, nous avons mis à la disposition des groupes des fiches spécifiques standardisées pour renseigner les critères et les références (**voir en annexe 2** la présentation des supports utilisés).

Nous avons retenu le système de **cotation au démérite** afin d'obtenir une note de criticité. Cette note est obtenue en réalisant le produit de la cotation du risque par la cotation de l'existant : **C = R X E**. Selon le principe du démérite, la meilleure note est proche de 0, la plus mauvaise est 100. Pour conserver une cohérence avec le système de cotation A.N.A.E.S. des critères et des références, la segmentation proposée au comité de pilotage a été la suivante :

- La cotation de « 0 » à « 25 » correspond à la cotation A.N.A.E.S. « A »
- La cotation de « 26 » à « 50 » correspond à la cotation A.N.A.E.S. « B »
- La cotation de « 50 » à « 75 » correspond à la cotation A.N.A.E.S. « C »
- La cotation de « 75 » à « 100 » correspond à la cotation A.N.A.E.S. « D »

Ce système a permis de réaliser une auto évaluation fiable de l'existant (11% seulement de l'ensemble des cotations ont été modifiées par les experts visiteurs, deux critères ont été sur évalués) et d'obtenir un diagnostic qui reflète la situation de l'établissement. Cette évaluation chiffrée a été la clé de voûte de la construction de nos plans d'actions et de la détermination de nos priorités.

- Mettre en œuvre une gestion documentaire fiable

Ainsi que le souligne l'A.N.A.E.S., la gestion documentaire permet l'efficacité et l'efficience de la démarche qualité. En pratique, la mise en place de notre système documentaire s'est heurtée à plusieurs contraintes :

- ☞ Des difficultés internes à l'organisation de la cellule qualité

L'objectif était de disposer d'un archivage centralisé des documents qualité et d'organiser la collecte de tous les éléments de preuve concernant les secteurs d'activité. La cellule qualité devait être en mesure de jouer le rôle indispensable de centre

documentaire ressource, véritable « mémoire » de l'organisation au service des acteurs. En tant que coordonnateur, il s'agissait pour moi de répondre à l'exigence des experts visiteurs qui allaient consulter les pièces sur place et surtout de créer dans l'établissement un bureau de la qualité clairement identifié.

Nos principales difficultés ont concerné le temps de saisie informatique des documents, le choix des supports, la récolte des documents et la méthodologie de leur archivage.

#### ☞ Des contraintes externes à la cellule qualité

Elles concernaient essentiellement la résistance naturelle des acteurs à :

- se soumettre à des demandes émanant d'une nouvelle équipe produire des éléments de preuves, chacun préférant conserver ses propres documents dans son service.

Dans ce contexte, un système de gestion documentaire a été mis en place garantissant un archivage des dossiers et des pièces, fiable et accessible. Il reprenait à la fois les principes méthodologiques utilisés par le R.A.Q lors de la première auto-évaluation « à blanc » et la segmentation du manuel A.N.A.E.S. en dix référentiels.

Les documents qualité ainsi que tous les supports utilisés, ont été standardisés, actualisés et archivés sous la responsabilité exclusive de la cellule qualité (**voir en annexe 3** : un exemplaire de documents qualité standardisés utilisés)

Après quelques mois de fonctionnement, l'analyse du dispositif a montré que la place d'un directeur chargé du management de la qualité (moi-même dans le cadre de ma mission, puis un directeur nommé dans le futur) donne du sens et du poids à la démarche.

Son rôle de régulateur et d'arbitrage des demandes faites à la cellule qualité est important surtout lorsque le temps de secrétariat est optimisé. Le Directeur joue également un rôle de médiateur, notamment lorsque la cellule qualité apparaît aux yeux des acteurs comme un nouveau pouvoir, détenteur d'une nouvelle expertise et de nouveaux savoirs susceptibles de contrôler les pratiques. Enfin, un Directeur chargé de la qualité est en mesure de négocier les moyens nécessaires au déploiement de la démarche et d'expliquer auprès de ses pairs les questions stratégiques.

L'équipe de la cellule qualité dispose aujourd'hui à l'Hôpital Local, d'un bureau qualité clairement identifié, équipé d'un matériel informatique complet et du mobilier nécessaire. Le temps de secrétariat (0,50 équivalent temps plein) dégagé pendant la procédure d'accréditation a été pérennisé pour la démarche d'amélioration continue de la qualité.

Cette gestion documentaire a fait l'objet d'un point fort lors de la visite d'accréditation.

- Développer un plan de communication sur la démarche qualité

L'objectif de la Direction était de créer des conditions favorables à l'adhésion des acteurs à la démarche qualité. Un plan de communication a donc été réfléchi en amont, utilisant plusieurs vecteurs d'information :

- ✓ L'utilisation de réunions d'information formelles : il m'apparaît essentiel que la Direction prenne le plus grand soin à préparer des réunions d'information et de cadrage de la démarche à l'attention des personnels et des patients. Des réunions régulières ont donc été programmées pour :

- Présenter le rôle, les missions et la composition du comité de pilotage et de la cellule qualité ;
- Expliquer l'intérêt et le caractère indispensable des groupes de travail chargés de réaliser l'auto évaluation puis de participer à la mise en œuvre des plans d'action ;
- Rencontrer les acteurs de l'ensemble des secteurs d'activité pour répondre aux interrogations, discuter des représentations, des craintes et, parfois, de la désinformation inhérente à tout déploiement d'une telle démarche.

- ✓ Une communication institutionnelle de la démarche qualité : la démarche qualité est un thème systématiquement inscrit aux ordres du jour des instances et des réunions institutionnelles de façon à :

- Faire un bilan d'étape :
  - ⇒ Parler des perspectives et des projets à venir
  - ⇒ Discuter des réussites et des difficultés du développement de la démarche.
- Présenter systématiquement, en tant que coordonnateur, un ordre du jour relatif à la démarche qualité en réunion hebdomadaire de Direction.
- Utiliser d'autres vecteurs tels que le projet d'établissement 2000-2005 qui comporte un volet consacré à la démarche qualité et le journal interne qui sert de support à chacune de ses parutions pour expliquer les projets en cours et présenter un thème d'actualité en lien avec la démarche qualité.

- ✓ Une communication informelle permanente : elle permet de recueillir des informations précieuses, notamment sur le climat social et l'environnement dans lequel se développe la démarche. A l'initiative la plupart du temps du R.A.Q. et du coordonnateur qualité, ces échanges au plus près du terrain permettent également un soutien méthodologique auprès des équipes et la régulation de tensions latentes. Au plan

stratégique, cette communication de proximité a renforcé auprès des équipes le sentiment de partager un projet commun tout en démontrant l'engagement de l'équipe de Direction.

### **2.3.3 Le pilotage des plans d'actions**

#### **A) La conduite de projets d'amélioration de la qualité**

Il s'agit de démontrer ici que la qualité, souvent intégrée comme un moyen, constitue en réalité un management en soi. C'est en effet par la mise en œuvre d'un système de management de la qualité que le Directeur assurera la pérennisation de la démarche et, par la même, l'assurance d'offrir à l'usager des prestations de qualité.

Toutefois, compte tenu du fait que la qualité est une exigence à laquelle aucun espace d'activité ne peut échapper, la question méthodologique et stratégique de son développement se pose. La guidance A.N.A.E.S. se révèle une nécessité pour l'hôpital local, mais cette guidance n'est pas l'action. Or, il s'agit pour un Directeur de mettre en place un management de la qualité qui lui permette :

- de résoudre des dysfonctionnements identifiés
- d'agir sur les causes des problèmes, en rapport avec les personnels, les équipements et l'organisation des soins
- d'améliorer les pratiques professionnelles
- de pérenniser les acquis.

Tous ces axes d'amélioration doivent donc s'intégrer dans une gestion de projet efficace qui tienne compte du contexte stratégique, culturel, structurel et technique de l'établissement. Pour cela, la Direction de l'hôpital local a choisi d'élaborer son projet d'amélioration de la qualité autour d'un déploiement organisé de plans d'actions.

#### **B) La définition et le pilotage du plan d'actions**

De nombreux axes d'amélioration ont été identifiés au fur et à mesure du déroulement de l'auto évaluation. D'autres, issus des recommandations et du cadre réglementaire, sont venus enrichir le projet d'amélioration de la qualité.

Au total, d'octobre 2003 à juin 2004, 163 actions de nature et de niveau de complexité différents ont été soumises à l'avis du comité de pilotage après avoir été triées, hiérarchisées et planifiées de façon à obtenir une bonne lisibilité de l'ensemble des axes

d'amélioration. Ainsi que le souligne l'A.N.A.E.S., « *trop souvent, les axes d'amélioration identifiés ne sont pas déclinés dans un plan d'actions* » (22).

Pour notre part, l'objectif était d'utiliser ce plan d'actions pour passer d'une démarche purement accréditrice à une démarche d'amélioration continue de la qualité en profitant de la dynamique qualité lancée lors de l'auto évaluation. Par ailleurs, il était préférable de proposer rapidement aux acteurs la mise en œuvre du plan d'amélioration de la qualité sans attendre les recommandations des experts visiteurs (qui, de toute façon, sont venues enrichir le plan d'actions) et sans risquer un essoufflement brutal et collectif.

*a) La hiérarchisation des actions :*

Plusieurs paramètres sont entrés en ligne de compte pour prioriser les actions et construire le plan d'actions :

- les actions destinées à répondre aux exigences du cadre légal et réglementaire
- les actions issues de critères de l'A.N.A.E.S. non satisfaits
- les actions correspondant aux domaines pour lesquels la démarche qualité était la moins avancée
- les actions rapides, au périmètre bien défini, ne nécessitant pas, dans l'immédiat, la mobilisation de ressources humaines et financières importantes
- enfin, celles pour qui, au contraire, un travail pluridisciplinaire plus complexe nécessitait la mobilisation de ressources importantes en moyens et en temps.

Chacune des 163 actions a été rattachée à l'un des 18 thèmes d'amélioration de la qualité, constituant l'ossature du plan d'actions.

*b) La planification du plan d'actions :*

Afin de déterminer les modalités de mise en œuvre, l'enchaînement des actions et la définition des échéances, nous avons choisi d'utiliser un diagramme de GANTT (**voir en Annexe 4**, une partie de la planification des plans d'actions).

Ce support graphique permet, grâce à des codes de couleur et une légende connue des utilisateurs, une vue d'ensemble du projet d'amélioration de la qualité, des actions prioritaires, des actions réalisées et de celles qu'il est nécessaire de déplacer.

Ce diagramme permet donc une évolutivité du plan d'action.

(22) A.N.A.E.S. « *Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé - Préparation de la sortie du patient hospitalisé* ». Paris : 2001. Service Evaluation des pratiques. 89 p. p 53

Le comité de pilotage, les animateurs de groupe et la cellule qualité possèdent un plan d'action complet, regroupant l'ensemble des actions. Les groupes de travail possèdent la partie du plan d'actions leur incombant.

**Ce diagramme s'est révélé être un outil de pilotage très efficace**. Il permet de juger régulièrement de la progression du plan d'amélioration et fonctionne, à ce titre, comme un véritable tableau de bord.

Le séquençage du projet qualité en micro projets locaux a permis d'agir sans attendre les recommandations des visiteurs. Il a également permis d'identifier clairement les chaînes pour lesquelles il était nécessaire d'attribuer des moyens.

Au niveau du management des ressources humaines, cette segmentation a favorisé la réactivité des personnels et leur mobilisation grâce à la résolution de problèmes jusque là récurrents, et l'obtention de résultats concrets dans l'aboutissement des micro projets.

*c) Le pilotage des actions d'amélioration :*

Les groupes d'auto évaluation et leur animateur respectif ont assuré dans la continuité la mise en œuvre des actions. Il s'agissait pour moi d'un signe fort, marquant le passage de l'accréditation à l'amélioration continue de la qualité. C'était aussi, à mon avis, la possibilité de passer d'une culture d'injonction à une appropriation de la démarche qualité. Certains acteurs n'ayant pas participé à l'auto évaluation ont rejoint depuis des groupes de travail, constituant ainsi des ressources supplémentaires et donnant du sens à la démarche.

La responsabilité du suivi des actions d'amélioration a été répartie entre les quatre animateurs, eux-même susceptibles de désigner des responsables chargés de la mise en œuvre des micro projets.

Je précise que l'ensemble du plan d'amélioration a été présenté et discuté avec les animateurs et les groupes de travail par la cellule qualité et le coordonnateur, de façon à ce que le calendrier et les échéances planifiées soient réalistes.

Enfin, pour accompagner le pilotage des animateurs, les membres de la cellule qualité sont restés à l'écoute des groupes pour proposer un soutien et une aide méthodologique à la demande.

C) Les outils et méthodes utilisés pour mettre en œuvre le projet d'amélioration de la qualité :

Un vaste ensemble de méthodes et d'outils qualité est proposé traditionnellement aux professionnels de santé pour structurer leur démarche qualité.

Compte tenu de leur diversité et du niveau de connaissance à posséder pour utiliser certains d'entre eux, nous avons fait le choix de structurer la démarche sur des outils et méthodes simples, susceptibles d'être partagés par les acteurs (23).

La crainte d'une trop grande technicité et d'un jargon qualifié jugé trop complexe par les acteurs peut nuire à l'efficacité des outils proposés. Surtout rappelons-le dans un contexte où la culture orale et l'absence de traçabilité des modes opératoires sont courantes.

✓ L'approche par processus :

Elle a permis de considérer la dimension sociale et de prendre en compte les attentes des professionnels des secteurs d'activité. Pour la Direction, cette approche a favorisé l'intégration à la démarche des différents groupes métiers et catégories socio-professionnelles et, notamment, la communauté médicale. Nous avons pu constater combien cette approche contribuait à décloisonner les secteurs impliqués dans un processus tel que celui de la gestion des déchets par exemple. Pour autant, cette approche ne va pas de soi. La tentation était grande pour certains personnels d'encadrement de prendre des décisions unilatérales ou en petit comité sans évaluer leur impact sur l'organisation. Sur ce point, la cellule qualité et son responsable ont su rester fermes très vigilants. Nous nous sommes attachés à communiquer régulièrement sur la nécessité de partager les projets avec les acteurs concernés. Nous avons élaboré également une procédure relative à la production des documents qui a permis à chaque production d'écrit, un auto contrôle des acteurs sous la forme : un rédacteur – un vérificateur – un approuvateur (**voir en annexe 5**, la procédure type).

✓ La méthode P.D.C.A.

Le principe de la roue de DEMING a été utilisé pour les projets transversaux tels que la mise en place du dossier patient par exemple ou la constitution du livret d'accueil. L'équipe de Direction a utilisé cet outil depuis lors de la réalisation de son plan canicule.

✓ Les logigrammes

Ce support a été très utilisé à l'Hôpital Local. Il est, dans la mesure du possible, privilégié par rapport à la rédaction littérale d'un protocole. De l'avis des utilisateurs, son caractère synthétique fait que l'ensemble des opérations et des choix à opérer sont rapidement appréhendés .

(23) Pour en savoir plus : A.N.A.E.S. « Méthodes et outils des démarches qualité pour les Etablissements de Santé ». Service de l'Evaluation. Paris Juillet 2000. 67 p.

Certains rédacteurs, gênés par la rédaction littérale classique, ont jugé cet outil approprié, notamment dans les secteurs techniques.

Toutefois au niveau de la gestion documentaire, les logigrammes sont chronophages et demandent une maîtrise de l'outil informatique, ce qui a généré à l'Hôpital Local des délais de mise en forme par la cellule qualité. Sur ce point, une réflexion a été menée pour l'achat éventuel d'un logiciel performant spécifique pour 2005.

#### ✓ L'utilisation des fiches projet

Ainsi que le souligne le Docteur P.ROUSSEL (24), « *La fiche projet constitue un élément essentiel pour le démarrage d'un projet, la contractualisation entre les partenaires et son suivi* ». Si les ouvrages consacrés à la gestion de projet proposent des modèles de fiches projet différents, tous comportent les mêmes bases de conception :

- Le thème du projet
- Le problème à résoudre
- Les références réglementaires qui s'y rattachent
- Les objectifs poursuivis, les résultats attendus et quantifiés
- Les modalités d'évaluation et les indicateurs
- Les responsables du projet, la composition de l'équipe projet et son pilotage

A l'Hôpital Local, un fiche projet avait été élaborée par le R.A.Q, à la suite de sa formation A.N.F.H. Insuffisamment utilisée à l'époque de la première auto-évaluation, la cellule qualité a décidé de l'actualiser et de faire vivre l'outil pour la réalisation de certains plans d'actions. En accord avec la Direction, la stratégie retenue était d'utiliser cette fiche pour des actions comportant un certain niveau de difficultés ou constituant une priorité pour l'établissement. Au total, 8 projets ont été retenus pour les six mois à venir. En amont du démarrage des groupes projets, la fiche projet a été présentée et discutée avec les acteurs concernés (**voir en annexe 6**, le modèle de fiche projet retenue).

#### ✓ Des outils d'analyse traditionnels

Nous avons souhaité développer la pratique de l'audit clinique afin d'améliorer la qualité des soins délivrés aux personnes âgées et mettre en place des stratégies d'accompagnement au changement. Ces audits ont concerné le circuit du médicament, le tri et l'élimination des déchets ainsi que le lavage des mains.

(24) Dr. P.ROUSSEL. E.N.S.P. « *Manager l'après accréditation en Etablissement de Santé* » Partie IV, p10. Fascicule de Formation continue. Hôpital Saint Maurice .Paris - le 2 juin 2004



Pour le Directeur, ces audits ont permis de mesurer la cohérence des axes d'amélioration avec les objectifs de l'établissement et de repérer parmi les chaînes de soins, les points de résistance au changement.

Ils lui ont permis également de mesurer le niveau d'implication de l'encadrement dans la démarche qualité et de favoriser l'autocontrôle des acteurs sur leurs propres pratiques.

Le Brainstorming et la puissance créative des groupes de travail ont été également très utilisés, d'autant plus que les professionnels de l'Hôpital Local ont une mémoire collective riche et un excellent niveau de connaissance de l'institution. Cela favorise la prise en compte d'un large éventail de paramètres utiles à la résolution de problèmes.

### **2.3.4 Le bilan d'étape de la démarche qualité à l'Hôpital Local**

En tant que futur Directeur et après six mois d'exercice professionnel, il me semble intéressant de faire l'évaluation de la démarche qualité mise en œuvre avant d'envisager un ensemble de propositions d'amélioration dans la troisième partie de ce mémoire.

#### **A) La procédure d'accréditation**

Elle a constitué un véritable catalyseur d'énergie pour développer la prise de conscience et l'implication des acteurs qui se sont sentis reconnus dans leur travail et leur contribution. C'est aussi dans les moments de tension consécutifs à la préparation et au déroulement de la visite des experts de l'A.N.A.E.S., que l'équipe de Direction et le personnel ont démontré qu'ils faisaient corps avec leur outil de travail et leur institution.

Cette évaluation grandeur nature de l'état d'avancée de notre démarche et du dispositif mis en place a été concluante à plus d'un titre:

##### *a) L'implication des acteurs*

Les experts visiteurs, tout comme l'équipe de Direction, ont eu la satisfaction de voir que les membres des équipes d'auto évaluation avaient participé aux réunions avec assiduité (Taux d'absentéisme général de 10%)

### *b) Le rapport des experts visiteurs*

Conformément à la procédure d'accréditation et à la décision du Directeur, une restitution plénière s'est déroulée à l'issue des quatre jours de visite. Les experts ont été surpris par la présence massive du personnel, tous secteurs confondus à cette réunion. Certaines des observations qui nous ont été faites nous ont conforté sur la nécessité de conserver le dispositif mis en place et nous ont rassuré sur la pertinence des choix de nos outils et méthodes.

Le rapport définitif du collège d'accréditation (\*) est très favorable puisqu'il ne fait état que de deux recommandations mineures.

Il souligne la dynamique engagée en mentionnant que *«L'implication des acteurs dans l'élaboration de différents projets est indéniable. Le décloisonnement induit par la procédure d'auto évaluation a suscité un engagement permettant de renforcer la collaboration et la communication. L'établissement est dans un management participatif s'appuyant sur une dynamique des acteurs coordonnée par la Direction à partir de plans d'actions d'amélioration contractualisés »* ( Référentiel MEA).

### *c) L'avancée du plan d'actions*

Un fléchissement de la finalisation de certaines actions s'est opéré, prouvant que la vision accréditrice primait encore sur une réelle acculturation de la démarche qualité. L'évaluation de notre plan d'actions a montré en effet que :

- **92%** des actions programmées ont été réalisées en décembre
- **93%** des actions programmées ont été réalisées en janvier
- **82%** des actions programmées ont été réalisées en février, mois de la visite
- **57%** des actions programmées ont été réalisées en mars
- **40%** des actions programmées ont été réalisées en avril et mai

Toutefois, certains projets planifiés au printemps tels que la sécurisation du circuit du médicament et des alertes, demandent du temps ce qui explique aussi ce fléchissement.

Au plan comptable, la démarche qualité à eu un coût pour l'établissement :

→ **23272 euros** pour la réfection de locaux, la réalisation de certains travaux de mise aux normes ainsi que les frais direct de l'engagement dans la procédure d'accréditation.

→ **22756 euros** d'achat de matériels, de mobilier et d'équipement

→ La mobilisation de **6,24 équivalents temps plein sur l'année** pour préparer, animer et conduire la démarche d'accréditation.

(\*) La synthèse de ce rapport est consultable sur le site Internet de l'A.N.A.E.S : [www.anaes.fr/accréditation](http://www.anaes.fr/accréditation)

Je suis convaincu du fait que ces investissements ont apporté aux usagers une meilleure qualité de prise en charge et une réduction, à terme, des coûts cachés de non qualité, même si les fruits des efforts consentis par les acteurs et l'établissement ne sont pas toujours immédiats.

#### B) La démarche qualité s'institutionnalise

La démarche qualité parvient aujourd'hui à pénétrer le fonctionnement de l'institution. La plupart des évaluations réalisées par enquêtes, questionnaires et audits, montre que la majorité des actions d'amélioration et des changements de comportements qu'elles ont induit, se pérennise. Les décisions de la Direction qui concernent les projets futurs prennent en compte systématiquement la dimension qualité. C'est le cas pour la phase d'étude d'avant projet sommaire du nouvel hôpital Local où tous les circuits et la disposition des locaux ont été analysés sous l'angle de la démarche qualité. Les membres de la cellule qualité et le bureau de la qualité sont clairement identifiés et reconnus par l'ensemble du personnel. L'équipe de la cellule qualité a trouvé toute sa légitimité. Le système de gestion documentaire est admis.

#### C) Des limites techniques et humaines apparaissent

La mise en place des projets issus du plan d'actions ne s'accompagne pas encore d'indicateurs, ni d'une réelle volonté de réaliser des évaluations formelles. Les strates orales restent tenaces à l'Hôpital Local. La traçabilité et la formalisation des procédures ont, de l'avis des acteurs, un caractère trop « bureaucratiques ». La disponibilité des ressources humaines internes reste un écueil majeur notamment en raison du temps nécessaire de secrétariat et du manque de disponibilité des personnels. Toutefois, de l'avis unanime des acteurs, même si la démarche qualité leur demande une forte implication, son pilotage doit rester interne, sans nécessiter l'intervention d'un consultant extérieur. Le niveau de formation des personnels est également un axe à prioriser. D'ores et déjà, des formations sont prévues au plan de formation 2005 et concernent notamment l'utilisation d'outils de tableaux de bord et d'indicateurs.

Ce rapide bilan d'étape m'amène à réfléchir sur des propositions d'améliorations susceptibles de favoriser une démarche qualité pérenne.

### **3 LA NECESSAIRE MOBILISATION DES ACTEURS POUR DEVELOPPER LA QUALITE A L'HOPITAL LOCAL**

A la lumière des ouvrages relatifs à la mise en œuvre d'une démarche qualité et de l'expérience vécue à l'hôpital local de Pont Saint Esprit, certaines propositions m'apparaissent déterminantes pour faire de la qualité un réel outil de management des organisations.

#### **3.1 Développer un management interne de la qualité pour mobiliser les acteurs autour d'un projet partagé**

##### **3.1.1 Introduire dans la contractualisation interne des personnels des objectifs liés à la démarche qualité**

La première raison pour laquelle nous n'atteignons pas nos buts est qu'ils sont soit mal définis, soit irréalistes, soit non partagés par les équipes quand ce n'est pas les trois causes qui co-existent.

L'analyse critique de notre projet d'amélioration de la qualité fait apparaître que notre effort a surtout concerné l'aspect technique et organisationnel de la démarche (qualité des supports, gestion documentaire, formalisation des procédures) dans le contexte particulier de l'accréditation. Nos plans d'actions, si bien détaillés soient-ils, n'ont pas été assortis d'objectifs négociés avec les animateurs de groupes, permettant d'évaluer et de valoriser le travail réalisé.

En la matière, l'évaluation de l'effort entrepris s'est surtout focalisé sur le respect des échéances et du calendrier des actions, l'avis favorable des experts visiteurs semblant entériner le sérieux et la qualité du travail réalisé.

Cela peut-il suffire ? Je suis convaincu que non. Aujourd'hui, la démarche d'amélioration continue de la qualité évoluant dans un climat plus détendu et serein, le Directeur a tout intérêt à ce que les projets locaux ou transversaux s'accompagnent d'objectifs clairement fixés. D'une part parce que les objectifs s'inscrivent dans la logique de processus, d'autre part parce qu'ils correspondent à une anticipation dynamique de l'avenir à travers l'action.

De façon itérative, les collaborateurs du Directeur pourront eux-même fixer des objectifs à leurs personnels respectifs. Pour cela, rappelons, pour mémoire, que tout objectif doit être :

- Clair = facile à comprendre
- Précis = il se situe dans un domaine donné
- Exhaustif = il prévoit l'ensemble des contraintes
- Quantifié = en terme de résultats attendus
- Daté et cerné = avec un horizon et un périmètre définis
- Utile = le résultat prévu doit correspondre à un besoin réel de l'utilisateur
- Motivant = l'objectif est partagé et s'appuie sur l'adhésion de celui qui le reçoit
- Mesurable = avec des motivations de suivi et d'attente de l'objectif.

Pierre CASPAR et Jean-Guy MILLET (25) précisent les raisons principales qui doivent pousser les dirigeants à fixer des objectifs :

1. L'objectif oriente et clarifie :

*« C'est la référence concrète à toutes les décisions. L'objectif va permettre de situer les priorités et de s'y référer dans toutes les activités professionnelles [...]. C'est aussi faciliter la gestion du temps en établissant des priorités » ;*

2. L'objectif stimule :

*« Nous sommes d'autant plus motivés à agir que nous connaissons le sens de notre action [...]. Il permet à chacun d'éviter de sombrer dans la routine et va à l'encontre d'un mouvement classique consistant d'une part à subir les événements plutôt qu'à les orienter et, d'autre part, à mettre en œuvre un processus bureaucratique plus tourné vers l'occupation que vers le résultat à atteindre » ;*

3. L'objectif donne de la cohérence :

*« L'objectif s'inscrit dans une politique qui hiérarchise les buts de l'entreprise [...]. Le suivi des objectifs permettra de vérifier en permanence leur cohérence mutuelle au regard des buts poursuivis » ;*

4. L'objectif concrétise :

*« Un objectif décrit une intention. Il est la description d'une performance, d'un résultat à atteindre ou d'un comportement voulu. Il est l'élément de base pour apprécier les résultats » ;*

(25) CASPAR P et MILLET JG « Apprécier et valoriser les hommes » Paris : Liaisons, 2<sup>ème</sup> édition . 1993  
290 p. p 74.

5. L'objectif contractualise : « Il existe des divergences fréquentes entre ce que les gens sont motivés à faire individuellement et ce qu'ils souhaitent accomplir ensemble ».

Ce management par objectif peut trouver naturellement son encrage dans le dispositif de contractualisation interne développé au sein de l'établissement où l'entretien annuel d'évaluation fait l'objet de l'élaboration d'un contrat de progrès entre évaluateur et évalué. La fixation d'objectifs liés à la qualité pourraient concerner ainsi des objectifs de projets qui correspondent aux différents objectifs professionnels individuels qui s'inscrivent dans la logique collective des plans d'actions.

Ces objectifs individuels seraient en cohérence avec les projets de service des différents secteurs d'activités, chacun poursuivant dans le champ de ses compétences une finalité commune.

L'entretien annuel permettrait également de fixer des objectifs de progrès lorsqu'il s'agirait d'améliorer ce qui existe déjà ou de s'impliquer davantage.

Enfin, la démarche qualité entraînant une évolution des pratiques professionnelles, des objectifs d'amélioration des capacités professionnelles peuvent être fixés. Ils s'inscrivent en effet, dans une démarche de gestion individuelle des collaborateurs. Ils sont centrés sur des résultats observables pour améliorer les capacités professionnelles.

### **3.1.2 Développer un management qui intègre la pratique du leadership**

J'ai pu observer au cours de mon stage combien la position et l'engagement du chef d'établissement conditionnait la mobilisation des acteurs et le partage des enjeux dans une structure de petite taille comme celle de l'hôpital local.

Dans la démarche qualité, je ne crois pas qu'il y ait de mobilisation efficace du personnel sans une pratique du leadership. Comme le souligne Nicole AUBERT (26), « *les vrais leaders sont ceux qui savent mobiliser les ressources émotionnelles et spirituelles d'une organisation et pas seulement les ressources physiques, les compétences ou la technologie. Ils motivent plus par identification en projetant une vision passionnante de l'avenir...* ».

Compte tenu des enjeux et des incertitudes liées à la mise en œuvre d'une démarche qualité, il est important que le Directeur soit en mesure d'identifier de quel mode de leadership ses collaborateurs auront besoin.

(26) AUBERT N : « *Diriger et motiver : secrets et pratiques* » Paris : Editions d'organisation. 1997.282 p. p 68.

Plutôt directif lorsqu'il s'agit de prendre des décisions rapides, le Directeur doit aussi être en mesure d'entraîner son équipe lorsque, par exemple, il sollicite des suggestions en réunion de direction.

Il doit en tout cas être capable de déléguer suffisamment la responsabilité de la prise de décision et de la résolution des problèmes.

Sur ce point et dans le cadre du management par projet, le Directeur sera certainement amené à redistribuer les rôles et recentrer. C'est aussi pour lui et pour le personnel d'encadrement la possibilité de connaître et faire connaître les limites de la rétribution possible de chaque acteur.

Se servir de la démarche qualité pour clarifier les organisations, c'est aussi pour le Directeur redéfinir les zones de responsabilités de chacun et savoir identifier les logiques de chaînes pour lesquelles une attention particulière doit être portée par l'équipe de direction.

Toutes ces composantes ont été utilisées par le Directeur de l'hôpital de Pont Saint Esprit pour mobiliser le personnel. Les visiteurs de l'A.N.A.E.S. ont noté dans leur rapport le degré de motivation des acteurs et leur réactivité face aux difficultés de la démarche qualité.

### **3.1.3 Où il est question de créer une Direction Qualité**

Dans le prolongement de l'idée d'un leadership fort, dès lors que l'équipe de direction est suffisamment étoffée, je crois qu'il faut créer au sein de l'hôpital local **une direction qualité**. Trop de chefs d'établissement confient le secteur de la qualité à un R.A.Q. ou à un tiers (cadre de santé, infirmière hygiéniste). Cela a pour effet d'utiliser la qualité comme un outil de gestion souvent contraint, toujours restreint.

La qualité doit être dirigée. Elle a besoin d'un engagement managérial fort.

Durant mon stage, le R.A.Q. m'a souvent confié ses difficultés antérieures à faire passer ses messages et surtout, à influencer sur les décisions pourtant susceptibles de changer certaines pratiques professionnelles.

En tant que membre de l'équipe de direction, de nombreuses difficultés ont été levées car j'ai pu discuter des enjeux et des axes stratégiques au plus près du Directeur. Par effet rebond, cette vision managériale de la qualité a permis progressivement de créer du lien, un ciment social entre l'équipe de direction et les membres du personnel.

Au nom de la symbolique et des valeurs de la qualité, une concertation des prestataires directs et indirects de la prise en charge du patient a permis de partager les nouveaux enjeux.

Enfin, un directeur qualité sera en mesure de développer une vision globale de la qualité qui permette d'institutionnaliser la démarche, notamment à travers des objectifs définis dans le projet d'établissement ou le C.O.M.

Par ailleurs, sa position sera très utile pour faire le lien et garantir la cohérence de la démarche entre les exigences de la loi du 4 mars 2002 et celles relatives à la loi du 2 janvier 2002 dans la perspective du déploiement général de la démarche sur l'ensemble de la structure.

### **3.1.4 Développer une culture d'évaluation interne**

L'auto évaluation des pratiques professionnelles en regard du référentiel A.N.A.E.S. a montré combien, à l'hôpital local, l'évaluation n'était pas une pratique familière, ni pour les acteurs de terrain, ni pour la direction.

Pourtant, l'évaluation reste un enjeu de taille pour le Directeur et l'institution. L'aptitude à prouver étant aujourd'hui déterminante compte tenu de la pression sociale et réglementaire, une direction se doit d'organiser un système d'information fiable qui garantisse tout à la fois la circulation de l'information et sa traçabilité. Or, le Directeur se retrouve rapidement face à un questionnement de fond : évaluer, pour quoi faire ? Comment maîtriser les produits non conformes pour qu'ils ne soient pas réutilisés par l'organisation ?

L'évaluation du projet d'amélioration de la qualité doit donc s'accompagner d'une réflexion stratégique qui garantisse au Directeur le respect de la déontologie de l'évaluation.

L'explication incessante des enjeux partagés, la communication des objectifs, la transparence de l'information et la reconnaissance sincère des résultats sont les seuls moyens d'acculturer les acteurs à la réalité de la mesure.

Conscient de la nécessité d'évaluer les actions mises en œuvre, j'ai été rapidement confronté à trois types de difficultés au cours de ma mission :

1. La construction de grilles d'évaluation qui soient pertinentes
2. Le choix judicieux des actions à évaluer avec des indicateurs qui s'intègrent dans l'enjeu collectif
3. Le traitement des données, l'analyse des résultats et les réajustements à opérer.



Je retire de cette expérience la conviction que c'est sur le plan de l'évaluation que les professionnels ont pris le plus de retard. Il est nécessaire de faire aujourd'hui un effort de formation des personnels aux techniques d'évaluation.

Au risque d'introduire de nombreux biais, voire à terme de ne plus rien mesurer du tout, la pratique de l'évaluation nécessite compétence et méthode et ne pourrait se satisfaire davantage d'une approche empirique.

De surcroît, dans le contexte actuel de l'évaluation normative où on a souvent tendance à rechercher systématiquement **la faute** au lieu d'analyser **l'erreur**, le législateur a fait de l'évaluation de la satisfaction un élément fondamental du cycle d'amélioration de la qualité. La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale et celle du 4 mars 2002 relative aux droits des patients et à la qualité du système de santé en sont l'illustration.

Stratégiquement, la mise en place des questionnaires de satisfaction, des usagers et du personnel, constituent une des portes d'entrée à la pratique de l'évaluation. Ainsi que le soulignent Michel LAFORCADE et Philippe DUCALET (27), « *l'évaluation de la satisfaction en tant que mode de description du réel et levier possible de décision, s'avère de nature stratégique* ».

Les fiches d'incident ou d'événements indésirables sont également, de mon point de vue, des supports à mettre en place après une réflexion collective.

Elles permettront à la direction de disposer d'éléments significatifs susceptibles de favoriser la réactivité et de mettre en œuvre des actions correctrices très concrètes.

### **3.1.5 Rapprocher la démarche qualité et la gestion des risques**

La notion de risque fait partie intégrante de la vie d'une institution et de la responsabilité du Directeur. Il n'a pas été explicitement question de la gestion des risques dans ce mémoire mais celle-ci a toujours été présentée en filigrane de la démarche qualité mise en œuvre à Pont Saint Esprit.

A l'hôpital local, la gestion des risques soulève des problèmes de faisabilité dus notamment :

- ☞ Au niveau de formation des acteurs pour identifier les risques ;
- ☞ A l'absence d'une vision globale des risques dans l'institution ;

(27) DUCALET P et LAFORCADE M: « *Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales : sens, enjeux et méthodes* » Paris : SELI ARSLAN, 2<sup>ème</sup> édition 2004. 335 p.p 157.

- ☞ A une grande hétérogénéité des risques (infectieux, incendie, médicamenteux, risque pour les biens et les personnes, ...) ;
- ☞ A la multiplicité des acteurs intervenant dans la structure.

Le développement de la démarche qualité, tout comme l'accréditation, permettent de prendre en compte la dimension sécuritaire de façon prioritaire. Toutefois, ces démarches envisagent le risque de façon thématique (risque incendie, risque transfusionnel par exemples) ce qui conduit à une gestion éclatée des risques. Le Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales, le comité des vigilances, la commission de sécurité, le Comité d'Hygiène, de Sécurité et de Conditions de Travail, autant d'exemples de comités ou instances qui priorisent l'aspect sécuritaire sans qu'il n'y ait de réelle coordination générale entre eux.

Une approche plus globale de la gestion des risques apparaît nécessaire dans le cadre d'une démarche d'amélioration continue de la qualité, d'autant que ces deux démarches sont très similaires : elles s'appuient sur des méthodes proches, telles que l'analyse de processus et poursuivent des objectifs communs dont la sécurité est le socle. Toutes deux nécessitent une approche comportant une dimension managériale et une dimension technique.

Le développement de la gestion des risques pourrait être facilité une fois la démarche qualité initiée et pérennisée. Il peut s'agir d'une approche permettant bien au-delà d'une réponse normative à des référentiels de pérenniser la qualité dans l'institution.

Au-delà de propositions touchant à l'organisation de l'institution, il m'apparaît fondamental d'utiliser les outils et les compétences managériales des cadres de santé qui sont souvent insuffisamment optimisées.

## **3.2 S'appuyer davantage sur le management des Cadres de Santé**

### **3.2.1 Le management interne des cadres donne du sens à la démarche qualité**

On sait combien le succès d'une démarche qualité repose sur l'implication des personnels et la satisfaction des acteurs chargés de la mettre en œuvre. Le cadre de proximité est, à ce titre, au carrefour des enjeux de la démarche. Il est le relais indispensable entre l'engagement affirmé de la direction et la nécessité d'améliorer les pratiques professionnelles.

Qui mieux qu'un cadre de proximité sera à même de percevoir les dimensions culturelles, techniques, stratégiques et structurelles de la démarche qualité pour passer progressivement d'une logique de moyens à une logique de résultats ?

Outre la nécessité de travailler sur les organisations, des gisements importants de gains et de progrès dans la prise en charge et de la qualité des soins sont à développer au travers du management des cadres de santé. Ceux-ci, depuis la réforme de leur statut, reçoivent dans les Instituts de Formation de Cadres de Santé une formation solide en management.

Pourtant, ils évoquent fréquemment des raisons structurelles et conjoncturelles (gestion des plannings, fonction en mode dégradé, fréquence des réunions, sollicitations des familles, des médecins) qui les empêchent de mettre en application les connaissances en management qu'ils ont acquises.

Cette situation « le nez dans le guidon » ne leur permet pas, selon eux, de s'impliquer suffisamment dans la conduite de projets, ni de prendre de la hauteur pour aborder la démarche qualité de façon sereine.

La direction et l'équipe de la cellule qualité ont ici un rôle de soutien très important pour leur permettre d'améliorer la gestion du temps et de recentrer leur activité sur des tâches managériales propres.

Comme le soulignent Philippe DUCALET et Michel LAFORCADE (28), la qualité « *n'est pas compatible avec une stratégie d'évitement ou de recherche permanente du consensus* ». Le cadre de proximité doit donc s'engager et être une force de proposition pour l'équipe de direction comme pour les équipes soignantes et la communauté médicale.

De surcroît, si aucun référentiel n'est suffisant pour créer la dynamique qualité, ces référentiels créent des doutes car ils remettent en cause les pratiques professionnelles, notamment médicales.

Par conséquent, dans un secteur où chacun pense détenir les règles de l'art, le cadre est bien la personne appropriée pour donner du sens aux projets et développer une culture interne fédératrice.

Partant de ce principe, la qualité devient aussi un outil de redistribution des pouvoirs au sein des structures de soins et donc un réel levier de conduite du changement. Aux directions d'en profiter !

(28) *op.cit* page 200

### 3.2.2. Les outils traditionnels du management des cadres sont des outils de la qualité

J'ai été frappé de constater (sans doute en raison du contexte normatif de l'accréditation) combien les cadres de proximité n'utilisaient pas spontanément leurs propres outils de management ni dans la conduite des projets ni dans la mise en place des actions correctives. Pourtant, certaines méthodes qu'ils maîtrisent, ont fait la preuve de leur efficacité et sont en général bien appréhendées par les différentes équipes.

Fort de ce constat, et après en avoir discuté avec le R.A.Q., nous avons souhaité réutiliser, en complément des supports méthodologiques que nous avons mis en place deux outils opérationnels traditionnels:

#### A) Le questionnaire méthodique ou Q.Q.O.Q.C.C.

La prise de décision nécessite l'analyse de la situation à partir de faits, de données impersonnelles. Il est donc nécessaire d'effectuer la collecte de ces informations.

Pour cette collecte, un outil, aussi simple que pratique, est particulièrement approprié : le questionnaire méthodique ou Q.Q.O.Q.C.C.

Sous cette forme, facilement mémorisable, se cache tout simplement le rappel des questions QUOI ? QUI ? OU ? QUAND ? COMMENT ? COMBIEN ? auxquelles on rajoutera POURQUOI ?

Ce questionnaire, trop longtemps inutilisé, avait été élaboré au 1<sup>er</sup> siècle de notre ère par un rhéteur romain, QUINTILIEN, sous la forme : QUIS ? QUID ? UBI ? QUIBUS AUXILIIS ? CUR ? QUOMODO ? QUANDO ?

Selon les cas, ces questions peuvent prendre de nombreux sens, à titre d'exemples :

QUOI ? De quoi s'agit-il ? Quels sont les événements ? Quelle est la situation actuelle ? Quels sont les précédents ? Quel est le contexte ?

QUI ? Qui est concerné ? (cela suppose de rajouter A QUI ?). Qui est intéressé par la décision (autres personnes ou services qui devront être consultés ou informés) ?

OU ? Où cela se passera-t-il (région, service, poste de travail) ? Que se passe-t-il ailleurs (autres administrations, secteur privé, ...) ?

QUAND ? A quel moment ? Depuis quand ? Dans quel délai (de l'entrée à la sortie du service par exemple, en tenant compte des délais « extérieurs ») ?

COMMENT ? Comment cela se passe-t-il (et s'est passé) ? Comment cela fonctionne-t-il ? Avec quels moyens (humains et matériels) ? Avec quels moyens juridiques ?

COMBIEN ? Combien de temps (quel délai) ? Combien d'agents ? Combien de cas ? Quel est le coût ?

Chacune de ces questions pourra être systématiquement doublée par la question POURQUOI ? qui permet de rechercher des informations complémentaires et très souvent indispensables à la prise de décision (ce qui permet aussi d'obtenir des données épurées d'une grande partie d'éléments subjectifs).

Les informations, une fois recueillies, devront être traitées puis analysées pour que l'on obtienne une photographie de la situation passée et présente. A partir de là, différentes actions pourront être envisagées et illustrées. Une représentation graphique des différentes possibilités s'avère souvent fort utile à ce stade.

## B) Le diagramme d'ISHIKAWA

Ce diagramme, appelé aussi « diagnostic de cause à effet » sert à visualiser toutes les causes aboutissant à un effet donné en les regroupant par classe ou famille (**voir annexe 7**). Le questionnaire Q.Q.O.Q.C.C. sert souvent à classer ces familles.

### **Son processus de construction :**

#### A. Choisir la méthode de regroupement :

Le nombre de familles ou classes doit être suffisamment grand pour que l'étude soit exhaustive, mais suffisamment réduit pour qu'il y ait réellement regroupement.

**B. Recenser toutes les causes possibles :**

Le recensement doit être aussi large que possible. On fera appel pour cela à des techniques comme le brainstorming, mais aussi à l'expérience et aux connaissances des experts. C'est la phase d'ouverture.

**C. Positionner les causes principales par famille :**

Quand toutes les causes imaginables ont été évoquées, on procède au regroupement. C'est la phase de concentration. Il peut se produire alors que le mode de regroupement prévu initialement ne semble pas optimal. Il faut alors le remettre en cause, en gardant le principe de l'exhaustivité (pouvoir placer toutes les idées) et de regroupement (s'il ne reste qu'une idée par branche de regroupement, il ne s'agit plus de regroupement !).

**D. Rechercher les causes plus fines :**

Une cause principale est le point de départ d'une autre analyse. On reconstruit un diagramme à partir de l'une des branches de la première analyse. Par enchaînement, la cause d'un effet peut aussi être elle-même l'effet de plusieurs autres causes.

**E. Sélectionner les familles puis les causes les plus probables :**

Toutes les causes évoquées dans la phase d'ouverture n'ont pas le même poids, la même importance. Plusieurs méthodes sont utiles pour sélectionner les causes les plus importantes. On aura recours à la méthode du vote pondéré par exemple, ou à des méthodes plus mathématiques, comme l'étude de corrélation, à moins que l'on ne fasse davantage appel à l'imagination, en utilisant la simulation (que se passerait-il si...?). La méthode oblige le groupe à réfléchir jusqu'au fond des raisonnements et à prendre position sur l'ensemble des causes.

### **3.2.3. Impliquer les cadres dans la politique de formation des personnels**

Outre la nécessité de mettre en place des formations spécifiques à l'attention des dirigeants, des médecins et du personnel d'encadrement, c'est bien l'ensemble des acteurs qui est concerné par la formation. L'élévation du niveau de compétence conduit au changement culturel et, donc, au changement de comportement.

Les cadres intermédiaires ont un rôle essentiel auprès des équipes, mais également des médecins pour aider à comprendre et à acquérir un langage commun. Ils pourront être relayés efficacement en cela par des correspondants qualité formés à la

conduite de projets. N'oublions pas que, si la formation est porteuse de sens, elle reste à la croisée des conflits que rencontre chaque acteur, chaque groupe et chaque organisation. Dans le cadre de la démarche qualité, la formation est cet espace de mise en lien mais aussi de remise en question des valeurs et des représentations de chacun. Le cadre, animateur des équipes, se situe lui aussi à la croisée des chemins.

Les professionnels d'encadrement, point d'appui des démarches qualité, doivent donc bénéficier d'une formation précise et suffisante sur ces démarches. Cela suppose pour l'établissement d'avoir défini en amont des objectifs stratégiques qui s'intègrent au plan de formation.

Mais, si l'on souhaite faire de la qualité un réel outil de management des organisations, il est indispensable de réfléchir au bénéfice que la qualité va apporter à l'utilisateur / résident.

### **3.3. Au-delà des bénéfices apportés à la structure, pouvoir identifier ce que la qualité apporte à l'utilisateur.**

#### **3.3.1 L'utilisateur sujet ou l'utilisateur objet de la démarche qualité ?**

Les démarches qualité prônent la place centrale du patient comme point d'ancrage des actions d'amélioration. Les référentiels d'auto évaluation, qu'il s'agisse de celui de l'A.N.A.E.S. ou des référentiels A.N.G.E.L.I.Q.U.E. (1) en secteur médico-social, font une large part à la prise en compte du point de vue du patient. Pour autant, connaître réellement le point de vue et les attentes des patients / résidents suppose de posséder des outils de recueil suffisamment affinés et de faire un effort important de contextualisation.

Compte tenu du fait que ces référentiels sont construits par des professionnels dans un contexte de ressources fortement limitées, on peut s'interroger sur la prise en compte effective du point de vue des patients.

Sur le terrain, les interrogations des professionnels à l'issue de l'auto évaluation du secteur sanitaire ont surtout porté sur des problèmes d'organisation, de flux, de circuits et les projets institutionnels. A l'instar de la charte du patient hospitalisé, les référentiels demandent davantage à l'établissement de répondre à une conformité (l'affichage) qu'à un réel souci d'évaluation du degré de connaissance et d'application des critères de la charte (2).

(1) A.N.G.E.L.I.Q.U.E. : *Application Nationale pour Guider une Evaluation Labellisée Interne de la Qualité pour les Usagers des Etablissements.*

(2) Référence DIP 1 C et DIP 1 e

Il en va de même pour la représentativité des usagers au sein d'instances telle que le Conseil d'Administration où certes, le représentant des usagers siège mais reste davantage confiné dans un rôle de spectateur plutôt que d'acteur.

Au-delà des grands domaines organisationnels et professionnels qui structurent les référentiels, il serait souhaitable d'aborder des thèmes qui touchent de près la vie des patients et des résidents :

- La cohabitation avec les autres résidents ;
- La qualité des relations humaines avec les professionnels ;
- La disponibilité du personnel médical et la prévenance des soignants ;
- L'occupation de l'espace domestique de la charte ;
- La participation affective aux décisions concernant leur propre santé et leur devenir.

La discordance apparente entre le point de vue réel des patients et l'énoncé des critères des référentiels souligne l'intérêt des méthodes qualitatives d'observation et d'entretien pour obtenir une idée précise du besoin du patient. Celui-ci reste avant tout propre spectateur de sa santé plutôt qu'acteur responsable de ces choix et ce d'autant plus que la personne âgée véhicule l'image d'une personne vulnérable qu'il faut secourir.

Jean MAISONDIEU constate avec effroi que la personne âgée vaut pour ce qu'elle a, pas pour ce qu'elle est. Il est sans doute temps d'opérer un changement culturel dans les institutions pour que l'objectif ne soit plus de produire des soins ni de fabriquer du lien social mais bien de restituer et maintenir autant que faire se peut l'autonomie de la personne âgée.

Michel LAFORCADE et Philippe DUCALET estiment avec justesse que penser la démarche qualité dans nos institutions, c'est somme toute, passer d'une logique **d'usager objet** à une logique **d'usager sujet**. Or, dans cette logique où l'usager serait acteur de sa propre santé, rien n'est acquis.

Si l'arsenal juridique prévoit un droit d'accès à l'information, un droit de recours et la possibilité de bénéficier d'un projet de soin individualisé, l'usager (a fortiori lorsqu'il s'agit d'une personne âgée) reste un sujet captif.

Dans un principe de singularité rappelé par les lois du 4 mars 2002 et du 2 janvier, le choix des prestations et des alternatives aux soins reste en réalité limité.



Dans ce contexte, que peut apporter la qualité à l'utilisateur ?

Sans doute de par sa position, le Directeur pourra initier une réflexion sur l'éthique de l'utilisateur, ce malade, ce résident qu'il est très facile d'enfermer dans des logiques qu'il n'a pas choisies au nom du respect des contraintes organisationnelles.

Plus sûrement aussi, la qualité sera un levier pour qu'une institution se conforme aux normes de sécurité (rappelons par exemple l'importance donnée par l'A.N.A.E.S. à l'exigence pour l'institution de répondre aux critères des fiches de sécurité) avant d'être en mesure de développer un projet qualité plus ambitieux. Seulement après pourra venir le moment où les acteurs acculturés à la qualité seront en mesure de se détacher des divers référentiels pour se centrer davantage sur les besoins exprimés des patients.

### **3.3.2 Un rapprochement nécessaire des référentiels d'évaluation de la qualité**

Pourquoi les activités médico-sociales, même exercées au sein d'un hôpital local (où, souvent, la proportion des lits d'E.H.P.A.D. est très supérieure à celle du secteur sanitaire) ont-elles été exclues de la démarche d'accréditation ? La cohérence de la prise en charge de la personne âgée ne s'arrête pas sur le seuil de la porte d'un secteur. Ce sont souvent les mêmes équipes qui prennent en charge les malades du secteur de soins de longue durée et des résidents en E.H.P.A.D.

Un sentiment de frustration naît dans les équipes et dans la communauté médicale qui dénonce, à juste titre, l'ignorance des unités organisationnelles au profit du respect des frontières juridiques entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social.

Comment, dès lors, ne pas éviter une segmentation des deux secteurs dans l'esprit des acteurs, ce qui nuit fortement au développement de la démarche qualité ?

Pour les professionnels de terrain, la co-existence de plusieurs référentiels ne facilite pas l'appropriation et la vision institutionnelle de la démarche qualité à l'hôpital local.

Si le manuel de l'A.N.A.E.S. fait référence dans le champ sanitaire, il est vrai que plusieurs référentiels sont utilisés dans le secteur médico-social. Aussi, les E.H.P.A.D. ont à leur disposition l'outil A.N.G.E.L.I.Q.U.E. mais également, par exemple, la méthode d'évaluation E.V.A. élaborée par la Fédération Hospitalière de France.

D'autres associations telles que l'A.F.N.O.R. mais aussi l'Association des Paralysés de France et le Syndicat National des Associations de Parents et amis de personnes handicapées (S.N.A.P.E.I.) proposent des référentiels qualité permettant la réalisation d'une évaluation interne des prestations.

La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale prévoit que le Conseil National de l'Evaluation Sociale et Médico-sociale élabore des procédures et références en cas de lacune et valide les outils d'évaluation existants.

Cette prolifération de référentiels pose également à terme le problème de la formation des évaluateurs.

Sur le fond, on peut discuter de la bataille des outils et méthodes. En pratique, je crois qu'une direction doit être en mesure de garder un cap et donner du sens à la démarche qualité mise en œuvre. Quelles soient médico-sociales ou sanitaires, les logiques comportementales à adopter dans le cadre de la qualité sont les mêmes à l'hôpital local. La population prise en charge reste circonscrite et les principes mis en œuvre pour garantir la qualité et la sécurité de la prise en charge de la personne âgée sont transposables d'un secteur à l'autre.

La question se pose davantage sur les petites structures autonomes qui, disposant des référentiels, ne bénéficient pas pour autant d'aide méthodologique suffisante.

Dans ce contexte, la mise en réseau et la mutualisation des expériences permet sans doute d'obtenir ce soutien méthodologique indispensable.

En ce qui concerne l'hôpital local, le référentiel A.N.A.E.S. apparaît comme une base solide pour acculturer les professionnels à la démarche qualité puisqu'il englobe un large champ des activités de l'institution. Les principes de gestion documentaire, de communication et de montée en charge des plans d'actions sont transposables.

Toutefois, il n'apparaît pas souhaitable de mener de front la procédure d'accréditation et l'auto évaluation A.N.G.E.L.I.Q.U.E. pour des raisons évidentes de disponibilité et de charge de travail.

A l'hôpital local de Pont Saint Esprit, il est prévu dans les prochains mois de mettre en œuvre les objectifs du projet de vie et de formaliser les pratiques du secteur E.H.P.A.D. sur les mêmes principes d'organisation que ceux utilisés pour la démarche qualité du secteur sanitaire. La cellule qualité et le comité de pilotage vont rester garants de la mise en œuvre et du suivi de la démarche qualité dans les deux secteurs.

Toutefois, ce déploiement ne peut se faire sans l'adhésion des médecins libéraux. A ce titre, le rôle du médecin coordonnateur est primordial pour créer du lien entre le projet qualité de l'hôpital et la logique de l'exercice libéral.

### 3.3.3 Faire du soin avec l'ambition de faire de la qualité

#### A) Par l'implication des médecins libéraux

L'engagement des médecins dans la phase d'auto évaluation est restée faible. Leur investissement respectif demeure très variable et correspond souvent à un niveau de formation spécifique (soins palliatifs, douleur, capacité en gériatrie). Pourtant, il semble nécessaire désormais de passer de la qualité des actes individuels à la qualité de la prestation globale.

Pour atteindre cet objectif, la direction a besoin de l'engagement des médecins. Or, chacun sait combien leur positionnement influe sur la conviction et l'engagement des équipes soignantes. Dès lors, quelles solutions a-t-on ?

On peut certainement mettre à profit la compétence médicale pour prendre en charge un volet technique ou sectoriel de la démarche. Je pense notamment à la responsabilité des vigilances et à la structure du dossier patient. Ces deux domaines renforcent la maîtrise collective de la prise en charge du patient.

La personne âgée revient au centre des préoccupations tout en laissant au médecin le libre choix d'un engagement plus personnel dans le respect d'une éthique propre.

Si la démarche qualité et la procédure d'accréditation sont apparues pour de nombreux médecins comme des méthodes trop normatives et trop contraignantes, il ne s'agit pourtant pas de réduire la diversité mais d'organiser les parcours multiples des processus de prise en charge. Il est donc temps que la qualité et la médecine fondent leurs actions sans opposer systématiquement les binômes client/qualité, patient/médecine.

La reconnaissance récente de la gériatrie comme spécialité médicale ainsi que la place de l'hôpital local (\*) font qu'au stade de l'avancée actuelle de la société, la garantie de la qualité des soins dans les établissements pour personnes âgées ne peut se passer d'une évaluation externe pertinente.

Dans ce contexte, l'affirmation du rôle du médecin coordonnateur tout autant que le développement de la formation médicale sont des leviers susceptibles d'enrichir le projet médical et de favoriser l'investissement des médecins libéraux dans les projets institutionnels tels que la démarche qualité. La personne âgée a tout à y gagner dans son rôle de vigie pour estimer la qualité des prestations fournies et dans son rôle de révélateur pour exprimer ses attentes, ses besoins auxquels, d'une manière générale, l'établissement est en mesure de proposer des solutions.

(\*) Circulaire du 28 mai 2003 relative aux missions de l'hôpital local

## B) Par le développement de la qualité en réseau

La démarche qualité est un domaine pour lequel les directions respectives des structures sanitaires et médico-sociales peuvent partager les expériences dans le cadre des réseaux inter-établissements.

On constate trop souvent que les différents établissements concernés par la mise en œuvre de la démarche qualité ne partagent pas suffisamment les savoirs. Ils se débattent souvent chacun de leur côté, alors qu'ils se trouvent face à des difficultés similaires.

Même si chaque structure dispose d'outils spécifiques adaptés à son propre contexte, des données, des conseils et certains grands principes sont transposables d'un établissement à l'autre.

Partant de ce postulat et dans la phase de préparation de la visite d'accréditation, j'ai contacté le R.A.Q. du Centre Hospitalier Spécialisé de Privas en Ardèche après avoir consulté sur le site Internet de l'A.N.A.E.S., le rapport très positif du collège d'accréditation. Il m'a fait part de son expérience et m'a conseillé sur la façon de construire le calendrier prévisionnel de la visite.

J'ai pu moi-même, par la suite, transmettre les supports de cotation au démerite et les principes retenus pour constituer les groupes d'auto évaluation à la demande d'un Directeur d'établissement de la région de Verdun.

Lors d'une réunion de l'association des directeurs du Gard, cette idée de partager les expériences et les savoirs issus de la démarche qualité a été débattue. Elle devrait, je l'espère, déboucher sur des réunions ponctuelles entre les R.A.Q. de l'hôpital local de Pont Saint Esprit et celui d'Uzès (situé à environ 25 km) pour échanger des idées pertinentes et discuter des solutions possibles aux difficultés rencontrées.

Au-delà de ce partage des savoirs, les directions d'établissements pourraient très bien envisager le montage d'un dossier de financement auprès des tutelles d'un poste de R.A.Q., voire d'un qualicien, à temps partagé.

La mise à disposition de personnel formé à la démarche qualité reste en effet prépondérant à la pérennisation de toute démarche d'amélioration continue de la qualité.

## CONCLUSION

Si la qualité est une notion très ancienne qui a fait ses preuves dans le monde industriel et concurrentiel, elle n'a pénétré les champs du secteur sanitaire, social et médico-social que récemment.

Pour l'hôpital local, l'enjeu est double. Son statut juridique lui impose tout à la fois de se conformer aux démarches incitatives et réglementaires émanant du secteur sanitaire et de répondre à celles du champ social et médico-social, introduites notamment par la réglementation de 1999 et par la loi du 2 janvier 2002.

Se limiter à cette approche normative de la qualité conduirait sans doute un chef d'établissement à envisager la démarche qualité simplement comme un outil et non pas comme un levier stratégique de management.

Mes deux années d'études à l'E.N.S.P. m'ont permis de rencontrer de nombreux directeurs qui pensent que la qualité reste une mode, un passage obligé vis à vis des tutelles.

La première partie de ce travail montre, en réalité, que la qualité est un domaine riche qui inonde en profondeur non seulement les organisations, mais également les hommes qui les composent.

En se préparant en amont, la direction de l'hôpital local de Pont Saint Esprit a souhaité utiliser la procédure d'accréditation comme un levier puissant de réforme des pratiques. Nous nous sommes attachés à considérer cette procédure comme un outil au service de la démarche qualité et non l'inverse.

La tentation est grande de considérer l'accréditation comme une fin en soi et non comme un moyen d'amorcer une démarche d'amélioration continue de la qualité.

De mon point de vue, lorsque la démarche qualité s'inscrit dans une réelle politique de l'établissement, l'accréditation est un excellent moyen pour initier une démarche d'amélioration continue de la qualité.

A l'hôpital local, l'accréditation a pour effet de pénétrer une très grande partie des secteurs d'activité (logistiques, techniques, administratifs) bien que le secteur sanitaire soit souvent de capacité modeste en regard du secteur E.H.P.A.D. Elle permet donc à la

direction de **disposer d'une assise** suffisamment forte pour développer ensuite la qualité et l'étendre au secteur d'hébergement.

Les facteurs de réussite sont entièrement contenus dans la capacité de l'établissement à favoriser l'implication respectueuse entre la direction et les personnels.

Encore faut-il disposer d'outils et méthodes appropriés à la situation et à la culture de l'établissement.

L'expérience menée à Pont Saint Esprit nous a montré l'intérêt d'avoir un plan d'actions bien construit, agrémenté de fiches projets qui permettent un suivi au long cours de l'avancée de la démarche.

Le choix des outils et méthodes reste fondamental puisque, à l'heure actuelle, les référentiels du champ sanitaire et du champ médico-social se contentent surtout de la promotion d'objectifs à atteindre sans qu'il ne soit proposé de modèle permettant de les atteindre de façon durable.

La question de fond reste la place centrale que doit tenir l'utilisateur / résident dans la démarche qualité. Certes, tous les référentiels en témoignent, l'ensemble des objectifs est tourné vers la satisfaction des besoins de la personne.

Néanmoins, les référentiels permettent surtout l'amélioration des modes d'organisation. Sans doute est-il nécessaire d'atteindre l'objectif de répondre aux besoins de la personne âgée en vivant la qualité au quotidien, comme un outil de réflexion et de progression avec, pour ambition, de faire de la qualité en faisant du soin.

Je ne crois pas qu'une démarche qualité puisse se pérenniser sans un pilotage rigoureux des plans d'actions d'amélioration et sans l'évaluation des outils et méthodes utilisés.

Un système permanent d'amélioration de la qualité passe nécessairement par la maîtrise de l'organisation et des règles de fonctionnement de l'établissement, ce qu'un Directeur connaît bien. Il passe aussi par la reconnaissance de son caractère stratégique et managérial. C'est pourquoi, le Chef d'Etablissement d'un Hôpital Local a tout intérêt à envisager la qualité comme une direction fonctionnelle à part entière.

---

# Bibliographie

---

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- (1) **A.N.A.E.S.** « *Principes de mise en œuvre d'une démarche qualité en établissement de santé* ». Paris : ANAES Avril 2002. 77p. p 69
- (2) **A.N.A.E.S.** « *Evaluation d'un Programme d'Amélioration de la Qualité* ». Les enseignements de 60 projets dans les établissements de santé français. Paris : 1999. p16
- (3) **A.N.A.E.S.** « *Manuel d'accréditation des établissements de santé - Principes généraux* ». Paris : Actualisation juin 2003. 136 p. p 9
- (4) **A.N.A.E.S.** « *Principes de mise en œuvre d'une démarche qualité en établissement de santé* ». *op. cit.* p 29
- (5) **RAYMOND JL., DE HARO A., JEZEQUEL N.** « *Donner du Sens à la Qualité dans un Etablissement de Santé* ». Bordeaux : Les études hospitalières. Juin 2001. 280p. p 31
- (6) **RAYMOND J-L** . *op. cit.* p 64
- (7) **A.N.A.E.S.** « *L'audit clinique : bases méthodologiques de l'évaluation des pratiques professionnelles* » Paris : Avril 1999. 27 p.  
**A.N.A.E.S.** « *Construction et utilisation des indicateurs dans le domaine de la santé - Principes généraux* » Paris : Mai 2002. 39 p.
- (8) **A.N.A.E.S.** « *Principes méthodologiques pour la gestion des risques en établissement de santé* » Paris : janvier 2003. 114 p.
- (9) **JOCOUP** P : « *Les enjeux économiques de la qualité* » In : « *au cœur du changement. Une autre démarche de management : la qualité totale.* » Paris : Dunod 1992. p.43 -71
- (10) **A.N.A.E.S.** « *Evaluation d'un programme d'amélioration de la qualité – Les enseignements de 60 projets dans les établissements de santé français* » Paris : Avril 1999. 105 p. P 49.
- (11) **SHORTELL S.M., BENNET C.L., BYCK G.R** : « *Assessing the impact of continuous quality improvement on clinical practice* » . MILBANK Q. 1998; 76 – pp 593-624
- (12) **CROSBY P.** « *La qualité, c'est gratuit* ». Paris : Economica. 1996
- (13) **A.N.A.E.S.** - « *Principes de mise en œuvre d'une démarche qualité en établissement de santé* » Paris : Avril 2002. Page 54
- (14) **MATHIEU S** : « *Réussir l'approche processus* » Paris : A.F.N.O.R. 2003
- (15) **A.N.A.E.S** : « *Méthodes et outils des démarches qualité dans les établissements de santé* » Paris : Juillet 2000. 67p
- (16) **BOIX AM** : « *L'accréditation hospitalière, quel impact sur la culture et le management des établissements de santé ?* » Paris : L'Harmattan, 197p. p 41.

- (17) **A.N.A.E.S.** « *Dossier de presse accréditation* » Paris : Juin 2003.  
[contact.presse@anaes.fr](mailto:contact.presse@anaes.fr)
- (18) **CROZIER M., FRIEDBERG E** : « *l'acteur et le système* » Paris : Points. Collection Essais, 500 p. p 30.
- (19) **A.N.A.E.S.** / Direction de l'Accréditation : « *Préparer et conduire votre démarche d'accréditation, un guide pratique* » Paris : juin 1999. 110 p. p 24.
- (20) **A.N.A.E.S** op.cit
- (21) **A.N.A.E.S.** op.cit.
- (22) **A.N.A.E.S.** « *Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé – Préparation de la sortie du patient hospitalisé* ».Paris :2001 89 p. p 53
- (23) **A.N.A.E.S.** « *Méthodes et outils des démarches qualité pour les Etablissements de Santé* ». Service de l'Evaluation. Paris :Juillet 2000. 67 p
- (24) **Dr. P.ROUSSEL** : *E.N.S.P* « *Manager l'après accréditation en Etablissement de Santé* » Partie IV, p10. Fascicule de Formation continue. Hôpital Saint Maurice .Paris : le 2 juin 2004
- (25) **CASPAR P et MILLET JG** : « *Apprécier et valoriser les hommes* » Paris : Liaisons, 2<sup>ème</sup> édition . 1993 290 p. p 74.
- (26) **AUBERT N** : « *Diriger et motiver : secrets et pratiques* » Paris : Editions d'organisation. Troisième tirage 1997. 282 p. p 68.
- (27) **DUCALET P et LAFORCADE M** :« *Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales : sens, enjeux et méthodes* » Paris : Seli Arslan, 2<sup>ème</sup> édition 2004. 335p.p 157.
- (28) *op.cit page 200*

## **OUVRAGES BIBLIOGRAPHIQUES**

- BARANSKI L.** « *Le manager éclairé* ». *Piloter le changement*. Editions d'organisation. Novembre 2001.353 p
- HART J., LUCAS S.** « *Management hospitalier. Stratégie nouvelles des cadres.* » Gestion des Ressources Humaines. Editions. Lamarre 2002. 180 p
- FROMENTIN D., BRUN. J.** « *Santé et Assurance Qualité* » Editions Berger-Levrault. 1998.288 p
- QUIVY R.,VAN CAMPENHOUDT.** «Manuel de Recherche en Science Sociale » Editions Dunod 1995. 288 p
- WALTER MH.,HORN M.** «L'assurance qualité, clé de l'accréditation en santé » Collection Encadrer à l'hôpital. Editions MASSON 2000. 175 p



## **REFERENTIELS**

**Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé.** « *Le coût de la qualité et de la non qualité à l'hôpital* ». Paris : 1998. 55 p.

**Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé.** « *Réussir son Audit Clinique et son Plan d'Amélioration* » Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé. Paris : Juin 2003

## **MEMOIRES**

**ANDRE M.** « *La prévention des risques professionnels en maison de retraite. L'exemple de la maison de retraite de MAYET (Sarthe)* ». D.E.S.S promotion 2002-2003. 82p

**AVISSE H.** « *Démarche d'Accréditation et Dynamique Projet à l'Hôpital* » Mémoire de l'E.N.S.P. Directeur d'Hôpital promotion 2002-2004. 99 p

**RENAULT C.** « *Après la visite d'Accréditation : le Directeur des soins et la pérennisation des démarches qualité* » Mémoire de l'E.N.S.P. Directeur de Soins promotion 2002

## **MODULES INTER PROFESSIONNELS DE L'E.N.S.P**

**M.I.P 2002 :** « *La qualité dans les établissements et services sociaux : outils et management* ». Rapport N° 10

## **ARTICLES**

**BRIAND. S, BAZINA. A.** « *Perception de la qualité dans le secteur sanitaire et impact sur la démarche qualité* ». Cahiers de Sociologie et de démographie médicale. Janvier-mars 2001. 106p

**FAUGERAULAS. P:** « *Accréditation et responsabilité hospitalière* » Revue Hospitalière de France. Questions hospitalières N° 6. Novembre-Décembre 1999

**TABET. J , TEBOUL.J.** « *De la qualité et de ses perversions* ». Gestions Hospitalières. Octobre 1997. N° 369

**LACHENAYE-LLANAS. C.** « *Management, évaluation des pratiques professionnelles et accréditation. De l'actuel au futur* » Gestions Hospitalières N°428.Aout-septembre 2003

**BIDAULT.M., LEMASSON. N.** « *les enjeux de l'évaluation de la qualité* ». La Gazette des Communes- des Départements-des Régions. N°5 supplément. Avril 2004

**KIPMAN.L.** « *Le cahier du management* » Objectif Soins. Avril 2002. N°105

**LOUBAT.JR.** « *Démarche qualité, enjeux et paradoxes* ». Gestions Hospitalières. Octobre 2002 N° 419

**MAGUERES.G** . « *La mise en place d'un programme d'amélioration de la qualité : quelle démarche choisir ?* ».Technologie Santé. Décembre 1997 p 42

### **TEXTES REGLEMENTAIRES**

**LOI N° 2002 du 2 janvier 2002** rénovant l'action sociale et médico-sociale

**LOI du 4 mars 2002 N° 2002-303** relative aux droit du patient et à la qualité du système de santé

**Décret N°97- 311 du 7avril 1997** relatif à l'organisation et au fonctionnement de l'agence Nationale d'Evaluation en Santé

**Arrêté du 3 janvier 2001** fixant la composition du dossier accompagnant la demande d'engagement dans la procédure d'accréditation prévu à l'article R. 710-6-2 du code de la santé publique.

**Arrêté du 26 avril 1999** fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article de la loi N° 75-535 du 30juin 1975.

**Circulaire du 28 mai 2003** relative aux missions de l'hôpital local.

### **REFERENCES INTERNET**

Ministère de la santé : [www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr)

Site de l'A.N.A.E.S. : [www.anaes.fr](http://www.anaes.fr)

Site de l'A.F.N.O.R. : [www.afnor.fr](http://www.afnor.fr)

Site de l'A.N.F.H. : [www.anfh.asso.fr](http://www.anfh.asso.fr)

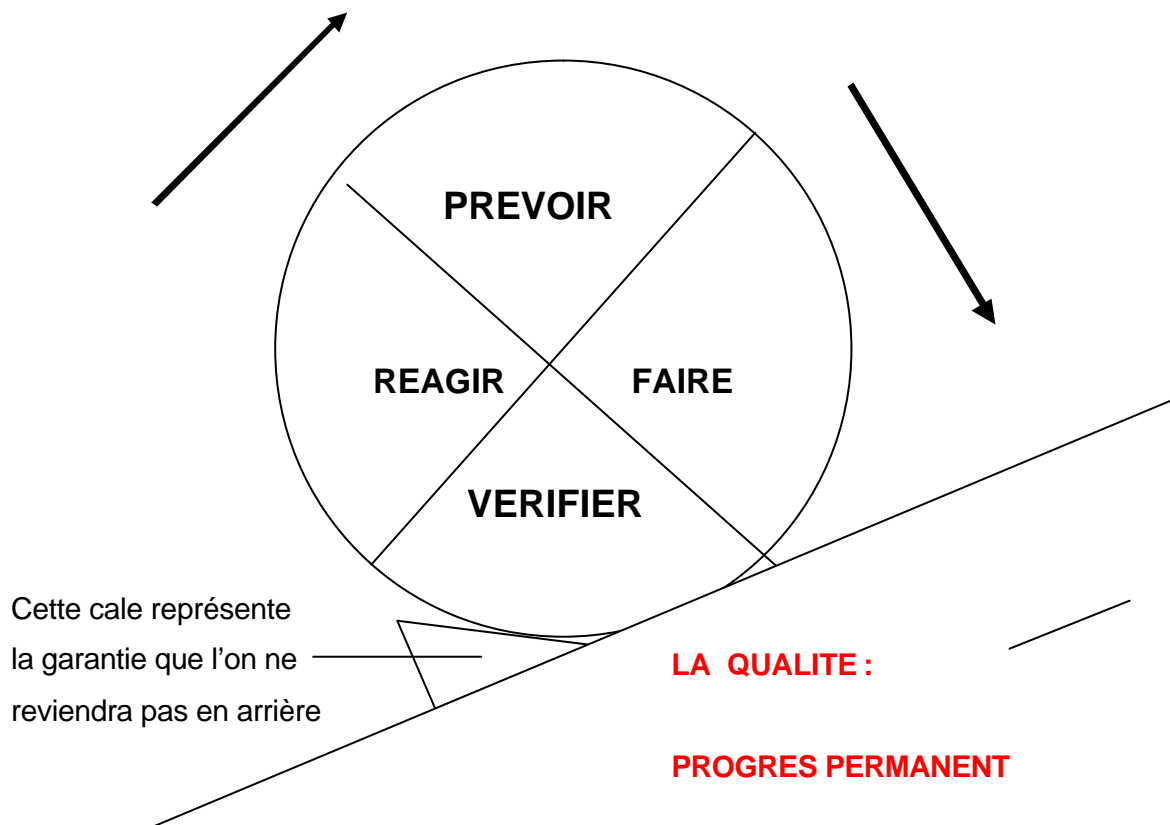
---

## Liste des annexes

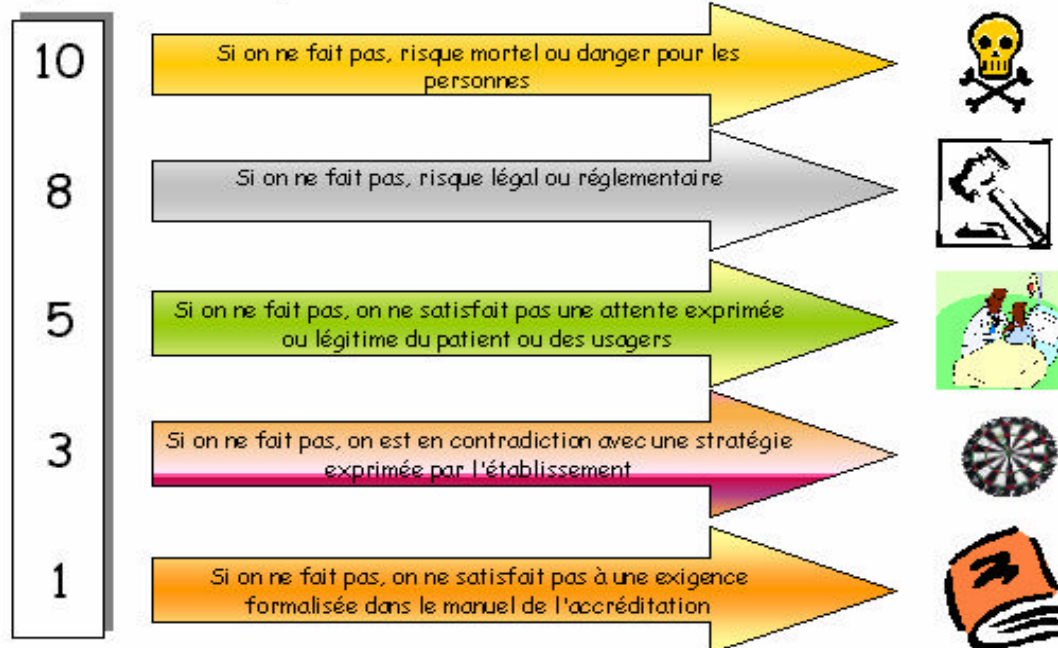
---

- Annexe 1 : Schéma de la roue de DEMING
- Annexe 2 : La cotation au Démérite et le calcul de la note de criticité
- Annexe 3 : Présentation du modèle de documents qualité standardisés
- Annexe 4 : Utilisation du diagramme de GANTT : extrait du plan d'actions
- Annexe 5 : Organigramme relatif à la conception des documents qualité
- Annexe 6 : Modèle de fiche projet
- Annexe 7 : Le diagramme d'Hishikawa

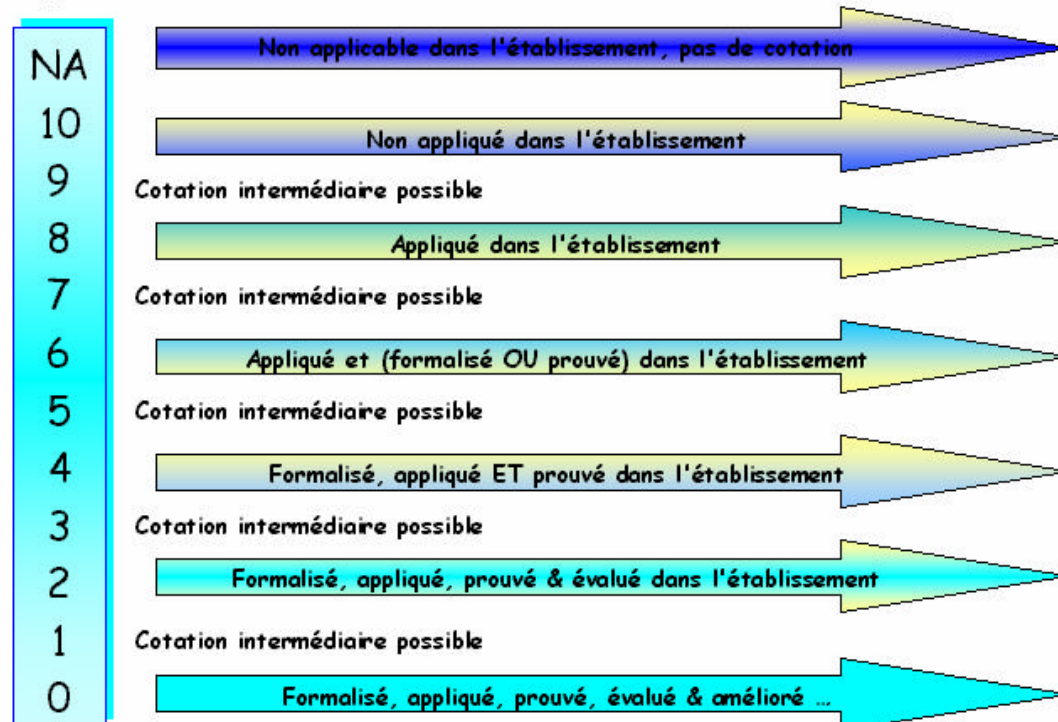
## PRINCIPE DE LA ROUE DE DEMING



**Rappel : Cotation du Risque au démerite**



**Rappel : Cotation de l'Existant au démerite**



**LA COTATION AU DEMERITE**

Etape	Actions
0	<p><b>PRE REQUIS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le processus d'auto évaluation a été mis en place conformément à la procédure d'AUTO EVALUATION</li> <li>- La cotation ne peut être conduite que par des équipes formées ensemble. De cette façon, la cohérence transversale de la cotation est assurée.</li> </ul>
1	<p><b>PRINCIPE DE LA COTATION AU DEMERITE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le démerite est un mode de cotation dans lequel la note la plus basse, soit le « 0 » correspond à la meilleure réponse, et la note la plus élevée, soit le « 10 » correspond à la plus mauvaise réponse.</li> <li>- La cotation au démerite s'effectue en partant de l'option la moins favorable, en l'éliminant plus en passant à la suivante plus favorable et ainsi de suite.</li> </ul>
2	<p><b>COTATION DU RISQUE</b></p> <p>Tous les critères sont cotés sur 10 en fonction du risque qu'ils représentent en cas de non satisfaction :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>10</b> pour le critère dont la non-satisfaction peut entraîner mort d'homme de façon directe,</li> <li>- <b>8</b> pour le critère dont la loi impose la satisfaction par l'établissement et cela de façon explicite,</li> <li>- <b>5</b> pour le critère correspondant à une attente légitime du Patient,</li> <li>- <b>3</b> pour le critère correspondant à la stratégie de l'établissement (mentionnée dans le projet d'établissement ou la déclaration de politique qualité),</li> <li>- <b>1</b> pour tous les autres critères.</li> </ul> <p>La cotation du risque n'est pas modulable. Il n'y a donc pas de cotation intermédiaire (9,7,6,4 et 2). Il n'y a pas de risque nul (0). Dans tous les cas, la note retenue correspond à la situation la plus grave.</p>
3	<p><b>COTATION DE L'EXISTANT</b></p> <p>Tous les critères sont cotés sur 10 en fonction du degré de satisfaction apporté par l'établissement :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>NA</b> pour le critère Non Applicable dans l'établissement. Il ne sera pas tenu compte du critère dans l'auto évaluation.</li> <li>- <b>10</b> pour le critère <b>NON SATISFAIT</b></li> <li>- <b>8</b> pour le critère <b>SATISFAIT</b>, mais <b>NON FORMALISE</b> (pas de procédure écrite) <b>ET NON PROUVE</b> (absence d'enregistrements)</li> <li>- <b>0</b> pour le critère <b>SATISFAIT, FORMALISE</b> (procédure écrite), <b>PROUVE</b> (enregistrements), <b>EVALUE</b> (résultats d'évaluation), <b>ET AMELIORE</b> (état de départ et preuve d'amélioration).</li> </ul> <p>En fonction du contexte, les évaluateurs peuvent moduler leur notation (+1 ou -1) sans excéder 10, mais elle peut être égale à 0 dans le meilleur des cas. Dans tous les cas, la note retenue correspond à la situation la moins satisfaisante.</p>
4	<p><b>OBTENTION DU CONSENSUS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- En cas d'hésitation, il ne sera pas procédé au vote mais à la recherche du consensus au sein de l'équipe.</li> <li>- Toutefois, en cas de désaccord persistant, il est recommandé de retenir la cotation la moins favorable.</li> <li>- Cette mesure sera sans incidence sur les suites de l'auto évaluation alors qu'une cotation plus favorable pourrait être interprétée comme une volonté délibérée de travestir la réalité</li> </ul>
5	<p><b>CALCUL DE LA NOTE DE CRITICITE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La note de criticité est obtenue en réalisant le produit de la cotation du risque par la cotation de l'existant : <b>C = R X E</b></li> <li>- La note minimum (la meilleure) est 0 ; la note maximum (la plus mauvaise) est 100 selon le principe du démerite.</li> </ul>

Indice

<b>N° identification :</b> QPR/PROC/SD/003 Indice : A	<b>DATE:</b> 18.12.2003	<b>Page 1</b>
---	----------------------------	---------------

Titre de la  
procédure

## EXEMPLE DE CREATION D'UNE PROCEDURE

### I. Domaine d'application

Elle s'applique à toutes les procédures, protocoles et enregistrements créés ou modifiés, dans le cadre du système qualité de l'établissement.

### II. Références

Système qualité : référentiel QPR du manuel de l'ANAES

### III. Diffusion

<i>Services ou personnes destinataires :</i>	<i>Fonctions concernées par le document :</i>

### IV. Historique des modifications

<i>Indice</i>	<i>Date</i>	<i>Nature de la modification</i>	<i>Page</i>

### V. Rédaction, vérification et approbation

	<i>Nom</i>	<i>Fonction</i>	<i>Date</i>	<i>Visa</i>
<b>REDACTEUR</b>				
<b>VERIFICATEUR</b>				
<b>APPROBATEUR</b>				

### V. Définitions

**Procédure** : document qui décrit un processus ou une activité en précisant qui fait quoi, où, quand et comment, à chaque étape et qui concerne plusieurs personnes et plusieurs fonctions

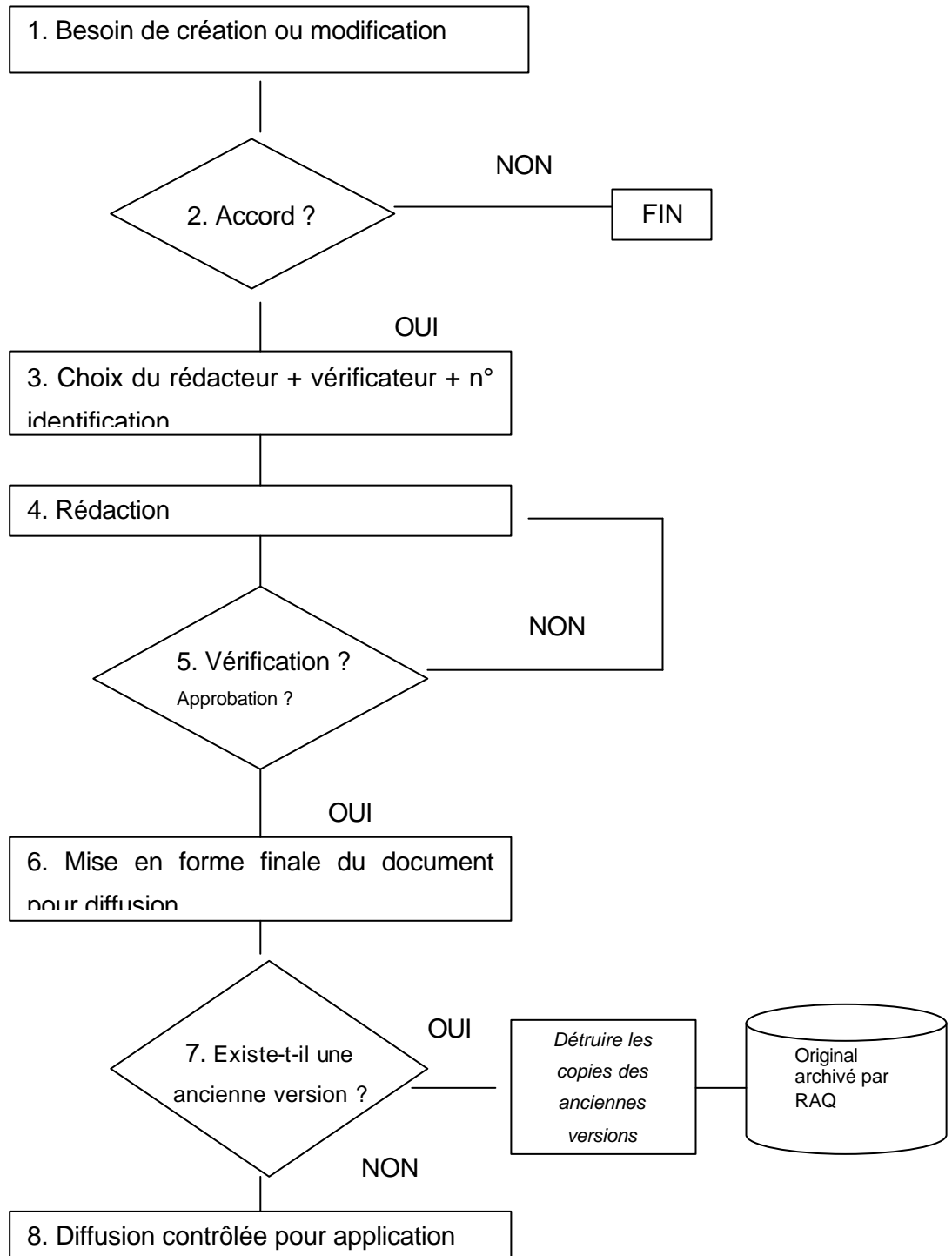
**Protocole** : document qui précise et détaille des tâches spécifiques

**Enregistrement** : document type (grille, tableau) que l'on remplit, qui fait la preuve d'une tâche ou action réalisée

**Indicateurs** : Donnée objective quantifiée reflétant un ou plusieurs champs de la qualité des soins dont l'exploitation permet de faire le point par rapport à un objectif qualité déterminé.

VI. Description de la procédure

A / Logigramme



**Annexe 3**



<b>N° identification :</b> QPR/PROC/SD/003 Indice : A	<b>DATE:</b> 18.12.2003	<b>Page 3</b>
---	----------------------------	---------------

## b) Description du logigramme

### Etape ①

Tout salarié peut exprimer à son hiérarchique direct ou au RAQ ou bien à son supérieur hiérarchique son besoin de créer ou modifier une procédure ou un protocole.

Dans le cas d'une demande de modification, le salarié transmet à sa hiérarchie directe ou au RAQ la version en cours en précisant ce qui doit être modifié (page, paragraphe..)

### Etape ②

La cellule qualité (ou le RAQ ou le responsable de service) va examiner la demande en :

- s'assurant de la cohérence de la demande par rapport au système qualité existant (RAQ)
- s'assurant de la nécessité de créer ou modifier le document par rapport aux fonctionnements et pratiques de l'établissement

Si la demande est rejetée, la procédure s'arrête et le salarié est informé.

Si la demande est acceptée, cf. étape 3.

### Etape ③

La cellule qualité (ou le RAQ) désigne le rédacteur et évalue la nécessité de constituer un groupe de travail pour créer ou modifier un document qualité.

Ce document remis au propre ou tapé, sera rendu ensuite pour être vérifié.

### a/ Support de toute procédure / protocole / enregistrement

#### • Page de garde qui comprend :

- le logo de l'établissement ①
- le titre du document ②
- l'identification du document (n° + indice) ③
- la date et la pagination ④
- l'objet de la procédure
- le domaine d'application
- les références
- le tableau de diffusion
- l'historique des modifications
- le rédacteur, vérificateur et approbateur
- les définitions

#### • Page d'écriture qui comprend :

- l'en-tête qui reprend les points ① ② ③ ④
- la description de la procédure
- les documents associés
- les annexes et les conditions d'archivage

## b/ Identification des documents

On distinguera 3 types de documents :

- les procédures : PROC
- les protocoles : PROT
- les enregistrements qualité : ENG

Chaque document sera identifié de la façon suivante :

- référentiel ANAES d'appartenance de la procédure
- type de document
- thème / objet du document
- un numéro chrono et un indice (lettre)

### **3.2.2 Liste des référentiels et thèmes associés**

**DIP** : Droit et Information du Patient

CHAR : charte du patient

INFO : droit et information du patient

**DPA** : Dossier du Patient

CIR : circuit du dossier

GEST : gestion et tenue

EVAL : évaluation du dossier

**GRH** : Gestion des Ressources Humaines

GPEC : gestion prévisionnelle des emplois

FPOS : fiche de poste

**GFL** : Gestion des Fonctions Logistiques

MAIN : maintenance

REST : restauration

LING : lingerie

**VST** : Vigilances sanitaires et Sécurité Transfusionnelle

HEM : hémovigilances

MAT : matériovigilances

PHAR : pharmacovigilances

**OPC** : Organisation de la Prise en Charge du patient

ORG : organisation intra et inter services

SOIN : techniques de soins

**MEA** : Management de l'Établissement et des Activités

PE : Projet d'établissement

INST : instances

ORGA : organigramme

**GSI** : Gestion du Système d'Information

**QPR** : Qualité et Prévention des Risques

SD : système documentaire

OQ : organisation qualité

**SPI** : Surveillance et Prévention du risque Infectieux

CLIN

HYG : hygiène

STE : stérilisation

## **Annexe 3**

<b>N° identification :</b> Indice :	<b>DATE:</b>	<b>Page</b>
--	--------------	-------------

**TITRE :**

**I. Domaine d'application :**

**II. Références et définitions :**

**III. Diffusion**

<b><i>Services ou personnes destinataires :</i></b>	<b><i>Fonctions concernées par le document :</i></b>

**IV. Historique des modifications**

<b><i>Indice</i></b>	<b><i>Date</i></b>	<b><i>Nature de la modification</i></b>	<b><i>Page</i></b>

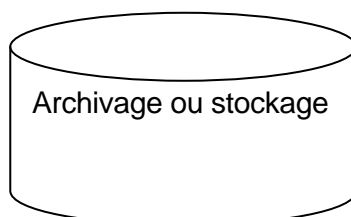
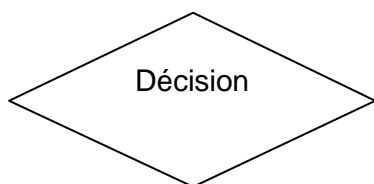
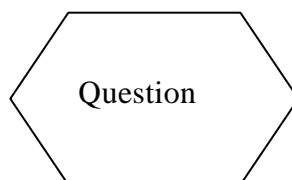
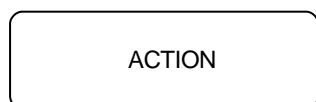
## V. Rédaction, vérification et approbation

	<i>Nom</i>	<i>Fonction</i>	<i>Date</i>	<i>Visa</i>
<i>REDACTEUR</i>				
<i>VERIFICATEUR</i>				
<i>APPROBATEUR</i>				

A) Description de la procédure :




### 3.2.3 Logigramme

Voici les symboles utilisés :



**Annexe 3**






Le logigramme est réparti en 3 zones comme suit :

<b>3.2.4 Qui le fait ?</b>	<b>QUI Fait quoi ?</b>	<b>Traitement/Document</b>
 Les responsables des actions	 Le circuit de fonctionnement	 Les documents de référence ou les documents à utiliser

**B) Documents associés :**

**C) Annexes :**

**D) Condition d'archivage :**

<b>Nature du document</b>	<b>Qui archive</b>	<b>Lieu d'archivage</b>	<b>Durée d'archivage</b>
	 R.A.Q  Secrétaire SSI	 Classeur des procédures en services et au secrétariat SSI	 Tout le temps

## Thème n° 1 : L'information du patient (INFO)

ACTION PLANIFIEE ■  
 ACTION PRIORITAIRE ■  
 ACTION REALISEE ■  
 ACTION A DEPLACER ■

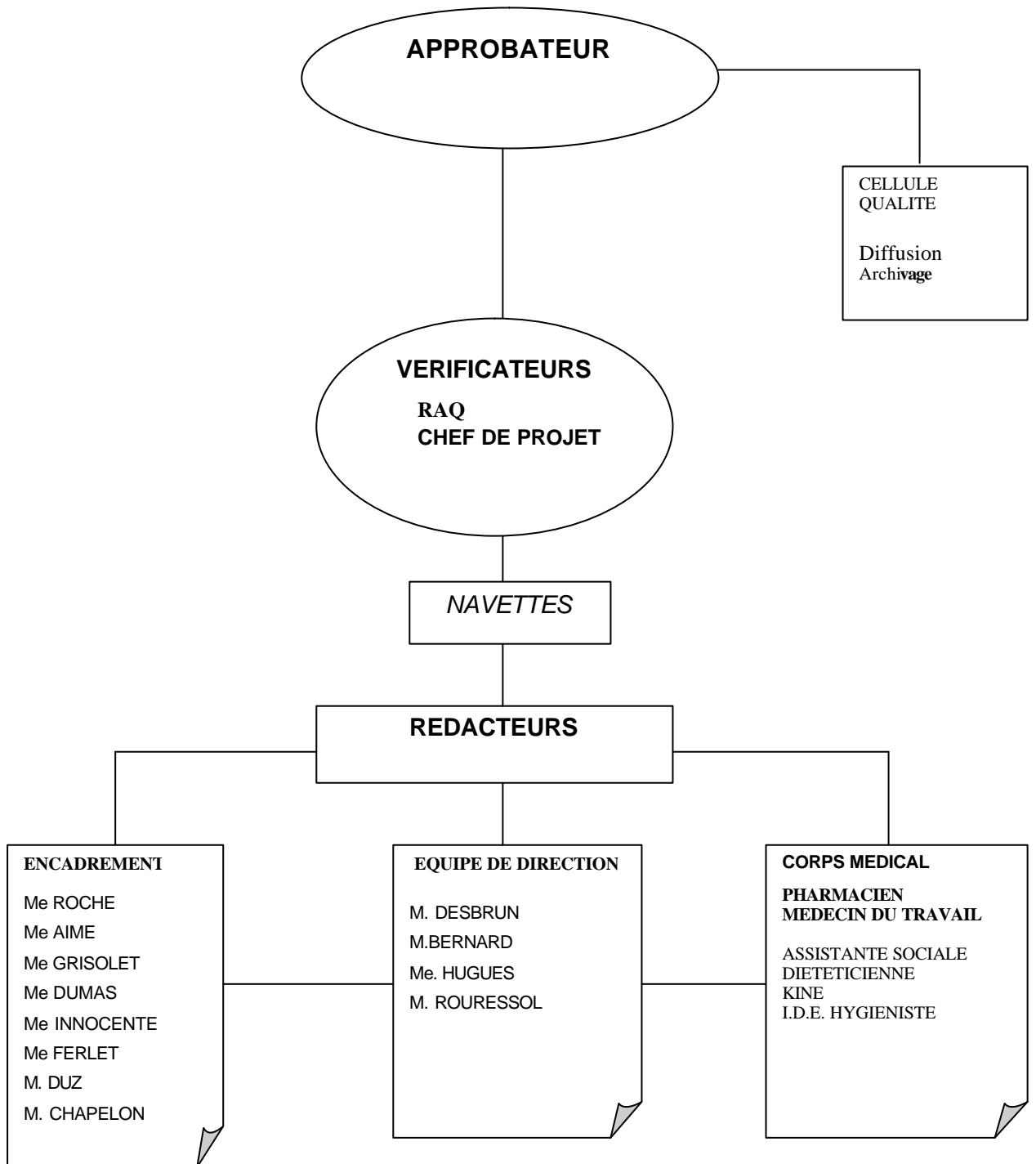
		2004														
Références	cotation	Actions D'amélioration	N° d'actions	Responsable	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
		<b><u>DIP</u></b>														
1	B	Informar le personnel, en lien avec la loi du 4 mars 2002, des droits des patients = fiche action	1	BH / GR												
3	B	Mettre en place des plaquettes nominatives pour le personnel administratif.	6	P.R												
		Réaliser un protocole relatif à l'utilisation de la liste des personnes parlant une langue étrangère.	7	MA												
4	B	Créer une rubrique "personne de confiance" sur la fiche administrative désignée par le patient.	9	G.R												
		Améliorer la traçabilité des synthèses des entretiens singuliers sur le dossier patient lorsque le médecin le juge nécessaire.	11	F.B												
5	C	Mettre en place une procédure visant à recueillir l'avis des représentants légaux, concernant l'état de santé d'un patient.	12	GR / BH												
6	B	Formaliser le recueil du consentement du patient, pour les études de cas des étudiants.	13	GR												
7	C	Mettre en œuvre la traçabilité du consentement éclairé du patient	15	GR												

## Thème n° 9 : L'organisation de la lutte contre Les infections nosocomiales (STE)

ACTION PLANIFIEE ■  
 ACTION PRIORITAIRE ■  
 ACTION REALISEE ■  
 ACTION A DEPLACER ■

		2004														
Références	cotation	Actions D'amélioration	N° d'actions	Responsable	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
		<b><u>SPI</u></b>														
1	B	Créer un comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN).	40	B.H												
3	D	Formaliser la procédure relative à la consultation du CLIN en cas de travaux ou d'aménagement.	43	BH												
		Elaborer un programme de lutte contre les infections nosocomiales avec priorités et plan d'actions.	44	B.H												
		Créer une équipe opérationnelle d'hygiène (EOH)	45	B.H												
		Formaliser la procédure relative à l'organisation de l'EOH.	46	B.H												
4	D	Mettre en place un dispositif partagé avec les laboratoires de ville pour identifier les BMR.	47	BH												
		Suivre les patients porteurs de BMR en organisant une rencontre avec le Centre Hospitalier de Bagnols-Sur-Cèze pour garantir la traçabilité.	48	BH												
		Mettre en place un dispositif qui permette l'alerte, l'identification, la gestion et la maîtrise d'un phénomène épidémique.	49	BH / FG												
		<b><u>GFL</u></b>														
5	C	Mettre en place des formations continue en hygiène : plan de formation 2004 - 2005	112	BH												

Organigramme relatif à la conception de documents qualité



**ANNEXE 6**

CELLULE QUALITE

☎ 04-66-90-63-59

***FICHE PROJET***

HOPITAL  
LOCAL

Bd Carnot - BP 31054  
30134 Pont St Esprit

Tél : 04-66-90-63-00  
Fax : 04-66-90-63-23



La Vérune et Comer  
30630 Cornillon

Tél : 04-66-50-57-57  
Fax : 04-66-50-57-54  
04-66-50-57-58

service de Soins  
Infirmiers  
à Domicile

Tél : 04-66-90-63-15

**Origine du projet :**

**Titre de l'action :**

---

**Validation de la fiche projet**

RAQ :

Responsable hiérarchique :

---

**Objectifs visés par l'action :**

**Secteurs d'activité concernés :**

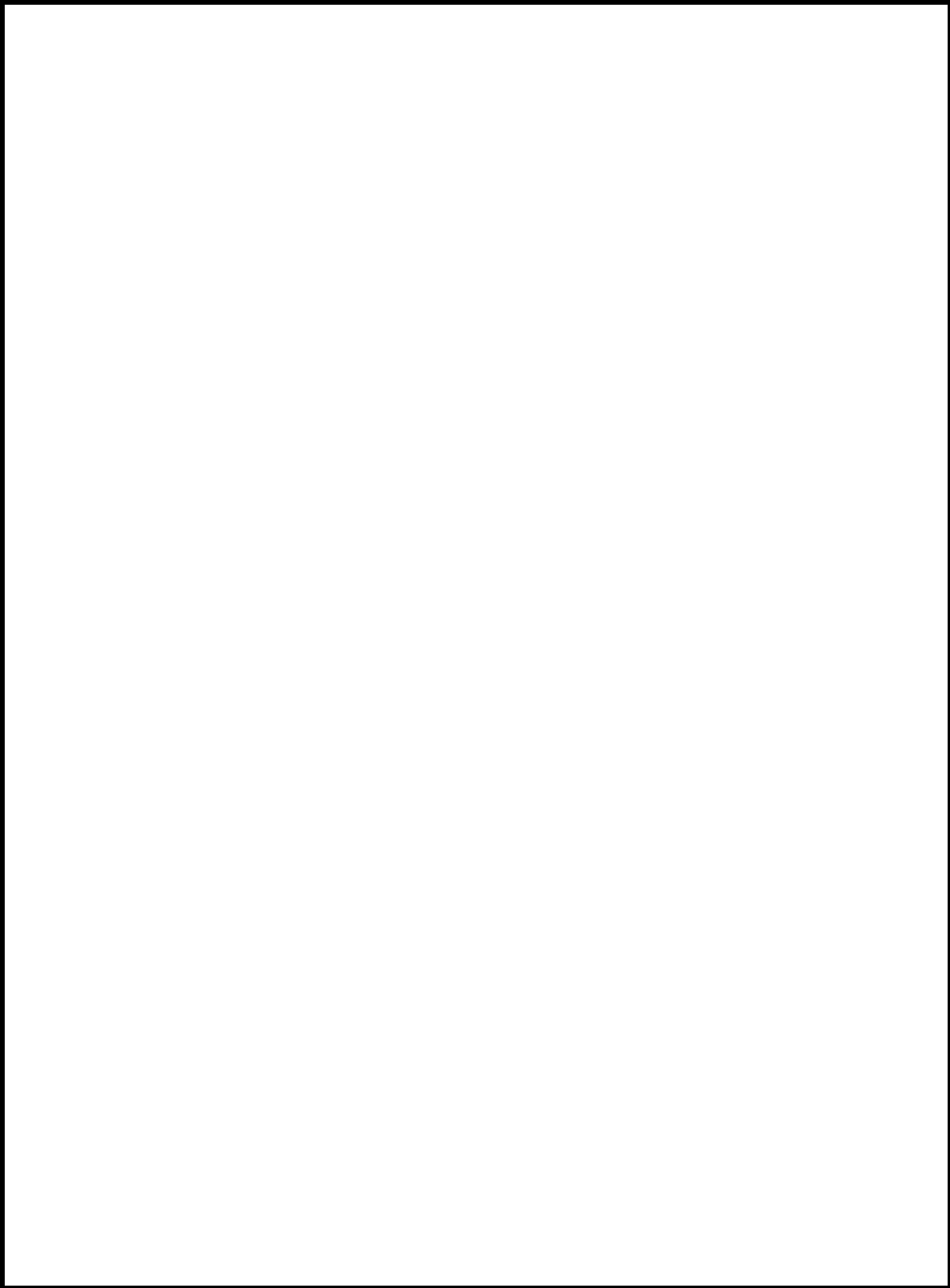
EQUIPE DE REALISATION DU PROJET

**Participants :**

**Responsable du groupe de réflexion :**

**Références et cadre réglementaire de l'action :**





**Annexe 6**

**PRATIQUES NOUVELLES / AXES D'AMELIORATIONS**

A large, empty rectangular box with a black border, occupying most of the page. It is intended for content related to the header 'PRATIQUES NOUVELLES / AXES D'AMELIORATIONS'.

<b>Moyens nécessaires à la mise en place</b>	<b>Résultats attendus</b>

**Annexe 6**

**CALENDRIER DE MISE EN ŒUVRE**

<b>QUOI</b>	<b>CALENDRIER</b>

**LES INDICATEURS D'EVALUATION**

<b>QUOI</b>	<b>CALENDRIER</b>

**Annexe 6**

**CALENDRIER DE MISE EN ŒUVRE**

<b>QUOI</b>	<b>CALENDRIER ( DIAGRAMME DE GANTT)</b>						
	<b>Mois ou semaines</b>						

HOPITAL  
LOCAL



Bd Carnot - BP 31054  
30134 Pont St  
Esprit



La Vérune et Comer  
30630 Cornillon

Tél : 04-66-50-57-57  
Fax : 04-66-50-57-54

Service de Soins  
Infirmiers  
à Domicile

Tél : 04-66-90-63-15

CELLULE QUALITE

☎ 04-66-90-63-59  
Fax 04-66-90-63-23

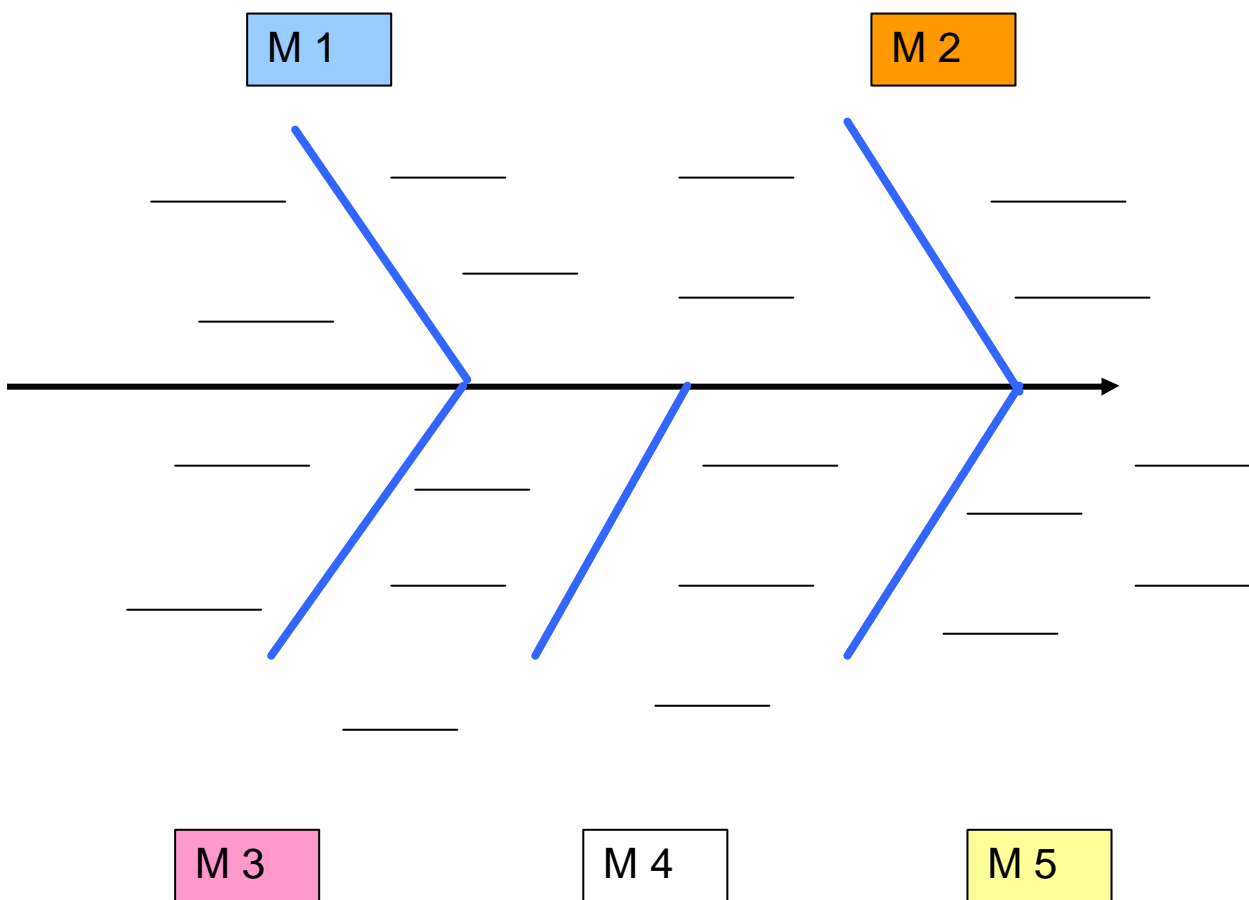
## **LES PRIORITES ARRETEES POUR 2004**

- + La prise en charge de la personne décédée
- + Le programme annuel du CLIN
- + Fonctionnement et missions de l'EOH
- + Planification et évaluation des travaux en regard de la commission de sécurité
- + Le circuit de l'archivage des dossiers
- + Le circuit du médicament
- + La distribution du livret d'accueil
- + L'élimination, le traitement et le tri des déchets

**La fiche projet (ci-jointe) doit être utilisée pour chaque action.**

## DIAGRAMME D'HISHIKAWA

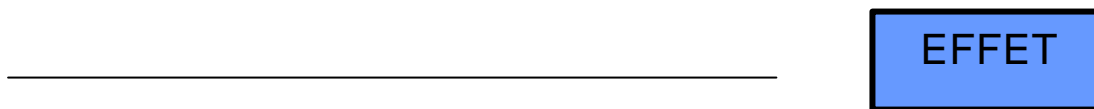
*Cet outil se présente sous la forme d'arêtes de poisson classant les catégories de causes inventoriées selon la loi des 5 M (matière, main d'œuvre, matériel)*





## CONSTRUCTION DU DIAGRAMME

- 1) Placer une flèche horizontalement pointée vers le problème identifié ou le but recherché.

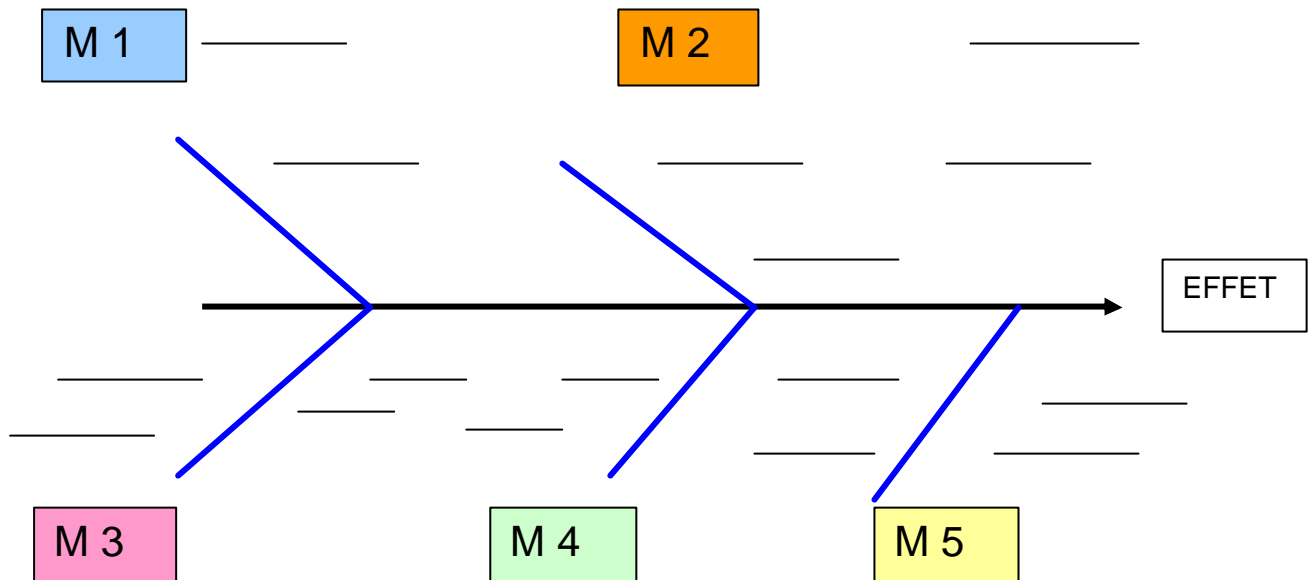


- 2) Regrouper les causes potentielles en familles, appelées communément les cinq M.

- **Matière** : M1. Recense les causes ayant pour origine les supports techniques et les produits utilisés.
- **Main d'œuvre** : M2. Problème de compétence, d'organisation, de Management.
- **Matériel** : M3. Causes relatives aux Machines, aux équipements et Moyens concernés.
- **Méthode** : M4. Procédures ou modes opératoires utilisés.
- **Milieu** : M5. Environnement physique : lumière, bruit, poussière, localisation, signalétique etc.

Annexe 7

- 3) Tracer les flèches secondaires correspondant au nombre de familles de causes potentielles identifiées, et les raccorder à la flèche principale.



**Chaque flèche secondaire identifie une des familles de causes potentielles.**

- 4) Inscrire sur des mini flèches, les causes rattachées à chacune des familles. Il faut veiller à ce que toutes les causes potentielles apparaissent.
- 5) Rechercher parmi les causes potentielles exposées, **les causes réelles du problème identifié.**  
Ce sera notamment la cause la plus probable qu'il restera  
Ce sera notamment la cause la plus probable qu'il restera à vérifier dans la réalité et à corriger.