



DANEL Maxime

Mémoire de Master 2^{ème} Année

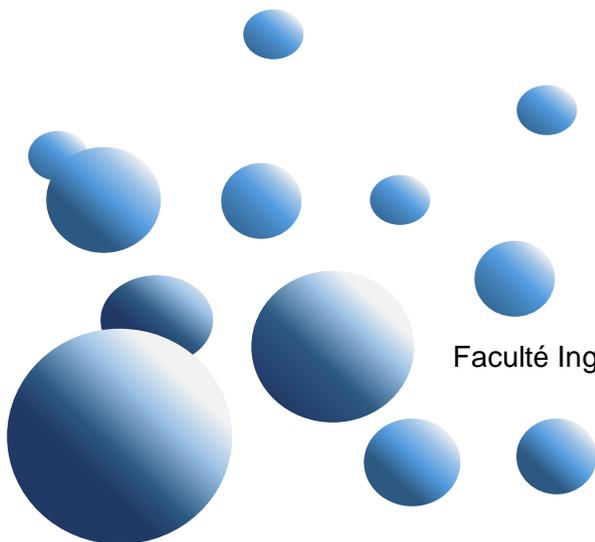
En quoi la notion de qualité de soins peut-elle être perçue
différemment entre la H.A.S et les équipes soignantes et ce, malgré
la même finalité voulue pour le patient ?

Focus sur les services de chirurgie (hors ambulatoire)

Date de la soutenance : 22 Septembre 2018, 9h30

Composition du jury :

-  Monsieur Laurent Castra, Président du Jury
-  Professeur Hubert Hervé, Directeur de mémoire
-  Madame Anne Vanhée, Troisième membre du Jury



Faculté Ingénierie de la Santé et Management de la Santé – ILIS

42 rue Ambroise Paré

59120 LOOS

Remerciements

Je remercie le Professeur Hubert Hervé pour ses enseignements, sa confiance dans la réalisation de ce mémoire et de ses innombrables conseils avisés.

Je remercie Monsieur Castra pour ses enseignements théoriques et sa pédagogie sur l'utilisation des textes réglementaires.

Je tiens également à remercier Madame Vanhée pour son expertise et son grand soutien dans l'exercice de mes missions.

Je remercie enfin mes proches d'avoir été à mes côtés tout au long de mon cursus universitaire.

Sommaire

Remerciements	
Liste des tableaux et des figures	
Glossaire.....	
A) Abréviations	
B) Termes utilisés	
Introduction	1
I. L'histoire de la qualité : de l'entreprise à la santé	4
1) L'industrie : Précurseur de la qualité	4
A) Prémisses de la qualité	4
B) Management de la qualité	4
C) Management par la qualité (TQM).....	6
D) Différences entre management de la qualité et par la qualité	7
2) La qualité dans le système de santé français.....	9
A) Comment la qualité dans la santé est-elle définie ?	9
B) Comment la qualité est-elle gouvernée ? Légiférée ?	10
C) La HAS.....	12
D) Missions de la HAS.....	13
3) Les outils pour appliquer la qualité en milieu hospitalier	16
A) Le Manuel de certification V2010 version Janvier 2014	16
B) Méthodes associées	18
C) Recommandations de bonnes pratiques	19
D) Formations.....	19
II. La gouvernance dans les établissements de santé.....	21
1) Le Management dans les établissements sanitaires	21
A) La composition de l'hôpital	21

B) La gouvernance des hôpitaux.....	25
C) Focus : Les équipes de chirurgie (hors ambulatoire)	30
2) La culture qualité et sécurité des soins en hôpital	33
III. La relation entre les acteurs dans l'hôpital.....	36
1) Quels acteurs ?.....	36
2) Notion d'équipe	38
3) Communication.....	40
4) Théorie de l'acteur réseau	42
La notion de qualité des soins pour les équipes paramédicales	46
I. La démarche qualité d'un point de vue national.....	50
1) Quel avenir de la qualité dans les hôpitaux en France ?	50
2) Quels futurs enjeux pour un établissement sanitaire MCO ?.....	51
II. La démarche qualité d'un établissement sanitaire	53
1) Gestion de projet pour améliorer la culture qualité et sécurité des soins.....	53
2) Les outils pour appliquer et garantir cette culture.....	54
Conclusion.....	58
Bibliographie	63
Annexes.....	68

Liste des tableaux et des figures

Tableau 1 : Bénéfices du management de la qualité.....	5
Tableau 2 : Données chiffrées des professions exercées dans les hôpitaux français.....	22
Tableau 3 : Listes des instances et de leur mission principale	26
Tableau 4 : Tableau récapitulatif des causes d'une perception différente de la qualité de soins entre la HAS et les équipes soignantes et les leviers pour limiter celles-ci.....	62
Figure 1 : Démarche d'amélioration continue selon le PDCA.....	6
Figure 2 : Principes du management de la qualité	7
Figure 3 : Différences et similitudes des définitions de la qualité entre ISO et HAS.....	10
Figure 4 : Evolution de la qualité en France.....	12
Figure 5 : Missions de la HAS	13
Figure 6 : Etapes du contrôle qualité par la HAS (schéma issu du site internet de la HAS)	15
Figure 7 : Approche processus selon la procédure de certification de la HAS.....	17
Figure 8 : Répartition des corps de métiers en établissement de santé source DREES 2014 et 2017	22
Figure 9 : Composition et gouvernance d'un établissement sanitaire	28
Figure 10 : Management type d'un établissement sanitaire.....	30
Figure 11 : Lieu d'exercice des équipes de chirurgie sur la cartographie du processus de l'activité chirurgicale (issue de la fiche 25. analyse de processus HAS)	31
Figure 12 : Management type d'un établissement sanitaire et la qualité dans la formation des différents corps de métiers.....	33
Figure 13 : Les 4 dimensions de SHORTELL.....	34
Figure 14 : Processus de la culture qualité et sécurité des soins dans le manuel de certification v2010 version janvier 2014	35
Figure 15 : La relation des acteurs d'un hôpital.....	37
Figure 16 : Les bénéfices du travail en équipe selon la HAS.....	39
Figure 17 : Schéma du cadre conceptuel de SALAS	40
Figure 18 : La communication au sein du management principal d'un établissement sanitaire	41
Figure 19 : La théorie de l'acteur-réseau appliqué à la réalisation du compte-qualité	44

Glossaire

A) Abréviations

AFNOR : Association Française de Normalisation

HAS : Haute Autorité de Santé

ISO : Organisation Internationale de Normalisation

TQM : Total Quality Management

AHRQ : Agency for Healthcare Research and Quality

IOM : Institute Of Medicine

JCAHO : The Joint Commission

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

CME : Commission / Conférence Médicale d'Etablissement

ANDEM : Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale

ANAES : Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé

HPST : Hôpital, Patients, Santé et Territoires

ARS : Agence Régionale de Santé

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

IFAQ : Incitation Financière pour l'Amélioration de la Qualité

CPOM : Contrat pluriannuels d'Objectifs et de Moyens

CSP : Code de la Santé Publique

IPAQSS : Indicateur Pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins

ONIC : Orientation Nationale d'Inspection-Contrôle

IQSS : Indicateur de Qualité et de Sécurité des Soins

IAS : Infections Associées aux Soins

ASN : Agence de Sûreté Nucléaire

EHESP : Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

ANESM : Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux

PDCA : Plan Do Check Act

EPP : Evaluation des Pratiques Professionnelles
DPC : Développement Professionnel Continu
T2A : Tarification A l'Activité
MCO : Médecine Chirurgie Obstétrique
SSR : Soins de Suite et de Réadaptation
PSY : Psychiatrie
GHS : Groupe Homogène de Séjours
GHM : Groupe Homogène de Malades
DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
ATIH : Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation
VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine
IGF : Inspection Générale des Finances
COFIL : COmité de PILotage
QQOQCP : Qui ? Quand Où ? Quoi ? Comment ? Pourquoi ? (Méthode empirique de questionnement)
PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Informations
PACTE : Programme d'Amélioration Continue du Travail en Equipe

B) Termes utilisés

Qualité :

Aptitude d'un produit ou d'un service à satisfaire, au moindre coût et dans les moindres délais les besoins des utilisateurs. (ISO 9000 1982)

Ensemble des propriétés et caractéristiques d'un produit ou d'un service qui lui confèrent l'aptitude à satisfaire des besoins exprimés ou implicites. (ISO 9000 1987)

Ensemble des caractéristiques d'une entité qui lui confère l'aptitude à satisfaire des besoins exprimés et implicites. (ISO 9000 1994)

Aptitude d'un ensemble de caractéristiques intrinsèques à satisfaire des exigences. (ISO 9000 2000)

Système qualité : Ensemble des outils employés pour l'organisation, les actions, les procédures et les moyens mis en œuvre pour que la qualité soit atteinte.

Politique qualité : Elle demeure la base d'un système de management de la qualité d'une organisation. Elle définit la démarche qualité dans la stratégie globale de l'entreprise ou de l'organisme. Il s'agit des « orientations et objectifs généraux d'un organisme, concernant la

qualité, tels qu'ils sont exprimés formellement par la direction au plus haut niveau » Norme ISO 9000

Démarche qualité : Ensemble des actions menées par un organisme pour respecter la politique qualité.

Assurance qualité : « Ensemble des activités préétablies et systématiques mises en œuvre dans le cadre du système qualité, et démontrées en tant que de besoin, pour donner la confiance appropriée en ce qu'une entité satisfera aux exigences pour la qualité. » ISO 8402-94

Indicateur qualité : « Événement, un fait observable, mesurable et déterminé par un calcul qui identifie de façon qualitative ou quantitative une amélioration ou dégradation du comportement du procédé, processus soumis à examen » - AFNOR

Contrôle qualité : Evaluation à un instant précis et sur un domaine précis permettant si les produits ou les services offerts par un organisme sont conformes aux exigences législatives, du marché, du client, des tutelles.

Responsable qualité : Acteur garant de la qualité au sein d'un organisme. Il définit et manage la mise en œuvre de la démarche qualité. Dans le secteur de la santé, il apporte une aide méthodologique à toutes les équipes dans le pilotage de leurs projets. Il travaille sur l'ensemble des processus d'un établissement de santé.

Iatrogénie : Trouble ou maladie provoquée par un acte médical sans erreur de la part du praticien.

Dans la théorie de l'acteur-réseau : réseau : Organisation générale hétérogène qui regroupe les acteurs « humains » et « non humains ».

Dans la théorie de l'acteur-réseau : traduction : Relation créée entre les acteurs du réseau débouchant sur une définition d'un objectif commun.

Dans la théorie de l'acteur-réseau : principe de symétrie : La relation est transversale, ce qui impacte un acteur impacte forcément le suivant, etc.

Développement organisationnel : Capacité d'un organisme à adapter son organisation pour atteindre ses objectifs. Les changements ne deviennent pas un frein dans l'exercice de ses activités, voir un facteur d'échec.

Introduction

Toute personne souhaite bénéficier d'un service de qualité, comme toute personne souhaite, dans le cadre de son travail, offrir un service de qualité. Ces deux « fondamentaux » sont d'autant plus indiscutables pour le domaine de la santé. Lorsque l'on va à l'hôpital, c'est pour être bien soigné. Lorsque l'on est soignant, c'est pour bien soigné. Mais reste à savoir : Qu'est-ce qu'un soin de qualité ? Et surtout, pour qui ? Qui joue véritablement un rôle dans la qualité et la sécurité de nos soins en France ? Puisque les autorités publiques, de par leur rôle de protection de la population, considèrent que « Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour [...] les soins médicaux » (Article. 25 des Droits de l'homme et du citoyen), alors ils doivent s'assurer de la qualité et de la sécurité de ces soins prodigués sur le territoire français. Cependant, la notion de qualité d'un service, tel que le soin, demeure difficilement objective.

Tout d'abord, car la qualité a évolué au fil des siècles. Apparue plus particulièrement dans le monde industriel, elle est devenue, au fur et à mesure des recherches et des changements de l'univers de l'entreprise, le piédestal de chaque organisme. La démarche qualité a effectivement bénéficiée de multiples mutations jusqu'à devenir le principal moteur pour manager une entreprise. Cette évolution s'est répercutée dans quasiment tous les domaines, dont celui de la santé et, notamment, dans le management d'un établissement sanitaire. Or, comment juger la qualité d'un service lorsque celle-ci change continuellement ? Comment se superpose la démarche qualité d'une entreprise à un hôpital ?

Ensuite, la démarche qualité se dessine perpétuellement autour de nombreux acteurs. Néanmoins, il demeure toujours difficile d'amener une vision commune à des membres d'un même organisme dont les métiers, voire leurs cultures professionnelles, demeurent diamétralement différents. Qu'en est-il donc d'un hôpital qui forme un système socio-économico-technique complexe ? Les équipes soignantes ont-ils la même vision de la qualité que les équipes administratives au sein du même établissement de santé ?

Enfin, les autorités publiques peuvent avoir une définition d'un service de qualité différent de la personne physique qui accomplit ce service. La qualité d'un soin peut s'agir d'objectif fixé par l'Etat comme elle peut être le fruit du jugement d'un soignant au chevet du patient.

Ainsi, « *En quoi la notion de soins peut-elle être perçue différemment entre la H.A.S et les équipes soignantes et ce, malgré la même finalité voulue pour le patient ?* »

Pour répondre à cette problématique, ce document s'articule autour d'un cadre de référence, d'une étude et pour finir, d'une partie discussion. Dans la première partie, ce mémoire évoque la naissance de la qualité en entreprise et sa transposition dans le monde de la santé. De ce point de départ, cet écrit souligne l'implication des autorités publiques en matière de qualité de soins et l'application de sa législation jusque dans nos hôpitaux. Que ce soit par le biais de contrôles au regard d'exigences et de recommandations des sociétés savantes, ou à l'aide d'outils mis à disposition aux établissements sanitaires. Puis, il est développé dans ce rapport le monde hospitalier, de sa composition à la mise en œuvre de son activité de soins en ciblant, précisément, les équipes de chirurgie conventionnelles. Ce focus amène ensuite à présenter la notion de « culture qualité et sécurité des soins » et sa place dans un univers regroupant une multitude d'acteurs avec des actions diamétralement opposés. C'est pourquoi, il est présenté, en deuxième partie, une étude réalisée sur la notion de la qualité par les professionnels santé et de leur manager. Cette dernière a débouché sur une analyse objective en mettant en exergue les différentes thématiques évoquées en première partie. Enfin, ce document souhaite expliquer l'avenir et l'importance de la qualité et de la sécurité des soins en France et dans les hôpitaux. Ainsi, ce travail compte ériger les conclusions de ce présent mémoire et les outils associés pour appliquer, de manière pérenne, un management de/par la qualité pour tout Responsable Qualité.

PARTIE 1

I. L'histoire de la qualité : de l'entreprise à la santé

1) L'industrie : Précurseur de la qualité

A) *Prémisses de la qualité*

Contrairement à ce que l'on peut croire, la qualité ne fut pas totalement issue du monde de l'entreprise de ces derniers siècles. Elle a certes proliféré dans l'industrie ces trois derniers siècles mais les traces de la qualité et, plus particulièrement, de la maîtrise de la qualité remontent à plusieurs millénaires. **[1]**

Au départ, cette notion était répertoriée dans des textes, pouvant être assimilés à des « codes de conduite ». De ce fait, la qualité semblait être considérée comme un devoir. Lorsqu'un professionnel qualifié (médecin, maître d'ouvrage, etc.) causait un préjudice pour le client lors d'une tâche exercée et ce, malgré les risques connus, il devait être sanctionné. La plupart des exemples à ce sujet s'orientent sensiblement vers certains corps de métier, comme l'industrie militaire ou le bâtiment. Lorsqu'une infrastructure s'effondrait sur son propriétaire, c'était au constructeur d'en payer le préjudice. Finalement, la naissance de la qualité s'apparentait donc à du simple contrôle qualité à posteriori. Ce qui peut alors se traduire comme la qualité curative. **[1]**

B) *Management de la qualité*

L'expansion de la production industrielle de masse au XX^{ème} siècle demanda aux entreprises de se démarquer de la concurrence. L'objectif étant d'améliorer continuellement le processus de fabrication de ses produits et d'éviter les pertes économiques dues aux malfaçons et à l'insatisfaction du client. De nombreux travaux de grands ingénieurs (Shewart, Feigenbaum, Juran, Deming, Ishikawa, etc.) ont eu pour principal effet d'intégrer la qualité comme un processus global dans l'entreprise. C'est-à-dire que ces scientifiques, par le biais d'outils et de méthodes, ont su exclure peu à peu le simple contrôle qualité dans l'entreprise à différentes étapes clés de la fabrication. La qualité curative fut alors remplacée par une organisation du système de la qualité dans la stratégie de l'entreprise. Elle demeure une branche du pilotage de l'entreprise. Ce fut l'émergence de la qualité préventive.

Il est admis aujourd'hui que cette nouvelle vision de la qualité joue incontestablement sur la croissance d'une entreprise et sur ses performances, comme le démontre le tableau suivant.

Bénéfices internes à l'entreprise grâce à un management de la qualité	Bénéfices externes à l'entreprise grâce à un management de la qualité
<ul style="list-style-type: none"> ✚ Prévention des erreurs ✚ Efficience ✚ Amélioration et pérennisation des pratiques ✚ Sentiment d'appartenance à une entité accru ✚ Réduction des coûts de la non-qualité ✚ Amélioration continue des produits/services ✚ Meilleure communication interne ✚ Meilleure gestion des processus (support, management et de réalisation) 	<ul style="list-style-type: none"> ✚ Valorisation de l'image de l'organisation en cas de certification ✚ Satisfaction client ✚ Gage de confiance des partenaires ✚ Démarcation face à la concurrence ✚ Reconnaissance du travail accompli (certification externe)

TABLEAU 1 : BENEFICES DU MANAGEMENT DE LA QUALITE

Cette évolution, soit le passage d'une qualité curative à une qualité préventive via un management de la qualité, changea la perception de la qualité dans le monde industriel. Les entreprises associent maintenant plus facilement la qualité à l'excellence, mais cette dernière se doit être objective et mesurée de manière scientifique selon des critères précis. Une des dimensions de la démarche qualité s'évalue donc selon des normes de référence et ce, par le biais de contrôles qualité internes et/ou externes indépendants devenus omniprésents pour évaluer les entreprises. La création de l'organisation internationale des normes (ISO) permet d'élaborer ces références selon un domaine précis dans le monde industriel. Le processus de certification est effectué par un organisme agréé. Ce dernier certifie que l'organisme répond aux normes de référence. Cette approche, dite normative, revient à rechercher dans son entreprise une excellence reconnue par tous. Il s'agit alors d'une approche continue de l'amélioration de la qualité. De même, certaines normes (ISO 9001 par exemple) servent de références en termes de mise en place d'un management de la qualité. **[1]**

A cela s'ajoute la notion du coût de la non-qualité. En effet, de nombreux rapports dénoncent le coût engendré par la non-qualité dans les organismes. Celle-ci correspond à l'écart entre la qualité visée et la qualité perçue à la fois pour le client mais aussi pour l'industriel. C'est-à-dire que cette notion engendre une insatisfaction client et/ou une insatisfaction aux exigences réglementaires ou normative et/ou un écart sur ce qui était attendu par l'entreprise. En soit, la non-qualité amène inexorablement un coût pour l'entreprise dû à une

perte des clients et/ou aux meilleures prestations des concurrents et/ou à la réparation des dommages et/ou à la recherche de l'anomalie. [2]

L'association de l'excellence connue par tous et l'aspect financier de la qualité incitent les entreprises à mener indéniablement un management de la qualité. C'est ce que l'on peut appeler la qualité incitative. Cependant, l'amélioration continue, les bénéfices indéniables de la démarche qualité et la recherche grandissante du « risque zéro », de l'excellence reconnue, par les organismes apportent un autre type de management : le management par la qualité.

C) Management par la qualité (TQM)

Contrairement au management de la qualité, certaines entreprises mettent la démarche qualité au premier plan. C'est à dire que la méthodologie de celles-ci sert de piédestal à la direction ainsi qu'à leur pilotage global. Il s'agit finalement de tendre vers la « Qualité Totale » par le biais du Total Quality Management. Il s'agit d'un « Mode de management basé sur la participation de tous ses membres et visant au succès à long terme par la satisfaction du client et à des avantages pour les membres de l'organisme et pour la société. » [3]

Concrètement, le management par la qualité induit que l'entreprise s'illustre entièrement dans une démarche d'amélioration continue. Dans ce sens, elle cherche au maximum de s'imprégner d'une méthodologie/d'un schéma directeur, dont la plupart des normes furent fondées, c'est-à-dire de la démarche d'amélioration continue. Celle-ci se symbolise par la Roue de Deming.

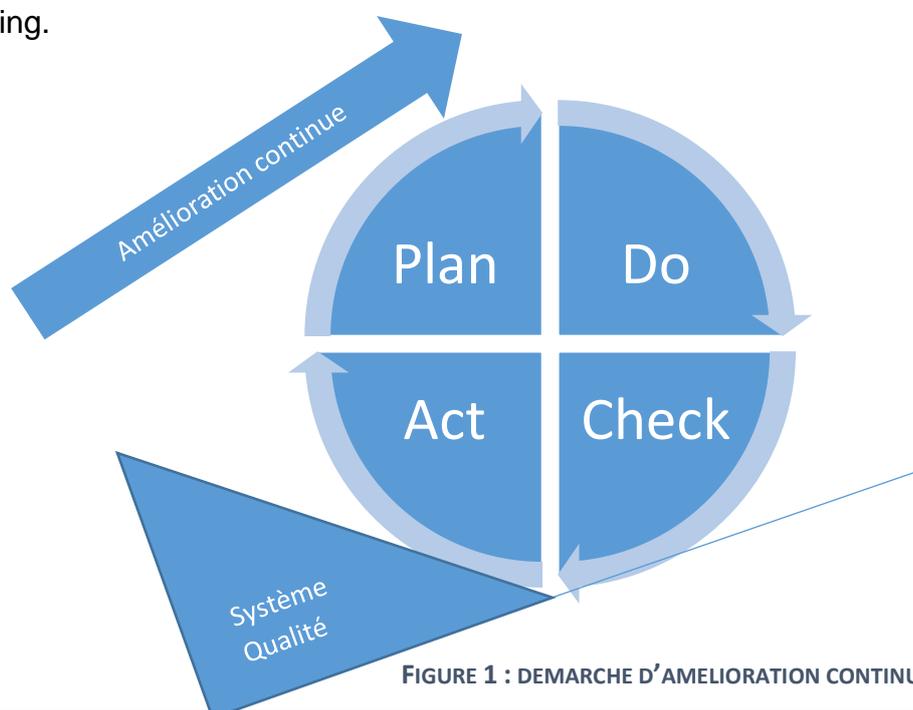


FIGURE 1 : DEMARCHE D'AMELIORATION CONTINUE SELON LE PDCA

La mise en œuvre d'un management par la qualité totale augmente les bénéfices du management de la qualité. L'entreprise est plus concurrentielle, plus performante, plus viable sur le long terme. Le TQM « *peut également engendrer des produits et services améliorés à des coûts inférieurs, avec plus de clients satisfaits et plus d'employés impliqués* ». [4]

D) Différences entre management de la qualité et par la qualité

De nombreux ouvrages portant sur la qualité semblent ne pas accorder de véritable importance sur la différenciation entre Management de la qualité et Management par la qualité. Néanmoins, l'Organisation Internationale de la Normalisation distingue clairement ces deux systèmes de management. En effet, ces derniers correspondent à deux normes distinctes.

a) Deux systèmes correspondant à deux normes

Tout d'abord, il existe la norme internationale ISO 9001, dont la dernière version date de 2015. Elle emploie l'approche processus à l'aide de la roue de Deming et l'approche par risques. Cette norme expose les principes de management de la qualité (Figure ci-dessous) et a pour objectif fondamental d'aider tout organisme de fournir continuellement des produits et/ou services conformes aux exigences légales, réglementaires applicables et à celles des clients. Cette norme internationale s'adresse aussi à quelconque entreprise qui souhaite perfectionner la satisfaction de ses clients « par l'application efficace du système, y compris les processus pour l'amélioration du système et l'assurance de la conformité » des exigences précitées ci-dessus. [5]

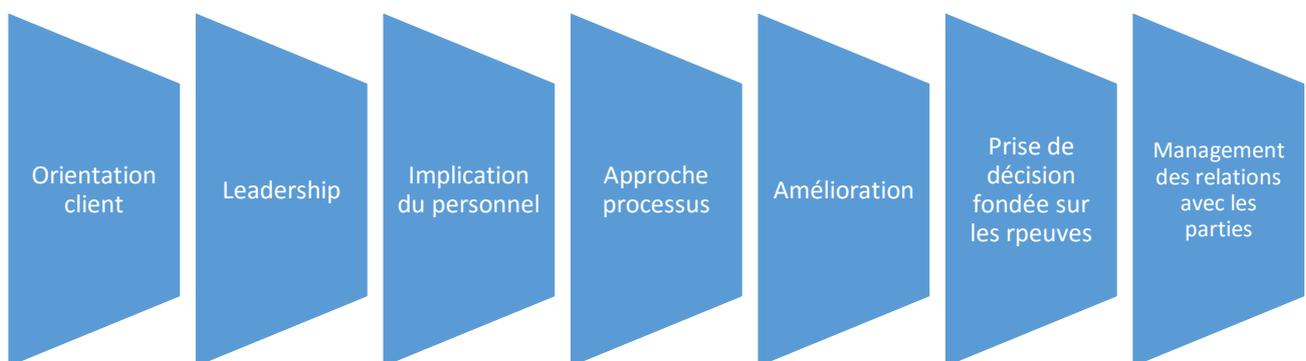


FIGURE 2 : PRINCIPES DU MANAGEMENT DE LA QUALITE

Tout organisme peut être certifié ISO 9001:2015. Cette norme internationale constitue une base pour construire un système de management de la qualité.

Vient ensuite la norme ISO 9004, dont la dernière version date de 2018. Cette norme permet aux entreprises de s'instaurer pleinement dans une démarche qualité avec, pour but ultime, d'obtenir des performances durables. Pour ce faire, le Dr Nigel Croft, Président de l'ISO/TC 176/SC 2, contributeur à la mise en œuvre des normes ISO 9001 et ISO 9004, définit cette dernière comme une aide qui permet d'exploiter « le plein potentiel [des organismes, ndlr] de leur système de management de la qualité. ». Ainsi, la norme ISO 9004:2018 permet d'inscrire l'organisme « d'aller au-delà des exigences d'ISO 9001 ». C'est-à-dire que l'organisme n'a pas comme objectif premier de produire et transmettre des produits ou services conformes aux exigences mais elle doit « donner confiance en l'organisme lui-même et en sa capacité à réaliser des performances durables sur le long terme. ». Cette norme n'a, pour le moment, pas de visée de certification. Néanmoins, elle développe un outil d'auto-évaluation sur le niveau de maturité des processus de l'entreprise et d'amélioration des éventuels dysfonctionnements. « Elle aidera les organismes à identifier et à concilier les besoins et les attentes de leurs clients et des autres parties intéressées dans un environnement complexe, exigeant et en perpétuelle évolution. » [6]

[7]

Concrètement, ISO 9004:2018 propose des axes de travail pour identifier les besoins et attentes des clients externes et internes à l'organisme et ce, dans l'environnement direct et indirect impactant l'entreprise. La norme ISO 9004:2018 souhaite aider quelconque organisme à entrer dans une démarche de qualité totale en ciblant « sa stratégie, son leadership, sa vision, sa culture, ses ressources et ses processus. »

Pour conclure, l'étude de l'évolution de la qualité au sein des industries, précurseurs de cette notion dans des buts de performance et d'amélioration continue, permet de comprendre leurs positionnements sur le management de celle-ci. En effet, au fil des siècles, la qualité est devenue la pièce maîtresse pour maintenir les performances durablement des entreprises dans un monde de plus en plus concurrentiel. Pour ce faire, ces organismes appliquent un pilotage de/par la qualité dans un but ultime du « risque zéro », de l'excellence reconnue et certifiée par un corpus d'expert mais surtout, pour bénéficier des nombreux avantages de la mise en œuvre d'une démarche qualité.

2) La qualité dans le système de santé français

A) *Comment la qualité dans la santé est-elle définie ?*

La qualité dans le secteur de la santé connaît plusieurs définitions. *Ce document, ne traite pas des définitions de l'AHRQ, l'IOM et la JCAHO car il s'agit ici de définitions exclusivement américaines et que la culture de la qualité des soins outre-Atlantique est divergente de celle en France.* L'OMS symbolise la qualité comme étant le fait de : « Délivrer à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins ». La HAS, elle, envisage la définition suivante : « la qualité d'un système de santé augmente lorsque les soins prodigués sont aussi efficaces, sûrs et accessibles que possible, dans des conditions aussi équitables et efficaces que possible » **[8] [9] [10]**

Il est nécessaire de dégager les similarités entre ces définitions pour réellement comprendre la place de la qualité dans le système de soin français mais également quelques différences avec la qualité dans le monde industriel.

Dans les deux définitions, contrairement aux autres données par ISO, la notion de qualité dans le monde de la santé évoque l'efficacité et le rapport à l'efficience. Le terme de résultat est clairement exprimé lorsque l'on parle de la qualité. Puis, ces définitions établissent également le lien entre la qualité et la gestion des risques. En effet, le terme de « sûreté », employé par la HAS, révèle que la qualité est indissociable à la sécurité des soins. La différence entre ces deux définitions réside dans la « satisfaction patient » sur l'ensemble de la prise en charge. Il est remarqué que la HAS ne l'associe pas directement dans la qualité. Enfin, les définitions de la qualité dans le secteur de la santé n'évoquent pas distinctement la notion de besoin. Ce qui peut paraître évident dans le sens où chaque patient a un besoin : celui d'être soigné. Cependant, les définitions ISO exposent nettement la satisfaction des besoins explicites et implicites. Dans la mesure où le management par la qualité englobe l'ensemble des acteurs/salariés de l'organisme dans la démarche qualité (page 6), alors les définitions ISO soulignent les besoins explicites et implicites à la fois des clients mais aussi des acteurs/salariés. C'est-à-dire que les définitions de la qualité dans la santé ne se centrent pas sur les besoins explicites ou implicites du patient, hormis le besoin

d'être soigné, mais elle ne se focalisent pas non plus sur les besoins explicites et implicites des soignants.

En somme, nous pouvons dégager certaines similarités mais également des différences distinctes sur la définition de la qualité vue par ISO et par la HAS.

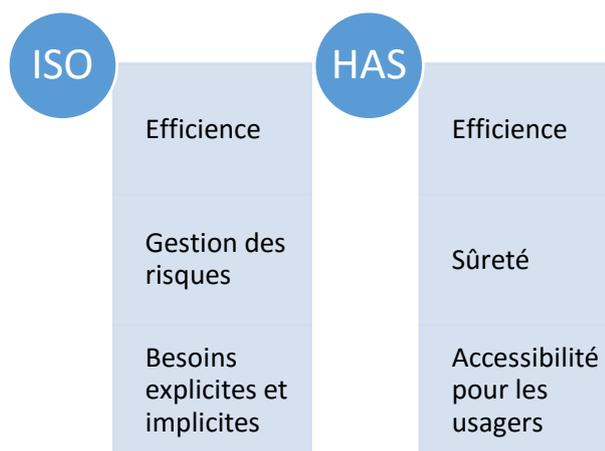


FIGURE 3 : DIFFERENCES ET SIMILITUDES DES DEFINITIONS DE LA QUALITE ENTRE ISO ET HAS

B) Comment la qualité est-elle gouvernée ? Légiférée ?

Afin de comprendre véritablement la place de la qualité dans le système de santé français, il est intéressant de comprendre l'évolution de la législation sur cette notion. Les pouvoirs publics l'intègrent concrètement dans la loi du 31 décembre 1970. Celle-ci avait pour objectif d'améliorer l'égalité et l'accès aux soins par le biais d'une médecine de grande qualité et ce, en réorganisant les hôpitaux publics et privés dans un système entier. La qualité des soins y est incluse comme motif de consultation de la CME par les unités de soins.

La création de l'ANDEM, engendrée par la loi Evin de 1991, apporte les premières bases de l'évaluation des établissements sanitaires. Ceux-ci s'engagent alors à maîtriser ses dépenses de santé mais également à se préoccuper de la qualité des soins et des droits des patients. [11]

L'ordonnance du 24 Avril 1996 rend le dispositif de certification des structures de santé obligatoire. Ce texte a pour objectif « 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 » [12] Cette certification se doit d'être accomplie par l'ANAES, remplaçant ainsi l'ANDEM. La première procédure de certification date de Juin 1999.

La déclaration obligatoire des infections nosocomiales et de la iatrogénie (Loi sécurité sanitaire 1998 et le décret et la circulaire d'application juillet 2001), amène également les établissements de santé à adopter une qualité préventive.

La loi du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, désigne dans son chapitre VI, article 35, l'entité responsable de la qualité au sein du territoire. Il s'agit du Conseil Régional de santé. Celui-ci « établit, par la voie d'un rapport annuel, le bilan de l'application de la politique de santé dans la région, portant sur l'organisation et la qualité des soins ainsi que sur la politique de prévention, et formule des propositions en vue de leur amélioration. » [13]

La circulaire du 2 Mars 2004 explique les recommandations du ministère de la santé. Ce dernier préconise la mise en place d'un programme de gestion des risques en structure sanitaire, et élabore le guide de l'ANAES s'intitulant « Principes méthodologiques pour la gestion des risques en établissement de santé ».

La loi de santé publique du 9 Août 2004 affirme que « La nation » a pour mission « La qualité et la sécurité des soins et des produits de santé. » Cinq jours plus tard, la loi relative à l'assurance maladie a comme objectif premier de dégager quinze milliards d'euros d'économies. Parmi les nombreux items de cette dernière, il y a la « la création d'une Haute Autorité de Santé chargée de se prononcer sur l'efficacité thérapeutique des produits, des actes et des protocoles de soins ». [14] Cette entité sera étudiée ultérieurement.

Ensuite, le 21 juillet 2009 est voté la loi HPST où la sécurité et la qualité des soins demeurent une véritable mission pour les établissements de santé. La Commission Médicale Etablissement (public) et la Conférence Médicale d'établissement (privé) deviennent les nouveaux pilotes de la qualité et de la sécurité des soins.

Enfin, l'article L 1431-2 du Code de la Santé publique, les ARS, sous l'autorité de la DGOS, « *veillent à la qualité des interventions en matière de prévention, de promotion de la santé, à la qualité et à la sécurité des actes médicaux, de la dispensation et de l'utilisation des produits de santé ainsi que des prises en charge et accompagnements médico-sociaux et elles procèdent à des contrôles à cette fin* ». [15]

Ces différentes entités (HAS, ARS, IGAS et autres) mettent en œuvre de nombreux indicateurs qualité, suivis de contrôle qualité de ceux-ci, pour une incitation concrète des établissements de santé à la gestion des risques, de la qualité et de la sécurité des soins. En effet, ces indicateurs sont souvent utilisés dans des dispositifs territoriaux Scope Santé, IFAQ, CPOM, etc. Ces procédés amènent généralement à une valorisation de l'image des structures sanitaires mais également à une valorisation financière. De ce fait, les structures

sanitaires et médico-sociales ayant des indicateurs qualité satisfaisants, aux yeux des autorités publiques, pourront se voir attribuer des subventions.

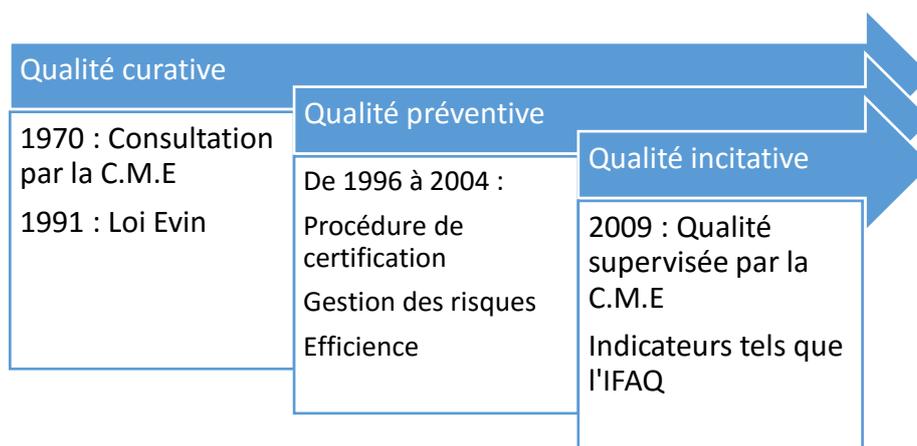


FIGURE 4 : EVOLUTION DE LA QUALITE EN FRANCE

Pour conclure, les autorités françaises, par le biais de sa législation, inclut progressivement la qualité dans le cœur des hôpitaux. Celles-ci déploient différents moyens pour réformer la sécurité des soins, qui demeure d'ailleurs sous son entière responsabilité sous l'effigie des ARS notamment. D'une manière générale, l'Etat conjugue l'amélioration de la qualité des soins, efficience de ces derniers et impute la responsabilité de la gestion des risques et de la qualité des soins aux établissements de santé eux-mêmes. De nombreux contrôles de la qualité sont effectués par des recueils d'indicateurs de l'ARS, par exemple, et de la HAS mais aussi à travers une certification, réservée de nos jours, par la HAS. Ces indicateurs peuvent faire l'objet d'une incitation financière à l'égard des établissements de santé.

C) La HAS

La Haute autorité de santé (HAS) est une autorité publique indépendante à caractère scientifique mise en place le 1er janvier 2005. Elle est autonome financièrement et remplace l'ANAES. Elle organise la procédure de certification, remplaçant celle d'accréditation, devenue réservée aux médecins. [16] Elle vérifie si les structures de soin mettent en place une politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins. Il s'agit donc de procéder à un contrôle sur la qualité d'un établissement, expliqué ultérieurement.

La création de la HAS, par le biais de la loi du 9 août 2004, a pour but de « *renforcer la qualité et la pérennité de notre système de santé. Elle agit pour améliorer la qualité du système de santé afin d'assurer à tous un accès durable et équitable à des soins aussi efficaces, sûrs et efficients que possible. Elle entre dans le cadre de la démarche*

d'accréditation qui relève d'une démarche globale, pluridisciplinaire et aborde les processus transversaux de l'établissement pour l'amélioration continue de la qualité. » [17]

Cette mission générale, de contribution à la régulation du système de santé par l'amélioration de la qualité en santé et de son efficacité est démultipliée en plusieurs missions secondaires définies aux articles L161-37 et suivants du code de la sécurité sociale.

D) Missions de la HAS

a) Les missions propres

La HAS aide également au financement du système de santé grâce à un accompagnement des autorités sur la prise en charge de certains biens et services médicaux.

Elle est chargée de « *Participer au développement de l'évaluation de la qualité de la prise en charge sanitaire de la population par le système de santé et élaborer des référentiels de compétences, de formation et de bonnes pratiques dans le domaine de la médiation sanitaire et de l'interprétariat linguistique* » mais aussi de « *Coordonner l'élaboration et assurer la diffusion d'une information adaptée sur la qualité des prises en charge dans les établissements de santé à destination des usagers et de leurs représentants* » [18]

De ce fait, la HAS contribue à l'amélioration des pratiques professionnelles, pour les acteurs de la santé, en maintenant toujours ses objectifs premiers : l'efficacité, la sûreté et l'efficacité des soins. Elle met en place, entre autres, des outils pédagogiques, des guides et des méthodes pour accompagner les établissements de santé dans leurs projets de meilleure prise en charge.

HAS

- Evaluation
- Recommandation
- Accréditation
- Certification

FIGURE 5 : MISSIONS DE LA HAS

b) Les missions en collaboration

Depuis 2013, l'IGAS souhaite que la HAS et la DGOS contrôle les indicateurs nationaux de qualité et de sécurité des soins, dits IPAQSS en menant une ONIC. A partir de 2016, la HAS recueille des indicateurs à la fois de qualité et de sécurité des soins (IQSS) mais aussi des Infections Associées aux Soins (IAS), autrefois réservés à la DGOS, parmi de nombreux établissements de santé.

La H.A.S publie aussi de nombreuses recommandations dans le monde médical et paramédical. En effet, elle met à la disposition des établissements de santé et des professionnels une pléiade de travaux réalisés par des groupes d'experts afin d'améliorer les pratiques professionnelles. Pour ce faire, le ministère des solidarités et de la santé et la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs réalisent chaque année, ensemble, le programme de travail de la H.A.S. La dernière version, datant du 31 Janvier 2018, expose les différents champs de la santé sur lesquels les groupes d'experts de la H.A.S et les sociétés savantes travaillent. **[19]**

Enfin, la H.A.S a établi de nombreux partenariats afin d'assurer ses missions propres. Les diverses conventions, rédigées avec de nombreuses entités telles que l'ASN, l'EHESP ou encore Expertise France, assurent à la HAS un large périmètre d'action et un appui d'expert sur l'élaboration de ses travaux.

c) Le contrôle qualité

La H.A.S assure le contrôle qualité externe indépendant des établissements de santé. Celui-ci demeure en constante évolution pour devenir à ce jour la 4^{ème} version depuis 1999. Au fil des années, la procédure de certification s'est centrée progressivement sur les démarches d'évaluation de Pratiques Professionnelles, la gestion des risques, la prise en charge des patients et le management. La dernière procédure de certification est la procédure de certification v2014. **[20]**

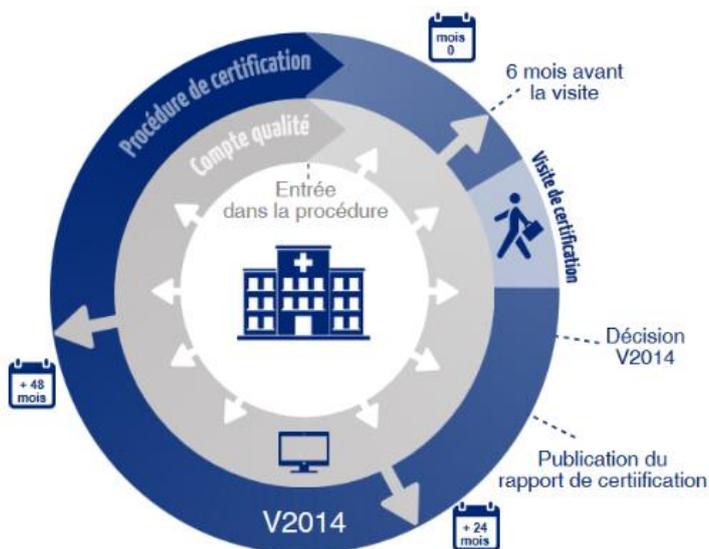


FIGURE 6 : ETAPES DU CONTROLE QUALITE PAR LA HAS (SCHEMA ISSU DU SITE INTERNET DE LA HAS)

Elle se dessine en plusieurs étapes, soient : l'envoi du compte-qualité, l'analyse de cet outil par la HAS, la visite de certification, la décision suivie de la publication du rapport de certification précédée ou non d'un recours de l'établissement, le renvoi du compte-qualité à deux puis quatre ans depuis le début de la procédure. Cette dernière peut être modifiée en cas de défaillance importante de l'établissement de santé sur sa démarche qualité.

Six mois avant la visite de certification, l'établissement de santé procède à son auto-évaluation. A l'aide de méthodes et d'indicateurs fournis par les différents outils de la HAS, l'hôpital établit l'état des lieux de sa démarche qualité. Il communique ensuite son analyse et ses résultats via la plate-forme SARA, par le biais du Compte Qualité. Comme son nom l'indique, il a pour principal but de « rendre des comptes » sur la qualité et la sécurité des soins à la HAS. Celle-ci l'analyse avant la visite de certification. Ce qui lui permet de mieux comprendre la démarche qualité utilisée par l'établissement pour identifier et maîtriser ses risques. Ce compte qualité sert également de dialogue entre l'établissement et les représentants de la HAS lors de la certification, soient les experts-visiteurs. Ces derniers peuvent ainsi mener leurs investigations en fonction des données communiquées par l'hôpital et analysées par la HAS. A titre d'exemple, un risque identifié par l'établissement, considéré comme prioritaire en fonction des enjeux pour les patients, n'ayant pas d'indicateurs de suivi ou de plan d'action adéquat sera particulièrement examiné par la HAS.

[21]

Un retour d'Expérience fut réalisé en Janvier 2016 concernant la mise en place des Comptes Qualités. Le constat reste sans appel, il s'agit d'un outil démontrant nettement que les établissements de santé, au premier semestre 2015, n'ont pas entièrement intégré l'outil dans leur démarche qualité, et ce malgré une véritable compréhension de celui-ci. Il se peut alors que : soit cet outil n'était pas entièrement adapté aux réalités du terrain, soit les établissements n'ont pas totalement assimilé le principe d'application du management de la qualité dans leur établissement. En effet, il fut remarqué, à travers le compte-qualité, que

les établissements de santé avaient des difficultés à évaluer, à suivre et à prouver leur engagement à l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins qu'ils prodiguent. [22]

Vient ensuite la visite de certification par les experts-visiteurs. En réalité, il en existe plusieurs mais ne sera traité ici que la visite de certification à caractère obligatoire programmée par la HAS. Celle-ci consiste à évaluer un établissement de santé sur son aptitude à construire son système de management de la qualité et des risques et à identifier les points de conformité au regard d'un référentiel : le manuel de certification v2010. Les experts-visiteurs sont à même d'utiliser différentes méthodes (définies ci-après) afin d'assurer ce contrôle qualité.

De cette visite découle un rapport de certification. Ce dernier reprend l'ensemble des éléments investigués par les experts visiteurs lors de la visite. Il met en exergue les niveaux de maturité de chaque processus. De cette analyse découle les possibles cas de non-conformité avec le manuel de certification v2010. Le rapport souligne également les processus dont le fonctionnement est optimisé. C'est-à-dire que l'établissement maîtrise les risques qu'il a identifié en atteignant les objectifs qu'il s'était fixé dans un souci d'amélioration continue. La mise en évidence d'écarts ou de conformité engendre un score de maturité. De celui-ci découle la décision de la H.A.S sur le niveau de certification de l'établissement. Il peut être de 5 niveaux. Le premier, rang A, représente une certification de l'établissement. Le dernier, rang E, désigne une Non-certification de l'établissement. Dans ce cas, il en revient à l'autorité de tutelle de maintenir ou non l'activité de l'établissement. L'ensemble des résultats de certification, tout comme les IQSS et la satisfaction patient, sont communiquées à l'ensemble de la population via le site internet Scope-sante. La certification vise ainsi à « promouvoir des démarches d'évaluation et d'amélioration et à renforcer la qualité la confiance du public par la communication des résultats » [11] [23]

3) Les outils pour appliquer la qualité en milieu hospitalier

A) Le Manuel de certification V2010 version Janvier 2014

La HAS met à la disposition des établissements de santé le manuel de certification v2010. C'est sur celui-ci que se base la procédure de certification. Il se décompose en 2 parties, le management de l'établissement et la prise en charge du patient. La première partie s'attarde sur les exigences demandées par la HAS sur le management stratégique, le management

des ressources et le management de la qualité et de la sécurité des soins. Ce qui sous-entend alors que les établissements sanitaires définissent leurs orientations stratégiques en ne plaçant pas la démarche qualité en premier plan mais comme une branche du pilotage global. La seconde partie détaille les attentes de la HAS sur la prise en charge du patient, décomposée en 5 items, dont les Evaluations des Pratiques Professionnelles. Cette méthode est expliquée ultérieurement.

Le manuel de certification définit également les Pratiques Exigibles Prioritaires. Elles représentent les processus déjà ancrés dans les démarches d'accréditation de l'ANESM. Ainsi, il s'agit de renforcer, en 2014, les domaines considérés comme capitaux pour l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins.

Le manuel de certification développe aussi un encart sur les indicateurs. Inscrire le recueil des indicateurs dans ce manuel de certification a pour objectif de « développer la culture de la mesure de la qualité des soins ; disposer de mesures quantitatives de la qualité ; renforcer l'effet levier sur l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. » page 8 manuel de certification. [24]

D'un point de vue général, ce manuel fonde les critères de certification par approche par thème, or chacun de ceux-ci demeure un processus définissable pour tout établissement de santé. Cette approche se décompose selon la logique de la roue de Deming (PDCA).

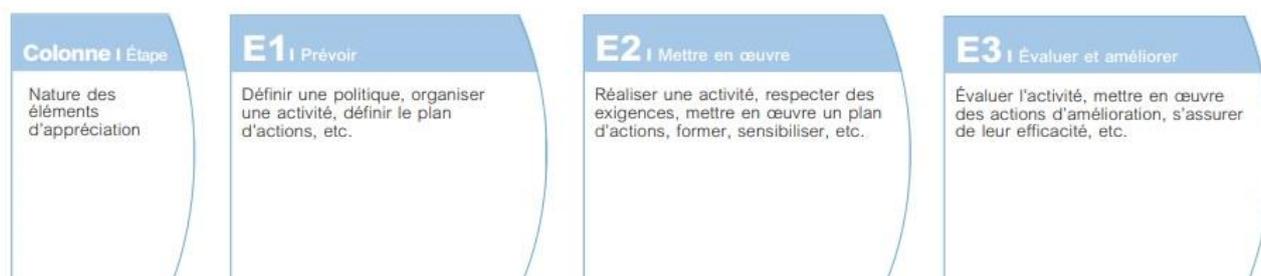


FIGURE 7 : APPROCHE PROCESSUS SELON LA PROCEDURE DE CERTIFICATION DE LA HAS

Finalement, la procédure de certification v2014 se rapproche grandement de la norme ISO 9001 :2015, les comptes-qualité symbolisent une approche par risque et le manuel de certification correspond à une approche par processus. Etant donné que la visite de certification s'appuie sur ce manuel, alors celui-ci demeure la référence ultime pour toute démarche qualité des établissements de santé. Cet outil privilégié est à l'entière disposition de ces derniers. Il paraît évident que la lecture et la compréhension de ce manuel revient aux professionnels ayant de connaissances solides sur la finalité et l'application d'une démarche qualité et ce, dans une approche d'amélioration continue.

B) Méthodes associées

La HAS alloue de nombreuses méthodes aux équipes des établissements de santé pour améliorer leur démarche qualité et la sécurité de leurs soins. Ce présent mémoire n'a pas pour but de lister et d'expliquer chacune des méthodes déployées par la HAS pour les structures sanitaires. Néanmoins, il est admis que l'ensemble de ces outils furent élaborés par les groupes d'experts pluridisciplinaires. Au fil des années, ces méthodes se perfectionnent et peuvent impliquer une majorité des acteurs contribuant à la prise en charge du patient. Cependant, il convient d'admettre que ces méthodes peuvent s'avérer complexes à appliquer. A titre d'exemple, ce mémoire compte se focaliser sur les méthodes utilisées par les experts-visiteurs et sur celle évoquée dans le manuel de certification, l'EPP.

Tout d'abord, l'audit de processus consiste à comprendre l'organisation générale d'un processus. Cet audit permet de savoir si le processus est maîtrisé et que la structure atteint ses objectifs avec celui-ci. Toujours dans une logique de roue de Deming, cette méthode investigate de manière globale le pilotage (Plan), la mise en œuvre (Do), l'évaluation (Check) et la mise en place d'actions d'amélioration avec communication des résultats (Act) du processus. Néanmoins, pour réaliser cet audit, il faut avoir une vue d'ensemble et toutes les informations nécessaires. Il est également essentiel de comprendre l'objectif de cette méthode et de maîtriser pleinement la logique d'amélioration continue de la qualité, soit le Roue de Deming.

Puis, la méthode du patient traceur permet de réaliser un récapitulatif du parcours d'un patient spécifique de l'amont à l'aval de son hospitalisation. Cet outil évalue l'ensemble des processus ayant impacté sa prise en charge dans l'établissement. Il s'agit d'une méthode pluridisciplinaire et incluant l'expérience du patient avec son ressenti sur son séjour à l'hôpital. Elle a pour but ultime d'identifier les points forts et les défaillances de la prise en charge pour émettre des actions d'amélioration et ce, pour améliorer la qualité et la sécurité des soins. Cette méthode doit être comprise de tous les professionnels pour identifier nettement les différents points à améliorer. **[25]**

Enfin, dans le manuel de certification, il est question d'Evaluation des Pratiques Professionnelles. Il s'agit de « l'analyse de la pratique professionnelle en référence à des recommandations et selon une méthode validée comportant la mise en œuvre et le suivi d'actions d'amélioration des pratiques. » Les pratiques professionnelles recouvrent le champ aussi bien individuel que collectif et concernent toutes activités de soins (de l'aspect préventif jusqu'à l'aspect curatif). Un fois encore, l'application d'une EPP doit être diligentée

avec un groupe de travail méthodique, composé d'experts pluriprofessionnels. L'EPP est entièrement intégré dans le Développement Professionnel Continu. Celui-ci est expliqué ultérieurement. [26]

Pour conclure, la HAS fournit de nombreuses méthodes pour améliorer la démarche qualité d'un établissement de santé. Celles-ci visent à impliquer le plus possible l'ensemble des professionnels contribuant à la qualité et à la sécurité des soins. Cependant, il fut relevé que ces outils peuvent s'avérer complexe à la fois sur la compréhension de la finalité voulue mais également sur l'application même de ceux-ci. Il est alors primordial que chaque groupe de travail soit formé à chacune de ses méthodes afin qu'ils l'utilisent de manière optimale.

C) Recommandations de bonnes pratiques

Comme il fut expliqué précédemment, les EPP sont basées sur des recommandations. Or, la HAS possède comme pour mission la production et la diffusion des recommandations de bonnes pratiques. Le but étant d'informer les professionnels de santé ainsi que les patients sur l'avancée de la science afin d'améliorer la qualité des soins. Il s'agit donc généralement d'un guide élaboré par des spécialistes à l'intention des soignants exerçant dans le domaine médical et paramédical. La loi du 4 Mars 2002 attribue une valeur juridique aux recommandations de bonnes pratiques délivrées par la HAS lorsque celles-ci sont homologuées par arrêté ministériel. Cependant, les professionnels qui ne respectent pas les recommandations émanant de la HAS, sous prétexte qu'elles ne sont pas non homologuées par arrêté ministériel, ne respectent pas les dernières littératures scientifiques. Ils peuvent ainsi compromettre la qualité et la sécurité des soins apportées au patient. C'est pourquoi, une veille réglementaire et scientifique est primordiale de la part des équipes d'un établissement de santé. [26] [27] [28]

D) Formations

Pour assurer une meilleure qualité de soins, les professionnels de santé doivent, en plus de suivre les recommandations de bonnes pratiques, suivre diverses formations. En effet, l'article 59 de la loi HPST met en évidence le développement professionnel continu. Il « a pour objectifs l'évaluation des pratiques professionnelles [EPP], le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé. Il constitue une obligation pour les médecins. » [29]

Pour répondre à obligation de DPC, le professionnel de santé doit, soit être accrédité (seulement pour les médecins) ou bien suivre des actions d'évaluation et/ou d'amélioration des pratiques, de gestion des risques et de formation conformes aux méthodes de la HAS. L'ensemble des professionnels médicaux et paramédicaux ont pour obligation de DPC selon R. 4382-3 du décret 2011-2114 du 30 décembre 2011 relatif au DPC des professionnels de santé paramédicaux. Il revient aux établissements de mettre en relation ces professionnels à des organismes de formation agréés ou bien proposer des programmes DPC après avoir déposé une demande d'enregistrement auprès de l'Agence nationale du DPC. **[30] [31]**

Pour conclure, les autorités publiques, par l'intermédiaire de la HAS, incluent véritablement le management de la qualité et de la gestion des risques dans les établissements de santé français depuis plusieurs décennies. En effet, l'association de l'approche par processus, de l'approche normative, dont le référentiel demeure le manuel de certification v2010, avec à la clé un contrôle qualité aboutissant à une distinction indépendante et disponible à la population ramènent les hôpitaux à s'inscrire dans un management de la qualité. Il s'agit alors d'une véritable reproduction de ce qui existe déjà dans le secteur de l'industrie depuis plusieurs siècles. Cette copie semble être absolue lorsque la HAS publie dans son guide méthodologique à destination des établissements de santé, datant de Février 2018, qu'elle entend « Passer une étape pour agir sur les cultures hospitalières et faire en sorte que l'amélioration de la qualité des soins soit le moteur des organisations avec un enjeu fort au sein des équipes de soins ». **[23]** Cette phrase affirme donc que le désir d'amener les établissements sanitaires à adhérer dans un management par la qualité est bien réel, comme le propose ISO pour tout organisme.

Toutefois, cette réplique ne demeure pas complète. En effet, dans la définition même de la qualité par la HAS, il n'est pas évoqué la satisfaction des besoins implicites et explicites des patients et des acteurs de sa prise en charge. Comme expliqué dans ce mémoire, la satisfaction patient est continuellement recherchée via les outils utilisés pour la démarche qualité des structures de santé, mais la satisfaction des professionnels reste peu recherchée. Or, le socle du management par la qualité demeure l'implication des professionnels. Cette dernière n'est d'ailleurs évoquée que deux fois dans le guide méthodologique à destination des établissements de santé. Il souligne l'adhésion incertaine des acteurs d'un hôpital quant à la démarche qualité et appuie que « La communication autour de la démarche de certification et de l'implication des équipes est tout à fait importante et même très motivante. ».

Il est également remarqué que la vision de la démarche qualité et l'engagement sur celle-ci est parfois floue pour les établissements de santé. Cependant, la mise en place d'un management par la qualité doit se faire suite à un management de la qualité déjà opérationnel avec une conception commune de cette dernière de tous les membres de l'organisation. [22]

De plus, au regard de la procédure de certification, du recueil des indicateurs et des outils déployés par la HAS, il est tout à fait concevable qu'il n'appartient pas à toutes les équipes soignantes de maîtriser ces sujets extrêmement spécifiques. Malgré les formations pouvant pallier ce déficit possible de connaissance, il apparaît néanmoins nécessaire d'impliquer davantage les équipes de soins dans l'application de ces méthodes. Celles-ci peuvent demeurer par ailleurs complexe à utiliser.

II. La gouvernance dans les établissements de santé

1) Le Management dans les établissements sanitaires

A) La composition de l'hôpital

Une structure hospitalière se compose de plusieurs corps de métiers appartenant à plusieurs équipes. Il est admis qu'elles se regroupent en 6 catégories distinctes. Il existe tout d'abord l'administration qui comportent les équipes administratives. Elles s'occupent de la gestion administrative globale de l'établissement. Puis, interviennent les équipes médicales et paramédicales. Elles se centrent dans les services de soins et s'occupent du patient tout au long de son séjour. Ensuite, il existe le plateau médico-technique qui se compose des urgences, du bloc opératoire, de l'imagerie médicale, des consultations externes et la chirurgie ambulatoire. C'est trois premières catégories sont en contact direct avec le patient. Les trois dernières sont des équipes de support, indispensables à l'activité hospitalière, qui ne sont pas en contact direct avec le patient. Il s'agit de la logistique médicale contenant les équipes de pharmacie et de stérilisation, les équipes logistiques et techniques et enfin les équipes de restauration. L'ensemble de ces corps de métiers peuvent se représenter selon le schéma suivant (Figure n° 9 : Composition et gouvernance d'un établissement sanitaire) [32] [33]

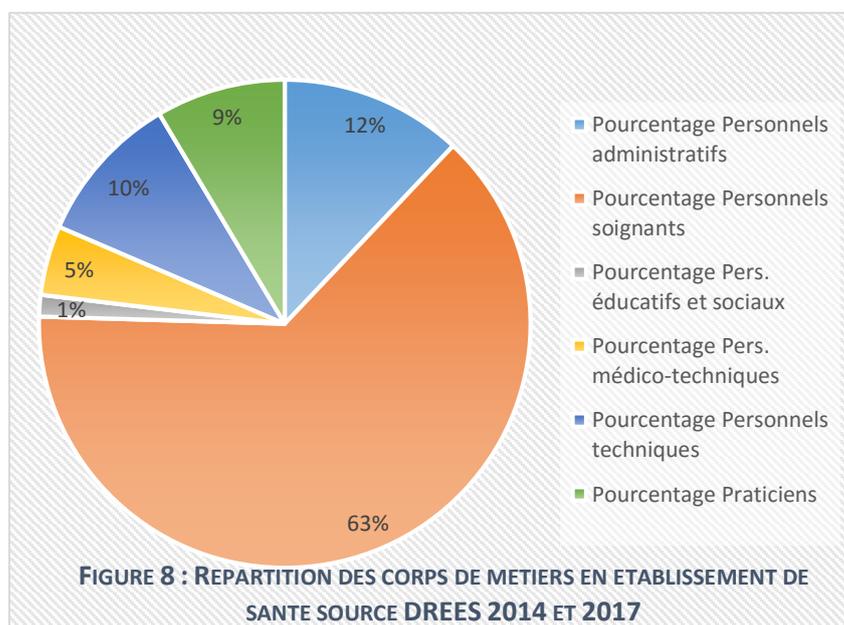
D'un point de vue national, les différents corps de métiers se chiffrent ainsi :

En établissement de santé 2014 en milliers <i>d'équivalent-temps plein</i> Source : Drees, enquête SAE	Publics	Privés (but lucratif)	Privés (but non lucratif)	Total
Personnels administratifs	96,2	18,7	18,9	133,8
Personnels soignants	525,2	81,9	100,3	707,4
Sages-femmes	11,4	1,1	2,3	14,8
Pers. d'encad. du pers. soignant	17,7	3,5	3,2	24,4
Infirmiers ¹	231,7	34,7	44,4	310,8
Aides-soignants ²	174,8	23,4	28,8	227,0
Agents de services hospitaliers et autres pers. d es serv. médicaux	64,5	11,6	17,3	93,3
Rééducateurs	15,1	5,8	3,5	24,5
Psychologues	10,0	1,8	0,8	12,6
Pers. éducatifs et sociaux	11,6	3,4	0,9	15,9
Pers. médico-techniques	41,4	6,2	3,7	51,3
Personnels techniques	94,8	9,5	6,9	111,2
Total	769,2	119,7	130,7	1 019,6

TABLEAU 2 : DONNEES CHIFFREES DES PROFESSIONS EXERCEES DANS LES HOPITAUX FRANÇAIS

En ce qui concerne le nombre de médecins travaillant dans un établissement sanitaire. La DREES établit l'ensemble des spécialités en établissement de santé « Salariés hospitaliers, autres salariés » hors mixte en 2017 à 95 066 sur 224 875. [34]

Pour conclure, les structures de soins hospitaliers se composent de nombreux corps de métiers impliqués dans 6 catégories d'équipes en contact direct ou direct avec le patient. Toutefois, les équipes médicales et paramédicales représentent quasiment les $\frac{3}{4}$ des effectifs dans les hôpitaux français.



L'objectif premier de toute structure de soins décrit dans l'article 99 de la loi n° 2016-41 de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 est d'assurer : « dans les conditions prévues au présent code, en tenant compte de la singularité et des aspects psychologiques des personnes, le diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes et mènent des actions de prévention et d'éducation à la santé. » [35]

Toutefois, la dégradation des comptes financiers des hôpitaux les amène à produire une activité plus rémunératrice. Ils recherchent en effet à axer leur activité hospitalière conjuguant un fort pouvoir de rentabilité et l'atteinte de leur objectif. [36]

Or, depuis 2004, la T2A constitue le mode de financement privilégié pour les établissements MCO et s'étend grâce aux dotations modulées à l'activité notamment vers le secteur SSR et PSY. Le prix de l'activité est fixé par les autorités publiques chaque année par le biais des GHS/GHM. Cette technique permet de mesurer l'activité effective produite par les établissements. Ce qui conduit à une estimation des recettes et donc à une détermination des ressources allouées.

La T2A a eu comme principal effet bénéfique, l'instauration d'un cadre beaucoup plus égalitaire en matière de rémunération, entre les établissements de santé publics et privés. De plus, ce mode de financement a permis l'augmentation de l'activité hospitalière (dont l'augmentation du nombre de séjours). Enfin, il est noté que la T2A a renforcé la communication inter-professionnelle entre les équipes de soins et la direction des hôpitaux ainsi que la responsabilisation des différents acteurs sur la qualité et la gestion des ressources. [37]

Néanmoins, ce modèle de financement fut largement dénoncé par une majorité de professionnels de santé et a démontré certaines limites. Ce fût notamment le cas dans l'organisation de la prise en charge du patient, comme le souligne une étude du Comité d'évaluation de la tarification à l'activité datant de 2009. Le manque de formalisation d'outils autour du parcours patient malgré la possession d'éléments pertinents pour les établissements, comme la durée moyenne de séjour ou l'analyse des GHM principaux, peut indiquer que la T2A est essentiellement perçue comme un séquençement d'actes par séjour rémunérateur.

“Les outils et dispositifs permettant d'analyser et d'organiser la prise en charge des patients, un à un, ont été peu modifiés par l'arrivée de la T2A, contrairement à ce que pouvait laisser

penser le recours au concept de séjour, qui est au cœur de ce nouveau mode de financement. Les questions d'organisation concrète du parcours du patient dans ses différentes étapes, et celles de la coordination des itinéraires des différents patients ne paraissent pas avoir fait l'objet, en général, d'approches nouvelles du fait de la T2A.» [38]

Enfin, la T2A a ramené les établissements de santé à réaliser de plus en plus d'actes les plus rémunérateurs. Selon la grille tarifaire GHS à partir du 1^{er} Mars 2018, les 100 plus hauts tarifs forfaits GHS dans le public, seulement 1 libellé ne nécessite pas d'intervention chirurgicale, il s'agit de : « Maladies dues au VIH, âge inférieur à 13 ans, niveau 4 ». (Annexe n°1) Toujours selon cette même grille, mais pour les établissements privés cette fois-ci, par les 100 plus hauts tarifs forfaits GHS, seulement 4 libellés ne nécessitent pas d'intervention chirurgicale. (Annexe n°2) [39]

Concernant l'activité chirurgicale en ambulatoire, elle relève également une excellente source rémunératrice depuis la mise en place d'un tarif unique depuis 2009 auprès de 18 racines GHM. De plus, le recours à la chirurgie ambulatoire permet également de réduire les dépenses des établissements de soins. En effet, l'IGAS et L'IGF considèrent que les économies portent sur : les réductions d'effectifs de nuit et de week-end, la baisse des charges liées à la réduction des capacités en hospitalisation complète, les gains de productivité permettant une réduction de la masse salariale et la réorganisation territoriale des capacités. [39] [40] [41]

Le rapport Véran 2017 souligne également que la T2A convient parfaitement pour l'activité chirurgicale en ambulatoire. « La T2A est le mode de tarification qui convient le mieux au financement des actes médicaux et chirurgicaux simples qui ne nécessitent pas de prise en charge médicale ou paramédicale avant ou après l'épisode aigu. » [42]

Enfin, le bloc opératoire est un secteur protégé à hauts risques, il est considéré comme le secteur le plus dangereux d'une structure. En effet, les risques sont nombreux que ce soit concernant les activités invasives qu'il prodigue ou l'ensemble des équipements qui sont utilisés au sein du bloc opératoire. De plus, la coordination des professionnels est primordiale mais difficile. Le nombre d'intervenants, les opérateurs, l'hyperspécialisation des professionnels et la difficulté à organiser des réunions peuvent expliquer ce phénomène. Selon l'étude ENEIS 2009, les événements indésirables sérieux qui peuvent apparaître lors d'une entrée en établissement de soins surviennent surtout pendant un acte

chirurgical. C'est dans ce contexte particulier que la mise en place d'une démarche d'amélioration continue de la qualité devient cruciale. Le but étant alors de mieux protéger le capital humain, financier technique et scientifique ainsi que commercial et informationnel d'un établissement de santé, d'un service tel que le bloc opératoire. La pérenité économique peut être fortement impactée. [43]

Pour conclure, afin d'assurer leur objectif de diagnostic et de traitement des maladies et de palier à la dégradation de leur situation financière, les hôpitaux ont vivement intérêt à développer leur activité opératoire. Pour ce faire, ils peuvent compter sur les ressources humaines importantes allouées à cette activité, que ce soit les équipes médicales ou paramédicales, prédominantes dans tout établissement sanitaire, comme les équipes des plateaux techniques. Il est également nécessaire de souligner l'importance du bloc opératoire et de l'activité qui en découle car l'impact du programme opératoire, si celui-ci n'est pas réalisé, dans un établissement de santé peut demeurer extrêmement néfaste.

B) La gouvernance des hôpitaux

La Loi HPST réorganisa l'architecture de la gouvernance d'un hôpital. Celui-ci possède désormais de nombreuses instances afin de piloter l'établissement de santé. Chacune possède son champ de compétence qui lui est propre. Elles sont présentées dans le schéma suivant. Les établissements sanitaires comprennent également des comités qui exercent des missions qui leur incombent en lien avec les politiques élaborées par la direction et la CME.

Listes des instances et de leur mission principale

Conseil de surveillance	Fixe et contrôle les orientations stratégiques de l'établissement.
Directoire	Conseille le directeur sur la gestion de l'établissement.
Commission/Conférence médicale d'établissement	Aide à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que des prises en charge des patients. Elle assure l'élaboration et la mise en application du projet médical de l'établissement.
Comité Technique d'Etablissement	Donne son avis au conseil de surveillance, le directoire et la CME sur les différents projets en cours.
Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques	Consultée et informée sur l'ensemble des points relatifs aux soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.
Chef de pôle	Pilote le pôle d'activité et assure le lien avec le directoire et les équipes de son pôle.
Comité de Lutte contre la Douleur	Pilote la prise en charge préventive et curative de la douleur dans l'établissement.
Comité de Liaison en Alimentation et Nutrition	Pilote la prise en charge préventive et curative nutritionnelle dans l'établissement.
Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales	Pilote la maîtrise du risque infectieux dans l'établissement.
Commission du Médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles	Pilote la démarche du bon usage du médicament et des dispositifs médicaux stériles dans l'établissement.
Commission Des Usagers	Veille au respect des droits du patient
Comité d'Hygiène de Sécurité et des Conditions de Travail	Veille au respect des droits des professionnels
CSTH	Veille au respect de la sécurité transfusionnelle

TABLEAU 3 : LISTES DES INSTANCES ET DE LEUR MISSION PRINCIPALE

L'ensemble de ces instances suivent une ligne conductrice qu'elles ont préalablement établie et/ou approuvée et/ou consultée. Cette vision se veut commune et est représentée par le projet d'établissement. Celui-ci est légiféré par la loi de modernisation de notre système de santé. Il « définit, notamment sur la base du projet médical, la politique générale de l'établissement. Il comporte un projet de prise en charge des patients en cohérence avec

le projet médical et le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, ainsi qu'un projet psychologique et un projet social. Le projet d'établissement, qui doit être compatible avec les objectifs du schéma d'organisation des soins. ». Cette vision prend aussi en compte les différentes politiques dont la Politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient ou la Politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins par exemple. **[44]**

La mise en place d'un COFIL Qualité dans un établissement de santé n'est en revanche pas obligatoire. Il en revient au directeur et au responsable qualité de suivre et de communiquer sur l'avancée la démarche qualité avec un ensemble de professionnels ou non. **[45] [46]**

Finalement, la composition et la gouvernance d'un établissement de santé peut se résumer selon le schéma suivant.

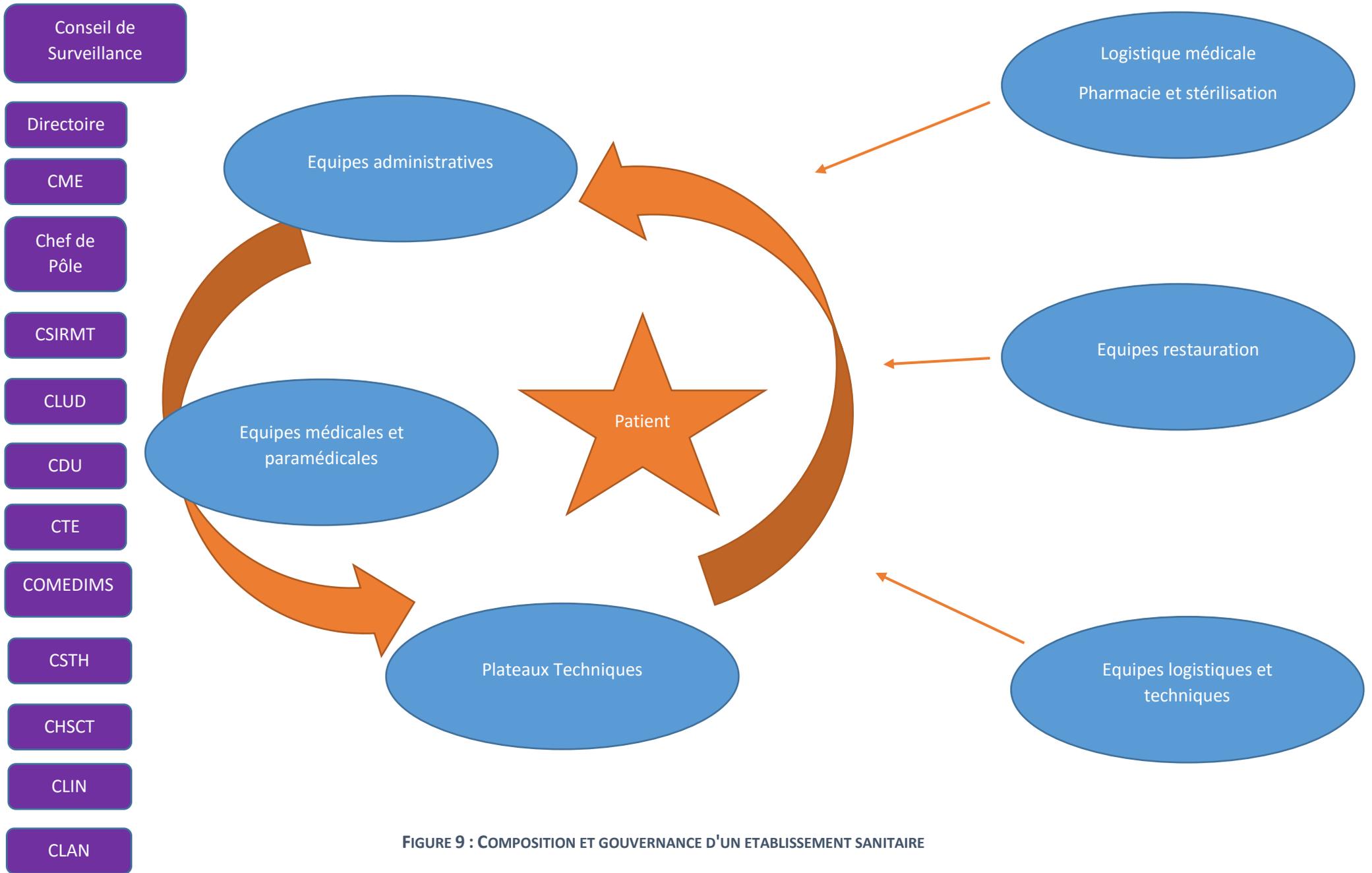


FIGURE 9 : COMPOSITION ET GOUVERNANCE D'UN ETABLISSEMENT SANITAIRE

Ce schéma précédent démontre que la composition/la gouvernance de l'hôpital et, par conséquent, son organisation sont structurées de manière interdépendante. C'est-à-dire que s'il vient à manquer une équipe de ce schéma ou une instance, alors la prise en charge du patient ne se verrait pas exhaustive. Cette dernière serait alors compromise. Ce schéma souligne également la pléiade d'instances et d'acteurs qui possèdent tous des champs d'actions très spécifiques. Cette pluridisciplinarité peut devenir une source de problème dans la mise en place de projet concordant avec les attentes et les objectifs de chaque instance.

Concernant les équipes médicales et paramédicales, elles sont managées de deux manières. La première, auprès des médecins, est sous la tutelle du directeur, de la CME, du chef de pôle voire du chef de service. La seconde, regroupant cette fois-ci les équipes paramédicales, sont pilotées par le directeur uniquement. Celui-ci délègue le management des équipes soignantes au Directeur des Soins Infirmiers qu'il a préalablement nommé. Selon l'article L. 6146-9 du CSP, cette fonction a pour mission générale la « coordination générale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques est confiée à un directeur des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ». Il s'agit d'un poste occupé par un membre de la direction. Outre sa mission générale Directeur des Soins Infirmiers assure diverses obligations. Il aide à la conception et met en œuvre la politique des soins. Il gère les ressources humaines allouées aux équipes paramédicales et garantit la qualité et la sécurité des soins. **[47]**

Le management au plus près des équipes n'est cependant pas effectué par le directeur des Soins Infirmiers. L'encadrement des équipes paramédicales est géré au quotidien par le cadre de santé sous la responsabilité du directeur des soins. Le cadre de santé coordonne le parcours du patient et pilote son équipe de soin. Il demeure l'interlocuteur privilégié de l'ensemble des professionnels de santé dans son secteur d'activité mais aussi des familles des patients. Il manœuvre tous les moyens de son service de soin.

L'évolution constante des organisations hospitalières engendre une difficulté à « se situer, à cerner les contours et les constituants de son identité professionnelle » pour les cadres de santé. Ce qui peut constituer un frein notable dans le management de ses équipes. **[48]**

En date de l'arrêté du 18 août 1995 relatif au diplôme de cadre de santé, les différents modules de formation pour devenir cadre de santé sont : Initiation à la fonction de cadre, Santé publique, Analyse des pratiques et initiation à la recherche, Fonction d'encadrement, Fonction de formation, Approfondissement des fonctions d'encadrement et de formation professionnels. Alors que le directeur des Soins Infirmiers a pour mission de veiller et garantir la qualité et sécurité des soins, il est souligné que le référentiel de formation de ses collaborateurs, les cadres de santé, qui sont au plus près du terrain n'ont pas de formation théorique sur cette thématique. [49]

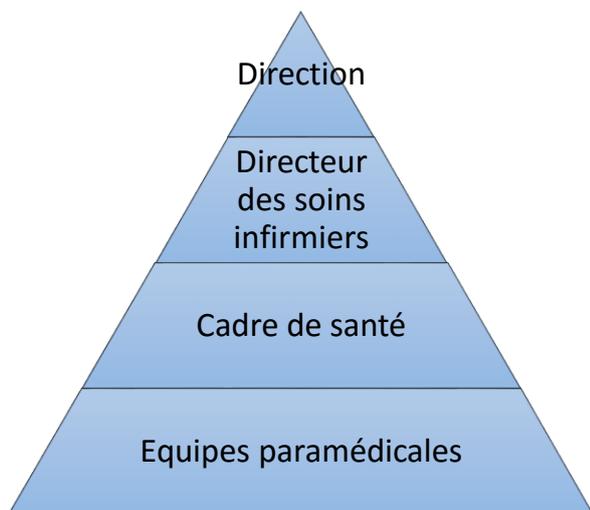


FIGURE 10 : MANAGEMENT TYPE D'UN ETABLISSEMENT SANITAIRE

Finalement, le management d'un établissement de santé se décompose sous une forme pyramidale où le lien hiérarchique est très marqué. Les décisions prises découlent sur les différents échelons inférieurs pour être appliquées jusqu'au plus près de la prise en charge du patient.

C) Focus : Les équipes de chirurgie (hors ambulatoire)

Le rôle du Directeur des Soins Infirmiers est crucial dans le management des équipes de chirurgie. C'est lui qui assure la transmission des lignes conductrices de la direction vers les équipes de soins. Celles-ci se composent généralement d'un cadre de santé (dont le rôle fut expliqué précédemment) d'infirmiers, d'aides-soignants, de diététiciens, de masseurs kinésithérapeutes. Toutefois, les deux dernières catégories socio-professionnelles demeurent rarement sous l'autorité directe du cadre de santé du service mais plutôt sous la responsabilité d'un cadre diététicien ou alors un cadre kinésithérapeute. C'est pourquoi, il n'est étudié dans ce mémoire que les équipes paramédicales comprenant des infirmiers et des aides-soignants. [50]

Les équipes de chirurgie conventionnelle interviennent dans le parcours patient à différentes étapes clés : De l'hospitalisation jusqu'au transfert au bloc opératoire puis des suites immédiates de l'intervention chirurgicale jusqu'à la sortie du service de chirurgie. [51]

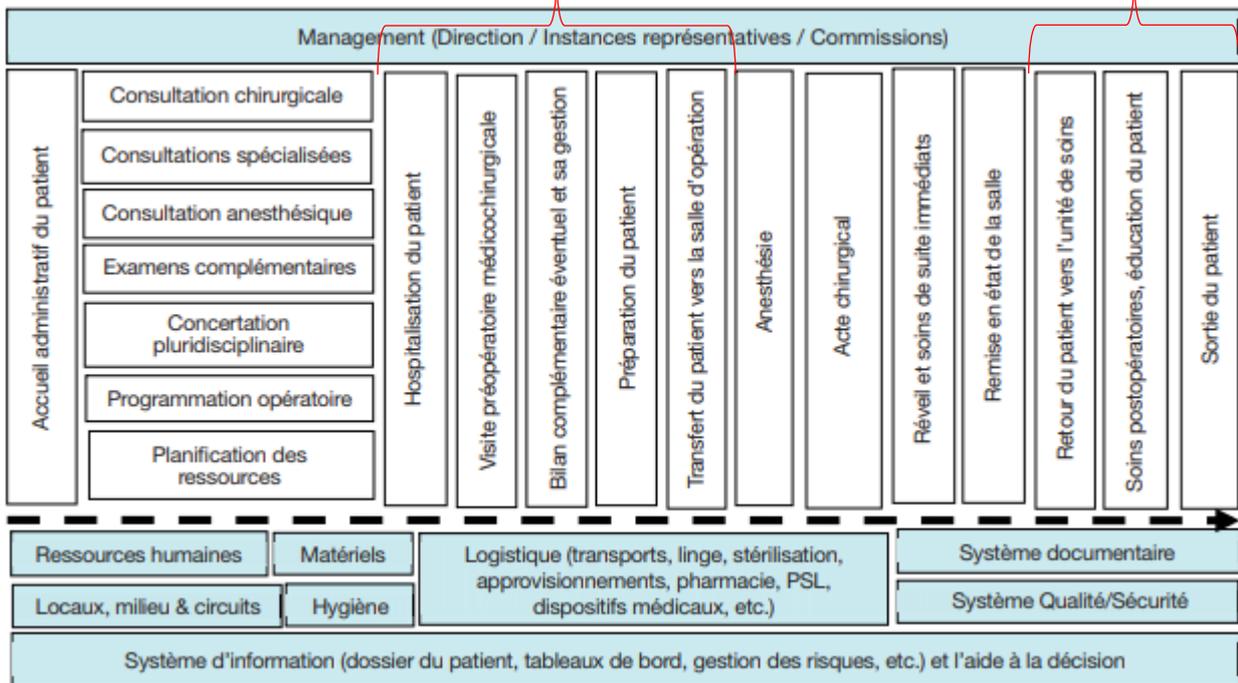


FIGURE 11 : LIEU D'EXERCICE DES EQUIPES DE CHIRURGIE SUR LA CARTOGRAPHIE DU PROCESSUS DE L'ACTIVITE CHIRURGICALE (ISSUE DE LA FICHE 25. ANALYSE DE PROCESSUS HAS)

a) Les Infirmiers

« Toute personne qui donne habituellement des soins infirmiers sur prescription ou conseil médical, ou en application du rôle propre qui lui est dévolu » est considéré comme un infirmier d'après l'article L4311-1 du Code de la Santé Publique. Au sein d'un hôpital, ses missions sont diverses. Il veille à l'accompagnement du patient et de ses proches tout au long du séjour de ce dernier. Il applique les prescriptions médicales, évalue les situations cliniques et fait part de ses observations à l'ensemble de l'équipe. Puis, il garantit un suivi du patient, de l'évolution de sa pathologie et s'assure de satisfaire l'ensemble de ses besoins psychologique, psychique et physique. Ces besoins sont représentés par la Pyramide de Maslow. Enfin, il trace l'ensemble des actes paramédicaux réalisés lors de l'hospitalisation dans le dossier patient. Dans un service de chirurgie, il participe à de nombreux actes de haute technicité, comme la réalisation de pansement à la suite d'une intervention chirurgicale, par exemple. L'article R. 4311-7 du Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 liste les 43 gestes techniques réalisables sur prescriptions médicales. Le système d'organisation du temps de travail des infirmiers fonctionne selon un roulement de poste de 8 heures ou de 12 heures. Les infirmiers exercent leur profession la nuit et le week-end. [52] [53]

La réforme des études en soins infirmiers conduit l'obtention du diplôme d'Etat sous 3 ans, équivalent à une licence. La réussite de la formation s'évalue à la suite de l'obtention d'un

nombre précis d'European Credits Transfer System. Le référentiel de formation se décompose en 10 compétences. Essentiellement axé sur le rôle de l'infirmier dans les organisations de santé, sur les différents domaines de la médecine (pharmacologie, physiologie, etc.), il est tout de même remarqué que l'une des compétences fait motion de la qualité et de la gestion des risques. Il s'agit de la compétence n°7. Elle est intitulée « Analyser la qualité des soins et améliorer sa pratique professionnelle ». Elle demeure extrêmement portée vers la compréhension, l'analyse au regard des recommandations et l'amélioration de sa propre pratique professionnelle infirmière. [54]

b) Les aides-soignants

Sous la responsabilité de l'infirmier, l'aide-soignant participe à la prise en charge globale du patient. Il dispense l'ensemble des soins d'hygiène et de confort. Il veille également à remonter toute information sur l'état de santé du patient à l'équipe pluridisciplinaire.

Régit par le Décret n° 2007-1301 du 31 août 2007 relatif aux diplômes d'aide-soignant, d'auxiliaire de puériculture et d'ambulancier, le Diplôme d'Etat d'Aide-Soignant s'obtient en une année. La formation se compose, comme la formation infirmière, d'une alternance entre les stages pratiques et les cours théoriques. Le référentiel de formation se décompose en 8 compétences. Il est bien évidemment porté sur l'accompagnement des patients dans les soins quotidiens. Toutefois, il y figure, dans le module 3, l'enseignement intitulé : « évaluer la qualité du soin réalisé et réajuster le cas échéant. » [55]

Pour conclure, les équipes de chirurgie assurent donc l'amont et l'aval du parcours patient au bloc opératoire. Il s'agit alors de garantir une performance optimale dans la réalisation de tout type de soin afin de maintenir l'activité opératoire dans l'établissement.

Les infirmiers et les aides-soignants sont en permanence en contact avec le patient. C'est ce qui caractérise leur métier et qu'il fait parfois office de « vocation » dans le langage courant. Ce contact quotidien avec les personnes soignées engendre une relation très singulière. Il s'agit de la relation soignant-soigné. A.Manoukian la caractérise comme un lien entre deux personnes dans un contexte de soin. Ce lien met en jeu divers facteurs qui lui donne sa singularité. En effet, les deux personnes sont uniques de par leurs différences (histoire de vie, opinions, etc.). C'est par le biais de cette relation que les soignants estiment répondre aux besoins implicites et explicites du patient. [56]

Watson développe cette notion et l'inclue plus globalement dans le soin relationnel. « *Le caring, dont la finalité est la satisfaction de la personne soignée [...] Il peut être pratiqué de façon efficace, dans les activités de soins, au travers de relations interpersonnelles.* » [57]

[58]

Pour conclure, les cadres de santé évoluent dans les hôpitaux malgré une perte de repère dans l'exercice de leur métier et l'absence de notion de la qualité dans leur référentiel de formation. Ils supervisent les infirmiers et aides-soignants. Ces derniers constituent le socle

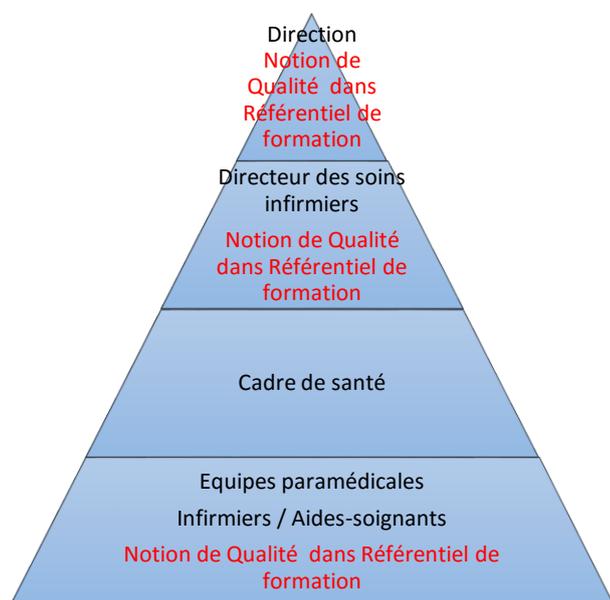


FIGURE 12 : MANAGEMENT TYPE D'UN ETABLISSEMENT SANITAIRE ET LA QUALITE DANS LA FORMATION DES DIFFERENTS CORPS DE METIERS

de la prise en charge des patients dans les équipes de chirurgie. Malgré une formation peu axée sur la démarche qualité d'un établissement de santé, ils possèdent des bases intéressantes sur l'analyse et l'amélioration de leurs pratiques professionnelles. Le contact privilégié qu'ils entretiennent avec le patient, via la relation soignant-soigné, fait d'eux les premiers acteurs capables d'identifier les besoins implicites et explicites et d'évaluer la satisfaction de la personne soignée.

2) La culture qualité et sécurité des soins en hôpital

La HAS s'appuie sur la définition de l'*European Society for Quality in Health Care* pour désigner la culture qualité et sécurité des soins. Il s'agit donc d'un « ensemble cohérent et intégré de comportements individuels et organisationnels, fondé sur des croyances et des valeurs partagées, qui cherche continuellement à réduire les dommages aux patients, lesquels peuvent être liés aux soins ». Cet ensemble représente les différentes façons d'agir comme les différentes manières de penser, de percevoir. Il est admis que la mise en place d'une démarche d'amélioration continue de la qualité est concomitante avec le développement de la culture qualité et sécurité des soins. En effet, s'inscrire durablement dans une démarche qualité a plus de chance de succès si l'organisme a réussi à établir une culture de la qualité au sein de ces salariés. [59]

L'importance de cette culture se dessine notamment par le biais du schéma de gouvernance de la gestion des risques intitulée les 4 dimensions de SHORTELL. Il se compose ainsi :

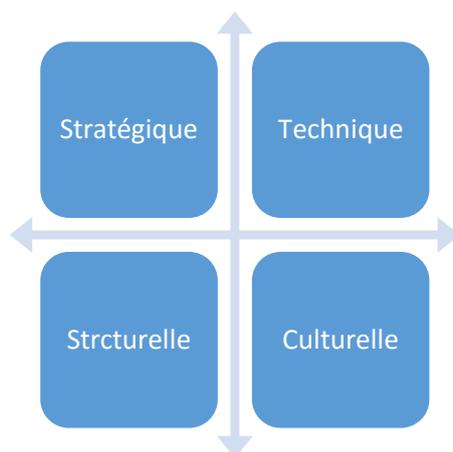


FIGURE 13 : LES 4 DIMENSIONS DE SHORTELL

La finalité des 4 dimensions de SHORTELL se résume ainsi : une démarche de gestion des risques et de démarche qualité est maîtrisée lorsque ses 4 dimensions demeurent présentes et surtout solides dans un organisme. Dans le cas d'une dimension culturelle dite « solide », la structure de soin doit avoir une compréhension partagée du sens, des objectifs et des méthodes, une culture positive de l'erreur et de l'évaluation, une acquisition progressive perçue par les acteurs grâce à la conduite d'actions d'amélioration, une acceptation du regard du patient comme élément de progression, une exemplarité de l'encadrement, de la communication et des formations. [60]

Si l'ensemble de ces conditions ne sont pas retrouvées, quand bien même que les 3 autres dimensions sont solides, alors la démarche qualité et de gestion des risques n'est pas pérenne.

Concrètement, tout établissement de santé peut évaluer son niveau de culture qualité via un questionnaire à la destination de l'ensemble de ses professionnels. Il s'agit d'un questionnaire provenant de l'AHRQ traduit par le **CCECQA**. Il se décompose en 8 sections dont sont issus de nombreuses questions. Elles portent sur le cadre de travail, le lien avec le supérieur hiérarchique, le retour d'information sur les déclarations d'événements indésirables ou sur des phénomènes marquant de la qualité dans l'hôpital, la perception de l'établissement ainsi que celle du niveau de sécurité dans l'unité de soin du questionné. Ce questionnaire a pour principal objectif d'établir un état des lieux sur la culture qualité dans une structure sanitaire. Néanmoins, il ne s'agit ici que d'une étude quantitative. Or, la notion de culture qualité et sécurité des soins englobe également la perception des acteurs sur la démarche qualité. C'est pourquoi, la création d'un guide d'entretien semi-directif individuel,

essentiellement centré sur le ressenti des équipes, pourrait constituer une étude qualitative et compléter la précédente. De cet état des lieux découle un processus de développement continu de la culture qualité et sécurité des soins. [61]

Le manuel de certification v2010 identifie ce processus de culture qualité et l'évalue. Le référentiel souligne la notion de perception commune pour tous les professionnels de l'établissement de santé au regard de la sécurité des soins. Afin que la culture qualité et sécurité des soins soit particulièrement effective, c'est-à-dire que la démarche qualité demeure quotidienne dans les pratiques des professionnels de santé, il est nécessaire d'avoir, selon la HAS : l'appui de la direction et de la CME dans la stratégie de l'établissement, l'encadrement en guise de relai sur l'application de la démarche qualité sur le terrain (par l'intermédiaire d'EPP par exemple) et l'implication des professionnels dans cette démarche (déclarer des FEI, mettre en place les actions d'amélioration suite à une EPP, etc.). [24]

La culture qualité et sécurité des soins est donc évaluable par la HAS. Pour ce faire, elle contrôle l'ensemble du processus de développement de la culture qualité.

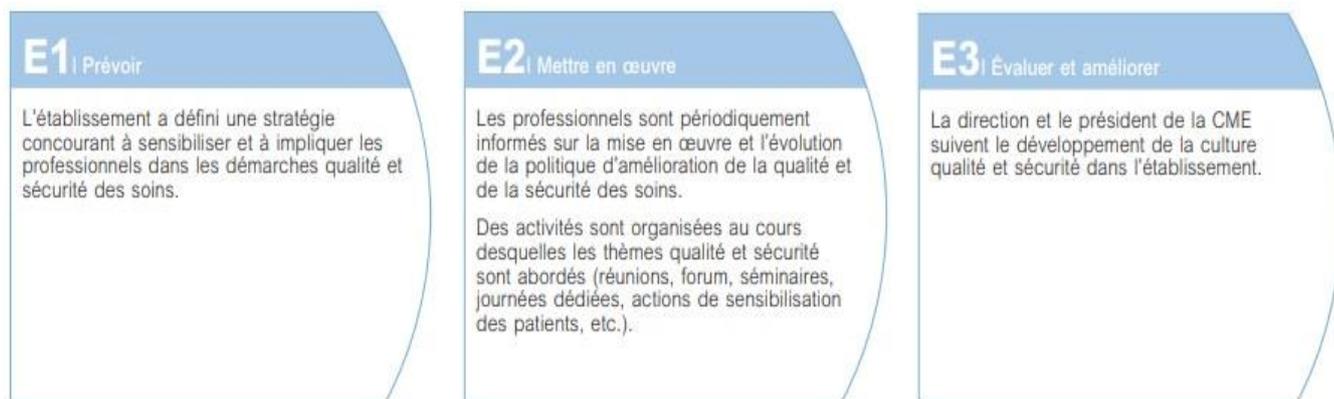


FIGURE 14 : PROCESSUS DE LA CULTURE QUALITE ET SECURITE DES SOINS DANS LE MANUEL DE CERTIFICATION V2010 VERSION JANVIER 2014

III. La relation entre les acteurs dans l'hôpital

1) Quels acteurs ?

Comme il fut évoqué précédemment, le management pyramidal prédomine toujours actuellement dans les établissements de santé. De plus, la démarche qualité englobe une majorité de professionnels sans pour autant demeurer la stratégie première des structures de soins. Dans le cadre de ce mémoire, les acteurs concernés sont la Direction, le Responsable Qualité, le DSSI, le Cadre de santé-et les équipes soignantes. Afin de véritablement s'imprégner de la relation entre ceux-ci, il est d'abord primordial de comprendre les objectifs et attentes de chacun.

La direction souhaite élaborer une stratégie globale avec le projet médical et l'ensemble des politiques, dont la politique qualité et surtout maintenir cette stratégie en atteignant les objectifs qu'elle s'est fixée. La direction désire également maintenir son activité opératoire, source de rentabilité. Enfin, la direction veille à assurer une qualité et une sécurité des soins qu'elle prodigue dans l'enceinte de ses murs.

Le Responsable qualité souhaite garantir une démarche qualité efficace afin de répondre aux exigences des tutelles, des patients, de la direction et des sociétés savantes. Il demeure un atout méthodologique dans la mise en œuvre de cette démarche.

Le DSSI désire véhiculer les directives émanant de la stratégie de l'établissement, sous le contrôle de la direction. Il met en adéquation les ressources humaines nécessaires pour assurer les soins de qualité en fonction des ressources budgétaires allouées par la direction.

Le cadre de santé désire satisfaire l'ensemble des parties, soit les attentes du DSSI et celles de son équipe soignante.

Les équipes soignantes soigner les patients en satisfaisant leurs besoins explicites et implicites.

Une fois avoir défini et compris les objectifs de ces acteurs, il est essentiel de comprendre ce qu'ils peuvent apporter pour améliorer le travail de l'autre. Pour ce faire, il est possible de réaliser un schéma représentant le cercle vertueux entre ces acteurs basé sur la méthode du **QQOQCP**.

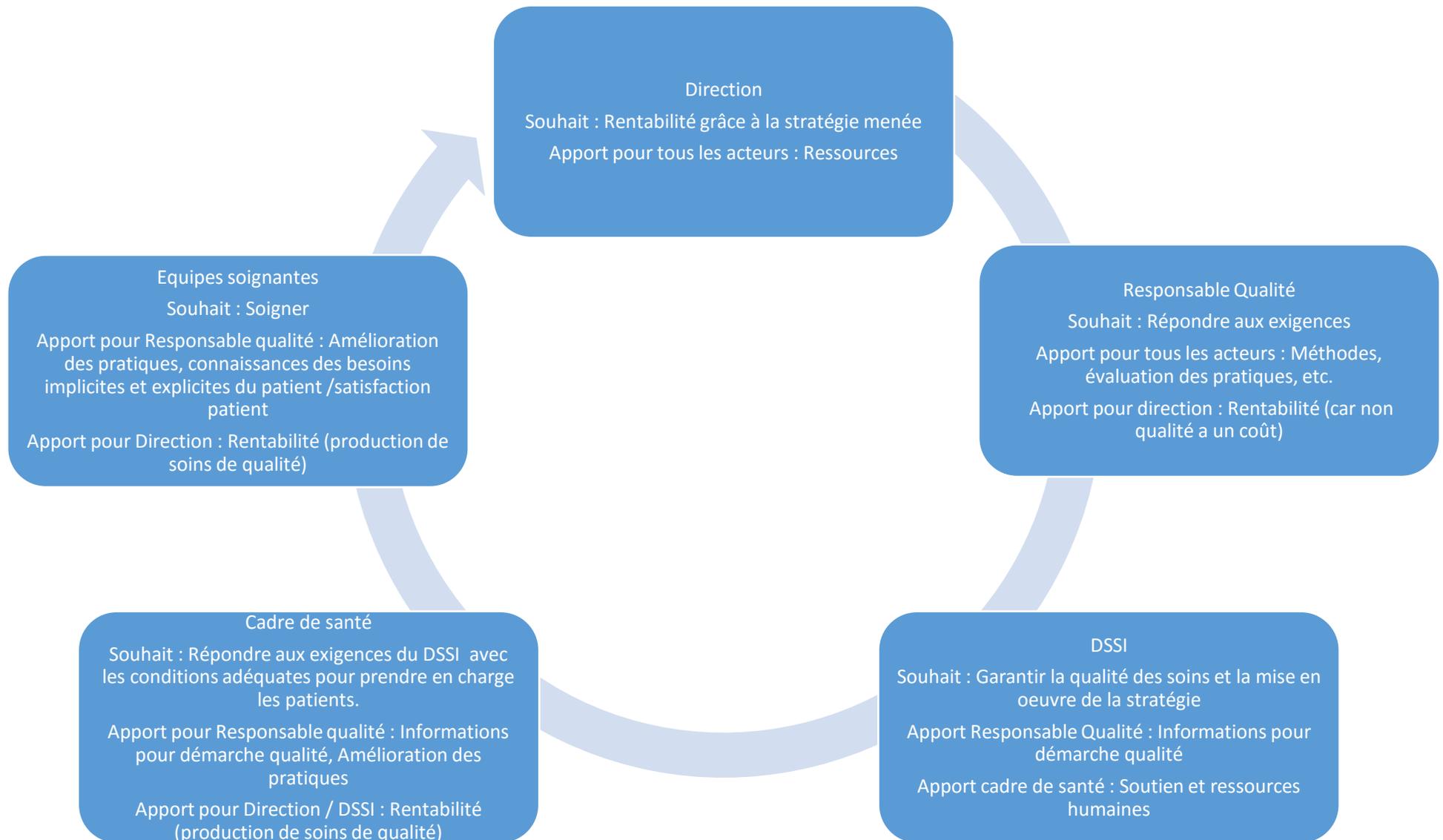


FIGURE 15 : LA RELATION DES ACTEURS D'UN HOPITAL

Ce « cercle vertueux » peut demeurer quasiment utopique. En effet, différents freins subsistent dans le monde hospitalier pouvant entraver l'harmonie et l'efficacité de ce cercle. Tout d'abord, le schéma organisationnel des instances et des équipes dans une structure de soin qui, comme il fut expliqué précédemment, peut entraver l'application de la stratégie de l'établissement. Puis vient également le niveau de maturité de la culture qualité et sécurité des soins. Sans l'avoir mesuré, ni même l'améliorer, les apports de la démarche qualité peuvent s'avérer inefficaces. Ensuite, le management pyramidal peut interférer ce cercle dans le sens où les apports des membres hiérarchiques inférieurs peuvent être inexistantes. En effet, la stratégie de l'établissement peut être vécue comme absolument indispensable pour la direction, oubliant les remontées d'informations des collaborateurs. De même, les équipes soignantes peuvent assurer une remontée d'informations auprès de la direction sans pour autant avoir de retour de la part des instances. Enfin, le « fort turn over ou des difficultés de recrutement », corrélé à un absentéisme certain dans les établissements de santé peut interférer sur les différents apports possibles apportés par ces acteurs. [62] Pour information, le taux d'absentéisme du personnel médical s'élevait en 2014 à 8% et le taux de rotation était de 9,2%. [63]

Un rapport de l'IGAS illustre aussi ces dysfonctionnements : « Le rôle des personnels à l'hôpital est majeur et s'y posent les questions habituelles de gestion des équipes. Des éléments plus particuliers sont cependant à souligner : le travail de chacun dépend de la coopération de métiers différents, aux cultures parfois éloignées mais avec souvent des contraintes lourdes pour chacun, un impératif de transmission de l'information, une prestation à assurer 24 h/24, une confrontation quotidienne à la souffrance et à la mort. Simultanément, des signaux d'alerte sont présents : en témoignent un absentéisme élevé, un turn over rapide et un climat social souvent difficile ». [62]

Finalement, deux points principaux se dégagent de l'interaction de ces différents acteurs. Il s'agit de la notion d'équipe et de la communication.

2) Notion d'équipe

Tout d'abord, il est capital de définir la notion d'équipe. Cette dernière se caractérise par « groupe de personnes interagissant afin de se donner ou d'accomplir une cible commune, laquelle implique une répartition de tâches et la convergence des efforts des membres de l'équipe » (Alaoui, Laferrière et Meloche, 1996). Il s'agit alors, dans le cadre de ce mémoire, de l'ensemble des acteurs souhaitant accomplir la stratégie fixée par la Direction et la CME. Cette définition amène à souligner l'importance de définir clairement la cible commune mais

également les différents membres que composent l'équipe. En effet, les acteurs sont apparus très aisément dans cette étude mais peuvent n'apparaître pas si facilement aux yeux des professionnels exerçant dans un établissement de santé. Etant donné la complexité de l'organisation d'une structure de soin et la pluridisciplinarité des membres qui y évoluent, alors la direction, les cadres de santé et les professionnels paramédicaux se distinguent comme plusieurs équipes et non comme une équipe à elle seule. Celle-ci peut se prénommer « Equipe globale ». De ce fait, la vision commune peut parfois être détériorée au profit des tâches quotidiennes réalisées par les différents professionnels. A titre d'exemple, les équipes administratives et les équipes soignantes exercent des métiers diamétralement opposés avec pourtant une stratégie commune, ne serait-ce sur la prise en charge du patient. Toutefois, par-delà leurs spécificités, elles peuvent avoir une culture, une façon de penser face à l'erreur de l'autre ainsi qu'une communication différente.

Puis, il est essentiel de remarquer l'importance d'un travail en équipe efficace. Pour ce faire, le guide méthodologique pour la sécurité des patients présente un tableau démontrant les résultats mesurables d'un travail en équipe efficace. [64]

		Bénéfices individuels	
Bénéfices organisationnels	Bénéfices pour l'équipe	Patients	Membres de l'équipe
Diminution de la durée et des coûts d'hospitalisation	Meilleure coordination des soins	Meilleure satisfaction à l'égard des soins	Meilleure satisfaction au travail
Diminution des admissions imprévues	Utilisation efficace des services de santé	Acceptation du traitement	Rôles plus clairs
Meilleure accessibilité pour les patients	Meilleure communication et plus grande diversité professionnelle	Meilleurs résultats de santé et qualité des soins Diminution des erreurs médicales	Amélioration du bien-être

FIGURE 16 : LES BENEFICES DU TRAVAIL EN EQUIPE SELON LA HAS

Ensuite, il apparaît intéressant de savoir comment manager une équipe. Sur ce point, il n'existe pas de « méthode type » mais l'accumulation de plusieurs astuces apparues dans les entreprises ou des ouvrages spécialisés ayant démontré leurs preuves au fil des années. Il est admis qu'un manager d'équipe doit toujours aller vers l'essentiel, rester objectif et factuel pour argumenter et avoir la participation de tous les collaborateurs.

Toutefois, manager une équipe a pour principal but de mener à une efficacité du travail d'équipe. Pour ce faire, le cadre conceptuel de Salas établit cinq éléments : le leadership d'équipe, l'orientation collective, la surveillance réciproque du rendement, le comportement

de soutien et l'adaptabilité. Les différentes influences de ces éléments se schématisent de la manière suivante :

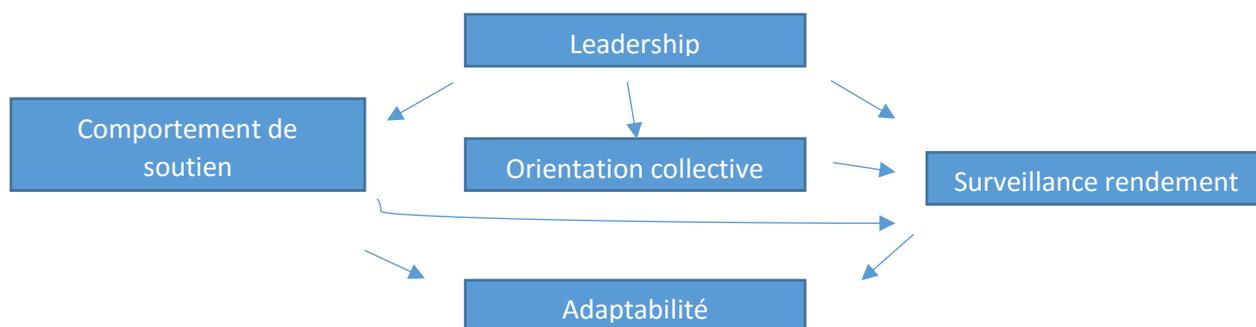


FIGURE 17 : SCHEMA DU CADRE CONCEPTUEL DE SALAS

Mener la stratégie de l'établissement, tout comme la démarche qualité, doit s'appuyer sur ces lignes conductrices du management d'équipe. Néanmoins, ce pilotage peut s'avérer complexe au regard des difficultés de gestion des ressources humaines dans les établissements de soins. [63] [64] [65] [66]

Enfin, il demeure capital de souligner l'importance des équipes dans la qualité et la sécurité des soins. La HAS reconnaît que la première cause d'évènement porteur de risque est le dysfonctionnement du travail en équipe. Plusieurs origines à cette défaillance sont identifiées comme le défaut de coordination ou de communication par exemple. La HAS met en exergue que la qualité de vie au travail impacte la sécurité du patient et plus particulièrement les équipes paramédicales qui exercent leurs fonctions sur des horaires postés avec une multitudes de professionnels en interaction. [68]

Pour conclure, l'équipe globale d'un établissement de santé regroupe de nombreux acteurs. Pour maintenir la stratégie de la structure et éviter l'apparition des risques, il faut s'assurer de plusieurs choses. Premièrement, il est nécessaire de respecter les différents incontournables du management d'équipe pour assurer une efficacité du travail qu'elle accomplit. Deuxièmement, il est primordial de garantir la communication entre les différents membres de l'équipe.

3) Communication

Selon Shannon and Weaver, la communication s'élabore selon une figure simple. Il y a un émetteur, celui qui transmet l'information en fonction d'un codage. C'est-à-dire qu'il choisit son discours afin d'être le plus clair possible. L'information arrive au destinataire. Celui-ci décode le message où il déduit ce que l'émetteur tente de lui dire. Cette déduction se fait

d'après les représentations mentales du récepteur qu'il a du message. Enfin, après le décodage, le destinataire retient ce qu'il a compris de l'information reçue. [69]

Cette figure de la communication engendre irrémédiablement une déperdition de l'information. En effet, dans le cas de l'équipe globale de ce mémoire, il existe de nombreux acteurs. L'information véhiculée du directeur jusqu'à l'infirmier en passant par le DSSI et par le cadre de santé sera vraisemblablement perçue différemment, voire totalement différente. Dans un message que l'on porte il y a : « Ce que l'on souhaite dire, ce que l'on dit, ce qui est entendu, ce qui est écouté, ce qui est compris, ce qui est retenu. »

Cette approche de Shannon et Weaver constitue l'approche axée sur l'ingénierie informationnelle. En effet, il ne s'agit donc simplement que d'une transmission d'information via un conduit de communication (Communication verbale ou non verbal par exemple). « Ce modèle traite la communication comme un processus défini se déroulant dans un contexte social déjà établi. Il limite cependant la capacité d'apprécier les dynamiques sociales puissantes. » Une deuxième approche se focalise sur la manière de créer une communication au sein d'une équipe plus dynamisante dans son lieu d'exercice. Il s'agit de l'approche axée sur la construction sociale. Elle considère que la communication dans une équipe n'est pas seulement établie via un canal de communication mais elle amène une construction sociale. C'est-à-dire qu'une communication efficace peut rassembler les membres de l'équipe vers une appropriation de l'environnement dans lesquels ils évoluent en comprenant réellement le point de vue et le ressenti de chacun. Pour ce faire, l'équipe doit connaître « les cadres explicites et implicites [qu'elle] élabore au sujet des objectifs, des rôles et des comportements appropriés. » [67]

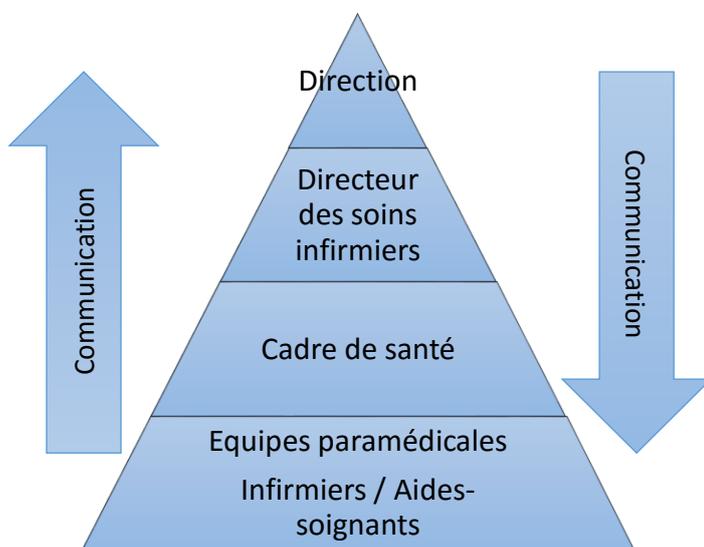


FIGURE 18 : LA COMMUNICATION AU SEIN DU MANAGEMENT PRINCIPAL D'UN ETABLISSEMENT SANITAIRE

Comme il fut souligné précédemment, la communication est un point névralgique dans la notion d'équipe. Au sein d'un établissement de santé, la communication s'effectue par le biais des instances, comme les commissions de soin, les réunions de service mais également via des affichages muraux ou par l'intranet de la structure de soin. Toutefois, elle peut s'avérer défailante à cause du management pyramidal. En effet, il ne peut y avoir de réels échanges que

lorsque les liens hiérarchiques supérieurs ne communiquent qu'aux liens hiérarchiques inférieurs. Il est donc important d'avoir une « communication interne organisée est nécessaire au partage de l'information ascendante et descendante. » comme l'indique le critère 1g du manuel de certification. [24] De plus, les avancées technologiques influencent irrémédiablement la prise en charge du patient ainsi que la communication entre les professionnels. Qu'il s'agisse du Dossier Patient informatisé où les transmissions écrites du personnel s'effectuent directement ou bien la boîte e-mail, ces outils ont un réel impact sur la transmission de l'information et sur la qualité de la communication. « Ces supports ne sont pas sans poser problème quant à leur utilisation et restent parfois contestés, notamment par le personnel soignant. » Cette réticence peut s'expliquer par l'absence d'un retour d'information ou alors par un sentiment d'« ordre donné » par la hiérarchie sans véritable explication. Les équipes paramédicales, dernier maillon de la chaîne de communication du management pyramidal, peuvent donc être amenées à se sentir seules et démunies face aux soucis quotidiens, portant dénoncées aux supérieurs hiérarchiques, dans la prise en charge du patient. [70]

Pour conclure, la communication est capitale dans un établissement de santé. Parmi les nombreux canaux de communication possibles et les nombreuses occasions de communiquées (commissions de soins, réunions, faits marquants dans la vie de la structure, etc.), il est important pour assurer la stratégie de l'établissement, mais également la démarche qualité et sécurité des soins, de briser le clivage communicationnel du management pyramidal à l'aide d'une communication ascendante et descendante efficiente. Il est aussi fondamental d'échanger les points de vue et de favoriser l'échange des ressentis afin d'amener l'équipe à une communication dynamisante.

4) Théorie de l'acteur réseau

Cette théorie, aussi appelée « sociologie de la traduction » fut développée par plusieurs chercheurs : Bruno Latour, Michel Callon et Madeleine Akrich dans les années 1980. Elle pose le principe que l'ensemble du monde moderne ne fonctionne pas entièrement en groupe social. L'une des particularités de ce concept est qu'il ne sépare pas l'« humain » du « non humain ». Tout est relié sous forme de réseau. Celui-ci est possible via l'interaction symétrique de différents acteurs, qu'ils soient des facteurs contextuels, les humains et non-humains. Il existe un acteur central. C'est de lui qu'émane le réseau. Il en est le socle. Puis, il y a également les actants qui représentent les éléments du réseau. Cette relation entre les acteurs/actants est viable par l'intermédiaire des traductions. L'enchaînement des

traductions amènent la construction du réseau et parfois l'adhésion de nouveaux acteurs/actants. La notion d'adaptabilité prend tout son sens dans cette théorie car cette dernière engendre une adaptation de chacun des acteurs. Etant donné la symétrie des traductions, lorsqu'un acteur vient à modifier son action, l'ensemble du réseau se retrouve impacté. La traduction se réalise en trois étapes. « Le premier est la « construction du problème », alors que l'acteur central définit pour les autres acteurs des identités et des intérêts qui sont cohérents avec ses propres intérêts, tout en déterminant un point de passage obligé, c'est-à-dire une situation qui doit avoir lieu pour que tous les acteurs satisfassent les intérêts qui leur sont attribués. Le deuxième et le troisième moments sont l'« intéressement » et l'« adhésion », par lesquels les autres acteurs acceptent la définition de l'acteur central et les intérêts qui leur sont attribués. » La traduction se doit d'être claire en utilisant une communication efficace. La principale faille de la théorie de l'acteur réseau réside sur ce point. Si l'« intéressement » et l'« adhésion » ne sont pas réalisés alors le réseau est voué à l'échec.

Concrètement, la théorie de l'acteur réseau s'applique en tout point aux différents points étudiés précédemment. En effet, elle rejoint l'approche de la communication basée sur la construction sociale. La compréhension du sens des projets, de l'environnement et des ressentis des acteurs permet de faciliter l'« intéressement » et l'« adhésion » de l'ensemble de l'équipe.

La démarche qualité relie l'ensemble des acteurs d'un établissement de santé mais également au-delà. L'acteur central est le Responsable Qualité. Les actants sont les différents professionnels de la structure de soin. De cet instant, le réseau peut se construire en réalisant de manière adéquate les traductions, c'est-à-dire une compréhension de tous et une excellente communication autour des intérêts communs et personnels grâce à la démarche qualité. Le schéma suivant permet de mieux comprendre le réseau « Démarche qualité » sur une problématique donnée. La « construction du problème » est : la réalisation du Compte-qualité ». [71] [72]

Ce schéma n'a pas pour but d'être exhaustif mais de faciliter la compréhension de la théorie de l'acteur-réseau.

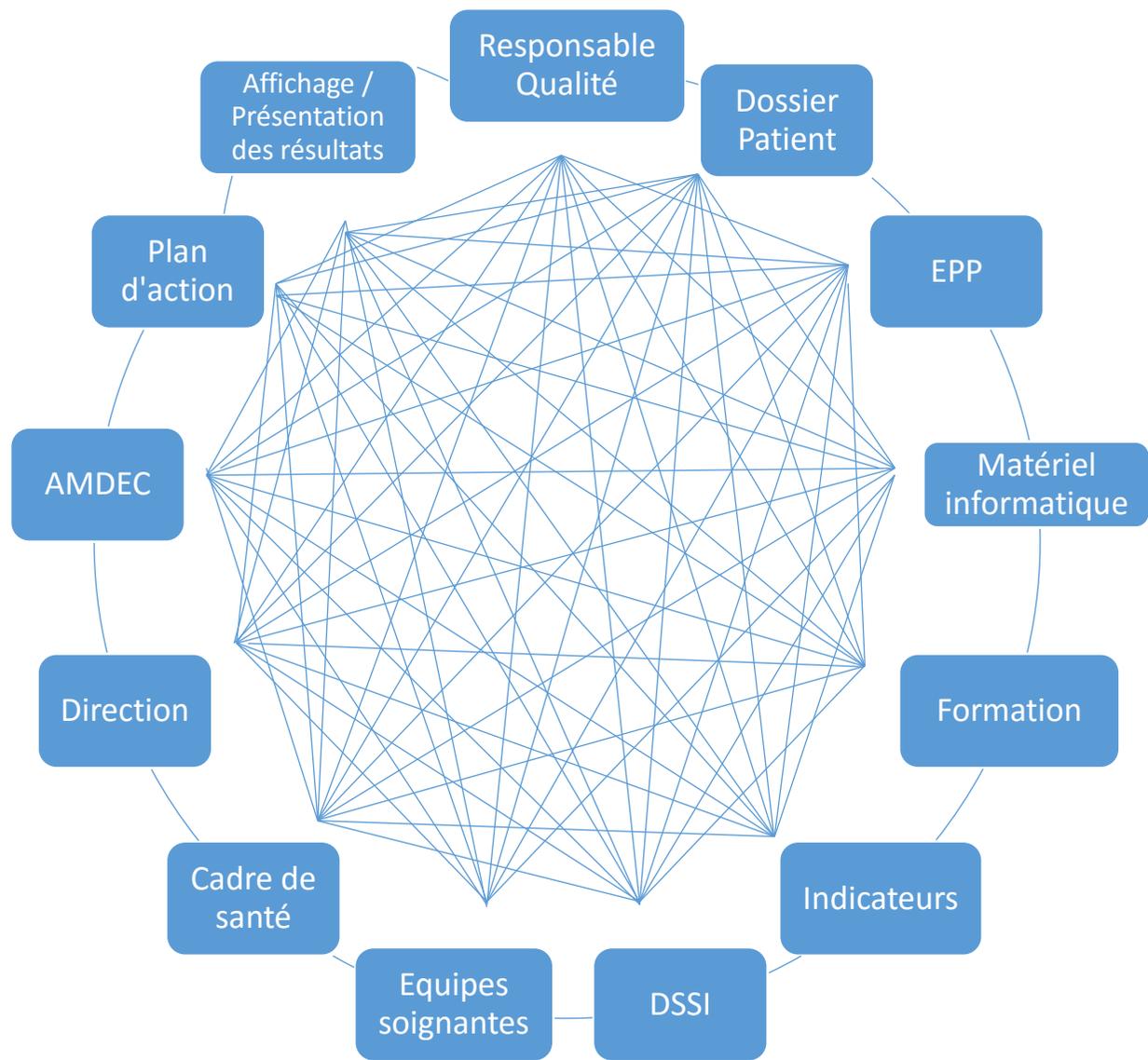


FIGURE 19 : LA THEORIE DE L'ACTEUR-RESEAU APPLIQUE A LA REALISATION DU COMPTE-QUALITE

PARTIE 2

La notion de qualité des soins pour les équipes paramédicales

A présent, il s'agit d'étudier la notion de qualité de soins par les différents acteurs de l'équipe globale identifiée dans ce mémoire. Cette analyse se base sur deux principales études diligentées par la HAS et l'ADSP ainsi que d'une thèse sur les Sciences de l'homme et de la société.

Avant cela, il est important de souligner le pourcentage des personnes impliquées dans la démarche qualité au regard de leurs fonctions exercées dans l'hôpital. Une enquête IPSOS, datant de 2012, indique que les directeurs d'établissements et président de C.M.E sont 82% à être impliqués dans la démarche qualité contre 42% pour les cadres de santé, 11% pour les infirmiers et 9% pour les aides-soignants. Cette notion d'implication est cruciale dans la mise en œuvre d'un management par la qualité, comme il fut étudié précédemment dans ce mémoire. Dans ce cas précis, il est possible d'admettre que les équipes paramédicales ne sont que très peu impliquées dans la démarche qualité.

Puis, la première étude révèle que les cadres perçoivent la procédure de certification comme une reconnaissance par une autorité savante. Il s'agit pour eux d'une récompense, symbole d'un travail rondement mené mais qui n'apporte aucun véritable bénéfice direct sur les défaillances de l'hôpital. L'étude réalisée par le Dr Martineau démontre aussi que l'ensemble des méthodes de gestion de la qualité sont perçues différemment par les cadres de santé. En effet, ils semblent persuadés de l'utilité de ces outils, ils n'arrivent cependant pas à les maîtriser totalement. D'un aspect plus global, les équipes considèrent la procédure de certification comme pas assez transposable à la réalité du terrain. De plus, même si le principe de certification semble être admis pour la plupart des professionnels, ils pensent perdre le sens de celle-ci suite aux formalisations systématiques des pratiques via des protocoles ou procédures. Ainsi, cette perte de sens revient à faire une procédure et à la respecter à la lettre sans pour autant comprendre le but premier de celle-ci. Cela constitue également une charge administrative importante, engendrant une perte de temps qui se substitue aux soins et à la relation soignant-soigné. **[70] [73] [74]**

Finalement, les équipes paramédicales et les cadres de santé ne sont clairement pas impliqués dans une démarche qualité et ont parfois tendance à se la représenter comme un travail indispensable mais sans réel objectif et, surtout, chronophage.

Cette première étude concorde avec celle de la HAS. Celle-ci s'appuie sur les travaux de Mihaï Dinu Gheorghiu et Frédéric Moatty qui exposent deux visions engendrées par l'évolution des réformes hospitalières. Il s'agit de deux visions reconnaissables dans la Figure 9 de ce mémoire. La première est la vision éthique. Elle s'attache à celle des soignants. La seconde est la vision économique qui elle, est plutôt portée par les gestionnaires. De celles-ci découlent deux logiques : professionnelle et bureaucratique. Au sein d'un hôpital, ces deux représentations cohabitent. La conséquence de ces deux visions réside dans la difficulté de la direction à les allier pour appliquer sa stratégie. En effet, la vision des gestionnaires est principalement occupée par le sommet du management pyramidal. De ce fait, les décisions prises sans concertation entre les équipes paramédicales et les cadres qui les supervisent amènent un sentiment de directive imposée dans une logique bureaucratique (souci de rentabilité, de réponse aux exigences des tutelles, etc.). La vision éthique se retrouve alors lésée.

Ce sentiment d'abandon laisse ensuite place à un sentiment de « malaise » vécu par les soignants. En effet, les gestionnaires transposent la démarche qualité de l'entreprise à l'hôpital, tout comme ils instaurent dorénavant la notion de recettes dans l'univers du soin. Ce qui entraîne un « Choc des cultures » selon le Dr Cintas entre le personnel soignant (restent dans la culture du soin) et leurs cadres (glissent dans la culture des gestionnaires). Cette fissure est d'autant plus marquée lorsque les EPP, les indicateurs qualité et la T2A se concentrent sur des actes techniques et non sur la relation soignant-soigné. Ainsi, les soignants ne se concentrent plus sur leur cœur de métier car les procédures portent essentiellement sur des gestes techniques observables et mesurables. La culture du soin peut se voir dégradée par des équipes paramédicales qui perdent la valeur de leur métier.

Ce perpétuel éloignement des cultures amène alors une différence grandissante de la notion de qualité entre les différents professionnels d'un établissement de santé. En effet, la notion de qualité de soin par les soignants est fortement associée à la qualité de la relation soignant-soigné. Les cadres possèdent le même discours. Toutefois, ils « emploient davantage [...] le vocabulaire du management de la qualité et que leur discours semble plus sensible [...] à la procédure de certification ». Les autres responsables (DSSI, Directeur établissement) reprennent la même terminologie que les textes réglementaires. Ce qui sous-entend une certaine compréhension de l'utilité de la démarche qualité. Pour autant, il est soulevé qu'il s'agit essentiellement d'une approche frontale, c'est-à-dire d'un discours « aux yeux de tous » mais qui, d'un point de vue technique, laisse place à une absence

d'implication dans la démarche qualité. La phase de travail étant réservée au responsable qualité, c'est à lui de réaliser cette tâche selon eux.

Les définitions données de la qualité selon les catégories professionnelles furent recueillies par des chercheurs du CNRS. Les voici :

- ✚ « Les directeurs parlent de la qualité à la première personne à propos du patient, de sa prise en charge et des soins, tout en mentionnant également le fonctionnement de l'établissement des risques encourus ;
- ✚ Les responsables « qualités » parlent également de la qualité à la première personne et ce d'autant plus lorsque leur établissement est accrédité. Par ailleurs, leur discours est très centré sur le patient. C'est surtout l'effort pour satisfaire le mieux possible le patient qui est mis en avant dans leurs discours ;
- ✚ Les cadres infirmiers ont un discours riche et spécifique, qui met l'accent, avec une implication personnelle forte, sur la qualité des services ou prestations relatifs aux soins, sur une prise en charge qui satisfasse les besoins ;
- ✚ Les infirmiers, tout comme les cadres infirmiers, ont un discours riche et spécifique, qui met l'accent, avec une implication personnelle moins importante chez les infirmiers, sur la qualité des services ou prestations relatifs aux soins, sur une prise en charge qui satisfasse les besoins. Les infirmiers sont encore plus précis dans leur définition, qui inclut le concept de confort, de bien-être et marque une attention particulière portée aux conditions matérielles d'accueil et d'exercice des soins (environnement, locaux) ;
- ✚ Les aides-soignants adoptent un discours impersonnel dans leurs essais de définition de la qualité, mais plus spécifiquement centré sur le patient, présent à la fois lorsqu'il s'agit de l'accueil, des soins, du confort ; on note également l'importance de l'écoute et de l'hygiène. » [75]

Pour conclure, la qualité est comprise par tous les professionnels d'un établissement de santé. La nuance réside essentiellement en fonction de la formation reçue sur cette notion. En effet, certains corps de métiers utilisent des termes beaucoup plus techniques que d'autres. Toutefois, tous comprennent aisément son utilité et son importance. Cependant, les notions de la qualité divergent en fonction de la culture professionnelle et de la vision de chacun. L'implication dans la démarche qualité varie lorsque les outils pour appliquer celle-ci ne sont pas compris. Le pilotage de la qualité est biaisé lorsque les soignants sont trop éloignés de leur cœur de métier ou lorsqu'ils ne visualisent pas le sens et la finalité de cette démarche.

PARTIE 3

I. La démarche qualité d'un point de vue national

1) Quel avenir de la qualité dans les hôpitaux en France ?

L'avenir de la qualité en France compte se réorganiser de telle manière à inclure plus facilement l'expérience des patients et des soignants. Pour les usagers des établissements sanitaires, cette expérience est recueillie via l'enquête de satisfaction E-satis dorénavant obligatoire en MCO et en chirurgie ambulatoire, dont l'expérimentation s'est achevée le 26 février 2018. Le patient doit répondre à un questionnaire envoyé deux semaines après son hospitalisation. Les résultats de ce questionnaire sont traités et retournés aux établissements de santé. Ils peuvent être intégrés au calcul IFAQ. Dans un souci de transparence et d'accessibilité à la qualité des soins, les résultats seront automatiquement disponibles au grand public sur le site Scope-Santé. En effet, le désir d'information sur la qualité de l'offre des soins sur le territoire demeure un axe prioritaire depuis plusieurs années pour autorités publiques. Au regard des soignants, un mode de recueil similaire à E-satis permettrait d'établir les différentes problématiques relatives aux conditions de travail mais également d'évaluer le niveau de qualité des soins qu'ils dispensent au soignant. Il s'agit alors de mieux intégrer les équipes soignantes dans la démarche qualité tout en tenant compte de leurs difficultés au quotidien.

L'inclusion progressive du ressenti des patients et des soignants rejoint véritablement la notion de besoins implicites et explicites des acteurs dans un organisme. Ce qui concorde avec la volonté de la HAS de mieux prendre en compte cette notion afin d'inscrire les hôpitaux dans un management par la qualité. Par ailleurs, un nouvel outil qualité et managérial fut développé en Mai 2018 afin de satisfaire ces besoins autour d'une démarche qualité commune en équipe. Il s'agit du PACTE. Il sera expliqué ultérieurement.

La HAS souhaite également que les autorisations d'activité soient directement dépendantes avec la qualité des soins. L'obtention d'une autorisation se fera seulement si l'établissement sera capable de garantir un niveau de qualité et de sécurité des soins conformes aux exigences de la HAS.

Comme il fut étudié en première partie, la qualité dans une entreprise se transpose dans l'hôpital. Dans cette même logique, les établissements de santé se dirigent vers un management par la qualité totale dans un but de performance. Ainsi, il est développé, en plus du mode de financement à l'incitation à la qualité (IFAQ), un nouveau mode de

financement qui s'attache à des indicateurs de résultats. Il se destinent à évaluer le niveau de performance requis par les autorités publiques que ce soit en termes de pertinence que de qualité des soins. [42] En cas de résultats inférieurs à un seuil défini, l'établissement se voit pénalisé financièrement. La proposition d'un malus financier de l'indicateur ETE-ORTHO (Évènements thrombo-emboliques après pose de prothèse totale de hanche -hors fracture- ou de genou), directement calculé sur la base du PMSI, par la DGOS en Avril 2018 souligne en effet cette nouvelle vision de la performance. Un nouvel indicateur appelé ISO-ORTHO (Infections du site opératoire 3 mois après pose de prothèse totale de hanche -hors fracture- ou de genou) en expérimentation au second semestre 2018, devrait également faire l'objet d'un malus financier. [76] [77]

Cette expansion des indicateurs de résultats s'inscrit dans une nouvelle philosophie de la HAS. Le management par la qualité totale doit faire passer les hôpitaux d'une « culture de moyens » vers une « culture de résultats ». La future certification v2020 oriente son premier axe sur ce changement : « Médicaliser la certification ». Il s'agit ici d'accorder donc plus d'importance sur le résultat obtenu par le patient, via son expérience, mais aussi pour le patient, via des indicateurs cliniques de résultats. La méthode du patient traceur sera également plus dirigée vers des indicateurs de résultats cliniques. Le deuxième axe portera sur une simplification de la certification. Ce qui aura pour principal effet une meilleure appropriation des outils qualité, une meilleure compréhension de la procédure de certification et enfin, une implication plus forte des professionnels dans la démarche qualité. Le dernier axe compte se concentrer sur la difficulté du pilotage de la qualité au niveau des GHT. La procédure de certification portera sur chaque établissement mais évaluera surtout l'optimisation des parcours patients et des filières de soins au sein du GHT. [78]

2) Quels futurs enjeux pour un établissement sanitaire MCO ?

Les futurs enjeux pour un établissement de santé au regard de l'évolution de la qualité dans les hôpitaux sont multiples. Tout d'abord, comme il fut expliqué en première partie de ce mémoire, il existe un coût à la non-qualité. Celui-ci est aussi appelé « gaspillage » dans le monde hospitalier. Il représente 1/5 des dépenses de santé. En termes de chiffres, cela évoquerait approximativement 50 milliards d'euros. A l'échelle d'une structure de soin, le coût de non-qualité équivaut à taux de séjour évitable de l'ordre de 1 à 18%. [77]

Pour poursuivre sur l'aspect financier, les indicateurs deviendront également des leviers de recettes. En effet, l'expansion de l'incitation financière à l'amélioration de la qualité mais

également l'apparition de malus suite à des indicateurs de résultats jugés « défaillants » deviennent des sources de finances non négligeables pour les établissements de santé. De plus, conserver son activité opératoire mais aussi développer son champ d'activité sera dorénavant inenvisageable sans garantir une qualité et une sécurité des soins (comme expliqué au II. 1) A) de ce mémoire) à la suite de la future nouvelle réforme d'autorisations d'activité. Pour finir sur le domaine financier, il ne faut pas oublier les bénéfices possibles des outils qualité permettant des économies potentielles. L'audit processus peut en effet démontrer l'absence de valeur ajoutée de certaines étapes du processus ou bien la possibilité d'optimisation d'autres.

La volonté de la HAS d'informer le grand public sur la qualité de l'offre de soins sur le territoire français constitue également un argument pour les établissements pour améliorer continuellement sa qualité et sécurité des soins. Il s'agit ici d'un enjeu d'image. En effet, le risque médiatique/risque juridique suite à un défaut de qualité de soins peut amener une perte d'attractivité ou une sanction financière des tutelles et/ou de la justice. Le dernier exemple en date est l'affaire Naomi Musenga dénonçant, en partie, l'absence de certification de la démarche qualité dans les centres d'appel du SAMU par la HAS.

L'avenir de la qualité concernant l'aspect organisationnel et l'implication des différents acteurs dans la démarche qualité constitue un enjeu majeur pour les établissements de soin. Le désir de la HAS d'inclure réellement les professionnels et les patients dans la démarche qualité peut permettre à la direction de mieux cerner les besoins de chaque partie et surtout de visualiser les difficultés rencontrées par les équipes soignantes. Ainsi, la communication interprofessionnelle peut s'améliorer et briser le clivage relationnel engendré par le management pyramidal.

Pour conclure, les futurs enjeux des établissements sanitaires sur la mise en place d'un management par la qualité sont nombreux et cruciaux. Il est nécessaire pour la direction de ces structures de les comprendre et d'appliquer de manière rigoureuse l'ensemble des outils délivrés par la HAS. Cette application doit véritablement prendre en compte les différentes notions de la qualité des équipes administratives et paramédicales.

II. La démarche qualité d'un établissement sanitaire

1) Gestion de projet pour améliorer la culture qualité et sécurité des soins

Culture qualité et sécurité des soins est indissociable au management par la qualité. Les fondements de la théorie de l'acteur réseau, la connaissance des différentes visions/cultures dans un hôpital, les aspects de la communication et les apparents problèmes rencontrés par toutes les équipes amènent la garant de la démarche qualité, soit le responsable qualité, à piloter une gestion de projet efficace. Pour ce faire, il est important d'impliquer l'ensemble des professionnels dans cette démarche car il s'agit du socle même du management par la qualité. Pour mener à bien cette amélioration de la culture qualité et sécurité des soins, il est indispensable de travailler continuellement auprès des professionnels en faisant preuve de pédagogie, d'écoute, et surtout, d'animation de projet avec une méthodologie minutieuse et définie préalablement (Annexe n° 3). Le processus défini par la HAS dans le manuel de certification v2010 est à utiliser en tant que ligne directrice dans ce projet.

Tout d'abord, il est essentiel de mesurer la culture qualité de l'établissement. Comme il fut relevé dans ce mémoire, cette analyse doit se fonder sur une étude à la fois qualitative et quantitative. Cet état des lieux permettra de mieux situer l'établissement selon les dimensions de SHORTELL mais il aidera surtout à l'organisme de s'imprégner de l'environnement où va évoluer sa démarche qualité. Il apparaît évident que la mesure de cette culture doit englober l'ensemble des acteurs de l'équipe globale (Direction, DSSI, cadre de santé et équipes paramédicales).

Ensuite, il est capital d'aligner l'ensemble des professionnels sur la notion même de la qualité. L'idéal étant également de préciser les attentes, les bénéfices de chacun et la vision/le sens du management par la qualité. Cette phase doit se réaliser dans un espace propice à l'échange, en complément d'un COPIL Qualité et des instances, en expliquant concrètement qu'il ne s'agit non pas de changements imposés par les autorités publiques destinés à « faire des procédures » mais plutôt comme une opportunité pour les équipes d'innover sur la prise en charge des patients. Il est aussi envisageable de garantir ces temps de dialogues afin de laisser s'exprimer les équipes sur leurs ressentis sur la démarche qualité afin d'améliorer la communication ascendante et descendante. Ainsi, il sera possible non pas d'effacer les différences entre les cultures de soin et de gestionnaires mais de mieux qu'elles se comprennent mutuellement. De plus, les équipes paramédicales pourront également s'exprimer sur les besoins implicites et explicites des patients grâce à la relation

soignant-soigné. Concrètement, il s'agit d'un travail commun permettant les traductions entre les différents acteurs de la démarche qualité « pour une amélioration continue de la qualité des soins qui fasse sens pour tous », soit une culture qualité et sécurité commune.

[75] [77]

Puis, il est primordial d'utiliser le management par la qualité comme un levier pour briser les effets pervers du management pyramidal. Premièrement, il est tout à fait opportun de s'aider des espaces d'échanges cités ci-dessus comme un type de management plus participatif. Deuxièmement, un fonctionnement plus transversal du management par la qualité mène à un management par objectifs. Ce qui a pour principal bénéfice de responsabiliser les différents acteurs de l'équipe car ils ne considèrent pas la finalité comme dicté par la direction mais au contraire construite par eux-mêmes. Ce mode de management peut être particulièrement efficace dans la mise en œuvre d'une EPP par exemple. Toutefois, intégrer ces deux managements au sein d'une structure de soin peut s'avérer complexe. En effet, cela signifie que la future démarche qualité entraîne irrémédiablement un changement organisationnel. Pour ce faire, l'établissement de santé doit savoir se remettre en question et, par conséquent, disposer d'un « d'un niveau de développement organisationnel suffisant pour implémenter durablement les principes prônés par la qualité ». De plus, un management participatif peut amener les langues du personnel soignant à se délier sur leurs conditions de travail. **[63]** Dans ce cas, la présence d'un leadership, illustré par le cadre de Salas, représentant un membre de la direction est indispensable pour encadrer ces différents temps d'échange. **[79]**

Enfin, garantir cette culture qualité et sécurité des soins n'est possible qu'en utilisant des outils (expliqués ultérieurement) fiables. Or, ils ne sont efficaces que s'ils sont compris par les professionnels. Ce qui n'est généralement pas le cas au vu des différentes études dirigées à ce sujet. C'est pourquoi, il apparaît capital pour un établissement sanitaire d'inclure dans son programme de formation DPC l'utilisation de ces outils.

2) Les outils pour appliquer et garantir cette culture

De nombreux outils existent/émergent afin de garantir la culture qualité et sécurité des soins autour des équipes de chirurgie. Néanmoins, l'utilisation optimale de ces derniers nécessitent une parfaite compréhension de ceux-ci à la fois dans leur sens mais aussi dans leur application. Dans ce mémoire, il y est exposé les principaux outils appropriés aux réalités du terrain.

Une nouvelle méthode diffusée en Mai 2018 par la HAS : le PACTE. Ce programme doit améliorer les résultats clinique et l'expérience patient, améliorer le travail en équipe et la communication interprofessionnelle autour de la qualité des soins, et enfin, répondre aux besoins implicites et explicites du patient. Il se décompose en 3 phases, toujours selon la logique PDCA. La première est la phase de diagnostic. La seconde est celle de la mise en œuvre. La troisième et dernière phase est l'évaluation. Cet outil s'utilise sur une période de 2 ans.

« Pacte vise à construire une équipe efficace : une équipe dont les membres, y compris le patient, communiquent les uns avec les autres, partagent leurs observations, leur expertise et leurs responsabilités en matière de prise de décision, dans le but d'optimiser les soins. » Il s'agit en fait d'amener les équipes à avoir une vision commune et à améliorer la communication interprofessionnelle. Avec le PACTE, l'établissement peut, par la même occasion, croiser la vision du patient sur le travail en équipe des soignants avec la vision de l'équipe sur la relation soignant-soigné. **[80]**

De multiples outils découlent du PACTE. Ils ont pour principal objectif d'améliorer le travail en équipe autour de la culture et de la démarche qualité. Ils peuvent donc être utilisés en dehors de ce programme.

Tout d'abord, comme il fut expliqué dans ce mémoire, il est nécessaire de mesurer la culture qualité au sein de la structure de soin. Pour ce faire, le questionnaire provenant de l'AHRQ traduit par le **CCECQA** permet de réaliser une étude quantitative sur la perception de la qualité de soins par les professionnels dans leur établissement (Annexe n°4). Il existe une plateforme qui réalise la saisie et le traitement des résultats de cette enquête. Les résultats sont anonymisés. Cet outil a pour principal objectif de mesurer la qualité des soins perçus par les équipes qu'elles prodiguent. De ce constat, il est nécessaire de communiquer et d'établir un plan d'action efficace afin d'améliorer la culture qualité et sécurité des soins commune pour tous les acteurs. **[81]**

Puis, il existe l'outil SAED (Situation Antécédents Evaluation Demandes). Il s'agit de standardiser la communication orale d'un professionnel de santé vers un autre. Ce qui a pour principal bénéfice voulu d'éviter les erreurs de compréhension (Annexe n°5). **[82]**

Un point de vigilance est de rigueur sur cet outil. En effet, il faut bien expliquer le sens de cette méthode aux équipes paramédicales et le sens qui lui est attribué. Dans le cas contraire, il est fortement envisageable que c'est outil ne soit pas utilisé car beaucoup trop éloigné de la culture du soin et trop proche de la culture de gestionnaire. La notion de qualité

peut être assimilée à « faire de la procédure même dans les paroles des soignants » ce qui peut affecter la culture qualité des soins.

Ensuite, un outil permettant de faciliter la communication entre les équipes paramédicales et le patient existe. Il s'intitule : FAIRE DIRE. Cette méthode a pour but de faciliter la relation soignant-soigné en donnant au professionnel de santé l'opportunité de mieux comprendre les besoins explicites et implicites du patient. Finalement cet outil demeure un simple rappel aux soignants sur l'importance de la reformulation et des explications faites au patient. Néanmoins, la présentation de celui-ci lors des temps d'échanges préconisés ci-dessus peut améliorer la culture qualité. En effet, cela démontre que les équipes soignantes ont un réel rôle à jouer dans le management par la qualité car elles sont les seules à véritablement percevoir les attentes et les besoins du patient.

Une veille documentaire est de mise car un nouvel outil concernant « L'implication du patient » est en cours de rédaction par la HAS.

Au vu de la prise en compte grandissante de l'expérience patient et soignant dans la prise en charge, il convient d'utiliser la méthode du patient traceur. Cette méthode fut expliquée précédemment dans ce mémoire. La communication des points forts identifiés et des points à améliorer doivent être automatiquement communiqués à toutes les équipes et pas seulement à celle qui a soigné le patient audité.

Comme l'énonce la Direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins dans le manuel de certification des établissements de santé V2010 publié en janvier 2014, la gestion des événements indésirables est l'approche rétrospective de la gestion des risques. La gestion de ces événements représente une des sources principales d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Il peut s'agir d'événements indésirables identifiés par une analyse des processus de soins (comme la revue de morbidité-mortalité) ou autres dispositifs (plaintes, enquêtes de satisfaction, etc.) ; il peut également s'agir d'événements observés et rapportés par les professionnels. Il est primordial de traiter les événements indésirables. Cette gestion comporte quatre étapes :

- Une description objective de l'événement ;
- Une analyse des causes possibles et leur hiérarchisation ;
- La définition et la mise en œuvre d'actions correctives ;
- Le suivi de ces actions pour en évaluer l'efficacité.

Afin d'intégrer clairement les équipes dans la démarche de gestion des risques, c'est-à-dire qu'elle continue de déclarer les événements indésirables, il faut communiquer sur les actions réalisées. Ainsi, elles comprendront qu'elles jouent une véritable place dans l'amélioration continues des pratiques professionnelles.

Comme l'énonce le collège français des Anesthésistes-Réanimateurs, la revue de morbidité-mortalité a pour finalité l'amélioration continue de la qualité des soins. Cette revue permet d'identifier et d'analyser les pratiques et processus défaillants mais aussi d'identifier les actions et barrières ayant permis d'éviter un dommage chez un patient. Dans un second temps, la revue des morbidité-mortalité va permettre de proposer des actions correctrices afin de diminuer la probabilité de survenue du risque et/ou limiter leur gravité. Enfin, cette revue va permettre de suivre et d'évaluer l'efficacité des actions entreprises. La revue de morbidité-mortalité se matérialise par une analyse collective, rétrospective et systématique de cas anonymes, marqués par la survenue d'un décès, complication ou évènement porteur de risque. La HAS a édité de nombreux documents pour appuyer les établissements dans la mise en place de revues de morbidité mortalité comme un guide méthodologique, un modèle de procédure ou encore une fiche de suivi d'action. Toutefois, il est indispensable de réaliser une communication autour des actions entreprises au cours d'une RMM afin que cette démarche soit pérenne.

Conclusion

Pour conclure, « Manager la qualité n'est pas forcément manager par la qualité » [79] De ce constat, il est difficile de transposer l'évolution de la qualité des entreprises au hôpitaux en France. En effet, de nombreux obstacles, qu'ils soient organisationnels, culturels ou communicationnels rendent le développement du management par la qualité dans le monde sanitaire complexe. Toutefois, les multiples enjeux de la future démarche qualité dans les établissements de soin amènent ces derniers à indéniablement effectuer ce changement. Celui-ci ne sera réalisable qu'en travaillant sur les causes qui rendent la notion de la qualité percevable différemment entre la plus grande autorité publique indépendante jusqu'aux équipes au chevet du patient. Pour ce faire, il est indispensable de comprendre l'environnement dans lequel évolue l'ensemble des professionnels concernés par la notion de la qualité et sécurité des soins et leur interaction dans la prise en charge globale du patient. Le rôle du responsable qualité est de développer une culture de la qualité et de sécurité des soins regroupant les besoins et les attentes de tous ces acteurs. Ce qui permettra de piloter une démarche qualité de manière optimale. Il peut également s'aider de multiples outils pour atteindre cet objectif en prenant garde aux limites de ces derniers. De plus, même si de nouvelles méthodes émergent de cette volonté de la HAS d'inclure le management d'un établissement de santé par la qualité, celles-ci ne prennent pas totalement en compte l'ensemble des acteurs de ce type de management ainsi que les problématiques observées dans les hôpitaux.

Pour clore ce présent mémoire, le tableau suivant récapitule les points divergents de la notion de la qualité des soins entre la HAS et les équipes soignantes. Celui-ci dresse également les causes principales de ces différences et les leviers possibles pour diminuer ces écarts.

Cause n°	HAS	Equipes soignantes	Leviers et actions pouvant limiter cette différence
1	<p>Souhaite un management par la qualité des établissements sanitaires.</p> <p>La qualité des soins est synonyme d'efficience et de sûreté. Elle n'inclut pas directement la satisfaction du patient et la satisfaction de ses besoins implicites et explicites dans sa définition de qualité des soins.</p>	<p>Pour elles, la qualité des soins est beaucoup plus centrée sur le patient et la relation soignant-soigné. Le management de la qualité demeure déjà complexe à s'approprier car la vision du sens et des objectifs de la démarche qualité sont divergents entre les membres des équipes soignantes et entre les acteurs qui travaillent en collaboration avec celles-ci.</p>	<p>Une révision de la définition de la qualité des soins par la HAS permettrait de mieux cerner les enjeux et la vision d'une telle démarche au sein d'un hôpital.</p>
2	<p>Souhaite passer d'une culture de moyens à une culture de résultats. Elle souhaite inciter les établissements à se concentrer sur la qualité avec l'instauration de bonus et malus financier.</p>	<p>Elles représentent le dernier maillon de la chaîne du management pyramidal. Elles ont le sentiment de subir la qualité pour assouvir les besoins de la culture de gestionnaire des supérieurs hiérarchiques. La Culture du soin est très différente de la culture de résultats/de gestionnaires. Toutefois, les équipes paramédicales admettent que la qualité et la sécurité des soins est possible avec des moyens adaptés.</p>	<p>Amener une culture qualité dans un établissement de santé est possible que si les cultures de soin et de gestionnaires restent unies autour d'un même objectif, compris par tous. La HAS devrait expliquer pourquoi la culture de résultats est bénéfique pour les patients, tout comme le responsable qualité dans un établissement : « les bons résultats apportent plus de moyens ».</p> <p>Un groupe de travail doit être créé pour chaque indicateur de résultats. Cela permet d'inclure les équipes soignantes dans un management par objectifs. Ce qui enraille l'effet du management pyramidal (sentiment de subir la qualité).</p>

3	<p>Procédures/outils créés pour des professionnels ayant des connaissances sur la qualité. Ces outils sont fortement orientés vers une culture de gestionnaire et peu vers la relation soignant-soigné.</p>	<p>Absence/Peu de formation sur les outils et méthodes de la démarche qualité. Ils sont jugés chronophages et donnent le sentiment de « faire de la procédure pour faire de la procédure ». Ce qui est contraire à la culture du soin. De plus, le cœur de métier des équipes soignantes ne fait pas l'objet d'outil qualité de la part de la HAS. La relation soignant-soigné est plus difficile à appliquer suite aux difficultés financières et humaines dans les établissements de soin.</p>	<p>La HAS souhaite déjà rectifier ce problème en facilitant la v2020. Développer les « podcasts » sur les outils et méthodes de la démarche qualité à l'attention des équipes permettraient sans doute une meilleure appropriation de ceux-ci. Le responsable qualité a pour mission d'expliquer via des espaces d'échanges les attentes et les objectifs de la nouvelle procédure de certification. Il peut aussi communiquer et expliquer l'ensemble des outils et méthodes de la démarche qualité. Il est également nécessaire pour la direction d'un établissement de santé de souligner l'importance de la relation soignant-soigné et de dynamiser celle-ci en communiquant autour d'indicateurs pertinents, tels que la satisfaction patient au regard de la « disponibilité des équipes soignantes » ou encore de l'« écoute attentive des infirmiers ou des aides-soignants ».</p>
4	<p>Souhaite se focaliser sur l'expérience patient.</p>	<p>Le management par la qualité induit également qu'il faut connaître les besoins implicites et explicites des équipes soignantes.</p>	<p>Il est intéressant d'intégrer encore plus largement l'expérience patient dans la démarche qualité des établissements de soin. Toutefois, le management par la qualité induit également l'expérience soignant. Dans ce cas précis, il paraît primordial de créer des outils à ce sujet. Le</p>

			Responsable qualité peut y travailler via les espaces d'échanges ou des instances (CHSCT) dans le but de mieux cerner les besoins des soignants.
5	Souhaite un management par la qualité des établissements sanitaires. Or, ce type de management engendre un management plus participatif.	Elles demeurent le dernier étage du management pyramidal et quasiment les seules à avoir une culture du soin.	La direction d'un établissement doit réussir à réunir les deux types de cultures et faire preuve de développement organisationnel. Dans le cas contraire, le management participatif peut être voué à l'échec car la culture de gestionnaires dominera les équipes soignantes. Le management par la qualité ne sera pas optimisé.
6	Souhaite que la culture qualité fasse l'objet d'une stratégie de l'établissement à impliquer les professionnels dans la démarche qualité	Les équipes soignantes ne sont pas impliquées dans la démarche qualité.	L'implication des équipes passent par la compréhension et l'adhésion dans la démarche qualité. Pour ce faire, il est capital de réaliser les actions proposées dans les items 1, 2, 3, 4 et 5 de ce tableau. De ce point de départ, l'élaboration d'un état des lieux sur la culture qualité d'un établissement est recommandée avant d'établir une stratégie concordante sur cette thématique.

7	Souhaite que les professionnels soient régulièrement informés sur la démarche qualité. Des activités sont développées autour de celle-ci.	Le management pyramidal entrave la communication ascendante et descendante sur la démarche qualité et la gestion des risques.	La communication doit être effective de la part de la HAS et du Responsable qualité. La transmission de l'information doit être ascendante et descendante afin d'inclure les équipes soignantes dans la démarche qualité de leur établissement. Il s'agit d'expliquer quotidiennement les apports de la qualité dans leurs pratiques et surtout, ce qu'elles apportent dans l'amélioration continue de la qualité de leur structure. Les espaces d'échanges préconisés peuvent être d'excellents moyens pour réaliser des activités ludiques sur la démarche qualité d'un établissement de santé.
8	Souhaite que la direction et la CME assurent un suivi de la culture qualité	Il appartient au responsable qualité de suivre sa démarche qualité et, par conséquent la culture qualité de l'établissement. Les supérieurs hiérarchiques (Direction) et la CME semblent se décharger de l'application de cette démarche.	Il apparaît important de la part de la HAS et du Responsable qualité d'insister sur les enjeux de la démarche qualité. L'aspect financier de cette dernière peut demeurer un argument notable quant à l'implication de la direction et de la CME sur le suivi de la culture qualité dans leur établissement.

TABLEAU 4 : TABLEAU RECAPITULATIF DES CAUSES D'UNE PERCEPTION DIFFERENTE DE LA QUALITE DE SOINS ENTRE LA HAS ET LES EQUIPES SOIGNANTES ET LES LEVIERS POUR LIMITER CELLES-CI

Bibliographie

- [1] Fabien Martinez Qualiticien, Responsable développement qualité et Dominique Bertrand Professeur, service de santé publique, hôpital Fernand-Widal AP-HP, Juin 2001, *Accréditation et qualité des soins hospitaliers AP-HP*, 96 pages, adsp n° 35
- [2] Elias Fouad, Faculté des sciences de l'ingénieur Dpt. Génie mécanique UABB Tlemcen BENHABIB Abderezak, GHOMARI Souhila Faculté des sciences économiques et commerciales UABB Tlemcen, *Les Coûts de la non qualité*, Symposium International : Qualité et Maintenance au Service de l'Entreprise QUALIMA01, 2004, Tlemcen MAMI
- [3] Willy A. Sussland, *Le manager, la qualité et les normes ISO : de l'ISO 9000 à la qualité totale*, 1996 Presses polytechniques et universitaires romandes
- [4] Aziza DRISS MEDDEB, Doctorante en science de gestion, IHEC Carthage, *Management par la qualité et performance de l'entreprise : rôle médiateur de l'innovation-Revue de littérature et modèle conceptuel*
- [5] Organisation Nationale de Normalisation, ISO 9001:2015
- [6] Clare Naden, Spécialiste de communication et de campagne, Organisation internationale de normalisation, Mai 2017, *ISO 9004 : la clé d'une réussite fondée sur des performances durables*
- [7] *Norme internationale ISO/FDIS 9001, Systèmes de management de la qualité — Exigences*, 2015, Numéro de référence ISO/FDIS 9001:2015
- [8] Site de l'Organisation Mondiale de la Santé
- [9] Haute Autorité de Santé, Septembre 2012, *Guide méthodologique de diffusion publique des indicateurs de qualité des soins*, page 12
- [10] Haute Autorité de Santé, 2007, *Définir, ensemble, les nouveaux horizons de la qualité en santé*
- [11] Marie-Laure Moquet-Anger, Directrice de Master 2 « droit, santé, éthique », Université de Rennes, Juin 2017, *Droit Hospitalier*, Ed. LGDJ Coll. Manuel, page 163
- [12] Légifrance, Juin 2000, *Article L. 710-5*, Code de la Santé Publique
- [13] Légifrance, Mars 2002, *Loi n° 2002-303 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, désigne dans son chapitre VI, Article 35*
- [14] Légifrance, Aout 2004, *Loi n° 2004-810 relative à l'assurance maladie*,

- [15] Légifrance, Janvier 2018, *Article L1431-2*, Code de la Santé publique
- [16] Légifrance, Aout 2004, *Article L1414-3-3*, Code de la Santé publique
- [17] Site de la Haute Autorité de Santé
- [18] Légifrance, Décembre 2017, *Article L161-37*, Code de la Sécurité Sociale
- [19] Haute Autorité de Santé, Janvier 2018, *Programme de travail*
- [20] Haute Autorité de Santé, Juin 2017, *Déroulement de la procédure de certification*
- [21] Haute Autorité de Santé, Mai 2017, *Certification des établissements de santé, Guide méthodologique compte qualité*
- [22] Haute Autorité de Santé, Janvier 2016, *Certification V2014 Retour d'expérience sur les premiers Comptes Qualités*
- [23] Haute Autorité de Santé, Février 2018, *Guide méthodologique à destination des établissements de santé – Certification V2014*
- [24] Haute Autorité de santé, Janvier 2014, *Manuel de certification des établissements de santé V2010*
- [25] Haute Autorité de Santé, Novembre 2014, *Le patient-traceur en établissement de santé, Méthode d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, Guide méthodologique*
- [26] Haute Autorité de Santé, Juin 2005, *L'évaluation des pratiques professionnelles dans le cadre de l'accréditation des établissements de santé*
- [27] Portail HAS, Rubrique Bonne pratique professionnelle
- [28] Stéphanie Ségui-Saulnier, Consultante au Centre de droit JuriSanté du CNEH, Octobre 2005, *Quelle est la portée juridique des recommandations de bonnes pratiques ?*, n°506
- [29] Légifrance, Avril 2013, *Article L4133-1*, Code du travail
- [30] Actalians Développeur de compétences, Octobre 2017, *Le Développement Professionnel Continu*
- [31] Haute Autorité de Santé, Juin 2018, *Développement professionnel continu*
- [32] Ministère de la Santé et des Solidarités, Ensemble modernisons l'hôpital, *Nouvelles Organisations et Architectures hospitalières*
- [33] Site internet de l'Hôpital Privé Sainte Marguerite Hyères, *Organisation générale et logigramme fonctionnel*
- [34] Site de la Direction de la Recherche, de l'Evaluation et de Statistiques

- [35] Légifrance, Janvier 2016, *Loi n°2016-41 de modernisation de notre système de santé*,
- [36] Drees, Sous la direction de Magali Befy, Romain Roussel, Julie Solard, Myriam Mikou et Carine Ferretti, 2016, *Les dépenses de santé en 2015*
- [37] Franck Evain, *Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)*, Octobre 2013, *Hospitalisation de court séjour évolution des parts de marché entre 2003 et 2011, n°854*
- [38] Michel Pepin, Jean Claude Moisdon, 2010, *Dossier Solidarité et Santé : Les impacts de la T2A sur les modes d'organisations et de fonctionnements des établissements de santé*, n°16
- [39] Site de l'ATIH
- [40] Juin 2015, *Les comptes de la Sécurité Sociale*
- [41] Thierry Bert, Christine d'Autume, Et al, Juillet 2014, *Perspective du développement de la chirurgie ambulatoire en France*
- [42] Olivier Véran, Docteur en médecine, 2017, *Rapport Véran*
- [43] Michel P, Minodier C, Moty-Monnereau C, Lathelize M, Domecq S, Chaleix M, et al., 2012, *Fréquence et part d'évitabilité des événements indésirables graves dans les établissements de santé : les résultats des enquêtes ENEIS*. Doss Solidarité Santé 2012
- [44] Légifrance, Janvier 2018, *Article L6143-2*, Code de la Santé Publique
- [45] Ministère de la Santé et des Sports, ANAP, *La loi HPST à l'hôpital les clés pour comprendre*
- [46] Direction de l'information légale et administrative, mars 2016, *Comment un hôpital est-il dirigé ?*
- [47] Légifrance, Mai 2005, *Article L6146-9*, Code de la Santé Publique
- [48] Chantal de Singly, Septembre 2009, *Rapport de la Mission Cadres Hospitaliers*
- [49] Légifrance, Aout 1995, *Arrêté du 18 Aout 1995 relatif au diplôme de cadre de santé*
- [50] Fédération Hospitalière de France, Site Hopital.fr, Avril 2015, *L'Equipe soignante*
- [51] Haute Autorité de Santé, *Fiche n°25 : Analyse de processus et de ses points critiques*
- [52] Légifrance, Juin 2000, *Article L 4311-1*, Code de la Santé Publique
- [53] Légifrance, Aout 2004, *Décret n° 2004-802 relatif au code de la santé publique*

- [54] Ministère du Travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville, Ministère de la Santé et des Sports, Aout 2009, *Annexe II Diplôme d'Etat Infirmier référentiel de compétences*, p 266-274, BO Santé - Protection sociale - Solidarité n°2009/7
- [55] Légifrance, Aout 2007, *Décret n°2007-1301 relatif au diplôme d'aide-soignant, d'auxiliaire de puériculture et d'ambulancier*
- [56] Alexandre Manoukian, Psychologue clinicien, Aout 2014, *La relation soignant soigné*, Editeur : Lamarre, Collection : Soigner et accompagner, 202 pages
- [57] Jean Watson, Professeur de soins infirmiers et directrice du Center for Human Caring, Université des Science et de la Santé de Denver, Mai 1998, *Le Caring*, p. 36
- [58] Monique Formarier, Formateur ARSI, Juin 2007, *La relation de soin, concepts et finalités*, Recherche en soins infirmiers n°89
- [59] Pauline Occelli, Docteur en médecine, comité de coordination de l'évaluation de la qualité en Aquitaine et chargée de mission à la HAS, Décembre 2010, *La culture de sécurité des soins : du concept à la pratique*
- [60] CARON D. (Diplôme Universitaire Démarche Qualité dans les secteurs sanitaires et médico-social 2011), Septembre 2016, *Les principes de la gestion des risques*
- [61] Dr J-L. Quenon, Chef de projet gestion des risques, CCECQA, Pessac, France, Mai 2009, *Mesure de la culture de sécurité des soins*
- [62] Anne BURSTIN, Hubert GARRIGUE-GUYONNAUD, Claire SCOTTON, Inspection generale des affaires sociales, 2012, *l'Hôpital*
- [63] Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation, Décembre 2014, *Analyse des bilans sociaux des établissements publics de santé*
- [64] Guide pédagogique de l'OMS pour la sécurité des patients, *Etre un membre efficace en équipe*, Module 4
- [65] Collège d'enseignement général et professionnel, Cégep de Sainte-Foy, *dossier thématique : Le travail en équipe*, Le Babillard des ressources pédagogiques
- [66] Stéphanie Delpeyroux, Professeur agrégé en Economie et Gestion, 2015, *Management d'équipe projet*
- [67] Lisha Lo, MPH, Institut canadien pour la sécurité des patients, 2011, *Le travail d'équipe et la communication dans les soins de santé*
- [68] Haute Autorité de Santé, Juillet 2014, *Travailler en équipe*

- [69] Patrice RAS, 2016, *Mieux communiquer grâce à la morphopsychologie*, Edition Broché, 176 pages
- [70] Véronique Haberey-Knuessi, Infirmière PhD et Professeur à la Haute Ecole de Santé d'Arc-Neuchâtel, 2013, *L'enjeu communicationnel dans le système hospitalier*, Recherche en soins infirmiers n°115
- [71] Aziza Mahil et Diane-Gabrielle Tremblay, 2015, *Théorie de l'acteur-réseau*, Presses de l'Université de Montréal
- [72] Madeleine Akrich, Michel Callon, Bruno Latour, Chercheurs en Sciences Sociales, Ecole des Mines, 2006, *Sociologie de la traduction*
- [73] Regis Martineau, Etudiant doctorant de Science et Gestion, Université François-Rabelais de Tours, 2009, *La mise en usage des outils de gestion par la qualité par les professionnels de santé à l'hôpital : une approche par la théorie instrumentale*
- [74] Catherine Tedesco, Etudiante Directeur des soins, Ecole des Hautes études en Santé publique, Decembre 2013, *L'acculturation à la qualité-sécurité des soins : l'impact du partenariat entre directeurs des soins institut de formation et établissement de santé*
- [75] Cathel Kornig, Chercheur LEST, Pascale Levet, ex Directrice technique et scientifique de l'Anact, Véronique Ghadi, Chef de projet au service du développement de la certification, Janvier 2016, *Qualité de vie au travail et qualité de soins*, Revue de littérature de la Haute Autorité de Santé
- [76] Direction générale de l'offre de soins, Avril 2018
- [77] Dominique Le Guludec, Katia Julienne, Direction HAS, 2018, *Rapport d'analyse prospective*
- [78] Citizen Press, Juillet 2018, *La certification V2020 ? Où en est-on ?*, LeWebzine de la HAS
- [79] Sandrine Hayo-Villeneuve, Directeur des soins, Université de Lorraine, 2017, *Vers un modèle intégrateur des démarches qualité à l'hôpital : l'apport des outils de gestion.*
- [80] Haute Autorité de Santé, *Programme d'amélioration continue du travail en équipe*, Qualité des soins et sécurité des patients dans les établissements de santé
- [81] Haute Autorité de Santé, *Programme d'amélioration continue du travail en équipe*, Sécurité du patient travail en équipe
- [82] Haute Autorité de Santé, Octobre 2014, *SAED : un guide pour faciliter la communication entre professionnels de santé*

Annexes

Annexe n°1 : Les plus hauts tarifs publics des forfaits GHS. (Disponibles sur Site ATIH)

GHS	GHM	LIBELLE	Bornes basses	Bornes hautes	TARIF (en euros)	FORFAIT EXB (en euros)	TARIF EXB (en euros)	TARIF EXH (en euros)
7860	22Z024	Brûlures étendues, niveau 4	-	28	171	83 413,75	-	1 080,36
8937	27C054	Transplantations cardiaques, niveau 4	-	19	163	71 909,72	-	685,03
8929	27C074	Autres transplantations, niveau 4	-	-	-	71 617,95	-	-
8933	27C044	Transplantations pulmonaires, niveau 4	-	21	171	71 380,59	-	943,33
8973	27Z024	Allogreffes de cellules souches hématopoïétiques, niveau 4	-	26	160	69 525,08	-	604,20
8917	27C044	Transplantations pulmonaires, niveau 4	-	21	171	59 483,83	-	786,11
8936	27C053	Transplantations cardiaques, niveau 3	-	15	126	57 524,05	-	882,32
8928	27C073	Autres transplantations, niveau 3	-	-	-	57 394,01	-	-
8921	27C054	Transplantations cardiaques, niveau 4	-	19	163	52 742,27	-	685,03
8972	27Z024	Allogreffes de cellules souches hématopoïétiques, niveau 3	-	15	118	50 492,78	-	1 447,89
8932	27C043	Transplantations pulmonaires, niveau 3	-	-	-	48 740,75	-	453,15
7859	22Z023	Brûlures étendues, niveau 3	-	-	-	46 141,26	-	-
8909	27C024	Transplantations hépatiques, niveau 4	-	24	145	45 024,60	-	266,84
8763	25Z034	Maladies dues au VIH, âge inférieur à 13 ans, niveau 4	-	-	-	44 134,25	-	-
8935	27C052	Transplantations cardiaques, niveau 2	-	-	-	42 965,70	-	-
7805	22C024	Brûlures non étendues avec greffe cutanée, niveau 4	-	14	109	42 443,94	-	1 277,89
8927	27C072	Autres transplantations, niveau 2	-	-	-	42 383,15	-	-
686	03C194	Ostéotomies de la face, niveau 4	-	-	-	41 595,99	-	-
1453	05C074	Autres interventions cardiothoraciques, âge inférieur à 2 ans, avec circulation extracorporelle, niveau 4	-	14	85	41 376,68	-	1 343,50
8916	27C043	Transplantations pulmonaires, niveau 3	-	-	-	40 617,30	-	-
5933	15C03B	Interventions majeures sur l'appareil cardiovasculaire, groupes nouveau-nés 1 à 7, avec complications	-	14	87	40 139,07	-	1 109,50
8931	27C042	Autres interventions cardiothoraciques, âge supérieur à 1 an, ou vasculaires quel que soit l'âge, avec circulation extracorporelle, niveau 4	-	-	-	39 773,51	-	1 039,15
1521	05C064	Transplantations pulmonaires, niveau 3	-	11	93	39 242,75	-	402,56
8920	27C053	Transplantations cardiaques, niveau 3	-	15	126	38 356,60	-	882,32
8934	27C051	Transplantations cardiaques, niveau 1	-	-	-	38 240,13	-	833,07
8908	27C023	Transplantations hépatiques, niveau 3	-	13	78	37 419,67	-	592,34
1520	05C063	Autres interventions cardiothoraciques, âge supérieur à 1 an, ou vasculaires quel que soit l'âge, avec circulation extracorporelle, niveau 3	-	6	57	35 619,67	-	482,01
6500	17M084	Leucémies aigües, âge inférieur à 18 ans, niveau 4	-	19	112	34 729,85	-	793,95
1519	05C062	Autres interventions cardiothoraciques, âge supérieur à 1 an, ou vasculaires quel que soit l'âge, avec circulation extracorporelle, niveau 2	-	4	39	34 173,64	-	2 045,51
8915	27C042	Transplantations pulmonaires, niveau 2	-	-	-	33 144,59	-	80,33
7858	22Z022	Brûlures étendues, niveau 2	-	-	-	31 161,78	-	-
1518	05C061	Autres interventions cardiothoraciques, âge supérieur à 1 an, ou vasculaires quel que soit l'âge, avec circulation extracorporelle, niveau 1	-	-	-	23 31 105,38	-	116,25
3720	10C024	Interventions sur l'hypophyse, niveau 4	-	-	-	30 174,67	-	-
8907	27C022	Transplantations hépatiques, niveau 2	-	10	57	29 423,12	-	830,97
3724	10C034	Interventions sur les glandes surrénales, niveau 4	-	-	-	29 416,03	-	-
3398	09C114	Reconstructions des seins, niveau 4	-	-	-	29 083,62	-	-
8925	27C064	Transplantations rénales, niveau 4	-	14	86	29 016,54	-	708,18
1527	05C024	Chirurgie de remplacement valvulaire avec circulation extracorporelle et avec cathétérisme cardiaque ou coronarographie, niveau 4	-	12	95	28 723,83	-	369,64
3365	09C114	Reconstructions des seins, niveau 4	-	-	-	28 208,67	-	578,88
1502	05C034	Poses d'un défibrillateur cardiaque, niveau 4	-	-	-	28 113,82	-	444,09
8913	27C034	Transplantations pancréatiques, niveau 4	-	14	87	27 285,75	-	796,11
8971	27Z022	Allogreffes de cellules souches hématopoïétiques, niveau 2	-	15	88	26 602,54	-	770,39
2746	08C024	Interventions majeures multiples sur les genoux et/ou les hanches, niveau 4	-	19	117	26 556,14	-	429,40
1433	05C024	Chirurgie de remplacement valvulaire avec circulation extracorporelle et avec cathétérisme cardiaque ou coronarographie, niveau 4	-	12	95	26 079,66	-	369,64
682	03C184	Pose d'implants cochléaires, niveau 4	-	-	-	26 011,63	-	525,59
2338	07C104	Interventions sur le foie, le pancréas et les veines porte ou cave pour affections non malignes, niveau 4	-	21	128	25 818,86	-	522,45
6330	17C064	Interventions mineures de la CMD17, niveau 4	-	15	88	25 805,62	-	829,12
3361	09C114	Reconstructions des seins, niveau 4	-	-	-	25 715,74	-	545,19
1531	05C034	Chirurgie de remplacement valvulaire avec circulation extracorporelle, sans cathétérisme cardiaque, ni coronarographie, niveau 4	-	9	76	25 242,44	-	636,24
8704	25C024	Interventions pour maladies due au VIH, niveau 4	-	-	-	25 230,45	-	524,24
7804	22C023	Brûlures non étendues avec greffe cutanée, niveau 3	-	10	59	25 192,44	-	836,44
1526	05C023	Chirurgie de remplacement valvulaire avec circulation extracorporelle et avec cathétérisme cardiaque ou coronarographie, niveau 3	-	10	60	24 842,56	-	446,18
7607	21M154	Rejets de greffe, niveau 4	-	8	77	24 707,74	-	2 212,82
8926	27C071	Autres transplantations, niveau 1	-	-	-	24 692,63	-	537,47
6505	17M094	Leucémies aigües, âge supérieur à 17 ans, niveau 4	-	13	80	24 600,21	-	1 053,30
7005	19C021	Interventions chirurgicales avec un diagnostic principal de maladie mentale, niveau 1	-	-	-	23 844,80	-	586,57
7005	19C022	Interventions chirurgicales avec un diagnostic principal de maladie mentale, niveau 2	-	-	-	23 844,80	-	-
7005	19C023	Interventions chirurgicales avec un diagnostic principal de maladie mentale, niveau 3	-	-	-	23 844,80	-	-
7005	19C024	Interventions chirurgicales avec un diagnostic principal de maladie mentale, niveau 4	-	-	-	23 844,80	-	-
8919	27C052	Transplantations cardiaques, niveau 2	-	-	-	23 798,25	-	-
68	01C044	Craniotomies en dehors de tout traumatisme, âge supérieur à 17 ans, niveau 4	-	12	105	23 568,85	-	383,43
1452	05C073	Autres interventions cardiothoraciques, âge inférieur à 2 ans, avec circulation extracorporelle, niveau 3	-	6	34	23 239,42	-	1 796,31
7429	21C064	Caféas de peau ou parages de plaies pour lésions autres que des brûlures, niveau 4	-	14	103	23 152,43	-	692,06
7809	22C034	Brûlures non étendues avec parages de plaie ou autres interventions chirurgicales, niveau 4	-	-	-	23 123,28	-	417,48
203	01K074	Exérèses intracrâniennes et médullaires pour hémorragie, niveau 4	-	-	-	23 066,48	-	1 395,16
690	03C204	Interventions de reconstruction de l'oreille moyenne, niveau 4	-	-	-	22 798,62	-	618,22
685	03C193	Ostéotomies de la face, niveau 3	-	-	-	22 725,70	-	-
1437	05C034	Chirurgie de remplacement valvulaire avec circulation extracorporelle, sans cathétérisme cardiaque, ni coronarographie, niveau 4	-	9	76	22 611,76	-	636,24
2754	08C064	Amputations pour affections de l'appareil musculo-squelettique et du tissu conjonctif, niveau 4	-	14	112	22 353,44	-	712,20
3397	09C113	Reconstructions des seins, niveau 3	-	5	29	22 329,89	-	7 050,57
46	01C094	Pose d'un stimulateur cérébral, niveau 4	-	-	-	22 320,18	-	1 567,74
1432	05C023	Chirurgie de remplacement valvulaire avec circulation extracorporelle et avec cathétérisme cardiaque ou coronarographie, niveau 3	-	10	60	22 198,39	-	446,18
6107	16C024	Interventions sur la rate, niveau 4	-	14	85	22 127,80	-	868,99
1501	05C193	Poses d'un défibrillateur cardiaque, niveau 3	-	6	47	22 120,63	-	1 589,89
3749	10C114	Interventions sur la thyroïde pour tumeurs malignes, niveau 4	-	-	-	22 070,41	-	149,88
6705	08C024	Interventions pour maladies infectieuses ou parasitaires, niveau 4	-	16	96	22 067,07	-	530,75
2322	07C064	Interventions diagnostiques sur le système hépato-biliaire et pancréatique pour affections malignes, niveau 4	-	-	-	22 015,87	-	428,00
706	03C254	Interventions majeures sur la tête et le cou, niveau 4	-	10	77	22 011,07	-	395,54
5838	15C03A	Interventions majeures sur l'appareil cardiovasculaire, groupes nouveau-nés 1 à 7, sans complication significative	-	-	-	21 832,34	-	553,87
2334	07C094	Interventions sur le foie, le pancréas et les veines porte ou cave pour tumeurs malignes, niveau 4	-	10	80	21 803,64	-	851,43
6338	17C084	Interventions mineures de la CMD17, niveau 4	-	14	86	21 778,20	-	833,51
5932	15C02B	Interventions majeures sur l'appareil digestif, groupes nouveau-nés 1 à 7, avec complications	-	19	163	21 655,13	-	454,11
2900	08C514	Interventions majeures sur le rachis pour fractures, cyphoses et scolioses, niveau 4	-	16	95	21 544,63	-	413,04
3364	09C113	Reconstructions des seins, niveau 3	-	5	29	21 454,94	-	7 049,25
1530	05C033	Chirurgie de remplacement valvulaire avec circulation extracorporelle, sans cathétérisme cardiaque, ni coronarographie, niveau 3	-	6	26	21 425,02	-	1 064,76
1990	06C164	Interventions sur l'oesophage, l'estomac et le duodénum pour tumeurs malignes, âge supérieur à 17 ans, niveau 4	-	16	98	21 405,41	-	412,11
6334	17C074	Interventions mineures de la CMD17, niveau 4	-	15	89	21 185,66	-	720,59
8930	27C041	Transplantations pulmonaires, niveau 1	-	-	-	20 908,68	-	453,69
1525	05C022	Chirurgie de remplacement valvulaire avec circulation extracorporelle et avec cathétérisme cardiaque ou coronarographie, niveau 2	-	7	40	20 826,93	-	609,91
710	03C264	Autres interventions sur la tête et le cou, niveau 4	-	11	62	20 729,28	-	940,03
8906	27C021	Transplantations hépatiques, niveau 1	-	-	-	20 697,95	-	660,44
3728	10C054	Interventions sur les parathyroïdes, niveau 4	-	-	-	20 695,47	-	-
631	03C064	Interventions sur les sinus et l'apophyse mastoïde, âge inférieur à 18 ans, niveau 4	-	-	-	20 668,64	-	-
7004	19C024	Interventions chirurgicales avec un diagnostic principal de maladie mentale, niveau 4	-	14	86	20 665,62	-	851,18
7418	21C044	Interventions sur la main ou le poignet à la suite de blessures, niveau 4	-	-	-	20 540,24	-	-
1946	06C054	Interventions sur l'oesophage, l'estomac et le duodénum, âge inférieur à 18 ans, niveau 4	-	-	-	20 507,35	-	492,19
8805	26C024	Interventions pour traumatismes multiples graves, niveau 4	-	19	115	20 480,83	-	200,64
6486	17M054	Chimiothérapie pour leucémie aigüe, niveau 4	-	11	65	20 287,79	-	1 300,85
1449	05C064	Autres interventions cardiothoraciques, âge supérieur à 1 an, ou vasculaires quel que soit l'âge, avec circulation extracorporelle, niveau 4	-	11	93	20 049,51	-	402,56
8912	27C033	Transplantations pancréatiques, niveau 3	-	-	-	19 976,31	-	425,63

Annexe n°2 : Les plus hauts tarifs privés des forfaits GHS. (Disponibles sur Site ATIH)

GHS	GHM	LIBELLE	Bornes basses	Bornes hautes	TARIF (en euros)	FORFAIT ENB (en euros)	TARIF EXB (en euros)	TARIF EXH (en euros)
8704	25C024	Interventions pour maladie due au VIH, niveau 4	-	-	23 822,69	-	-	-
1449	05C064	Autres interventions cardiathoraciques, âge supérieur à 1 an, ou vasculaires quel que soit l'âge, avec circulation extracorporelle, niveau 4	9	73	23 452,58	-	1 350,09	651,67
1521	05C064	Autres interventions cardiathoraciques, âge supérieur à 1 an, ou vasculaires quel que soit l'âge, avec circulation extracorporelle, niveau 4	9	73	23 452,58	-	1 350,09	651,67
1527	05C024	Chirurgie de remplacement valvulaire avec circulation extracorporelle et avec cathétérisme cardiaque ou coronarographie, niveau 4	14	83	22 639,52	-	220,36	536,22
8763	25C034	Maladies dues au VIH, âge inférieur à 13 ans, niveau 4	-	-	22 421,05	-	-	-
46	01C094	Pose d'un stimulateur cérébral, niveau 4	-	-	22 398,12	-	-	-
1441	05C044	Pontages aortocoronariens avec cathétérisme cardiaque ou coronarographie, niveau 4	15	88	21 551,20	-	494,41	503,79
1461	05C094	Autres interventions cardiathoraciques, âge inférieur à 2 ans, sans circulation extracorporelle, niveau 4	-	-	21 211,35	-	-	-
706	03C254	Interventions majeures sur la tête et le cou, niveau 4	11	64	20 313,18	-	889,06	560,64
1453	05C074	Autres interventions cardiathoraciques, âge inférieur à 2 ans, avec circulation extracorporelle, niveau 4	-	-	19 999,28	-	-	-
1502	05C194	Poses d'un défibrillateur cardiaque, niveau 4	-	-	19 970,74	-	-	-
1433	05C024	Chirurgie de remplacement valvulaire avec circulation extracorporelle et avec cathétérisme cardiaque ou coronarographie, niveau 4	14	83	19 878,38	-	220,36	470,82
1526	05C023	Chirurgie de remplacement valvulaire avec circulation extracorporelle et avec cathétérisme cardiaque ou coronarographie, niveau 3	9	53	19 664,69	-	634,87	99,16
1531	05C034	Chirurgie de remplacement valvulaire avec circulation extracorporelle, sans cathétérisme cardiaque, ni coronarographie, niveau 4	12	73	19 481,35	-	391,20	545,90
5934	15C04B	Autres interventions chirurgicales, groupes nouveau-nés 1 à 7, avec complications	-	-	18 203,79	-	-	-
72	01C124	Craniotomies pour affections non tumorales, âge inférieur à 18 ans, niveau 4	-	-	17 975,74	-	-	-
1501	05C193	Poses d'un défibrillateur cardiaque, niveau 3	6	46	17 736,04	-	551,30	927,89
68	01C044	Craniotomies en dehors de tout traumatisme, âge supérieur à 17 ans, niveau 4	18	110	17 434,55	-	209,87	372,16
1460	05C093	Autres interventions cardiathoraciques, âge inférieur à 2 ans, sans circulation extracorporelle, niveau 3	-	-	16 969,08	-	-	-
1432	05C023	Chirurgie de remplacement valvulaire avec circulation extracorporelle et avec cathétérisme cardiaque ou coronarographie, niveau 3	9	53	16 903,54	-	634,87	99,16
7805	22C024	Brûlures non étendues avec greffe cutanée, niveau 4	-	-	16 801,13	-	-	-
1437	05C034	Chirurgie de remplacement valvulaire avec circulation extracorporelle, sans cathétérisme cardiaque, ni coronarographie, niveau 4	12	73	16 692,24	-	391,20	467,74
1445	05C054	Pontages aortocoronariens sans cathétérisme cardiaque, ni coronarographie, niveau 4	11	63	16 443,98	-	645,06	505,58
2342	07C114	Dérivations biliaires, niveau 4	12	69	16 438,29	-	687,44	389,27
5933	15C03B	Interventions majeures sur l'appareil cardiovasculaire, groupes nouveau-nés 1 à 7, avec complications	-	-	16 387,81	-	-	-
1500	05C192	Poses d'un défibrillateur cardiaque, niveau 2	-	25	16 082,14	-	-	78,76
6500	17M084	Leucémies aiguës, âge inférieur à 18 ans, niveau 4	-	-	16 077,80	-	-	-
8703	25C023	Interventions pour maladie due au VIH, niveau 3	-	-	16 048,14	-	-	-
3757	10C134	Interventions digestives autres que les gastropplasties, pour obésité, niveau 4	-	-	15 411,09	-	-	-
1530	05C033	Chirurgie de remplacement valvulaire avec circulation extracorporelle, sans cathétérisme cardiaque, ni coronarographie, niveau 3	6	23	15 373,74	-	683,64	82,15
1448	05C063	Autres interventions cardiathoraciques, âge supérieur à 1 an, ou vasculaires quel que soit l'âge, avec circulation extracorporelle, niveau 3	8	44	15 352,06	-	920,39	279,33
1520	05C063	Autres interventions cardiathoraciques, âge supérieur à 1 an, ou vasculaires quel que soit l'âge, avec circulation extracorporelle, niveau 3	8	44	15 352,06	-	860,58	279,33
3720	10C024	Interventions sur l'hypophyse, niveau 4	-	-	15 084,78	-	-	-
1520	05C024	Traitements majeurs de troubles du rythme par voie vasculaire, niveau 4	-	-	14 987,77	-	-	-
8805	26C024	Interventions pour traumatismes multiples graves, niveau 4	-	-	14 936,85	-	-	-
1525	05C022	Chirurgie de remplacement valvulaire avec circulation extracorporelle et avec cathétérisme cardiaque ou coronarographie, niveau 2	7	39	14 903,14	-	361,20	175,82
443	02C094	Allogreffes de corne, niveau 4	-	-	14 781,86	-	-	-
686	03C194	Osiotomies de la face, niveau 4	-	-	14 763,43	-	-	-
6499	17M083	Leucémies aiguës, âge inférieur à 18 ans, niveau 3	-	-	14 705,02	-	-	-
1499	05C191	Poses d'un défibrillateur cardiaque, niveau 1	22	14	14 578,52	-	-	131,77
5932	15C02B	Interventions majeures sur l'appareil digestif, groupes nouveau-nés 1 à 7, avec complications	-	-	14 448,02	-	-	-
45	01C093	Pose d'un stimulateur cérébral, niveau 3	-	-	14 446,67	-	-	-
2334	07C094	Interventions sur le foie, le pancréas et les veines porte ou cave pour tumeurs malignes, niveau 4	11	78	14 364,93	-	680,47	372,85
1440	05C043	Pontages aortocoronariens avec cathétérisme cardiaque ou coronarographie, niveau 3	8	44	14 135,11	-	831,40	168,55
71	01C123	Craniotomies pour affections non tumorales, âge inférieur à 18 ans, niveau 3	-	-	14 020,50	-	-	-
1452	05C073	Autres interventions cardiathoraciques, âge inférieur à 2 ans, avec circulation extracorporelle, niveau 3	-	-	13 940,01	-	-	-
2900	08C514	Interventions majeures sur le rachis pour fractures, cyphoses et scolioses, niveau 4	-	-	13 926,88	-	-	-
710	03C264	Autres interventions sur la tête et le cou, niveau 4	9	53	13 807,92	-	1 002,33	479,81
463	02C094	Greffes de corne, niveau 4	-	-	13 792,89	-	-	-
1503	05C191	Poses d'un défibrillateur cardiaque, très courte durée	-	-	13 353,77	-	-	-
67	01C043	Craniotomies en dehors de tout traumatisme, âge supérieur à 17 ans, niveau 3	8	47	13 342,02	-	316,29	64,96
1529	05C032	Chirurgie de remplacement valvulaire avec circulation extracorporelle, sans cathétérisme cardiaque, ni coronarographie, niveau 2	5	16	13 322,83	-	530,43	108,04
7982	23M114	Autres motifs concernant majoritairement la petite enfance, niveau 4	-	-	13 213,48	-	-	-
1524	05C021	Chirurgie de remplacement valvulaire avec circulation extracorporelle et avec cathétérisme cardiaque ou coronarographie, niveau 1	-	33	12 735,92	-	-	198,07
1459	05C092	Autres interventions cardiathoraciques, âge inférieur à 2 ans, sans circulation extracorporelle, niveau 2	-	-	12 663,59	-	-	-
1436	05C033	Chirurgie de remplacement valvulaire avec circulation extracorporelle, sans cathétérisme cardiaque, ni coronarographie, niveau 3	6	23	12 584,64	-	683,64	82,15
8855	26M024	Traumatismes multiples graves, niveau 4	-	-	12 408,79	-	-	-
705	03C253	Interventions majeures sur la tête et le cou, niveau 3	10	58	12 311,66	-	540,96	460,57
196	01K034	Autres actes thérapeutiques par voie vasculaire du système nerveux, niveau 4	-	-	12 308,39	-	-	-
1431	05C022	Chirurgie de remplacement valvulaire avec circulation extracorporelle et avec cathétérisme cardiaque ou coronarographie, niveau 2	7	39	12 141,99	-	361,20	175,82
6330	17C064	Interventions majeures de la CMD17, niveau 4	14	83	11 806,48	-	411,24	306,38
7809	22C034	Brûlures non étendues avec parages de plaie ou autres interventions chirurgicales, niveau 4	-	-	11 741,20	-	-	-
1528	05C031	Chirurgie de remplacement valvulaire avec circulation extracorporelle, sans cathétérisme cardiaque, ni coronarographie, niveau 1	-	15	11 731,55	-	-	133,62
37	01C064	Interventions sur le système vasculaire préférentiel, niveau 4	7	69	11 716,70	-	1 779,64	352,83
1819	05K193	Traitements majeurs de troubles du rythme par voie vasculaire, niveau 3	5	30	11 513,07	-	2 549,33	842,67
1451	05C072	Autres interventions cardiathoraciques, âge inférieur à 2 ans, avec circulation extracorporelle, niveau 2	4	12	11 504,30	-	2 527,88	988,25
8762	25C033	Maladies dues au VIH, âge inférieur à 13 ans, niveau 3	-	-	11 495,27	-	-	-
66	01C042	Craniotomies en dehors de tout traumatisme, âge supérieur à 17 ans, niveau 2	5	31	11 444,30	-	691,04	75,83
5838	15C03A	Interventions majeures sur l'appareil cardiovasculaire, groupes nouveau-nés 1 à 7, sans complication significative	-	-	11 346,47	-	-	-
70	01C122	Craniotomies pour affections non tumorales, âge inférieur à 18 ans, niveau 2	-	-	11 244,72	-	-	-
1990	06C164	Interventions sur l'oesophage, l'estomac et le duodénum pour tumeurs malignes, âge supérieur à 17 ans, niveau 4	12	71	11 221,04	-	276,95	288,16
58	01C124	Craniotomies pour affections non tumorales, âge inférieur à 18 ans, niveau 4	-	-	11 141,38	-	-	-
25	01C034	Craniotomies pour traumatisme, âge supérieur à 17 ans, niveau 4	-	-	10 754,25	-	-	-
8804	26C023	Interventions pour traumatismes multiples graves, niveau 3	-	-	10 747,77	-	-	-
6107	16C024	Interventions sur la rate, niveau 4	-	-	10 731,96	-	-	-
1444	05C053	Pontages aortocoronariens sans cathétérisme cardiaque, ni coronarographie, niveau 3	6	21	10 638,47	-	835,66	138,23
29	01C044	Craniotomies en dehors de tout traumatisme, âge supérieur à 17 ans, niveau 4	18	110	10 610,92	-	209,87	226,50
2899	08C513	Interventions majeures sur le rachis pour fractures, cyphoses et scolioses, niveau 3	-	30	10 559,11	-	-	583,79
1435	05C032	Chirurgie de remplacement valvulaire avec circulation extracorporelle, sans cathétérisme cardiaque, ni coronarographie, niveau 2	5	16	10 533,72	-	530,42	108,04
6505	17M094	Leucémies aiguës, âge supérieur à 17 ans, niveau 4	-	-	10 418,68	-	-	-
6486	17M084	Chimiothérapie pour leucémie aiguë, niveau 4	-	-	10 251,76	-	-	-
1519	05C062	Autres interventions cardiathoraciques, âge supérieur à 1 an, ou vasculaires quel que soit l'âge, avec circulation extracorporelle, niveau 2	6	18	10 188,58	-	828,14	198,59
7804	22C023	Brûlures non étendues avec greffe cutanée, niveau 3	-	-	10 127,58	-	-	-
1999	06C204	Interventions sur l'oesophage, l'estomac et le duodénum pour ulcères, âge supérieur à 17 ans, niveau 4	15	88	10 116,95	-	231,69	280,56
6498	17M082	Leucémies aiguës, âge inférieur à 18 ans, niveau 2	-	-	10 075,33	-	-	-
6477	17C084	Chimiothérapie de la prostate par implants permanents, niveau 4	-	-	10 039,52	-	-	-
1430	05C021	Chirurgie de remplacement valvulaire avec circulation extracorporelle et avec cathétérisme cardiaque ou coronarographie, niveau 1	-	33	9 974,78	-	-	198,07
6338	17C084	Interventions mineures de la CMD17, niveau 4	-	-	9 892,98	-	-	-
1447	05C062	Autres interventions cardiathoraciques, âge supérieur à 1 an, ou vasculaires quel que soit l'âge, avec circulation extracorporelle, niveau 2	6	18	9 829,72	-	746,85	212,40
4115	11C024	Interventions sur les reins et les uretères et chirurgie majeure de la vessie pour une affection tumorale, niveau 4	11	65	9 818,67	-	260,73	289,06
2346	07C124	Autres interventions sur les voies biliaires sauf cholécystectomies isolées, niveau 4	8	49	9 781,62	-	1 032,28	373,46
7005	19C021	Interventions chirurgicales avec un diagnostic principal de maladie mentale, niveau 1	-	-	9 780,39	-	-	-
7005	19C022	Interventions chirurgicales avec un diagnostic principal de maladie mentale, niveau 2	-	-	9 780,39	-	-	-
7005	19C023	Interventions chirurgicales avec un diagnostic principal de maladie mentale, niveau 3	-	-	9 780,39	-	-	-
7005	19C024	Interventions chirurgicales avec un diagnostic principal de maladie mentale, niveau 4	-	-	9 780,39	-	-	-
6334	17C074	Interventions intermédiaires de la CMD17, niveau 4	-	-	9 695,58	-	-	-
2330	07C084	Autres interventions sur le système hépato-biliaire et pancréatique, niveau 4	-	-	9 676,34	-	-	-
6111	16C034	Autres interventions pour affections du sang et des organes hématopoïétiques, niveau 4	-	-	9 646,91	-	-	-
1008	04C024	Interventions majeures sur le thorax, niveau 4	7	70	9 425,15	-	1 078,19	297,70
65	01C041	Craniotomies en dehors de tout traumatisme, âge supérieur à 17 ans, niveau 1	-	13	9 371,17	-	-	83,13

Annexe n°3 :

[FICHE PROJET : INTITULE DU PROJET] Date :

Contexte du projet :

A qui s'adresse ce projet ?

A quoi va servir le projet ?

Quels sont les enjeux du projet ?

Que va-t-on gagner à faire le projet ?

Quel est le problème ?

Que se passe-t-il si on ne fait rien ?

Quel est le changement projeté ?

Quelles sont les ressources à affecter au projet ?

De quelles compétences avons-nous besoin ?

L'équipe projet

A quel moment ? Combien de temps ?

Quels sont les délais à prévoir ? Planning du projet

Quand le projet peut-il commencer ?

Quand le projet doit-il être terminé ?

Qu'elle est la période la plus propice au déroulement du projet ?

Qu'elle est la démarche à adopter ?

Existe des démarches type dont on peut s'inspirer ?

Qu'elles sont les grandes étapes du projet ?

Quels sont les livrables à produire ?

Budget prévisionnel

Annexe n° 4 : Grille de recueil du questionnaire culture sécurité des professionnels de santé.

Cf. Pages suivantes



Annexe n°5 : Outil SAED

S

Je décris la Situation actuelle concernant le patient :

Je suis : *prénom, nom, fonction, service/unité*

Je vous appelle au sujet de : *M. /Mme, prénom, nom du patient, âge/date de naissance, service/unité*

Car actuellement il présente : *motif de l'appel*

Ses constantes vitales/signes cliniques sont : *fréquence cardiaque, respiratoire, tension artérielle, température, évaluation de la douleur (EVA), etc.*

A

J'indique les antécédents utiles, liés au contexte actuel :

Le patient a été admis : *date et motif de l'admission*

Ses antécédents médicaux sont : ... Ses allergies sont : ...

Il a eu pendant le séjour : *opérations, investigations, etc.*

Les traitements en cours sont : ... Ses résultats d'examens sont : *labo, radio, etc.*

La situation habituelle du patient est : *confus, douloureux, etc.*

La situation actuelle a évolué depuis : *minutes, heures, jours*

E

Je donne mon évaluation de l'état actuel du patient :

Je pense que le problème est : ...

J'ai fait : *donné de l'oxygène, posé une perfusion, etc.*

Je ne suis pas sûr de ce qui provoque ce problème mais l'état du patient s'aggrave

Je ne sais pas ce qui se passe mais je suis réellement inquiet

D

Je formule ma demande (d'avis, de décision, etc.) :

Je souhaiterais que : ...

par exemple :

Je souhaiterais que vous veniez voir le patient : *quand ?*

ET

Pouvez-vous m'indiquer ce que je dois faire : *quoi et quand ?*

RÉPONSE DE VOTRE INTERLOCUTEUR : il doit reformuler brièvement ces informations pour s'assurer de sa bonne compréhension de la situation puis conclure par sa prise de décision.

Maxime DANEL

En quoi la notion de qualité de soins peut-elle être perçue différemment entre la H.A.S et les équipes soignantes et ce, malgré la même finalité voulue pour le patient ? Focus sur les services de chirurgie (hors ambulatoire)

La notion de qualité a fortement évolué au cours des siècles du monde de l'entreprise jusqu'au monde de la santé. La France n'a pas échappé à ces changements et fait maintenant face à une nouvelle concertation entre les différents acteurs de la santé sur son territoire sur la qualité dans les hôpitaux. La multitude de professionnels qui travaillent dans un établissement de santé et la situation organisationnelle et financière des hôpitaux français peut interférer ce dialogue sur la sécurité des soins. Cependant, les enjeux de la qualité des soins et l'évolution de la place de celle-ci en France doit amener un nouveau management sur cette notion, des autorités publiques jusqu'aux équipes soignantes.

Mots clés : notion, qualité, acteurs, professionnels, organisationnelle, enjeux, management

How can the concept of quality of care be perceived differently between the H.A.S and the care teams, despite the same purpose wanted for the patient? Focus on surgical services (except ambulatory unit)

The concept of quality has evolved considerably over the centuries from the business world to the health world. France has not escaped these changes and now faces a new dialogue between the various actors of the health on its territory on the quality in hospitals. The multitude of professionals who work in an establishment of health and the organizational and financial situation of the French hospitals can interfere this dialogue on the safety of care. However, the issues of the quality of the care and the evolution of the place of this one in France must bring a new management on this concept, from the government to the care teams.

Keywords: concept, quality, actors, professionals, organizational, issues, management



CULTURE DE SECURITE DES PROFESSIONNELS DE SANTE

GRILLE DE RECUEIL

Nous souhaitons connaître votre opinion sur les problèmes de sécurité des soins, les erreurs médicales et le signalement des événements indésirables dans votre service ou unité fonctionnelle et dans votre établissement. Le temps estimé pour remplir ce questionnaire est de 15 minutes. Il est confidentiel et aucune réponse individuelle ne sera communiquée.

Rappel de certaines définitions :

Un **événement indésirable** est un dommage survenant chez le patient au cours de sa prise en charge, lié aux activités de soins. Un **événement indésirable lié aux soins** est consécutif aux stratégies et actes de prévention, de diagnostic, de traitement, ou de réhabilitation. La **sécurité des soins** est l'absence d'évènement indésirable lié aux soins. Une **erreur médicale** est une erreur commise au cours de la délivrance des soins par un professionnel de santé. Une erreur peut être à l'origine d'un événement indésirable.

Consigne de remplissage :

Exemple →

Entourez la réponse qui vous semble la plus appropriée. . .

1 2 3 4 5

Etablissement :										
Unité de travail :										
Identifiant unique du professionnel (ID) :	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>										
Merci de noter l'heure de DEBUT de remplissage :	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td> heures <table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td> minutes </tr></table> </tr></table>										

A : Votre service ou votre unité fonctionnelle

Indiquez votre accord ou votre désaccord avec les affirmations suivantes concernant votre service ou votre unité fonctionnelle . . .	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Neutre	D'accord	Tout à fait d'accord
1. Les personnes se soutiennent mutuellement dans le service	1	2	3	4	5
2. Nous avons suffisamment de personnel pour faire face à la charge de travail	1	2	3	4	5
3. Quand une importante charge de travail doit être effectuée rapidement, nous conjuguons nos efforts en équipe	1	2	3	4	5
4. Dans le service, chacun considère les autres avec respect	1	2	3	4	5
5. Le nombre d'heures de travail des professionnels de l'équipe est trop important pour assurer les meilleurs soins	1	2	3	4	5
6. Nous menons des actions afin d'améliorer la sécurité des soins	1	2	3	4	5
7. Nous faisons trop appel à du personnel intérimaire pour une meilleure qualité des soins	1	2	3	4	5
8. Le personnel a l'impression que ses erreurs lui sont reprochées	1	2	3	4	5
9. Dans notre service, les erreurs ont conduit à des changements positifs	1	2	3	4	5
10. C'est uniquement par hasard s'il n'y a pas eu des erreurs plus graves dans le service jusqu'ici	1	2	3	4	5
11. Quand l'activité d'un secteur du service est très dense, les autres secteurs lui viennent en aide	1	2	3	4	5
12. Au contact des collègues du service, nous améliorons nos pratiques en termes de sécurité des soins	1	2	3	4	5
13. Lorsqu'un évènement est signalé, on a l'impression que c'est la personne qui est pointée du doigt et non le problème	1	2	3	4	5

Indiquez votre **accord** ou votre **désaccord** avec les affirmations suivantes concernant votre **service** ou votre **unité fonctionnelle** . . .

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Neutre	D'accord	Tout à fait d'accord
14. Après avoir mis en place des actions d'amélioration de la sécurité des soins, nous évaluons leur efficacité	1	2	3	4	5
15. Nous travaillons en mode de crise, en essayant de faire trop de choses, trop rapidement	1	2	3	4	5
16. La sécurité des soins n'est jamais négligée au profit d'un rendement plus important	1	2	3	4	5
17. Le personnel s'inquiète du fait que les erreurs soient notées dans les dossiers administratifs du personnel	1	2	3	4	5
18. Nous avons des problèmes de sécurité des soins dans ce service	1	2	3	4	5
19. Notre fonctionnement et nos procédures sont efficaces pour prévenir la survenue d'erreurs	1	2	3	4	5

B : Votre supérieur hiérarchique immédiat (cadre de santé, chef de service, référent . . .)

Pour les médecins libéraux ou les chefs de service, le supérieur hiérarchique est la Direction de l'établissement, la Direction médicale ou la Direction de pôle

Indiquez votre **accord** ou votre **désaccord** avec les affirmations suivantes concernant votre **service** ou votre **unité fonctionnelle** . . .

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Neutre	D'accord	Tout à fait d'accord
1. Mon supérieur hiérarchique immédiat exprime sa satisfaction quand il/elle voit un travail réalisé dans le respect des règles de sécurité des soins	1	2	3	4	5
2. Mon supérieur hiérarchique immédiat tient vraiment compte des suggestions du personnel pour améliorer la sécurité des soins	1	2	3	4	5
3. Chaque fois que la pression augmente, mon supérieur hiérarchique immédiat veut nous faire travailler plus rapidement, même si c'est au détriment de la sécurité	1	2	3	4	5
4. Mon supérieur hiérarchique immédiat néglige les problèmes récurrents de sécurité des soins	1	2	3	4	5

C : Communication

Avec quelle fréquence les situations suivantes surviennent-elles dans votre **service** ou votre **unité fonctionnelle** ?

	Jamais	Rarement	De temps en temps	La plupart du temps	Toujours
1. Nous recevons un retour d'information sur les actions mises en place suite au signalement d'un événement	1	2	3	4	5
2. Le personnel s'exprime librement s'il voit quelque chose dans les soins qui peut avoir des conséquences négatives sur les patients	1	2	3	4	5
3. Nous sommes informés des erreurs qui se produisent dans ce service	1	2	3	4	5
4. Le personnel se sent libre de remettre en cause les décisions ou les actions de ses supérieurs	1	2	3	4	5
5. Dans ce service, nous discutons des moyens à mettre en place afin que les erreurs ne se reproduisent pas	1	2	3	4	5
6. Le personnel a peur de poser des questions quand quelque chose ne semble pas être correct	1	2	3	4	5

D : Fréquence de signalement des événements indésirables

Lorsque les erreurs suivantes surviennent, avec quelle fréquence sont-elles signalées dans votre **service** ou **unité fonctionnelle** ?

	Jamais	Rarement	De temps en temps	La plupart du temps	Toujours
1. Quand une erreur est faite, mais <u>est détectée et corrigée avant d'avoir affecté le patient</u> , elle est signalée...	1	2	3	4	5
2. Quand une erreur est faite, <u>mais n'a pas le potentiel de nuire au patient</u> , elle est signalée...	1	2	3	4	5
3. Quand une erreur est faite et qu'elle pourrait nuire au patient <u>mais qu'elle n'a finalement pas d'effet</u> , elle est signalée...	1	2	3	4	5

E : Niveau de sécurité des soins

Globalement, à quel niveau situez-vous la sécurité des soins dans votre **service** ou votre **unité fonctionnelle** ? Entourer **UNE** seule réponse.

- A.** Excellent **B.** Très Bon **C.** Acceptable **D.** Faible **E.** Défaillant

F : Votre établissement de santé

Indiquez votre **accord** ou votre **désaccord** avec les affirmations suivantes concernant votre **établissement**...

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Neutre	D'accord	Tout à fait d'accord
1. La Direction de l'établissement instaure un climat de travail qui favorise la sécurité des soins	1	2	3	4	5
2. Les services de l'établissement ne se coordonnent pas bien les uns avec les autres	1	2	3	4	5
3. Des dysfonctionnements surviennent quand les patients sont transférés d'une unité à l'autre	1	2	3	4	5
4. Il y a une bonne coopération entre les services qui doivent travailler ensemble	1	2	3	4	5
5. D'importantes informations concernant les soins des patients sont souvent perdues lors des changements d'équipes	1	2	3	4	5
6. Il est souvent déplaisant de travailler avec le personnel des autres services de l'établissement	1	2	3	4	5
7. Des problèmes surviennent souvent dans les échanges d'information entre les services de l'établissement	1	2	3	4	5
8. Les actions menées par la direction de l'établissement montrent que la sécurité des soins est une des premières priorités	1	2	3	4	5
9. La direction de l'établissement semble s'intéresser à la sécurité des soins uniquement après qu'un évènement indésirable se soit produit	1	2	3	4	5
10. Les services de l'établissement travaillent ensemble pour fournir aux patients les meilleurs soins	1	2	3	4	5
11. Les changements d'équipes sont problématiques pour les patients dans l'établissement	1	2	3	4	5

G : Nombre d'événements indésirables signalés

Au cours des 12 derniers mois, combien de fiches de signalement des événements indésirables avez-vous remplies et transmises ? Entourer **UNE** seule réponse.

- A.** Aucune **B.** 1 à 2 fiches **C.** 3 à 5 fiches **D.** 6 à 10 fiches **E.** 11 à 20 fiches **F.** Plus de 20 fiches

