



MERLIN Camille

L'implication des professionnels dans une démarche d'amélioration
continue de la qualité

**« Quels sont les leviers permettant d'impliquer les
professionnels dans une démarche qualité ? »**

Sous la direction de Madame Joséphine ESCUTNAIRE

**Mémoire de fin d'études de 2^{ème} année de Master Management Sectoriel
Année universitaire 2017 – 2018**

Composition du jury :

- Monsieur Hervé Hubert, Président de jury
- Madame Joséphine Escutnaire, Directrice de mémoire
- Monsieur Laurent Castra, 3^{ème} membre de jury

Date de soutenance : 29 septembre 2018 à 8h30

Faculté Ingénierie et Management de la Santé - ILIS
42 rue Ambroise Paré
59120 LOOS

Sommaire

REMERCIEMENTS	3
GLOSSAIRE	4
INTRODUCTION	5
PARTIE 1 : MOTIVATION ET IMPLICATION DANS LE TRAVAIL	7
A. CONCEPT D'IMPLICATION.....	7
B. LE CONCEPT DE MOTIVATION.....	10
C. THEORIE DE LA REGULATION SOCIALE (DE TERSSAC, 2003)	17
D. EVOLUTION DES MODELES D'ORGANISATION DU TRAVAIL.....	18
PARTIE 2 : MISE EN PLACE D'UNE DEMARCHE QUALITE	21
A. EVOLUTION DE LA DEMARCHE QUALITE	21
B. ROLE DE L'ENSEMBLE DES ACTEURS DANS LA DEMARCHE.....	26
C. L'IMPACT NEGATIF DE LA DEMARCHE QUALITE	27
D. L'IMPORTANCE DU CONTEXTE DE L'ENTREPRISE DANS LA DEMARCHE QUALITE	32
E. LES LEVIERS POUR IMPLIQUER LES ACTEURS DANS LA DEMARCHE QUALITE	37
PARTIE 3 : METHODOLOGIE ET DEROULEMENT DE L'ENQUETE	45
A. METHODOLOGIE DE L'ENQUETE.....	45
B. ANALYSE GLOBALE	47
C. ANALYSE APPROFONDIE DE 3 ETABLISSEMENTS	61
D. SUGGESTION D'AMELIORATION	68
CONCLUSION	70
BIBLIOGRAPHIE :.....	73
WEBOGRAPHIE	76
ANNEXE N°I : QUESTIONNAIRE	82
ANNEXE N°II : DEFINITION DE LA DEMARCHE QUALITE EN 3 MOTS	85
ANNEXE N °III : LES FORMES DE PARTICIPATION A LA DEMARCHE QUALITE SELON LES CATEGORIES SOCIO-PROFESSIONNELLES	86
ANNEXE N°IV : LES BENEFICES DE LA DEMARCHE QUALITE PAR CATEGORIE PROFESSIONNELLE ..	88
ANNEXE N°V : LES FREINS A LA DEMARCHE QUALITE PAR CATEGORIE PROFESSIONNELLE	91
ANNEXE N°VI : LISTE DES SUGGESTIONS POUR AMELIORER LA DEMARCHE QUALITE	94
ANNEXE N°VI : ANALYSE APPROFONDIE DES 3 ETABLISSEMENTS	95

Remerciements

Je remercie dans un premier temps Madame Joséphine Escutnaire ma directrice de mémoire pour son accompagnement et sa disponibilité.

Je tiens à remercier particulièrement Monsieur Maxime De Timmerman, responsable assurance qualité des deux établissements où j'ai réalisé mon contrat de professionnalisation pour ses nombreux conseils et son soutien dans la réalisation de mon mémoire.

Ainsi je tiens à remercier Madame Sabrina Van de Woestyne, responsable qualité groupe qui m'a permis de développer l'ensemble de mes connaissances et compétences acquises lors de mon parcours au sein de l'Institut Lillois d'Ingénierie de la Santé (ILIS). Egalement je tiens à la remercier pour son aide lors de la diffusion de l'enquête au sein de l'ensemble des établissements du groupe.

Je souhaite également remercier l'ensemble des directeurs d'établissements ayant accepté de diffuser l'enquête réalisée et l'ensemble des professionnels de ces structures pour le temps accordé.

Je remercie particulièrement Madame Valérie Leprêtre, cadre de santé au sein de l'un des établissements ayant participé à l'enquête pour ses conseils et son intérêt porté à mon mémoire.

Enfin, j'adresse mes remerciements à mes proches, famille et amis pour leur soutien et relecture.

Glossaire

AFNOR : Agence Française de Normalisation

AMP : Aide Médico-Psychologique

ANACT Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

ARACT Agence Régionale pour l'Amélioration des Conditions de Travail

ASD : Aide-Soignant(e) Diplômé(e) d'état

ATIH : Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation

CHT : Communauté Hospitalière de Territoire

CPOM : Contrat pluriannuel d'Objectif et de Moyen

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

EIAS : Evénements indésirables Associés aux Soins

EPP : Evaluation des Pratiques Professionnelles

ERG : Existence Relatedness Grow

GCH : Groupement de Coopération Sanitaire

HAS : Haute Autorité de Santé

HPST : Hôpital Patient Santé Territoire

IDE : Infirmièr(e) Diplômé(e) d'Etat

ISO : International Organization for Standardization (Organisation Internationale de Normalisation)

PACTE : Programme d'Amélioration Continu du Travail en Equipe

SMQ : Système de Management de la Qualité

T2A : Tarification à l'Activité

Les établissements de santé sont soumis à l'obligation de certification. Cette certification a été mise en place suite à la loi du 31 juillet 1991 et à l'ordonnance Juppé de 1996. Cette démarche a un caractère obligatoire et en cas de non-conformité l'établissement est susceptible de fermer (Piperini, 2006). Une première version de la certification a été mise en place en 1999, elle visait à promouvoir les démarches continues d'amélioration de la qualité dans les établissements de santé. Depuis, différentes versions de la procédure de certification ont émergé afin d'améliorer celle-ci et l'évaluation de la démarche qualité.

Plusieurs auteurs, dont Michel Bellaïche, ainsi que le référentiel ISO 9000 montrent le caractère important de l'implication des professionnels de terrain dans la démarche d'amélioration de la qualité.

Selon l'enquête publiée en Janvier 2016 par Odoxa et la mutuelle nationale des établissements de santé « 80% des hospitaliers se sentent utiles mais non reconnus dans leur travail » (Nayrac, 2018). Cette enquête démontre également que les professionnels ont une excellente image auprès des patients, avec 86% de satisfaction en moyenne. Cependant environ un tiers d'entre eux considèrent ne pas avoir le temps nécessaire pour effectuer leur travail. Cette notion de temps est de plus en plus médiatisée depuis ces dernières années. En effet, on remarque par exemple que l'intensification des tâches engendre la diminution du temps d'échange avec les patients, ce qui impacte la qualité des soins délivrés (Gaudart, 2009).

Les conditions de travail dans les établissements de santé sont notamment liées aux moyens financiers dont disposent les établissements. Depuis ces dernières années, différentes réformes se sont succédées à savoir les réformes financières telle que la tarification à l'activité T2A en 2005, ainsi que l'ensemble des réformes du système hospitalier et plus largement du secteur de la santé. Ces réformes ont contraint les établissements de santé à adapter leur prise en charge et leur organisation.

Dans un article publié par CEGOS en 2016, la France est dernière au classement sur le plan de l'implication de ses salariés sur 17 pays analysés « seuls 5% des salariés

français se disent pleinement satisfaits et impliqués dans leur entreprise quand 18% d'entre eux déclarent au contraire se sentir ni satisfaits ni impliqués ».

L'implication des salariés dans leur travail n'est donc pas acquise, c'est pourquoi il est important de se demander « Quels sont les leviers permettant d'impliquer les professionnels dans une démarche d'amélioration continue de la qualité ? »

Pour cela, nous allons voir dans une première partie les concepts d'implication et de motivation des professionnels dans leur travail. Puis dans un deuxième temps nous verrons l'importance de la mise en place d'une démarche qualité au sein d'un établissement de santé et notamment le rôle essentiel des acteurs dans la démarche qualité. Nous étudierons également le contexte spécifique organisationnel des établissements de santé. Enfin, nous verrons l'analyse des résultats de l'enquête de terrain réalisée.

A. Le concept d'implication

I. Définition de l'implication

L'implication se définit comme « L'attachement au travail, c'est l'importance que prend le travail par rapport aux autres sphères de la vie » (Sandra Bellier Michel dans Bernard, 2000, p.100). Selon Bernard (2000, p.99) « L'implication est à rapprocher de la motivation et de la satisfaction. L'implication est la cause de la motivation et la conséquence de la satisfaction ».

L'implication se définit également comme « L'attachement psychologique d'un individu envers son organisation. Cet attachement se traduirait par une forte croyance de l'individu dans les buts et les valeurs de l'organisation, par une volonté d'exercer des efforts significatifs au profit de celle-ci et par un fort désir d'y rester » (Mowday et al, 2005, p. 388 dans Bernard, 2000 p.102).

Sous l'aspect de la norme ISO 9000 l'implication est définie comme la participation à une activité, un événement ou une situation.

II. Les causes de l'implication

L'implication est une démarche personnelle, en effet Thévenet (2000) identifie cinq causes majeures de l'implication au travail à savoir :

- **La valeur du travail** : le travail est une activité qui procure des valeurs de réalisation, de compétition et d'effort. Il s'agit pour les professionnels d'obtenir une valorisation de leur travail notamment à travers un sentiment de reconnaissance. Le travail est une occasion de réalisation de soi.
- **L'environnement immédiat du travail** : concerne le contexte du travail à savoir par exemple l'équipe et la relation avec ses collègues, l'ambiance au travail mais également le lieu du travail.
- **Le produit ou l'activité** : détermine l'essence même du travail et peut être représentatif d'un certain statut social, ils sont une cause majeure de l'implication. En effet les personnes peuvent se sentir impliquées dans leur travail par rapport à l'activité qu'elles réalisent. Si l'on prend l'exemple des métiers liés aux soins, ceux-ci procurent une certaine vocation pour les professionnels l'ayant choisi.
- **Le métier** : l'expertise et l'appartenance à un milieu professionnel permet d'acquérir des compétences et une certaine expertise.

- **L'entreprise** : adhésion aux valeurs et aux objectifs de l'entreprise qui va entraîner une volonté d'agir.

Les professionnels impliqués ne le sont pas uniquement pour l'une de ces causes, l'implication peut avoir plusieurs causes et dépend de chaque individu, celles-ci sont notamment liées à une expérience personnelle du travail. De plus l'implication peut être représentée comme un processus d'apprentissage du travail qui se forge par rapport aux expériences vécues par chacun.

En effet, selon Claude Yves Bernard (2000, p.100) « L'implication dépend de nombreux facteurs tels que le développement de compétences, le niveau de satisfaction, la réponse aux attentes individuelles, le style de leadership, la reconnaissance, la récompense, la formation. » L'implication du personnel devient indispensable dans l'évolution du travail, afin d'engager les personnes dans l'entreprise, des compétences relationnelles semblent indispensables (Bernard, 2000).

III. Fidélisation des professionnels : conditions nécessaires à l'implication

Pour impliquer les professionnels dans leur travail et dans des projets au sein de leur entreprise, il est nécessaire de comprendre le fonctionnement du processus d'implication et les facteurs permettant de les développer.

Une enquête conduite par CEGOS en 2016 portant sur le climat social et la qualité de vie au travail a été menée auprès de 1210 personnes. Dans cette étude, différentes catégories ont été identifiées à savoir les salariés et les managers. Les salariés sont représentés par 51% d'ouvriers et d'employés, 25% de techniciens et d'agents de maîtrise et 24% de cadres. Les managers sont quant à eux représentés par 32% de directeurs, 53% par des managers intermédiaires et 15% par des managers de proximité.

Selon cette enquête, 53% des salariés positionnent leur niveau d'implication supérieur à 8 sur une échelle de 1 à 10. Pour ce qui est des managers ils sont quant à eux 71% à identifier leur niveau d'implication supérieur à 8. Cependant, on remarque que le niveau d'implication des managers diminue de 11% par rapport à 2015.

1. Sentiment de reconnaissance

La reconnaissance au travail se définit comme: « une réaction constructive et authentique, de préférence personnalisée et spécifique, cohérente et à court terme » (Brun et Dugas, 2005, p. 21).

Le sentiment de reconnaissance s'articule autour de quatre approches (Brun et Dugas, 2005) :

- *Le concept humaniste et existentiel* s'intéresse à l'humain et son caractère unique, basé sur la confiance en l'être humain afin de permettre son engagement il faut donc accorder du temps à la personne.
- *L'approche behaviorale ou comportementaliste* s'oppose au concept humaniste car selon cette approche le comportement de la personne est contrôlé par la conséquence de ses actes, c'est-à-dire que la reconnaissance permet de réaliser un renforcement positif qui incite la personne à réaliser des actions déterminées.
- *La psychodynamique du travail* s'intéressant à l'expérience des personnes en situation de travail et leurs comportements permettant de s'adapter ou de se protéger dans des situations difficiles. Cette approche réalise un jugement sur le travail accompli et les résultats qui aboutissent à la reconnaissance.
- *La perspective éthique* considérant la reconnaissance comme question de dignité humaine et de justice sociale c'est-à-dire que la reconnaissance est assimilée au principe d'égalité.

Le sentiment de reconnaissance s'illustre à travers quatre formes de reconnaissance qui peuvent être représentées visuellement par rapport au processus de travail.

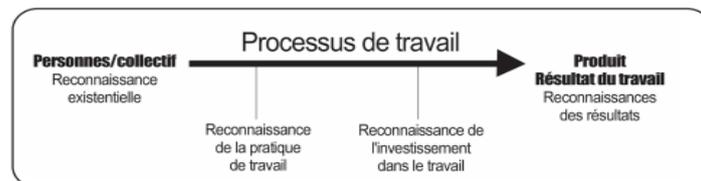


Figure 1 : Les quatre formes de reconnaissance, source « La reconnaissance au travail : analyse d'un concept riche de sens » Brun et Dugas (2005)

La première forme de reconnaissance est la reconnaissance existentielle, elle constitue le droit d'expression de l'individu et la contribution à la prise de décision. La reconnaissance de la pratique de travail porte sur la manière de réaliser les tâches liées au travail, elle s'illustre par la reconnaissance des qualités professionnelles et des compétences. Pour ce qui est de la reconnaissance sur l'investissement dans le travail elle concerne la reconnaissance de l'importance des efforts réalisés pour atteindre les objectifs fixés même si ceux-ci ne sont pas atteints. Et enfin la quatrième forme de reconnaissance s'illustre à travers une reconnaissance des résultats du travail. Suite à la réalisation d'une tâche, la personne est reconnue pour sa contribution dans la réalisation

d'un projet. Cette forme de reconnaissance peut cependant ne pas être représentative de l'ensemble des efforts fournis lors du processus de travail, car elle est uniquement basée sur les résultats.

Dans le processus de travail, il est essentiel de déployer ces quatre formes de reconnaissance afin de satisfaire les besoins de reconnaissance des individus. Selon Desjacques et Rodet (2017) le sentiment de reconnaissance est important pour encourager les professionnels à s'impliquer. Ce sentiment de reconnaissance semble de plus en plus important dans l'organisation actuelle du travail qui tend vers la réalisation de tâches complexes (Brun et Dugas, 2005).

2. Sentiment d'appartenance

Le sentiment d'appartenance est une condition importante à l'implication car lorsqu'il est élevé cela provoque l'engagement, un rendement supérieur et un état de mobilisation. (Bernard 2000). Le sentiment d'appartenance fait référence à l'appartenance à un groupe, il peut être favorisé par le travail en équipe.

Selon Bernard (2000, p.104), il y a 6 facteurs de gestion responsables du sentiment d'appartenance :

- La perception du respect et de considération par l'employé et le cadre de la part de ses supérieurs
- La perception que l'entreprise accorde beaucoup d'importance à la qualité et au service, à la clientèle
- Une tâche et des responsabilités claires
- Une tâche stimulante
- La qualité de l'information diffusée aux personnels sur les orientations et sur les activités de l'entreprise
- La perception d'efficacité administrative

B. Le concept de motivation

Il apparaît important de distinguer le concept d'implication avec celui de la motivation.

I. Les théories de la motivation (Bomal et Cobut, 2009)

Maslow (1943) s'intéresse au concept de la motivation et expose sa théorie qui s'illustre à travers la hiérarchisation des besoins pouvant être représentée par la pyramide ci-dessous :



Figure 2 : Pyramide de Maslow

Il y a donc plusieurs niveaux de besoin qui sont hiérarchisés. Les premiers besoins à satisfaire selon Maslow sont les besoins physiologiques correspondant directement à la survie de l'individu. Si les besoins sont satisfaits alors l'individu aura une motivation pour atteindre les besoins supérieurs. Les seconds besoins à satisfaire sont les besoins de sécurité correspondant à la protection de l'individu physique et morale. Les besoins physiologiques et de sécurité sont aussi appelés besoins primaires. Au-dessus des besoins primaires, il y a les besoins supérieurs que sont les besoins d'appartenance à un groupe, les besoins d'estime correspondant aux sentiments de considération et de reconnaissance par le groupe auxquels l'individu appartient et enfin les derniers besoins à satisfaire sont les besoins d'accomplissement il s'agit des besoins personnels de l'individu. Ces besoins renvoient au désir de réalisation de soi.

Les besoins des individus les poussent à agir, c'est-ce que l'on appelle la motivation. Selon Maslow, il n'est pas possible d'agir sur les motivations supérieures si les besoins primaires ne sont pas satisfaits. Une fois les besoins primaires satisfaits, il y a émergence d'autres besoins « supérieurs » à satisfaire. Maslow indique également que d'autres facteurs peuvent influencer le comportement des hommes notamment la culture. Parmi les besoins identifiés par Maslow on retrouve donc le besoin d'appartenance et le besoin d'estime correspondant à la reconnaissance, ces besoins se situent en haut de la hiérarchie des besoins.

Une seconde théorie est développée par Herzberg (1971), il s'agit de la théorie bifactorielle, elle affirme que la motivation est suscitée par la recherche d'une satisfaction optimale de certains besoins.

Herzberg distingue deux types de facteurs à savoir :

- les facteurs d'hygiène ou d'ambiance ne permettant pas d'apporter de la satisfaction, ces facteurs poussent l'individu à agir dans l'indifférence, cependant ils doivent être satisfaits afin d'éviter la démotivation.
- les facteurs moteurs permettant d'inciter l'individu à réaliser les besoins, ils sont des sources de la motivation.

Herzberg illustre ces facteurs dans le milieu du travail, les facteurs d'hygiène étant par exemple les conditions de travail, la relation avec les collègues et les supérieurs hiérarchiques, la sécurité de l'emploi, la rémunération ou encore les facteurs de vie personnelle influencés par l'entreprise. A l'inverse, les facteurs moteurs sont l'accomplissement, la reconnaissance, la responsabilité, les possibilités de développement, l'autonomie.

La théorie bi-factorielle développe le concept de satisfaction au travail et précise que le contraire de la satisfaction n'est pas l'insatisfaction mais l'absence de motivation c'est-à-dire l'amotivation. Il est donc important d'être vigilant aux facteurs de démotivation en lien avec les facteurs d'hygiène ou d'ambiance liés aux conditions de travail car ils peuvent entraîner une démotivation. Cependant, ils ne procurent pas de motivation. Les facteurs provoquant de la motivation sont ceux liés à la nature du travail. En agissant sur la nature du travail il est possible de motiver les individus.

Une autre théorie des besoins est développée par Alderfer (1972), il s'agit de la théorie ERG (Existence Relatedness Grow) appliquée au monde du travail. Celle-ci s'est inspirée de la théorie de Maslow. Alderfer inclut deux notions importantes pour tous les besoins à savoir le désir et la satisfaction c'est-à-dire que chaque besoin peut s'expliquer en termes de désir ou de satisfaction. Cette théorie distingue 3 types de besoins : les besoins d'existence, les besoins de rapport sociaux et les besoins de développement personnel.

Cependant ces besoins ne sont pas hiérarchisables, chacun d'eux peut agir de manière simultanée. La motivation à atteindre un de ces besoins dépendrait de l'intensité d'un besoin en lien avec la satisfaction de celui-ci, à savoir que plus un besoin est satisfait moins l'intensité à satisfaire ce besoin est ressentie.

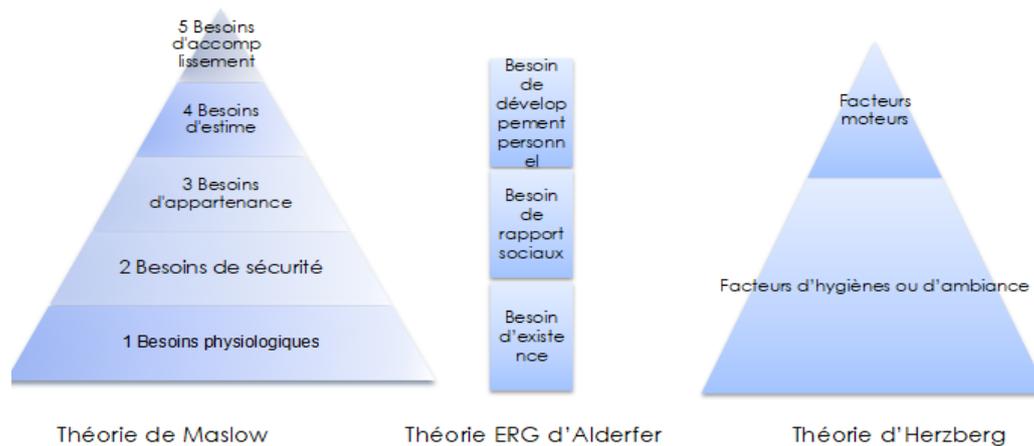


Figure 3 : Comparaison des théories de la motivation

Pour comparer les différentes théories vues précédemment on peut regrouper les besoins physiologiques et de sécurité dans les besoins d'existence. Les besoins d'appartenance correspondent aux besoins de relations sociales. L'ensemble de ces besoins correspondent aux facteurs d'hygiène selon la théorie d'Herzberg. Enfin les besoins d'estime et d'accomplissement de Maslow correspondent aux besoins de développement personnel d'Alderfer et aux facteurs moteurs d'Herzberg.

II. Différents types de motivation

Il existe deux types de motivation à savoir la motivation intrinsèque et la motivation extrinsèque. La motivation intrinsèque s'appuie sur les caractéristiques profondes de l'humain, celle-ci est conduite uniquement par l'intérêt et le plaisir que l'individu ressent lors d'une action sans attente d'une récompense extérieure. La motivation extrinsèque s'appuie sur la peur de la sanction ou la récompense, en effet l'action de l'individu avec ce type de motivation est provoquée par un facteur extérieur à l'individu Desjacques et Rodet (2017).

Karl Duncker (1930) psychologue allemand étudie le comportement des individus au sein d'un groupe à travers son expérience de la bougie (cité par Friedrich, 2008). Pour mener cette expérience deux groupes d'individus différents ont été composés. Le premier groupe pensait que les résultats de l'expérience permettaient de définir des normes et un référentiel par rapport aux comportements humains. Pour le deuxième groupe l'expérience pouvait leur permettre s'ils étaient dans les 25% des groupes les plus rapides à recevoir une récompense financière. L'expérience a démontré que le deuxième groupe a mis trois minutes et demie de plus que le premier groupe à finir l'expérience. Cela permet de démontrer que l'argent n'est pas le meilleur facteur de motivation. La motivation

intrinsèque a donc plus d'impact par rapport à la motivation extrinsèque. La motivation extrinsèque a notamment été utilisée lors du travail à la chaîne, cependant celle-ci n'est plus tellement d'actualité dans le monde du travail actuel.

Pour atteindre la motivation intrinsèque, différents paliers doivent être franchis (Deci et Flaste, 1996)

- L'absence de régulation c'est-à-dire l'amotivation correspondant à une absence complète de motivation
- La régulation externe correspond à la motivation extrinsèque
- La régulation introjectée correspond à l'intériorisation des contraintes externes
- La régulation identifiée est guidée par des fins externes mais il y a une identification à l'action.
- La régulation intégrée est la cohérence de l'action avec le soi avec des sources d'auto-motivation complémentaires à la source externe.
- La régulation auto-déterminée correspond à la motivation intrinsèque

III. Les leviers de la motivation

Selon l'enquête publiée par CEGOS concernant le climat social et la qualité de vie au travail en 2016, on remarque que les leviers de motivation sont différents entre les salariés et les managers. Pour les salariés, la sécurité de l'emploi est plus importante avec 41% de réponse à l'item « Le simple fait d'avoir un travail et ne pas être au chômage ». Alors que les managers privilégient pour 49% « l'intérêt et la variété de mon poste » cependant cet item a chuté de 20% par rapport à l'enquête précédente. Le second levier important en termes de motivation pour les managers est pour 46% « le niveau de rémunération » avec 10% de plus que l'enquête précédente.

Comme vu auparavant avec la théorie d'Herzberg, les facteurs de motivation correspondent aux facteurs moteurs que sont l'accomplissement, la reconnaissance, la responsabilité, les possibilités de développement et l'autonomie. En effet nous avons vu précédemment l'importance du sentiment de reconnaissance dans le processus d'implication. L'autonomie semble l'un des facteurs de motivation qui émerge de différentes théories également reprises par Deci et Ryan (1985) avec le concept d'autodétermination qui constitue le fait d'être à l'origine de son propre comportement. Selon Genot et Tallois (2013) l'autonomie est également un facteur de santé au travail.

IV. Les indicateurs de mesure de la motivation

- **Satisfaction au travail**

La satisfaction au travail est un indicateur de la motivation, cependant la satisfaction au travail n'est pas la cause de la motivation. La satisfaction découle de l'expérience vécue par l'individu. (Bernard, 2000).

- **Absentéisme**

Pour le réseau de l'Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail et Agence Régionale pour l'Amélioration des Conditions de Travail (ANACT ARACT) « l'absentéisme caractérise toute absence qui aurait pu être évitée par une prévention suffisamment précoce des facteurs de dégradation des conditions de travail entendus au sens large : les ambiances physiques mais aussi l'organisation du travail, la qualité de la relation d'emploi, la conciliation des temps professionnel et privé, etc. ». Cette définition prend en compte l'aspect lié à la prévention de la dégradation des conditions de travail.

Le taux d'absentéisme peut être un indicateur d'alerte, en effet l'absentéisme peut avoir différentes causes dépendantes du contexte de l'entreprise à savoir les conditions de travail, l'âge des salariés, le climat social, l'absence de perspectives professionnelles etc.. Cependant il y a deux types d'absence qu'il est important de distinguer à savoir les absences programmées tels que les jours de formation, les congés payés, congés maternité, congés parentaux et les absences non programmées tels que les arrêts pour maladie ordinaire, les accidents de travail ou accidents de trajet, les maladies professionnelles et les absences injustifiées.

- **Concept de présentéisme et ses conséquences sur l'entreprise**

Le groupe APICIL (2011) définit le présentéisme comme : « l'inverse de l'absentéisme ou du burn-out. Le salarié est présent à son poste de travail mais dans l'incapacité de fournir la prestation attendue soit par épuisement physique ou psychique soit simplement par démotivation. »

Le présentéisme se définit selon Johns (2010, p. 519-542) dans Gosselin et Lauzier (2011) comme « le comportement du travailleur qui, malgré des problèmes de santé physique et/ou psychologique nécessitant de s'absenter, se présente au travail. » Le présentéisme désigne le désengagement observé par les salariés présents, il s'agit d'un nouveau phénomène de société. Une enquête réalisée par Morneau Shepell (2015) montre que 80% des personnes interrogées ont déjà fait du présentéisme. Le présentéisme se développe notamment avec l'évolution du travail qui a impacté les

comportements humains. L'évolution du travail induit évidemment le concept de changement. Le changement fait peur, en effet la courbe du changement a été associée à la courbe du deuil. Cependant, le changement est caractéristique de l'évolution de l'homme au fil de l'histoire. Il est donc nécessaire d'accompagner les salariés au changement. Celui-ci doit être progressif, et doit être expliqué à l'ensemble des salariés afin d'instaurer un climat de confiance.

V. Les facteurs expliquant la baisse de motivation

Différents facteurs peuvent expliquer la baisse de motivation. Selon Philippe Rodet (2017), il y a deux grandes causes de la baisse de motivation, la première est liée à un contexte économique défavorable. En effet, cela a un impact sur la motivation extrinsèque en lien avec la rémunération des salariés. Même si la motivation extrinsèque n'est pas la plus durable, il s'agit quand même d'une source de motivation existante.

La seconde grande cause de baisse de motivation est liée à l'augmentation du niveau de stress. Le stress est défini par l'agence européenne pour la sécurité et la santé au travail comme « un état qui survient lorsqu'il y a un déséquilibre entre la perception qu'une personne a des contraintes que lui impose son environnement et la perception qu'elle a de ses propres ressources pour y faire face ». L'augmentation du stress peut lui avoir plusieurs sources dont les changements organisationnels.

De plus, Philippe Rodet (2017) expose également comme leviers incontournables de la motivation le sens dans l'entreprise. Un manque de sens peut également être source d'une baisse de motivation. Le mot « sens » provient de deux racines dont une racine latine *sensus* signifiant la faculté d'éprouver des impressions voire de juger et une racine germanique *sumo* signifiant la direction et l'orientation que prend quelque chose.

Weisskopf-Joelson (1968) cité par Philippe Rodet (2017) définit le sens par la signification, l'orientation et l'intégration. En effet, une étude (Morin, 2008) s'intéressant à l'impact du sens au travail sur la santé mentale et l'engagement organisationnel réalisée à Montréal montre que lorsque le travail a un sens les employés sont encouragés à prendre des responsabilités dans le cadre de leur fonction, à se perfectionner pour améliorer leur travail et à faire preuve de créativité lors de situations inhabituelles.

Le manque de sens peut être lié au fractionnement des tâches au sein d'une entreprise puisque chacun participe à une partie du projet mais par manque de temps les

salariés ont du mal à comprendre l'importance de leurs tâches au sein du projet global et le rôle des autres salariés dans l'entreprise.

D'autres éléments peuvent être source d'une baisse de motivation, le manque de considération des dirigeants vis-à-vis de ses salariés tel que l'illustre le concept du présentéisme (Genot et Tallois, 2013). En effet, la motivation s'illustre à travers un cercle vicieux : plus le salarié est motivé plus il est entraînable dans des projets et plus sa contribution au sein de l'entreprise est importante. La considération des salariés permettra de créer des facteurs favorables à la motivation telle qu'une ambiance agréable de travail, une envie de s'investir.

C. Théorie de la régulation sociale (De terssac, 2003)

La régulation tire ses origines de la notion de règle qui se définit comme : « une prescription d'ordre moral, intellectuel ou pratique s'appliquant à la conduite ». Notre société est composée de nombreuses règles à tout niveau culturel, dans l'entreprise ou dans la vie sociale. C'est avec ces règles que peut se traduire la notion de justice et d'équité. Ces régulations sociales aboutissent donc à la notion d'égalité des droits, ce sont les acteurs qui se mobilisent pour défendre ces droits et pour cela ils inventent des règles sociales aux travers de leurs initiatives.

Les régulations sociales peuvent émerger d'un acteur qui affirme sa volonté de faire valoir ses propres règles afin de se soustraire à tout contrôle hiérarchique. Les solutions émises par les acteurs de terrain sont parfois plus efficaces que celles souhaitées par l'encadrement. Cependant ces initiatives sont souvent freinées par la direction et suite à celles-ci un processus de négociation s'établit afin que chacun défende ses intérêts. Les régulations sociales visent à construire des règles afin d'obtenir un « ordre social » cependant il est important que ces règles soient légitimes. Les acteurs comme nous l'avons vu précédemment ont une capacité d'initiative à développer leurs propres règles d'action. Ces règles peuvent constituer une réponse face à certaines contraintes qui leur sont imposées.

La théorie de la régulation sociale est définie comme une théorie de l'action collective. La place des régulations sociales est importante car celles-ci permettent l'échange social au sein d'un groupe et la définition d'un système de valeurs. S'intéresser à ce système de régulation permet de comprendre comment les individus agissent et construisent leurs contraintes et comment ils les remettent en cause ou les acceptent.

D. Evolution des modèles d'organisation du travail

I. Organisation scientifique du travail : Taylorisme

L'organisation du travail actuellement développée au sein des entreprises est le résultat de différentes évolutions socio-culturelles et historiques.

On peut remonter aux années 1900 avec l'ère industrielle et l'intensification des tâches où émerge le taylorisme avec l'organisation scientifique du travail. Cette organisation s'illustre par le travail à la chaîne et la standardisation du travail. En effet, il est considéré par Taylor (1911), cité par Bevort, (2013) que c'est au management d'imposer l'organisation du travail car les salariés sont incapables de comprendre l'organisation. L'objectif du Taylorisme est d'augmenter la productivité, ce concept se base sur 3 principes fondamentaux :

- La parcellisation des tâches ou la division horizontale du travail c'est-à-dire que chaque opération est divisée en tâches simples et rapides
- La spécialisation des salariés permettant d'être efficace dans l'exécution de la tâche
- La séparation des tâches aussi appelée standardisation des tâches

Ces principes ne nécessitent pas de réflexion pour réaliser les tâches. La réalisation des tâches n'est donc pas effectuée selon l'intérêt des ouvriers mais sur leur spécialisation à une tâche spécifique. Le fonctionnement de ce principe réside dans la rémunération en lien avec le rendement, il s'agit donc de recourir à une motivation extrinsèque. Ce modèle a progressivement disparu avec l'automatisation des tâches répétitives grâce aux progrès techniques et à l'absentéisme de plus en plus élevé celui-ci étant causé par un manque d'intérêt. De plus, l'augmentation des exigences des consommateurs vers la personnalisation des produits a également fait décliner ce mode d'organisation de travail.

II. Les théories sociologiques de l'organisation du travail

L'évolution sociale et les études sociologiques ont permis l'émergence du facteur humain dans le travail. Comme l'évoque Christophe Desjours : « c'est le facteur humain qui permet d'éviter les accidents et justifie la définition du travail comme activité déployée par les hommes et les femmes pour faire face à ce qui n'est pas donné par l'organisation prescrite » (2012, p. 71). De nombreuses études ont pu être réalisées sur la complexité de la nature humaine, ses motivations.

Le courant des relations humaines est né dans un contexte de crise économique en 1929. Celui-ci a été développé par Elton Mayo (1933) psychologue et sociologue qui s'est intéressé à ce qui motivait les individus. Il a mené différentes expériences sur la productivité au travail des employés de la Western Electric Company. Pour mener à bien cette expérience il faisait varier les conditions de travail et observait l'impact sur la productivité. Il a pu remarquer que peu importaient les conditions de travail, la productivité augmentait. Suite à ces expériences, Elton Mayo a pu déduire que le fait de participer à une étude expérimentale était un facteur de motivation. En effet, le fait d'avoir été choisi pour réaliser une expérience, et le fait de s'intéresser à un individu augmentait sa motivation. De plus, le fait d'avoir été associé aux objectifs de l'expérience, d'avoir une certaine autonomie dans la réalisation des tâches et de faire partie d'un groupe a également eu un impact positif sur la productivité.

Suite à cette expérience, il y a eu une émergence de structures de type coopérative, avec l'élargissement des tâches des salariés et le développement de responsabilité.

Les travaux de Douglas McGregor (1960) cités par Bevort (2013) sur les théories « X » et « Y » permettent de résumer l'évolution des modes d'organisation. La théorie « X » identifie l'autorité et le contrôle comme déterminant essentiel dans une organisation du travail hiérarchique. En effet selon cette théorie, les salariés n'ont pas de volonté dans la réalisation de leur travail. La théorie « X » s'illustre par les modèles d'organisation scientifique du travail. McGrégor n'approuvant pas cette théorie classique a mis en place la théorie « Y » qui à l'inverse considère que la motivation n'émerge pas au moyen de punitions ou de récompenses. Mais plutôt lorsque le salarié trouve une réalisation en soi dans son travail. En effet, selon cette théorie les salariés participent activement à la réflexion et aux décisions. Le management est considéré comme un moyen permettant de créer les conditions favorables à la motivation. C'est en faisant confiance aux salariés que la motivation émerge. La théorie « Y » a donc recourt à un management participatif.

III. Le toyotisme

Le toyotisme est fondé par le Japonais Taïchi Ohno, vice-président du constructeur automobile Toyota dès les années 1960. L'objectif du toyotisme étant de s'adapter à l'évolution du marché et ses exigences. Le toyotisme s'illustre par la production du « juste à temps » c'est-à-dire que la production est lancée lorsqu'une demande est formulée. Le concept du « juste à temps » repose sur le principe des cinq zéro à savoir zéro stock, zéro

panne, zéro défaut, zéro délai, zéro papier. Ce nouveau mode d'organisation du travail prend en compte le concept de qualité du produit et également la flexibilité dans le travail. Le toyotisme intègre également l'émergence du concept de qualité totale et les cercles de qualité développés dans les entreprises japonaises. Ce modèle d'organisation s'est développé au niveau mondial dans l'industrie automobile et également dans d'autres entreprises industrielles.

IV. Organisation actuelle du travail

Dès 1970, avec les crises économiques, l'évolution du marché et les exigences qualitatives des contraintes apparaissent. Le monde du travail nécessite une minimisation des coûts et maximisation de la flexibilité de l'offre proposée pour un profit optimal. Ce nouveau modèle d'organisation du travail nécessite un personnel motivé, actif et innovateur, c'est pourquoi de nouvelles valeurs apparaissent telles que l'autonomie et la pluricom pétence. Cependant, actuellement l'organisation du travail est soumise à différentes normes et un constat émerge : celui de l'intensification des tâches qui a des répercussions négatives sur la santé des salariés. De plus, la nouvelle génération ne travaille plus sous contrainte, en effet ils savent qu'ils ne feront plus une carrière unique dans une seule entreprise (Genot et Tallois, 2013).

L'augmentation des exigences clients et la mise en place de la démarche qualité sont vus par certains comme un nouvel outil de contrôle des individus (Dejours, 2003). L'évolution des modèles d'organisation du travail ont permis aux salariés d'acquérir des droits. Cela a également permis d'aboutir à des formes participatives du travail et notamment à un nouveau style de management : le management participatif. C'est ce nouveau mode de management qui a permis l'émergence des prémices de la démarche qualité.

Partie 2 : Mise en place d'une démarche qualité

A. Evolution de la démarche qualité

I. Définitions

Selon l'ISO 9000 (2015) la qualité est définie comme « l'aptitude d'un produit ou d'un service à satisfaire les exigences spécifiées ».

La démarche qualité est définie par l'Agence Française de Normalisation (AFNOR) comme « l'ensemble des caractéristiques d'un produit ou d'un service qui lui confère de satisfaire les besoins exprimés ou implicites ».

La démarche qualité est une démarche d'amélioration continue de la qualité c'est-à-dire selon l'ISO 9000 : 2015 « une activité récurrente menée pour améliorer les performances ». Il y a plusieurs types de démarche qualité en fonction des perceptions des clients et des professionnels :

- la qualité attendue par le client, celle-ci se construit autour de ses besoins et de son expérience vis à vis du produit ou service ;
- la qualité perçue est celle ressentie par le client. Elle dépend à la fois de la qualité attendue et de la qualité délivrée ;
- la qualité voulue est formulée par l'entreprise sous forme de critères à partir desquels il est possible d'apprécier la conformité de la qualité délivrée ;
- la qualité délivrée est celle que reçoit réellement le client.

On peut schématiser les 4 types de qualité :

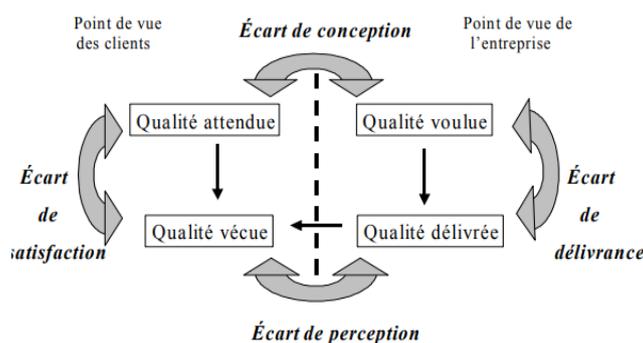


Figure 4 : Schématisation de la qualité, AFNOR, 2000 dans principes de mise en œuvre d'une démarche qualité en établissement de santé, 2002

II. Historique de la démarche qualité (Bertrand, 2001)

Les premières formes de démarche qualité apparaissent en lien avec l'évolution des modèles d'organisation du travail qui s'illustrent avec la standardisation du mode de production industriel lié à l'organisation scientifique du travail.

Dans les années 1950 se développe la notion de « contrôle qualité », et la notion de « conformité » des produits finis. Un contrôle qualité est réalisé en fin de chaîne de production, les produits finis non conformes sont mis en « rebut ». Puis ce contrôle qualité a ensuite été étendu aux différentes étapes de la chaîne de production, afin de pouvoir anticiper les non conformités et agir en amont sur les procédés de fabrication.

Dans les années 1980 des cercles qualité apparaissent au Japon dans un contexte culturel et historique spécifique. Ceux-ci permettent de réunir les professionnels afin de résoudre les problèmes, d'en comprendre les causes et de rechercher des solutions. Les cercles qualité utilisaient des méthodes variées telles que le diagramme d'Ishikawa, brainstorming et le diagramme de Pareto.

Dès lors le principe de qualité est basé sur une démarche d'amélioration continue. De plus, l'importance de l'implication des professionnels de terrain est au cœur du dispositif mis en œuvre. En effet, une prise de conscience émerge du fait que l'on ne peut plus progresser seul d'où la mise en place progressive du management participatif.

Cette forme de démarche qualité avait à l'époque une image positive au sein des organisations, car elle était libre et ne présentait aucune contrainte. Cependant pour que cette démarche soit pérenne, il est nécessaire que les idées du terrain soient validées par la direction afin de poursuivre la dynamique et continuer à encourager les professionnels. L'un des risques est que les actions décidées par les professionnels de terrain ne soient pas validées et donc qu'ils ne voient pas l'aboutissement de leur réalisation. Cela est en effet, une source potentielle de démotivation.

Les cercles qualité ont été abandonnés pour diverses raisons à savoir une méthodologie assez complexe à utiliser, un temps passé important qui perturbait l'organisation de l'entreprise et un résultat à court terme en dehors des attentes. Ils ont été remplacés par les groupes de travail qui étaient davantage cadrés par la direction avec des thèmes imposés par la hiérarchie, et un temps limité de réunion.

Par la suite, dans les années 1990, émerge le concept d'assurance qualité avec les normes « ISO 9000 ». Ce concept se différencie des cercles de qualité des années 1970 basés sur la participation libre et volontaire à un nouveau modèle d'organisation défini autour de norme. Ce modèle comportait alors une notion nouvelle d'objectif à atteindre. Le modèle d'assurance qualité émerge avec les différentes crises financières et la mondialisation qui nécessite d'améliorer les pratiques afin de rester compétitif.

Le concept d'assurance qualité s'est accompagné d'une démarche de certification permettant de mesurer l'atteinte des objectifs. Cela a donc permis aux entreprises de mesurer la maîtrise de leurs activités et leur a donné la possibilité d'améliorer leur image par rapport aux clients. A l'origine ce concept de « démarche qualité » a été mis en place dans le secteur industriel, puis il s'est étendu à différents secteurs tel que le secteur de la santé.

III. Développement de la démarche qualité en établissement de santé

En milieu hospitalier, la démarche qualité a été introduite suite à la démarche d'accréditation qui a été instaurée par la loi du 31 juillet 1991 et l'ordonnance sur la réforme hospitalière du 24 avril 1996. Ces textes ont institué la démarche d'accréditation qui sera mise en œuvre en 1999 par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES). Cela a donc bouleversé les modes d'organisation et les habitudes des acteurs de santé. La démarche qualité au sein des établissements de santé est complexe (ANAES, 2002). Elle se caractérise par de nombreux processus, et différents professionnels. De plus, dans les établissements de santé l'approche est basée sur la qualité de prise en charge des patients qui est plus complexe que la qualité d'un produit.

La procédure de certification des établissements a évolué de 1999 à aujourd'hui. En effet en 1999 l'objectif était de promouvoir la mise en œuvre de démarches d'amélioration continue de la qualité dans les établissements. Puis en 2005, une deuxième version est mise en place appelé V2-V2007, celle-ci met l'accent sur le niveau de qualité atteint et l'évaluation des pratiques professionnelles. L'objectif est de renforcer l'implication des médecins. Ensuite, en 2010 une troisième version est mise en place : la V2010, avec un renforcement des exigences en termes de prise en charge du patient et de gestion des risques. Actuellement et depuis 2014, une quatrième version de la procédure est définie : la V2014. L'objectif principal étant la mise en place d'une démarche plus continue et efficiente.

Cette version s'articule autour de deux méthodologies à savoir l'audit de processus et la méthode du patient.

L'audit de processus permet d'évaluer les processus définis au sein de l'établissement. A travers cette méthode, la démarche de certification s'oriente de plus en plus vers une approche processus de type ISO. L'audit de processus, comme défini par la Haute Autorité de Santé (HAS) s'articule autour de la roue de Deming PDCA, à savoir

plan, do, check, act. Le concept mis en place par Deming dans les années 1950 est toujours d'actualité ; celui-ci est présenté comme la base d'une démarche qualité d'amélioration continue. L'audit de processus s'articule en deux temps, une première partie consistant à rencontrer le pilote du processus afin d'évaluer la partie planification, évaluation et action d'amélioration. La deuxième partie consiste à évaluer la mise en place du processus par les acteurs de terrain.

La méthode du patient traceur permet d'évaluer le parcours patient. Cette méthode s'oriente davantage vers le terrain car elle permet de recueillir le ressenti du patient et/ou de ses proches sur sa prise en charge ; le point de vue de l'équipe pluri professionnelle ayant pris en charge le patient est également pris en compte. Cette double vision permet d'évaluer la qualité de prise en charge du patient de manière rétrospective.

Ces deux méthodes de certification de la V2014 sont dorénavant orientées vers les acteurs de terrain, ce qui permet d'une part leur implication dans la visite de certification et plus globalement dans la démarche qualité.

IV. Démarche qualité comme un outil de management

1. Management participatif pour motiver

La mise en place d'une démarche participative nécessite la mobilisation de l'ensemble des acteurs, c'est pourquoi il apparaît essentiel de mettre en place un management participatif. Celui-ci permet de faire émerger les idées par les acteurs de terrain, ce qui permet une meilleure appropriation des objectifs et développe l'autonomie des acteurs. Bernard (2000) définit le management participatif comme un mode de management permettant l'association aux décisions.

La démarche qualité s'inscrit dans la démarche stratégique de l'établissement (Bellaïche, 2008). Une démarche stratégique se définit sur le long terme, la démarche qualité est donc une démarche qui s'établit également sur le long terme avec différentes étapes illustrées par la roue de Deming, puisqu'il s'agit d'une démarche continue.

Dans la littérature actuelle on retrouve le terme de Système de Management de la Qualité (SMQ), celui-ci se définit par l'ISO comme « Le système de management permettant d'orienter et de contrôler un organisme en matière de qualité. » (ANAES, 2002). Comme pour tout élément stratégique, il est important de définir des objectifs. Les objectifs en terme de démarche qualité doivent s'intégrer à la politique générale de l'organisation.

Shortelle (1998) cité par l'ANAES, 2002) a identifié quatre dimensions essentielles pour développer une démarche qualité cohérente, efficace et pérenne :

- *Dimension stratégique* : c'est-à-dire qu'il est nécessaire d'intégrer les objectifs qualité à la stratégie de l'organisation afin d'obtenir une démarche qualité quotidienne.
- *Dimension technique* : rassemble la gestion de projet (consistant à décliner les objectifs qualité définis dans la stratégie à l'ensemble des acteurs), l'organisation d'un système qualité et la maîtrise des méthodes et outils.
- *Dimension structurelle* : correspondant à la coordination de la démarche qualité à travers un comité de pilotage et un comité opérationnel.
- *Dimension culturelle* : correspondant à la mise en place d'une culture qualité partagée par l'ensemble des acteurs.

2. Démarche qualité ISO 9001

Selon l'ISO 9001 la notion de processus se définit par « un ensemble d'activités corrélées ou interactives qui transforme des éléments d'entrée en éléments de sortie ».

Cette démarche ISO définit sept principes de management de la qualité qui sont les suivants :

- Principe n°1 : Orientation client
- Principe n°2 : Leadership
- Principe n°3 : Implication du personnel
- Principe n°4 : Approche processus
- Principe n°5 : Amélioration
- Principe n°6 : Prise de décision fondée sur des preuves
- Principe n°7 : Management des relations avec les parties intéressées

Le principe n°3 concernant l'implication du personnel est donc repris dans la norme ISO comme condition nécessaire à la mise en place d'un management de la qualité de type ISO. L'implication du personnel est requise à tous les niveaux de l'organisation. Selon la norme ISO, « La reconnaissance, l'habilitation et l'amélioration des compétences facilitent l'implication du personnel dans l'atteinte des objectifs qualité de l'organisme. » (ISO, 2016)

B. Rôle de l'ensemble des acteurs dans la démarche

I. Nécessité d'impliquer l'ensemble des acteurs

Pour mener à bien une démarche qualité il est nécessaire d'impliquer les professionnels de terrain mais surtout de faire adhérer les managers. Comme le montrent les principes ISO concernant le leadership et l'implication du personnel ce sont des caractéristiques déterminantes dans une démarche d'amélioration continue de la qualité. L'amélioration n'est pas possible si la démarche n'est pas portée par l'ensemble des acteurs. Les enjeux sont différents selon les acteurs : les managers ont une vision d'objectifs à moyen et long terme alors que les acteurs de terrain ont quant à eux une vision à court terme des objectifs. Dès lors, on peut remarquer que la définition du terme qualité est différente selon la catégorie socio-professionnelle, comme le montre l'étude réalisée par Ali et Chougrani sur l'établissement hospitalier et universitaire d'Oran (2011).

II. Fédérer autour d'un objectif commun

La démarche qualité rassemble l'ensemble des acteurs vers un objectif commun : la satisfaction du client (Bellaïche, 2008). En effet, l'ensemble des acteurs d'une entreprise ont des missions permettant d'atteindre les objectifs de leur entreprise. Il est plus difficile pour les professionnels n'intervenant pas de manière directe avec le client de percevoir cet objectif. Pour mener une démarche qualité, il est nécessaire d'obtenir l'implication de tous les acteurs ; c'est pourquoi, il apparaît important de recentrer les acteurs sur un objectif commun. Dans le secteur sanitaire, l'objectif de la démarche qualité s'oriente autour de la qualité de prise en charge et de la satisfaction du patient.

Cependant, depuis ces dernières années émerge de plus en plus le concept de qualité de vie au travail des professionnels. Ce concept n'est pas nouveau puisqu'il apparaît dès le XXème siècle avec l'évolution de l'organisation du travail et les différentes expériences réalisées.

La qualité de vie au travail a un impact sur la performance économique d'une entreprise (Bourdu et al., 2017). C'est pourquoi la qualité des soins est directement liée à la qualité de vie au travail des professionnels. En effet, cela a notamment fait l'objet de nombreuses études qui aboutissent aujourd'hui à un consensus sur le lien entre la qualité des soins et la qualité de vie au travail (Jaouen, 2017). L'accord national interprofessionnel du 19 juin 2013 relatif à la qualité de vie au travail (ANACT, 2013) permet de favoriser le développement d'une démarche de qualité de vie au travail. Selon

cet accord (titre II article 1), la qualité de vie au travail peut se définir comme « un sentiment de bien-être au travail perçu collectivement et individuellement qui englobe l'ambiance, la culture de l'entreprise, l'intérêt du travail, les conditions de travail, le sentiment d'implication, le degré d'autonomie et de responsabilisation, l'égalité, un droit à l'erreur accordé à chacun, une reconnaissance et une valorisation du travail effectué. » La qualité de vie au travail englobe différentes dimensions, notamment celle de l'implication dans le travail.

Dans le secteur de la santé, la Haute Autorité de Santé (HAS) a également mis en place récemment le programme d'amélioration continue du travail en équipe (PACTE). Celui-ci a pour objectif de réduire la survenue des événements indésirables associés aux soins (EIAS). En effet, d'après le retour d'expérience de l'HAS sur 47000 événements indésirables : 27 % surviennent à cause de dysfonctionnements liés à l'équipe, 23% sont liés aux tâches à accomplir et 15% sont liés au patient lui-même. L'objectif de ce programme est donc d'agir sur les compétences non techniques d'une équipe. Comme le souligne Amalberti (2009, p.26-27) « Il est essentiel que les agents puissent élaborer collectivement une culture de sécurité fondée sur la solidarité, afin de rompre avec cette forme d'indifférence où chacun travaille dans son coin sans vouloir discuter sur ce que fait son voisin ».

Le programme PACTE se déroule sur deux ans avec trois phases clefs :

- Phase 1 : Diagnostic avec une analyse de la situation
- Phase 2 : Mise en œuvre et suivi des actions définies suite au diagnostic
- Phase 3 : Bilan des actions et réévaluation de la situation

Ces 3 phases permettent comme l'indique l'HAS de passer d'une équipe d'experts à une équipe experte. Des outils ont été réalisés afin de faciliter la mise en place de ce programme au sein des établissements de santé. Comme l'indique Sandrine Desffains (2006) le dynamisme d'une équipe est source d'implication et favorise le sentiment d'appartenance au groupe.

C. L'impact négatif de la démarche qualité

I. Les freins à la démarche :

Face à la mise en place d'une démarche qualité, certains freins peuvent apparaître tels que :

a. La limitation de l'autonomie des acteurs qui peut être contre-productive

L'autonomie des acteurs est une caractéristique essentielle à leur implication comme nous avons pu le voir précédemment. Cependant l'uniformisation procédurale d'une démarche qualité a tendance à limiter l'autonomie des acteurs (Bellaïche, 2008). Les professionnels doivent se référer à une procédure, alors que l'ensemble des situations sont difficilement prévisibles. Une procédure ne doit donc pas être trop détaillée afin de laisser une certaine autonomie aux professionnels de santé. De plus, les procédures deviennent assez rapidement obsolètes et nécessitent un travail quotidien de mise à jour. Cela peut engendrer du point de vu des professionnels un sentiment d'éloignement de la réalité de terrain. De plus, ces documents doivent être des points de repères en effet la communication orale est nécessaire afin de transmettre des informations, celle-ci ne doit pas être négligée. Avec les différentes exigences réglementaires liées aux textes mais également à la certification, la gestion documentaire peut être conséquente. Celle-ci peut paraître peu attractive et décourager les professionnels.

Un article écrit par René Amalberti dans Santé & Travail (2009) montre que la rigidité des procédures peut engendrer la limitation de l'autonomie des professionnels, surtout lorsque les moyens humains et matériels ne sont pas à disposition. Cela permet donc de faire le lien avec l'importance de la qualité de vie au travail.

La traçabilité peut constituer une contre-productivité car elle justifie une gestion quotidienne et ne constitue pas de bénéfice immédiat (Desoubieux et al. , 2014). En effet, la traçabilité représente un temps de plus en plus important pour les professionnels.

b. Défaut d'implication de la direction et des managers

L'implication de la direction et des managers est essentielle à la mise en place d'une démarche qualité. En effet, la direction et les managers sont des acteurs permettant d'introduire la démarche qualité et de donner les orientations à suivre. La direction a notamment un rôle central puisqu'elle définit la stratégie de l'entreprise. Afin de déployer une démarche qualité à tous les niveaux il est essentiel de convaincre les managers de la mise en œuvre de cette démarche.

Les managers ont un rôle important dans la dynamique de la démarche qualité, il est nécessaire pour conserver cette dynamique de renvoyer à son équipe des signes de reconnaissance. Un manque de reconnaissance des managers peut également engendrer une faible implication des acteurs de terrain, en effet comme l'explique Bellaïche (2008, p. 224) « L'incitation, l'argumentation, la sensibilisation ne peuvent rien, si des problèmes de

management freinent les initiatives ». C'est pourquoi, le climat social est un facteur à prendre en compte dans la mise en place d'une démarche qualité.

c. Perception de la qualité comme contraignante et engendrant une charge de travail supplémentaire

Comme nous l'avons vu précédemment la perception de la qualité est différente en fonction des acteurs, la vision positive n'étant pas partagée par tous. En effet, certains perçoivent cette démarche comme une charge de travail supplémentaire. (Walkstein, 2009). Il compare notamment la représentation de la qualité à « une représentation sociale ». De plus, pour être impliqué dans une démarche qualité, il est important d'être au préalable engagé et motivé dans sa propre fonction au sein de l'établissement (Bellaïche, 2008).

d. Caractère abstrait et complexité de la démarche et démographie médicale

La démarche qualité peut paraître abstraite pour certains professionnels dont les médecins qui préfèrent se concentrer sur leur domaine technique de spécialisation (Desoubeaux et al. , 2014). En effet, dans certaines régions où la densité médicale est faible, des difficultés de recrutement apparaissent pour certaines spécialités. Cela engendre des difficultés d'implication des professionnels médicaux qui doivent prendre en charge un nombre important de patients.

La démarche qualité s'articule autour de différentes méthodologies qui peuvent paraître complexes pour les acteurs de terrain, un manque de formation des professionnels concernant ces méthodes peut entraîner des freins à leur implication. Selon Bellaïche (2008, p 66) « Centrés sur la tâche, le projet, le sens peut nous être évident et nous avons plutôt tendance à nous concentrer sur la méthode le comment ». Or il est important pour impliquer les acteurs qu'ils comprennent le sens de la démarche c'est-à-dire le pourquoi.

e. Le temps de mise en place de la démarche et sa rigueur

La démarche qualité est une démarche qui s'articule sur le long terme, notamment dans la mise en place des actions qui nécessitent l'accord de la hiérarchie. Le cloisonnement des différentes entités d'une entreprise peut engendrer un retard dans la mise en place effective de la démarche et des actions à mettre en place. C'est pourquoi un manque de communication peut constituer un frein à la démarche et décourager les acteurs. Il est nécessaire d'impliquer également les acteurs de terrain le plus en amont

possible, par exemple lors de la rédaction de procédures afin d'éviter le rejet de celles-ci (Bellaïche, 2008). Cela est également préconisé dans le cadre d'une démarche de conduite du changement, en effet cela permet de donner confiance aux acteurs.

De plus, pour être acceptée, l'idée doit émaner du terrain c'est-à-dire des acteurs concernés cela rejoint aux principes du management participatif. Les acteurs impliqués pourront également expliquer et promouvoir la démarche auprès des autres acteurs. Il est important de réfléchir ensemble avec les acteurs de terrain à leurs propres besoins et non d'identifier uniquement les besoins en termes d'écarts réglementaires. Même s'il est important de prendre en compte l'ensemble de ces éléments réglementaires tels que les référentiels de bonnes pratiques, les normes etc..

La démarche qualité de par sa rigueur peut être perçue comme un ensemble de règles complexes (Walkstein, 2009). Cette rigueur peut susciter des incompréhensions auprès des acteurs. De plus, comme l'indique Desoubieux et al, l'amélioration de la qualité des soins n'est pas proportionnelle à l'investissement dans la démarche il s'agit plutôt d'une asymptote qui tend à s'approcher d'une limite. Cependant cette démarche continue peut parfois apparaître aux yeux des acteurs de terrain comme du « bachotage » notamment à l'approche d'une visite de certification où les acteurs sont fortement mobilisés (Bellaïche, 2008).

II. La conduite du changement

La mise en place d'une démarche qualité nécessite parfois certains changements au sein de l'organisation. Or, lors d'un processus de changement nous pouvons identifier différentes résistances auprès des acteurs concernés. Ces résistances et freins peuvent s'expliquer par différents facteurs que nous venons de voir.

Le changement doit s'anticiper en amont, afin de préparer l'ensemble des acteurs puisqu'il est nécessaire que ces derniers s'approprient le changement afin d'y adhérer. Cependant, afin de gagner du temps certaines étapes de préparation du changement sont parfois négligées et le changement n'aboutit pas à ce que l'on espérait.

C'est au manager de conduire le changement et pour cela il est nécessaire de se l'approprier afin de mobiliser. Selon Sandrine Caillé (2011), plus un changement est cadré plus il produit de résistance des équipes. La démarche qualité peut être perçue comme trop cadrée par certains acteurs, c'est pourquoi il apparaît nécessaire d'appliquer les principes de conduite du changement dans le cadre de la mise en place d'une démarche qualité.

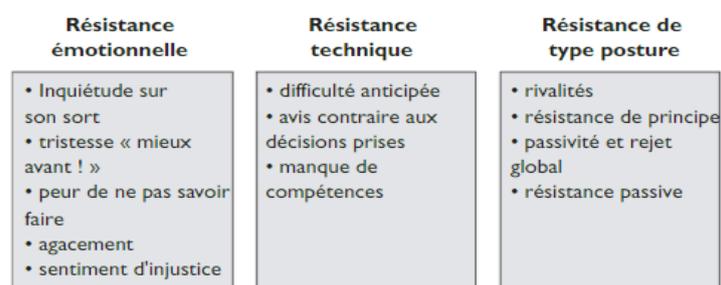
Pour mener le changement trois comportements sont nécessaires :

- Prendre du recul : afin de faire un diagnostic de la situation
- Donner envie : pour cela il faut convaincre de l'intérêt et comprendre les difficultés
- Accompagner et soutenir sans donner les solutions

La réussite du changement s'articule autour de méthodes et d'organisations mais également de gestions des aléas et des résistances. Il est nécessaire de lever les principaux freins. Les acteurs doivent donc exprimer leurs résistances de manière collective en groupe cela permet de faire avancer le processus de changement. Il peut également être nécessaire de traiter individuellement certaines résistances personnelles (avenir, avantages, rémunérations).

Sandrine Caillé (2011, p.67) identifie trois types de résistance :

- Résistance émotionnelle
- Résistance technique
- Résistance de type posture



Les 3 types de résistance

Figure 5 : Les 3 types de résistance au changement, Sandrine Caillé, De changement en changement : changer sans s'épuiser, faire changer sans s'énerver, 2011

Pour faire face à ces différents types de résistance il est nécessaire d'avoir un comportement approprié. De manière générale, il est nécessaire de prendre le temps d'écouter les acteurs, afin qu'ils se sentent considérés et d'échanger sur les différentes problématiques. Ensuite, une fois les résistances levées, il est important de matérialiser le changement et de suivre ces changements à travers un feed-back régulier auprès des équipes sur l'état d'avancement. Pour faire avancer la démarche et trouver des solutions, il est important d'interroger les bonnes personnes concernées par le sujet, il s'agit du principe de subsidiarité (c'est-à-dire la prise de décisions au bon niveau) (Bourdu et al., 2017)

D. L'importance du contexte de l'entreprise dans la démarche qualité

I. Histoire et culture de l'entreprise

La réussite d'une démarche qualité repose sur différents éléments que sont la culture de l'entreprise, ses valeurs, la hiérarchie interne, les modes de relation et régulation des individus. Elle prend en compte l'histoire et la culture de l'entreprise, le climat social, le management, la gestion du personnel et la rémunération (Bellaïche, 2008). En effet, la mise en place d'une démarche qualité nécessite de s'interroger sur la spécificité du contexte de l'entreprise, étant donné que celui-ci peut influencer sur la démarche. L'orientation de la démarche peut être différente selon le statut de l'établissement, puisque les objectifs et les valeurs de l'établissement sont différents.

La mise en place d'une démarche qualité dans le secteur de la santé a une spécificité par rapport au secteur industriel qui est l'aspect humain. Celui-ci entre en compte plus que l'aspect technique.

Dans le domaine de la santé, la démarche qualité s'est développée en lien avec les scandales sanitaires, ceux-ci entraînant une image négative, c'est pourquoi la démarche qualité peut ne pas être perçue comme une démarche de progrès.

II. Réformes hospitalières et ses conséquences :

Les établissements sont soumis depuis 2004 à un nouveau mode de financement : la tarification à l'activité (T2A) remplaçant ainsi le financement par dotation globale. La tarification à l'activité a pour conséquence de définir des tarifs par pathologie, les établissements perçoivent donc des recettes en fonction de leur volume d'activité et des pathologies traitées. La tarification à l'activité est un levier considérable pour les pouvoirs publics qui peuvent moduler les tarifs en fonction de leurs orientations stratégiques. Avec la dotation globale de financement, les établissements n'avaient pas réellement de contrainte budgétaire ; ils recevaient une enveloppe globale pour l'ensemble des activités à financer et il n'y avait pas de lien entre les dépenses et les recettes. La tarification à l'activité permet donc de réaliser ce lien, et pousse les établissements à réfléchir à la pertinence des dépenses par rapport aux recettes.

De plus, la T2A implique un niveau de concurrence sur les territoires de santé avec la répartition des volumes d'activité entre les établissements d'un même territoire. De même la concurrence sur un même territoire s'illustre avec les différents appels à projet, lancés par les Agences Régionales de Santé (ARS). C'est pourquoi les établissements de

santé doivent de plus en plus orienter leur offre de soins en lien avec les besoins du territoire. (Beaucourt, 2011).

Une réforme importante au secteur de la santé a été promulguée en 2009 il s'agit de la loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST), celle-ci s'articule autour de 4 axes :

- *Les établissements de soins et leur modernisation*
- *Des soins de qualité pour tous*
- *L'organisation territoriale du système de santé*
- *La politique de prévention et de santé*

La loi HPST s'inscrit dans la continuité de la réforme sur la tarification des établissements de santé au niveau de la gestion budgétaire. Pour ce qui est de la gouvernance hospitalière, les instances des établissements publics sont également redéfinies, ainsi que les pouvoirs des directeurs. Les établissements doivent définir des pôles d'activité qui seront sous la responsabilité de chef de pôle. Afin de coordonner l'organisation territoriale, les Agences Régionales de Santé (ARS) sont mises en place, elles sont chargées à l'échelle régionale de décliner la politique nationale de santé. Cela s'accompagne également de la mise en place d'un projet régional de santé s'inspirant des principes du projet national et prenant en compte les spécificités territoriales. Afin d'évaluer les besoins du territoire, des schémas régionaux sont mis en œuvre. La loi HPST renove les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) ; ceux-ci ont pour objectif de décliner de manière opérationnelle pour chaque établissement le projet régional et les schémas régionaux. De plus, les CPOM peuvent être déclinés à d'autres offreurs de soins tels que les réseaux de santé ou centre de santé. Les CPOM peuvent être un moyen pour réguler l'offre de soins sur un territoire. La loi HPST vise également à favoriser le parcours de soins et à mutualiser les compétences. Cela s'illustre à travers la coopération des établissements de santé et le déploiement des communautés hospitalières de territoire (CHT) qui sont réservées aux établissements publics. Un autre mode de coopération existait avant la loi HPST, le groupement de coopération sanitaire (GCS), celui-ci était ouvert aux établissements du secteur sanitaire, médico-social peu importe leur statut et à l'offre de soins de ville.

En 2016, la loi de modernisation du système de santé réaffirme l'importance de la coordination des acteurs du système de santé avec la mise en place des groupements hospitaliers de territoire (GHT). Ce dispositif est obligatoire pour les établissements sanitaires publics, et facultatifs pour les établissements publics médico-sociaux et les

établissements privés. Les GHT viennent remplacer les CHT mises en place par la loi HPST. L'objectif est de permettre aux hôpitaux d'un même territoire d'élaborer un projet médical commun et de se partager des missions ou fonctions supports tels que les achats. Cela pourra permettre aux établissements de santé de réaliser des économies. L'objectif étant d'élaborer une offre de soins commune et graduée pour les patients.

Pour ce qui est de la démarche qualité au sein de ces groupements hospitaliers de territoire, celle-ci tend à s'harmoniser dans l'ensemble des établissements appartenant à un GHT. En effet, la loi de modernisation de la santé a mis en place la certification conjointe au sein des établissements appartenant à un GHT. Actuellement ce dispositif est proposé par l'HAS sur la base du volontariat, mais celui-ci s'imposera à l'ensemble des établissements d'ici 2020. D'après les retours d'expérience de l'HAS dans son article « Certification & groupement hospitalier de territoire : c'est engagé » d'Avril 2017, les établissements ayant mis en place une certification conjointe soulève le bénéfice fédérateur entre les professionnels des différents établissements et l'émergence du « travailler ensemble ». Comme le souligne l'HAS, il y a quelques interrogations chez les professionnels, cependant la certification est un levier stratégique pour fédérer les acteurs. L'HAS a identifié sept facteurs de réussite de la mise en place d'une démarche qualité territoriale, parmi ceux-ci on retrouve une communication régulière en interne et en externe, l'impulsion et l'implication de la direction mais aussi le respect des identités et de leur autonomie.

Comme l'indique Beaucourt (2011) les établissements sanitaires sont habitués à des modèles bureaucratiques, qui tendent à être réduits de par les réformes hospitalières. En effet, les GHT permettront d'harmoniser les outils et méthodes utilisés dans une démarche continue d'amélioration de la qualité et de fluidification du parcours patient.

III. Spécificité des ressources humaines dans le secteur hospitalier

Le secteur sanitaire comporte des spécificités avec une part importante du budget des établissements orientée vers la masse salariale. En effet, selon la direction générale de l'offre de soins, les charges de personnels représentent deux tiers des dépenses d'exploitation des établissements de santé publics. Il est donc important de s'intéresser aux ressources humaines intervenant dans les établissements. Le secteur sanitaire s'est développé dans un contexte spécifique, dû notamment aux réformes et à un contexte de restriction budgétaire qui a pour conséquence un taux élevé de burn out (Desriaux, 2009).

Selon l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH), dans son rapport sur l'analyse des bilans sociaux des établissements publics de santé en 2015, le taux de rotation du personnel (ou turnover) est de 9,5% pour les professionnels non médicaux et 9,7% pour le personnel des services de soins (pour 365 établissements étudiés).

Ce taux de rotation est calculé de la façon suivante : $[(\text{Nombre d'arrivées} + \text{Nombre de départs au cours de l'année})/2] / \text{Effectif physique moyen de l'année}$.

Le taux de turnover est un facteur à prendre en compte dans le cadre de la démarche qualité puisque la rotation du personnel peut entraîner des risques notamment de discontinuités du service proposé. De plus, cela aboutit à la nécessité de former sans cesse de nouveaux professionnels (Bernard, 2000). La formation présente un coût important pour les établissements. En effet, s'il est nécessaire de former en continu de nouveaux professionnels qui ne resteront pas au sein de l'établissement cela engendre en quelques sortes un investissement financier non rémunérateur et non efficient sur le long terme. De plus, l'instabilité des managers peut entraîner des difficultés de mise en place des projets d'établissements ce qui fragilise la mise en place d'une démarche qualité (Ali et Chougrani, 2011).

Toujours dans le rapport de l'ATIH sur l'analyse des bilans sociaux des établissements publics, le taux d'absentéisme est de 3,4% pour les professionnels médicaux, 8,1% pour les professionnels non médicaux et 8,8% pour les professionnels des services de soins. Selon ce rapport le taux d'absentéisme est plus élevé chez les aides-soignantes avec 9,9% que chez les infirmiers : 7,8%. L'absentéisme a également un coût pour les établissements, puisque dans le cadre de la continuité du service il est nécessaire de remplacer les professionnels absents. Cet absentéisme n'est pas favorable à la démarche d'amélioration continue de la qualité, en effet le remplacement des professionnels perturbe les différents services et peut présenter des risques en termes de qualité fournie.

Selon un article de la revue Santé au travail et travail en santé (Brami et al., 2013) l'absentéisme reflète les difficultés ressenties par les professionnels face au cadre organisationnel proposé. Les réformes du secteur hospitalier créent de nouvelles conditions de travail qui sont en lien direct avec l'absentéisme. Comme nous le montre l'enquête sur les conditions et organisations du travail auprès de 5000 actifs en établissement de santé réalisée en août 2016 par la DRESS, 40% des professionnels estiment n'avoir pas de temps suffisant pour effectuer correctement leur travail.

La maîtrise du taux de turnover et du taux d'absentéisme est donc un enjeu pour les établissements hospitaliers au niveau de la qualité des services proposés mais également au niveau financier. Dans son article « Un personnel désorienté » Caroline Gaudart (2009) explique que le manque de moyens impacte la qualité des soins, en effet un nombre de personnel restreint et l'intensification des tâches diminuent le temps d'échange avec les patients mais également entre les différents professionnels. Les professionnels sont épuisés, cela aboutit ensuite à un turnover élevé qui oblige les professionnels en poste à consacrer du temps pour la formation des professionnels arrivants.

Le secteur de la santé de manière globale, mais principalement au sein des établissements de santé fait face à des difficultés de recrutement des professionnels médicaux. Comme l'indique l'atlas de la démographie médicale en France au 1^{er} janvier 2016, la démographie médicale est inégalement répartie sur l'ensemble du territoire. De plus, même si la tendance générale entre 2007 et 2016 est en augmentation de 7% des effectifs de médecins spécialistes, certaines spécialités comme la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent rencontrent une baisse de leurs effectifs de 50%.

Les difficultés rencontrées au niveau des ressources humaines peuvent avoir des conséquences néfastes sur la mise en place d'une démarche d'amélioration continue de la qualité. En effet, que ce soit des problématiques d'absentéisme ou des difficultés de recrutement, la non stabilisation du personnel a pour conséquence des mouvements fréquents et la nécessité de formation et d'encadrement des professionnels arrivants afin de les intégrer à l'établissement mais également à la démarche qualité.

E. Les leviers pour impliquer les acteurs dans la démarche qualité

Différents leviers peuvent être utilisés pour impliquer les acteurs dans la démarche qualité et faire face aux freins rencontrés lors de la mise en place ou le suivi d'une démarche. Ces leviers peuvent être identifiés à différents moyens permettant de les mettre en place. Cependant ces leviers peuvent comporter certaines limites dans leur mise en place.

Le tableau ci-dessous illustre les différents leviers permettant l'implication des acteurs dans la démarche qualité, les raisons pour lesquelles il est important d'utiliser ces leviers. En d'autres termes, les différents leviers sont associés aux différents freins à supprimer pour mettre en place une démarche continue.

Leviers permettant d'impliquer	Pourquoi utiliser ce levier ?	Moyens	Les limites
<p align="center">Caractère réglementaire de la démarche qualité</p>	<p>Le caractère réglementaire n'est pas contestable et s'applique à tous. De plus, certains outils récemment mis en place tel que le contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins peuvent engendrer des pénalités financières si les objectifs en termes d'amélioration de la qualité ne sont pas atteints.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Texte réglementaire - Référentiel de la HAS - Certification HAS - Rapprochement entre la demande d'autorisation et les résultats de la démarche qualité 	<p>L'aspect réglementaire a cependant certaines limites pour pouvoir impliquer les professionnels dans la démarche qualité, en effet les exigences réglementaires sont constamment revues à la hausse et parfois celles-ci ne sont pas en adéquation avec la réalité et la faisabilité du terrain. Ce qui peut donner une image négative de la démarche qualité.</p>
<p align="center">Sens donné à la démarche</p>	<p>Le sens donné à nos actions est un levier de motivation incontournable comme l'indiquent plusieurs auteurs tels que le Desjacques et Rodet (2017).</p>	<p>Formation / Sensibilisation des professionnels</p> <ul style="list-style-type: none"> - Au cours de la formation continue des 	<p>Les limites pouvant apparaître au niveau de la formation et sensibilisation des professionnels sont multipliées à savoir que chaque professionnel arrivant doit être formé à son arrivée afin de</p>

Leviers permettant d'impliquer	Pourquoi utiliser ce levier ?	Moyens	Les limites
	<p>Afin d'impliquer les acteurs il apparaît essentiel que ceux-ci puissent comprendre l'objectif visé par la démarche. De plus, il peut apparaître un sentiment de développement de ses compétences qui peut avoir un aspect positif permettant l'implication des acteurs.</p> <p>La communication en interne de la démarche est un facteur de réussite identifié par l'HAS (2002) dans son guide sur les principes de mise en œuvre d'une démarche qualité en établissement de santé. En effet, elle permet le partage de sens autour de la démarche et suscite la prise de conscience des professionnels sur les améliorations à réaliser. Le sens de la démarche doit être porté par les managers, c'est à eux d'expliquer, faire adhérer afin de susciter l'envie (Desjacques et Rodet, 2017).</p>	<p>professionnels</p> <ul style="list-style-type: none"> - En interne au sein de la structure (pour les professionnels arrivants et de manière périodique pour les autres professionnels) <p>Communication autour de la démarche :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Retour sur les résultats des évaluations - Article qualité, journal interne - Missions des managers au quotidien lors des réunions d'équipe 	<p>comprendre la démarche qualité et les méthodes utilisées. La formation des professionnels présente un coût pour l'établissement. De plus, une limite peut apparaître en cas de turn-over important, c'est-à-dire la nécessité de former en continue de nouveaux professionnels.</p> <p>Pour ce qui est de la communication autour de la démarche, des limites peuvent apparaître au niveau des moyens de communication existants. En effet, au sein d'un établissement beaucoup d'informations sont diffusées auprès des professionnels il est donc important d'utiliser des outils de communication efficaces auprès des professionnels (Utilisation des nouvelles technologies par exemple)</p>

Leviers permettant d'impliquer	Pourquoi utiliser ce levier ?	Moyens	Les limites
Management	<p>Le mode de management mis en place impacte la motivation au travail. De plus, cela est en lien avec l'implication des professionnels dans la démarche qualité. L'autonomie des acteurs est un facteur de motivation, selon Desjacques et Rodet (2017, p.28) « il s'agit d'une source majeure d'enthousiasme et de performance ».</p> <p>De plus, les retours positifs sur le travail réalisé et l'empathie des managers permettent de renforcer la motivation et l'engagement.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Autonomie des acteurs - Responsabilisation des acteurs : en leur donnant des missions, rôles spécifiques et en leur demandant de fixer leurs propres objectifs. Le manager doit également être à l'écoute des équipes afin d'éviter de subir des résistances. (Bernard, 2000) 	<p>L'autonomie donnée aux acteurs doit cependant être « contrôlée », il y a donc une limite dans le degré d'autonomie donné aux professionnels. Un cadre doit être mis en place avec une méthodologie et une organisation commune. De plus, comme l'indique l'HAS (2002) dans son guide sur les principes de mise en œuvre d'une démarche qualité en établissement de santé, il faut être vigilant concernant les objectifs à atteindre. Ceux-ci ne doivent pas être trop ambitieux, sinon ils ne seront pas atteints et décourageront les professionnels. Cela est réaffirmé par Desjacques et Rodet (2017, p.47) « Définir des objectifs trop haut à atteindre peut engendrer du stress auprès du collaborateur, à l'inverse un objectif trop bas va engendrer l'ennui et l'insatisfaction au travail ».</p>
Management participatif	<p>Le management participatif permet d'impliquer les professionnels, ce mode de management peut donc être utilisé pour impliquer les acteurs dans la démarche qualité.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Démarche qualité orientée autour de méthode participative telle que l'analyse processus, le patient 	<p>Le management participatif a cependant certaines limites au niveau des liens hiérarchique entre les professionnels et leur statut (salarié ou libéral) au sein de l'établissement. En effet, si l'on prend l'exemple des médecins libéraux intervenant au</p>

Leviers permettant d'impliquer	Pourquoi utiliser ce levier ?	Moyens	Les limites
	De plus, l'HAS a développé différents outils tels que le patient traceur qui permet à l'ensemble des acteurs intervenant dans le parcours patient d'échanger sur l'organisation de la prise en charge et de proposer des actions d'amélioration face aux difficultés rencontrées. (Desjacques et Rodet, 2017)	<p>traceur, les retours d'expériences.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Associer les équipes de terrain dans la réalisation et la définition des objectifs. 	sein d'un établissement, ceux-ci sont indépendants de l'établissement, or ils participent à la prise en charge du patient et sont des acteurs incontournables pour l'amélioration de la démarche qualité.
Système de reconnaissance	La reconnaissance et la valorisation du travail sont des facteurs permettant d'impliquer les professionnels, il s'agit d'un système d'encouragement et de valorisation des actions réalisées.	<ul style="list-style-type: none"> - Feed-back régulier - Définir des référents « qualité » : responsabiliser - Mise en place d'un programme d'amélioration continue du travail en équipe (PACTE) : nouvelle méthode afin de valoriser le travail en équipe 	Certaines limites peuvent apparaître notamment il faut être vigilant afin d'être cohérent dans les décisions prises pour chaque professionnel afin de ne pas créer de favoritisme.

Leviers permettant d'impliquer	Pourquoi utiliser ce levier ?	Moyens	Les limites
<p align="center">Culture organisationnelle</p>	<p>La culture organisationnelle est portée par les dirigeants de l'établissement, leur implication dans la démarche qualité constitue un levier d'implication pour l'ensemble des acteurs. En effet, si les dirigeants et managers ne sont pas impliqués eux-mêmes dans la démarche, ils ne pourront pas déployer et mettre en place une démarche qualité. Comme l'indique (Bernard, 2000) la réussite d'une démarche qualité résulte du leadership. C'est pourquoi, les enjeux de la démarche doivent apparaître dans le projet de l'établissement afin d'impliquer l'ensemble des acteurs.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Valeurs de l'établissement / Orientation, enjeux, objectifs du projet d'établissement - L'implication des dirigeants et des managers dans la démarche qualité : participation à la démarche - Système d'appartenance 	<p>La culture organisationnelle a cependant certaines limites, en effet les projets d'établissements sont difficilement connus de tous les acteurs car il s'agit de documents lourds et peu synthétiques. De même les orientations de l'établissement peuvent évoluer notamment à travers un turn-over des dirigeants et des managers.</p>
<p align="center">Reconnaissance externe</p>	<p>Le système de reconnaissance peut être valorisant pour les professionnels travaillant au sein d'un établissement.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Label et normes permettent de reconnaître les efforts fournis par l'ensemble des acteurs. - Valorisation de l'image 	<p>La limite concernant la reconnaissance externe est qu'il s'agit d'événement ponctuel tel que la préparation pour l'obtention d'un label, ce qui n'illustre pas forcément une démarche d'amélioration continue.</p>

Leviers permettant d'impliquer	Pourquoi utiliser ce levier ?	Moyens	Les limites
<p>Evolution des méthodes de la démarche de certification</p>	<p>La démarche de certification est un levier permettant d'impliquer les professionnels avec une échéance (la visite de certification). De plus, cette démarche s'accompagne de la mise en place d'outils qui sont au fil des différentes versions de plus en plus orientés vers le « terrain ».</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Audit de processus - Patient traceur - EPP : Evaluation des pratiques professionnelles 	<p>La limite de l'évolution des méthodes utilisées dans la démarche de certification est qu'un changement continu peut entraîner des difficultés d'appropriation par les professionnels. En effet, entre la définition d'une nouvelle méthode validée par la HAS et le temps de mise en place pérenne au sein de l'établissement (c'est-à-dire le temps de définir les enjeux, de former les professionnels et de mettre en place de manière stable la méthode), il s'écoule un temps important. Ce temps correspond au temps d'appropriation.</p>
<p>La conduite du changement</p>	<p>La conduite du changement peut être utilisée dans le cadre de la mise en place d'une démarche qualité. En effet, mettre en place une démarche qualité nécessite de lever certains freins (précédemment évoqués), cela peut être réalisé en appliquant les méthodes de conduite de changement. Comme indiqué par Desjacques et Rodet (2017, p .54) « Le besoin d'autonomie de liberté d'action est le</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Préparation le plus en amont possible de la conduite du changement - Respecter les phases de la conduite du changement 	<p>Les limites concernant l'application de la conduite de changement est qu'il est nécessaire d'anticiper le plus en amont possible les actions en lien avec la démarche qualité, afin de préparer les acteurs. De plus, certains managers perçoivent les changements comme un risque (Desjacques et Rodet, 2017). Comme l'indique (Bernard, 2000) la multiplicité des acteurs à mobiliser est l'une des difficultés dans la mise en place d'une démarche de conduite de changement.</p>

Leviers permettant d'impliquer	Pourquoi utiliser ce levier ?	Moyens	Les limites
	corollaire indispensable de la capacité à accepter le changement ».		
Coordination de la démarche	La coordination de la démarche permet de définir les orientations et de suivre les indicateurs qualité. La coordination à travers une instance permet d'impliquer les managers et la direction qui pourront ensuite communiquer les orientations de la démarche aux acteurs de terrain.	<ul style="list-style-type: none"> - Instance/Comité de pilotage pour suivre la démarche qualité au sein de l'établissement 	La démarche qualité peut être chronophage puisque à titre d'exemple de nombreux rapports annuels sont demandés par les autorités afin de justifier des suivis réalisées. De plus, ces éléments doivent être validés par différentes instances.
Les outils d'évaluations	Les outils d'évaluations permettent d'identifier des points forts et points à améliorer et donc d'identifier des objectifs à atteindre : concret pour les professionnels. Il est nécessaire d'impliquer les professionnels le plus en amont possible notamment lors de la création de la grille d'audit, cela permet de faciliter leur appropriation de la démarche. De plus un retour d'information est indispensable, afin de valoriser les professionnels pour le travail réalisé et valoriser les points positifs.	<ul style="list-style-type: none"> - Audits - Evaluations des pratiques professionnelles 	Les évaluations peuvent être perçues par les professionnels comme un moyen de contrôle et de surveillance et non comme un outil d'amélioration. Il faut donc être vigilant dans la communication autour de la démarche. De plus, en cas de non atteinte des objectifs fixés il est important comme l'indique Rodet et Desjacques (2017) de démystifier les écarts.

Leviers permettant d'impliquer	Pourquoi utiliser ce levier ?	Moyens	Les limites
Système d'information	Le système d'information est un levier permettant de faciliter la communication entre les professionnels. Le système d'information permet également de faciliter et de gagner en efficience.	<ul style="list-style-type: none"> - Outils de communication - Outils de traçabilité 	Le système d'information peut comporter des limites en termes de développement des outils. De plus, l'utilisation de ces outils nécessite de former les acteurs à leurs utilisations.
Caractère transversale de la démarche qualité	<p>La démarche qualité est transversale, elle s'applique à tous les acteurs. Il est important de ne pas la dissocier du quotidien et d'instaurer une culture qualité.</p> <p>Comme indiqué par Bernard (2000, p. 92) « La qualité n'est pas l'affaire d'une seule personne mais elle est l'affaire de tous »</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Plan de communication autour de la démarche qualité - Culture qualité et sécurité des soins 	La communication de la culture qualité et sécurité des soins nécessite un temps de mise en place, avec des rappels réguliers auprès des acteurs.

La communication autour de la démarche est un levier transversal que l'on retrouve à différents niveaux que ce soit au niveau de la culture qualité, le sens donné à la démarche et le système d'évaluation. En effet, la communication est un élément majeur dans la mise en place d'une démarche qualité. Une bonne communication est considérée comme un facteur essentiel de réussite (Bernard, 2000). Cependant la mise en place d'une démarche d'amélioration continue de la qualité doit être définie sur le long terme, et comme l'indique Desjacques et Rodet (2017) « Il ne faut pas oublier que l'humain a besoin de temps pour s'approprier, comprendre une nouvelle organisation ».

PARTIE 3 : Méthodologie et déroulement de l'enquête

A. Méthodologie de l'enquête

I. Echantillonnage

Afin de poursuivre la réflexion concernant les leviers permettant d'impliquer les acteurs dans une démarche d'amélioration continue de la qualité, une enquête de terrain a été réalisée. Celle-ci a été menée auprès de différentes catégories socio-professionnelles intervenant au sein d'établissements de santé publics ou privés. La méthode d'enquête utilisée est un questionnaire administré dans différents établissements après accord de la direction. Les établissements cibles sont situés dans la région Hauts-de-France, au total 14 établissements ont été contactés dont 6 établissements publics et 8 établissements privés. Parmi ces établissements, 11 d'entre eux ont accepté de diffuser l'enquête.

Au total dans ces établissements 94 questionnaires ont été renseignés, avec une majorité de retour pour les cliniques appartenant au même réseau. En effet, le taux de retour est plus important pour ces trois établissements car les questionnaires ont été administrés en version papier et donc transmis à l'ensemble des professionnels. Pour les autres établissements, le questionnaire a été envoyé à une personne au niveau de la direction qualité ou du responsable assurance qualité.

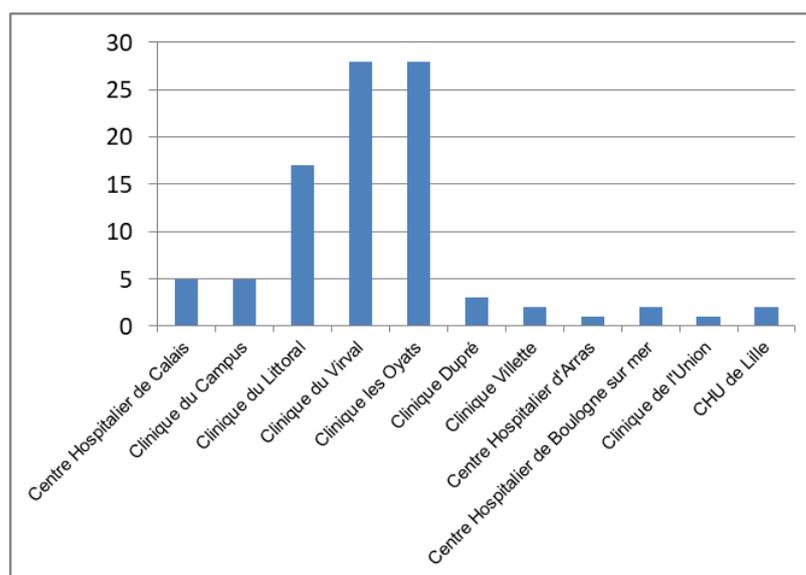


Figure 6 : Nombre de questionnaires recueillis par établissement

Parmi les établissements ayant participé à l'enquête, 84,04% sont issus du privé à but lucratif, 5,32% sont issus du privé à but non lucratif et 10,64% proviennent d'établissements publics.

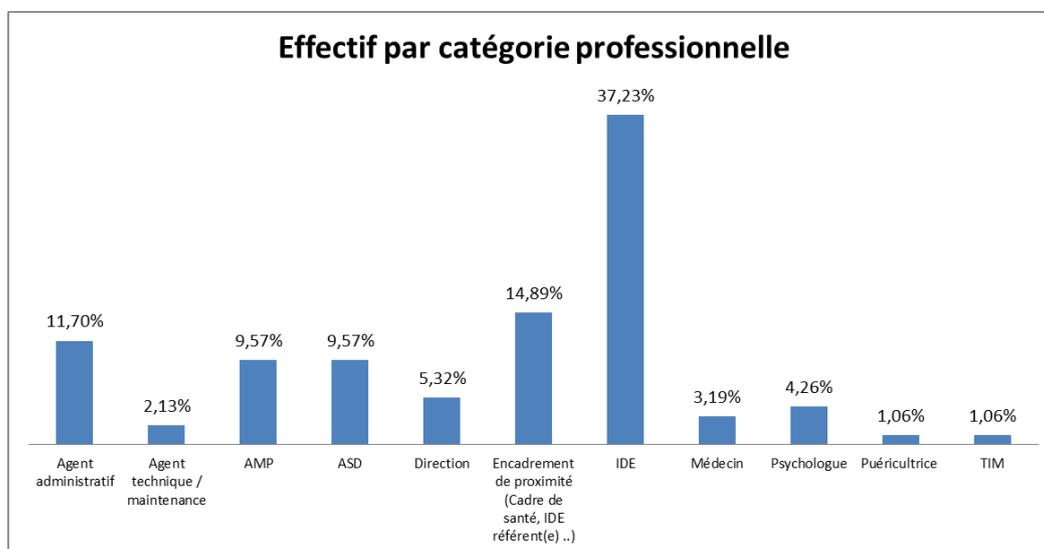


Figure 7 : Catégorie professionnelle des répondants

On retrouve différentes catégories socio-professionnelles parmi les répondants, voir le graphique ci-dessus. Certaines catégories professionnelles sont peu représentées comme les agents techniques, la direction, les médecins, les psychologues, les puéricultrices et les techniciens de l'information médicale, en effet elles sont moins présentes dans les établissements de santé.

Les objectifs de cette enquête sont :

- d'identifier quels sont les freins et leviers de la mise en place d'une démarche qualité pour les acteurs des établissements de santé et de les prioriser.
- d'étudier s'il y a des divergences concernant les freins et leviers entre les catégories socio-professionnelles
- d'analyser la perception des professionnels par rapport à la démarche qualité de leur établissement

Le questionnaire réalisé se décompose en quatre parties (Voir annexe n°1) :

- Une première partie concerne les caractéristiques du répondant :
 - o Nom de l'établissement
 - o Effectif de l'établissement
 - o Secteur
 - o Catégories socio-professionnelles

- Nombre d'années d'exercice au sein de l'établissement
 - Nombre d'années depuis l'obtention du diplôme
 - Age
- Une deuxième partie concerne les connaissances de professionnels par rapport à la démarche qualité au sein de leur établissement
 - Une troisième partie concerne le niveau d'implication, les freins et les leviers
 - Une quatrième partie permet aux professionnels de donner un avis global de la démarche qualité mise en place dans leur établissement.

Le questionnaire a été testé auprès d'environ 10 professionnels, une correction a été apportée concernant le statut de l'établissement. L'item « privé à but commercial » a été remplacé par « privé à but lucratif ». Le questionnaire a été diffusé de mi-mai jusque fin juin.

II. Les limites du questionnaire

La méthode du questionnaire présente certaines limites. Le questionnaire étant très directif notamment à travers les questions à choix multiples, ce qui ne permet pas une interprétation approfondie des résultats. Pour ce qui est des questions ouvertes, celles-ci permettent aux répondants de donner des réponses complètes cependant elles sont compliquées à analyser, au vu du nombre important de modalités.

Les répondants peuvent avoir des difficultés de compréhension vis-à-vis des questions. C'est pourquoi le questionnaire a été testé afin d'identifier de potentielles difficultés. De plus, selon le mode d'administration du questionnaire papier ou en ligne, les répondants peuvent choisir de ne pas renseigner certaines questions. Concernant l'enquête réalisée, une des limites de l'analyse est le nombre faible de répondants pour certaines catégories professionnelles. En effet, la portée de l'analyse est limitée pour ces catégories.

B. Analyse globale

I. Connaissance de la démarche qualité

Pour 97,87% des professionnels, l'établissement auquel ils appartiennent a mis en place une démarche qualité. Cette démarche est pour 91,67% d'entre eux une démarche continue, cependant 8,33% d'entre eux estiment que cette démarche

est rythmée en fonction des visites de certification. Cela permet dès le début d'identifier que la démarche qualité est connue des professionnels car ils sont nombreux à l'identifier au sein de leur établissement.

Pour ce qui est de la caractérisation de la démarche qualité en 3 mots, différents termes reviennent plus fréquemment tels que l'amélioration (25 fois : améliorer, amélioration), l'implication la réflexion et le partage pluridisciplinaire (13 fois), les termes autour de l'évaluation plus au moins positive avec les notions d'audit et de contrôle (11 fois). Voir détails de l'ensemble des réponses (Annexe n°II)

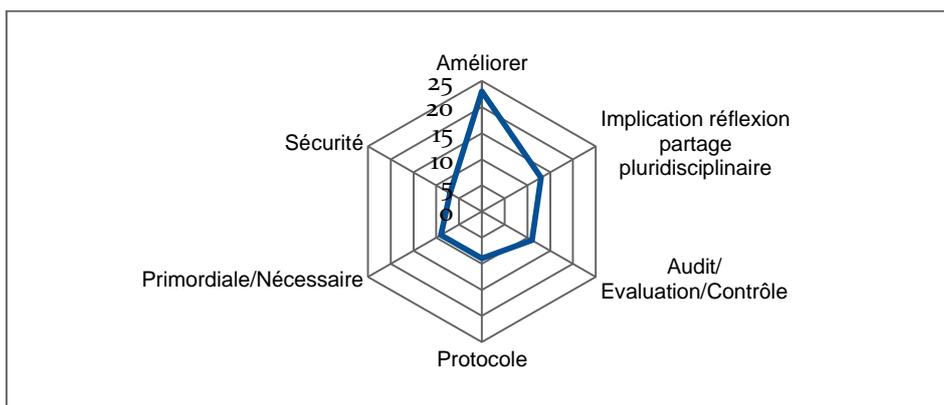


Figure 8 : Graphique les 6 mots les plus fréquemment cités dans la définition de la démarche qualité en 3 mots

Il paraît important de s'intéresser à la formation et sensibilisation des professionnels concernant la démarche qualité. On constate que 62,5% des professionnels sont formés à la démarche, 8,3% sont en cours de formation, 25% y sont sensibilisés et seuls 6,25% n'y sont pas formés (soit 1 professionnel). Les professionnels travaillant depuis moins d'un an sont pour 70% d'entre eux formés à la démarche qualité, pour environ 20% la formation est en cours ou planifiée, et 6% ne sont pas formés (soit 2 professionnels). A l'inverse, les professionnels travaillant depuis plus de 10 ans sont pour 42,9% d'entre eux sensibilisés, autant sont formés et 14,3% ne sont pas formés (soit 1 professionnel).

Nous remarquons de manière générale que les professionnels sont formés ou sensibilisés, même pour les professionnels arrivés depuis moins d'un an dans les établissements, nous pouvons donc supposer que la formation de la démarche qualité fait partie du circuit d'intégration des professionnels arrivants.

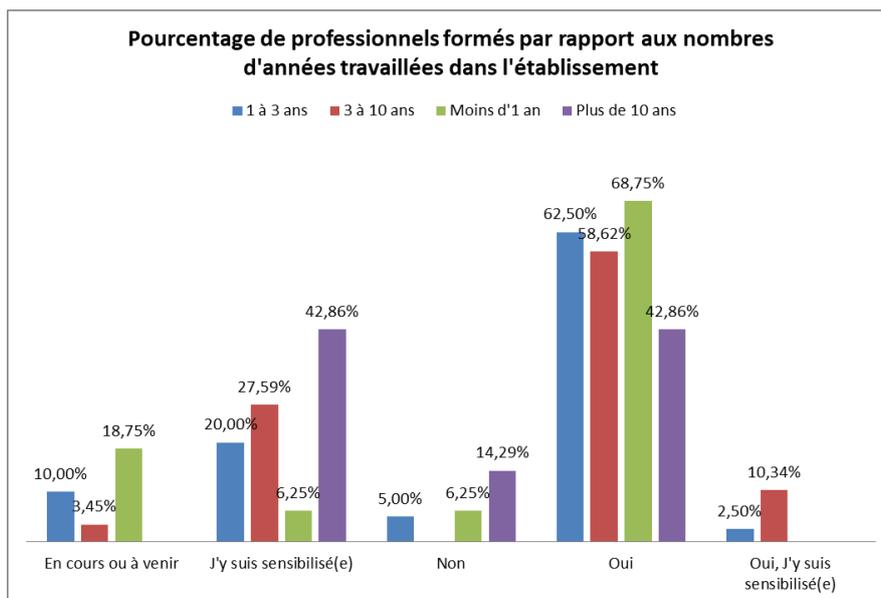


Figure 9 : Pourcentage de professionnels formés par rapport aux nombres d'années travaillées dans l'établissement

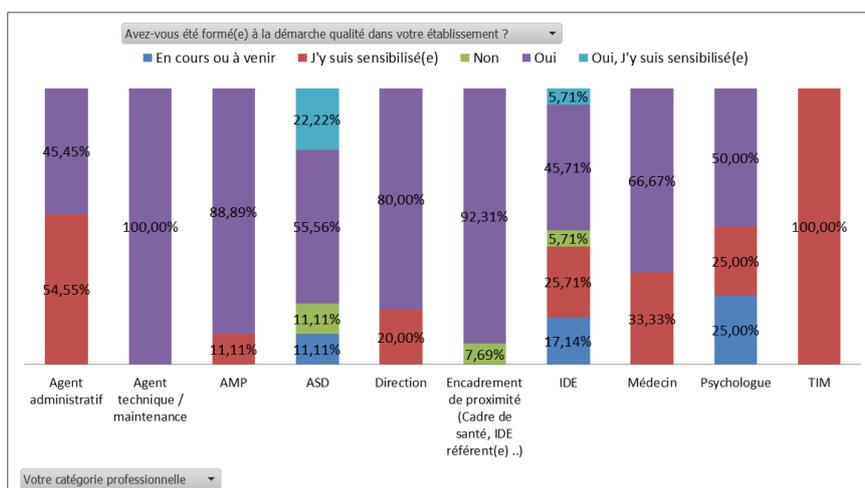


Figure 10 : Formation selon la catégorie professionnelle

Si nous étudions la variable formation par rapport à la catégorie socio-professionnelle on s'aperçoit que les professionnels les moins formés sont les agents administratifs (45,45%) en effet les agents administratifs sont davantage sensibilisés (54,55%). Nous remarquons donc que les agents administratifs ne participent pas aux formations, cela peut s'expliquer par le fait que ces professionnels ont un rôle différent par rapport à la prise en charge du patient et se sentent moins concerné par la démarche. Pour ce qui est des IDE 51,42% sont formés et 25,71% s'estiment sensibilisés. Les professionnels non formés sont les ASD (11,11% soit 1 professionnel), l'encadrement de proximité (7,69% soit 1 professionnel) et les IDE (5,71% soit 2 professionnels).

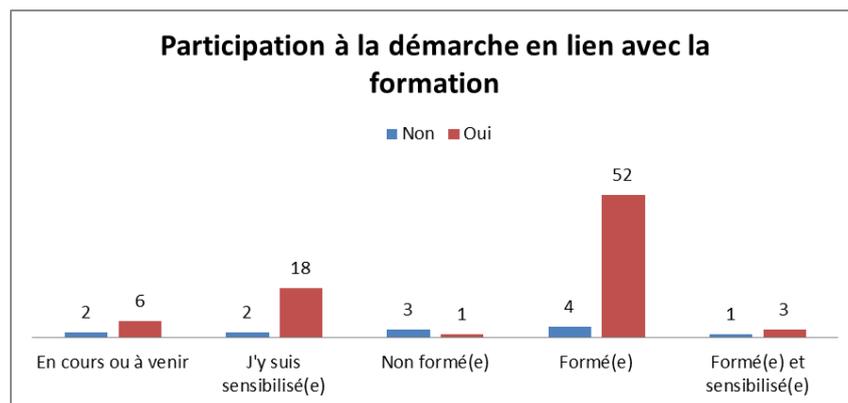


Figure 11 : Nombre de professionnels participant à la démarche qualité par rapport à leur formation

Il est intéressant de croiser l'aspect formation avec la participation dans la démarche. Nous remarquons que 52 professionnels ont été formés à la démarche qualité et y participent, 18 y sont uniquement sensibilisés et y participent également et 4 professionnels ne sont pas formés cependant 1 professionnel participe quand même à la démarche.

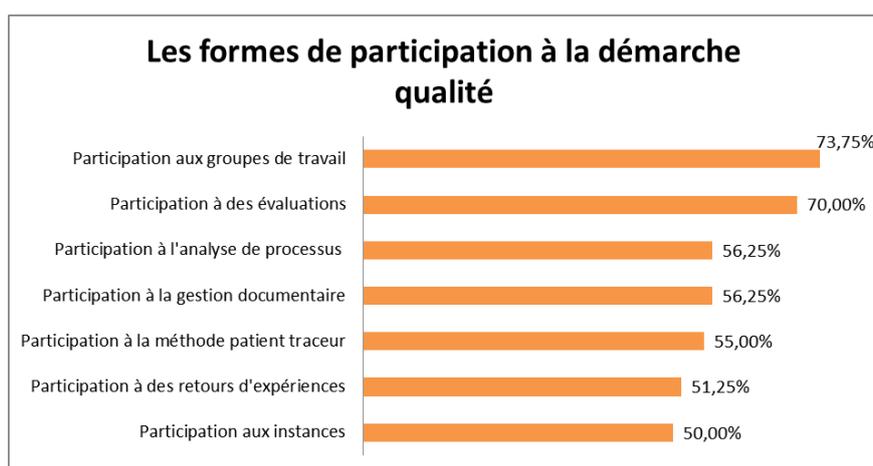


Figure 12 : Les formes de participation des professionnels à la démarche qualité

Au total 87% des professionnels (Soit 80 professionnels) participent à la démarche qualité. Parmi les professionnels qui ne participent pas à la démarche on retrouve 5 IDE (soit 14,3%), 3 ASD (soit 33,3%), 2 agents administratifs (soit 18,2%), 1 AMP (soit 11,11%) et 1 membre de la direction (soit 20%). Globalement la participation des professionnels à la démarche qualité est liée à la taille de l'établissement, plus celui-ci est grand moins les professionnels ont la possibilité de participer. Les ASD sont les professionnels qui en terme de proportion sont les plus nombreux à ne pas participer à la démarche qualité.

Pour les professionnels participants, on retrouve 73,75% des professionnels qui participent aux groupes de travail, 70% à des évaluations (audits, EPP, suivis d'indicateurs, IPAQSS..). Pour ce qui est de la participation aux nouvelles méthodes visant à préparer la certification : 56,25% des professionnels participent à l'analyse de processus et 55% à la méthode du patient traceur. Les retours d'expériences également mis en place depuis ces dernières années représentent un taux de participation de 51,25%. Pour ce qui est de la gestion documentaire 56,25% des professionnels y participent. Comme nous avons pu le voir précédemment, afin de faire appliquer les procédures celles-ci doivent provenir des professionnels de terrain. Pour la participation aux instances, le taux de participation est de 50% parmi les professionnels interrogés. Ce taux semble adéquat car l'ensemble des professionnels ne peuvent pas participer aux instances. En effet, l'objectif de celles-ci est de réunir un représentant de chaque catégorie professionnelle.

D'autres formes de participation ont été évoquées par les professionnels à savoir la participation à travers l'élaboration du projet de service, la participation au document unique d'évaluation des risques professionnels (qui fait partie des évaluations), les réunions relatives à la démarche qualité (qui peuvent s'apparenter aux groupes de travail), et la participation de manière quotidienne auprès des équipes.

Si l'on étudie les formes de participation à la démarche qualité selon les catégories socio-professionnelles (Graphique détaillé en annexe n°III, on remarque que la majorité des AMP (66,67%), ASD (66,67%) et des IDE (77,14%) ne participent pas aux instances. En revanche la majorité de la direction (80%) et l'encadrement de proximité (85,71%) y participent. En effet, de manière générale les instances réunissent les responsables de service qui sont ensuite chargés de diffuser l'information à leur équipe. La tendance semble s'inverser pour ce qui est de la participation aux groupes de travail où l'on remarque que la majorité des AMP (55,56%), des IDE (62,86%) y participent contre seulement 40% de la direction et 50% de l'encadrement.

En ce qui concerne la participation aux évaluations c'est-à-dire aux audits, aux évaluations des pratiques professionnelles ou encore au suivi des indicateurs, les réponses sont mitigées. On remarque que la majorité des AMP (77,78%), des IDE

(51,43%), des agents administratifs (54,55%) et de l'encadrement (57,14%) y participent. A l'inverse, seulement 33,33% des ASD et 20% de la direction participent aux évaluations.

Pour ce qui est de la gestion documentaire, pour la majorité des cas, les professionnels disent ne pas participer à la gestion documentaire, sauf pour les agents administratifs 54,55% d'entre eux.

La démarche qualité actuelle dans le secteur de la santé, se base sur deux grandes méthodes : l'audit de processus qui consiste à analyser les processus de l'établissement et la méthode du patient traceur. On remarque que 54,29% des IDE participent à l'analyse de processus. Les réponses sont mitigées pour les agents administratifs 45,45% y participent et ils sont 44,44% des AMP. Seul 35,71% de l'encadrement, 20% de la direction et 11,11% des ASD disent participer à l'analyse de processus. L'analyse des processus concerne l'ensemble des professionnels. La démarche processus est une démarche assez récente dans le secteur de la santé peut être pas encore connue de tous. Notamment la terminologie d'analyse de processus provenant de l'industrie n'est pas familière au secteur de la santé, on peut supposer qu'il y a un risque d'incompréhension pour certains professionnels.

Les professionnels qui participent le plus à la méthode du patient traceur sont l'encadrement (50%), les agents administratifs (45,45%) et les IDE (42,86%). Ceux qui participent le moins sont la direction (20%), les ASD (22,22%) et les AMP (33,33%). Cela peut s'expliquer pour la direction qui n'intervient pas de manière directe dans le parcours du patient.

Si l'on compare les résultats concernant ces deux méthodes on remarque que la direction et les ASD sont les catégories professionnelles qui participent le moins à ces nouvelles méthodes. Les ASD qui sont déjà peu à participer à la démarche qualité sont encore moins nombreux à participer aux nouvelles méthodes de certification. La participation des professionnels à la démarche qualité n'est pas toujours possible pour l'ensemble des professionnels cependant même s'ils ne participent pas à l'ensemble de la démarche ils doivent avoir un retour d'information sur la démarche.

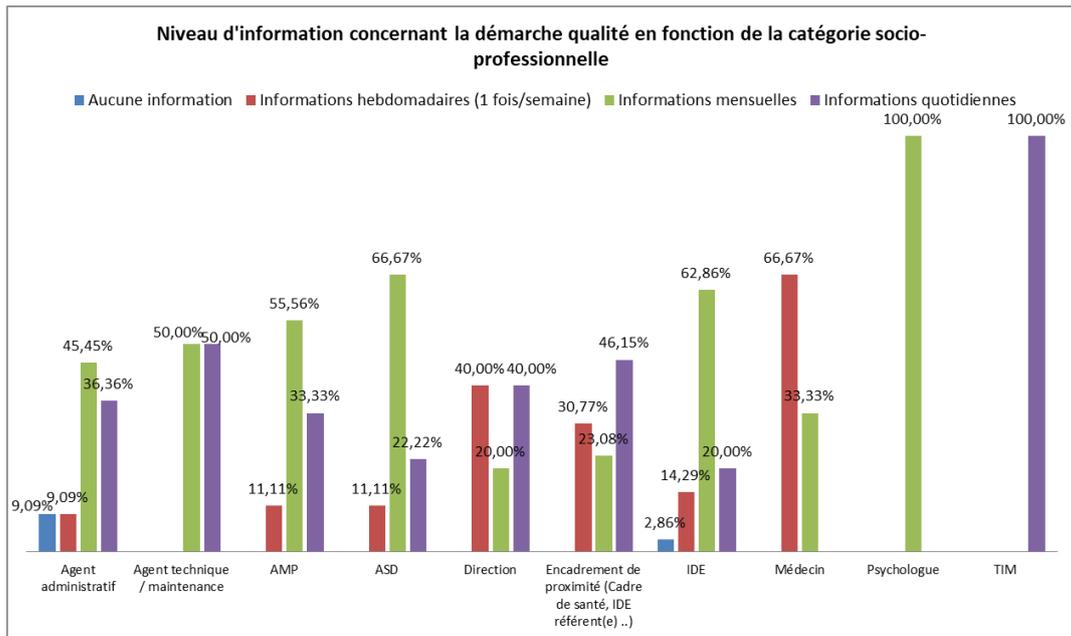


Figure 13 : Niveau d'information concernant la démarche qualité en fonction de la catégorie socio-professionnelle

Il semble intéressant d'évaluer le niveau d'information des professionnels selon leur catégorie professionnelle. Nous pouvons remarquer que la fréquence d'information est différente selon les professionnels, les AMP, ASD et IDE ont pour plus de la moitié une information mensuelle ; à l'inverse, l'encadrement et la direction ont pour environ 20% une information mensuelle, ils possèdent en majorité une information quotidienne (40% pour la direction et 46% pour l'encadrement) ou hebdomadaire (40% pour la direction et 31% pour l'encadrement).

Nous pouvons émettre l'hypothèse que cela est principalement dû aux modalités de communication et de diffusion des informations. La direction et l'encadrement ayant pour rôle de déployer l'information auprès des équipes. Il apparaît donc plus logique que ce soient les professionnels qui reçoivent le plus une information quotidienne de la démarche. 9% des agents administratifs disent n'avoir aucune information concernant la démarche qualité, pour 45% d'entre eux, ils perçoivent une information mensuelle.

La diffusion des informations est un élément important à prendre en compte car comme nous l'avons vu, selon Bernard (2000) la qualité de l'information diffusée est l'un des éléments de gestion responsable du sentiment d'appartenance qui peut se traduire ensuite par un état de mobilisation.

II. Le niveau d'implication, les freins et les leviers

Concernant le niveau d'implication on remarque que la majorité des professionnels répondent être impliqués entre 5 et 7 (soit 56,52%) sur une échelle de 1 à 10 (où 1 signifie pas du tout impliqué et 10 très impliqué). Le niveau moyen d'implication des professionnels répondant à l'enquête est de 6,5 sur 10, cependant la médiane se situe à 7 sur 10.

Si l'on compare le niveau d'implication des professionnels dans la démarche qualité, les membres de l'encadrement et de la direction sont plus nombreux à identifier un niveau d'implication supérieur ou égal à 8 soit 52,53% d'entre eux alors que les autres catégories professionnelles sont 17,8% à identifier un niveau d'implication supérieur à 8. En effet, une précédente enquête réalisée par CEGOS en 2016 a déjà montré que les managers se situaient à un niveau d'implication plus important.

Si l'on s'intéresse particulièrement au niveau d'implication des ASD qui représente la catégorie professionnelle qui participe le moins à la démarche qualité, leur niveau d'implication moyen est de 5,1 sur 10 (soit inférieur au niveau moyen), on peut donc dire que les ASD sont les professionnels les moins impliqués dans la démarche qualité. De manière générale les professionnels n'ont pas conscience du caractère transversale de la démarche qualité, en effet chaque acte du quotidien (traçabilité dans le dossier patient, utilisation des documents qualité ect..) est en lien avec la démarche.

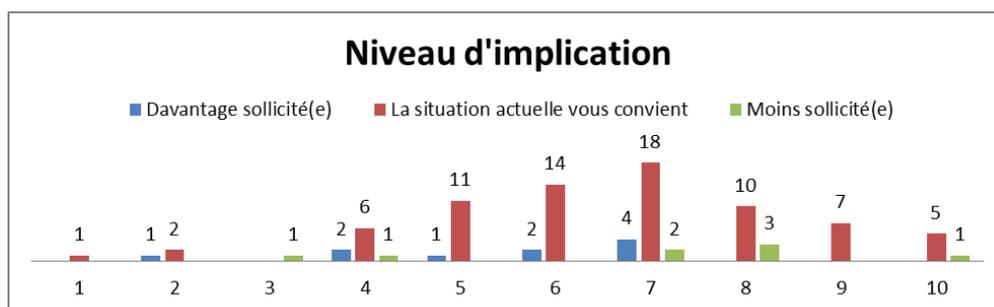


Figure 14 : Niveau d'implication et souhait d'être plus ou moins impliqué

Lorsque l'on demande aux professionnels s'ils souhaiteraient être davantage sollicités, moins sollicités ou si la situation actuelle leur convient, pour 80,4% d'entre eux la situation actuelle leur convient, 10,9% souhaiteraient être davantage sollicités et 8,7% souhaiteraient être moins sollicités.

Si l'on compare le souhait des professionnels à leur niveau d'implication, on remarque que 75% des personnes souhaitant être moins sollicitées se sont positionnées sur un niveau d'implication égal ou supérieur à 7. A l'inverse, les personnes souhaitant être davantage sollicitées se positionnent toutes à un niveau d'implication inférieur ou égal à 7.

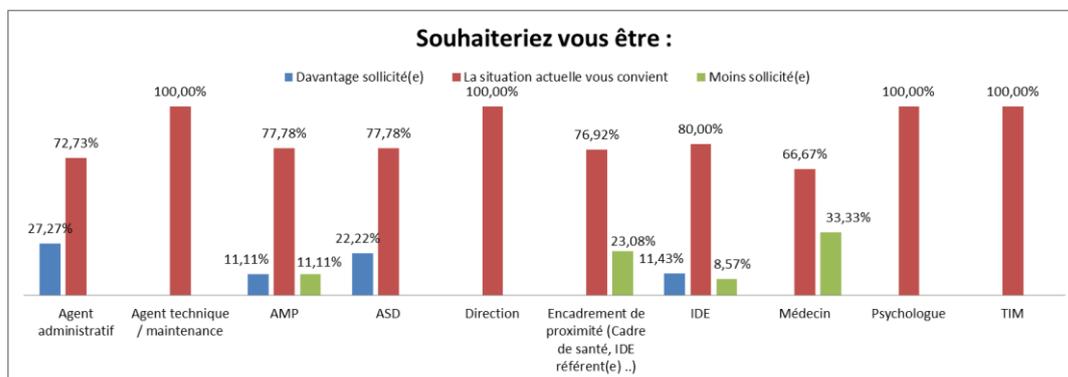


Figure 15 : Satisfaction par rapport à l'implication par catégorie professionnelle

Nous remarquons que les catégories professionnelles souhaitant être davantage sollicitées sont les professionnels administratifs avec 27,27% (ce qui représente 3 professionnels sur 11), les aides-soignantes avec 22,22% (soit 2 professionnels sur 9), 11,43% des infirmières (soit 4 infirmières sur 35) et 11,11% des aides médico-psychologiques (soit 1 professionnel sur 9). En effet, nous avons vu que les ASD sont les professionnels les moins impliqués et participant le moins à la démarche cependant ils sont 22,22% à vouloir être davantage sollicités.

A l'inverse, on retrouve 33,33% des médecins souhaitant être moins sollicités (soit 1 professionnel sur 3), 23,08% de l'encadrement (soit 3 professionnels sur 13), 11,11% des aides médico-psychologiques (soit 1 professionnel sur 9) et 8,57% des infirmières (soit 3 professionnels sur 35).

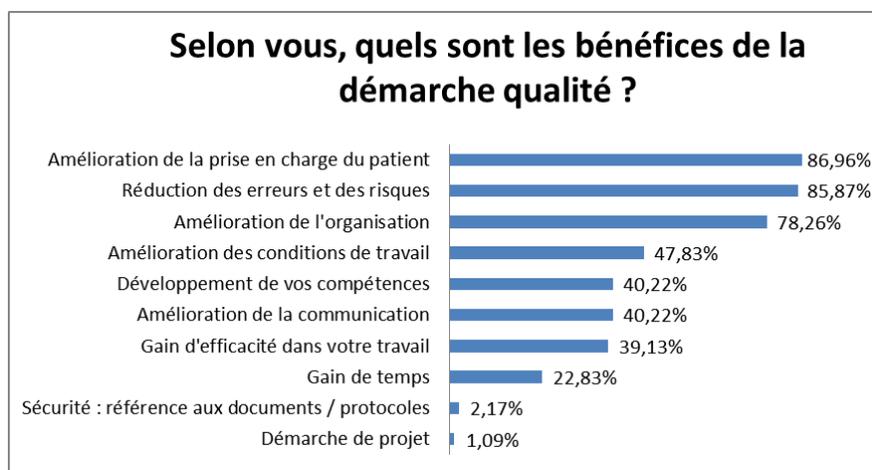


Figure 16 : Les bénéfices de la démarche qualité

Parmi les bénéfices de la démarche qualité celui identifié par le plus de professionnels est l'amélioration de la prise en charge du patient (86,96%), le second est la réduction des erreurs et des risques (85,87%) et en troisième position on retrouve l'amélioration de l'organisation (78,26%).

Très peu de professionnels (22,83%) estiment que la démarche qualité permet de gagner du temps, cependant ils sont 39,13% à identifier un gain d'efficacité dans leur travail. La notion d'efficacité peut être reliée à la notion de temps, en effet la combinaison de ces notions est l'efficience c'est-à-dire par définition l'efficacité au meilleur temps.

Si l'on étudie les bénéfices identifiés selon leur catégorie professionnelle (Voir graphique en annexe n°IV) on remarque que les AMP et ASD sont les professionnels qui considèrent le moins que l'amélioration de l'organisation est un bénéfice de la démarche qualité. A l'inverse, l'ensemble des professionnels de direction considèrent que l'un des bénéfices de la démarche qualité est l'amélioration de l'organisation. Les professionnels de soins (IDE : 88,57%, les AMP : 88,89% et les ASD : 77,78%) reconnaissent que la démarche qualité permet l'amélioration de la prise en charge du patient. Les professionnels de l'encadrement (100%), la direction (100%) et les agents administratifs (90,91%) identifient également l'amélioration de la prise en charge du patient comme bénéfice de la démarche qualité.

Les agents administratifs et l'encadrement sont ceux qui considèrent le plus que la démarche qualité permet un gain de temps (45,45% pour les agents administratifs et 35,71% pour l'encadrement). Pour seulement 11,11% des AMP et ASD la démarche qualité ne permet pas un gain de temps, les IDE sont légèrement plus avec 22,86%. On remarque donc que les professionnels de soins sont ceux qui n'identifient pas la démarche qualité comme un gain de temps. Pour ce qui est de l'efficacité dans le travail, seule la majorité des agents administratifs (54,55%) identifie la démarche qualité comme gain d'efficacité dans leur travail. De manière générale, les professionnels identifient plus facilement le gain d'efficacité comme 42,86% de l'encadrement par rapport au gain de temps.

Pour la majorité des agents administratifs, AMP et l'encadrement de proximité l'amélioration des conditions de travail est un bénéfice issu de la démarche qualité. Les conditions de travail font notamment partie des facteurs d'hygiène de la théorie

d'Herzberg qui doivent être satisfaites afin de ne pas démobiliser les professionnels. L'amélioration des conditions de travail issue de la démarche qualité est un élément positif puisque cela permet le maintien de la motivation.

En ce qui concerne la communication, pour la majorité, la communication n'est pas un bénéfice issu de la démarche qualité, cependant la majorité des membres de la direction (60%) pensent le contraire. En effet, la direction est la catégorie qui dispose le plus régulièrement d'information vis-à-vis de la démarche qualité. Cependant il ne s'agit que d'une tendance difficilement interprétable au vu du peu de répondant à cette catégorie.

Pour la majorité des différents professionnels, la démarche qualité réduit les erreurs et les risques. Les professionnels qui identifient le plus ce bénéfice sont l'encadrement (100%), les IDE (88,57%), les agents administratifs (81,82%) et la direction (80%). La majorité des différentes catégories n'identifie pas le développement de compétences comme l'un des bénéfices de la démarche qualité. Ceux qui l'identifient le plus sont l'encadrement (50%) et les IDE (48,57%).



Figure 17 : Les facteurs qui facilitent ou pourraient faciliter l'implication dans la démarche qualité

Pour 50% des professionnels répondant, ce qui facilite ou pourrait faciliter leur implication dans la démarche qualité est le sens donné à cette démarche. Cet élément est identifié par la majorité des AMP (77,78%), de l'encadrement (57,14%) et des agents administratifs (54,55%). Les IDE (42,86%), la direction (40%) et les ASD (33,33%) sont moins nombreux à l'identifier comme facteur permettant

l'implication. En effet, comme l'identifie Rodet (2017) le sens donné à la démarche est un levier incontournable.

Le deuxième élément à prendre en compte est la formation et la sensibilisation : 43,48% des professionnels estiment que cela facilite ou pourrait faciliter leur implication. La majorité des AMP (55,56%) et des IDE (62,86%) considèrent qu'il s'agit d'un facteur qui facilite ou pourrait faciliter l'implication dans la démarche. Ce facteur est également identifié par 44,44% des AMP. Les professionnels de soins sont ceux qui considèrent le plus que la formation et la sensibilisation sont un levier permettant l'implication.

On retrouve également pour 38,04% la reconnaissance du professionnalisme. Ce système de reconnaissance est donc comme nous l'avons vu un élément à prendre en compte dans le processus d'implication, puisqu'il fait partie des facteurs moteurs de la théorie d'Herzberg (1971). Pour 44,44% des AMP, 40% des IDE et 33,33% des ASD cet élément est facilitant pour leur implication. En effet, les catégories qui identifient le plus ce type de levier sont les professionnels de terrain au cœur des soins et qui sont managés par l'encadrement de proximité. De même, pour la majorité des catégories, la reconnaissance du professionnalisme n'est pas un élément qui facilite ou pourrait faciliter leur implication. Cependant cet élément est identifié par 48,57% des IDE comme facteur facilitant leur implication dans la démarche. Pour ce qui est des agents administratifs, ils sont 36,36% à l'identifier comme levier de leur implication. Le 3^{ème} type de reconnaissance identifié est la reconnaissance financière tout comme les 2 autres types de reconnaissance il ne s'agit pas d'un élément facilitant l'implication pour la majorité sauf pour les ASD (55,56%). A l'inverse cela n'est pas identifié par la direction et quasiment pas par l'encadrement. On peut donc se demander si cela ne serait pas lié au statut dans l'établissement et donc au niveau de salaire.

La relation avec l'équipe est un facteur facilitant pour 36,96% des professionnels répondant, en effet Thévenet (2000) identifie l'environnement immédiat du travail parmi les causes de l'implication. L'HAS développe également de plus en plus cet aspect à travers le programme PACTE. Pour ce qui est de la relation avec les autres professionnels, on remarque globalement que la relation avec le supérieur hiérarchique n'est pas un facteur permettant l'implication pour la majorité

des répondants, sauf pour certains agents administratifs (18,18%). En faisant le lien avec la relation avec le supérieur hiérarchique, on constate que la reconnaissance par le supérieur hiérarchique est plus importante que la relation avec celui-ci. Pour ce qui est de la relation avec l'équipe, cela semble plus important pour les professionnels ; en effet, cette démarche est participative. Les professionnels qui identifient le plus ce facteur sont les IDE (42,86%), les agents administratifs (45,45%) et l'encadrement (35,71%).

L'intérêt personnel vis-à-vis de la démarche est un facteur plus ou moins important pour certaines catégories professionnelles, notamment pour les IDE (40%), la direction (40%) et les AMP (33,33%). Pour ce qui est de l'autonomie, pour la majorité des professionnels il ne s'agit pas d'un facteur facilitant l'implication, cependant 35,71% de l'encadrement et 33,33% des AMP identifient cet élément. En effet, cet élément a été identifié par la théorie de l'autodétermination de Deci et Ryan (1985).

D'autres facteurs non-inscrits dans le questionnaire apparaissent à savoir la variable temps, le lien avec la personne en charge du déploiement de la démarche qualité et les horaires des professionnels de nuit qui ne permettent pas une implication optimale.

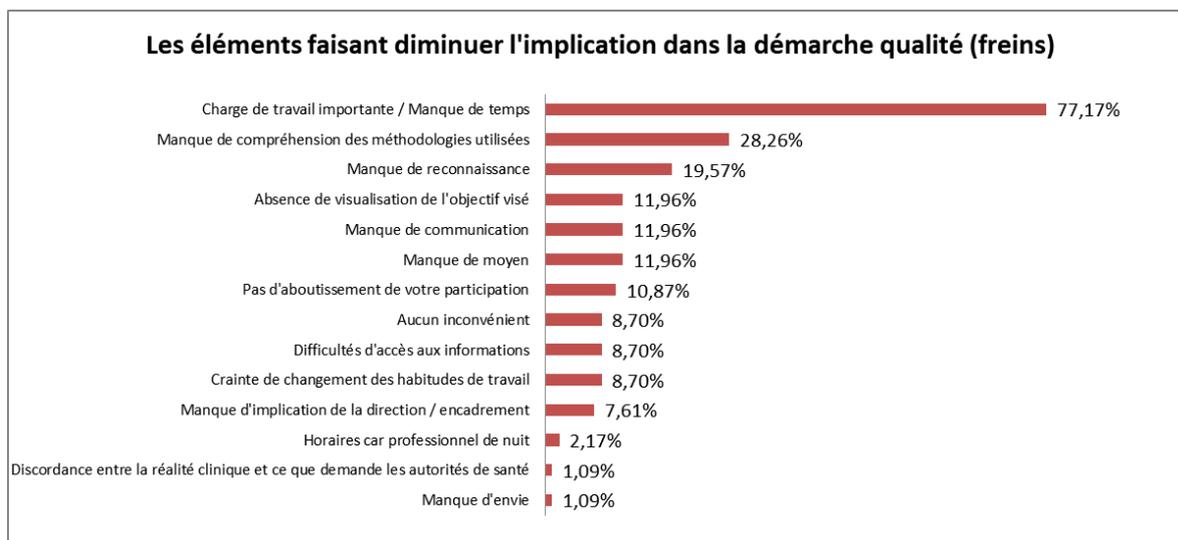


Figure 18 : Les freins liés à la démarche qualité

Le principal élément faisant diminuer l'implication des professionnels dans la démarche qualité est la charge de travail trop importante et le manque de temps identifié par 77,17% des répondants. Pour cette question le choix de réponses était

limité à 5 maximum afin d'éviter que l'ensemble des éléments négatifs soient identifiés par les professionnels. De plus, en limitant le nombre de réponses cela permet de se concentrer sur les principaux freins. En effet, si on réalise une analyse par catégorie professionnelle (voir graphique en annexe n°V), on remarque que l'encadrement de proximité (92,86%), les IDE (100%), les ASD (54,55%) et la direction (60%) sont les professionnels qui considèrent le plus que la charge de travail importante et/ou le manque de temps est un frein à leur implication dans la démarche qualité.

Le deuxième frein identifié est le manque de compréhension des méthodologies utilisées selon 28,26% des professionnels, cet élément est mis en lien avec la formation et l'aspect contraignant de la démarche. Cela n'est pas identifié majoritairement par une ou plusieurs catégorie(s) professionnelle(s). Cependant pour 45,71% des IDE le manque de compréhension des méthodologies est un frein à leur implication dans la démarche qualité tout comme 27,27% des agents administratifs et 22,22% des AMP. Les méthodologies utilisées ne sont pas identifiées comme frein par les ASD et la direction.

Le manque de moyen est soulevé par 20% des IDE et 21,43% de l'encadrement de proximité comme frein à l'implication dans la démarche qualité. Pour 20% des IDE et 22,22% des ASD l'un des freins limitant leur implication est le fait qu'il n'y ait pas d'aboutissement de leur participation. Ce manque d'aboutissement peut éventuellement être lié à un manque de communication, celui-ci est identifié principalement par 20% d'IDE et 22,22% des AMP. Certains professionnels identifient la difficulté d'accès aux informations comme facteur faisant diminuer leur implication tels que 14,29% de l'encadrement de proximité et des IDE.

Le manque de reconnaissance est identifié par 19,57% des professionnels comme facteur faisant diminuer l'implication. En effet, on retrouve les différents types de reconnaissance dans les facteurs favorisant l'implication telle que la reconnaissance du professionnalisme (38,04%), la reconnaissance financière (32,61%) et la reconnaissance par le supérieur hiérarchique (32,61%). De plus la reconnaissance financière fait partie de la motivation extrinsèque c'est-à-dire qu'il s'agit d'une source de motivation à prendre en compte cependant celle-ci n'est pas durable. De plus, il ne s'agit pas du principal facteur identifié.

Le manque de reconnaissance n'est pas souligné par la direction et l'encadrement, en effet, la reconnaissance provient principalement des supérieurs hiérarchiques, hors l'encadrement et la direction sont en haut de la hiérarchie et n'ont pas le même besoin en terme de reconnaissance.

Les agents administratifs sont ceux qui identifient le plus la crainte de changement des habitudes de travail comme facteur faisant diminuer leur implication. Parmi les professionnels qui n'identifient aucun élément qui diminue leur implication, on retrouve 22,22% des AMP, 18,18% des agents administratifs et 11,11% des ASD et 7,14% de l'encadrement.

4% des professionnels ne recommandant pas leur établissement à d'autres professionnels arrivant pour les raisons suivantes : ils ne sont pas reconnus dans leur travail (2 personnes), des salaires insuffisants (2 personnes) et il n'y a pas assez d'autonomie dans le travail.

Pour ce qui est des recommandations des professionnels concernant la démarche qualité on retrouve différents éléments (Annexe n°VI). Les éléments qui reviennent le plus sont l'amélioration de la gestion documentaire (4 professionnels), en effet parmi les établissements répondant, certains d'entre eux possèdent une gestion documentaire version papier. Ce qui revient également comme suggestion ce sont des améliorations d'organisation avec des exemples concrets (5 professionnels) et des suggestions autour de la communication (3 professionnels).

C. Analyse approfondie de 3 établissements

I. Présentation des établissements

Parmi les répondants, on remarque que plus de 70% des professionnels répondants appartiennent à 3 établissements :

- La clinique n°1: 17 répondants sur 90 professionnels soit un taux de retour de 18,89%.
- La clinique n°2: 28 répondants sur 80 professionnels soit un taux de retour de 35%.
- La clinique n°3: 28 répondants sur 50 soit un taux de retour de 56%. La clinique n°3 a donc un nombre de professionnels moins important et une moyenne d'âge des professionnels de 30,4 ans, nous pouvons donc se

demander si la taille de l'établissement et/ou la jeunesse des professionnels n'ont pas une influence sur l'implication des professionnels dans la démarche ?

Les 3 établissements étudiés ici appartiennent à un même réseau de clinique. L'organisation de la démarche qualité est gérée au niveau de ce réseau par un responsable qualité groupe, puis les cliniques disposent d'un responsable qualité. L'organisation de la démarche qualité est donc semblable dans ces 3 structures, des professionnels sont définis comme correspondant de thématiques telles que le médicament, la nutrition, la douleur, l'informatique et l'éthique. Nous remarquons une différence pour la clinique n°3 où des pilotes de thématique en plus des correspondants ont été définis. Ces établissements sont à des stades différents vis-à-vis de la démarche de certification. La clinique n°1 a passé sa visite de certification en Avril 2018 soit un mois avant la diffusion du questionnaire, cette clinique est ouverte depuis 2005. La clinique n°2 ouverte en 2012 est quant à elle en préparation de la visite de certification, puisque le compte qualité a été envoyé au 30 juin 2018 et la visite est prévue début décembre. Pour ce qui est de la clinique n°3 récemment ouverte en décembre 2016, celle-ci débute son engagement dans la visite de certification prévue en Septembre 2019.

Il paraît donc intéressant de pouvoir comparer ces établissements ayant une organisation semblable mais à des étapes différentes du processus de certification, afin d'évaluer si la certification est l'une des causes d'implication des professionnels dans la démarche qualité ?

Au niveau de la répartition des catégories professionnelles, celles-ci est assez équitable entre chaque établissement (Voir annexe n°VII).

Si l'on s'intéresse spécifiquement à certains indicateurs des 3 établissements, on remarque que la clinique n°1 a le taux d'absentéisme le plus élevé, d'ailleurs celui-ci est légèrement supérieur à la moyenne nationale qui est d'environ 8% comme vu précédemment. A l'inverse, la clinique n°3 a quant à elle un taux d'absentéisme peu élevé (3,6%). Pour ce qui est du taux de turn over (Nombre de départs / Nombre d'ETP) on remarque que le taux de turn over pour démission est plus important pour la clinique n°3 (17,6%) et le taux global est de 35,2%. Le taux de turn over est moins élevé pour la clinique n°1.

	Clinique 1	Clinique 2	Clinique 3
Taux d'absentéisme pour maladie ordinaire et accident de travail	9,97%	7,80%	3,60%
Taux d'absentéisme global (comprenant absentéisme pour maladie, congé maternité / paternité, congé parental, accidents de travail, congé sabbatique ou autres congés)	11,50%	8,90%	5,90%
Turn over pour démission	1,40%	11,40%	17,60%
Turn over global	9,60%	21,50%	35,20%

Figure 19 : Tableau comparatif indicateurs sociaux des 3 établissements, bilan social des établissements (2017)

II. Analyse de la formation et participation des professionnels (Annexe n°VII)

Si l'on compare le taux de formation, on constate que 71,42% des professionnels de la clinique n°2 sont formés à la démarche qualité, ils sont 64,7% à la clinique n°1 et 60,71% à la clinique n°3. En effet la clinique n°3 s'est engagée dans la démarche de certification plus récemment ce qui signifie qu'il y a moins de professionnels formés, de plus le taux de turn over est plus important pour cet établissement.

Pour ce qui est de la participation à la démarche qualité il y a légèrement plus de professionnels qui participent à la démarche qualité à la clinique n°3 (96,4%), puis à la clinique n°2 (89,3%) et enfin à la clinique n°1 (82,4%), cependant l'échantillon est moins important : 11 répondants de moins pour cette clinique. On peut donc en déduire que les professionnels n'associent pas forcément la démarche qualité à la certification puisque les professionnels de la clinique n°3 sont ceux qui participent le plus pourtant ils n'ont pas de visite de certification de prévue cette année. Cependant l'établissement ayant ouvert fin 2016, un travail important de mise en œuvre de la démarche qualité autour notamment de la gestion documentaire a été mis en place ce qui peut expliquer la participation plus importante des professionnels.

Si nous analysons de manière plus détaillée les formes de participation, la participation aux instances et aux groupes de travail est plus importante pour la clinique n°3 (60,7% et 89,29% pour les groupes de travail). A l'inverse, seuls 28,6% des répondants de la clinique n°2 participent aux instances et 60,71% aux groupes de travail. Pour la clinique n°1 52,94% des professionnels participent aux instances et groupes de travail. Au sein de la clinique n°3 les professionnels semblent plus impliqués dans les instances et les groupes de travail, cela peut s'expliquer par la taille de l'établissement qui sollicite plus souvent les mêmes professionnels.

Au niveau de la participation aux évaluations, 75% des professionnels de la clinique n°3 y participent, ils sont 64,29% pour la clinique n°2 et 47,06% pour la clinique n°1. Les professionnels de l'établissement n°3 participent plus aux évaluations, grâce à la présence de pilote de thématique qui sont en charge de réaliser les évaluations. Ce système de pilote semble donc pertinent puisqu'il permet d'autonomiser les professionnels mais également de les responsabiliser.

Pour ce qui est de la participation des professionnels à la gestion documentaire, la clinique n°3 se détache également puisque 67,86% des professionnels y participent alors que globalement sur l'ensemble des 3 établissements 56,25% des professionnels y participent. Les professionnels des cliniques n°2 et n°1 participent pour 35,71% et 35,29% d'entre eux à la gestion documentaire.

La participation aux retours d'expériences est plus importante pour la clinique n°3 (67,86%), puis pour la clinique n°1 (41,18%).

En ce qui concerne les méthodes issues de la certification, on retrouve étonnamment 41,18% des répondants ayant participé à ces méthodes pour la clinique n°1 alors que cette clinique a passé sa visite de certification en Avril 2018. Pour la clinique n°2 ils sont 53,57% à participer à ces méthodes, alors que la certification est en préparation et que ces méthodes sont mises en place depuis 2014. Les professionnels de la clinique n°3 ont participé pour 53,57% d'entre eux à la méthode patient traceur et 64,28% à l'analyse des processus alors que ces méthodes sont mises en place depuis 6 mois.

Si l'on compare de manière générale l'ensemble des formes de participation des professionnels à la démarche, on constate que les professionnels de la clinique n°3 sont plus nombreux à participer à la démarche, cela peut s'expliquer par le nombre de professionnels au sein de l'établissement qui est moins important que pour les autres cliniques. En effet, comme les professionnels sont moins nombreux ils sont plus souvent sollicités à participer à la démarche qualité et donc ils semblent plus impliqués.

Au sein des établissements n°1 et n°2 il y a plus de professionnels qui ont des informations mensuelles concernant la démarche qualité. Pour la clinique n°3 il y a

de manière égale la même proportion de professionnels qui disposent d'une information quotidienne et d'une information mensuelle.

Le niveau d'implication moyen est quasiment identique pour les 3 établissements : 6,1 pour la clinique n°1, 6,2 pour la clinique n°2 et 6,3 pour la clinique n°3.

III. Analyse des bénéfices, leviers et freins de la démarche qualité

Concernant les bénéfices de la démarche qualité, l'amélioration de l'organisation est identifiée par 78,57% des professionnels de la clinique n°2 et n°3 et par 70,59% de la clinique n°1. Pour ce qui est de l'amélioration de la prise en charge du patient, seuls 67,86% des professionnels de l'établissement n°3 identifient cet élément comme bénéfice de la démarche qualité alors que les professionnels de la clinique n°2 sont 96,43% et ceux de l'établissement n°1 sont 94,12%.

Pour ce qui est de l'amélioration des conditions de travail comme bénéfice de la démarche qualité, on remarque que les professionnels de la clinique n°2 sont ceux qui identifient le plus cet élément (57,14%), pour l'établissement n°1 ; ils sont 47,06% et encore moins pour la clinique n°3 (39,29%). L'amélioration de la communication est identifiée de manière presque identique pour l'ensemble des établissements (de 39,29% pour la clinique n°2 à 42,85% pour la clinique n°3). Pour ce qui est de la réduction des erreurs et des risques, les professionnels des 3 établissements ont répondu de manière semblable. En effet, pour environ 82% des professionnels la réduction des erreurs et des risques est un bénéfice de la démarche qualité. Le gain de temps est identifié par peu de professionnels de l'établissement n°3 (14,29%), les professionnels des établissements n°2 et n°1 identifient quant à eux pour respectivement 28,57% et 29,41%. A l'inverse, la notion d'efficacité est identifiée majoritairement par les professionnels de la clinique n°3 (46,43%) et par 42,86% des professionnels de la clinique n°2 comme l'un des bénéfices de la démarche qualité. Cependant seulement 17,65% des professionnels de l'établissement n°1 l'ont identifié. Concernant le développement de compétences comme l'un des bénéfices de la démarche qualité, cela est identifié par 53,57% des professionnels n°3, 42,86% des professionnels de la clinique n°2 et 17,65% des professionnels de la clinique n°1.

Les professionnels de la clinique n°3 qui participent le plus n'identifient pas forcément de manière majoritaire certains éléments comme bénéfique issu de la démarche qualité, en effet ils sont moins nombreux que les autres professionnels à identifier l'amélioration des conditions de travail ainsi que le gain de temps. Cependant, ils sont légèrement plus nombreux à identifier le gain d'efficacité. On peut donc se poser la question de l'impact d'une participation importante des professionnels à la démarche qualité ? Egalement, nous pouvons nous interroger sur l'impact d'une participation multiple c'est-à-dire à différents niveaux de la démarche ?

Si l'on s'intéresse aux leviers facilitant ou qui pourraient faciliter la participation des professionnels dans la démarche qualité, on remarque que pour les professionnels de la clinique n°3 et la clinique n°1 l'élément identifié par le plus de professionnels est le sens donné à la démarche qualité avec respectivement 46,43% et 58,82%. Pour les professionnels de la clinique n°2 l'élément identifié par le plus de professionnels comme facteur favorisant l'implication est la formation et la sensibilisation (53,57%), or le taux de turn-over élevé pour cet établissement nécessite la mise en place régulière de formation. Le deuxième élément identifié par le plus de professionnels est la relation avec l'équipe (47,06%) pour l'établissement n°1 et la reconnaissance de leur participation par leur supérieur hiérarchique (42,86%) pour l'établissement n°3. Pour l'établissement n°2, il s'agit du sens donné à la démarche ainsi que la reconnaissance financière (42,86%).

Nous remarquons que peu de professionnels de la clinique n°1 identifient la reconnaissance de leur participation par leur supérieur hiérarchique (17,65%), ainsi que la reconnaissance de leur professionnalisme (17,65%), l'autonomie dans la démarche (11,76%) et la relation avec leur supérieur hiérarchique (0%). Pour les professionnels de la clinique n°2, ils sont peu à identifier la reconnaissance de leur participation par leur supérieur hiérarchique (21,43%) et la relation avec leur supérieur hiérarchique (7,14%). Pour les professionnels de la clinique n°3, les éléments les moins identifiés comme facteurs permettant l'implication sont l'autonomie dans la démarche (17,86%) et la relation avec leur supérieur hiérarchique (10,71%). Les professionnels de la clinique n°3 soulignent davantage le système de reconnaissance comme facteur favorisant leur implication.

Parmi les freins identifiés comme limitant l'implication dans la démarche qualité, le premier identifié par le plus de professionnels dans l'ensemble des établissements est la charge de travail et le manque de temps. Il y a légèrement plus de professionnels de la clinique n°3 qui identifient cet élément. Cela peut notamment être lié aux missions des pilotes de thématique qui demande aux professionnels un suivi plus important, mais également à la taille de l'établissement qui nécessite l'implication régulière des mêmes professionnels.

Le deuxième frein identifié par les professionnels est le manque de compréhension des méthodologies utilisées pour 28,57% des professionnels de l'établissement n°2. Cela semble cohérent avec les éléments de réponses de la question précédente puisque le deuxième élément identifié par les professionnels de l'établissement n°2 comme facilitant leur implication était la sensibilisation et la formation. En effet, la sensibilisation et la formation des professionnels leur permet d'appréhender les méthodologies de la démarche qualité. Pour la clinique n°3 le deuxième frein identifié par le plus grand nombre de professionnels est le manque de reconnaissance, tout comme la clinique n°2. De plus, les professionnels de la clinique n°3 sont également nombreux à identifier la reconnaissance de leur professionnalisme (35,71%) et également la reconnaissance financière (39,29%) comme facteur favorisant leur implication. On peut donc en déduire que cet élément constitue l'un des facteurs permettant la participation et l'implication des professionnels dans la démarche qualité, comme nous l'avons vu avec les théories de la motivation. Pour la clinique n°1, il y a pas vraiment d'éléments identifiés par un nombre important de professionnels les réponses sont plus réparties avec cependant 23,53% des professionnels qui identifient le manque de compréhension des méthodologies et le manque de reconnaissance.

Pour ce qui est des autres freins potentiels de la démarche qualité, très peu de professionnels les identifient, en effet aucun des professionnels des 3 établissements n'identifie le manque d'implication de la direction. Concernant l'absence de visualisation de l'objectif visé, cet élément est identifié principalement par 17,86% des professionnels de la clinique n°3. Cela peut s'expliquer car les professionnels n°3 sont moins formés (60,71%) et sensibilisés (17,86%) que les autres professionnels. Concernant les difficultés d'accès aux informations, cela ne concerne

aucun professionnel de la clinique n°3, et très peu de professionnels de la clinique n°2 (7,14%) et de la clinique n°1 (11,76%). Le manque de communication et le manque de moyen est identifié principalement par les professionnels de la clinique n°2 avec respectivement 17,86% et 21,43% des répondants, cela peut éventuellement être en lien avec le taux de turn over élevé.

Concernant l'étude approfondie des 3 établissements, on constate que malgré une organisation de la démarche qualité similaire, il y a des tendances différentes en fonction des établissements, cela peut s'expliquer par différents facteurs tels que le mode de management, la culture organisationnelle et les valeurs de l'établissement, l'âge des professionnels et leur ancienneté. Globalement, le niveau d'implication des professionnels dans la démarche est semblable dans les 3 établissements. Les facteurs favorisant le plus l'implication des professionnels est le système de reconnaissance et la formation des professionnels, l'un des freins les plus importants est le manque de temps et de compréhension des méthodologies.

D. Suggestion d'amélioration

Concernant la formation des professionnels à la démarche qualité, il est nécessaire de mobiliser l'ensemble des professionnels des établissements notamment les professionnels administratifs car ils ont un rôle important dans le parcours patient à certains points clefs comme l'admission et la sortie. La formation est identifiée par de nombreux professionnels comme facilitant leur implication, cependant la formation nécessite de dégager du temps aux professionnels afin d'être formés. Or le manque de temps est identifié comme le premier facteur limitant l'implication des professionnels. C'est pourquoi il peut être intéressant de développer des formations de e-learning afin d'accompagner les professionnels arrivant dans leur processus d'intégration et de les impliquer dans la démarche. Egalement cela permettrait aux professionnels de disposer des outils de formation qu'ils peuvent utiliser au moment où ils le souhaitent. Il s'agit également d'un outil permettant de gagner du temps pour les formateurs en cas de turn over important. De plus, cela permet de développer une nouvelle image de la démarche qualité plus dynamique et moderne notamment avec l'utilisation des nouvelles technologies et de s'adapter à la nouvelle génération.

Pour ce qui est de la participation des professionnels à la démarche qualité il est nécessaire d'impliquer l'ensemble des professionnels sans distinction. Particulièrement pour ce qui est de la gestion documentaire, il est primordial d'impliquer les professionnels dans l'élaboration des procédures et protocoles. En effet, ce sont eux qui connaissent le mieux les difficultés de terrain et c'est également eux qui devront appliquer ces documents.

Pour les ASD, ceux-ci semblent être les moins impliqués dans la démarche il est nécessaire d'améliorer l'information vers ces professionnels, comme nous l'avons vu certains identifient comme frein le manque d'aboutissement de leur participation. Afin de les impliquer il est donc essentiel de communiquer tout au long de la démarche auprès de ces professionnels afin qu'ils perçoivent mieux l'intérêt de leur participation. De plus, ces professionnels doivent être au même titre que les IDE et les autres professionnels impliqués à toutes les étapes de la démarche qualité, car ils participent également à la prise en charge du patient.

Pour ce qui est de la communication autour de la démarche qualité il semble important de sensibiliser les responsables de service sur leur rôle fondamental de communication auprès des équipes. Egalement dès que possible et en fonction du degré d'importance de l'information, il est nécessaire d'utiliser d'autres moyens de communication, ceux-ci peuvent être organisés à travers le déploiement d'un plan de communication. Celui-ci permet d'adapter les moyens de communication aux différentes cibles c'est-à-dire aux différentes catégories professionnelles.

Conclusion

Le consensus autour de l'importance de l'implication des acteurs dans la démarche qualité est établi. Cependant différents facteurs permettent de développer l'implication des acteurs. Pour les identifier, il a été nécessaire de développer le concept et le processus d'implication en s'interrogeant sur les différentes causes de l'implication telles qu'identifiées par Thévenet (2000) à savoir la valeur du travail, l'environnement de travail, le produit ou l'activité, le métier et l'entreprise. Le processus de travail comme défini par Brun et Dugas (2005) permet d'illustrer l'importance du système de reconnaissance dans l'implication. En effet, le sentiment de reconnaissance entraîne les professionnels à s'impliquer. A ce concept s'ajoute également le sentiment d'appartenance au groupe qui permet également de développer l'implication des professionnels.

L'implication des professionnels peut être associée à la motivation, qui se distingue à travers différentes théories de hiérarchisation des besoins définies par Maslow (1943), Herzberg (1971) et Alderfer (1972). Ces théories définissent différents types de besoins à satisfaire et différents facteurs permettant la motivation. De plus, il existe différents types de motivation plus ou moins efficace et durable pour impliquer les acteurs. Pour mesurer la motivation des acteurs, on peut s'intéresser à différents indicateurs tels que la satisfaction au travail, le taux d'absentéisme, et le turn over. Le sens donné aux actions est identifié comme source de motivation par différents auteurs (Rodet (2017), Weisskopf-Joelson (1968) Morin (2008).

L'évolution de l'organisation du travail a fait émerger de nouvelles exigences qualitatives d'où provient notamment la démarche qualité. Cette démarche qualité s'articule autour de différentes réglementations, normes et référentiels, celle-ci issue de l'industrie a été ensuite mise en place au sein du secteur de la santé, à travers la démarche de certification. Le secteur de la santé a depuis plusieurs dizaines d'années été soumis à différentes réformes, de plus ce secteur comporte des spécificités concernant la gestion des ressources humaines. L'ensemble de ces spécificités sont à prendre en compte pour la mise en place d'une démarche qualité.

La démarche qualité doit être ancrée dans la stratégie des établissements de santé et pilotée par la direction afin d'être déployée à l'ensemble des professionnels.

En effet, l'ensemble des acteurs doit être impliqué dans la démarche, il s'agit d'une démarche institutionnelle qui est transversale. Face à la mise en place de cette démarche, des freins existent ; ceux-ci sont notamment dus au caractère procédural et abstrait de la démarche qui a tendance à uniformiser et automatiser les acteurs. De plus, certains perçoivent cette démarche comme une charge supplémentaire, alors que celle-ci devrait être intégrée aux pratiques quotidiennes. La démarche qualité est une démarche qui se déploie sur le long terme et nécessite une dynamique qui peut être associée à la conduite du changement.

Différents leviers ont pu être identifiés tels que le caractère réglementaire, le sens donné à la démarche, le management, le système de reconnaissance (interne ou externe), la culture organisationnelle, la démarche de certification, la conduite du changement, la coordination de la démarche, les outils et méthodes d'évaluations, les systèmes d'informations et le caractère transversal de la démarche. Chacun de ces leviers présente cependant des limites, il convient de les adapter à chaque situation.

L'ensemble de ces éléments a pu être illustré à travers l'analyse. Celle-ci montre qu'il est plus facile de faire participer les professionnels dans la démarche qualité lorsque l'établissement est de plus petite taille. Cependant il faut être vigilant au maintien de la dynamique d'amélioration continue de la qualité, car en sollicitant régulièrement les mêmes professionnels on peut faire face à certains freins. C'est pourquoi l'implication de l'ensemble des professionnels est nécessaire à la mise en place d'une démarche d'amélioration continue. Cependant, il peut être compliqué dans la mise en œuvre de faire participer les professionnels à chaque étape. Comme nous l'avons vu, la démarche qualité est une démarche qui s'établit sur le long terme et pour être efficiente sa mise en œuvre s'apparente à une démarche de conduite du changement qui doit être préparée le plus en amont possible. Il est donc important de se fixer des objectifs sur le long terme et des échéances réalistes au vu des conditions de réalisation et des possibilités humaines et techniques. Nous avons vu que des stratégies peuvent être mises en place afin de lutter contre les freins telles que l'appui de l'aspect réglementaire qui n'est pas contestable, le sens donné à la démarche à travers la communication qui s'illustre par exemple par les sensibilisations et formations sur les méthodes qualité. En effet, il est important de

mettre en place une culture qualité sécurité au sein d'un établissement afin de favoriser le retour d'expérience, notamment à travers les évaluations des pratiques qui permettent d'améliorer continuellement la démarche.

Cette culture qualité sécurité au sein d'un établissement doit être portée par la direction afin d'être déployée à l'ensemble des professionnels. L'histoire de l'établissement a bien évidemment un impact sur la mise en place d'une démarche qualité. De plus, il s'agit également de développer un management par la qualité et de mettre en œuvre l'ensemble des techniques de management favorisant l'implication et la motivation telles que la responsabilisation et l'autonomisation des acteurs. Les managers doivent également mettre en place un système de reconnaissance qui ne doit pas être uniquement basé sur les motivations extrinsèques telle que la reconnaissance financière. Il est également indispensable de développer des feed-back réguliers. L'ensemble de la démarche doit être dynamique et conduit sur le long terme afin d'être continu, c'est pourquoi la coordination de la démarche doit être mise en place au travers des différentes instances représentatives.

Les nouvelles méthodes de certification sont davantage orientées vers les professionnels, ce qui permet de favoriser leur implication, car leur rôle dans le processus de certification est de plus en plus important.

Il est important d'adapter la communication autour de la démarche qualité au public rencontré dans les établissements, c'est pourquoi les systèmes d'informations sont à développer. Ceux-ci permettent de faciliter la communication entre l'ensemble des acteurs, cette communication est essentielle dans la mise en œuvre d'une démarche d'amélioration continue.

Bibliographie :

- Alderfer, C P. 1972. *Existence, relatedness, & growth : Human Needs in Organizational Settings*. New York, Free Press.
- Ali, A D, et Chougrani, S. 2011. « *Perception de la qualité des soins chez les professionnels de santé de l'Établissement Hospitalier et Universitaire d'Oran (EHUO)* ». *Santé Publique* 23 (6): 475-85.
- Amalberti. 2009. « L'excès des procédures nuit à la sécurité des patients, Santé & Travail », n° 66 : 26-27.
- APICIL. 2011. « *La santé au travail approche économique du bien-être* ».
- Association française de Normalisation. s. d. « Norme ISO 9000 : 2015 ». 2015.
- Beaucourt, C. 2011. « Le Management des Ressources Humaines dans les Entreprises du Social et de la Santé ». *Management & Avenir* 49 (9).
- Bellaïche, M. 2008. *Manager vraiment par la qualité*. Association Française De Normalisation.
- Bernard, C-Y. 2000. *Le management par la qualité totale*. AFNOR.
- Bertrand, D. 2001. « Actualité et dossier en santé publique, Accréditation et qualité des soins hospitaliers », n° 35.
- Bevort, A. 2013. « De Taylor au néo-management : quelle participation des salariés ? » *Participations* 5 (1).
- Bomal, G, et Cobut E. 2009. « Chapitre 2 : De l'utilité de comprendre les principales théories de motivation ». In *Motiver, être motivé et réussir ensemble*.
- Bourdu, E, Pérétié, M-M, et Richer, M. 2017. *La qualité de vie au travail : un levier de compétitivité : Refonder les organisations du travail*. Broché.
- Brami, L, Damart, S et Kletz, F. 2013. « Santé au travail et travail en santé. La performance des établissements de santé face à l'absentéisme et au bien-être des personnels soignants ». *Management & Avenir* 61 (3): 168-89.
- Brun, J-P, et Dugas N. 2005. « La reconnaissance au travail : analyse d'un concept riche de sens ». *Gestion* 30 (2).
- Caillé, S. 2011. *De changement en changement : changer sans s'épuiser, faire changer sans s'énerver*. 1 vol. Broché.
- De Terssac, G. 2003. *La théorie de la régulation sociale de Jean-Daniel Reynaud. Débats et prolongements*. Recherches. Paris: La Découverte.

- Deci, E L, et Flaste, R. 1996. *Why we do what we do*. Penguin Books.
- Deci, E L, et Ryan, R M. 1985. *Intrinsic motivation and selfdetermination in human behavior*. New York : Plenum Press.
- Dejours, C. 2003. *L'évaluation du travail à l'épreuve du réel. Critique des fondements de l'évaluation*. Sciences en questions. Versailles: Editions Quæ.
- Dejours, C. 2012. *La Panne : Repenser le travail et changer la vie*. Broché.
- Desjacques, Y, et Rodet, P. 2017. *Le management bienveillant*. 1. Eyrolles.
- Desoubeaux, G, Perrotin, F et Simon, E.G. 2014. « Gynécologie obstétrique et fertilité, Démarche qualité et risque de contre-productivité » 42 (2).
- Desrioux, F. 2009. « Santé & Travail : Malaise à l'hôpital », n° 66.
- Dessfains, S. 2016. « Le management du cadre de santé : Un levier d'implication des professionnels dans les projets ? »
- Friedrich, J. 2008. « La psychologie de la pensée de l'école de Würzburg – Analyse d'un cas de marginalisation ». *L'Homme & la société* 167-168-169 (1-2-3): 251-78.
- Gaudart, C. 2009. « Un personnel soignant désorienté », n° 66: 28,30.
- Genot, S, et Tallois, P. 2013. *L'humain dans l'entreprise un capital à préserver*.
- Gosselin, E, et Lauzier, M. 2011. « Le présentéisme. Lorsque la présence n'est pas garante de la performance ». *Revue française de gestion* 211 (2): 15-27.
- Herzberg, F. 1971. *Le travail est la nature de l'homme*. Vol. 1.
- Jaouen, M. 2017. « Travail et changement n° 366 Janvier, Février, Mars 2017 : Qualité de vie au travail dans les établissements de santé, l'enjeu de la qualité des soins », 3.
- Johns, G. 2010. *Presenteism in the work place : A review and research agenda*", *Journal of Organizational Behavior*. Vol. 31.
- Maslow, A. 1943. « A theory of human motivation ». *The Psychological Review* 50 (4).
- Mayo, E. 1933. *The human problems of an industrial civilization*. New York, Macmillan Co.
- Morin, E. 2008. « Sens du travail, santé mentale et engagement organisationnel ». R-543.

Nayrac, C. 2018. « *Plus de 80% des hospitaliers se sentent utiles mais peu reconnus dans leur travail* ». *Hospimédia*, 5 février 2018.

Piperini, M-C. 2006. « *Psychodynamique de la démarche qualité à l'hôpital* », n°85.

Thévenet, M. 2000. *Le plaisir de travailler*.

Walkstein, C. 2009. « *Adhérer à la démarche qualité : de la prise en compte des théories subjectives.* » 2: 69-80.

Webographie

Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES), Principes de mises en œuvre d'une démarche qualité en établissement de santé, Avril 2002, Consulté le 10/04/2018.

URL : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/demarche_qualite_2006_10_06_10_16_43_41.pdf

Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail (ANACT), Accord national interprofessionnel du 19 juin 2013 relatif à la qualité de vie au travail, Août 2013, Consulté le 29/04/2018.

URL : <https://www.anact.fr/node/10206>

Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail (ANACT) et l'Association Régionale pour l'Amélioration des Conditions de Travail (ARACT), 10 questions sur l'absentéisme 2016, Consulté le 12/05/2018.

URL : <https://www.anact.fr/10-questions-sur-labsenteisme>

Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH), Analyse des bilans sociaux des établissements publics de santé 2015, Consulté le 12/05/2018.

URL : https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/3132/rapport_bilan_social_2015.pdf

Baromètre de l'observatoire CEGOS, Climat social et qualité de vie au travail 2016, Consulté le 12/03/2018.

URL : http://www.gestionsociale.fr/wp-content/uploads/2016/11/Cegos-Barometre-Cegos-2016_Climat-15112016.pdf

Bouinot Claire, Direction générale de l'offre de soins, 1-4 Les données relatives à la masse salariale, Mis à jour Avril 2014, Consulté le 08/05/2018

URL : http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/1-4_masse_salariale_-2.pdf

Conseil national de l'ordre des médecins, Atlas de la démographie médicale en France situation au 1^{er} janvier 2016, Consulté le 16/06/2018

URL : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2016.pdf

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), Enquête sur les conditions et l'organisation du travail auprès de 5 000 actifs des établissements de santé n° 102, Août 2006, Consulté le 12/05/2018.

URL : <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/seriestat102.pdf>

Haute Autorité de Santé, Améliorer le travail en équipe afin de réduire les événements indésirables associés aux soins : le programme Pacte prêt à être déployé, Mai 2018, Consulté le 15/06/2018

URL : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2852780/fr/ameliorer-le-travail-en-equipe-afin-de-reduire-les-evenements-indesirables-associes-aux-soins-le-programme-pacte-pret-a-etre-deploye

Haute Autorité de Santé, Certification et groupement hospitalier de territoire : c'est engagé, Avril 2017, Consulté le 16/06/2018

URL : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2756449/fr/certification-groupement-hospitalier-de-territoire-c-est-engage

Haute Autorité de Santé, Historique de la certification, Mis à jour Juin 2017, Consulté le 02/04/2018.

URL : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_978601/fr/historique-de-la-certification)

Haute Autorité de Santé, Principes de mise en œuvre d'une démarche qualité en établissement de santé, Avril 2002, Consulté le 22/06/2018

URL : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/demarche_qualite_2006_10_06_10_16_43_41.pdf

International Organization for Standardization ISO 9000 : 2015, Systèmes de management de la qualité — Principes essentiels et vocabulaire, 2015, Consulté le 12/04/2018.

URL : <https://www.iso.org/obp/ui/#iso:std:iso:9000:ed-4:v2:fr>

ISO, Principes de management de la qualité, 2016, Consulté le 12/04/2018.

URL : <https://www.iso.org/files/live/sites/isoorg/files/archive/pdf/fr/pub100080.pdf>

Ministère de la santé et des sports, La loi HPST à l'hôpital les clefs pour la comprendre, Novembre 2010, Consulté le 01/06/2018.

URL : http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/vademecum_loi_HPST.pdf

Ministère des solidarités et de la santé, Financement des établissements de santé, Octobre 2017, Consulté le 25/05/2018.

URL : <http://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/financement/financement-des-etablissements-de-sante-10795/article/financement-des-etablissements-de-sante>

Morneau Shepell, Priorité en matière de santé mentale au travail, 2015, Consulté le 02/02/2018.

URL : <https://www.morneaushepell.com/sites/default/files/documents/3464-le-rapport-sur-les-priorites-en-matiere-de-sante-mentale-au-travail/9564/2015-morneaushepellbooklet-avantages.pdf>

Observatoire CEGOS, Climat social et qualité de vie au travail, Novembre 2016, Consulté le 15/02/2018.

URL : http://www.gestionsociale.fr/wp-content/uploads/2016/11/Cegos-Barometre-Cegos-2016_Climat-15112016.pdf

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	3
GLOSSAIRE	4
INTRODUCTION	5
PARTIE 1 : MOTIVATION ET IMPLICATION DANS LE TRAVAIL	7
A. CONCEPT D'IMPLICATION.....	7
I. Définition de l'implication.....	7
II. Les causes de l'implication.....	7
III. Fidélisation des professionnels : conditions nécessaires à l'implication.....	8
B. LE CONCEPT DE MOTIVATION.....	10
I. Les théories de la motivation (Bomal et Cobut, 2009).....	10
II. Différents types de motivation.....	13
III. Les leviers de la motivation.....	14
IV. Les indicateurs de mesure de la motivation.....	15
V. Les facteurs expliquant la baisse de motivation.....	16
C. THEORIE DE LA REGULATION SOCIALE (DE TERSSAC, 2003).....	17
D. EVOLUTION DES MODELES D'ORGANISATION DU TRAVAIL.....	18
I. Organisation scientifique du travail : Taylorisme.....	18
II. Les théories sociologiques de l'organisation du travail.....	18
III. Le toyotisme.....	19
IV. Organisation actuelle du travail.....	20
PARTIE 2 : MISE EN PLACE D'UNE DEMARCHE QUALITE	21
A. EVOLUTION DE LA DEMARCHE QUALITE.....	21
I. Définitions.....	21
II. Historique de la démarche qualité (Bertrand, 2001).....	21
III. Développement de la démarche qualité en établissement de santé.....	23
IV. Démarche qualité comme un outil de management.....	24
B. ROLE DE L'ENSEMBLE DES ACTEURS DANS LA DEMARCHE.....	26
I. Nécessité d'impliquer l'ensemble des acteurs.....	26
II. Fédérer autour d'un objectif commun.....	26
C. L'IMPACT NEGATIF DE LA DEMARCHE QUALITE.....	27
I. Les freins à la démarche :.....	27
II. La conduite du changement.....	30
D. L'IMPORTANCE DU CONTEXTE DE L'ENTREPRISE DANS LA DEMARCHE QUALITE.....	32
I. Histoire et culture de l'entreprise.....	32
II. Réformes hospitalières et ses conséquences :.....	32
III. Spécificité des ressources humaines dans le secteur hospitalier.....	34
E. LES LEVIERS POUR IMPLIQUER LES ACTEURS DANS LA DEMARCHE QUALITE.....	37

PARTIE 3 : METHODOLOGIE ET DEROULEMENT DE L'ENQUETE	45
A. METHODOLOGIE DE L'ENQUETE	45
I. <i>Echantillonnage</i>	45
II. <i>Les limites du questionnaire</i>	47
B. ANALYSE GLOBALE.....	47
I. <i>Connaissance de la démarche qualité</i>	47
II. <i>Le niveau d'implication, les freins et les leviers</i>	54
C. ANALYSE APPROFONDIE DE 3 ETABLISSEMENTS.....	61
I. <i>Présentation des établissements</i>	61
II. <i>Analyse de la formation et participation des professionnels (Annexe n°VII)</i>	63
III. <i>Analyse des bénéfiques, leviers et freins de la démarche qualité</i>	65
D. SUGGESTION D'AMELIORATION	68
CONCLUSION.....	70
BIBLIOGRAPHIE :	73
WEBOGRAPHIE	76
ANNEXE N°I : QUESTIONNAIRE	82
ANNEXE N°II : DEFINITION DE LA DEMARCHE QUALITE EN 3 MOTS.....	85
ANNEXE N °III : LES FORMES DE PARTICIPATION A LA DEMARCHE QUALITE SELON LES CATEGORIES SOCIO-PROFESSIONNELLES	86
ANNEXE N°IV : LES BENEFICES DE LA DEMARCHE QUALITE PAR CATEGORIE PROFESSIONNELLE	88
ANNEXE N°V : LES FREINS A LA DEMARCHE QUALITE PAR CATEGORIE PROFESSIONNELLE	91
ANNEXE N°VI : LISTE DES SUGGESTIONS POUR AMELIORER LA DEMARCHE QUALITE.....	94
ANNEXE N°VI : ANALYSE APPROFONDIE DES 3 ETABLISSEMENTS.....	95

TABLEAUX DES FIGURES

FIGURE 1 : LES QUATRE FORMES DE RECONNAISSANCE, SOURCE « LA RECONNAISSANCE AU TRAVAIL : ANALYSE D'UN CONCEPT RICHE DE SENS » BRUN ET DUGAS (2005)	9
FIGURE 2 : PYRAMIDE DE MASLOW	11
FIGURE 3 : COMPARAISON DES THEORIES DE LA MOTIVATION.....	13
FIGURE 4 : SCHEMATISATION DE LA QUALITE, AFNOR, 2000 DANS PRINCIPES DE MISE EN ŒUVRE D'UNE DEMARCHE QUALITE EN ETABLISSEMENT DE SANTE, 2002	21
FIGURE 5 : LES 3 TYPES DE RESISTANCE AU CHANGEMENT, SANDRINE CAILLE, DE CHANGEMENT EN CHANGEMENT : CHANGER SANS S'ÉPUISER, FAIRE CHANGER SANS S'ENERVER, 2011.....	31
FIGURE 6 : NOMBRE DE QUESTIONNAIRES RECUEILLIS PAR ETABLISSEMENT	45
FIGURE 7 : CATEGORIE PROFESSIONNELLE DES REpondANTS.....	46
FIGURE 8 : GRAPHIQUE LES 6 MOTS LES PLUS FREQUEMMENT CITES DANS LA DEFINITION DE LA DEMARCHE QUALITE EN 3 MOTS	48
FIGURE 9 : POURCENTAGE DE PROFESSIONNELS FORMES PAR RAPPORT AUX NOMBRES D'ANNEES TRAVAILLEES DANS L'ETABLISSEMENT.....	49
FIGURE 10 : FORMATION SELON LA CATEGORIE PROFESSIONNELLE.....	49
FIGURE 11 : NOMBRE DE PROFESSIONNELS PARTICIPANT A LA DEMARCHE QUALITE PAR RAPPORT A LEUR FORMATION	50
FIGURE 12 : LES FORMES DE PARTICIPATION DES PROFESSIONNELS A LA DEMARCHE QUALITE	50
FIGURE 13 : NIVEAU D'INFORMATION CONCERNANT LA DEMARCHE QUALITE EN FONCTION DE LA CATEGORIE SOCIO-PROFESSIONNELLE.....	53
FIGURE 14 : NIVEAU D'IMPLICATION ET SOUHAI T D'ETRE PLUS OU MOINS IMPLIQUE.....	54
FIGURE 15 : SATISFACTION PAR RAPPORT A L'IMPLICATION PAR CATEGORIE PROFESSIONNELLE.....	55
FIGURE 16 : LES BENEFICES DE LA DEMARCHE QUALITE.....	55
FIGURE 17 : LES FACTEURS QUI FACILITENT OU POURRAIENT FACILITER L'IMPLICATION DANS LA DEMARCHE QUALITE	57
FIGURE 18 : LES FREINS LIES A LA DEMARCHE QUALITE	59
FIGURE 19 : TABLEAU COMPARATIF INDICATEURS SOCIAUX DES 3 ETABLISSEMENTS, BILAN SOCIAL DES ETABLISSEMENTS (2017).....	63

Annexe n°1 : Questionnaire

Questionnaire mémoire « IMPLICATION DANS LA DEMARCHE QUALITE » :

Dans le cadre de mon mémoire sur « l'implication des professionnels de santé dans une démarche d'amélioration continue de la qualité ».

Je réalise un questionnaire afin de mieux comprendre quelle est la vision des professionnels travaillant dans le secteur sanitaire et quels sont les leviers permettant de les impliquer.

Je vous remercie pour votre participation.

Merci de ne pas compléter ce formulaire papier si vous avez déjà répondu en ligne :

<https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSc47X1qH-PN-4DzsM-v8-BVzcFygbDuhk8Lr9y3FqT33DewmA/viewform>

Camille MERLIN, étudiante en Master 2 Management Sectoriel, ILIS

Nom de votre établissement :

Effectif / Nombre de professionnels au sein de votre établissement :

Dans quel secteur travaillez-vous ? :

Public Privé à but non lucratif Privé à but lucratif

Votre catégorie professionnelle :

IDE ASD AMP Agent administratif Agent technique Médecin

Encadrement de proximité (cadre de santé, IDE référent (e) etc..) Direction

Autres :

Depuis combien d'année travaillez-vous dans votre établissement ?

Moins d'1 an 1-3 ans 3 à 10 ans Plus de 10 ans

Depuis combien d'années êtes-vous diplômé ?

Votre âge : Moins de 25 ans 26 à 45 ans 46 à 55 ans 56 ans et plus

I) Connaissance de la démarche qualité de votre établissement

Comment qualifieriez-vous la démarche qualité en 3 mots clés ?

.....

Est-ce que votre établissement a mis en place une démarche qualité ?

Oui Non Ne sait pas

Comment se caractérise la démarche qualité au sein de votre établissement ?

- Démarche qualité rythmée en fonction des visites de certification
- Démarche qualité continue
- Démarche qualité non continue
- Ne sait pas

Avez-vous été formé à la démarche qualité dans votre établissement ?

- Oui Non En cours ou à venir J'y suis sensibilisé (e)

Est-ce que vous participez à la démarche qualité ?

- Oui Non

Si oui, comment (plusieurs réponses possibles) ?

- Participation aux instances
 Participation aux groupes de travail
 Participation à des évaluations (audits, évaluations des pratiques professionnels, suivi d'indicateurs, IPAQSS etc..)
 Participation à la gestion documentaire (rédaction des procédures, protocoles, documents..)
 Participation à des retours d'expérience (CREX, RMM, RCP..)
 Participation à l'analyse des processus
 Participation à la méthode du patient traceur
 Autres formes de participation :

Concernant la démarche qualité au sein de votre établissement vous avez :

- Aucune information
 Informations quotidiennes
 Informations hebdomadaires (1 fois/semaine)
 Informations mensuelles

II) Les leviers d'implication

Sur une échelle de 1 à 10 quel est votre niveau d'implication dans la démarche qualité de votre établissement?

- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Souhaiteriez-vous être :

- Davantage sollicité(e)
 Moins sollicité (e)
 La situation actuelle vous convient

Selon vous, quels sont les bénéfices de la démarche qualité ? (Plusieurs réponses possibles)

- Amélioration de l'organisation
 Gain de temps
 Amélioration de la prise en charge du patient
 Amélioration des conditions de travail
 Amélioration de la communication
 Réduction des erreurs et des risques

- Gain d'efficacité dans votre travail
- Développement de vos compétences
- Autres :

Qu'est-ce qui facilite ou pourrait faciliter, selon vous votre implication dans la démarche qualité? (plusieurs réponses possibles)

- Reconnaissance de votre participation par votre supérieur hiérarchique
- Reconnaissance de votre professionnalisme
- Sens donné à la démarche qualité
- Relation avec votre supérieur hiérarchique
- Relation avec l'équipe
- Intérêt personnel
- Reconnaissance financière de votre participation
- Responsabilisation dans la démarche
- Autonomie dans la démarche
- Formation / Sensibilisation
- Autres :

Quels sont les principaux éléments qui font diminuer votre implication dans la démarche qualité ou qui vous empêchent d'y participer ? (Cocher 5 réponses maximum)

- Charge de travail importante / Manque de temps
- Manque de compréhension des méthodologies utilisées (manque de formation, méthodologie complexe, documents qualité trop lourds et contraignants)
- Manque d'implication de la direction / encadrement
- Manque de moyen
- Pas d'aboutissement de votre participation
- Manque de communication
- Manque de reconnaissance
- Crainte de changement des habitudes de travail
- Absence de visualisation de l'objectif visé
- Difficultés d'accès aux informations
- Aucun inconvénient
- Autres :

Recommanderiez-vous l'établissement à d'autres professionnels ?

- Oui Non

Avez-vous des suggestions d'amélioration concernant la démarche qualité au sein de votre établissement ?

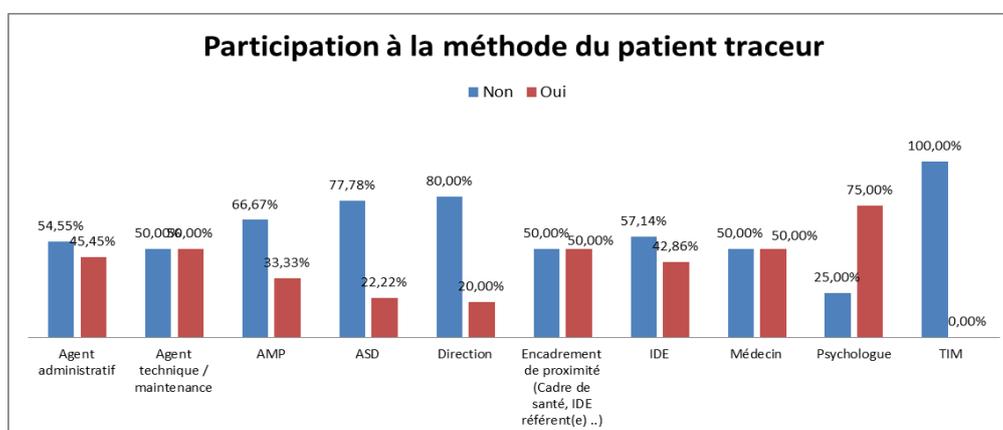
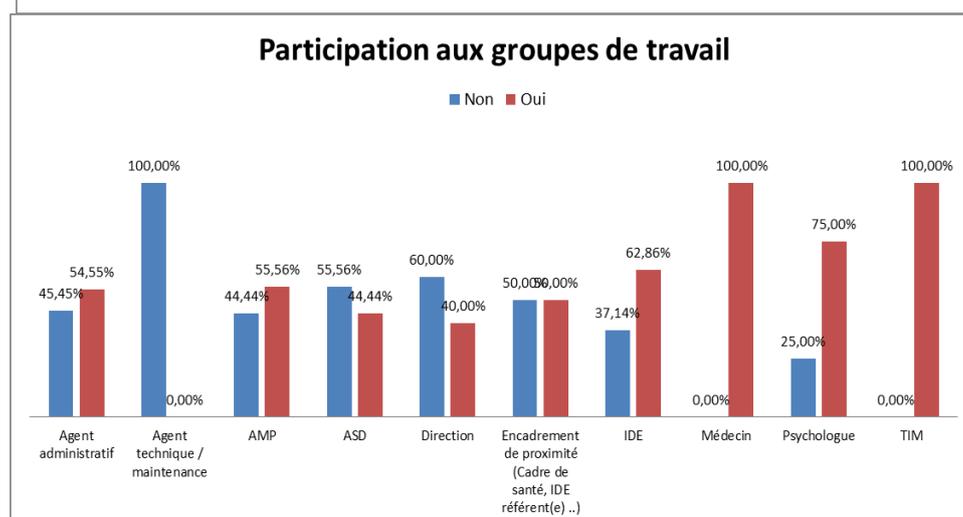
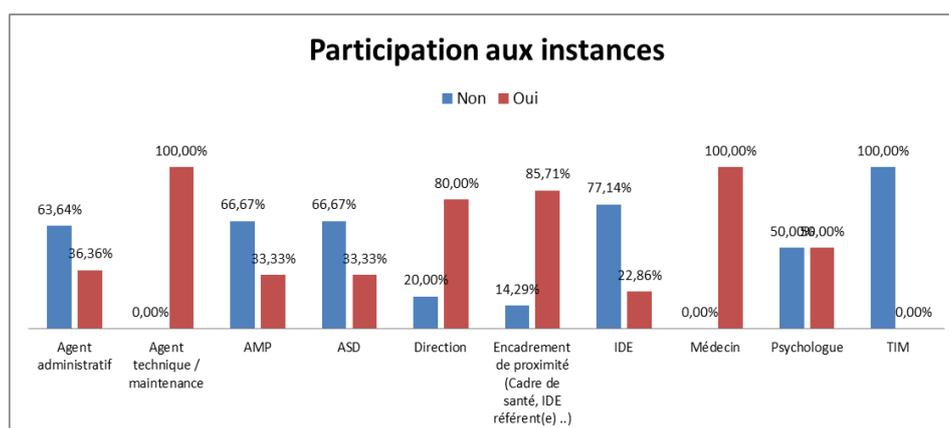
.....

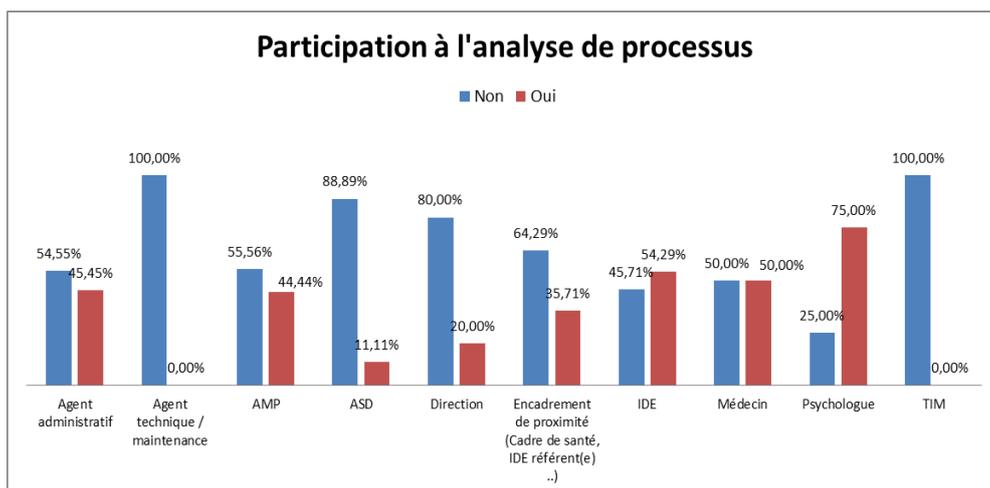
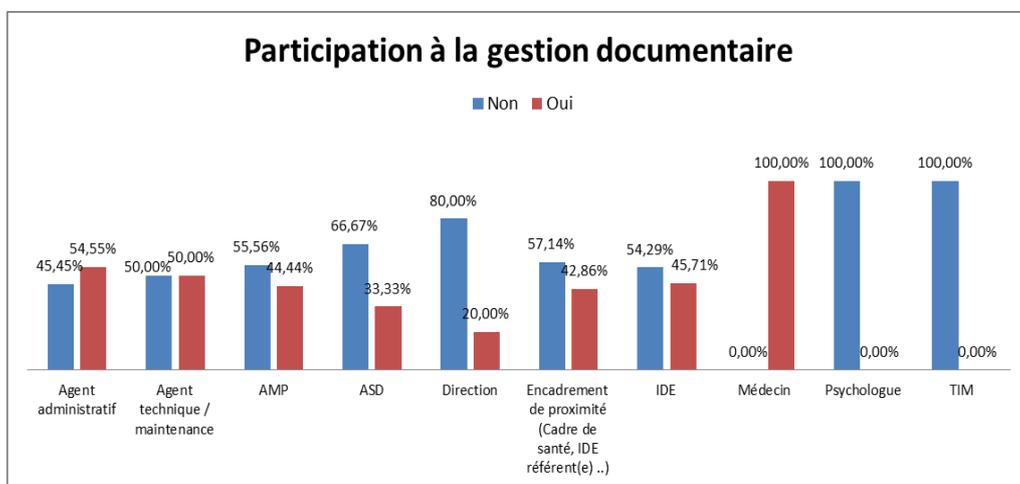
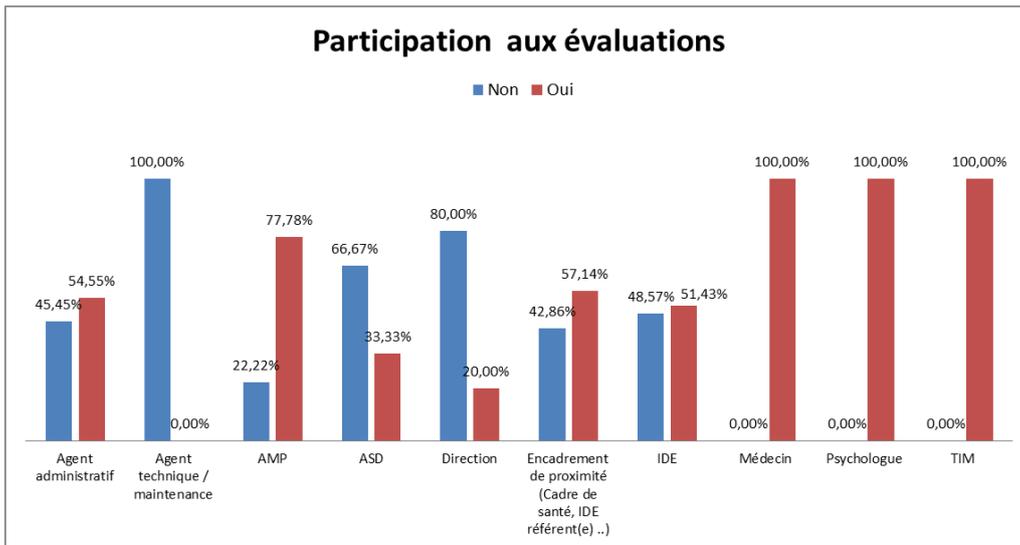
Annexe n°II : Définition de la démarche qualité en 3 mots

Méthodologie	sens	chronophage	Comprise	Ancrée	Vitalité
Évaluation	Partage	Evolution	Vigilance	Réglementation	Accréditation
Qualité	satisfaction patient	bien être	Amélioration	Evaluation	Qualification
Recueil de données	analyse	Actions	Analyse	Résultat	Performance
Important	ESSENTIELLE	Primordial	fastidieuse	enrichissante	
évaluation	remise en question	Perfectionnement	Contrôle	procédure	Protocole
Réussite	patience	Ecoute	Amélioration	Sécurité	Incontournable
Qualités	Protocole	Certification	Observation	Evaluation	Réajustement
Efficience	Amélioration	Protocole	Disponibilité	Ecoute	Pluridisciplinarité
globale	permanente	positive.	Processus	Homologation	Validation
lutte contre les infections	meilleure prise en charge du	amelioration des pratiques	Réunionisme	Amélioration	Nombre important de
CONTINUE	quotidienne	Nécessaire	continuité	cohésion	participation
efficience	securité	Responsabilité	réflexion	anticipation	amélioration
organisation-	processus-	Continuité	Analyse	Evolution	Amélioration de la prise en
IMPLICATION	BESOIN	PRATIQUES	Evaluation	Amélioration	Efficacité
CONTINUE	PARTICIPATIVE	REMISE EN QUESTION	Procédure	vigilance	Gestion des risques
certification	procédures	Réunions	Rigoureuse	obligatoire	contraignante
procédures	gestion des risques	droits du patient	Sérieux	Protocolaire	Investit
Utile	Essentielle	Macrophage	Amélioration continue	Dynamique	Emulation
Pas de réponse			Qualité	Cadre	Coordination
Utile	Echange	En progression	Rigueur	Pertinence	Opérationnel
Amélioration	Indispensable	Echange	Rigoureuse	Adaptable	Complète
Action	Evaluation	Réajustement	Amélioration	Repérer les problèmes	Trouver des actions à mettre
Action	Evaluation	Ajustement	VALORISANTE	ESSENTIELLE	PRENANTE
Prise en charge des démarches	Gestion des risques	Efficience	Nécessaire	Améliore	Pertinence
Gestion des risques	Efficience	Prise en charge optimale	Procédure	Amélioration	Bilan
Audit	Formation	Suivi	Codification	Evaluation	Emargement
Complexe			Complexe		
VALORISER	DEVELOPPER	CERTIFIER	Certification	Codification	Action
Analyser	Améliorer	Evoluer	Procédure	Audit	amélioration
Conséquente	pertinente et importante		Procédure	Rigueur	traçabilité
Assurer	Améliorer	Planifier	Intéressant	bien-être des patients	amélioration
nécessaire	vie de l'établissement	sécurité des usagers et	Suivi	Respect	Cohérence
codification	protocole	Procédures	Hygiène	Traçabilité	Sécurité
Ennuyeuse	chronophage	Biaisée	Administratif	Papier	Procédure
amelioration	Securité	Evaluation	Continue	Adaptée	Efficace
Nécessaire	procédurières	Organisée	Audit	Processus	Groupe de travail
recommandations	Instance	Procédure	Satisfaisante	Explicite	
procédure	harmonisation	Législation	Audit	Processus	Amélioration PEC patient
précise	Répétée	Suivie	Securite	Hygiène	organisation
partagée	accessible	Ancrée	Fonctionnement	Pratique	Vigilance
Sécurité	Amélioration	Analyse	Amélioration pratiques	Efficacité	Qualité
Protocoles	Identification des risques	Amélioration des pratiques	Recherche	Amélioration	Efficacité
Information	Amélioration	Détection			

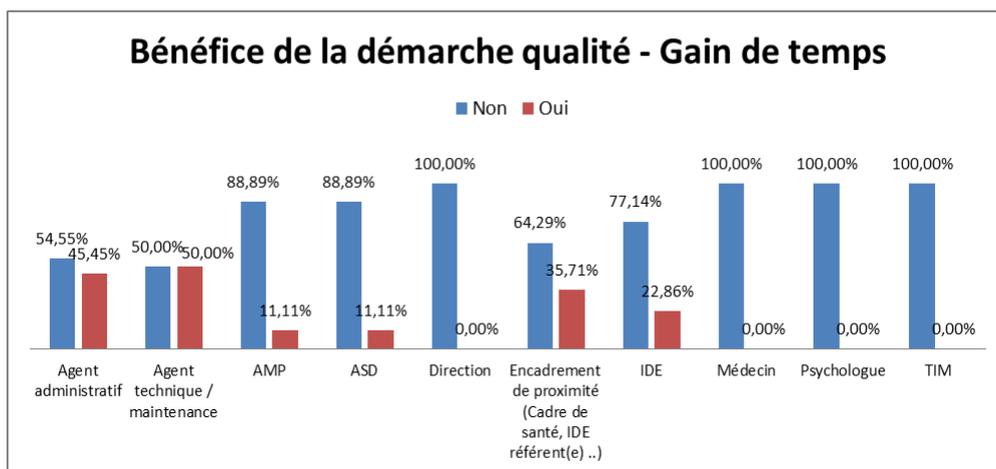
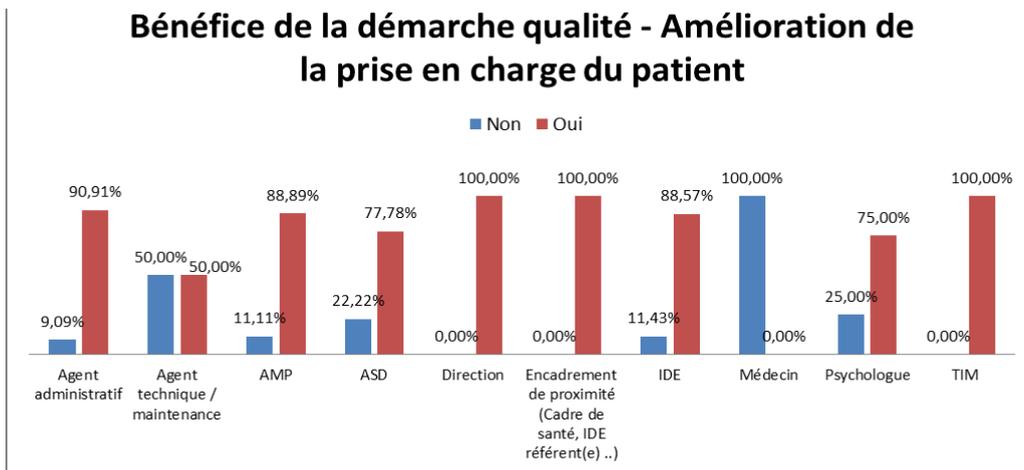
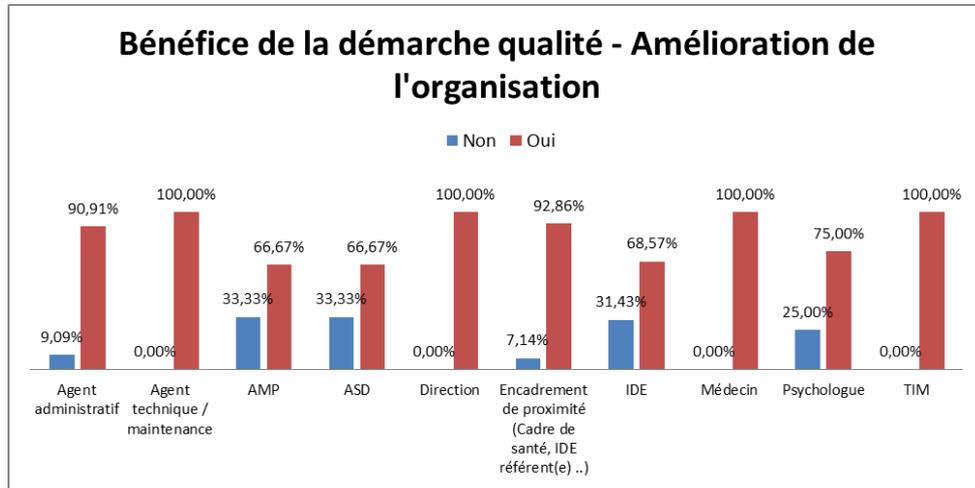
Annexe n °III : Les formes de participation à la démarche qualité selon les catégories socio-professionnelles

La base de données complète est disponible sur votre demande à merlin.ca@laposte.net

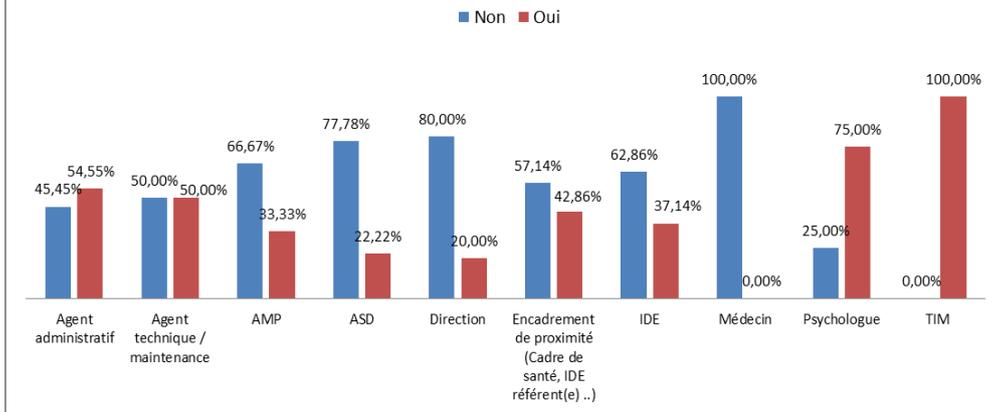




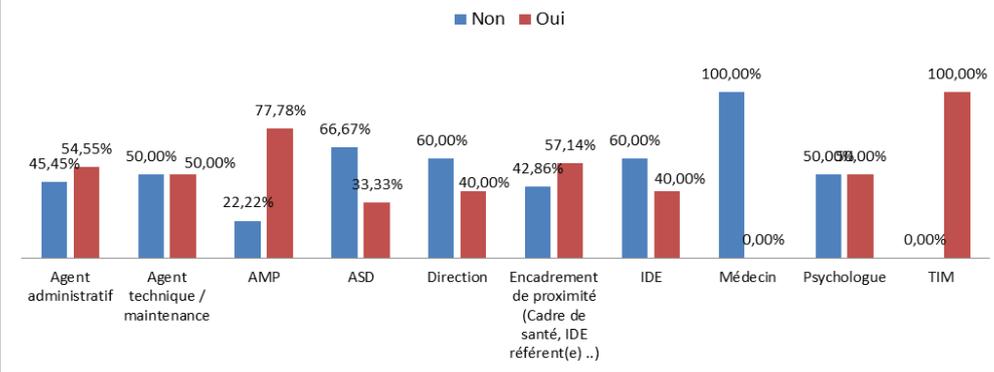
Annexe n°IV : Les bénéfices de la démarche qualité par catégorie professionnelle



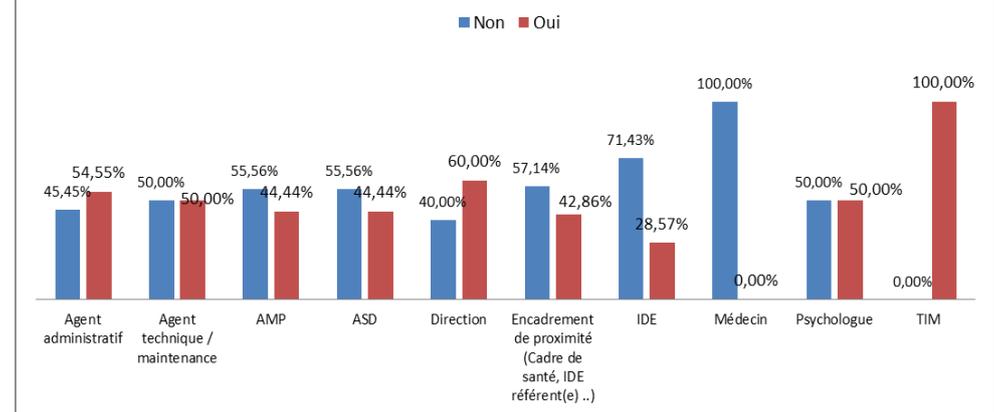
Bénéfice de la démarche qualité - Gain d'efficacité dans votre travail



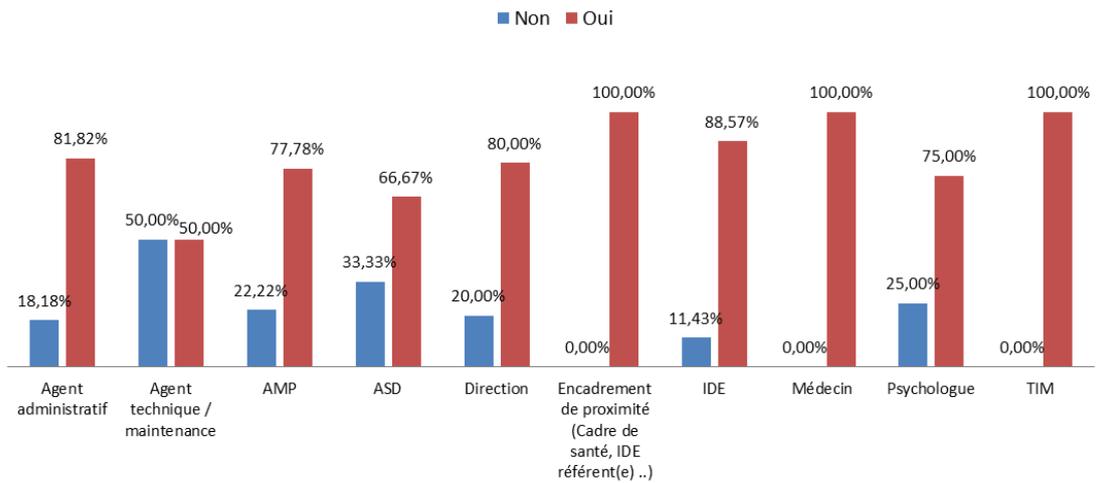
Bénéfice de la démarche qualité - Amélioration des conditions de travail



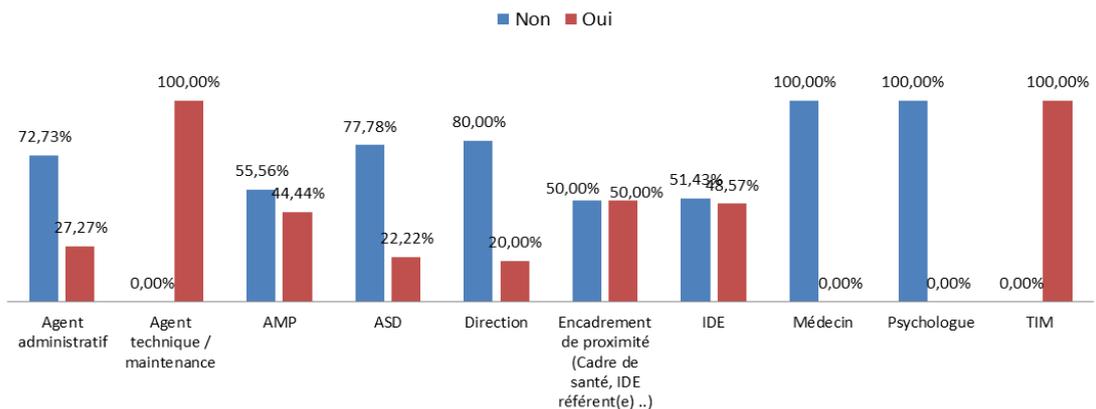
Bénéfice de la démarche qualité - Amélioration de la communication



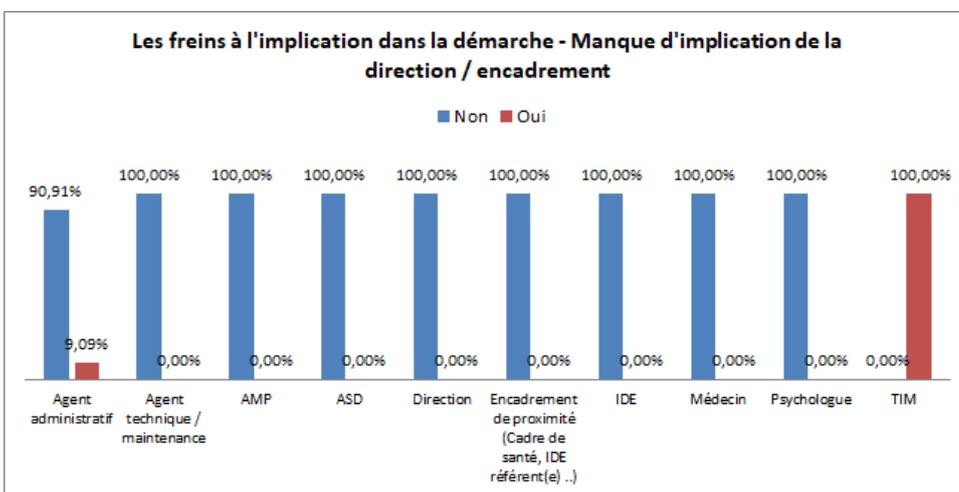
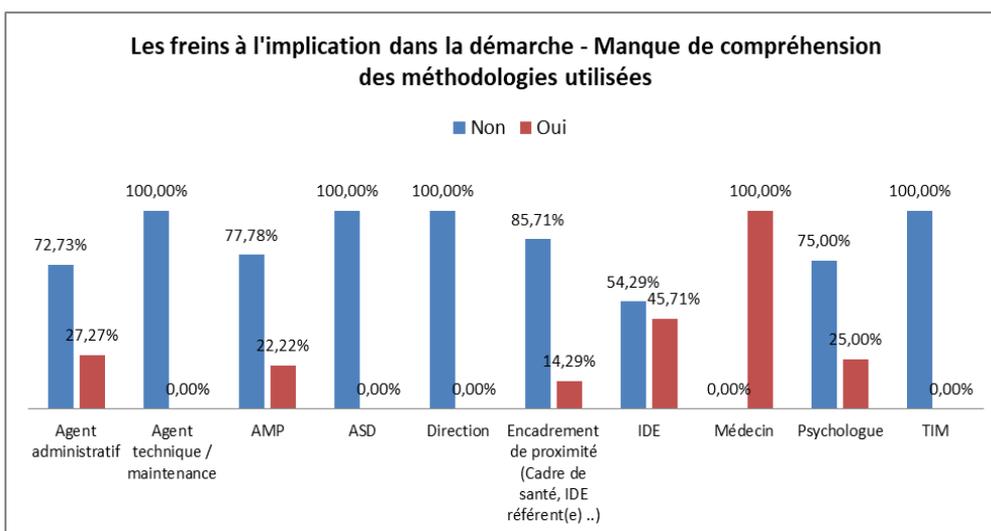
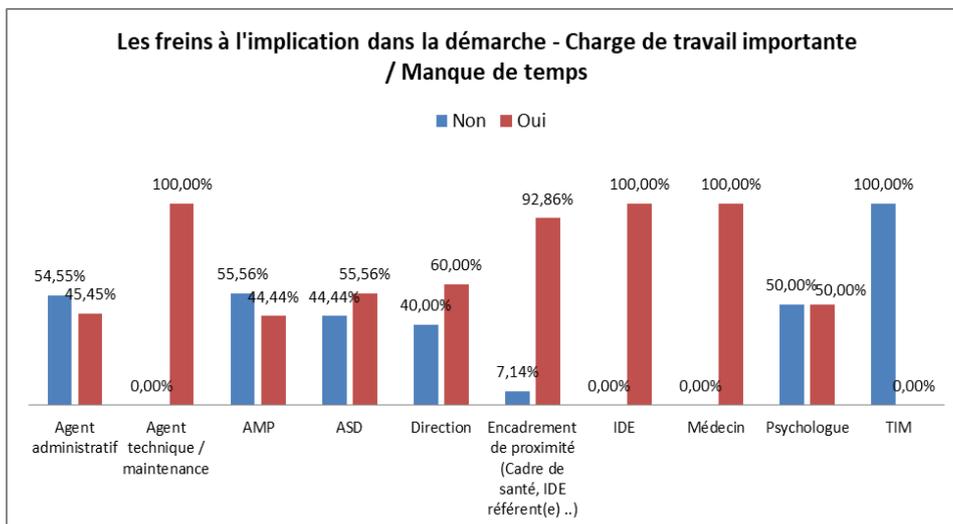
Bénéfice de la démarche qualité - Réduction des erreurs et des risques

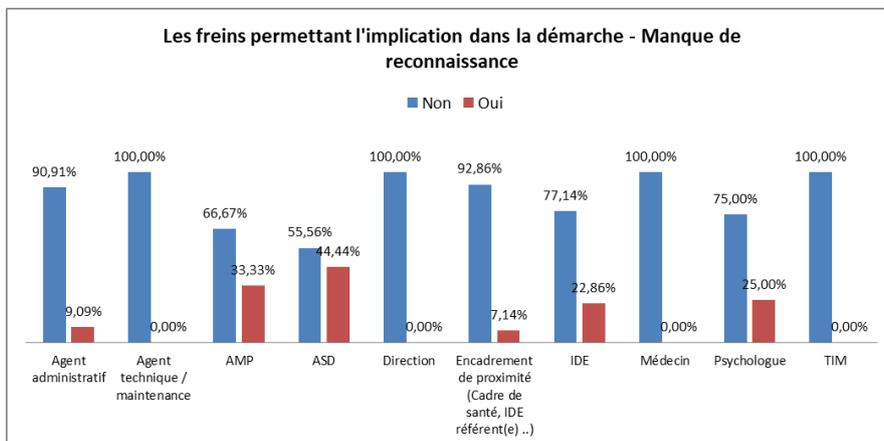
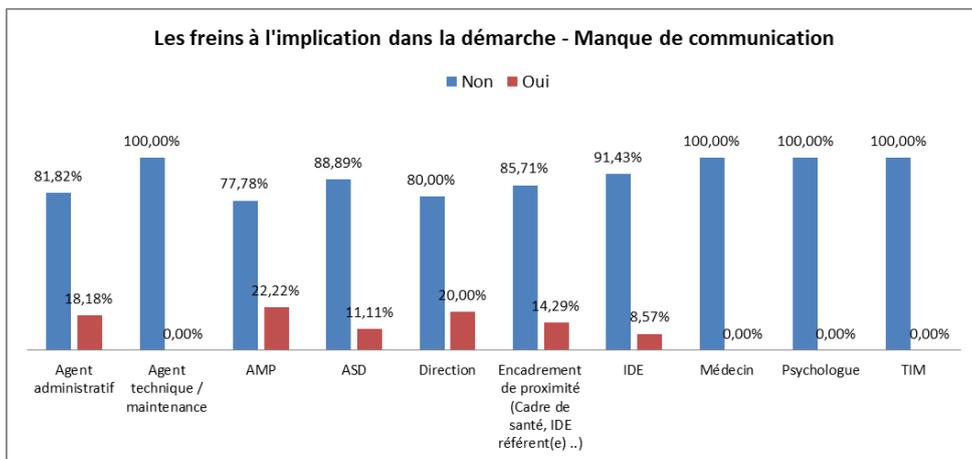
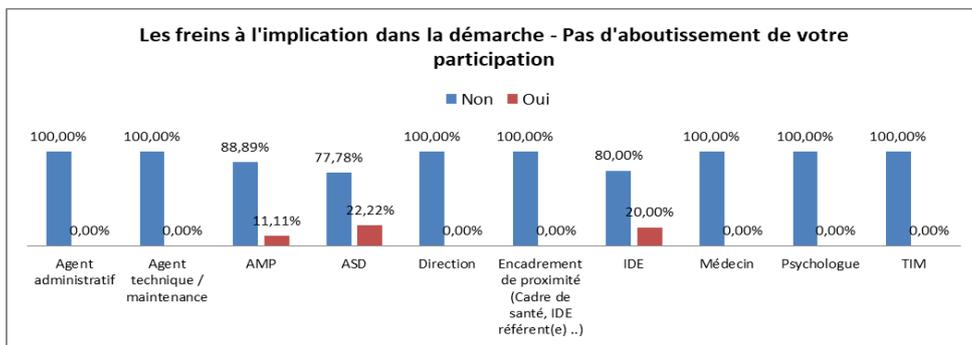
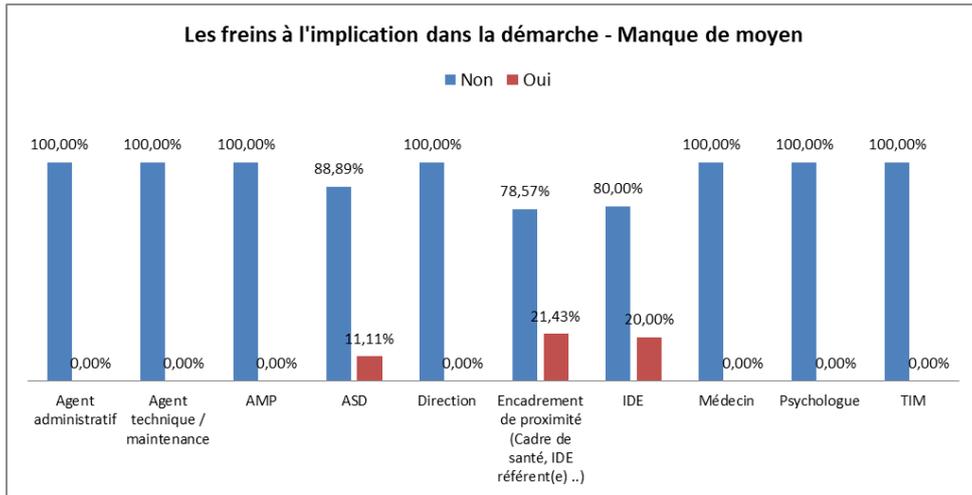


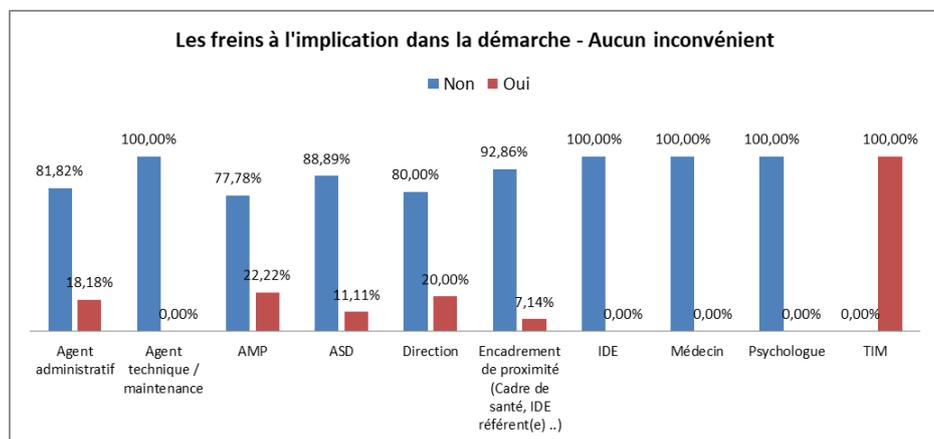
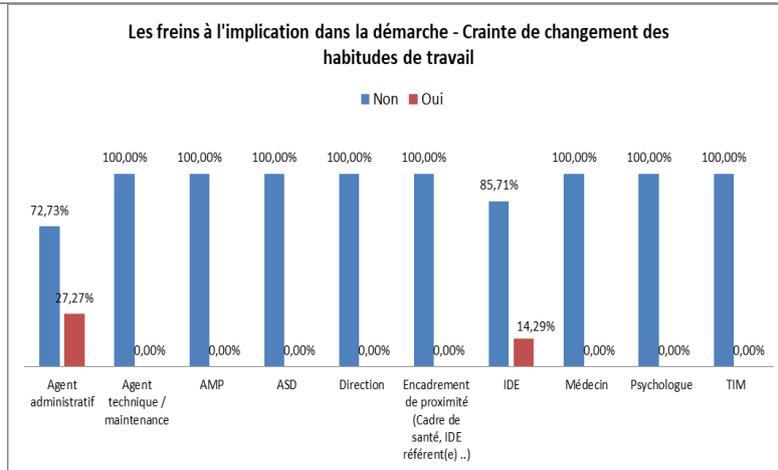
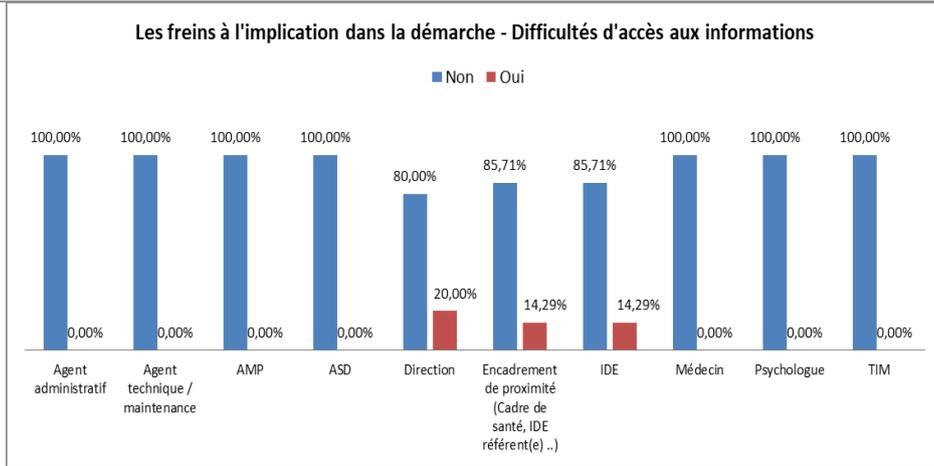
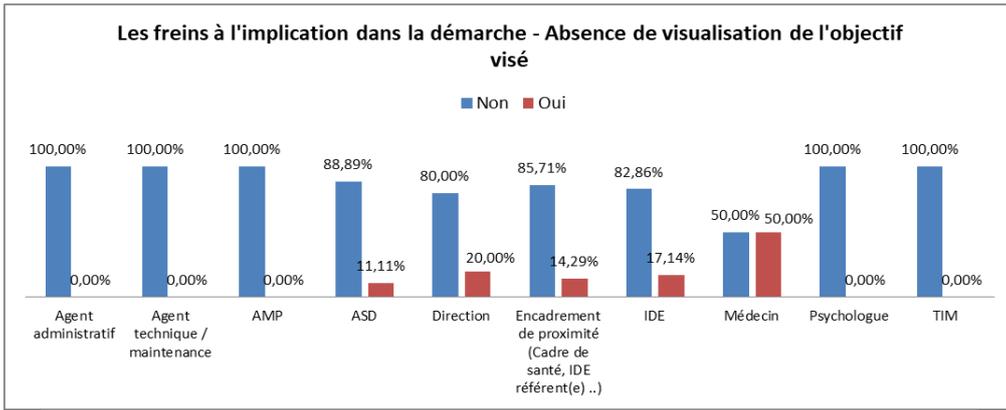
Bénéfice de la démarche qualité - Développement de vos compétences



Annexe n°V : Les freins à la démarche qualité par catégorie professionnelle







Annexe n°VI : Liste des suggestions pour améliorer la démarche qualité

Réponses obtenues à la question « Avez-vous des suggestions d'amélioration concernant la démarche qualité au sein de votre établissement ? »

- Avoir des informations qualité plus ludiques
- Avoir des chariots infirmiers complets (solutés, compartiments ttt, matériels divers) afin d'avoir tout sous la main pour éviter de prendre 2 chariots. Ne pas préparer les perfusions pour l'équipe suivante car perte de temps et double travail puisque vérification dans tous les cas
- Mieux nous sensibiliser et nous accompagner dans les démarches qualité. Nous faire comprendre le but de la démarche en utilisant des résultats concrets.
- Baisser le taux de contrôles.
- Avoir plus d'informations de la part du cadre de sante.
- Améliorer la gestion documentaire rapidement
- Avoir une gestion documentaire informatisée et non des classeurs
- Avoir les procédures informatisées
- Mettre les procédures et protocoles lisibles et à signer à l'informatique
- Améliorer la qualité du réseau informatique
- Poursuivre l'amélioration de l'utilisation des PC (raccourcis, items,etc..)
- Regrouper les réunions, instances car macrophage en temps
- Revoir l'organisation des plannings sous-effectif
- Revoir la gestion des plannings
- Poursuivre les aménagements et changements en cours (embauches, réorganisation en cours)
- Mieux se concentrer sur les risques psychosociaux / Plus d'EPP/Des réunions soignants plus fréquentes
- Service qui doit informer le personnel pour les mauvaises et bonnes choses ainsi pour les patients, élément important pour la clinique
- Moins de signatures de protocoles/ procédures (changement trop fréquent certains documents version "H" depuis 1 an)
- Importance de garder un regard clinique sur ce qui nous est demandé. Savoir questionner les objectifs imposés par les autorités de santé

Annexe n°VI : Analyse approfondie des 3 établissements

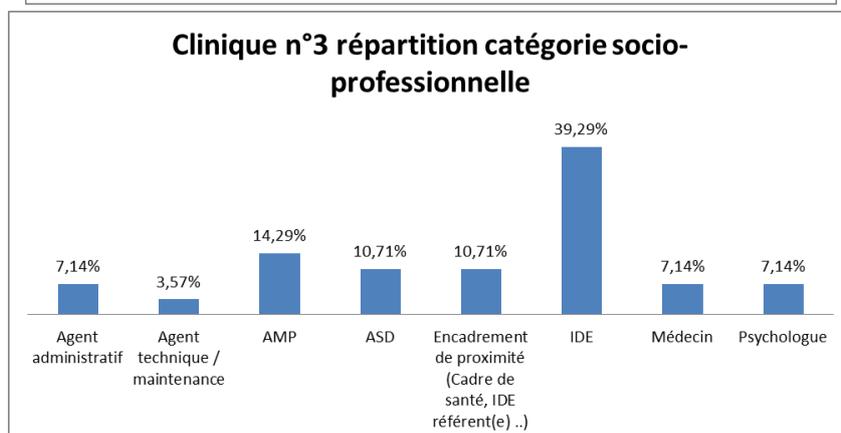
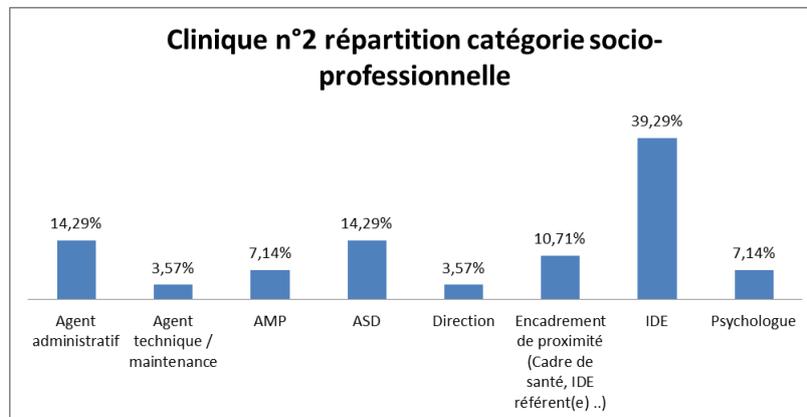
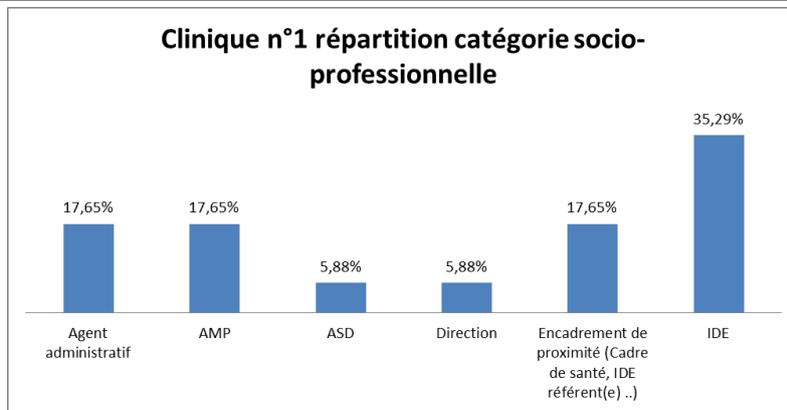
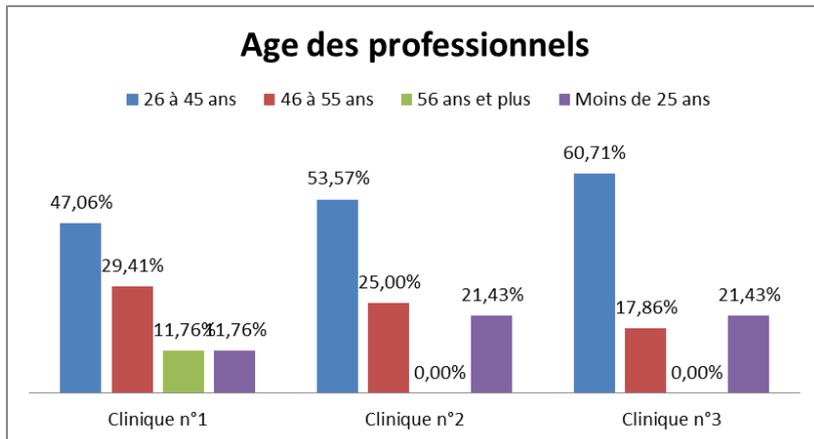


Tableau croisé Nom de votre établissement * Depuis combien d'années travaillez-vous au sein de votre établissement ?

Effectif

Nom de votre établissement		Depuis combien d'années travaillez-vous au sein de votre établissement ?				Total	
		1 à 3 ans	3 à 10 ans	Moins d'1 an	Plus de 10 ans		
Clinique 1 Clinique 2 Clinique 3		565	0	0	0	565	
		0	4	9	2	17	
		0	5	17	6	28	
		0	25	0	3	28	
Total		565	34	26	11	2	638

Tableau croisé Nom de votre établissement * Votre catégorie professionnelle

Effectif

Nom de votre établissement		Votre catégorie professionnelle										Total
		Agent administratif	Agent technique / maintenance	AMP	ASD	Direction	Encadrement de proximité (Cadre de santé, IDE référent(e) ..)	IDE	Médecin	Psychologue		
Clinique 1 Clinique 2 Clinique 3		3	0	3	1	1	3	6	0	0	17	
		4	1	2	4	1	3	11	0	2	28	
		2	1	4	3	0	3	11	2	2	28	
		9	2	9	8	2	9	28	2	4	73	

Tableau croisé Nom de votre établissement * Est-ce que vous participez à la démarche qualité ?

Effectif

Nom de votre établissement		Est-ce que vous participez à la démarche qualité ?		Total	
		Non	Oui		
Clinique 1 Clinique 2 Clinique 3		565	0	565	
		0	3	17	
		0	3	25	
		0	1	27	
Total		565	7	66	638

Tableau croisé Nom de votre établissement * Participation aux instances

Effectif

Nom de votre établissement		Participation aux instances		Total
		Non	Oui	
Clinique 1 Clinique 2 Clinique 3		8	9	17
		20	8	28
		11	17	28
		39	34	73

Tableau croisé Nom de votre établissement * Participation aux groupes de travail

Effectif

Nom de votre établissement		Participation aux groupes de travail		Total
		Non	Oui	
Clinique 1 Clinique 2 Clinique 3		8	9	17
		11	17	28
		3	25	28
		22	51	73

Tableau croisé Nom de votre établissement * Participation aux évaluations

Effectif

Nom de votre établissement		Participation aux évaluations		Total
		Non	Oui	
Clinique 1 Clinique 2 Clinique 3	Clinique 1	9	8	17
	Clinique 2	10	18	28
	Clinique 3	7	21	28
Total		26	47	73

Tableau croisé Nom de votre établissement * Participation à la gestion documentaire

Effectif

Nom de votre établissement		Participation à la gestion documentaire		Total
		Non	Oui	
Clinique 1 Clinique 2 Clinique 3	Clinique 1	11	6	17
	Clinique 2	18	10	28
	Clinique 3	9	19	28
Total		38	35	73

Tableau croisé Nom de votre établissement * Participation à des retours d'expérience

Effectif

Nom de votre établissement		Participation à des retours d'expérience		Total
		Non	Oui	
Clinique 1 Clinique 2 Clinique 3	Clinique 1	10	7	17
	Clinique 2	17	11	28
	Clinique 3	9	19	28
Total		36	37	73

Tableau croisé Nom de votre établissement * Participation à l'analyse des processus

Effectif

Nom de votre établissement		Participation à l'analyse des processus		Total
		Non	Oui	
Clinique 1 Clinique 2 Clinique 3	Clinique 1	10	7	17
	Clinique 2	13	15	28
	Clinique 3	10	18	28
Total		33	40	73

Tableau croisé Nom de votre établissement * Participation à la méthode du patient traceur

Effectif

Nom de votre établissement		Participation à la méthode du patient traceur		Total
		Non	Oui	
Clinique 1 Clinique 2 Clinique 3	Clinique 1	10	7	17
	Clinique 2	13	15	28
	Clinique 3	13	15	28
Total		36	37	73

Formation des professionnels :

Tableau croisé Nom de votre établissement * Formé

Effectif

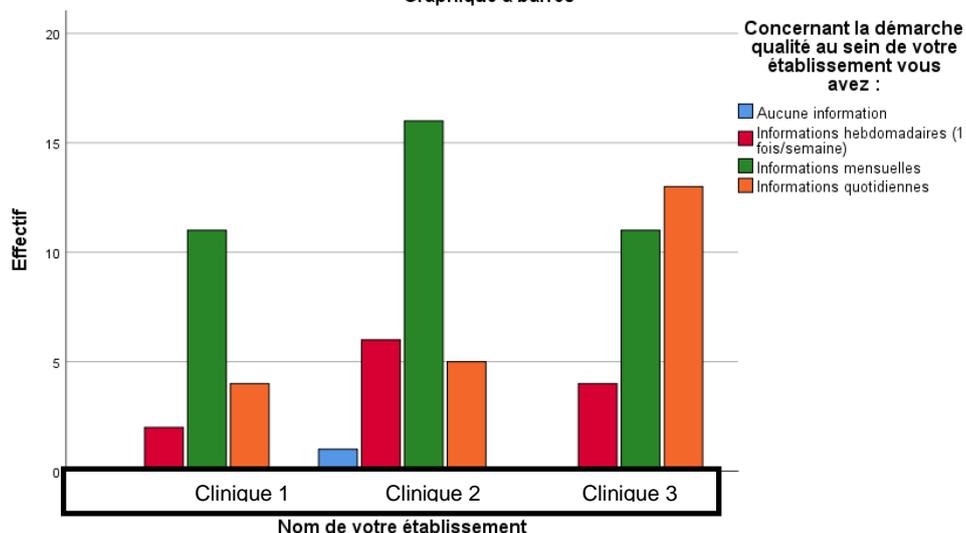
Nom de votre établissement	Formé		Total
	Non	Oui	
Clinique 1	6	11	17
Clinique 2	8	20	28
Clinique 3	11	17	28
Total	25	48	73

Niveau d'information :

Concernant la démarche qualité au sein de votre établissement vous avez :

Nom de votre établissement		Aucune information	Informations hebdomadaires (1 fois/semaine)			Informations mensuelles	Informations quotidiennes	Total
Clinique 1		0	2	11	4	17		
Clinique 2		1	6	16	5	28		
Clinique 3		0	4	11	13	28		
Total		1	12	38	22	73		

Graphique à barres



Niveau d'implication :

Tableau croisé Nom de votre établissement * Sur une échelle de 1 (pas du tout impliqué) à 10 (très impliqué) quel est votre niveau d'implication dans la démarche qualité de votre établissement?

Effectif

Nom de votre établissement	Sur une échelle de 1 (pas du tout impliqué) à 10 (très impliqué) quel est votre niveau d'implication dans la démarche qualité de votre établissement?										Total
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Clinique 1	0	2	0	4	1	1	3	4	0	2	17
Clinique 2	0	0	0	2	7	7	8	1	1	2	28
Clinique 3	1	1	1	2	3	4	8	5	2	1	28
Total	1	3	1	8	11	12	19	10	3	5	73

Tableau croisé Nom de votre établissement * Souhaiteriez-vous être :

Effectif

Nom de votre établissement		Souhaiteriez-vous être :			Total
		Davantage sollicité(e)	La situation actuelle vous convient	Moins sollicité(e)	
	Clinique 1	2	14	1	17
	Clinique 2	3	24	1	28
	Clinique 3	2	20	6	28
Total		7	58	8	73

Quels sont les bénéfices de la démarche qualité ?

Tableau croisé Nom de votre établissement * Amélioration de l'organisation

Effectif

Nom de votre établissement		Amélioration de l'organisation		Total
		Non	Oui	
	Clinique 1	5	12	17
	Clinique 2	6	22	28
	Clinique 3	6	22	28
Total		17	56	73

Effectif

Nom de votre établissement		Amélioration de la prise en charge du patient		Total
		Non	Oui	
	Clinique 1	1	16	17
	Clinique 2	1	27	28
	Clinique 3	9	19	28
Total		11	62	73

Tableau croisé Nom de votre établissement * Amélioration des conditions de travail

Effectif

Nom de votre établissement		Amélioration des conditions de travail		Total
		Non	Oui	
	Clinique 1	9	8	17
	Clinique 2	12	16	28
	Clinique 3	17	11	28
Total		38	35	73

Tableau croisé Nom de votre établissement * Amélioration de la communication

Effectif

Nom de votre établissement		Amélioration de la communication		Total
		Non	Oui	
	Clinique 1	10	7	17
	Clinique 2	17	11	28
	Clinique 3	16	12	28
Total		43	30	73

Tableau croisé Nom de votre établissement * Gain de temps

Effectif

Nom de votre établissement		Gain de temps		Total
		Non	Oui	
	Clinique 1	12	5	17
	Clinique 2	20	8	28
	Clinique 3	24	4	28
Total		56	17	73

Tableau croisé Nom de votre établissement * Réduction des erreurs et des risques

Effectif

Nom de votre établissement		Réduction des erreurs et des risques		Total
		Non	Oui	
	Clinique 1	3	14	17
	Clinique 2	5	23	28
	Clinique 3	5	23	28
Total		13	60	73

Tableau croisé Nom de votre établissement * Gain d'efficacité dans votre travail

Effectif

Nom de votre établissement		Gain d'efficacité dans votre travail		Total
		Non	Oui	
	Clinique 1	14	3	17
	Clinique 2	16	12	28
	Clinique 3	15	13	28
Total		45	28	73

Tableau croisé Nom de votre établissement * Développement de vos compétences

Effectif

Nom de votre établissement		Développement de vos compétences		Total
		Non	Oui	
	Clinique 1	14	3	17
	Clinique 2	16	12	28
	Clinique 3	13	15	28
Total		43	30	73

Les leviers permettant l'implication dans la démarche :

Tableau croisé Nom de votre établissement * Reconnaissance de votre participation par votre supérieur hiérarchique

Effectif

Nom de votre établissement		Reconnaissance de votre participation par votre supérieur hiérarchique		Total
		Non	Oui	
	Clinique 1	14	3	17
	Clinique 2	22	6	28
	Clinique 3	16	12	28
Total		52	21	73

Tableau croisé Nom de votre établissement * Reconnaissance de votre professionnalisme

Effectif

Nom de votre établissement		Reconnaissance de votre professionnalisme		Total
		Non	Oui	
Clinique 1 Clinique 2 Clinique 3	Clinique 1	14	3	17
	Clinique 2	16	12	28
	Clinique 3	18	10	28
Total		48	25	73

Tableau croisé Nom de votre établissement * Sens donné à la démarche qualité

Effectif

Nom de votre établissement		Sens donné à la démarche qualité		Total
		Non	Oui	
Clinique 1 Clinique 2 Clinique 3	Clinique 1	7	10	17
	Clinique 2	16	12	28
	Clinique 3	15	13	28
Total		38	35	73

Tableau croisé Nom de votre établissement * Relation avec votre supérieur hiérarchique

Effectif

Nom de votre établissement		Relation avec votre supérieur hiérarchique		Total
		Non	Oui	
Clinique 1 Clinique 2 Clinique 3	Clinique 1	17	0	17
	Clinique 2	26	2	28
	Clinique 3	25	3	28
Total		68	5	73

Tableau croisé Nom de votre établissement * Relation avec l'équipe

Effectif

Nom de votre établissement		Relation avec l'équipe		Total
		Non	Oui	
Clinique 1 Clinique 2 Clinique 3	Clinique 1	9	8	17
	Clinique 2	20	8	28
	Clinique 3	18	10	28
Total		47	26	73

Tableau croisé Nom de votre établissement * Intérêt personnel

Effectif

Nom de votre établissement		Intérêt personnel		Total
		Non	Oui	
Clinique 1 Clinique 2 Clinique 3	Clinique 1	12	5	17
	Clinique 2	19	9	28
	Clinique 3	21	7	28
Total		52	21	73

Tableau croisé Nom de votre établissement * Reconnaissance financière de votre participation

Effectif

Nom de votre établissement		Reconnaissance financière de votre participation		Total
		Non	Oui	
Clinique 1 Clinique 2 Clinique 3		13	4	17
		16	12	28
		17	11	28
Total		46	27	73

Tableau croisé Nom de votre établissement * Autonomie dans la démarche

Effectif

Nom de votre établissement		Autonomie dans la démarche		Total
		Non	Oui	
Clinique 1 Clinique 2 Clinique 3		15	2	17
		21	7	28
		23	5	28
Total		59	14	73

Tableau croisé Nom de votre établissement * Formation/Sensibilisation

Effectif

Nom de votre établissement		Formation/Sensibilisation		Total
		Non	Oui	
Clinique 1 Clinique 2 Clinique 3		11	6	17
		13	15	28
		17	11	28
Total		41	32	73

Les freins à l'implication dans la démarche :

Tableau croisé Nom de votre établissement * Charge de travail importante / Manque de temps

Effectif

Nom de votre établissement		Charge de travail importante / Manque de temps		Total
		Non	Oui	
Clinique 1 Clinique 2 Clinique 3		4	13	17
		8	20	28
		5	23	28
Total		17	56	73

Tableau croisé Nom de votre établissement * Manque de compréhension des méthodologies utilisées

Effectif

Nom de votre établissement		Manque de compréhension des méthodologies utilisées		Total
		Non	Oui	
Clinique 1 Clinique 2 Clinique 3		13	4	17
		20	8	28
		19	9	28
Total		52	21	73

Tableau croisé Nom de votre établissement * Manque d'implication de la direction / encadrement

Effectif

Nom de votre établissement	Manque d'implication de la direction / encadrement	Manque d'implication de la direction / encadrement		Total
		Non	Oui	
Clinique 1 Clinique 2 Clinique 3		17	0	17
		28	0	28
		28	0	28
Total		73	0	73

Tableau croisé Nom de votre établissement * Manque de moyen

Effectif

Nom de votre établissement	Manque de moyen	Manque de moyen		Total
		Non	Oui	
Clinique 1 Clinique 2 Clinique 3		17	0	17
		22	6	28
		26	2	28
Total		65	8	73

Tableau croisé Nom de votre établissement * Pas d'aboutissement de votre participation

Effectif

Nom de votre établissement	Pas d'aboutissement de votre participation	Pas d'aboutissement de votre participation		Total
		Non	Oui	
Clinique 1 Clinique 2 Clinique 3		15	2	17
		25	3	28
		25	3	28
Total		65	8	73

Tableau croisé Nom de votre établissement * Manque de communication

Effectif

Nom de votre établissement	Manque de communication	Manque de communication		Total
		Non	Oui	
Clinique 1 Clinique 2 Clinique 3		17	0	17
		23	5	28
		26	2	28
Total		66	7	73

Tableau croisé Nom de votre établissement * Manque de reconnaissance

Effectif

Nom de votre établissement	Manque de reconnaissance	Manque de reconnaissance		Total
		Non	Oui	
Clinique 1 Clinique 2 Clinique 3		13	4	17
		25	3	28
		18	10	28
Total		56	17	73

Tableau croisé Nom de votre établissement * Crainte de changement des habitudes de travail

Effectif

Nom de votre établissement		Crainte de changement des habitudes de travail		Total
		Non	Oui	
Clinique 1 Clinique 2 Clinique 3	Clinique 1	15	2	17
	Clinique 2	27	1	28
	Clinique 3	25	3	28
Total		67	6	73

Tableau croisé Nom de votre établissement * Absence de visualisation de l'objectif visé

Effectif

Nom de votre établissement		Absence de visualisation de l'objectif visé		Total
		Non	Oui	
Clinique 1 Clinique 2 Clinique 3	Clinique 1	15	2	17
	Clinique 2	27	1	28
	Clinique 3	23	5	28
Total		65	8	73

Tableau croisé Nom de votre établissement * Difficultés d'accès aux informations

Effectif

Nom de votre établissement		Difficultés d'accès aux informations		Total
		Non	Oui	
Clinique 1 Clinique 2 Clinique 3	Clinique 1	15	2	17
	Clinique 2	26	2	28
	Clinique 3	28	0	28
Total		69	4	73

Tableau croisé Nom de votre établissement * Aucun inconvénient

Effectif

Nom de votre établissement		Aucun inconvénient		Total
		Non	Oui	
Clinique 1 Clinique 2 Clinique 3	Clinique 1	14	3	17
	Clinique 2	26	2	28
	Clinique 3	27	1	28
Total		67	6	73

Tableau croisé Nom de votre établissement * Recommanderiez-vous l'établissement à d'autres professionnels ?

Effectif

Nom de votre établissement		Recommanderiez-vous l'établissement à d'autres professionnels ?		Total
		Non	Oui	
Clinique 1 Clinique 2 Clinique 3	Clinique 1	0	17	17
	Clinique 2	2	26	28
	Clinique 3	2	26	28
Total		4	69	73

L'implication des professionnels dans une démarche d'amélioration continue de la qualité.

La mise en place d'une démarche d'amélioration continue de la qualité nécessite l'**implication** de l'ensemble des professionnels. Cependant certains **freins** peuvent apparaître face à la mise en place d'une **démarche qualité**, il convient donc d'identifier les **leviers** permettant d'impliquer les acteurs dans une démarche d'amélioration continue. En effet, la démarche qualité au sein des établissements de santé, encadrée par la Haute Autorité de Santé est rythmée par la procédure de **certification**. Celle-ci est en constante évolution avec une implication toujours plus forte des acteurs de terrain, grâce à de nouvelles méthodes telles que le patient traceur et l'audit de processus.

Pour répondre à ces exigences il faudra donc identifier et analyser les **leviers** permettant l'implication des professionnels. Pour cela il est nécessaire de s'intéresser et d'analyser le contexte spécifique des **établissements de santé**, car celui-ci influence la mise en place de la démarche qualité. La démarche qualité étant une démarche à long terme, elle nécessite l'application des principes de conduite du changement afin de favoriser l'implication de l'ensemble des professionnels.

Afin d'analyser l'**implication** des professionnels dans la **démarche qualité** une enquête a été réalisée. Celle-ci permettra d'identifier l'**implication** des professionnels en terme de participation et d'information concernant la démarche mais également de prioriser les **freins** et les **leviers**.

Mots clefs : implication, démarche qualité, freins, leviers, certification, établissement de santé

The implication of professionals in a continuous improvement approach of quality.

A continuous improvement approach of quality requires the **implication** of all professionals. However, some **obstacles** can appear during the **quality approach** implementation, that's why it is necessary to identify the **implication factors** in the continuous improvement quality. Indeed, the **quality approach** in **health establishments**, supervised by the French National Authority for Health, is punctuated by the procedure of certification. It is constantly evolving and the professionals are getting more and more involved, thanks to new methods like the patient-tracer and the process audit.

In order to reach this requirement, it is necessary to identify and to analyse the specific context of **health establishments** because it influences the improvement of the **quality approach**. **The quality approach** is a long term approach which requires the application of effective change management in order to foster the implication of all professionals.

So as to analyse the professionals **implication** in the **quality approach** a survey was conducted. It will identify the implication of professionals with their participation and communication around this approach but also prioritize the **obstacles** and the **factors** of implication.

Key words : implication, quality approach, obstacles, health establishments