



Nolwenn DAMBRIN

Mémoire de fin d'études de Master 2 Management sectoriel, Parcours Management des établissements médico-sociaux, de la qualité et des risques, et des flux

« Comment augmenter l'implication des professionnels de santé en fonction de leur catégorie socio-professionnelle dans la démarche qualité au bloc opératoire ? »

Sous la direction de Monsieur Hervé HUBERT

Composition du Jury :

- Président de jury : Laurent CASTRA, Directeur de la qualité, de la sécurité et de la protection des populations, ARS Ile-de-France
- Directeur de mémoire : Hervé HUBERT, Professeur des Universités, Ilis
- 3^{ème} membre du jury : Laetitia PLISSON, Responsable qualité, Clinique de Villeneuve d'Ascq

Date de soutenance : 5 octobre 2019

Année Universitaire 2018-2019

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

REMERCIEMENTS

Tout d'abord, je souhaiterais remercier M. Hervé HUBERT, mon directeur de mémoire pour sa disponibilité et son accompagnement dans la réalisation de ce travail.

Ma gratitude va également à ma maître de stage, Mme Gaëlle RICHARD, qualitiennne de la Polyclinique du Parc de Cholet pour son soutien, son aide et ses précieux conseils dans la réalisation de mon mémoire. Par son expérience et ses remarquables qualités humaines, elle m'a offert un excellent environnement de travail.

Je tiens aussi à remercier Mme Jeanne NEVILLE, directrice des soins et de la qualité ainsi que Mme Christelle CHEVALIER, responsable du bloc opératoire de la Polyclinique du Parc pour avoir acceptées la diffusion de mon enquête.

Un sincère remerciement à l'ensemble des professionnels exerçant au bloc opératoire de la Polyclinique du Parc ayant répondu à mon enquête pour leur participation et le temps accordé.

SOMMAIRE

Liste des figures	7
Liste des abreviations	9
Introduction	11
1. Concept de l'implication des professionnels au travail	13
1.1 Des conditions de travail à la qualité de vie au travail	13
1.2 La qualité de vie au travail	16
1.3 Le concept d'implication	19
2. La démarche qualité au bloc opératoire	29
2.1 Les concepts généraux de la démarche qualité.....	29
2.2 Spécificités du bloc opératoire.....	35
2.3 Démarche qualité au bloc opératoire	42
3. L'implication des professionnels dans la démarche qualité au bloc opératoire	47
3.1 Importance de l'implication des professionnels dans la démarche qualité.....	47
3.2 Freins à l'implication dans la démarche qualité au bloc opératoire.....	48
3.3 Facteurs augmentant l'implication dans la démarche qualité au bloc opératoire ..	51
3.4 Analyse de l'enquête diffusée au bloc opératoire de la Polyclinique du Parc	54
Conclusion	71
Bibliographie.....	73
Listes des annexes	77

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Roue de Deming (HAS)	33
Figure 2 : Cartographie des processus du bloc opératoire (HAS).....	37
Figure 3: Les étapes de changement de Vandagean-Derumez (1998) (Quelles étapes pour la conduite du changement à l'hôpital ? C.Merdinger-Rumpler et T.Nobre	54
Figure 4: Graphique du nombre de répondants par catégorie socio-professionnelle.....	56
Figure 6: Graphique l'ancienneté des répondants au bloc opératoire de la polyclinique ...	57
Figure 5: Graphique l'ancienneté des répondants dans leur profession	57
Figure 7: Graphique de la qualification de la démarche qualité par les répondants.....	59
Figure 8: Graphique de la perception de la démarche qualité par les répondants.....	60
Figure 9: Graphique de la nature de la sensibilisation	60
Figure 10 : Graphique du nombre de professionnels sensibilisés.....	60
Figure 11 : Graphique des moyens d'information	61
Figure 12: Graphique de la fréquence de l'information	62
Figure 13: Graphique de la participation dans la démarche qualité au bloc opératoire en fonction de la catégorie socio-professionnelle	63
Figure 14: Graphique de la nature de la participation	63
Figure 15: Graphique des bénéfices de la démarche qualité au bloc opératoire	64
Figure 16: Graphique du niveau d'implication des professionnels.....	64
Figure 17: Graphique de la sollicitation des professionnels dans ma démarche qualité	65
Figure 18: Graphique des freins à l'implication des professionnels de santé dans la démarche qualité au bloc opératoire.....	65
Figure 19: Graphique des facteurs augmentant l'implication des professionnels de santé dans la démarche qualité au bloc opératoire	66

LISTE DES ABREVIATIONS

- ANACT : Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail
- ANAES : Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
- ANDEM : Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale
- ANI : Accord National Interprofessionnel
- AS : Aide-soignant
- ASH : Agent de Service Hospitalier
- CREX : Comité de Retour d'Expérience
- DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins
- DPC : Développement Professionnel Continu
- ENEIS : Enquête Nationale sur les Evénements Indésirables
- EPP : Evaluation des Pratiques Professionnelles
- GHT : Groupement Hospitalier de Territoire
- HAS : Haute Autorité de Santé
- IADE : Infirmière Anesthésie Diplômée d'Etat
- IBODE : Infirmière de Bloc Opératoire Diplômée d'Etat
- IDE : Infirmière Diplômée d'Etat
- ISO 9000 : Normes de management de la qualité de l'Organisation internationale de normalisation
- ISO 9001 : Référentiel de management de la qualité
- ISO 8402 : Management de la qualité et assurance de la qualité (1994, annulé)
- MAR : Médecin Anesthésiste Réanimateur
- MCO : Médecine – Chirurgie – Obstétrique
- MEAH : Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers
- PACTE : Programme d'Amélioration Collective du Travail d'Equipe
- RAAC : Récupération Améliorée Après Chirurgie
- RMM : Revue de Morbidité et Mortalité
- SSPI : Salle de Surveillance Continue
- SSR : Soins de Suite et de Réadaptation
- T2A : Tarification à l'Activité

INTRODUCTION

La démarche d'évaluation et d'amélioration continue de la qualité s'est largement développée dans le domaine de la santé de par l'impact des scandales sanitaires tels que l'affaire du sang contaminé ou de l'hormone de croissance, mais aussi grâce à l'introduction de la démarche de certification. Elle a été impulsée par la loi du 31 juillet 1991 sur la réforme hospitalière ainsi que par l'ordonnance dite de Juppé du 24 avril 1996 instaurant l'évaluation et l'accréditation obligatoire des établissements de santé français. Ainsi, la première procédure de certification a eu lieu en 1999, elle visait à « promouvoir la mise en œuvre de démarches d'amélioration continue de la qualité dans les établissements de santé » HAS. Depuis, plusieurs versions de la procédure de certification ont été mises en œuvre. Les objectifs étant de s'adapter aux exigences et aux évolutions actuelles du système de santé, d'assurer la transition d'un système de respect strict des normes vers une politique d'intégration du résultat et d'améliorer de manière continue la qualité et la sécurité des soins.

L'implication de l'ensemble des professionnels est une ressource essentielle pour la réussite d'une démarche qualité. En effet, le guide sur les principes de mise en œuvre d'une démarche qualité en établissement de santé de 2002 de l'ANAES devenue en 2004 l'HAS souligne l'importance de l'implication des professionnels de terrain dans la démarche d'amélioration continue des processus et des pratiques de soins, tout comme le référentiel ISO 9001. Comme ces professionnels connaissent les réalités du terrain, ils peuvent juger de la faisabilité des actions retenues et de la motivation à les appliquer.

L'implication des professionnels présente néanmoins certaines difficultés dans sa mise en œuvre à la fois culturelles, méthodologiques ou pratiques. Effectivement, il est souvent compliqué de fédérer et d'impliquer les professionnels de santé autour de problématiques qualité. Or, l'amélioration continue de la qualité relève d'un travail collectif et collaboratif quotidien. Le manque d'implication devient alors un obstacle à la pérennisation de la démarche qualité d'un hôpital, et par conséquent à ses services qui le fondent tel que le bloc opératoire.

Au cœur de l'organisation d'un hôpital, le bloc opératoire est un important centre de ressources et la vitrine technologique de l'établissement. C'est une entité complexe dans sa gestion. Ses enjeux y sont importants du fait du nombre d'intervenants à coordonner, des interfaces avec les autres services, de la variété d'actes chirurgicaux pris en charge. Le bloc opératoire est un secteur à risques pour le patient. Selon l'Etude ENEIS de 2009, la survenue d'événements indésirables graves pendant l'hospitalisation était le plus souvent associée à des actes invasifs, majoritairement de type chirurgical. Ainsi, « La

qualité et la sécurité de la prise en charge du patient au bloc opératoire sont des priorités de la certification des établissements de santé depuis son origine »HAS. Par conséquent, la prise en charge du patient au bloc opératoire est devenue une thématique obligatoirement investiguée avec la V2014. L'implication des professionnels de santé dans la démarche qualité se trouve donc d'autant plus importante au bloc opératoire.

Mais comme évoqué précédemment, la démarche qualité est souvent entravée. Chaque professionnel, suivant sa catégorie socio-professionnelle, a une vision et une interprétation de la démarche qualité différente. Les freins à l'implication des professionnels peuvent trouver leur origine dans une absence de compréhension des méthodes, de l'intérêt et des objectifs liés à la démarche qualité. Cependant, les difficultés de l'implication des professionnels résident majoritairement dans des problématiques liées aux conditions de travail comme le manque de temps des professionnels dans la réalisation des missions allouées par leur fonction. En effet, selon l'enquête sur l'importance du temps dans la relation patients-soignants de 2018 réalisée par l'institut d'étude Odaxa et par la mutuelle nationale des hospitaliers et des professionnels de la santé et du social (MNH), la majorité du personnel soignant (51%), mais surtout les médecins (62%) déplorent manquer de temps pour la réalisation de leurs tâches. Ils déplorent notamment un manque de temps avec les patients impactant la qualité des soins et la sécurité des patients. Effectivement, les professionnels de santé (60 à 70%) considèrent que les temps d'échange sur le patient entre professionnels sont insuffisants et que le temps consacré aux tâches administratives est trop conséquent. Dans ce contexte, comment peut-on exiger une meilleure implication des professionnels de santé dans la démarche qualité alors même qu'ils manquent de temps dans la réalisation de leur mission première, aux fondements mêmes de leur métier : prendre en charge les patients.

Toutefois, selon Deming, « la qualité est l'affaire de tous », il est ainsi indispensable de se demander « comment augmenter l'implication des professionnels de santé en fonction de leur catégorie socio-professionnelle dans la démarche qualité au bloc opératoire ? »

Afin de répondre à cette problématique, il sera abordé dans un premier temps, le concept d'implication des professionnels à travers notamment l'évolution de la qualité de vie au travail. Ensuite, nous présenterons les principes de la démarche qualité ainsi que son implémentation au sein d'un bloc opératoire tout en présentant le fonctionnement de celui-ci. Puis, nous expliquerons l'importance de l'implication des professionnels de santé dans la démarche qualité au bloc opératoire en abordant les freins et les facteurs favorisant l'implication. Nous terminerons par l'étude des résultats de l'enquête de terrain réalisée au bloc opératoire de la polyclinique du Parc de Cholet.

1. CONCEPT DE L'IMPLICATION DES PROFESSIONNELS AU TRAVAIL

Pour appréhender le concept d'implication, il est nécessaire de revenir aux origines pour comprendre comment le champ des conditions de travail a émergé et a évolué jusqu'à l'apparition de la notion de qualité de vie au travail, facteur principal favorisant l'implication au travail.

1.1 Des conditions de travail à la qualité de vie au travail

Selon Gollac M, Volkoff S (Les conditions de travail 2007), « Le terme « conditions de travail » renvoie à l'environnement dans lequel vivent les travailleurs sur leur lieu de travail. Il intègre la notion de pénibilité et de risques encourus dans l'exercice du travail ». Cependant, « les conditions de travail ne se résument donc pas au seul environnement physique de travail, mais englobent les conditions d'exercice de l'activité.» HAS, Revue de littérature qualité de vie au travail et qualité des soins, 2016

Les conditions de travail telles qu'on les connaît aujourd'hui sont régies par le droit du travail émergé à la fin du XIX^{ème} siècle et par les résultats des négociations et des conflits sociaux du XX^{ème} siècle. Les conséquences de la première révolution industrielle ont incité le législateur à édicter les premières règles de droit du travail visant à répondre à des enjeux de protection des populations dites fragiles telles que les travailleurs dans les mines, les enfants ou les jeunes filles. La loi du 2 novembre 1892 a également participé à l'amélioration des conditions de travail des enfants, des jeunes filles mineures et des femmes.

Cette logique de protection se poursuit par la mise en place par l'état des premiers rudiments d'une politique de protection en santé et de sécurité des travailleurs par la parution de la loi du 12 juin 1893 formalisant les premières mesures d'hygiène et de sécurité dans les entreprises. A cette époque, l'hygiène industrielle est devenue une préoccupation politique pour l'amélioration de l'environnement de travail des ouvriers. Selon, Frédéric Engel-Dollfus, créateur de la Société industrielle de Mulhouse, « le patron doit plus à l'ouvrier que son salaire [...] Il est de son devoir de s'occuper de la condition morale et physique de ses ouvriers ». Ainsi, cette loi « esquisse pour la première fois un droit de la sécurité au travail ». Jérôme Blanc Les Engel: une famille d'industriels et de philanthropes, 1994.

Ce principe est renforcé par la loi du 9 avril 1898 sur la réparation des risques professionnels et d'engagement de la responsabilité de l'employeur en cas d'accident du travail.

Les années suivantes ont vu naître de nombreuses lois sur l'amélioration des conditions de travail et de protection. Mais, à partir de 1945, la situation des ouvriers va profondément évoluer et prendre un autre tournant grâce à l'instauration d'un état providence, plus protecteur. Il va être créé entre autre la sécurité sociale, la médecine au travail, les comités d'hygiène et de sécurité, les congés payés, etc. « Les résultats s'apprécient à la fois dans la diminution de 30 % des accidents du travail sur une dizaine d'années et dans la modernisation des installations productives. En effet, la prévention des risques professionnels s'enrichit d'une nouvelle approche autour de l'analyse des situations de travail.» HAS, Revue de littérature qualité de vie au travail et qualité des soins, 2016. Toutes ces avancées sont le résultat de revendications salariales et de débats sociaux tels que la pénibilité au travail, le scandale de l'amiante ou les risques psychosociaux.

A partir des années 1960 de forts et multiples conflits sociaux rendent incontournable l'engagement des professionnels dans des dialogues sociaux pour répondre aux critiques des modèles d'organisation de travail en milieu industriel. En effet, « l'organisation taylorienne caractérisée par la monotonie, la fatigue, les cadences, est fortement critiquée et remise en cause ». Agence Nationale Pour L'Amélioration des Conditions de Travail (ANACT), 40 ans d'évolution des conditions de travail en image, 2014

Ainsi, de nouvelles formes d'organisation du travail (organisation par projet, conduite du changement, etc.) apparaissent progressivement nécessitant de nouveaux savoirs et favorisant les échanges, l'autonomie et la responsabilisation des salariés. D'autre part, l'évolution technique des appareils de production et la vision très personnelle des français concernant le travail, rendent nécessaire « la participation des salariés, l'échange et la concertation. » HAS, Revue de littérature qualité de vie au travail et qualité des soins, 2016

La volonté d'améliorer les conditions de travail devient alors un enjeu du dialogue social. De cette volonté naît notamment l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (ANACT) en 1973. « Elle a pour vocation d'améliorer les conditions de travail en agissant notamment sur l'organisation du travail et les relations professionnelles » ANACT, Qui sommes-nous ?, 2015

Par ailleurs, de nombreux sujets font l'objet de débats sociaux et ont conduit à des réformes comme par exemple l'environnement physique de travail, l'hygiène et la sécurité, le rythme de travail et les cadences, ou encore la participation à l'organisation. Mais à la fin des années 1980, à cause de l'émergence du chômage de masse, l'attention portée

aux conditions de travail n'est plus une priorité des politiques publiques et des partenaires sociaux.

Les années 1990 et 2000, sont marquées par l'obligation de négociation sociale sur des sujets de plus en plus nombreux à l'origine de l'émergence de la notion de risques psycho-sociaux (RPS) au travail. En parallèle les entreprises ont subi de lourdes transformations organisationnelles et fonctionnelles par l'introduction de la démarche qualité, du développement des systèmes d'information ou l'émergence de nouvelles formes et méthodes de management dans une logique d'amélioration continue de l'organisation.

Ces transformations ont entraîné de nouvelles attentes et difficultés nécessitant d'être maîtrisées par des formes de gestion et de réglementations nouvelles. Ainsi, l'introduction de la notion de RPS a entraîné l'apparition d'un nouveau registre de revendications ou de négociation. En 2009, l'état s'est abstenu d'édicter de nouvelles réglementations mais a incité les entreprises à négocier. Il considère que « l'expression de la souffrance et des risques psycho-sociaux est d'abord le symptôme d'un déficit de dialogue social [sur le travail] et ses conditions de réalisation. La lutte contre les RPS va conduire à une remise en question de l'approche par les seuls risques. » HAS, Revue de littérature qualité de vie au travail et qualité des soins, 2016

En 2010, le rapport Lachmann Larose Pénicaud présentant 10 propositions pour l'amélioration de la santé psychique au travail ouvre une nouvelle voie. En effet, les enjeux des conditions de travail dépassent largement le seul champ de la prévention et du travail considéré comme un ensemble de risques. En effet, les dirigeants, les représentants du personnel, des préventeurs et de conseils réalisent « qu'une conception étroite des enjeux du travail – le travail seulement défini comme un coût ou un risque – n'intègre pas ses dimensions positives en tant que créateur de valeur et facteur de développement des personnes ». Levet.P, Des risques psychosociaux à la Qualité de Vie au Travail: Équiper les acteurs pour négocier le travail, l'expérience de l'ANACT. Négociations, 2013.

En 2013, un nouveau cadre de référence émerge grâce aux partenaires sociaux : celui de la Qualité de Vie au Travail explicité dans l'accord national interprofessionnel (ANI) du 19 juin 2013. Ainsi, ces derniers attribuent à la notion de qualité de vie au travail avec une nouvelle ambition : celle de concilier à la fois amélioration des conditions de travail pour les professionnels et la performance globale de l'entreprise.

1.2 La qualité de vie au travail

1.2.1 Définition de la démarche qualité de vie au travail :

Selon l'ANI en 2013, la qualité de vie au travail peut se concevoir 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. »

1.2.2 Les trois dimensions de la qualité de vie au travail :

La manière de percevoir la notion de qualité de vie au travail repose sur 3 composantes :

- **Les conditions de travail** : Elles comprennent la qualité de l'environnement de travail physique, technique, organisationnel ou bien relationnel. On considère également les conditions d'emploi comme enjeux du développement professionnel par notamment le respect du droit à la formation et la gestion des carrières ainsi que des parcours professionnels. On porte aussi un intérêt aux conditions de vie extraprofessionnelles en lien avec le travail comme par exemple la conciliation entre vie privée - vie professionnelle ou les problèmes de santé.
- **La capacité des professionnels à s'exprimer ou à agir** : Elle se rapporte à la qualité des relations sociales au travail. Dans ce contexte, on s'intéresse particulièrement au soutien managérial par la clarté des objectifs et la réponse aux besoins de reconnaissance mais aussi au soutien des collectifs passant notamment par la solidarité des métiers, le travail d'équipe et les échanges.
Il s'agit également de favoriser et d'assurer le travail participatif par l'instauration par exemple de débat sur les conditions de travail ainsi que le dialogue social permettant la négociation et la concertation sociale.
- **Le contenu du travail** : il intègre l'autonomie au travail générant :
 - un sentiment de maîtrise ;
 - la valeur du travail perçue différemment selon les professionnels et qui renvoie à un sentiment d'utilité ;
 - l'intérêt du travail (travail apprenant) mobilisant un ensemble de compétences et rendant le travail captivant ;
 - le travail complet créant un sentiment de responsabilité permettant d'évaluer et de piloter sa performance individuelle.

D'autre part, la notion de qualité de vie au travail de chaque salarié évolue au cours de sa carrière. L'entreprise doit l'intégrer dans ses objectifs stratégiques. La qualité de vie au travail est d'autant plus importante dans le secteur sanitaire faisant parti des critères de la démarche de certification HAS.

1.2.3 La Qualité de vie au travail dans le domaine sanitaire

Le domaine sanitaire et médico-social est sujet à de régulières et nombreuses transformations. En effet, il a l'obligation de s'adapter aux besoins et aux attentes des patients ainsi qu'aux progrès médicaux. De plus, il est confronté au vieillissement de la population et le développement de maladies chroniques notamment d'ordre mental. Ils représentent un enjeu de santé publique et d'impact économique qui nécessitent de repenser l'organisation des soins et de la prise en charge.

Il doit également faire face à d'importantes réformes sur la gouvernance et sur le financement comme par exemple l'apparition des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT) et de la tarification à l'activité (T2A) ou le développement de l'activité ambulatoire. Il est aussi soumis à des exigences visant à assurer la qualité et la sécurité des soins intégrées dans le manuel de certification HAS. Par conséquent « l'exercice professionnel se complexifie et s'organise de plus en plus en réseau. Ainsi, il paraît donc nécessaire de prendre en compte les conséquences de ces évolutions sur les conditions de travail » Direction Générale de L'offre de Soins (DGOS), la qualité de vie en milieu de soins, 2017, et sur le fonctionnement des établissements. Ainsi, un manque de maîtrise de ces changements pourrait avoir un impact négatif sur la qualité des soins délivrés.

Le lien entre la qualité de vie au travail et la qualité des soins, a été récemment prouvé par les travaux menés par la HAS et l'ANACT. De cette étude résulte la publication de la revue de littérature « qualité de vie au travail et qualité des soins » en 2016 qui démontre que l'amélioration des démarches d'amélioration de la qualité de vie au travail permet d'assurer le bien-être et l'épanouissement des professionnels, la satisfaction des patients et de contribuer efficacement à la qualité et la sécurité des soins.

Dans la prolongation de ces travaux, la HAS a utilisé la certification (V2010) des établissements de santé pour engager des démarches sur la qualité de de vie au travail des professionnels de santé avec pour objectif d'améliorer la qualité de vie au travail pour assurer la qualité et la sécurité des soins. Cependant, la qualité de la prise en charge des patients n'est pas le seul enjeu de la qualité de vie au travail. On peut distinguer d'autres types d'enjeux avec des complexités différentes.

❖ Quels sont les enjeux ?

Une démarche de qualité de vie au travail répond essentiellement à trois types d'enjeux selon l'ANACT, 10 questions sur la qualité de vie au travail, 2015 :

- **Favoriser et soutenir la qualité de l'engagement des professionnels.** Au sein des établissements de santé, « la représentation du travail est jugée parfois négative et trop centrée sur la souffrance,[ces derniers] espèrent d'une démarche qualité de vie au travail un regard plus positif sur le travail et soulignent sa potentialité au plan du développement individuel et collectif. » l'ANACT, 10 questions sur la qualité de vie au travail, 2015.
- **Assurer la cohérence des réponses aux enjeux sociaux.** Il n'est pas seulement question de solutionner les problèmes sociaux mais d'assurer la cohérence des réponses aux enjeux sociaux auxquels font face les établissements de santé. La démarche qualité de vie au travail permet de traiter collectivement les thématiques sociales en réponses aux enjeux sociaux. Elle donne la possibilité de négocier sur des sujets permettant de fédérer et d'impliquer les professionnels, de donner du sens aux actions mises en place et d'assurer un meilleur suivi de ces dernières. Ainsi, elle alimente et favorise le dialogue social.
- **Assurer et piloter la performance des établissements de santé différemment.** La qualité de vie au travail est avant tout une nouvelle façon de manager les projets de transformation. Elle concourt à accroître la performance et la compétitivité de l'établissement ainsi qu'au bien-être des salariés. Par ailleurs, selon l'ANACT : « l'enjeu pour l'établissement de santé est d'articuler une triple trajectoire : celle du contexte (la demande de soins, les ressources et contraintes budgétaires), celle de l'organisation (la flexibilité, le lean...), et celle des métiers (parcours, mobilité...). »

❖ Quels sont les leviers ?

La réponse à ces enjeux ainsi que l'efficacité de la démarche de qualité de vie au travail reposent sur un certain nombre de facteurs structurants selon la DGOS, la qualité de vie en milieu de soins, 2017 :

- La mise en œuvre d'une démarche projet est une démarche structurante permettant de répondre à un besoin exprimé par la mise en place d'actions et nécessitant la mobilisation d'un important nombre d'acteurs ;

- le dialogue social et le dialogue interprofessionnel permettant la négociation et les échanges d'informations sur des problématiques de qualité de vie au travail. Ainsi de bonnes relations sociales et de travail sont à favoriser ;
- L'instauration et la pérennisation d'une démarche de qualité de vie au travail nécessitent la participation des professionnels à la définition des politiques sociales. Cela favorise également leur compréhension et leur adhésion aux objectifs fixés ;
- La bienveillance organisationnelle redéfinit d'une part les règles, les rôles et les normes d'action favorisant le bien-être des professionnels de l'entreprise pour répondre à ses objectifs. D'autre part, elle favorise l'engagement, la coopération et assure la qualité de la relation managériale liant les dirigeants à leurs employés.
- La réussite de la démarche de qualité de vie au travail passe par l'acceptation des nouvelles organisations. Il est donc important d'accompagner et de préparer les professionnels au changement.

La mise en œuvre et l'amélioration d'une démarche qualité de vie au travail a également pour ambition de veiller notamment à l'implication des professionnels. Cette dernière est pour l'entreprise source de performance et d'innovation.

Cette implication est dépendante de la qualité du management et de l'organisation, des opportunités de développement professionnel mais plus particulièrement du contenu du travail. D'autre part la qualité de vie au travail favorise le dialogue social qui donne la possibilité de discuter et de négocier sur des sujets permettant d'impliquer les professionnels. Autrement dit, c'est permettre aux salariés de pouvoir s'exprimer et d'agir sur le contenu de leur travail.

Depuis plusieurs années, les professionnels des ressources humaines s'intéressent au concept d'implication et des études ont été ainsi construites. Cette partie sera majoritairement abordée à travers les recherches de Maurice Thévenet, Le plaisir de travailler.

1.3 Le concept d'implication

1.3.1 Définition

Définir ce qu'est l'implication est un exercice complexe. En effet, plusieurs auteurs comme par exemple Thévenet, Morrow, Allen ou encore Meyers ont étudié et explicité ce concept dans leurs travaux sans parvenir à un consensus.

Cependant, de manière générale, ils s'accordent sur le fait que l'implication se définit comme la relation entre une personne et son organisation.

De manière générale, on distingue l'implication organisationnelle et l'implication au travail.

1.3.2 L'implication organisationnelle

Au fil des années, plusieurs définitions de l'implication organisationnelle ont émergé. Elle peut se définir 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

Selon Allen et Myers (1991), elle repose sur 3 grandes dimensions:

- La dimension affective traduisant l'attachement émotionnel et l'identification de la personne envers son entreprise ;
- La dimension calculée se réfère à la connaissance du salarié sur les couts éventuels de son départ de l'entreprise ;
- La dimension normative qui désigne les obligations ressenties de la personne envers son organisation.

1.3.3 L'implication au travail

Jean Michel Plane dans son livre « théorie des organisations », 2017, donne la définition la plus complète de l'implication au travail. Elle « représente la manière dont une personne place son travail compte tenu de ses autres centres d'intérêt de vie, s'identifie au travail, s'engage psychologiquement et physiquement, appréhende son niveau de performance comme essentiel pour s'auto-évaluer et participe intensément aux relations et aux réalisations dans les situations de travail ».Thévenet insiste sur le fait que l'implication peut donner à l'individu le sentiment de réaliser quelque chose et de se réaliser personnellement. Elle repose donc sur les besoins identifiés par Maslow :

- Le besoin d'appartenance ;
- Le besoin d'estime des autres ;
- Le besoin d'estime de soi ;
- Le besoin d'accomplissement personnel.

Le concept d'implication est souvent apparenté à celui de la motivation et de la satisfaction. En effet, Sandra Bellier Michel voit également l'implication comme un concept à « rapprocher de la motivation et de la satisfaction ». Il est donc intéressant dans un souci de compréhension d'éclaircir ses notions et la relation qui les lie.

1.3.4 Relation entre implication, satisfaction et motivation

❖ La motivation :

Pour certains auteurs comme Sandra Bellier-Michel (Annick Haegel, Toute la fonction Ressources Humaines, 2016), c'est "le moteur intérieur propre à chacun, ressenti comme un ensemble de désirs, de plaisirs et d'aspirations permettant de développer une image positive de soi-même et conforme à ce que l'on pense pour réussir sa vie. Cette énergie se manifeste au travers des buts et des projets en particulier dans le champ professionnel et se réalise au travers. Une bonne part de cette mécanique est inconsciente et il convient de s'intéresser aux buts et aux projets". Ainsi, la motivation est une caractéristique individuelle qui ne peut pas être créée par autrui.

Maurice Thévenet mène une étude comparative entre la motivation et l'implication dans son ouvrage " Impliquer les personnes dans l'organisation", 1992. Ces deux concepts ont certaines similitudes : celles d'être centrées sur l'individu. Toutefois, elles se différencient sur plusieurs points : La motivation repose sur une approche calculatrice en termes d'intérêt et elle est centrée sur l'accomplissement de la tâche. Quant à l'implication, elle repose sur une approche fondée sur les valeurs, la notion d'effort et d'identité personnelle. Elle est centrée autour de l'organisation. Thévenet dit notamment que l'implication est une cause de la motivation.

❖ La satisfaction

Parmi tous les auteurs qui se sont intéressés à la satisfaction, Igalens en 1999)(A.LeFlanchec, A.Mullenbach, et J.Rojot. « Favoriser la satisfaction au travail : les apports de l'enquête REPONSE 2011 », *Management & Avenir*, 2015) la définit comme étant "une réponse émotionnelle positive résultant de l'évaluation du travail ou des expériences de travail [...], un concept dynamique. C'est une perception instable qui évolue en fonction des expériences mais aussi en fonction des attentes du salarié qui peuvent se modifier tout au long de sa vie".

Par ailleurs, Annick Haegel, dans son ouvrage Toute la fonction Ressources Humaines, 2016, s'est intéressée au lien existant entre l'implication et la satisfaction. Ainsi, une forte implication peut générer de l'insatisfaction dans la mesure où la personne impliquée est exigeante. Ainsi, l'implication précède la satisfaction et influe fortement sur la chance de ressentir de la satisfaction. D'ailleurs, Thévenet dans son ouvrage " Impliquer les personnes dans l'organisation", 1992, synthétise la relation entre la satisfaction et l'implication. La satisfaction est un état résultant de l'expérience professionnelle alors que

l'implication est un processus, une relation entre la personne et son travail/son organisation. Ces deux concepts sont donc centrés sur la personne.

En somme, pour Thévenet : "L'implication serait à la fois une cause de la motivation et une conséquence de la satisfaction".

1.3.5 La personne impliquée

Selon Maurice Thévenet et Jacques Rojot, la reconnaissance d'une personne impliquée repose sur plusieurs signes regroupés en 3 axes :

- La personne impliquée produit plus que ce qui est attendu. Le salarié est lié à son travail par un engagement profond ;
- Elle va également s'investir davantage dans sa vie professionnelle que personnelle ;
- Elle va s'approprier son travail et l'organisation en faisant plus que ce qui est requis par la définition de sa fonction.

Dans ce contexte, il convient de s'interroger sur ce qui anime la personne impliquée, ce qu'elle ressent pour générer un tel engagement dans son travail.

❖ Les sentiments du salarié impliqué

Selon Thévenet dans son ouvrage « le plaisir de travailler » le salarié impliqué est ainsi animé de 4 sentiments :

- La tension est le sentiment prédominant de par le stress et la peur de l'échec dû au fort engagement de l'impliqué et à l'enjeu que cela représente pour lui ;
- La réalisation de quelque chose provoque un sentiment d'utilité pour avoir participé à la réussite et à la concrétisation d'un projet en réponse aux objectifs visés ;
- Le plaisir est également un sentiment que peut ressentir un salarié impliqué générant chez lui une satisfaction personnelle;
- La fierté est un sentiment très personnel que l'impliqué porte sur lui provoquant un sentiment de reconnaissance et de valorisation.

❖ Les causes de l'implication

Plusieurs chercheurs comme Morrow se sont intéressés aux aspects du travail constituant les causes de l'implication et en identifie 5 grandes catégories :

- **La valeur-travail** : le salarié s'implique parce qu'il valorise son travail en lui associant des valeurs comme le sens de la réalisation, la compétition, la reconnaissance sociale, etc. Son investissement est tel que le travail déborde de son cadre professionnel ;

- **L'environnement immédiat** : L'environnement proche (les collègues de travail, le lieu où le cadre de travail) et les relations sociales sont sources de construction identitaire et d'enrichissement personnel ;
- **Le produit/ l'activité** : Le salarié peut se sentir impliqué grâce à l'activité de l'entreprise. Ceci peut trouver son origine dans la réalisation d'un projet, le plaisir de d'évoluer dans le domaine souhaité ou dans l'acquisition d'un statut social ;
- **Le métier** : L'implication dans le métier, c'est l'attachement par exemple de la personne à son travail, son milieu professionnel, à l'organisation ou à un réseau professionnel. C'est également la valorisation des compétences et de l'expertise acquise vers une professionnalisation ;
- **L'entreprise ou l'organisation** : La personne est impliquée dans son entreprise parce qu'elle adhère aux objectifs et aux valeurs de l'entreprise.

Ces causes sont les plus fréquemment rencontrées par les personnes impliquées. Toutes les causes d'implication offrent au professionnel impliqué un sentiment de réalisation de soi, d'appartenance à une institution, une organisation plus grande que soi, d'épanouissement personnel, d'évolution, de corrélation entre l'image idéale de soi et de la réalisation. L'implication est une démarche personnelle donc les causes sont multiples et dépendantes de l'histoire et de l'expérience du salarié impliqué.

Mais, l'entreprise a-t-elle besoin de salariés impliqués ? Dans quelle situation l'implication des professionnels est-elle nécessaire voir déterminante ?

1.3.6 Le besoin d'implication de l'entrepris

Nombre d'entreprises recherchent l'implication de leurs collaborateurs. Il y a très peu de situation dont la réussite dépend de l'implication. Thévenet en a dénombré quatre :

- **Les activités de services**

Dans les activités de service, l'implication des salariés est importante dans la relation entre le client et le personnel contribuant à la qualité du service et à la performance de l'entreprise. Ainsi, cette relation particulière contribuera à la satisfaction du client et favorisera l'achat. Pour l'atteinte de ce résultat, le collaborateur doit apprécier la situation pour adapter sa posture. Ainsi, pour cela deux aptitudes sont requises :

- L'engagement personnel lorsque les compétences techniques ne sont pas suffisantes pour assurer son poste ;
- Faire face à ses émotions pour ne montrer qu'une image correspondant aux valeurs et aux objectifs de l'entreprise.

- **Les nouvelles formes d'organisation**

Les entreprises s'interrogent constamment sur la manière de s'organiser et les moyens nécessaires pour être performantes. L'implication des salariés est importante pour l'entreprise. Elle permet à cette dernière d'instaurer plus aisément de nouvelles organisations de travail et de gérer plus facilement leurs impacts. Ainsi, diverses évolutions ont conduit à l'actualisation voir la construction ou la reconstruction du fonctionnement des entreprises dont l'organisation semble parfois complexe :

- L'aplatissement des structures

C'est la réduction des niveaux hiérarchiques éloignant les managers de leurs collaborateurs. Dans ce contexte la mission du manager est de mesurer les objectifs, de contrôler le résultat et de mesurer la contribution de chacun. Ainsi, une relation de confiance et un engagement mutuel s'instaure entre le collaborateur et le manager.

- Les structures matricielles

Les structures matricielles renversent la logique de la hiérarchisation verticale et du responsable unique. Dans ce contexte un employé peut avoir à rendre des comptes à plusieurs managers ou travailler pour des fonctions ou des services différents avec des exigences qui ne concordent pas. Par ailleurs, les contradictions et les incohérences générées par cette dynamique sont surmontables grâce à l'engagement de chacun.

- Les équipes

La résolution d'une problématique ou la réponse à un ou des objectif(s) peut requérir la mise en place d'un groupe de travail multidisciplinaire. Ce fonctionnement favorise la transversalité apportant les compétences nécessaires et en considérant les préoccupations de chacun. Il a été démontré que le succès d'une équipe réside dans la complémentarité des différents acteurs et de l'investissement de chacun.

- Le développement des concepts fédérateurs

Il impacte le fonctionnement des entreprises. Il peut s'agir par exemple de la recherche de la qualité ou de la satisfaction des clients. La concrétisation de ces concepts et l'atteinte du résultat escompté passe par la mise en place d'outils, de méthodes, de processus adaptés. L'implication des salariés est une nouvelle fois indispensable pour l'appropriation et l'application de cette nouvelle boîte à outils.

- **Le dépassement des crises**

Les entreprises peuvent se retrouver en situation de crise suite par exemple à une mauvaise gestion. Pour la surmonter, deux conditions sont nécessaires : la prise de conscience sur la réalité et la gravité de la situation et l'implication des professionnels vis-

à-vis de l'organisation. De plus, le développement d'un climat de confiance par le corps social participe au dépassement de la crise, en accompagnant les professionnels dans le changement. La gestion de crise n'est pas qu'une affaire de financement mais d'attitude face aux changements à opérer.

- **Le retour de la croissance**

Le retour de la croissance après le dépassement de la crise impacte l'organisation et les situations de travail. On peut espérer un retour à la normale puisque durant la crise, la confiance des salariés et l'existence de la collectivité ont été mises à l'épreuve. Cette logique collective est dépendante des politiques de personnel déployées pendant la crise pour stimuler l'implication et la confiance de ses salariés envers l'entreprise.

L'implication n'est pas génératrice de performance mais elle a un intérêt : être une ressource pour renforcer les valeurs de l'entreprise, influencer sur les comportements et résoudre les problématiques de l'entreprise. Afin de favoriser l'implication pour répondre aux besoins des professionnels et de ceux de l'entreprise, il est pertinent d'analyser des situations pouvant freiner l'implication.

1.3.7 Les freins de l'implication

Dans son livre « le plaisir de travailler », 2000, Thévenet porte une attention particulière aux évolutions et aux situations ayant freinées l'émergence de l'implication des professionnels. Il les a regroupées dans 3 grandes catégories :

- **les barrières sociales regroupant :**

- les crises des institutions :

L'entreprise est une institution qui fait partie intégrante de notre société. L'entreprise est une entité sociale qui est vue comme une solution face aux crises et aux difficultés de l'emploi. A contrario, elle peut également être en difficulté et contrainte à licencier. D'autre part, l'entreprise est liée à l'institution des organisations syndicales qui sont elles-mêmes en crises. Ainsi, Ce contexte social difficile rend difficile l'implication des collaborateurs.

- La réduction et la flexibilité du temps de travail

Elles ont alimenté et marqué les débats sociaux du XXème siècle. Ces deux composantes ont permis la libération du temps de travail pour les loisirs personnels. Mais, d'autre part, cela peut sous-entendre que le travail n'est plus source de satisfaction et ainsi cela ne favorise pas l'implication.

- Les figures de la nouvelle économie :

Dans les années 2000, les figures de la nouvelle économie instaurant par exemple les nouvelles technologies de nouvelles manières de manager, annonce le démarrage d'une nouvelle période générant un défi d'adaptation. L'entreprise d'aujourd'hui comme celle de demain remet en cause l'organisation des entreprises d'hier avec un fonctionnement ancienne, des méthodes d'autre temps.

- **les barrières liées à l'entreprise**

- Les évolutions au travail

Ces évolutions ont transformé le monde du travail. Deux chercheurs Ilgen et Pulakos les ont décrites dans leur étude. Seules six d'entre elles freinent l'implication dans l'entreprise :

- Le développement des technologies favorise l'individualisation des comportements ;
- La définition des postes et des emplois ne permet plus la mesure de son évolution dans l'entreprise en raison des nouvelles technologies et des filières d'emploi ;
- Le nombre important de contrats de travail ne favorise pas la relation personne/entreprise ;
- Le discours sur le développement et le renforcement des compétences pour une meilleure évolution sur le marché du travail;
- Le travail stable et sécurisant longtemps désiré manque désormais de clarté et est dépendant des managers ;
- Les organisations actuelles favorisent le travail d'équipe, dont la loyauté est plus envers l'équipe que l'entreprise.

- Les ressources humaines et leur exploitation

La gestion des ressources humaines actuelles n'est pas centrée sur une gestion personnelle des compétences. Ainsi se pose la question de l'intérêt de s'impliquer dans une organisation sans réciprocité entre l'employé et l'employeur. D'autre part, la recherche d'une meilleure productivité se traduit par l'optimisation du temps de travail en réduisant les « temps mort » ce qui ne favorise pas les relations interpersonnelles développant l'attachement au travail et l'implication.

- Le travail barbare

Le travail barbare trouve son origine dans le management par la peur dont la confiance et la réciprocité ne sont pas reconnues, freinant ainsi l'implication.

- **Les barrières liées aux personnes :**

Aujourd'hui, on constate que chaque individu quel que soit son âge :

- A un comportement qui reflète ses sentiments et sa recherche d'identité ;
- Peut être impliqué ;
- A changer son attitude vis-à-vis de l'entreprise en fonction de son expérience professionnelle.

Thévenet qualifie de « diva », les médecins, les artistes ou bien les journalistes. Leur relation avec le travail repose sur 4 caractéristiques qui leur sont bien spécifiques mais qui desservent l'implication :

- Leur autonomie et leur indépendance ;
- Leur remise en cause à chaque action;
- Leur succès professionnel générant une satisfaction personnelle ;
- Leur valeur professionnelle estimée supérieure à celle de l'entreprise.

Les freins mentionnés par Thévenet constituent seulement un environnement peu propice à l'implication. Ce n'est pas rédhibitoire à son développement. Ainsi, l'entreprise doit adapter ses modes de gestion pour favoriser l'implication.

1.3.8 Les conditions favorisant l'implication

C'est une démarche personnelle dépendante du salarié. Ainsi, l'action du manager sera de favoriser l'implication en influençant la personne et en respectant sa liberté ainsi que ses choix. Il devra réunir les conditions nécessaires à l'implication, au nombre de trois selon Thévenet :

- **La cohérence :**

La cohérence permet la compréhension de son environnement, des valeurs, des enjeux et des objectifs de l'entreprise. Les professionnels doivent comprendre la cohérence des actions entreprises pour y adhérer. Ainsi, l'objectif des dirigeants est d'avoir un comportement cohérent entre leurs discours et leurs actions pour assurer la clarté de ces derniers. La cohérence dans une entreprise s'articule autour de trois niveaux : les valeurs, les règles et les procédures ainsi que la relation managériale.

La cohérence est rendue possible par une politique de communication dont l'objectif ne serait seulement de rendre compte d'une décision mais qui aurait également pour but de communiquer par exemple le processus de réflexion visant à définir une stratégie.

- **La réciprocité**

L'implication d'une personne, exige un échange équitable avec l'institution, c'est-à-dire que le salarié doit sentir qu'il reçoit autant qu'il donne. Dans le cas contraire, il pourrait

ressentir un sentiment d'injustice. Elle exige respect et reconnaissance. Ainsi la réciprocité amène sur une relation de partage et de confiance mutuelle.

La réciprocité trouve son origine dans :

- L'adéquation des valeurs de l'entreprise avec celles de la personne ;
- Le système de gestion à travers par exemple de la politique de rémunération, l'organisation du travail, l'appréciation qualitative, etc. ;
- La relation managériale porteuse de grande satisfaction.

• **L'appropriation**

Pour s'impliquer, le salarié doit pouvoir faire sien de son lieu de travail. L'appropriation peut être d'ordre juridique ou affectif. En d'autres termes, l'appropriation renvoie à l'autonomie des professionnels et à leur capacité à pouvoir situer leur action dans un projet. Elle représente pour le salarié un moyen de prendre possession de son rôle et de sa place dans l'organisation ainsi de mesurer sa contribution et les résultats obtenus.

Elle peut être développée en privilégiant les moyens suscitant l'autonomie des salariés et l'action managériale. Cette dernière consiste à connaître leurs collaborateurs afin leur donner l'occasion de s'enrichir, d'évoluer et de s'approprier progressivement leur travail.

En définitive le seul levier d'implication qu'à l'entreprise, c'est la réunion de ces 3 composantes.

En sommes, l'implication selon M. Thévenet est dépendante du salarié. C'est lui qui choisit de s'impliquer. Ainsi, le manager ne peut que favoriser l'implication par la mise en place d'un environnement réunissant les conditions nécessaire dans le respect des libertés de chacun. Il peut également réduire les freins empêchant les salariés de s'impliquer dans leur travail, dans l'organisation, dans un projet ou dans une démarche qualité. L'implication de l'ensemble du personnel dans la construction et la mise en œuvre d'une démarche qualité, est un facteur de réussite. L'implication des professionnels est l'un des 7 principes du management de la qualité selon la norme ISO 9001.

2. LA DEMARCHE QUALITE AU BLOC OPERATOIRE

Afin de comprendre comment favoriser l'implication des professionnels dans la démarche qualité au bloc opératoire, il semble opportun d'explicitier les principes et l'évolution de la démarche qualité jusqu'à aujourd'hui ainsi que le fonctionnement du bloc opératoire et l'enjeu qu'il représente pour l'établissement.

2.1 Les concepts généraux de la démarche qualité

2.1.1 Qu'est-ce que la qualité ?

Selon la norme ISO 9000, la qualité est « l'aptitude d'un produit ou d'un service à satisfaire les exigences spécifiées ».

La qualité a une double dimension :

- la qualité interne visant à améliorer le fonctionnement de l'entreprise ;
- la qualité externe ayant pour objectif la satisfaction des clients.

La qualité est relative, elle dépend des exigences et attentes des clients. La qualité est une notion subjective. Cela implique de distinguer plusieurs types de qualité en fonction de la perception et de la conception des clients :

- la qualité **attendue** correspond au niveau de qualité souhaité par le client en fonction de ses besoins et de son expérience du produit ou du service ;
- la qualité **perçue ou vécue**, est celle ressentie par le client. Elle est dépendante de la qualité attendue et de la qualité délivrée ;
- la qualité **voulue ou définie** correspond au niveau de qualité atteint par l'entreprise ;
- la qualité **réalisée ou délivrée** est celle atteinte par l'entreprise et reçue par le client.

L'ISO 9000 (2015) présente la démarche qualité comme « une activité récurrente pour améliorer les performances ». Elle peut être également définie comme étant l'ensemble des actions d'amélioration mises en place par l'établissement afin de se développer à travers la satisfaction des patients.

2.1.2 Qu'est-ce que la qualité des soins ?

L'OMS a défini la qualité des soins comme « Une démarche qui doit permettre de garantir à chaque patient la combinaison d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins ».

2.1.3 Historique de la démarche qualité

La démarche qualité est un système dynamique en perpétuel évolution. Avec le temps, les techniques et les objectifs liés à la qualité ainsi que la manière de la percevoir se sont transformés.

A partir des années 1920, la qualité prend une place prépondérante dans les politiques des entreprises grâce au développement de la production industrielle de masse fondée sur la théorie de Taylor : l'organisation scientifique du travail. A cette époque, on contrôlait la qualité des produits finis à la fin de la chaîne de production afin d'assurer leur conformité. Ce n'est que tardivement que l'intérêt s'est porté sur la satisfaction des clients.

Les années 1960 sont marquées par le développement de méthodes statistiques. Ainsi, il a été mis au point le contrôle par échantillonnage statistique afin de maîtriser le processus de fabrication. Il s'agit d'effectuer des contrôles tout au long de la chaîne de production. Donc, la recherche de la qualité passe d'une méthode a posteriori à une méthode d'anticipation.

Par la suite, dans les années 1950, deux stratégies ont émergé aux Etats-Unis et au Japon dans des contextes différents.

Les Etats-Unis, dans leurs travaux pour transposer au secteur civil les normes qualité élaborée dans leur secteur militaire pendant la guerre, ont décidé de contrôler le mode d'organisation (procédures, manuel qualité, système qualité, etc.) de l'entreprise et non plus la conformité du produit. L'assurance qualité est ainsi créée. Elle est définie par l'ISO comme « la partie du management de la qualité visant à donner confiance en ce que les exigences pour la qualité seront satisfaites ». Cette approche peut permettre une reconnaissance externe du système de management de la qualité mis en place.

Parallèlement, le Japon doit faire face aux conséquences de la seconde guerre mondiale. Le pays est en crise. La reconstruction de leur économie et de leur industrie est nécessaire. Les dirigeants des entreprises japonaises ont bénéficié de l'enseignement d'experts américains comme Deming ou Juran, qu'ils ont intégré à leur système de production. Puis, des cercles de qualité se sont formés afin d'identifier les problèmes liés à la qualité de leur travail, de les analyser et de les traiter de façon collective.

Cette approche s'est institutionnalisée sous le terme d'amélioration continue de la qualité. Selon l'ANAES, en 2002, « ce concept correspond à une démarche qualité progressive constituant un outil de management participatif ». Ainsi, l'amélioration continue de la

qualité est une démarche nécessitant la participation et l'implication des acteurs de l'entreprise en s'inscrivant dans leur quotidien. Elle est fondée sur la théorie de Deming.

La poursuite du développement des démarches qualité consiste à faire de la dynamique d'amélioration continue de la qualité une composante centrale du management des entreprises. Ainsi, l'objectif principal est de satisfaire les clients par la prise en compte de leurs attentes ainsi que de rechercher la valorisation économique de cette démarche. On parle ainsi, de management de la qualité totale. Selon l'ISO 8402, « le management total de la qualité est un monde de management d'un organisme centré sur la qualité, basé sur la participation de tous ses membres et visant au succès à long terme par la satisfaction du client et à des avantages pour tous les membres de l'organisme et pour la société ».

Dans les années 1990, devant la structuration de la qualité ainsi que de l'apparition de l'internationalisation et de la globalisation des échanges, il est rendu nécessaire la création de normes universelles, applicables à tous les secteurs et à l'échelle mondiale. De surcroît, la recherche de reconnaissance des entreprises vis-à-vis de leur effort en termes d'amélioration qualité ont appuyé ce besoin. Ainsi, l'organisation Internationale de normalisation (ISO) a créé des référentiels internationaux d'assurance qualité.

De ces travaux naît la norme ISO 9001 qui présente les concepts fondamentaux et les principes relatifs au système de management de la qualité. Le management de la qualité est un ensemble d'activités coordonnées permettant d'améliorer un organisme en matière de qualité » S.Verbog, Ingénieur qualité CHU Angers

Selon L'ISO 9001 version 2015, le management de la qualité « peut inclure l'établissement de politiques qualité et d'objectifs qualité, et de processus permettant d'atteindre ces objectifs qualité par la planification de la qualité, l'assurance de la qualité, la maîtrise de la qualité et l'amélioration de la qualité. »

La norme ISO 9001 est en constante évolution et s'élargit à la production des services comme par exemple la certification d'EHPAD ou de laboratoire d'analyse médicale.

D'autre part, la démarche qualité dans les établissements de santé s'est largement développée à la suite des scandales sanitaires de la deuxième moitié du XXème siècle et par la parution de l'ordonnance du 24 avril 1996 obligeant les établissements de santé à s'inscrire dans une démarche d'évaluation et d'accréditation visant à favoriser les démarches d'amélioration continue de la qualité. Mais quel est l'intérêt des entreprises et des établissements de santé de s'engager dans une démarche qualité ?

2.1.4 Les apports de la démarche qualité

La démarche qualité permet aux patients d'avoir accès à des soins et une prise en charge de qualité et adaptés à leur état de santé dans un environnement sécurisé. Pour les professionnels de soins, cela permet la sécurité de leur pratique professionnelle, l'évaluation de cette dernière dans un objectif d'amélioration et une approche partagée de la prise en charge de leur patient. Pour les établissements, s'engager dans une démarche qualité est générateur de gains vis-à-vis de la relation patient. Assurer la qualité de la prise en charge permet la satisfaction des patients. Cela favorise la fidélisation des patients et donne une image positive de l'établissement.

C'est également un concept qui apporte beaucoup à l'organisation et au système de gouvernance de l'établissement. Donc, la démarche qualité permet :

- La structuration de son organisation et l'amélioration de son fonctionnement ;
- La professionnalisation et la fédération de ses collaborateurs et ses équipes qui permettent la motivation des professionnels, favorisent le partage des objectifs, concilient la qualité de la prise en charge et le bien être des professionnels ;
- L'optimisation des moyens et des ressources humaines, financières et matérielles afin de maîtriser son fonctionnement et ses coûts de non qualité ;
- Le renforcement de l'attractivité de l'établissement sur son territoire, le mettant en position concurrentielle.

2.1.5 Principes fondamentaux de la qualité

Selon l'Agence Nationale de l'Accréditation et de l'Evaluation en Santé (ANAES) devenue en partie l'HAS en 2004, les principes fondamentaux de la qualité sont les suivants :

- **Une approche orientée vers le patient**

L'objectif principal d'une démarche qualité est de satisfaire les exigences des patients. Les patients doivent être au centre de cette démarche. Pour assurer la cohérence et l'évolution de cette dernière, il est important d'identifier et comprendre leur besoins. Pour cela, il est essentiel de leur donner l'opportunité de s'exprimer et de faire de lui un réel acteur dans la construction de cette démarche.

- **Le leadership**

Le leadership est indispensable à la mise en œuvre d'une démarche qualité. Il établit les orientations, fixe les objectifs et crée les conditions pour impliquer et mobiliser le personnel autour d'action commune afin d'atteindre les objectifs qualité de l'entreprise.

- **Une approche méthodique**

L'amélioration des processus, la résolution des problèmes, le traitement des dysfonctionnements et comme tout autre changement reposent sur l'utilisation appropriée de méthodes et d'outils de la qualité.

- **Une approche participative**

La démarche qualité s'inscrit dans une approche participative. En effet, l'obtention de la qualité n'est possible qu'avec la mobilisation de l'ensemble du personnel autour des objectifs qualité. Pour cela, il est nécessaire de s'approprier ses derniers. De plus, l'amélioration continue des processus n'est pas réalisable sans la contribution des personnes qui mettent en œuvre quotidiennement ces processus. La démarche participative, selon l'ANAES « permet d'identifier et de mettre en œuvre les actions d'amélioration pertinentes ».

- **L'approche processus**

Elle permet de comprendre la contribution de chaque secteur d'activité à la réalisation d'une prise en charge mais aussi d'analyser l'organisation des interfaces entre les professionnels et les secteurs y contribuant.

Cette transversalité consiste à :

- analyser les dysfonctionnements collectivement avec les professionnels concernés ;
- organiser la prise en charge de façon transversale en réunissant les professionnels autour du processus.

L'approche processus contribue fortement à l'amélioration de la qualité par l'augmentation de l'efficacité collective.

- **Amélioration continue**

C'est un principe essentiel pour rester compétitif et performant. L'amélioration continue de la qualité repose sur la théorie de la roue de Deming, se composant de plusieurs étapes :

- Planifier : Définir des objectifs et planifier les actions à mettre en œuvre ;
- Mettre en œuvre : Mettre en œuvre les actions prévues ;
- Évaluer : Mesurer les résultats obtenus pour vérifier l'atteinte des objectifs ;
- Réagir : Mettre en place des actions d'amélioration pour pérenniser les résultats obtenus.

Ainsi, une nouvelle planification et un nouveau cycle sont engagés.

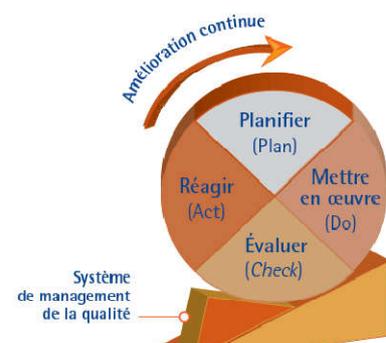


Figure 1: Roue de Deming (HAS)

- **La mesure**

La mise en œuvre d'une démarche qualité suggère la mesure de son efficacité. Ainsi, on peut mesurer en interne la satisfaction des clients, la conformité du produit ou du service vis-à-vis de références, ou encore le bon fonctionnement des processus. La certification HAS est un moyen de mesure externe du système de management de la qualité des établissements de santé.

2.1.6 La certification

En France, la démarche qualité en santé est une notion récente qui est apparue dans les années 1980. Mais à la suite des crises sanitaires du XXème siècle et de la recherche constante de l'efficience des établissements de santé, la démarche qualité s'est développée dans les années 1990 par l'instauration de la procédure d'accréditation.

En effet, la loi portant sur la réforme hospitalière du 31 juillet 1991, mandate l'ANDEM (Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale) dans l'objectif de développer l'évaluation médicale. Par la suite, le développement de la démarche qualité s'est accéléré par la parution de l'ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, instituant notamment une démarche d'accréditation mise en œuvre par l'ANAES. Il n'est ainsi plus question de d'offrir de la qualité mais de garantir la qualité.

En 1999 a eu lieu la première procédure d'accréditation ayant pour objectif la promotion de l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité dans les établissements de santé. Elle permet d'étudier le positionnement des établissements de santé par rapport à un référentiel ainsi que d'apprécier la dynamique qualité de celui-ci et la structuration de la démarche.

L'accréditation est un système de reconnaissance externe de la qualité fournissant l'opportunité de structurer une démarche qualité et représentant un levier dans le processus d'amélioration continue de la qualité.

La démarche de certification est une procédure en constante évolution. Ainsi, en 2007, il a été développé une deuxième version de la procédure de certification ayant pour objectifs la mesure simultanée de la démarche d'amélioration continue de la qualité et du niveau de qualité. L'une des priorités de cette version portait sur l'évaluation des pratiques professionnelles renforçant ainsi la médicalisation de la démarche.

LaHAS élabore en 2010, une troisième itération avec des exigences importantes en matière de qualité de la prise en charge des patients et de la gestion des risques. Cette version a pour objectif de simplifier le dispositif de certification et de renforcer l'impact de ce dernier sur qualité et la sécurité des soins.

Actuellement, les établissements de santé mettent en œuvre la quatrième version de la procédure de certification. La V2014 représente une importante évolution du dispositif de certification et consiste à mettre davantage le patient au centre des démarches et à valoriser l'établissement en termes de qualité. Elle a également pour objectifs le renforcement de la maîtrise des risques, l'impact de la certification sur le management de l'établissement et des secteurs concernés ainsi que les efforts sur la continuité de la démarche d'amélioration de la qualité.

La HAS prévoit pour 2020 une nouvelle version de la procédure de certification visant à poursuivre la dynamique de centralisation du patient dans les démarches. Elle a pour enjeux de promouvoir l'engagement du patient ainsi que de développer la culture de la pertinence et du résultat. Il est question également de renforcer le travail d'équipe et de s'adapter aux évolutions de santé comme par exemple les transformations du système de santé.

Le succès de la démarche qualité d'un établissement repose également sur l'efficacité des démarches qualité et de gestion des risques menées dans les différents services et secteurs. En raison du défi organisationnel qu'il représente et étant au cœur du fonctionnement des structures de soins, le bloc opératoire en est un parfait exemple.

2.2 Spécificités du bloc opératoire

2.2.1 L'activité du bloc opératoire

Le Docteur Iradj GANDJBAKHCH, Bloc opératoire : de la salle d'opération à la plate-forme interventionnelle, 2009, définit le bloc opératoire comme étant « une enceinte dédiée à des actes invasifs réalisés quelles qu'en soient la modalité et la finalité, en ayant recours aux équipements adéquats et en regroupant toutes les compétences médicales et paramédicales requises pour assurer la sécurité des patients. » Il est également dispensé des actes accomplis à ciel ouverts par voie endoscopique et/ou par ponction.

L'organisation actuelle des blocs opératoires et les contraintes extérieures amènent une autre catégorisation des actes :

- Les actes programmés : Ce sont les interventions planifiées ;

- Les actes non programmés : Ce sont les interventions réalisées en urgence ;
- Les actes réalisés dans le cadre de la chirurgie ambulatoire : Ce sont les opérations dont la prise en charge permet de réduire le séjour du patient à une seule journée.

Ainsi, il est pratiqué au bloc opératoire des activités à hauts risques dont la maîtrise est indispensable au bon fonctionnement et dont les incidents peuvent avoir des conséquences négatives pour l'établissement.

2.2.2 Un enjeu financier pour l'établissement

Le bloc opératoire occupe une place centrale au sein des établissements de santé. Les enjeux financiers liés à l'activité opératoire sont très importants. En effet, le bloc opératoire est l'un des services les plus coûteux d'un établissement de santé. Le coût de ses dépenses représente 10% du budget de l'hôpital et recouvrent des besoins importants en ressources structurelles, matérielles, humaines et pharmaceutiques. Bien que génératrice de dépenses, l'activité du bloc opératoire est une source potentielle de gains financiers.

Désormais, l'objectif du bloc opératoire est d'assurer une prise en charge de qualité tout en minimisant et maîtrisant les coûts. De plus, la Mission nationale d'expertise et d'audit Hospitaliers (MeaH) montre que l'efficacité d'un établissement de santé peut s'analyser au travers celle de son bloc opératoire. Ainsi, l'optimisation du fonctionnement du bloc opératoire est l'une des principales préoccupations d'un hôpital.

2.2.3 Un service à risques

Le bloc opératoire est un secteur à risques pour la sécurité des patients et des professionnels. La complexité de ce système rend le risque de défaut et de non détection plus important si celui-ci n'est pas maîtrisé. De surcroît, les résultats de l'enquête nationale sur les événements indésirables liés aux soins (ENEIS) réalisée en 2009 affirment que sur les événements indésirables graves survenant pendant l'hospitalisation se produisent le plus souvent lors de la réalisation des actes invasifs, majoritairement des interventions chirurgicales.

Selon la HAS les nombreux risques pouvant survenir au bloc opératoire peuvent être regroupés par grandes catégories :

- Les risques associés aux soins regroupant les risques infectieux, les risques d'erreurs d'identités et de côtés ainsi que les risques organisationnels liés par exemple à la programmation de l'activité, à la gestion des ressources, à la communication, au fonctionnement en équipe, etc.

- Les risques environnementaux et techniques liés par exemple aux gaz médicaux, à l'air, aux médicaments, aux déchets, etc.;
- Les risques professionnels liés aux risques psychosociaux, etc.

2.2.4 Une entité complexe

❖ Une approche processus complexe

La gestion d'un bloc opératoire constitue l'un des défis organisationnels les plus importants d'un établissement de santé. L'organisation du bloc opératoire repose sur plusieurs processus dont la maîtrise est indispensable pour le bon fonctionnement du bloc opératoire. La HAS met à disposition des cartographies de processus. En voici l'exemple du bloc opératoire :

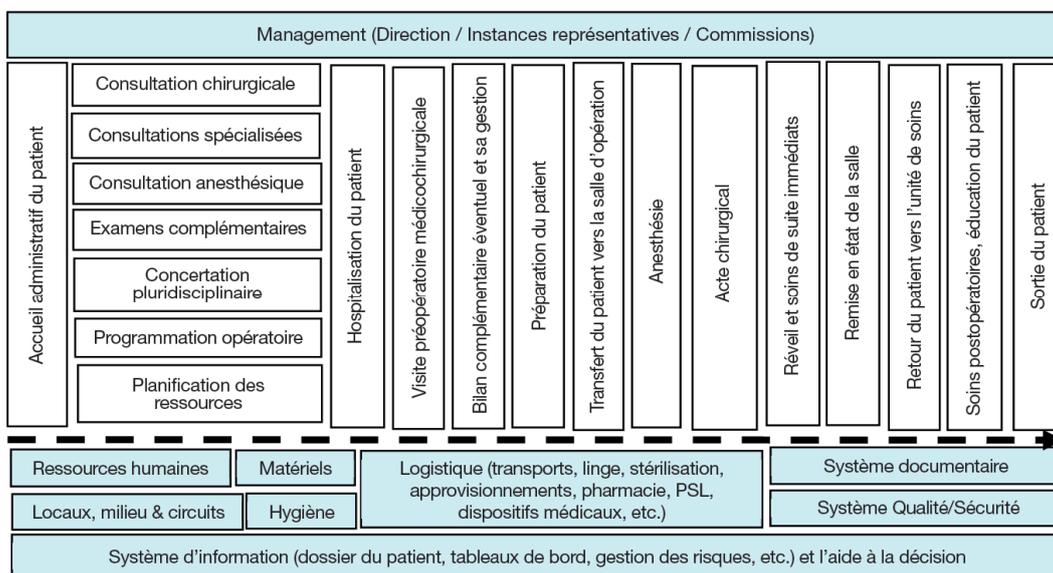


Figure 2: Cartographie des processus du bloc opératoire (HAS)

Le processus du bloc opératoire est géré par :

- **Le responsable du bloc opératoire**

Afin d'assurer la gestion du bloc opératoire un responsable de bloc est désigné. Il organise le programme opératoire au quotidien et veille au bon respect des règles préétablies. Dans le cadre de l'exercice de ses fonctions, il dispose des informations et de l'autorité nécessaires pour garantir la mise en œuvre du programme opératoire ainsi que la qualité et la sécurité de la prise en charge des patients.

- **Le conseil du bloc opératoire**

Le responsable du bloc opératoire est accompagné dans sa mission par un conseil de bloc opératoire. Depuis les directives de la circulaire DH/FH/2000/264 du 19 mai 2000, les établissements de santé doivent être dotés d'un conseil de bloc opératoire. Sa mission principale est de faciliter l'organisation harmonieuse du bloc opératoire.

❖ Une gestion organisationnelle complexe

• **La coordination de nombreux intervenants internes**

Le bloc opératoire est un secteur où interagissent beaucoup d'acteurs, aux profils et aux compétences diverses pour mener une activité spécifique où l'erreur est proscrite. La collaboration entre ces professionnels est essentielle pour proposer une pratique médicale de qualité au patient et d'assurer l'efficacité du bloc opératoire.

Cependant, la coordination des professionnels est particulièrement difficile à cause du nombre important de soignants médicaux et non médicaux évoluant au bloc opératoire :

- Chirurgiens ;
- Médecins ;
- Médecins Anesthésistes
Réanimateurs (MAR) ;
- Infirmiers de bloc opératoire
diplômés d'état (IBODE) ;
- Cadre du bloc opératoire ;
- Infirmiers anesthésie diplômé ;
d'état (IADE) ;
- Aides-soignants (AS) ;
- Agents de service Hospitalier
(ASH) ;
- Brancardiers ;

En effet, la coordination des acteurs à l'intérieur du bloc opératoire doit prendre en compte la diversité des contraintes complexifiant la gestion des plannings du personnel. Ils travaillent avec des logiques, des contraintes de travail et d'efficacité qui leur sont propres pouvant occasionner des tensions et empêcher la réalisation d'un travail d'équipe efficace. Ainsi, il est important que l'ensemble des intervenants connaisse la fonction de leurs collègues et cherche à collaborer pour assurer une prise en charge de qualité.

• **La gestion des intervenants extérieurs**

Pour une gestion efficace et optimisée, celle-ci nécessite une bonne articulation avec les secteurs extérieurs dont est tributaire le bloc opératoire :

- les services d'hospitalisation y compris celui de la réanimation et des urgences
- les secteurs médico-techniques :
 - la pharmacie ;
 - L'unité de stérilisation ;
 - Le secteur chargé de la
gestion des déchets ;
 - La blanchisserie ;
 - Le service d'imagerie
médicale ;
 - Le laboratoire de biologie
médicale et d'anatomo-
cytopathologie ;
 - Le brancardage ;
 - l'équipe opérationnelle
d'hygiène ;
 - le service biomédical ;

- les acteurs du management de la qualité et des risques : coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins, commission des usagers (CDU), le conseil médical d'établissements (CME) ;
- Les laboratoires extérieurs ;
- l'Établissement français du sang.

Cette collaboration contribue non seulement à la performance du bloc opératoire mais également à la continuité et à la qualité de la prise en charge des patients. Entre ces différents secteurs, il y a généralement un désintérêt du travail des autres. Chacun s'occupe d'une partie du processus de prise en charge du patient au bloc opératoire, de manière individuelle sans se soucier des répercussions de son travail sur le parcours du patient. Elle repose sur une communication efficiente et une interconnexion optimale. Ceci n'est pas chose aisée. En effet, le bloc opératoire est un environnement isolé et hermétique qui restreint les contacts des professionnels avec l'extérieur. Un dysfonctionnement au bloc opératoire affecte les autres secteurs mais aussi le parcours du patient

- **La gestion des interfaces**

Le fonctionnement du bloc opératoire dépend également de la maîtrise des interfaces. La gestion de ces dernières est possible et réalisable grâce à la coopération entre le bloc opératoire et les secteurs extérieurs.

Les interfaces insuffisamment maîtrisées se répercutent sur l'organisation du bloc opératoire. En effet, un patient qui n'aurait pas été correctement préparé par le service d'hospitalisation augmenterait le délai d'induction. Le programme opératoire serait perturbé et l'ensemble du processus serait retardé. La gestion des interfaces permet également la mise à disposition des ressources nécessaires au processus de management de la prise en charge au bloc opératoire. Par exemple l'organisation de l'interface avec l'unité de stérilisation assure la disponibilité des dispositifs médicaux réutilisables.

La complexité du bloc opératoire ne trouve pas seulement son origine dans son organisation mais également dans la complexité technique de son infrastructure

- **Complexité technique de l'infrastructure**

Le bloc opératoire n'est pas un secteur conçu comme les autres. Il est considéré comme une vase clos et hermétique. Mais, c'est en réalité un secteur protégé par des règles d'hygiène et de fonctionnement afin d'assurer la sécurité de la prise en charge.

D'autre part, son accès est limité pour des questions d'hygiène et de sécurité. Seul les patients et les professionnels y travaillant y ont accès avec une tenue adaptée et obligatoire. La circulation au bloc opératoire est organisée. En effet les professionnels et les patients suivent chacun un circuit qui repose sur le principe de marche en avant.

Il est composé de diverses zones et salles: les vestiaires et les SAS d'entrée et de sortie, lieux de stockage (Médicaments, dispositifs médicaux, etc.), les salles d'opération, la salle de surveillance postopératoire (SSPI), etc.

L'infrastructure est soumise à des contraintes techniques. Par exemple, elle comprend un système de traitement de l'air permettant l'asepsie du bloc opératoire.

L'organisation des circuits influence l'implantation et sa position au sein de l'établissement. Il est généralement situé en dehors des principales zones de circulation.

D'autre part, la diversité et la spécialisation des activités chirurgicales ont parfois rendues les infrastructures inadaptées. Le bloc opératoire nécessite du matériel spécialisé ou encore un éclairage particulier. Ainsi, le fonctionnement optimal du bloc opératoire est dépendant de son architecture mais également des équipements de haute technicité utilisés.

2.2.5 Un service en perpétuelle évolution

❖ L'innovation technique

Ces dernières années, le fonctionnement du bloc opératoire a grandement évolué grâce aux avancées technologiques. Ce mouvement ne fera que croître dans les années futures. Les opportunités offertes aux établissements de santé par la miniaturisation des technologies et les nouveaux équipements obligent une adaptation de l'organisation du bloc opératoire et les professionnels de santé à repenser leurs pratiques d'intervention. Les progrès réalisés dans des secteurs comme l'imagerie, la robotique ou l'informatisation des réseaux dans la gestion des données de santé font supposer une évolution majeure du mode de travail des chirurgiens.

En somme, les techniques chirurgicales et les équipements médicaux utilisés au bloc opératoire évoluent très vite. Les risques consécutifs à leur mise en place ne sont pas complètement maîtrisés ce qui fragile le fonctionnement du bloc opératoire.

❖ Innovations organisationnelles

Plusieurs innovations organisationnelles et structurelles sont apparues et se sont renforcées ces dernières années comme la récupération améliorée après chirurgie et la chirurgie ambulatoire. Elles ont marqué un tournant dans l'organisation des blocs opératoires.

La chirurgie ambulatoire est un réel défi organisationnel pour les établissements de santé. C'est un mode de prise en charge avec la réalisation d'une intervention chirurgicale qui permet la réduction de la durée de l'hospitalisation à moins de 12 heures permettant la sortie du patient le jour même. Ainsi, cela permet de recentrer l'hôpital sur les activités de soins et plus seulement sur l'hébergement au bénéfice des patients et des équipes.

Les bénéfices sont les suivants :

- Pour les patients :

Elle offre le même niveau de qualité et de sécurité des soins aux patients que ceux pratiqués en hospitalisation conventionnelle. Cependant, Elle permet la réduction des risques infectieux associés aux soins ainsi que des pertes de repères chez le patient âgé.

- Pour les équipes :

Elle génère un gain d'efficacité et optimise le temps d'utilisation des infrastructures et des blocs. Elle donne également l'opportunité d'améliorer la qualité et la sécurité de la prise en charge ainsi que de développer de nouvelles compétences et pratiques. C'est aussi un moyen de fédérer les professionnels autour d'objectif commun et d'assurer une image positive de l'établissement.

- Pour notre système de santé :

La chirurgie ambulatoire est un enjeu économique des établissements de santé. Elle requière moins de ressources qu'une prise en charge conventionnelle. C'est donc une source potentielle d'économie.

D'autre part, la récupération améliorée après chirurgie est une méthode de prise en charge du patient favorisant la récupération rapide de ses capacités physiques et psychiques. Elle permet de réduire le temps d'hospitalisation et de réduire la mortalité et la morbidité. Ce programme s'inscrit dans le projet d'établissement et se fonde sur la notion de chemin clinique. L'ensemble des mesures prises interviennent sur les 3 périodes pré-, per- et postopératoires.

La RAAC nécessite la mise en place de coordinations transversales et multidisciplinaires dédiées à un type d'intervention voire à une catégorie de patient. La mise en place d'un programme de RAAC et nécessite la collaboration de l'ensemble des équipes médicales. C'est une opportunité pour améliorer les pratiques de ces dernières.

Le bloc opératoire est au cœur du plateau technique d'un établissement de santé. Il représente des enjeux en termes de sécurité et d'économique majeur pour celui-ci. C'est donc un réel défi organisationnel pour l'hôpital. C'est un secteur à hauts risques pour le patient en raison de ses activités invasives ainsi que de l'évolution des techniques chirurgicales et des équipements spécialisés. Le bloc opératoire est un secteur mobilisant un nombre important d'acteurs dont la coordination est difficile. Ainsi, il semble très important de mettre en place une démarche d'amélioration continue de la qualité au bloc opératoire.

2.3 Démarche qualité au bloc opératoire

La procédure de certification est au cœur de la démarche de qualité et de gestion des risques. Il est intéressant de comprendre à travers les exigences de la HAS comment est déployée et mise en œuvre une démarche qualité au bloc opératoire.

2.3.1 Les exigences de la certification HAS au bloc opératoire

La qualité et la sécurité de la prise en charge du patient au bloc opératoire a toujours été une priorité de la certification des établissements de santé. La V2010 renforce cette exigence et fait de l'organisation du bloc opératoire une pratique exigible prioritaire. Cette dynamique se poursuit et s'inscrit dans les enjeux de la V2014. Ainsi, dans le compte qualité, il doit être obligatoirement renseigné la thématique « management de la prise en charge du patient au bloc opératoire ». Elle est systématiquement investiguée lors de la visite de certification par les experts visiteurs.

Dans ce contexte les objectifs de la HAS à travers la procédure de certification sont de :

- mieux évaluer la capacité des établissements à gérer les risques au bloc ;
- prendre en compte le développement de la chirurgie ambulatoire ;
- promouvoir et valoriser le travail en équipe et la communication au bloc.

L'activité de la chirurgie ambulatoire est évaluée dans le cadre de la thématique « management de la prise en charge du patient au bloc opératoire » du fait de l'articulation attendue entre l'organisation de la chirurgie ambulatoire et celle du bloc opératoire.

2.3.2 L'évaluation du fonctionnement du bloc opératoire dans le cadre de la certification

❖ Evaluation du management

• Management de la stratégie :

Le bloc opératoire doit être doté de règles permettant de définir sa stratégie et de prendre les décisions nécessaires à son fonctionnement, à l'atteinte des objectifs et la réalisation de ses missions. Dans ce cadre, il va être vérifié la réalisation d'un diagnostic pour la mise

en œuvre d'une démarche d'amélioration dont l'objectif sera d'identifier les besoins et les risques prioritaires à maîtriser et à traiter. Il s'agit de mener une analyse des risques a priori le plus exhaustivement possible et de construire une cartographie des risques pour les prioriser. Il est porté une attention particulière à la définition d'un programme d'actions. L'expert visiteur va s'assurer de la mise en œuvre d'un programme d'action ainsi que la désignation d'une structure de pilotage responsable de son déploiement et de son suivi. L'établissement doit communiquer ce programme à l'ensemble des professionnels.

- **Management opérationnel :**

- Management et organisation :

Le management opérationnel correspond aux décisions concernant la gestion courante du bloc opératoire. L'expert-visiteur apprécie l'effectivité d'un conseil de bloc. Sa composition est définie et un président est désigné. Ses missions et son fonctionnement sont précisées à travers par exemple un règlement intérieur. On ne peut parler de management sans responsable. Ainsi, dans le cadre de la certification, il est vérifié la désignation d'un responsable du bloc opératoire et la réalisation de ses missions.

- Organisation de la gestion des risques

Bien évidemment, la structuration de la gestion des risques est requise. Il est expertisé le système de gestion des risques a posteriori de la déclaration des événements indésirables à leur clôture en passant par leur analyse et la rédaction d'un plan d'action. Il est apprécié la participation des professionnels à la démarche de gestion des risques. A cet effet, il est généralement organisé au sein du bloc opératoire un comité de retour d'expérience (CREX) ou de revues de mortalité et mobilité (RMM) pour la gestion des risques en groupes pluriprofessionnels.

De plus, le signalement des vigilances sanitaires et la prise en compte des alertes des agences sanitaires doivent être intégrés dans la démarche qualité et de gestion des risques.

Par ailleurs, lors des visites, un intérêt certain est porté aux outils et aux méthodes mis en œuvre pour la promotion de la culture de la sécurité au bloc opératoire notamment l'utilisation de la check-list sécurité du patient au bloc opératoire. Depuis le 1^{er} janvier 2010, la réalisation de cette check-list est obligatoire dans tous les blocs opératoires. La HAS a décidé de faire de cet outil un critère exigible dans l'organisation des blocs opératoires.

❖ Evaluation des fonctions supports

Au regard de ses missions et des risques identifiés, le bloc opératoire doit organiser la réponse à ses besoins en ressources humaines, logistiques et documentaires nécessaires à l'atteinte des objectifs qualité et de gestion des risques.

• **Ressources humaines**

Les experts visiteurs vérifient la gestion effective des ressources humaines au bloc opératoire permettant la présence de professionnels en quantité suffisante avec les compétences adéquates et adaptées aux activités réalisées. Le management des ressources humaines comprend la gestion des compétences des professionnels. Ainsi, il un dispositif doit être mis en place pour répondre à cette exigence incluant un plan d'intégration des nouveaux arrivants, un dispositif de gestion et d'information des travailleurs intérimaires, la participation des professionnels à des évaluations des pratiques professionnelles dans le cadre du développement professionnel continue (DPC), une évaluation des besoins en compétences et un plan de formation.

La HAS porte un important intérêt à la communication interprofessionnelle au bloc opératoire. Les conditions de travail et le climat relationnel favorisent la collaboration et la communication par la réalisation par exemple de RMM et/ou EPP communes.

• **Gestion documentaire**

La performance de la démarche qualité et de gestion des risques au bloc opératoire requièrent la mise en place d'une gestion documentaire permettant un accès de chacun à l'information. Elle fait partie intégrante de la gestion documentaire de l'établissement. Elle met à disposition des documents de types procédures, protocoles, documents de traçabilité, actualisés, accessibles et connus de tous. Les professionnels sont associés à leur rédaction. Dans le cadre de l'amélioration continue, elle doit faire l'objet d'évaluation à périodicité définie.

• **Gestion des ressources logistiques**

▪ Locaux et circuits

Dans le cadre de la prévention du risque infectieux, il est mis en place une logique d'asepsie progressive au bloc opératoire. Ainsi, les espaces du bloc sont précisément différenciés et le contrôle de la surpression dans les salles d'intervention est maintenue et effectuée quotidiennement. La gestion du bionettoyage adaptée aux locaux et des déchets est organisée. Les modalités de réalisation sont formalisées, mises en œuvre, tracées et vérifiées.

D'autre part, la gestion des flux logistiques (patients, professionnels, déchets, etc.) est maîtrisée, les circuits sont identifiés et respectés. Les contrôles de l'air, des gaz, de l'eau et des surfaces sont réalisés et tracés suivant les modalités décrites par l'établissement.

- Matériels/équipements

Pour un fonctionnement optimal du bloc opératoire la logique d'approvisionnement permet la disponibilité en matériels et produits de santé nécessaires pour répondre à l'activité du bloc. De plus, un dispositif d'entretien et de maintenance à visées curative ou préventive des équipements doit être prévu ainsi et la gestion des dysfonctionnements ainsi que des défaillances doit être organisée.

- Interfaces

Le bloc opératoire est au cœur de nombreuses interfaces qui sont identifiées et gérées de manière commune avec les services et les prestataires extérieurs. Dans l'objectif d'assurer la continuité de la prise en charge des patient, un échange d'information est réalisé et conforme aux règles établies avec les partenaires. A cet effet des documents de liaisons sont créés et utilisés et des réunions communes (RMM, etc.) par secteur sont organisées.

- Système d'information

Intégré au système d'information hospitalier, il est adapté au besoin de gestion interne et contribue à la continuité de la prise en charge des patients.

- ❖ Evaluation de la sécurité des activités et des professionnels

Dans la certification V2014, la mise en œuvre des bonnes pratiques d'hygiène adaptées aux différentes zones du bloc est évaluée. Les procédures concernant les modalités d'ouverture des salles, de préparation de chaque intervention, d'identification des patients sont formalisées, mises en œuvre et tracées.

La démarche de prévention des risques professionnels prévoit les mesures de radioprotection, de gestion des accidents d'exposition au sang, de vaccination et de qualité de vie au travail.

- ❖ Evaluation de la prise en charge du patient

- **La sécurité du patient**

L'un des enjeux principaux du bloc opératoire est d'assurer une prise en charge sécurisée à leur patient. Au regard des exigences de la HAS, l'expert-visiteur va s'assurer de l'effectivité d'un grand nombre de critères balayant de nombreux thèmes concourant à la sécurité du patient comme par exemple la mise en œuvre et la traçabilité de la check-list de « sécurité du patient au bloc opératoire » dans le respect des recommandations HAS,

la vérification à toutes les étapes préopératoires de l'identité du patient, la maîtrise du risque hémorragique, transfusionnel et médicamenteux, les conditions permettant de garantir la sécurité, la réalisation de la visite pré-anesthésiques, etc.

De plus, la sortie du patient de la salle de surveillance post-interventionnelle (SSPI) est validée par le médecin et réalisée selon la procédure de l'établissement

- **Bientraitance et droits des patients**

Dans le cadre de l'évaluation de la prise en charge du patient, il est également évalué l'application des règles de bientraitance et de respect des droits des patients. Il est donc important d'organiser et mettre en place l'information du patient à toutes les étapes de sa prise en charge, le recueil de son consentement ainsi que les consignes pré et postopératoire. Il faut également veiller au respect de sa dignité, de son intimité et de la confidentialité. Il doit être également organisée la prise en charge en continue de la douleur.

- ❖ Evaluation du fonctionnement du bloc et amélioration continue

Dans le cadre du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins de l'établissement, l'expert-visiteur va s'assurer qu'au bloc opératoire soit :

- Evalué, à périodicité définie, l'efficacité et la qualité du fonctionnement du bloc opératoire notamment par le suivi d'indicateurs et des événements indésirables, la réalisation d'audits, etc. ;
- Réalisé au moins une fois par an le bilan des actions d'amélioration mises en œuvre au niveau du bloc opératoire.

Les résultats des évaluations, des indicateurs et des actions conduites sont diffusés aux professionnels concernés et figurent dans le compte qualité.

La démarche qualité est dépendante de l'implication de tous les professionnels évoluant dans un établissement de santé. Selon, les normes ISO et la HAS, elle contribue à la réussite de la démarche. Par ailleurs, l'approche processus est un excellent levier pour obtenir l'adhésion et l'implication, par exemple pour la description des activités. Ainsi, des questions se posent : en quoi l'implication des professionnels est-elle indispensable ? Varie-t-elle en fonction de la catégorie professionnelle ? Quelles sont les freins à l'implication des professionnels dans la démarche qualité ? Comment favoriser l'implication des professionnels ?

3. L'IMPLICATION DES PROFESSIONNELS DANS LA DEMARCHE QUALITE AU BLOC OPERATOIRE

3.1 Importance de l'implication des professionnels dans la démarche qualité

3.1.1 Les acteurs de la démarche qualité

Deming a démontré que la démarche qualité dépendait de chacun des acteurs de l'entreprise ou de l'établissement. Elle n'est pas du fait uniquement du directeur ou du responsable qualité et gestion des risques. Les acteurs médicaux et non-médicaux sont concernés par la démarche qualité et chacun à sa propre perception de cette dernière.

En 2003 (HAS, Revue de littérature qualité de vie au travail et qualité des soins, 2016), les chercheurs du CNRS soulignent la variabilité de cette définition et de sa perception en fonction des catégories socio-professionnelles :

- Le responsable de service inscrit dans la qualité des notions générales sur les soins accordées aux patients ;
- Les IDE généraux centrent les enjeux de la qualité autour du patient. Ils mettent l'accent sur la qualité des services ou prestations de soins, sur une prise en charge satisfaisant les besoins des patients. Ils incluent dans leur définition le concept de confort, de bien-être et portent une attention particulière sur les conditions matérielles d'accueil et d'exercice des soins ;
- Les médecins centrent leur discours sur la qualité sur les soins incluant l'accueil et la prise en charge. Nombreux sont les médecins dont la perception et les enjeux en termes de qualité ont évolué sous l'influence de la procédure de certification. Leur implication personnelle est renforcée et leur discours est davantage centré sur le patient ;
- Le cadre de santé est très impliqué dans la démarche qualité. Il met l'accent sur la qualité des services et des prestations de soins ainsi que sur une prise en charge satisfaisant les besoins des usagers ;
- Les aides-soignants ont un discours impersonnel sur la qualité mais plus centré sur le patient lorsqu'il s'agit de l'accueil, des soins, du confort. Ils accordent une certaine importance à l'écoute et à l'hygiène ;
- Les agents des services ont un discours concernant la qualité assez pauvre. Ils sont naturellement préoccupés par l'hygiène.

Ainsi, les acteurs de terrain ont une vision de la qualité à court terme fondée principalement sur le patient, sa prise en charge et ses soins. Bien qu'elle représente un enjeu différent pour chacun d'entre eux, la qualité est au centre de leurs préoccupations.

3.1.2 La nécessité d'impliquer les professionnels dans la démarche qualité

L'implication est un facteur de succès d'une démarche qualité. En effet, l'un des principaux objectifs de la procédure de certification des établissements de santé par l'ANAES, est de favoriser l'implication des professionnels à toutes les étapes de la démarche dans l'optique qu'ils acceptent et s'approprient les changements.

De plus, selon la norme ISO 9001, l'implication du personnel est un facteur déterminant dans une démarche d'amélioration continue de la qualité. Cette démarche n'est pas possible si elle n'est pas portée par l'ensemble des acteurs.

L'ISO 9001 souligne les bénéfices pour les établissements :

- Compréhension des objectifs qualité ;
- Amélioration de leur motivation à atteindre les objectifs ;
- Contribution à l'amélioration continue ;
- Amélioration du développement personnel, stimuler l'innovation et la créativité ;
- Satisfaction du personnel ;
- Amélioration de la confiance et de la collaboration ;
- Amélioration de l'intérêt porté aux valeurs partagées et à la culture.

Pour Dominique Boudin, expert qualité de la chambre de commerce et de l'industrie de Lille Métropole, la réussite d'une démarche qualité ne peut aboutir sans la contribution des professionnels de terrain autant lors de la phase de conception que durant celle de l'application. De plus, les collaborateurs connaissent le terrain, ils savent donc apprécier le réalisme des solutions proposées et ont davantage la motivation à les appliquer. D'autre part, la HAS à travers la certification V2014, apprécie l'implication et la participation de l'ensemble des professionnels dans la démarche à travers par exemple l'enrichissement de la base documentation par la rédaction de procédures et/ou protocoles mais aussi l'analyse et le traitement des événements indésirables.

Les professionnels impliqués dans une démarche qualité sont rassemblés autour d'un objectif commun : la qualité de la prise en charge et la satisfaction des patients. Mais, son atteinte n'est pas toujours aisée. Certains freins peuvent empêcher l'implication des professionnels et ainsi le développement et l'amélioration de la démarche qualité.

3.2 Freins à l'implication dans la démarche qualité au bloc opératoire

- **La perception de la qualité et de ces objectifs**

Comme expliqué précédemment, la perception de la qualité est propre à chacun. La définition qui en est donné est parfois approximative et n'englobe par l'ensemble des

aspects de la qualité. Lorsque que les enjeux et les objectifs de la démarche qualité ne sont pas compris, les acteurs de terrains ne peuvent pas y adhérer et donc s'impliquer. Ils doivent comprendre le sens de la démarche.

D'autre part, la vision positive de la démarche qualité n'est pas partagée de tous. En effet, la démarche qualité peut être ressentie comme une contrainte voire même sans effet. Elle peut également représenter une charge de travail supplémentaire et assez énergivore.

- **La complexité de la démarche**

La démarche qualité repose sur une multitude de méthodes. Le manque de connaissance et de compréhension de ces outils par les professionnels de santé freinent leur implication dans la démarche. Ils peuvent paraître difficilement maîtrisables et sans utilités. Par exemple, la sous-déclaration des événements indésirables par peur de la punition dénote une méconnaissance des objectifs de l'outil. Cette dynamique s'inscrit dans une logique de gestion positive de l'erreur.

D'autre part, la démarche qualité, est une démarche sur le long terme. Par exemple, la mise en œuvre d'une action nécessite du temps. Il faut prendre en compte le temps d'analyse, de formalisation du plan d'action, sa validation par les responsables et les instances et sa mise en œuvre effective. La longueur de la démarche génère une frustration qui n'incite pas à l'implication de la démarche. C'est d'autant plus vrai lorsqu'il n'y a pas d'aboutissement à l'action proposée ou au projet réalisé.

De plus, il est donc important de procéder à l'information régulière des professionnels par rapport aux projets et travaux réalisés afin d'éviter leur lassitude et leur démotivation. Un manque de communication peut freiner l'implication.

- **Défaut d'engagement de la direction et des managers**

Pour impliquer les acteurs de terrain dans la démarche qualité, les managers et la direction doivent montrer leur engagement vis-à-vis de celle-ci. La direction définit les objectifs en termes de qualité, donne les orientations et les stratégies à suivre et affecte les moyens humains ainsi que matériels nécessaires. Ainsi, pour déployer la démarche qualité, la direction et les managers doivent être convaincus de l'intérêt du changement et du bienfait de la démarche qualité. Comme expliqué précédemment, ils doivent veiller à garder une cohérence dans leurs comportements et leurs actions. Ainsi, il faut promouvoir la qualité pour convaincre et favoriser l'implication de tous.

Par ailleurs, le rôle du manager, du responsable de service, est important. Il est le relai indispensable pour la promotion de la qualité et le retour d'information auprès des

professionnels de terrain. De plus, un manque de valorisation des efforts, de la contribution, des initiatives et des résultats atteints ainsi que le défaut de reconnaissance rend difficile l'implication des acteurs. Un manque de sollicitation dans la démarche qualité contribue à cette dynamique. Ainsi, le climat social est une donnée à prendre en compte dans le déploiement d'une démarche qualité.

- **Manque de temps**

Le manque de temps est le facteur défavorisant le plus l'implication des professionnels de santé. Selon l'enquête sur l'importance du temps dans la relation patients-soignants de 2018 réalisée par l'institut d'étude Odaxa et par la mutuelle nationale des hospitaliers et des professionnels de la santé et du social (MNH) précédemment mentionnée, les professionnels de santé déplorent manquer de temps dans la réalisation de leur tâches et dans la relation avec le patient. Ainsi, il est difficile de demander à ces derniers de s'impliquer et de dégager du temps pour le déploiement de la démarche qualité alors même qu'ils en manquent pour soigner les patients. Leur priorité est leur fonction de soignant.

- **La crainte du changement**

La démarche qualité engendre systématiquement du changement. Ce dernier induit généralement des résistances aux changements. Selon Marie-Anne Giroult dans son cours sur la conduite du changement à l'université de Lille (2013-2014), « tout changement fait peur (« peur du vide »). L'un des premiers réflexes est de le repousser. A priori, le changement n'est ni souhaitable ni souhaité. Il constitue une rupture inacceptable. Il brise l'équilibre, rompt l'harmonie et ébranle la stabilité ». Ainsi, la crainte du changement peut freiner l'implication des professionnels.

- **Limitation de l'autonomie**

L'autonomie comme vu précédemment est une caractéristique essentielle à l'implication des professionnels. La démarche qualité tend à uniformiser les pratiques et ne laisse pas de place à l'autonomie. En effet, Philippe Cloarec dans « recherche en soins infirmiers de 2008 n°93, a remarqué que les procédures concernant « l'organisation des soins provoquent une résistance importante, due à l'impression « *qu'on enlève une marge d'autonomie* » ». Cela génère chez les professionnels de soins le sentiment d'être déposés de sa pratique. La densité de la documentation qualité et son actualisation régulière permettant de répondre aux exigences réglementaires et aux recommandations, peut décourager et démotiver les professionnels à l'appliquer.

Une partie des acteurs de terrain perçoit la qualité comme une activité imposée. Il y a une obligation d'appliquer des pratiques qui ne font pas forcément l'unanimité ou dans lesquelles ils ne se reconnaissent pas.

3.3 Facteurs augmentant l'implication dans la démarche qualité au bloc opératoire

- **Management participatif**

Comme énoncé précédemment, la démarche qualité est une démarche participative nécessitant la mobilisation des professionnels. Ainsi, le management participatif semble une méthode pertinente pour impliquer les professionnels dans cette démarche. Selon Yannick Berton, Directeur Adjoint de Stratélys, dans son cours sur les styles de management, « la marque du management participatif, c'est la prise de décision collégiale. Chaque point de vue est pris en compte. Le management participatif crée un fort sentiment d'appartenance et des équipes soudées ». Ce dernier suscite l'engagement et la contribution des individus à l'atteinte des objectifs qualité et à la performance de la démarche qualité et donc de l'établissement.

- Actions :

Pour cela, il s'agit de créer les conditions de travail permettant la communication, l'écoute, la collaboration et de partage. Il peut s'agir de solliciter et de faire participer les acteurs de terrain dans l'élaboration des objectifs. De plus, la démarche qualité est orientée autour de méthodes et d'outils à visées participative et collective comme l'actualisation et l'analyse de processus, la méthode du patient traceur, les CREX, les RMM, les revue des erreurs liées aux médicaments et dispositifs médicaux associés (REMEDI). D'autre part, il est pertinent d'associer les acteurs de terrain à la création d'outils qualité comme par exemple la formalisation de procédure ou encore la réalisation d'un audit du début à la fin.

- **L'engagement de la direction et des managers**

Il n'est plus approuvé que l'engagement de la direction et des managers est indispensable à l'implication de l'ensemble des acteurs. En effet, si ces derniers ne sont pas eux-mêmes impliqués, la mise en œuvre de la démarche qualité ne sera pas optimale, les objectifs et les enjeux pas compris et la promotion ne sera pas efficace. En effet, Bernard Boudin, expert qualité de la chambre de commerce et d'industrie de Lille Métropole, ADSP de 2001 explique que « Les démarches qualité peinent à se mettre en place ou n'aboutissent pas par manque d'engagement des dirigeants ».

- Actions :

Tout d'abord, pour impliquer l'ensemble des professionnels, les dirigeants doivent communiquer les valeurs, les objectifs, les stratégies et les enjeux notamment en termes

de qualité. Pour cela, ils peuvent utiliser des outils de communication comme : la messagerie interne, l'intranet pour une diffusion au plus grand nombre, le journal interne, le projet établissement, les réunions informatives.

Le manager ou plus précisément les responsables de services, doivent également montrer leur croyance dans la démarche qualité et ses bienfaits. Ainsi, ils ont la responsabilité de poursuivre cette dynamique de communication.

La mise en place d'instances et de comités de pilotage permet la coordination de la démarche. Ils définissent les orientations et les indicateurs à suivre. C'est l'opportunité pour la direction et les managers de se réunir pour partager les informations pour ensuite les communiquer aux acteurs de terrains.

- **Système de reconnaissance**

La notion de reconnaissance est importante autant pour les individus que pour les entreprises. Elle permet l'implication des professionnels. Ainsi, le rôle du manager est d'encourager les individus et de valoriser les actions réalisées. Un défaut de reconnaissance est « causes de démobilisation, de mal-être et de contreperformance productive » ANACT, 10 questions que la reconnaissance au travail, 2017

- Les actions :

Que cela soit à travers un entretien individuel ou une réunion, le feedback, est une méthode de communication permettant de faire un retour d'information sur une action passée. C'est un moyen de reconnaissance et de progression pour les individus.

De plus, donner l'autonomie à un individu est le signe le plus important de reconnaissance. Ainsi, la responsabilisation de l'individu participe à cette dynamique. Il est conseillé de lui confier des missions ou qu'il se fixe lui-même des objectifs à atteindre.

Le programme d'amélioration continue du travail en équipe (PACTE) est un outil permettant la sécurisation de la prise en charge et la valorisation du travail d'équipe. Elle permet aux équipes d'acquérir des compétences non techniques intégrées aux pratiques, d'identifier les difficultés freinant la culture collective de sécurité des patients, d'améliorer la communication et les pratiques collaboratives ainsi que d'identifier et mettre en œuvre des actions d'amélioration.

C'est un programme sur deux ans composés de trois étapes :

- Une phase de diagnostic du fonctionnement de l'équipe de 8 mois maximum ;
- Une phase de mise en œuvre des objectifs et des actions identifiés précédemment et de suivi de 1 an maximum ;

- Une phase d'évaluation sur l'avancement de l'équipe et sur l'atteinte des résultats à 2 ans d'une durée de 6 mois maximum.

Selon la HAS (PACTE les essentiels mai 2018), cette méthode apporte aux professionnels « une meilleure reconnaissance des compétences et du travail réalisé, [un] sentiment d'appartenance et de satisfaction au travail, [une] amélioration de la qualité de vie au travail, [une =] confiance renforcée [et une] collaboration efficace » HAS, PACTE les essentiels, 2018. Cela permet d'impliquer davantage les acteurs de terrain dans la démarche qualité.

- **Compréhension de la démarche qualité**

Il est inconcevable de s'impliquer dans une démarche lorsque l'on ne comprend pas les objectifs ou les méthodes utilisées.

- Actions :

Pour impliquer les acteurs de terrains, il faut développer une culture qualité et sécurité. Ainsi, il est conseillé de sensibiliser les professionnels par :

- La dispensation de formations régulières sur, par exemple, les bases de la qualité, l'importance du signalement des événements indésirables, l'utilisation de la base documentaire ou une formation sur l'audit. Il est également important de former les nouveaux arrivants ;
- La réalisation d'une information efficace par une communication des objectifs, des actions, des projets mis en place et des résultats obtenus. Il s'agit d'assurer la continuité de l'information pour une implication durable. Cela passe par exemple par la réalisation de réunion, d'affichage ou par l'intranet.

- **La conduite du changement :**

Comme expliqué précédemment, la démarche qualité est une source de changement qui génère des résistances. Ainsi, la conduite du changement est une méthode appropriée tant pour la mise en place d'une démarche qualité que pour l'implication des professionnels par la gestion des résistances.

- Actions :

Plusieurs auteurs et chercheurs se sont intéressés à la dynamique de conduite du changement. Il n'existe pas de stratégie de conduite de changement universelle, elle est adaptée et unique à chaque situation. Voici un exemple basé sur une approche explicative, celle de Vandageon-Derumez (1998):

Maturation		Déracinement		Enracinement	
Activités	Continuum	Activités	Continuum	Activités	Continuum
Identification d'un stimulus	Opportunité vs problème	Communication du projet de changement	Annnonce vs interaction	Evaluation-bilan des actions engagées	Directive vs interactive
Recherche d'information	Etude prospective vs audit	Mise en œuvre du projet de changement	Brutale vs progressive	Mise en cohérence des activités	Foisonnement vs accompagnement
Sensibilisation à l'idée de changement	Annnonce vs implication	Génération de nouvelles idées	Induite vs autonome	Correction des actions engagées	Réorientation vs ajustement
Mise en mouvement de l'organisation	Contrôlée vs non-contrôlée	Développement d'initiatives	Par la hiérarchie vs par la base	Changement durable	Implantation d'un cadre de travail stable vs formalisation de la vision
Définition des grands axes du changement	Vision/cadre organisationnel vs démarche	Evaluation/Sélection	Cadrée vs non cadrée		
Finalisation du projet de changement	Projet formalisé vs projet peu formalisé	Suivi de la mise en œuvre	Hierarchique vs interhierarchique		
		Formation	Axée outils vs axée éflexion		
		Accompagnement du changement	Ponctuel vs structurel		

Figure 3: Les étapes de changement de Vandagean-Derumez (1998) (Quelles étapes pour la conduite du changement à l'hôpital ? C.Merdinger-Rumpler et T.Nobre

Il est essentiel de respecter chaque étape du processus de changement suivi. Le plus important est de bien promouvoir le changement auprès de l'ensemble des professionnels. Il faut communiquer sur les bienfaits de la démarche qualité et de sa finalité ainsi qu'accompagner les acteurs dans la démarche. Une bonne préparation aux changements est nécessaire.

- **La procédure de certification**

La démarche qualité est réglementée et soumise aux exigences de la HAS à travers notamment la procédure de certification. C'est un moyen d'impliquer les professionnels.

- Actions :

La procédure de certification est un lourd projet qui favorise l'implication des professionnels. Ils sont associés dans la préparation du compte qualité et de la visite de la certification. D'autre part, lors de la visite de certification, il est utilisé des outils d'évaluation centrés sur le terrain comme la réalisation de patient traceur ou d'audit.

La certification est de plus en plus orientée sur le travail d'équipe et la participation de l'ensemble des acteurs de terrain dans la démarche qualité.

D'autre part, l'obtention d'un bon niveau de certification suppose une reconnaissance externe qui est valorisante pour les acteurs de l'établissement. Cela souligne d'une certaine façon les efforts fournis.

Ces leviers sont à adapter en fonction de l'établissement ou du secteur. Il faut les adapter à chaque situation suivant le contexte et les problématiques rencontrés.

3.4 Analyse de l'enquête diffusée au bloc opératoire de la Polyclinique du Parc

Afin de poursuivre la réflexion sur les facteurs permettant de favoriser l'implication des professionnels de santé en fonction de leur catégorie professionnelle dans la démarche

qualité au bloc opératoire, une enquête de terrain a été diffusée à l'ensemble des professionnels exerçant au bloc opératoire de la Polyclinique du Parc de Cholet.

3.4.1 Présentation du bloc opératoire de la Polyclinique du Parc :

Situé dans le Maine et Loire (49), c'est un établissement privé avec un service de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) et présentant des activités de Médecine, Chirurgie et Obstétrique (MCO) de 315 lits et places avec 103 lits en chirurgie dont 8 lits en surveillance continue ainsi que 19 places en chirurgie ambulatoire.

La polyclinique possède un bloc opératoire comportant :

- Dix salles de bloc opératoire : une dédiée aux césariennes, deux pour les actes d'endoscopie et sept salles polyvalentes de chirurgie ;
- Une salle de surveillance post-interventionnelle (SSPI) de 15 places.

Le bloc opératoire est géré par une responsable de bloc opératoire, infirmière de profession accompagnée de deux IDE suppléants et par le conseil et la cellule de bloc opératoire qui se réunissent trimestriellement. Une commission de bloc opératoire est réalisée de manière hebdomadaire. Il est également organisé une réunion de service mensuellement.

Il évolue au sein du bloc opératoire :

- Une responsable du bloc opératoire ;
- 9 médecins anesthésistes réanimateurs (MAR) ;
- Une quarantaines de chirurgiens et médecins ;
- Moins d'une dizaine d'infirmier(s) anesthésie diplômé d'Etat (IADE) ;
- Une quarantaines d'infirmier(e)s diplômés d'Etat (IDE) de bloc opératoire ;
- Moins d'une dizaine d'aide-soignant(e)s (AS) ;
- 2 brancardiers internes au bloc opératoire ;
- 3 agents de service hospitalier (ASH) travaillant de nuit ;
- Une secrétaire.

3.4.2 Méthodologie de l'enquête

Avec l'accord de la direction des soins et de la responsable du bloc opératoire, une enquête [Annexe 1 : Enquête sur la démarche qualité au bloc opératoire] a été diffusée auprès de tous les professionnels exerçants au bloc opératoire.

En fonction de la catégorie socioprofessionnelle des répondants, l'objectif de cette enquête est de :

- Connaitre la compréhension et la perception de la démarche qualité qu'ont les professionnels ;

- Jauger l'implication des professionnels dans la démarche qualité au bloc opératoire ;
- Identifier les freins et les facteurs d'amélioration permettant de favoriser l'implication des professionnels.

Afin d'optimiser le nombre de réponse et pour des questions de praticité, l'enquête a été administrée de deux manières différentes :

- Par voie informatique en envoyant un mail d'information avec le lien du formulaire pour tous les professionnels ayant une adresse mail ;
- Par voie papier pour tous les autres professionnels. Pour cela et dans un premier temps une campagne d'affichage et un point d'une demi-heure ont été organisés pour expliquer l'enquête et y répondre.

L'enquête a été diffusé pendant 3 semaines et une enveloppe été à disposition au bloc opératoire afin d'y déposer les questionnaires remplis.

3.4.3 Analyse de l'enquête

❖ Informations sur les répondants

Au total, quarante et un questionnaires ont été renseignés soit environ 37% de retour. Autrement dit, près d'un tiers des professionnels toutes catégories socioprofessionnelles confondues y ont répondu. Dans le milieu hospitalier, il est difficile, de manière générale d'avoir un taux de réponse de 80% à une enquête de ce type. C'est d'autant plus compliqué dans le bloc opératoire, qui est comme expliqué précédemment un secteur clos et complexe. Ainsi, le taux de retour est satisfaisant et se prête à interprétation.

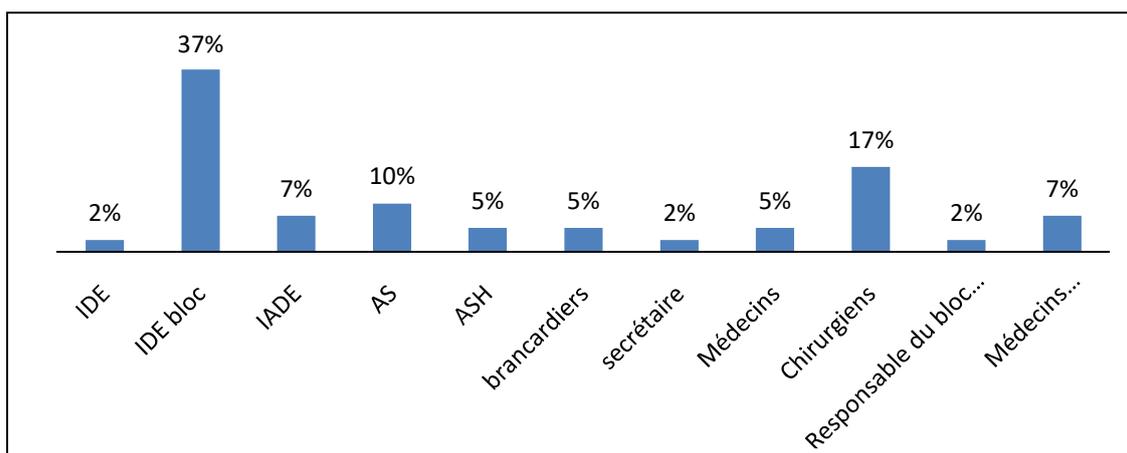


Figure 4: Graphique du nombre de répondants par catégorie socio-professionnelle

Ce sont les IDE de bloc opératoire qui apporte le taux de réponse le plus important avec 37% suivi par les chirurgiens avec 17% de réponses. Cette dynamique suit une certaine logique étant donné que ces deux catégories de professionnels sont les plus importantes

au bloc opératoire. Il est à noter que tous les brancardiers ont répondu à l'enquête. De plus, quasiment tous les AS et ASH ont répondu à l'enquête.

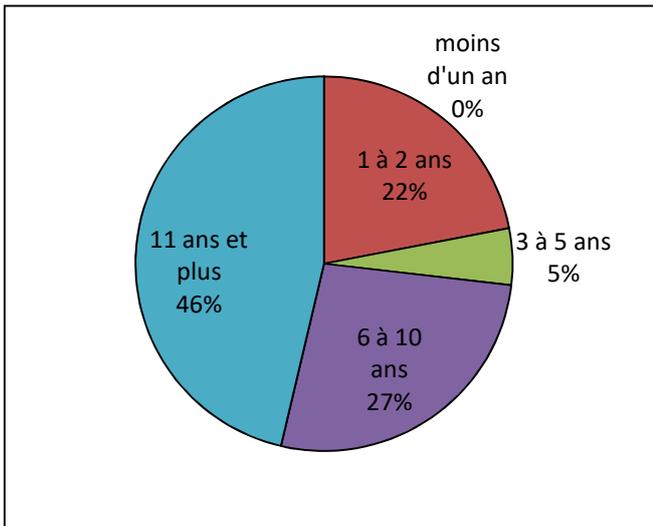


Figure 6: Graphique l'ancienneté des répondants dans leur profession

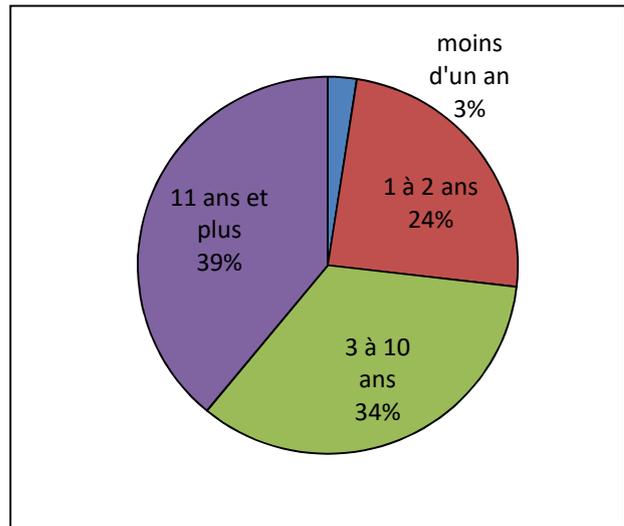


Figure 5: Graphique l'ancienneté des répondants au bloc opératoire de la polyclinique

Globalement, 46% de la population étudiée exerce sa profession depuis plus de 11 ans. Si l'on additionne à cela la population exerçant depuis 6 à 10 ans, on a 73% de répondants exerçant dans sa profession depuis plus de 6 ans. De manière plus précise [Annexe 2 : Graphique de l'ancienneté dans la profession suivant la catégorie socio-professionnelle], la majorité des chirurgiens, des IADE et des AS exercent depuis plus de 11 ans. La totalité des ASH et des MAR sont en exercice depuis plus de 11 ans. Les médecins, la responsable du bloc opératoire ainsi que la secrétaire exercent leur fonction depuis plus de 6 ans. Une grande partie des IDE exercent leur profession depuis plus de 6 ans avec une proportion non négligeable de jeune IDE.

D'autre part, 39% des répondants exercent dans le bloc opératoire de la polyclinique depuis plus de 11 ans. Au total 73% des répondants exercent dans l'établissement depuis plus de 3 ans. Plus précisément [Annexe 3 : Graphique de l'ancienneté dans le bloc opératoire de la polyclinique suivant la catégorie socio-professionnelle], la totalité des MAR et la responsable du bloc opératoire travaillent au bloc de la polyclinique depuis plus de 11 ans. Il en va de même pour la majorité des chirurgiens et des IADE. L'ensemble des médecins et la secrétaire exercent au bloc depuis 3 à 10 ans. On retrouve cette même dynamique pour une grande partie des ASH et des AS. La majorité des IDE de bloc exercent dans ce bloc depuis moins de 2 ans.

Conclusion :

La majorité des répondants proviennent de profession paramédicale. Globalement, les professionnels interrogés travaillent au bloc opératoire de la polyclinique depuis longtemps

et exercent leur profession depuis un certain nombre d'années. Ainsi, hypothétiquement et en toute logique, ils devraient non seulement connaître le fonctionnement de l'établissement et du bloc opératoire mais aussi maîtriser à minima les principes de la démarche qualité. Cependant, les personnes avec une longue carrière sont souvent source de résistance au changement, comme peut l'être une démarche qualité. Il faut souligner, qu'une grande partie des IDE de bloc opératoire y travaillent et exercent leur profession depuis moins de 2 ans. D'autre part, les jeunes arrivés sont généralement acculturés à la démarche qualité mais ouverts à la nouveauté.

❖ La connaissance des professionnels de santé sur la démarche qualité

Lorsqu'on définit ce qu'est la démarche qualité, on attend certains mots-clés comme amélioration, sécurité, prise en charge, processus, procédure, risques, analyse, évaluation ou encore optimisation. Les répondants de cette enquête se sont prêtés à cet exercice [Annexe 4 : Liste des définitions de la démarche qualité mentionnées par les professionnels].

Ainsi, parmi l'ensemble des professionnels, les médecins, les chirurgiens ou encore les MAR définissent la démarche qualité comme étant une démarche permettant « d'améliorer la prise en charge » (médecins), « d'évaluer les processus permettant de soigner les patients afin de contrôler les pertinences et de les améliorer » (chirurgien) ou encore de mettre à jour les pratiques et les structures par rapport aux normes édictées par les instances supérieures » (MAR). On constate ainsi qu'ils ont une bonne compréhension de la démarche qualité et une maîtrise des principes de base. Ce sont les seuls à employer les mots « évaluation, processus, norme, analyse et événements indésirables ».

De plus, les IADE, IDE de bloc opératoire et les ASH la définissent par exemple comme le fait de « travailler sur nos pratiques professionnelles comme l'hygiène, la sécurité, la prise en charge des patients et la communication » (IBODE). Ils la définissent également comme une démarche permettant « une bonne prise en charge du patient au bloc opératoire et améliorer le fonctionnement et le savoir-faire du bloc opératoire » (ASH) ou encore comme une « démarche amenant l'ensemble des professionnels de santé à œuvrer pour la qualité et la sécurité de la prise en charge globales » (IBODE). Ils émettent des définitions moins techniques que les médecins mais ils ont une bonne compréhension de la démarche et des rudiments de base. Par contre, la secrétaire, les brancardiers et les AS caractérisent la démarche qualité comme « l'ensemble des protocoles mis en place pour la bonne gestion du travail au bloc opératoire » (AS), une démarche « pour l'amélioration des conditions de travail (brancardiers) ou comme étant « un projet

d'entreprise pour assurer la qualité » (brancardier). Ils donnent des définitions qui prouvent une non maîtrise et une non compréhension de l'objectif de la démarche qualité.

Ainsi, globalement, bien que les définitions données soient axées sur leurs propres pratiques, leur travail et les conditions dans lesquelles ils exercent, les principes de bases de la qualité sont compris. On retrouve comme mots clés prédominants : améliorer/amélioration, sécurité, prise en charge des patients, qualité de travail, protocole/procédure.

De plus, il est important de s'interroger sur comment les professionnels du bloc opératoire qualifient la démarche qualité et comment ils la caractérisent.

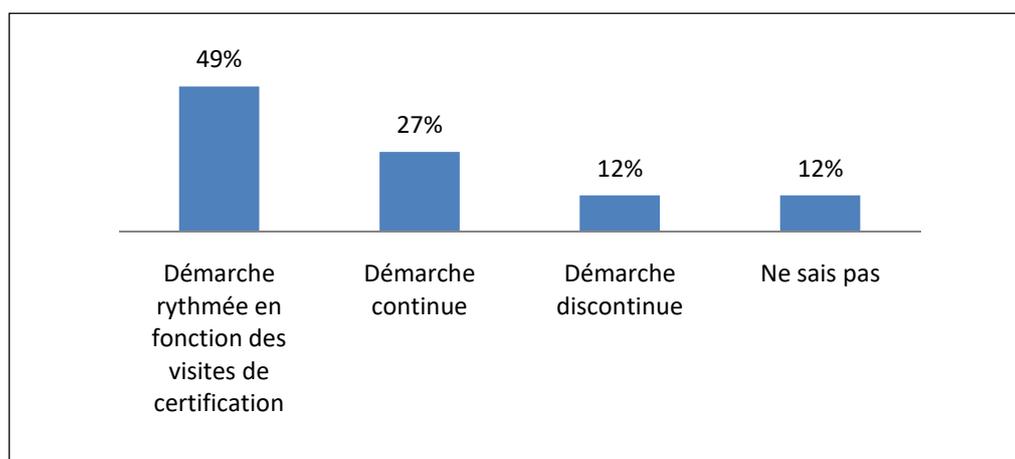


Figure 7: Graphique de la qualification de la démarche qualité par les répondants

49% des répondants perçoivent la démarche qualité comme étant rythmée en fonction des visites de certification contre 27% qui perçoivent la démarche comme étant continue. De façon plus précise [Annexe 5 : Graphique de la qualification de la démarche qualité suivant la catégorie socio-professionnelle] Les AS, les IADE, les IDE de bloc opératoire et la responsable qualité perçoivent la démarche comme rythmée en fonction des visites de certification. La majorité des médecins et les ASH estiment la démarche qualité comme continue.

Cela montre que les professionnels comme expliqué précédemment ont connaissance de la démarche qualité car ils arrivent à l'identifier. Cependant, les professionnels ne sont sollicités que ponctuellement et le plus souvent pour la préparation de la certification. Ceci est renforcé par les 12% de répondant estimant que la démarche est discontinuée.

Par ailleurs, 76% des professionnels perçoivent la démarche qualité comme un levier de performance et 24% pensent que c'est une démarche sans effet. Ainsi, l'ensemble des professionnels toutes catégories socioprofessionnelles confondues [Annexe 6 : Graphique de la perception de la démarche qualité en fonction de la catégorie-sociaux

professionnelle], a une image positive de la démarche qualité et y voient une certaine utilité.

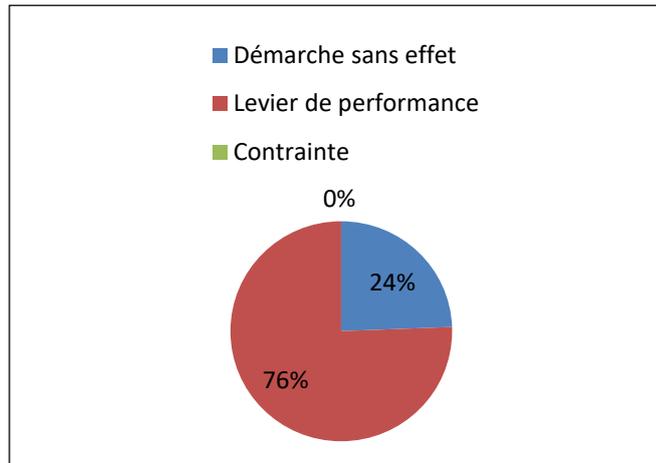


Figure 8: Graphique de la perception de la démarche qualité par les répondants

De plus, il semble intéressant de savoir si les professionnels répondant ont été sensibilisé à la démarche qualité et de quelle manière. Ainsi, 80% des personnes enquêtées estiment qu'elles ont été sensibilisées à la démarche qualité dans l'établissement. Les 20% restant expriment qu'ils n'ont pas été sensibilisés mais qu'ils le souhaiteraient. On retrouve cette dynamique pour chaque catégorie socio-professionnelle [Annexe 7 : Graphique de la sensibilisation à la démarche qualité suivant la catégorie socio-professionnelle].

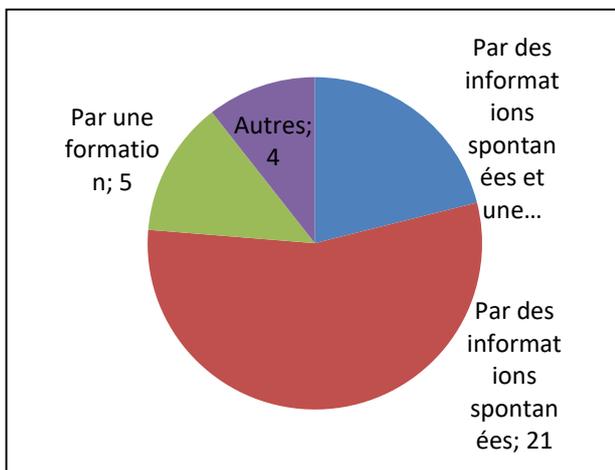


Figure 10: Graphique de la nature de la sensibilisation

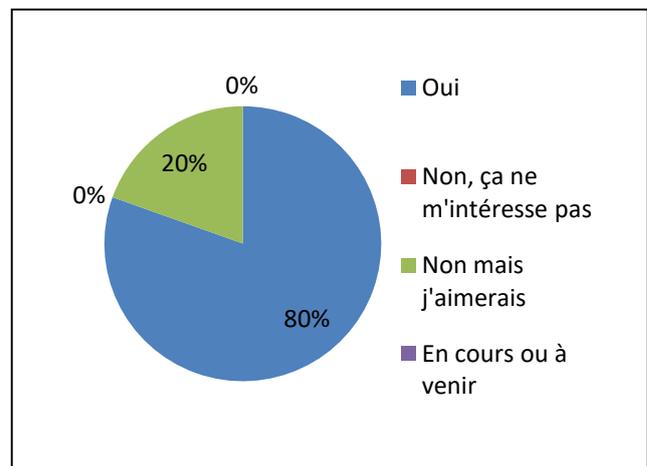


Figure 9: Graphique du nombre de professionnels sensibilisés

Parmi les professionnels ayant précisés par quel biais ils ont été sensibilisé, 21 personnes disent l'avoir été par des informations spontanées, 5 par une formation et 4 par ces deux biais. Cette enquête montre que les IDE de bloc opératoire représentent la catégorie la plus formée. [Annexe 8 : Graphique de la nature de la sensibilisation suivant la catégorie socio-professionnelle]

De plus, les formations dispensées sont pour 54% des formations courtes de quelques heures répondants [Annexe 9 : Graphique de la durée des formations reçues].

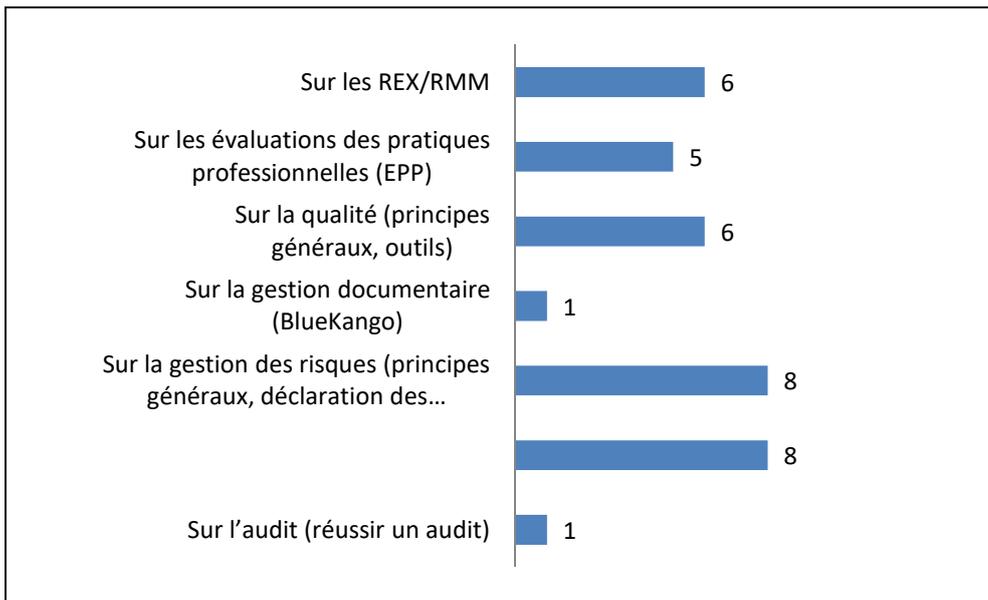


Figure 10 : Graphique de la nature des formations

Les répondants ont reçu des formations de toutes natures mais avec une prédominance pour les formations sur la gestion des risques et sur la certification. Les formations sur les REX et les RMM sont destinées en partie aux médecins, chirurgiens et MAR [Annexe 10 : Graphique de la nature des formations reçues].

Par ailleurs, les moyens utilisés pour communiqués sont de toutes sortes mais avec une prédominance pour les réunions / instances ainsi que les discussions informelles.

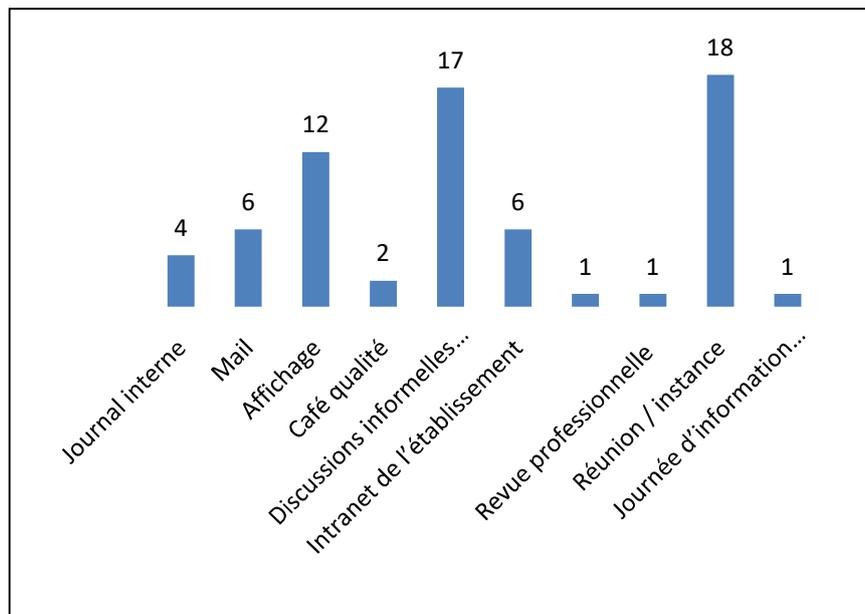


Figure 11: Graphique des moyens d'information

Par ailleurs, les répondants ont estimé pour 34% d'entre eux que de l'information est dispensée une fois par mois. Ce sont essentiellement les médecins, chirurgien et MAR qui ont répondu cela. [Annexe 11 : Graphique de la fréquence de l'information reçue suivant la catégorie socio-professionnelle].

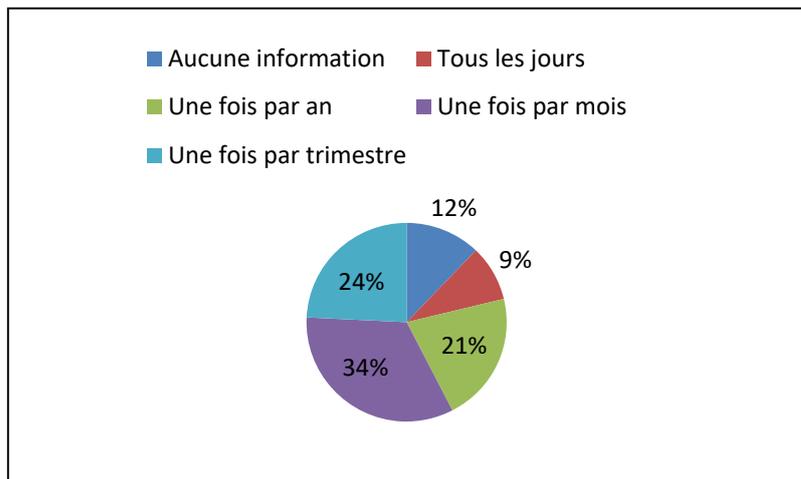


Figure12: Graphique de la fréquence de l'information

En effet les IADE estiment ne pas avoir d'information, les IDE bloc estiment avoir des informations au mieux une fois par trimestre. Quant aux AS, elles pensent n'avoir des informations qu'une fois par an.

Conclusion :

De manière générale, les répondants maîtrisent et connaissent les bases de la démarche qualité. Comme expliqué précédemment, la compréhension de l'enjeu de la démarche est essentielle pour s'impliquer, ainsi ces résultats favorisent cette dynamique. Ceci est renforcé par le fait que 76% des professionnels déclarent que cette démarche est un levier de performances voyant en elle un intérêt. La majorité des répondants estime être sensibilisée à cette démarche. Le reste des répondants ne le sont pas mais aimeraient l'être. Ceci renforce l'intérêt porté à la démarche. Les professionnels pour 49% d'entre eux voient cette démarche comme rythmée en fonction de la procédure de certification. Ainsi, ils ne sont sollicités que ponctuellement.

De plus, les répondants sont, en grande partie, sensibilisés par des informations spontanées. Il est à savoir que, dans l'établissement, peu de formations sont dispensées sur la démarche qualité. La durée des formations est généralement de courtes durée, peut-être trop courte pour acquérir des savoir-faire concrets.

Les informations sont dispensées dans la majorité des cas de façon non officielle et pendant des réunions ou des instances. Il est à savoir que peu de professionnels du paramédical assistent à des instances. De plus, au sein de l'établissement, il est organisé des cafés qualité permettant pendant un quart d'heure d'échanger sur un sujet préalablement choisi avec la qualitiennne. C'est un moyen de sensibiliser les professionnels de toutes les catégories socioprofessionnelles sur la démarche qualité et les outils employés. Il a été également souligné que les informations ne sont que trop

rarement dispensées. Les médecins, les chirurgiens et les MAR sont davantage informés puisque la plupart d'entre eux participent aux instances.

❖ L'implication des professionnels dans la démarche qualité au bloc opératoire

Il est important, tout d'abord, de s'intéresser à la participation effective des professionnels évoluant au bloc opératoire. Ainsi, 59% des répondants sont actifs dans la démarche qualité au bloc opératoire. [Annexe 12 : Graphique de participation effective des professionnels dans la démarche qualité].

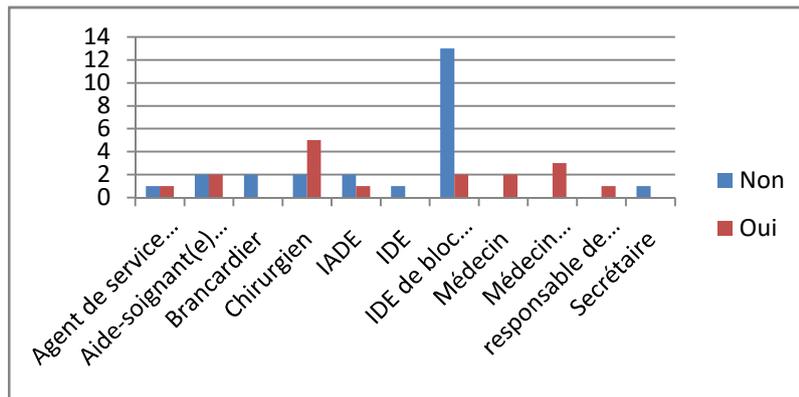


Figure 13: Graphique de la participation dans la démarche qualité au bloc opératoire en fonction de la catégorie socio-professionnelle

Les médecins, les MAR, les chirurgiens estiment qu'ils participent à la démarche qualité. Les IDE, les IADE, les brancardiers et la secrétaire déclarent ne pas participer à la démarche.

D'autre part, les répondants actifs dans la démarche qualité participent notamment à la gestion documentaire, aux retours d'expériences ainsi qu'à la gestion des risques.

Il faut savoir que ce sont les chirurgiens, les MAR et les médecins qui participent le plus aux retours d'expériences et aux instances [Annexe 13 : Graphique de la nature de la participation effective dans la démarche qualité des professionnels suivant leur catégorie socio-professionnelle].

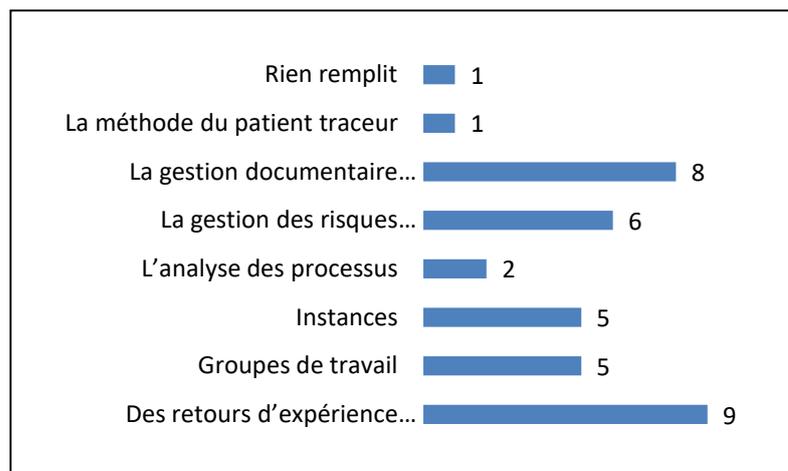


Figure 14: Graphique de la nature de la participation

De plus, il convient de porter un intérêt aux bénéfices qu'accordent les répondants à la démarche qualité. Ainsi, pour la majorité de professionnels, la démarche qualité permet de réduire les erreurs et les risques, d'améliorer la prise en charge des patients. Ils estiment également que la démarche permet la sécurité des patients ainsi que l'amélioration de la performance du bloc opératoire.

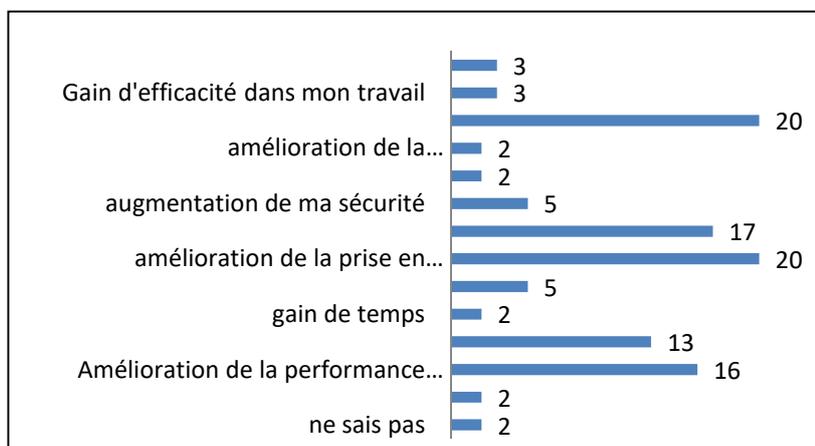


Figure 15: Graphique des bénéfices de la démarche qualité au bloc opératoire

Pour connaître les résultats par catégorie socio-professionnelle voir l'annexe 14. Ainsi, globalement les bénéfices de la démarche qualité renvoient à la prise en charge de qualité en toute sécurité ainsi qu'à l'amélioration de l'organisation et de la performance du bloc opératoire.

D'autre part, il est indispensable de porter un intérêt au niveau d'implication des professionnels de santé exerçant au bloc opératoire. De manière générale, les professionnels sont faiblement impliqués voire pas impliqués du tout.

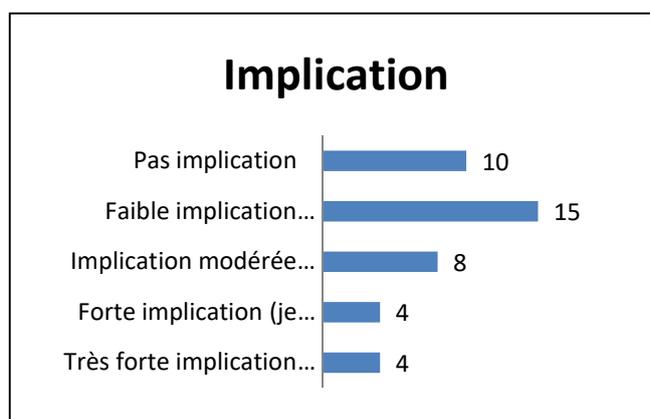


Figure 16: Graphique du niveau d'implication des professionnels

Plus précisément, [Annexe 15 : Graphique de l'implication des professionnels dans la démarche qualité suivant leur catégorie socio-professionnelle] les AS, les brancardiers, la secrétaire et les IADE, ne sont pas impliqués. Les ASH, les IDE de bloc s'impliquent faiblement. Cela est en adéquation avec le fait qu'ils ne participent à la démarche. Les chirurgiens et les MAR s'impliquent modérément. Les médecins et la responsable du bloc s'impliquent fortement.

Par ailleurs, il convient de connaître l'envie de sollicitation des professionnels dans la démarche qualité. Ainsi, 60% des répondants souhaitent être davantage sollicités et 35% estiment que la situation actuelle leur convient.

De façon plus précise, [Annexe 16 : Graphique de la sollicitation des professionnels dans la démarche qualité suivant leur catégorie socio-professionnelle] ce sont les ASH, les AS, les IADE et les IDE de bloc opératoire qui souhaitent être davantage sollicités dans la démarche. A contrario, les chirurgiens, les médecins, les MAR et la responsable du bloc opératoire estiment que la situation actuelle leur convient.

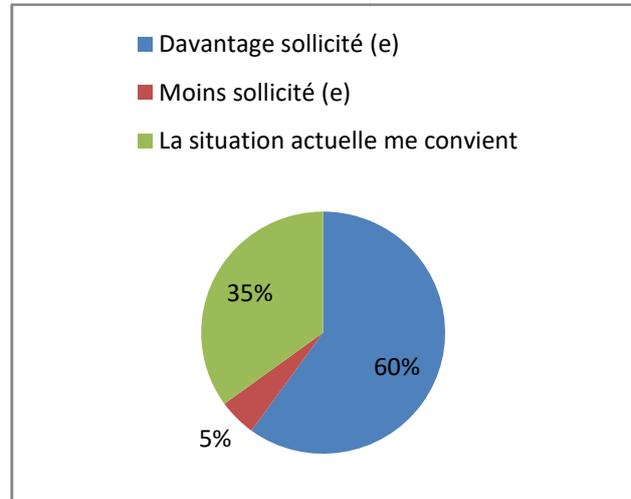


Figure 17: Graphique de la sollicitation des professionnels dans ma démarche qualité

Etant au cœur du sujet, il est indispensable de s'intéresser aux freins pouvant limiter voire supprimer l'implication des professionnels travaillant au bloc opératoire de la polyclinique du parc.

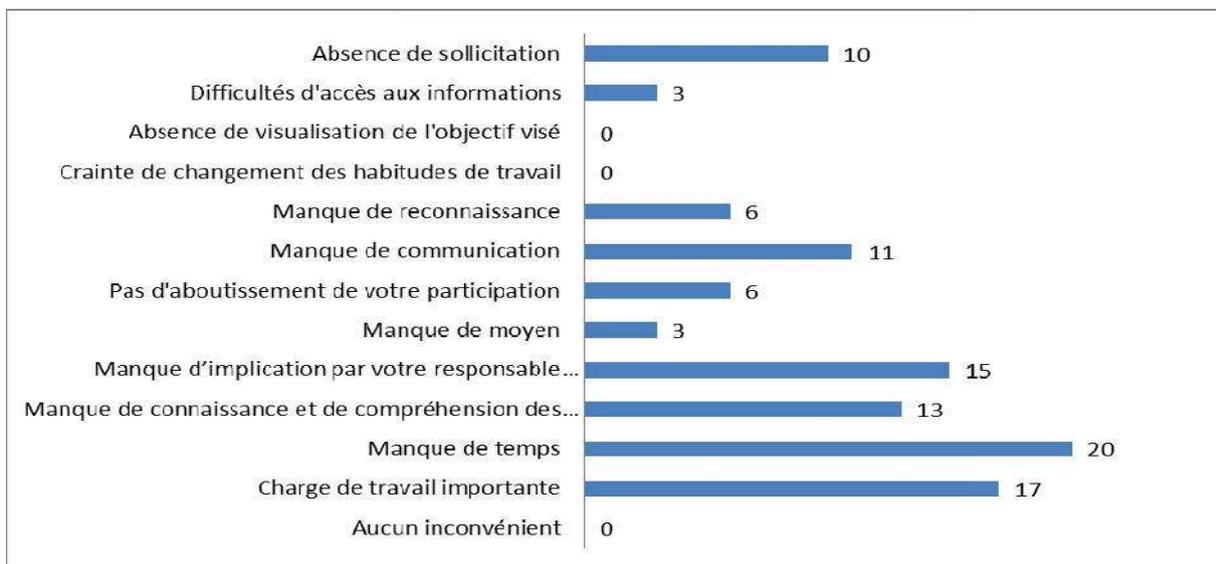


Figure 18: Graphique des freins à l'implication des professionnels de santé dans la démarche qualité au bloc opératoire

Comme explicité précédemment, le frein principal est le manque de temps à accorder à la démarche suivi de près par la charge de travail importante que représente la démarche qualité. Il est déclaré ensuite, que le manque d'implication du responsable hiérarchique

ainsi que le manque de connaissance et de compréhension des méthodes utilisées ne favorisaient par l'implication des professionnels.

Plus précisément [Annexe 17 : Graphiques des freins à l'implication par catégorie socio-professionnelle], pour les chirurgiens leur implication dans la démarche qualité est rendue difficile car cette dernière représente une trop grande charge de travail et que le temps leur manque. Pour les médecins et les MAR, la démarche qualité représente une charge de travail trop importante et cela influe négativement sur leur implication.

Pour les IADE, l'absence de sollicitation et le manque d'implication dans la démarche de leur responsable hiérarchique est un frein à leur implication. De plus, pour les IDE, le manque de communication, d'implication de leur responsable hiérarchique dans la démarche qualité sont les facteurs principaux ne facilitant pas leur implication. Le manque de connaissances et de compréhension des méthodes qualité ainsi que le manque de temps participe également à cette dynamique.

Les freins à l'implication des AS sont le manque d'implication de leur responsable hiérarchique ainsi que le manque de communication. Pour les ASH, le manque de connaissances et de compréhension des méthodes qualité ne favorise par leur implication dans la démarche. Les deux brancardiers de bloc opératoire sont d'accord sur le fait que le manque d'implication de la responsable hiérarchique, le manque de temps et la charge de travail que cela représente sont des freins à l'implication. Pour finir, la responsable du bloc opératoire déclare manquer de temps et que la démarche est une charge de travail supplémentaire qui l'empêche de s'impliquer davantage.

D'autre part, il est donc essentiel de s'intéresser tout particulièrement aux facteurs pouvant augmenter l'implication des professionnels du bloc opératoire.

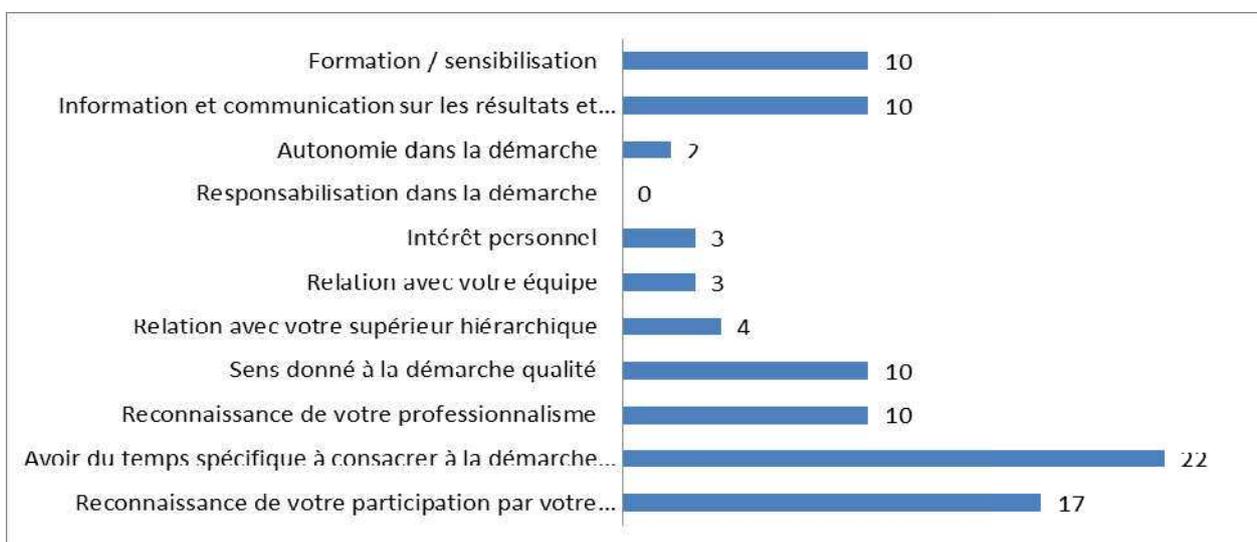


Figure 19: Graphique des facteurs augmentant l'implication des professionnels de santé dans la démarche qualité au bloc opératoire

Ainsi, le facteur principal favorisant l'implication des professionnels de ce bloc opératoire dans la démarche qualité est pour les répondants le fait de pouvoir avoir du temps spécifique à la démarche suivi par le besoins de reconnaissance par leur responsable hiérarchique dans la démarche. Des actions de formation et de communication ainsi que la compréhension du sens de la démarche sont des leviers d'augmentation de l'implication. La reconnaissance de leur professionnalisme participe également à cette dynamique.

De façon plus précise [Annexe 18 : Graphiques des facteurs augmentant l'implication par catégorie socio-professionnelle], pour les chirurgiens avoir du temps spécifique à la démarche favoriserait leur implication. Le sens donné à la démarche ainsi que le besoins d'information, de communication contribueraient également à cette dynamique. Pour les MAR, les médecins ainsi que la responsable du bloc, avoir du temps spécifique à consacrer à la démarche faciliterait grandement leur implication.

Pour les IADE, avoir une reconnaissance de leur participation à la démarche par leur responsable hiérarchique serait le levier favorisant leur implication.

Les IDE du bloc opératoire, pour cela, ont également besoin de reconnaissance de la part de leur responsable hiérarchique dans la démarche. Pour, les ASH, une meilleure relation d'équipe faciliterait leur implication. Pour les AS, la reconnaissance de leur professionnalisme et de leur participation dans la démarche ainsi que la dispensation de formation serait fondamentale à leur implication. Les brancardiers ont besoins que l'on reconnaisse leur professionnalisme.

Conclusion :

Globalement, les professionnels du paramédical ne participent pas à la démarche. Les médecins, les MAR, les chirurgiens et la responsable du bloc opératoire sont actifs dans la démarche qualité. Ils déclarent s'impliquer dans la gestion documentaire, la gestion des risques, les retours d'expériences et dans les instances.

Pour les professionnels du bloc opératoire, la démarche qualité permet la dispensation d'une prise en charge de qualité et en toute sécurité. C'est également le moyen d'assurer une bonne organisation et la performance du bloc opératoire.

Les répondants sont généralement faiblement voir par impliqués du tout. Les MAR, les médecins, les chirurgiens et la responsable du bloc opératoire sont les catégories socio-professionnelles qui s'impliquent le plus en raison de leur fonction et de leur participation aux instances et aux retours d'expériences. Les professionnels du paramédical s'impliquent pas dans la démarche. Ceci est en toute logique avec leur participation effective quasi inexistante.

Par ailleurs, en toute logique, les professionnels du paramédical souhaitent être davantage sollicités dans la démarche. Ceci est un excellent point de départ à leur implication. A contrario, les médecins, les MAR, les chirurgiens et la responsable du bloc opératoire actifs et impliqués dans la démarche ne veulent pas être davantage sollicités, la situation actuelle leur convient.

Le principal frein à l'implication est pour les répondants, et comme explicité précédemment, le manque de temps à accorder à la démarche. Dans cette logique, la démarche qualité est une charge de travail trop importante ce qui freine la démarche. Pour les AS, les IDE de bloc, les brancardiers ainsi que les IADE le manque d'implication de leur responsable hiérarchique dans la démarche qualité ainsi que le manque de reconnaissance de celle-ci est un frein à leur implication. Le manque de communication ainsi que le manque de connaissance et de compréhension des méthodes utilisées défavorisent l'implication.

D'autre part, pour les professionnels du bloc opératoire, le principal facteur permettant l'augmentation de leur implication serait d'avoir du temps spécifique à accorder à la démarche. De manière générale, ils souhaitent avoir plus de formations, d'informations et de communication sur la démarche ce qui favoriserait leur implication. Les répondants issus de professions paramédicales ont besoin de reconnaissance de leur participation pour pouvoir s'impliquer davantage. Les ASH désirent eux une meilleure relation d'équipe pour augmenter leur implication dans la démarche qualité.

3.4.4 Conseils pour augmenter l'implication des professionnels dans la démarche qualité du bloc opératoire

La démarche qualité est une démarche collective. Ainsi, la plupart des outils et méthodes proposés sont à destination de tous et réalisables que collectivement.

Tout d'abord, il est préférable d'intégrer dans l'organisation interne des formations à destination de tous les professionnels, notamment les AS, les ASH, les IDE de bloc opératoire, les IADE, la secrétaire et les brancardiers, sur la démarche qualité et les méthodes employées. Par exemple, il pourrait être dispensé des formations sur la maîtrise de la gestion documentaire ou sur la gestion des événements indésirables qui permettant de plus d'accroître le nombre de déclaration annuelle qui est faible à la Polyclinique du Parc. Cela permettrait aux professionnels de développer de nouvelles compétences et comprendre l'intérêt et les enjeux de la démarche.

Une formation seule ne suffit pas, une bonne stratégie de communication s'avère essentielle pour la réussite de cette démarche. C'est un des facteurs le plus important

pour augmenter l'implication des acteurs de terrain. Il ne faut pas seulement communiquer sur les actions et les décisions prises mais sur les résultats, les avancées des projets en cours, sur l'élaboration des stratégies et des objectifs mais aussi sur l'aboutissement des déclarations d'événement indésirable. A travers l'enquête, nombreux sont ceux qui réclament une communication régulière, un flux d'information continue. Cela permet non seulement une meilleure compréhension de la démarche mais aussi de permettre aux professionnels du bloc opératoire de se sentir intégrer dans celle-ci. A cet effet, l'établissement pourrait réaliser des cafés qualité sur des thèmes concernant la démarche qualité et ceux de manière régulière.

La communication, donne, par ailleurs, une opportunité à la direction et à la responsable hiérarchique de promouvoir la démarche et de montrer leur propre engagement.

Les professionnels du paramédical ressentent un manque d'implication de la responsable du bloc opératoire dans la démarche qualité et le manque de reconnaissance de la part de celle-ci. Ainsi, pour améliorer cela, elle pourrait faire plus d'action de communication auprès du personnel paramédical pour montrer son engagement et son soutien. Il lui est conseillé d'exprimer davantage sa satisfaction, la reconnaissance des efforts, de la participation ou encore des résultats atteints de façon individuelle ou collective. La communication passe également par l'écoute. Elle devrait être davantage disponible et prendre le temps pour l'échange. Ayant deux adjoints pour la soutenir, elle pourrait leur déléguer plus de tâches afin d'accorder plus de temps à son équipe.

Afin d'assurer une certaine reconnaissance, il pourrait être accordé aux professionnels du paramédical déclarant vouloir être davantage sollicités, plus de responsabilité, d'autonomie en leur confiant certaines tâches en lien avec la démarche qualité comme la rédaction de procédure. Dans cet esprit d'échange et de reconnaissance, il est important de prendre en considération les idées de chacun. L'ANAES tout comme la norme ISO 9001 souligne l'importance d'un bon leadership dans la réussite d'une démarche de management de la qualité.

Le PACTE, pourrait être la vraie solution aux besoins de tous. Ce programme est un bon moyen pour améliorer l'efficacité du travail d'équipe et le développement d'un esprit d'équipe comme les ASH le souhaitent. C'est également un moyen d'enrichir leurs compétences en termes de qualité. Cette approche permet également une certaine reconnaissance individuelle et collective. Cela génère un sentiment d'appartenance facilitant leur implication dans la démarche qualité. Cela pourrait aider la responsable du bloc opératoire à assumer et affirmer sa fonction de responsable, à assurer un meilleur

leadership pour une gestion efficace de l'équipe ainsi qu'une meilleure communication pour exprimer sa satisfaction et sa reconnaissance. C'est un programme de longue durée qui a fait ses preuves lors de la période d'expérimentation menée par la HAS en 2014.

De façon prévisible et comme explicité précédemment, le manque de temps à accorder à la démarche est le frein principal à l'implication de l'ensemble des professionnels. Ceci est en adéquation avec le fait que cette démarche représente pour les répondants une charge de travail supplémentaire difficilement assurable. Un professionnel connaissant bien la démarche qualité et développant un certain intérêt à celle-ci grâce notamment aux actions de formations ou de communication est amené plus facilement à se dégager du temps pour la démarche voire à en demander à sa responsable. Ceci permettrait de dégager du temps spécifiquement pour la démarche qui est comme vu précédemment le levier principal d'augmentation de l'implication de l'ensemble des professionnels de santé.

Il est difficile, dans le secteur de la santé, de dégager spécifiquement du temps pour la démarche quand la plus part des professionnels sont surchargés et n'arrivent même pas à avoir du temps pour les patients et les soigner. Les nouvelles technologies sont en constantes évolutions faisant apparaître de nouveaux outils de communication et de formation comme le e-learning. C'est un apprentissage en ligne ludique et pédagogique permettant de se former à son rythme. Cet outil permet la formation d'un nombre illimité de professionnels et ceux en toute autonomie. Cela permet aux formés de prendre le temps d'acquérir de nouvelles compétences et savoirs plus efficacement en suivant sa progression. Elle permet aux apprenants de se former dans de bonnes conditions et en fonction de leur disponibilité. Cette méthode de formation est un gagne temps pour tout le monde. Bien entendu, un formateur reste disponible pour tout besoin, suit la progression des apprenants et valide leurs compétences à distance.

CONCLUSION

L'importance de l'implication de l'ensemble des professionnels dans la démarche qualité n'est plus à prouver. Ainsi, le concept d'implication est une large notion étudiée par de nombreux auteurs dont Thévenet. Il faut retenir de ses travaux, que l'implication d'un professionnel dans son travail ou dans un projet comme peut l'être une démarche qualité est un cheminement personnel. Elle est dépendante de sa personnalité et de ses expériences professionnelles. De plus, la direction et les managers ne peuvent que la favoriser en réunissant les conditions nécessaires.

De plus, le bloc opératoire est au cœur d'un établissement de santé. C'est un secteur à risque qui représente un enjeu économique et organisationnel pour les dirigeants. La mise en œuvre et la réussite d'une démarche qualité est donc essentielle au bon fonctionnement du bloc opératoire.

La démarche qualité est rythmée par la procédure de certification qui ne cesse d'évoluer et d'être de plus en plus exigeante. Le management de la prise en charge des patients au bloc opératoire est une pratique exigible prioritaire. Cette thématique est obligatoirement investiguée. C'est une démarche institutionnelle, collective et transversale qui suggère la nécessité de l'implication de l'ensemble des professionnels.

Face à cette démarche, des freins à l'implication des professionnels et donc à la réussite de la démarche qualité peuvent apparaître. Ceux-ci sont notamment dû au caractère abstrait et procédural de la démarche empêchant la compréhension de ses objectifs et de ses enjeux par les professionnels. En effet, généralement, cette démarche qualité est perçue comme une charge de travail supplémentaire. Elle nécessite du temps qu'ils ne peuvent pas lui accorder. Cette démarche devrait être intégrée dans leur pratique quotidienne.

De plus, différents leviers sont envisageables pour favoriser l'implication des professionnels de santé dans la démarche qualité comme le management participatif, le sens donnée, la conduite du changement, la procédure de certification, le système de reconnaissance ou encore l'engagement de la direction et des managers. Chacun de ces leviers sont à adapter en fonction du contexte.

L'analyse de l'enquête diffusée au sein du bloc opératoire de la Polyclinique du Parc a permis de confronter la théorie à la pratique. Elle a montré les freins et les leviers de l'implication des professionnels de santé exerçant au bloc opératoire en fonction de leur catégorie socio-professionnelle. Comme attendu, le manque de temps à accorder à la

démarche est le frein principal de l'ensemble des professionnels. Le manque de compréhension de la démarche, d'information et de formation impact également l'implication des acteurs de terrain. Ceci montre une faible culture qualité et sécurité dans l'établissement. Les IDE de bloc opératoire, les IADE, les AS, les ASH, les brancardiers et la secrétaire ont besoin pour s'impliquer de l'implication de leur responsable hiérarchique dans la démarche qualité et de sa reconnaissance. Les professionnels du paramédical sont très peu sollicités mais ils souhaiteraient être davantage impliqués. Ainsi, cette dynamique dépend en partie la direction et des managers.

A travers cette enquête, plusieurs leviers pour favoriser l'implication ont été identifiés. Globalement, il a été mentionné le besoin d'avoir du temps spécifique à accorder à la démarche qualité. Dans la réalité, cela est compliqué à mettre en place. Cependant, des professionnels adhérant à la culture qualité sont plus enclins à se dégager du temps pour la démarche. Afin de développer ou renforcer la culture qualité et sécurité, il est important d'établir un plan de communication et de dispenser des formations pour une meilleure compréhension de la démarche et des méthodes utilisées. Des outils comme le e-Learning peuvent être déployés permettant aux professionnels de se former à distance et selon leur disponibilité.

De plus, pour s'impliquer dans cette démarche, les professionnels du paramédical doivent ressentir une implication du responsable du bloc opératoire dans la démarche ainsi que de la reconnaissance de la part de celui-ci. Le responsable doit faire preuve de leadership qui est un facteur de réussite de la démarche qualité selon les normes ISO 9001 et la HAS. Il doit exprimer sa reconnaissance et son implication. Cela passe généralement par des temps d'information et d'échange individuel et/ou collectif.

Par ailleurs, le PACTE semble une solution adéquate pour améliorer le travail d'équipe, permettre au responsable d'assurer son leadership ainsi que de communiquer sur la démarche. C'est un bon outil permettant la valorisation et la reconnaissance individuelle et collective des professionnels.

En somme, la démarche qualité étant une démarche collective, l'ensemble des outils mentionnés se réalisent généralement collectivement. De plus, toutes ces idées d'amélioration reposent sur l'échange, le partage et la communication. Cette dernière doit être mobilisante et motivante. La communication est un facteur de réussite d'une démarche qualité selon l'ANAES en 2002.

BIBLIOGRAPHIE

Agence Nationale d'accréditation et d'Evaluation en Santé. (2002). Principes de mise en œuvre d'une démarche qualité en établissement de santé. [PDF] Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_436583/fr/principes-de-mise-en-oeuvre-d-une-demarche-qualite-en-etablissement-de-sante [Accès le 22 juillet 2019].

Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP), (2016). Bloc opératoire - S'inscrire dans une démarche d'amélioration continue de la qualité au bloc. [En ligne] Disponible sur : <http://bloc-operatoire.anap.fr/publication/1403-s-inscrire-dans-une-demarche-d-amelioration-continue-de-la-qualite-au-bloc> [Accès le 8 aout 2019].

Agence Nationale des Services à la Personne. (2012). Guide pratique : la démarche qualité dans les services à la personne. [PDF] Disponible sur : https://www.entreprises.gouv.fr › files › qualite › guide_demarche_qualite [Accès le 14 aout 2019].

Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (Anact). (2015). Qui sommes-nous ?. [En ligne] Disponible sur : <https://www.anact.fr/lanact/qui-sommes-nous> [Accès le 29 Jun. 2019].

Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (ANACT). (2017). 10 questions sur la reconnaissance au travail. [PDF] Disponible sur : <https://www.anact.fr/file/7363/download%253Ftoken%253DCJHBCBAm> [Accès le 17 aout. 2019]

Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail. (2014). 40 ans d'évolution des conditions de travail en images. [En ligne] Disponible sur : <https://www.anact.fr/40-ans-devolution-des-conditions-de-travail-en-images> [Accès le 5 juillet 2019].

Architecture hospitalière. (2013). L'évolution des technologies dans les blocs opératoires. [En ligne] Disponible sur : <https://www.architecture-hospitaliere.fr/blog/2013/05/16/levolution-des-technologies-dans-les-blocs-operatoires/> [Accès le 30 juillet 2019].

Berton.Y. (2019). Fonction d'encadrement : Style de management, ILIS Université de Lille [Présentation de cours] [Accès le 17 aout 2019]

Blanc, J. (1994). Les Engel: une famille d'industriels et de philanthropes. [Livre en ligne] Disponible sur : <https://books.google.fr/books?id=uYkKu9GBMQoC&lpg=PA55&ots=zfAsV0fymQ&dq=le%20patron%20doit%20plus%20%C3%A0%20l'ouvrier%20que%20son%20salaire%20%5B%E2%80%A6%5D%20Il%20est%20de%20son%20devoir%20de%20s'occuper%20de%20la%20condition%20morale%20et%20physique%20de%20ses%20ouvriers%20%20Engel&hl=fr&pg=PA55#v=onepage&q=le%20patron%20doit%20plus%20%C3%A0%20l'ouvrier%20que%20son%20salaire%20%5B%E2%80%A6%5D%20Il%20est%20de%20son%20devoir%20de%20s'occuper%20de%20la%20condition%20morale%20et%20physique%20de%20ses%20ouvriers%20%20Engel&f=false> [Accès le 17 juin 2019].

Bonnin, M. (2015). La qualité, ISSBA Université d'Angers. [Présentation de cours] [Accès le 2 aout 2019]

Boudin, D. (2001). Les facteurs clés du succès d'une démarche qualité. Accréditation et qualité des soins hospitaliers, [PDF] (35). Disponible sur : <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/Adsp?clef=67> [Accès le 4 aout 2019].

Centre National de la Recherche Scientifique. (2014). Enquête sur les démarches qualité. (2014). [PDF] Disponible sur : <http://qualite-en-recherche.cnrs.fr/spip.php?rubrique59> [Accès le 18 aout 2019].

Circulaire DH/FH/ n° 2000-264 du 19 mai 2000 relative à la mise en place des conseils de bloc opératoire dans les établissements publics de santé 2000). [en ligne] Disponible : <https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2000/00-23/a0231614.htm> [Accès le 12 aout 2019].

Cloarec, P. (2008). Protocoles, référentiels de soins, démarche qualité : autonomie collective et dépendance personnelle. Recherche en soins infirmiers, 93(2), p.28. [Revue en ligne] Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2008-2-page-28.htm> [Accès le 1 aout 2019].

Conservatoire des arts et des Métiers, Maurice Thévenet : le plaisir de travailler, favoriser l'implication des personnes [En ligne] cnam.fr. Disponible sur http://www.cnam.fr/servlet/com.univ.collaboratif.utils.LectureFichiergw?ID_FICHER=1295877018222.html [Accès le 6 juillet 2019].

Conservatoire National des Arts et des Métiers, Maurice Thévenet : impliquer les personnes dans l'organisation (1992), [En ligne] Lirsa.cnam.fr. Disponible sur : http://lirsa.cnam.fr/medias/fichier/thevenet_bishtml__1263569595565.html [Accès le 28 juin 2019].

Corvoisier.C. (2018). Mise en place d'une Démarche Qualité et de Gestion des Risques, ILIS Université de Lille [Présentation de cours] [Accès le 28 juillet 2019]

Direction Générale de l'offre de soins (2017), La qualité de vie en milieu de soins. [PDF] Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos_qvt_flyer_ssa_2017_a4_qualite_de_vie_2.pdf [Accès le 3 Juillet 2019].

Gandjbakhch, I. (2009). Bloc opératoire : de la salle d'opération à la plate-forme interventionnelle. [En ligne] Académie Nationale de Médecine. Disponible sur : <http://www.academie-medecine.fr/09-11-bloc-operatoire-de-la-salle-doperation-a-la-plate-forme-interventionnelle/> [Accès le : 13 aout. 2019].

Gollac, M et Volkoff, S (2007). Les conditions de travail [Livre en ligne] Disponible sur : URL : <https://www.cairn.info/les-conditions-de-travail--9782707143914.htm> [Accès le : 7 juillet 20019].

Haegel, A. (2016). Toute la fonction Ressources Humaines. [Livre en ligne] Disponible sur : https://books.google.fr/books?id=Lat2CwAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=Annick+Haegel,+Toute+la+fonction+Ressources+Humaines,+2016&hl=fr&sa=X&ved=0ahUKEwj04s_2qjqkAhVLOhOKHXhbD0QQ6AEIKTAA#v=onepage&q=Annick%20Haegel%2C%20Toute%20la%20fonction%20Ressources%20Humaines%2C%202016&f=false [Accès le 21 juin 2019].

Hauret, C. (2006). « L'implication organisationnelle et la satisfaction au travail sont-ils des concepts pertinents pour les experts-comptables stagiaires ? », Comptabilité - Contrôle - Audit. [Livre en ligne] Disponible sur: URL : <https://www.cairn.info/revue-comptabilite-controle-audit-2006-1-page-125.htm> [Accès le : 16 juillet 20019].

Haute Autorité de Santé (2013), Repères et principes d'une démarche qualité de vie au travail dans les établissements de santé. [PDF] Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-02/demarche_qvt_note_es.pdf [Accès le 9 juillet 2019].

Haute Autorité de Santé (2014), Certification des établissements de santé Guide thématique des experts-visiteurs Management de la prise en charge des patients au bloc opératoire et en chirurgie ambulatoire. [PDF] Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-05/dir19/bloc_operatoire_-_guide_ev_v2014_.pdf [Accès le 10 aout 2019].

Haute Autorité de Santé (2015), 10 questions sur la qualité de vie au travail. [PDF] Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-09/has_anact-10questionsqvt.pdf [Accès le 4 juillet 2019].

Haute Autorité de Santé (2015), Ce qu'il faut savoir sur l'évaluation de la démarche qualité et gestion des risques au bloc opératoire. [PDF] Disponible sur https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-04/document_dinformation_bloc_certification_2015-04-07_14-43-14_24.pdf[Accès le 5 aout 2019].

Haute Autorité de Santé (2016), Revue de littérature qualité de vie au travail et qualité des soins. [PDF] Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-02/revue_de_litterature_qualite_de_vie_au_travail.pdf [Accès le : 19 Jun. 2019].

Haute Autorité de Santé (2016). Programmes de récupération améliorée après chirurgie (RAAC) : état des lieux et perspectives. [PDF] Disponible sur: <https://www.has-sante.fr › jcms › rapport-d-orientation-raac> [Accès le 29 aout 2019].

Haute Autorité de Santé (2018). PACTE les essentiels. [PDF] Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-06/05_2018_pacte_les_essentiels_vd.pdf [Accès le 17 aout 2019].

Haute Autorité de Santé. (2014). Manuel de certification des établissements de santé V2010. [PDF] Disponible sur : https://www.has-sante.fr › application › pdf › manuel_v2010_janvier2014 [Accès le 30 juillet 2019].

Haute Autorité de Santé. (2015). Prise en charge au bloc opératoire. [En ligne] Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2019468/en/prise-en-charge-au-bloc-operatoire [Accès le 8 aout. 2019].

Haute Autorité de Santé. (2017). Historique de la certification. [En ligne] Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_978601/fr/historique-de-la-certification [Accès le 4 aout 2019].

Haute Autorité de Santé. (2018). Rapport de Certification Polyclinique du Parc. [PDF] Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_262260/fr/polyclinique-du-parc-la-chauvellerie [Accès le 23 aout 2019].

Haute Autorité de Santé. (2019). Découvrir la V2020. [En ligne] Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2969340/fr/decouvrir-la-v2020 [Accès le 3 aout 2019].

Le Flanchec, A., Mullenbach-Servayre, A. and Rojot, J. (2015). Favoriser la satisfaction au travail : les apports de l'enquête REPONSE 2011. Management & Avenir, [En ligne] Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-management-et-avenir-2015-7-page-37.htm>[Accès le 17 Juin 2019].

Levet, P. (2013). Des risques psychosociaux à la Qualité de Vie au Travail. Négociations, [En ligne]. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-negociations-2013-1-page-97.htm> [Accès le 13 Juin 2019].

Merdinger-Rumpler, C. and Nobre, T. (2011). Quelles étapes pour la conduite du changement à l'hôpital ? *Gestion 2000*, [En ligne] 28(3), p.51. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-gestion-2000-2011-3-page-51.htm> [Accès le 15 aout 2019].

Merlin, C. (2018). Mémoire : Quelles sont les leviers permettant d'impliquer les professionnels dans la démarche qualité ? Université de Lille, Ilis. [PDF.] Disponible sur : <https://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/907e640b-78b3-4937-857f-e9c18c8e93f4> [Accès le 18 juillet 2019].

Ministère de l'économie et des finances. Charte nationale qualité – service à la personne : Etapes pour une démarche qualité [PDF] [Accès le : 21 juillet].

Ministère des Solidarités et de la Santé (2017). Chirurgie ambulatoire. [PDF] Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/chirurgie-ambulatoire> [Accès le 1 aout 2019].

Ministère du Travail et de l'Emploi, de la Formation Professionnelle et du Dialogue Social (19 juin 2013), Accord National Interprofessionnel : Qualité de vie au travail. [PDF] Disponible sur : <https://www.anact.fr/node/10206> [Accès le 7 Juin 2019].

[En ligne] Disponible sur : <http://www.odoxa.fr/sondage/carnet-de-sante-francais-personnels-hospitaliers-2/> [Accès le 28 Mai 2019].

Organisation International de Normalisation. (2016). Principe de management de la qualité. [PDF] Disponible sur : [ISO.org](https://www.iso.org) [Accès le 10 aout 2019].

Plane, J. (2017). Théorie des organisations. [Livre en ligne] Disponible sur : <https://books.google.fr/books?id=zaMzDwAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=fr#v=onepage&q&f=false> [Accès le 26 juin 2019].

Véniard.A (2011), « Implication et employabilité : un engagement réciproque entre salarié et employeur à construire », *Management & Avenir*, 2011/9 (N° 49), p. 84-101. [Disponible sur] : <https://www.cairn.info/revue-management-et-avenir-2011-9-page-84.htm> [Accès le : 13 aout 2019].

Verbog.S. (2016). L'amélioration continue de la qualité, ISSBA Université d'Angers [Présentation de cours] [Accès le 4 aout 2019].

Vossart, R. (2000). Mémoire : La démarche qualité, un choix stratégique pour l'hôpital : Contribution de l'infirmier général à partir d'un exemple dans les blocs opératoires. Ecole Nationale de la Santé Publique [PDF] [Accès le 2 aout 2019].

LISTES DES ANNEXES

- Annexe 1 : Enquête sur la démarche qualité au bloc opératoire.....78
- Annexe 2 : Graphique de l'ancienneté dans la profession suivant la catégorie socio-professionnelle.....82
- Annexe 3 : Graphique de l'ancienneté dans le bloc opératoire de la polyclinique suivant la catégorie socio-professionnelle.....82
- Annexe 4 : Liste des définitions de la démarche qualité mentionnées par les professionnels.83
- Annexe 5 : Graphique de la qualification de la démarche qualité suivant la catégorie socio-professionnelle.....84
- Annexe 6 : Graphique de la perception de la démarche qualité suivant la catégorie socio-professionnelle.....84
- Annexe 7 : Graphique de la sensibilisation à la démarche qualité suivant la catégorie socio-professionnelle.....84
- Annexe 8 : Graphique de la nature de la sensibilisation suivant la catégorie socio-professionnelle.....85
- Annexe 9 : Graphique de la durée des formations reçues.....86
- Annexe 10 : Graphique de la nature des formations reçues.....86
- Annexe 11 : Graphique de la fréquence de l'information reçue en suivant la catégorie socio-professionnelle.....87
- Annexe 12 : Graphique de la participation effective des professionnels dans la démarche qualité.....87
- Annexe 13 : Graphique de la nature de la participation effective dans la démarche qualité des professionnels suivant leur catégorie socio-professionnelle.....88
- Annexe 14 : Graphique des bénéfices de la démarche qualité suivant la catégorie socio-professionnelle.....89
- Annexe 15 : Graphique de l'implication des professionnels dans la démarche qualité suivant leur catégorie socio-professionnelle.....90
- Annexe 16 : Graphique de la sollicitation des professionnels dans la démarche qualité suivant leur catégorie socio-professionnelle.....90
- Annexe 17 : Graphiques des freins à l'implication par catégorie socio-professionnelle.....91
- Annexe 18 : Graphiques des facteurs favorisant l'implication par catégorie socio-professionnelle.....92

ANNEXE 1 :Enquête sur la démarche qualité au bloc opératoire

Enquête sur la démarche qualité au bloc opératoire

Bonjour, je suis actuellement étudiante en dernière année de master : Management sectoriel, option qualité et gestion des risques en établissement de santé. Dans le cadre de mon mémoire de fin d'études portant sur la démarche qualité au bloc opératoire, je réalise une enquête.

Cette enquête permettra également de mieux comprendre et d'améliorer la démarche qualité et de gestion des risques du bloc opératoire.

Le temps estimé pour remplir ce questionnaire est de 10 minutes. Il est anonyme et aucune réponse individuelle ne sera communiquée.

Je vous remercie de votre participation

Nolwenn Dambrin

A. Présentation

1. Votre catégorie socioprofessionnelle :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> IDE de bloc opératoire | <input type="checkbox"/> Aide-soignant |
| <input type="checkbox"/> IADE | <input type="checkbox"/> Brancardiers |
| <input type="checkbox"/> Médecin anesthésiste | <input type="checkbox"/> ASH |
| <input type="checkbox"/> Chirurgien | <input type="checkbox"/> Secrétaire |
| <input type="checkbox"/> IDE référente | <input type="checkbox"/> Autre, précisez: |

2. Depuis combien de temps exercez-vous votre spécialité ou profession actuelle ? (*réponse unique*)

- Moins d'1 an
 1 à 2 ans
 3 à 5 ans
 6 à 10 ans
 11 ans et plus

3. Depuis combien de temps travaillez-vous dans au bloc opératoire de la polyclinique ? (*réponse unique*)

- Moins d'1 an
 1 à 2 ans
 3 à 10 ans
 11 ans et plus

B. Connaissance de la démarche qualité du bloc opératoire

4. Selon vous, en quelques mots, qu'est-ce que la démarche qualité ?

.....
.....

5. Vous voyez la démarche qualité du bloc opératoire comme (*réponse unique*) :

- Une contrainte
 Un levier de performance
 Une démarche sans effet

6. Comment qualifieriez-vous la démarche qualité au sein du bloc opératoire ? (*réponse unique*)

- Comme une démarche qualité rythmée en fonction des visites de certification
 Comme une démarche qualité continue
 Comme une démarche qualité discontinue
 Ne sais pas

7. Avez-vous été sensibilisé à la démarche qualité dans votre établissement ? (*réponse unique*)
- Oui
 - Non, ça ne m'intéresse pas
 - Non mais j'aimerais
 - En cours ou à venir, précisez:
8. Si Oui, comment ? (*réponses multiples*)
- Par une formation
 - Par des informations spontanées
 - Autre, précisez:
- **Formation :**
9. Si vous avez été sensibilisé par une/des formation(s) : Qu'elle était la nature de la/des formation(s) ? (*réponses multiples*) :
- Sur la certification HAS (mise en œuvre, compte-qualité, patient traceur, etc.)
 - Sur la qualité (principes généraux, outils)
 - Sur la gestion documentaire (BlueKango)
 - Sur la gestion des risques (principes généraux, déclaration des événements indésirables, cartographie des risques, etc.)
 - Sur les REX/RMM
 - Sur l'audit (réussir un audit)
 - Sur les évaluations des pratiques professionnelles (EPP)
 - Autres, précisez:
10. Quelle était la durée de la/des formations (*réponses multiples*) ?
- Quelques heures
 - Une ½ journée
 - Une journée
 - Deux journées
- **Information :**
11. Si vous avez été sensibilisé par des informations spontanées, de quelle manière avez-vous été informé ? (*réponses multiples*)
- Réunion / instance
 - Journée d'information (semaine de sécurité des patients)
 - Intranet de l'établissement
 - Affichage
 - Mail
 - Journal interne
 - Café qualité
 - Discussions informelles (pause, etc.)
 - Autre, précisez :
12. A quelle fréquence recevez-vous des informations sur la démarche qualité ? (*réponse unique*)
- Tous les jours
 - Une fois par semaine
 - Une fois par mois
 - Une fois par trimestre
 - Une fois par an
 - Aucune informations

C. L'implication des professionnels dans la démarche qualité au bloc opératoire

• **Participation effective :**

13. Etes-vous actif dans la mise en œuvre de la démarche qualité au sein bloc opératoire ? (*réponse unique*)

- Oui
- Non

14. Si oui, vous participez à/aux : (*réponses multiples*)

- Instances
- Groupes de travail
- Des évaluations (audits, évaluations des pratiques professionnels, suivi d'indicateurs, IQSS etc.)
- La gestion documentaire (rédaction des procédures, protocoles, documents.)
- La gestion des risques (signalement, cartographie des risques, etc.)
- Des retours d'expérience (REX, RMM, ...)
- L'analyse des processus
- La méthode du patient traceur
- Autres, précisez:

15. Selon vous, quels sont les bénéfices de la démarche qualité au bloc opératoire? (**3 réponses maximum et les plus significatives selon vous**)

- Amélioration de la performance du bloc opératoire
- Amélioration de l'organisation du bloc opératoire
- Gain de temps
- Gains financiers: gestion des couts de non qualité
- Amélioration de la prise en charge du patient
- Augmentation de la sécurité des patients
- Augmentation de votre sécurité
- Amélioration de la cohésion d'équipe
- Amélioration de la communication interne
- Réduction des erreurs et des risques
- Gain d'efficacité dans votre travail
- Développement de vos compétences
- Aucun bénéfice
- Autres, précisez:

• **Implication :**

16. Quel est votre niveau d'implication dans la démarche qualité au bloc opératoire ? (*réponse unique*)

- Très forte implication (ex: je suis leader d'un groupe d'un travail, je participe à tous les projets proposés, je participe au REX, RMM et autres instances, etc.)
- Forte implication (je suis un membre actif des groupes de travail, je participe aux instances, etc.)
- Implication modérée (je participe occasionnellement au groupe de travail, j'enrichis la documentation qualité, je participe à la déclaration et à l'analyse des risques, etc.)
- Faible implication (j'enrichis la documentation qualité occasionnellement, je déclare les événements indésirables irrégulièrement)
- Pas implication

17. Souhaiteriez-vous être (*réponse unique*) :

- Davantage sollicité(e)
- Moins sollicité(e)

La situation actuelle me convient

• **Facteurs impactants :**

18. Selon vous, quels sont les principaux facteurs qui font diminuer votre implication dans la démarche qualité ou qui vous empêchent d'y participer ? **(3 réponses maximum, les plus significatives selon vous)**

- Charge de travail importante
- Manque de temps
- Manque de connaissance et de compréhension des méthodologies utilisées dans la démarche qualité (méthodologie complexe, documents qualité trop lourds et contraignants, etc.)
- Manque d'implication par votre responsable hiérarchique / votre direction
- 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
- Absence de sollicitation
- Aucun inconvénient
- Autre, précisez:

19. Selon vous, qu'est-ce qui facilite ou faciliterait votre implication dans la démarche qualité ? **(3 réponses maximum, les plus significatives selon vous)**

- Reconnaissance de votre participation par votre responsable hiérarchique /direction
- Avoir du temps spécifique à consacrer à la démarche qualité
- Reconnaissance de votre professionnalisme
- Sens donné à la démarche qualité
- Relation avec votre supérieur hiérarchique
- Relation avec votre équipe
- Intérêt personnel
- Responsabilisation dans la démarche
- Autonomie dans la démarche
- Information et communication sur les résultats et l'avancement des projets qualité
- Formation / sensibilisation
- Autres, précisez:

D. Informations complémentaires

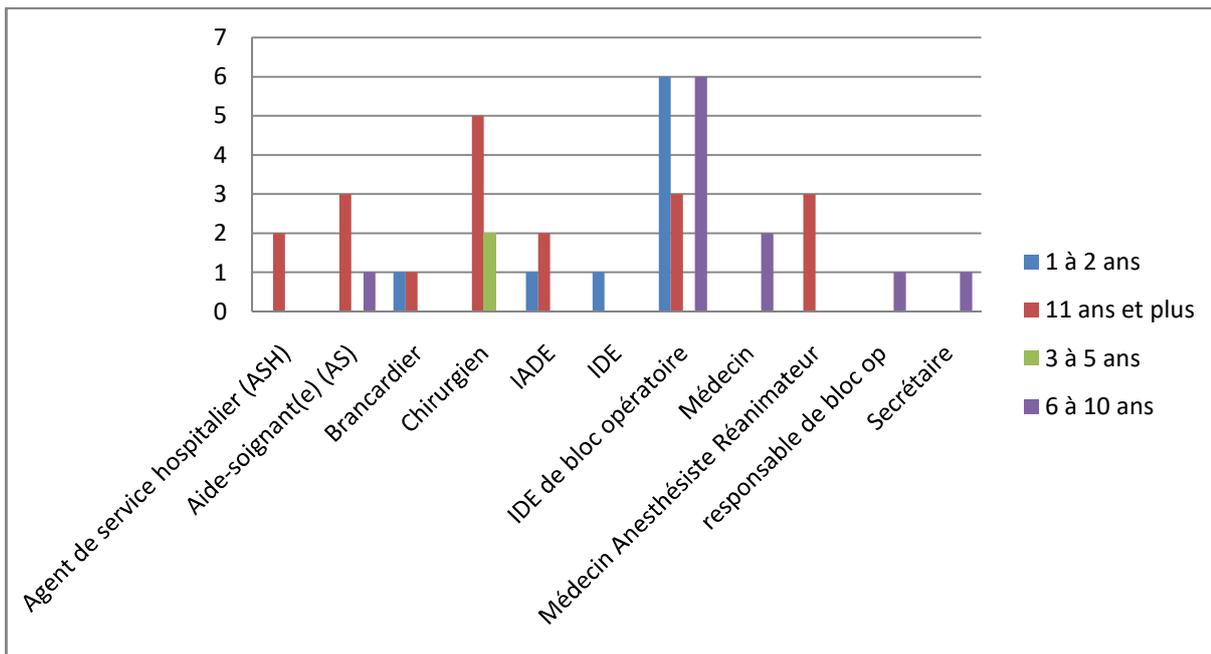
20. Avez-vous des suggestions d'amélioration concernant la démarche qualité au sein de votre bloc opératoire ?

.....
.....
.....

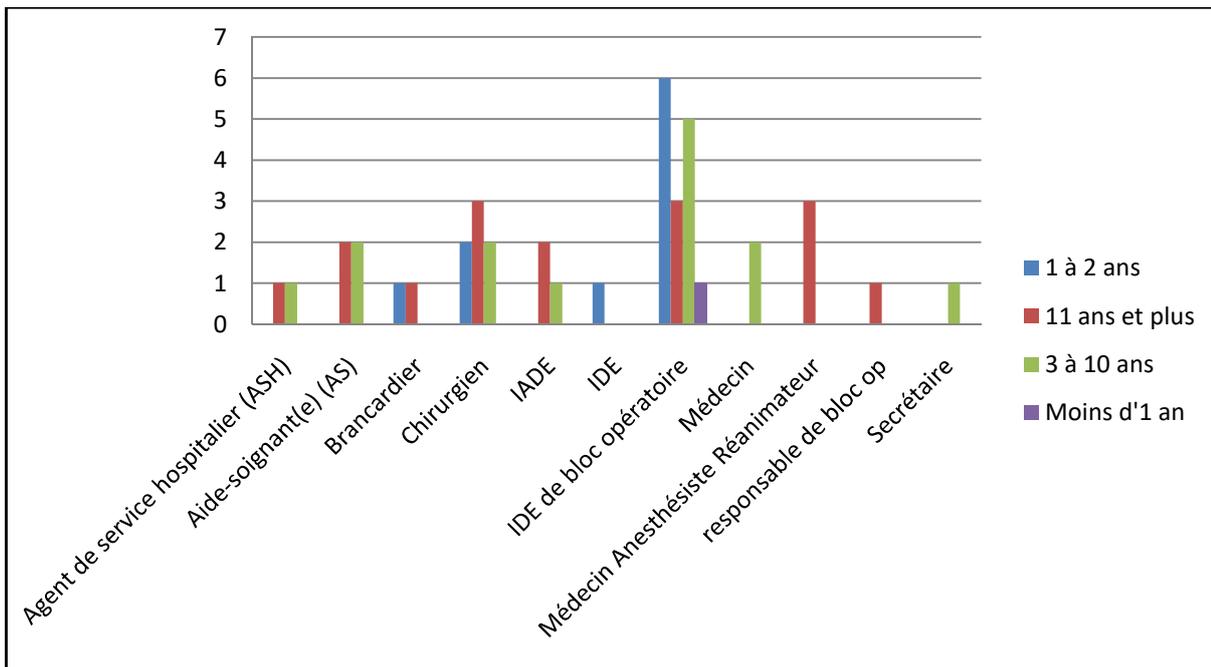
21. Autres commentaires :

.....
.....
.....

ANNEXE 2 : Graphique de l'ancienneté dans la profession suivant la catégorie socio-professionnelle



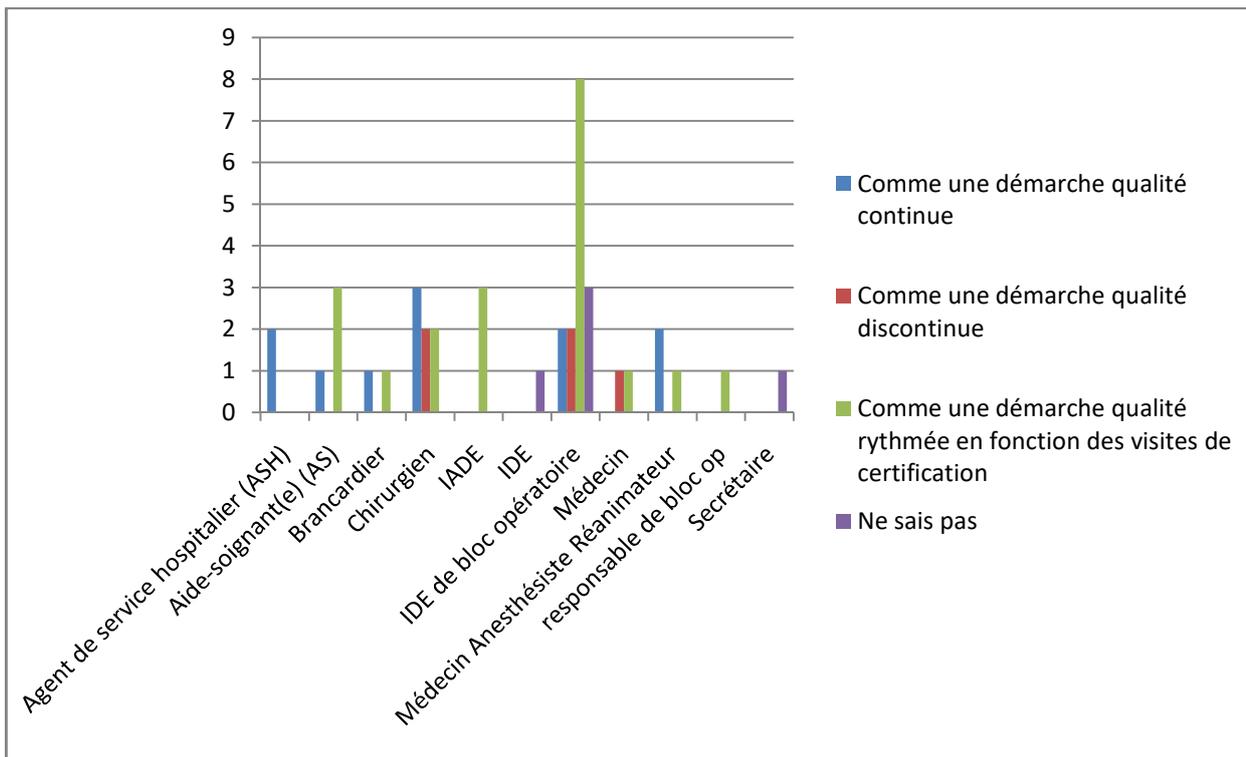
ANNEXE 3 : Graphique de l'ancienneté dans le bloc opératoire de la polyclinique suivant la catégorie socio-professionnelle



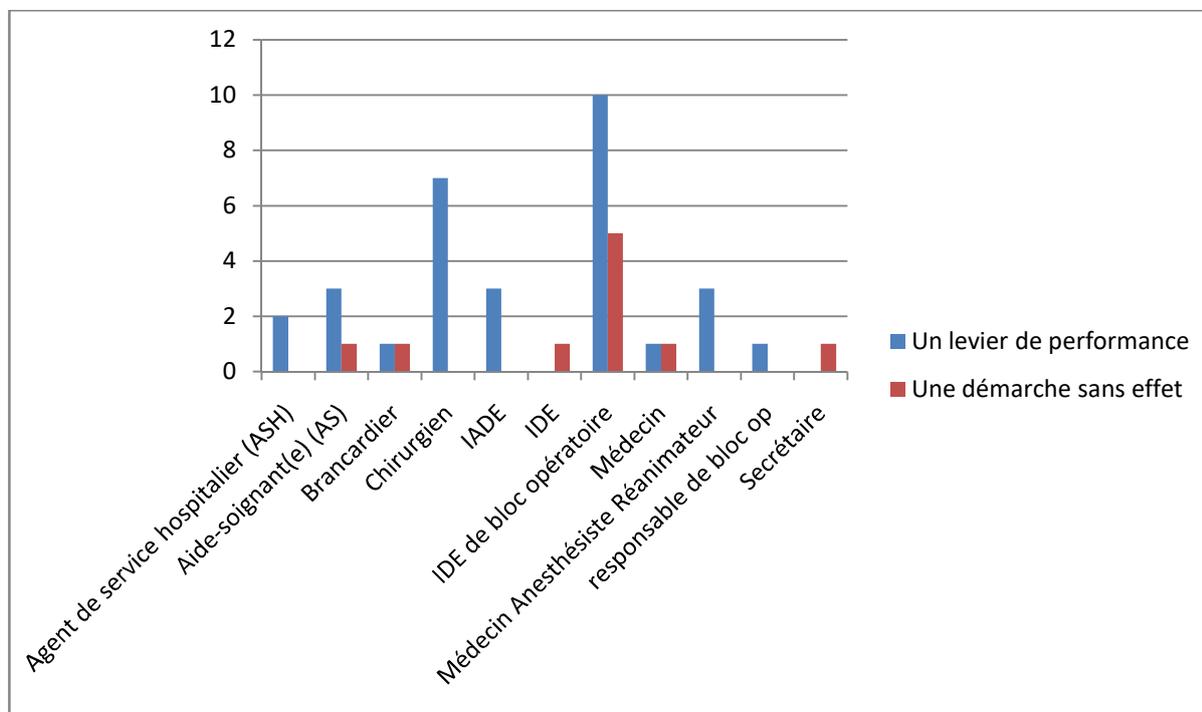
ANNEXE 4 : Liste des définitions de la démarche qualité mentionnées par les professionnels

Catégorie socio-professionnelle	Selon vous, en quelques mots, qu'est ce que la démarche qualité ?
Chirurgien	projet global qui a pour objectif d'améliorer la prise en charge globale des patients au BO et la qualité/confort de travail du personnel
Chirurgien	J'améliore La qualité de ma pratique et je l'évalue régulièrement
Chirurgien	Évaluer les processus permettant de soigner les patients afin de contrôler leur pertinence et de les améliorer
Chirurgien	améliorer les performances
Chirurgien	vérification de procédures de bonnes pratiques
Chirurgien	Limitation risques opératoires
Chirurgien	amélioration sécurité et qualité
Médecin	Une démarche visant à améliorer les pratiques à travers l'analyse des pratiques actuelles
Médecin	Améliorer la prise en charge
MAR	Une usine à gaz
MAR	mettre a jour les pratiques et les structures par rapport aux normes édictées par les instances supérieures
MAR	Une démarche progressiste personnelle et de groupe permettant essentiellement d'éviter les événements porteurs de risque
resp de bloc	moyen mis à notre disposition pour assurer des prise en charge de qualité
IADE	Actions menées afin d'améliorer le service rendu au patient
IADE	L'assurance d'une certaine sécurité pour le patient, le personnel etc. C'est le gage d'une pratique sécurisée de qualité
IADE	Outil pour améliorer nos pratiques
IDE de bloc	Travailler sur nos pratiques professionnelles comme l'hygiène, la sécurité, la prise en charge des patients, la communication
IDE de bloc	Améliorer le fonctionnement du bloc opératoire sur certains points précis
IDE de bloc	mettre en place des actions pour améliorer ce qui a déjà été mis en place
IDE de bloc	Aide à la prise en charge du patient, avoir de bonnes pratiques professionnelles
IDE de bloc	Démarche qui permet d'améliorer, de réajuster certaines choses pour permettre une meilleure organisation du travail, de meilleures conditions de travail
IDE de bloc	Démarche mise en œuvre pour améliorer la prise en charge des patients au bloc (hygiène, protocole de soins, etc.)
IDE de bloc	ensemble de procédures et d'éléments mis en place pour améliorer le travail et les conditions de travail
IDE de bloc	Une démarche qui permet d'améliorer son travail dans de bonnes conditions
IDE de bloc	Pas d'idée
IDE de bloc	Aide pour l'amélioration des conditions de travail
IDE de bloc	Je ne comprends pas le travail de qualitiennne
IDE de bloc	démarche amenant l'ensemble des professionnels de santé d'oeuvrer pour la qualité et la sécurité de la prise en charge globale et individualisée du patient
IDE de bloc	C'est l'optimisation de la qualité de travail et de la prise en charge du patient
IDE de bloc	travail effectué en équipe pour améliorer ce qui doit l'être
IDE de bloc	Pas de réponse
IDE	C'est une explication détaillée sur l'organisation
AS	Des protocoles pour nous aider à mieux travailler
AS	Tout ce qui touche au travail pour pouvoir le faire correctement
AS	l'ensemble des protocoles mis en place pour la bonne gestion du travail au bloc opératoire
AS	Poser des questions et réfléchir sur nos pratiques professionnelles
Brancardier	Projet d'entreprise pour assurer la qualité
Brancardier	Pour l'amélioration de la vie au bloc opératoire
ASH	Faire respecter les différents protocoles afin d'accroître les performances
ASH	Pour une bonne prise en charge du patient au bloc opératoire et améliorer le fonctionnement et le savoir faire du bloc opératoire
Secrétaire	Ne sais pas

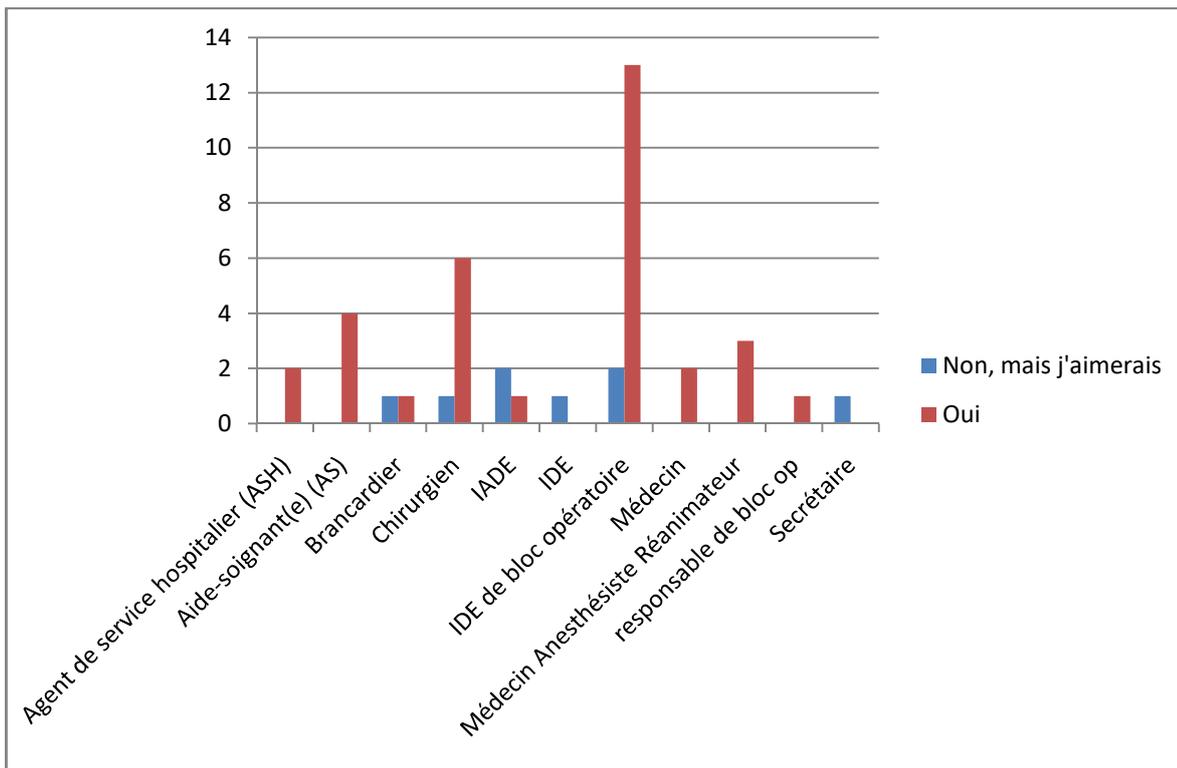
ANNEXE 5 : Graphique de la qualification de la démarche qualité suivant la catégorie socio-professionnelle



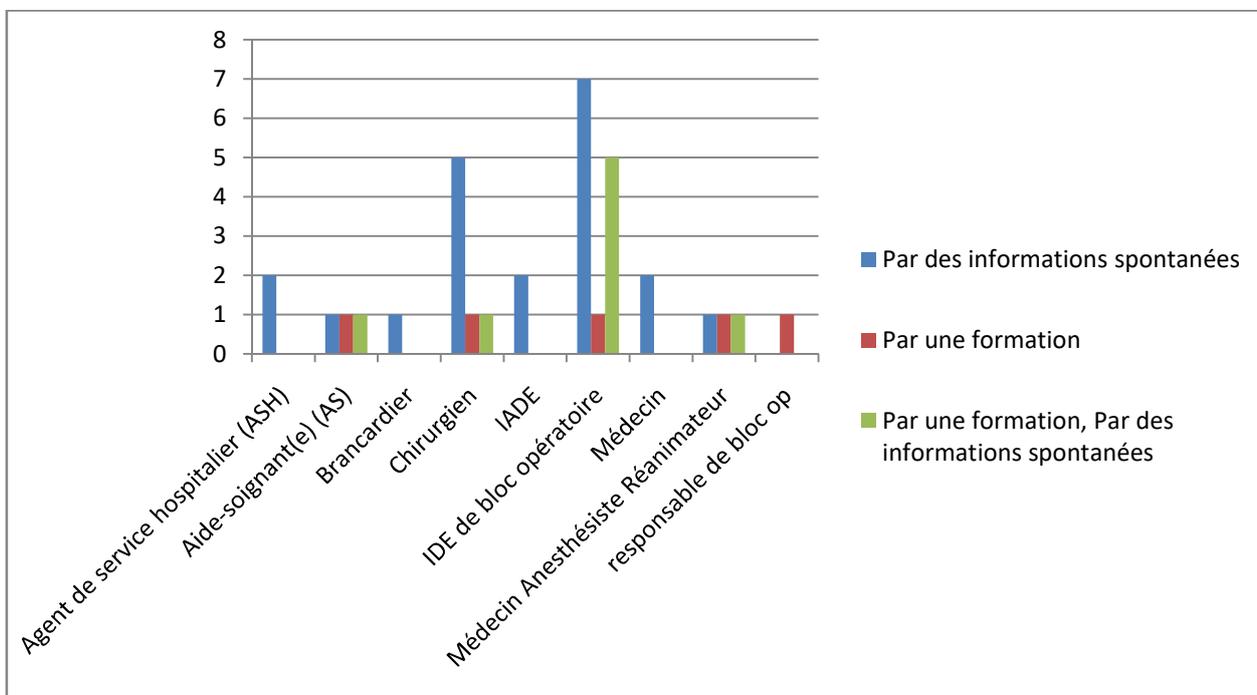
ANNEXE 6 : Graphique de la perception de la démarche qualité suivant la catégorie socio-professionnelle



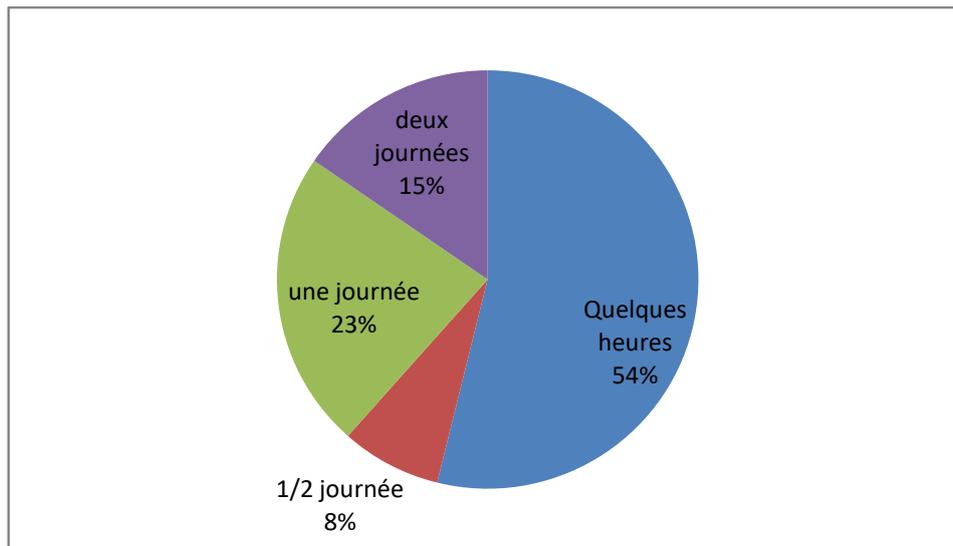
ANNEXE 7 : Graphique de la sensibilisation à la démarche qualité suivant la catégorie socio-professionnelle



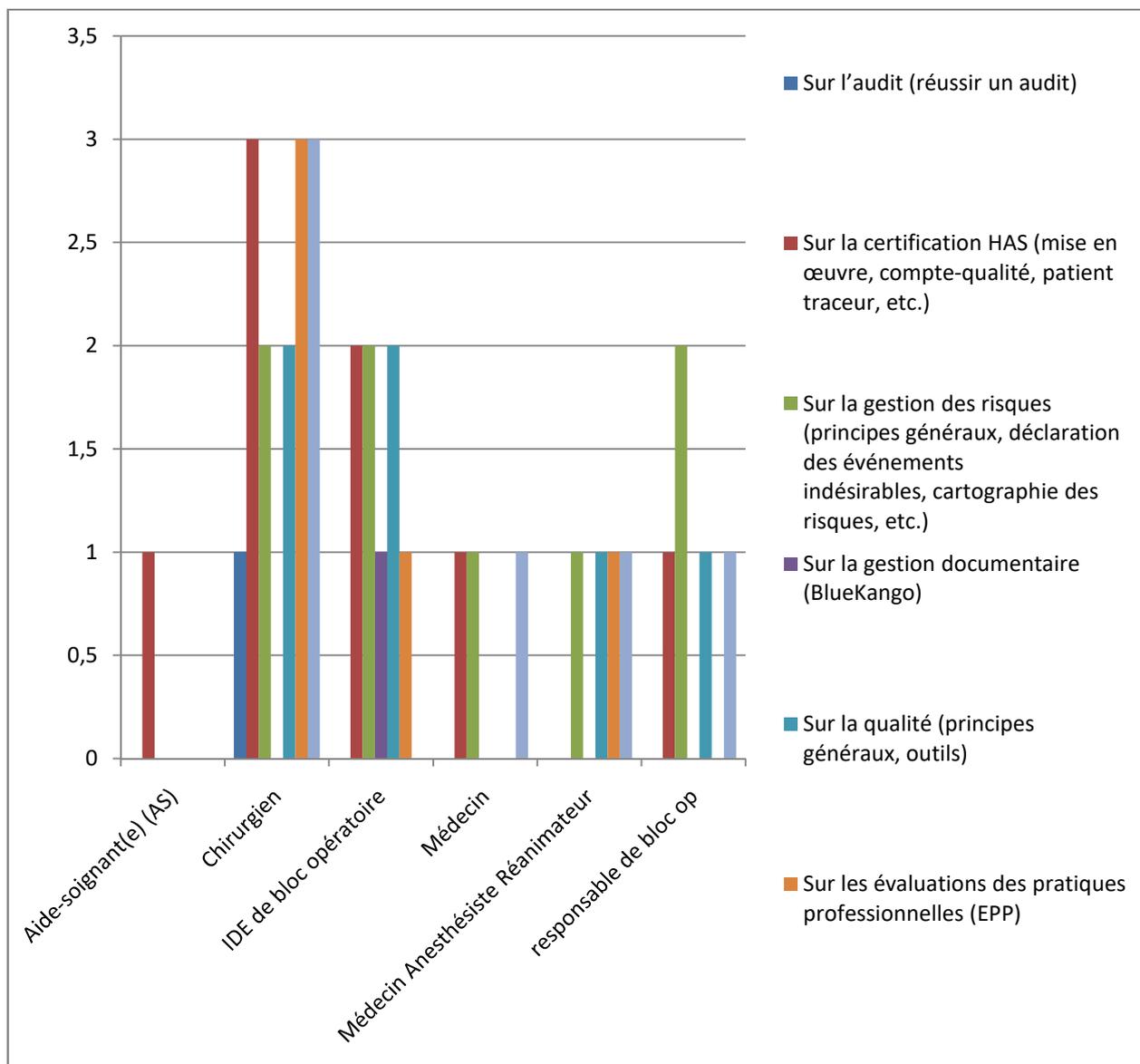
ANNEXE 8 : Graphique de la nature de la sensibilisation suivant la catégorie socio-professionnelle



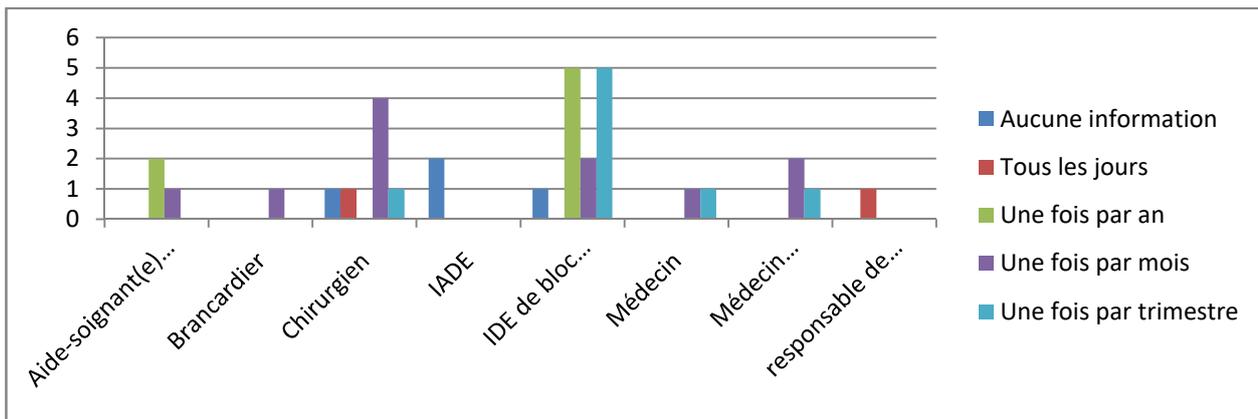
ANNEXE 9 : Graphique de la durée des formations reçues



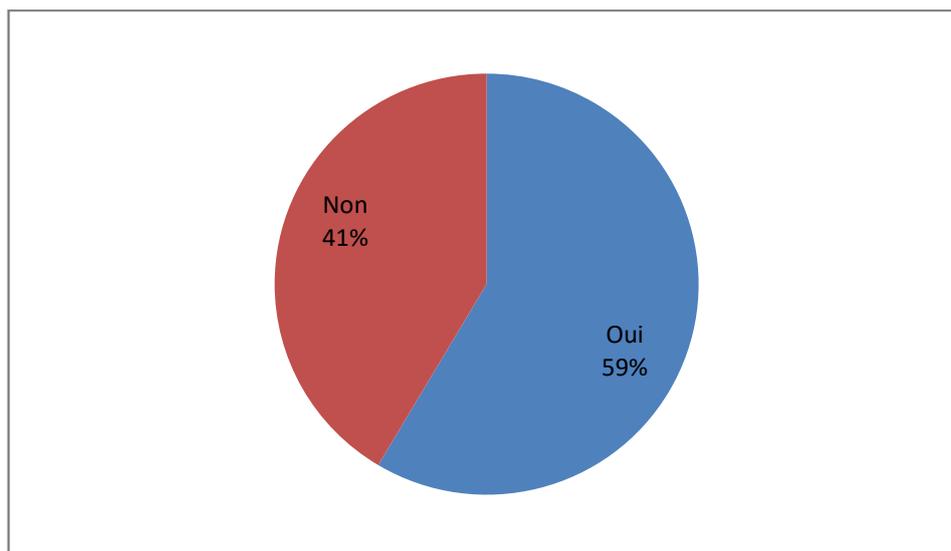
ANNEXE 10 : Graphique de la nature des formations reçues



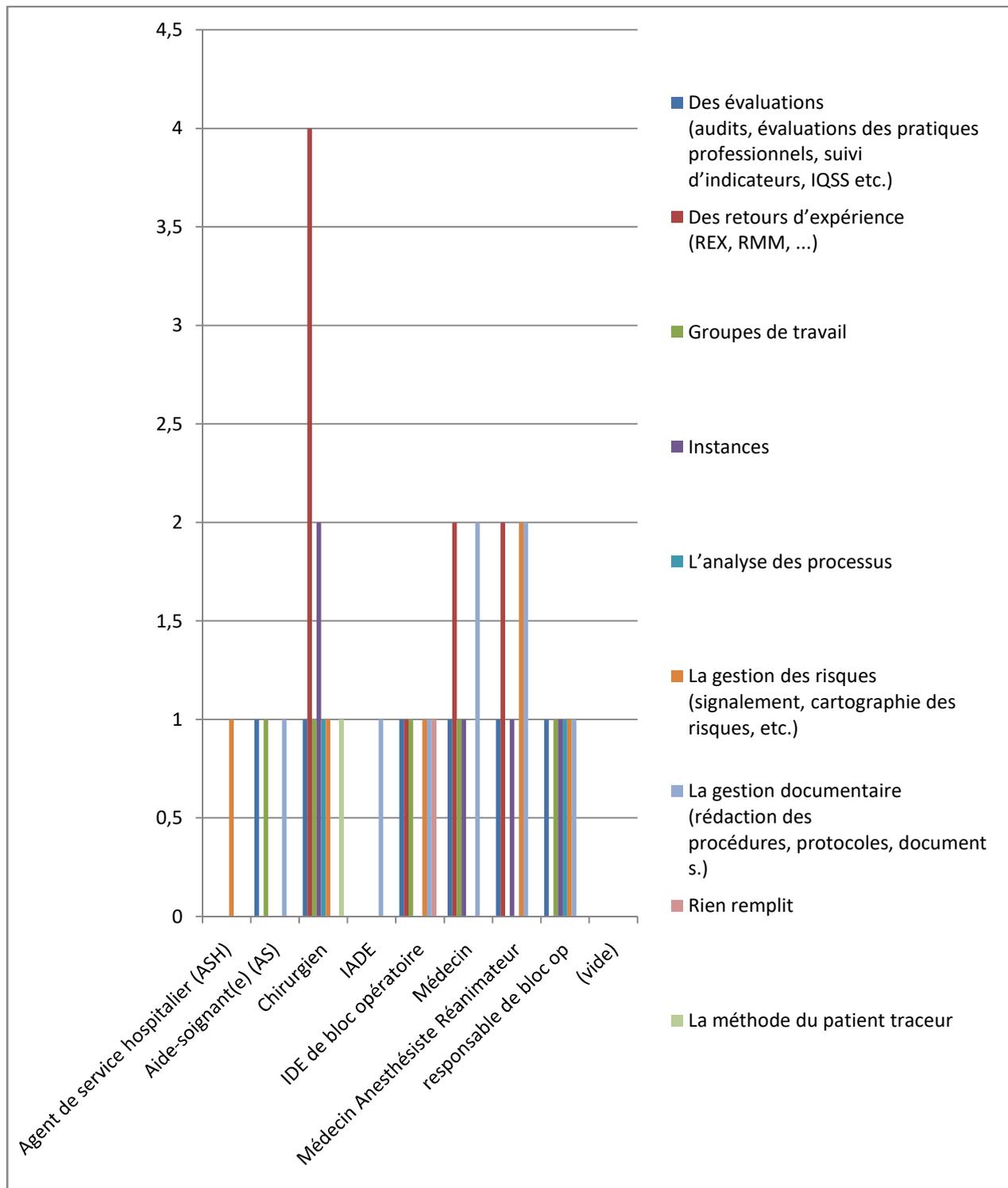
ANNEXE 11 : Graphique de la fréquence de l'information reçue suivant la catégorie socio-professionnelle



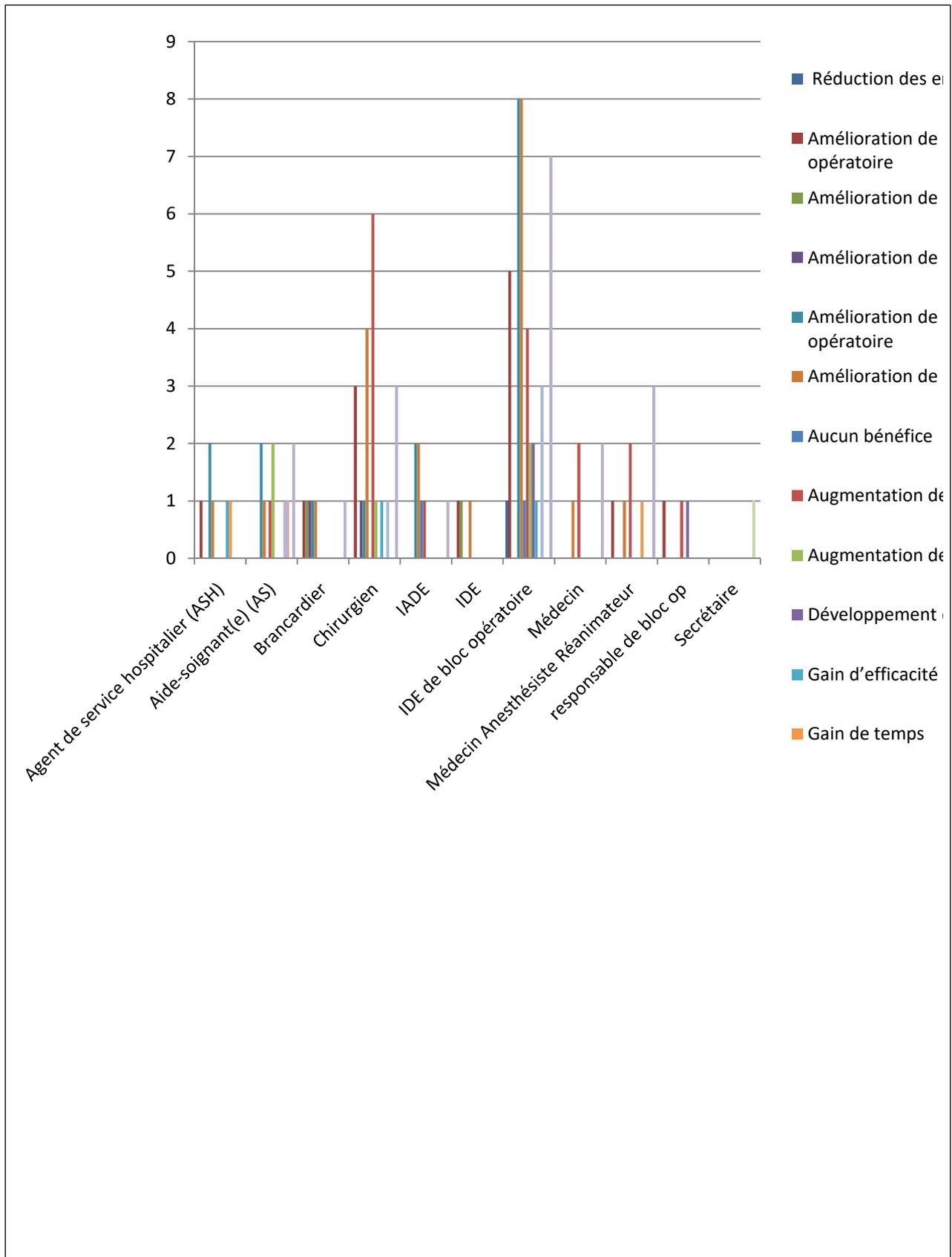
ANNEXE 12 : Graphique de la participation effective des professionnels dans la démarche qualité



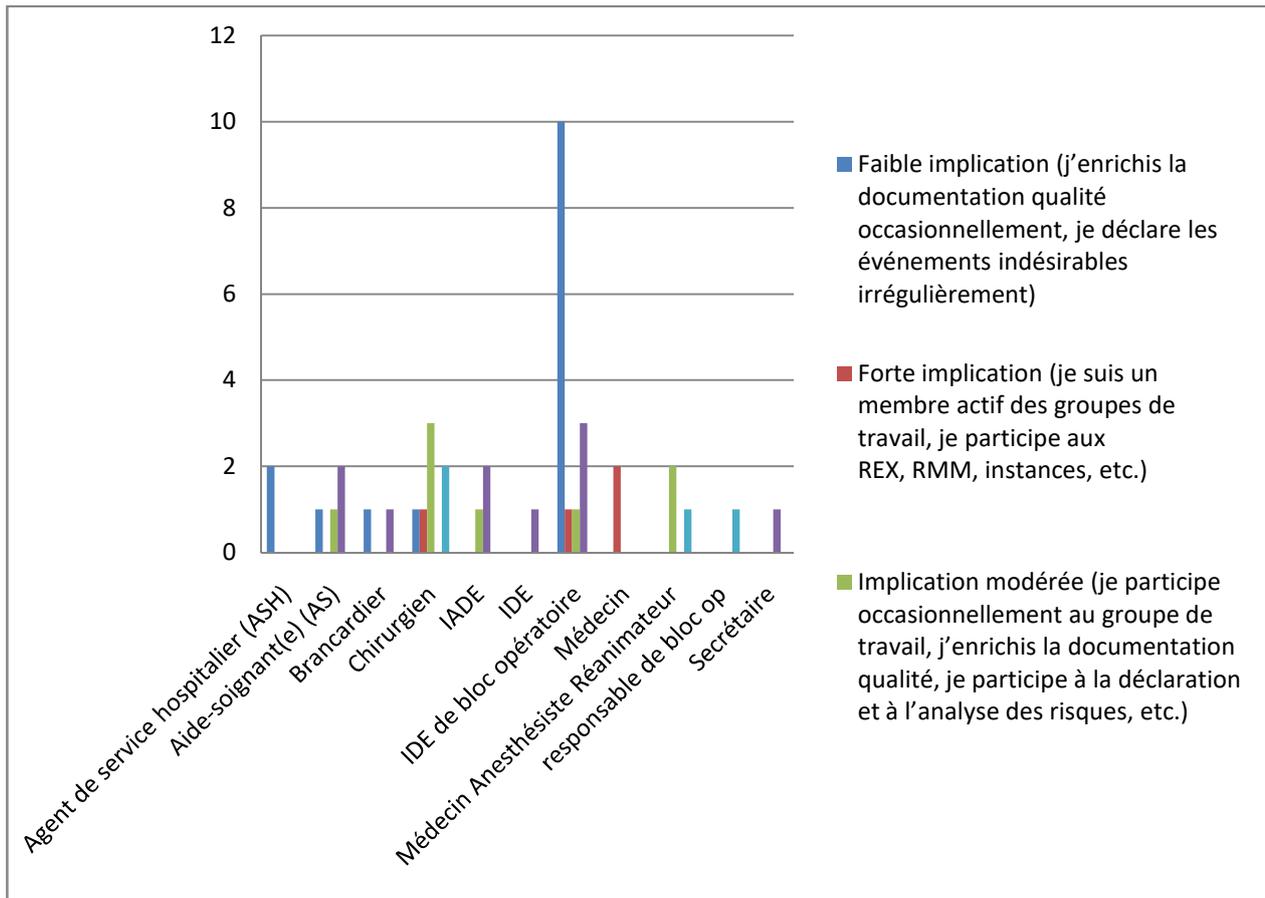
ANNEXE 13 : Graphique de la nature de la participation effective dans la démarche qualité des professionnels suivant leur catégorie socio-professionnelle



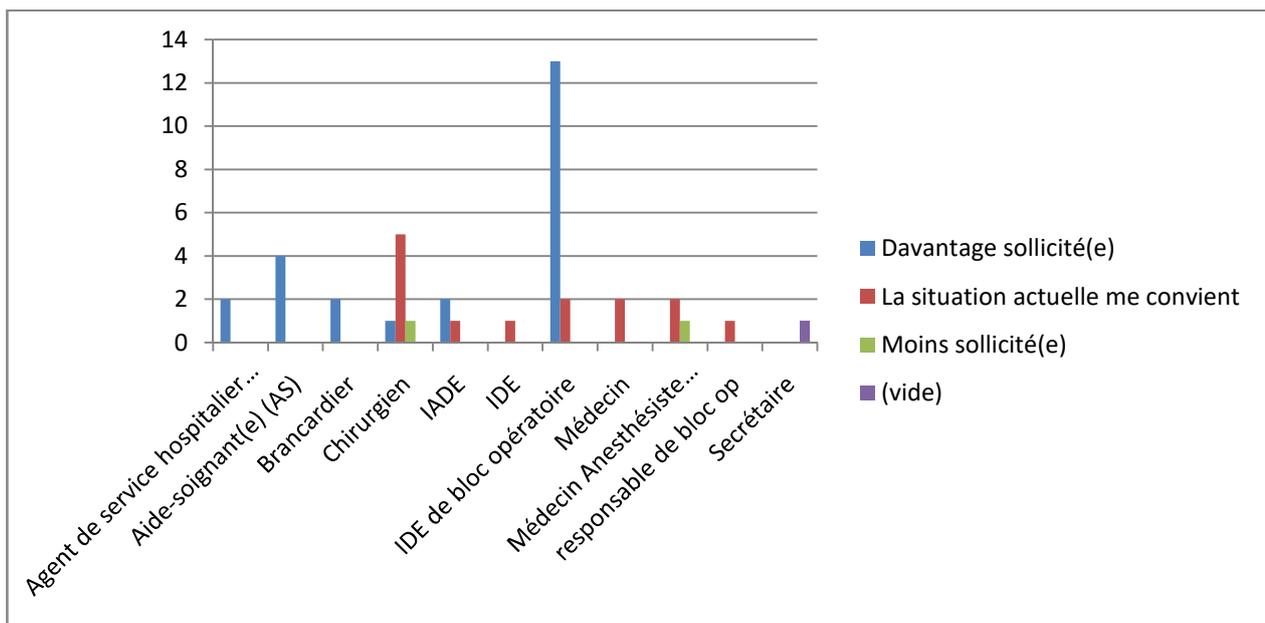
ANNEXE 14 : Graphique des bénéfices de la démarche qualité suivant la catégorie socio-professionnelle



ANNEXE 15 : Graphique de l'implication des professionnels dans la démarche qualité suivant leur catégorie socio-professionnelle

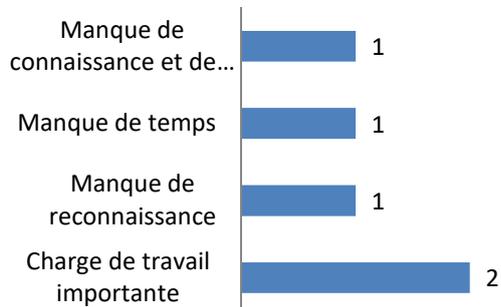


ANNEXE 16 : Graphique de la sollicitation des professionnels dans la démarche qualité suivant leur catégorie socio-professionnelle



ANNEXE 17 : Graphiques des freins à l'implication par catégorie socio-professionnelle

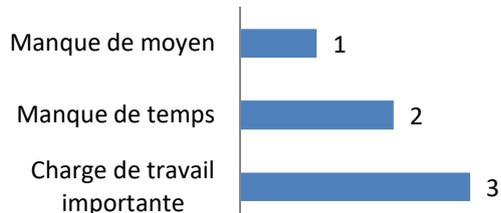
Médecins



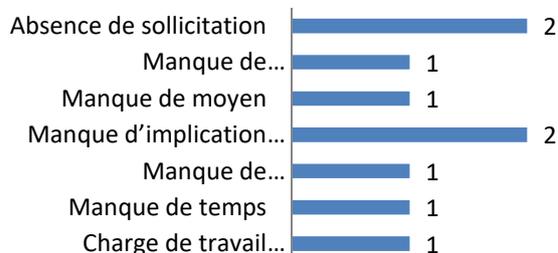
Chirurgiens



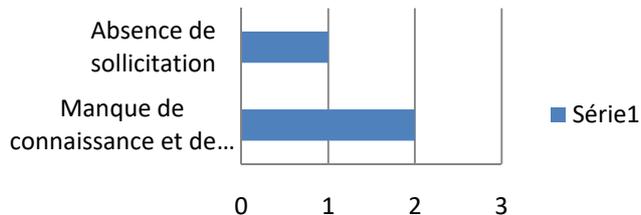
MAR



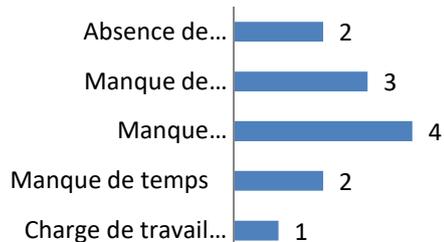
IADE



ASH



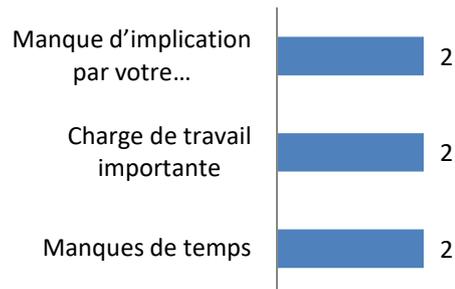
AS



IDE de bloc

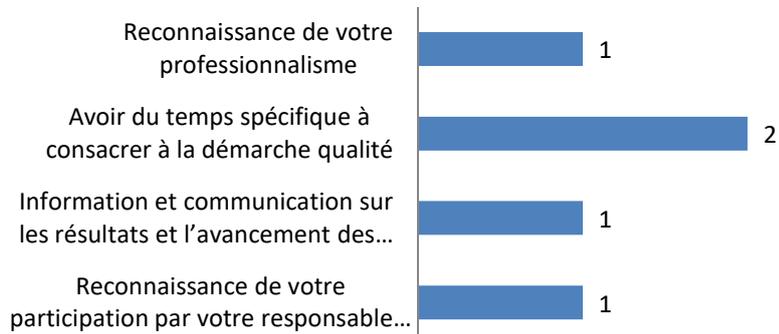


Brancardiers



Annexe 18 : Graphiques des facteurs favorisant l'implication par catégorie socio-professionnelle

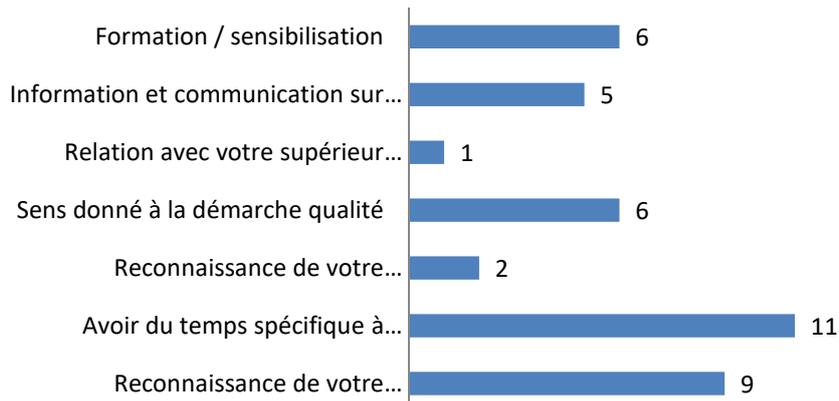
Médecins



chirurgiens



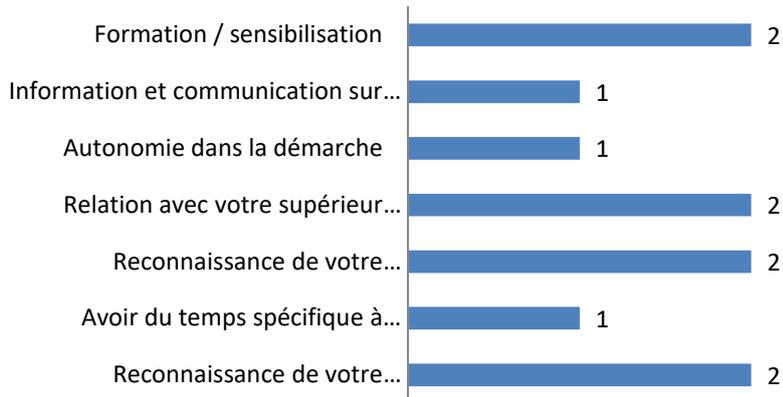
IDE de Bloc



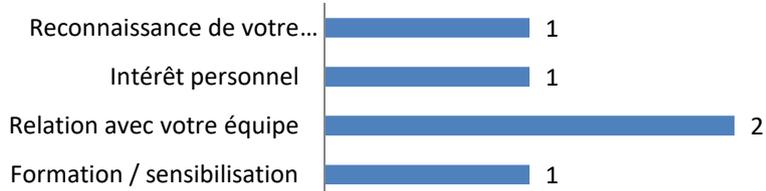
IADE



AS



ASH



Brancardiers



RESUME

Nolwenn DAMBRIN

« Comment augmenter l'implication des professionnels de santé en fonction de leur catégorie socio-professionnelle dans la démarche qualité au bloc opératoire ? »

L'amélioration continue de la qualité est une démarche instaurée dans les établissements de santé depuis la fin du XXème à travers notamment la procédure de certification. Elle a pour objectif d'accroître la satisfaction des patients ainsi que d'assurer l'efficacité et la performance de l'établissement. La mise en place et la réussite d'une telle démarche nécessite l'**implication** de tous les **professionnels**. Le **bloc opératoire** est au centre du plateau technique d'un établissement de santé. Pour la direction, il représente un challenge organisationnel de par la complexité de sa gestion et les risques potentiels qu'il peut générer. Ainsi, dans un tel secteur, le déploiement d'une **démarche qualité** est indispensable. A cet effet, il est important d'identifier les facteurs permettant l'augmentation de l'**implication** des **professionnels** de santé suivant leur **catégorie socio-professionnelle** dans la démarche qualité au **bloc opératoire**.

Afin de répondre à cette exigence, il est abordé dans un premier temps, le concept d'**implication** au travail et l'organisation pour comprendre comment l'augmenter. Ensuite, il s'agit de présenter la **démarche qualité** et le **bloc opératoire** pour expliquer l'importance du déploiement de cette démarche au **bloc opératoire**. De plus, il convient d'analyser et d'identifier les freins et les facteurs permettant l'augmentation de l'**implication** des **professionnels** dans la démarche qualité. Pour finir, il est de rigueur de confronter la théorie avec la pratique, en analysant l'**implication** des **professionnels** suivant leur **catégorie socio-professionnelle**, du **bloc opératoire** de la Polyclinique du Parc de Cholet.

Mots clés : Implication, démarche qualité, bloc opératoire, professionnels, catégorie socio-professionnelle

SUMMARY

Nolwenn DAMBRIN

“How to increase the implication of health professionals according to their socio-professional category in the quality approach in the operating room?”

Continuous quality improvement is an approach introduced in health care institutions since the end of the 20th century, notably through the accreditation procedure. It aims to increase patient satisfaction and ensure the efficiency and performance of the facility. The implementation and success of such an approach requires **the implication** of all **professionals**. The **operating theatre** is at the center of the technical platform of a health facility. For management, it represents an organizational challenge due to the complexity of its management and the potential risks that it can generate. Thus, in such a sector, the deployment of a **quality approach** is essential. To this end, it is important to identify the factors that make it possible to increase the **implication** of **health professionals** according to their **socioprofessional category** in the **quality approach** in the **operating theatre**.

In order to meet this requirement, it is approached at first, the concept of **implication** at work and in its organization to understand how to increase it. Then, it is a question of presenting the **quality approach** and the **operating theatre** to explain the importance of the deployment of this approach in **the operating theatre**. In addition, it is necessary to analyze and identify the obstacles and the factors allowing the increase of the **implication** of the **professionals** in the **quality approach**. Finally, it is essential to compare the theory with practice, by analyzing the **implication** of **professionals** according to their **psociorofessional category**, the **operating theatre** of the Polyclinique du Parc of Cholet.

Keys words: implication, quality approach, operating theatre, professionals, socioprofessional category