

UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2021

**THESE POUR LE DIPLÔME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

**Le service de Médecine Intensive et Réanimation du Centre Hospitalier de
Dunkerque, pionnier sur la voie de l'Excellence :
Evaluation selon le modèle de Qualité EFQM
(*European Foundation for Quality Management*) (version 2013)**

Présentée et soutenue publiquement le 1^{er} octobre 2021 à 16 heures
Au Pôle Formation salle des thèses n° 3
par **Claire TRUBERT**

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Eric KIPNIS

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Raphaël FAVORY

Monsieur le Docteur Christophe DECOENE

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Sébastien BEAGUE

AVERTISSEMENT

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

SOMMAIRE

AVERTISSEMENT	1
SOMMAIRE	2
TABLE DES FIGURES ET TABLEAUX	4
TABLE DES ABREVIATIONS	5
GLOSSAIRE « AMOUREUX »	6
RESUME	10
I. INTRODUCTION	11
1. La réanimation : une organisation de « haut-niveau »	11
A. Une définition professionnelle, encadrée par la loi et par les sociétés savantes	11
B. La gestion permanente de multiples complexités	12
C. La culture du management en réanimation	13
2. Le service de Médecine Intensive et Réanimation de Dunkerque : une sensibilisation particulière à la Qualité	14
A. Un service qui s'inscrit dignement dans la culture d'excellence de la réanimation	14
B. L'impulsion donnée par le Centre Hospitalier de Dunkerque, établissement particulièrement orienté « Qualité »	16
C. Une « culture Qualité » propre au service MIR	16
3. Le choix du modèle d'Excellence de l'European Foundation for Quality Management (EFQM)	18
A. Les défauts du modèle de la procédure de certification de la HAS	18
B. L'intérêt du service MIR initialement porté vers le modèle de certification ISO 9001	19
C. L'absence de « visibilité » de la cohérence stratégique du service MIR, par le modèle ISO 9001	20
D. L'EFQM, un modèle découvert « fortuitement », qui a séduit	20
E. L'EFQM, un modèle déjà largement utilisé dans le monde de la santé en Europe... mais totalement anecdotique en France !	22
4. Objectifs et Hypothèse de travail	23
II. MATERIEL ET METHODES	24
1. Autoévaluation par les membres du service MIR	24
2. Evaluation externe par deux experts du modèle EFQM	26
III. RESULTATS	29

IV. DISCUSSION	37
1. Résultats de l'évaluation	38
A. Une bonne participation du personnel, qui a une juste conscience des approches développées dans le service	38
B. Des points forts reconnus par tous, concernant la partie facteurs (critères 1 à 5)	38
C. Une divergence nette entre l'autoévaluation interne et l'évaluation par les experts, concernant l'existence et le suivi de « résultats » (critères 6 à 9)	39
D. Les difficultés du personnel à percevoir la stratégie du service	40
E. Limites méthodologiques des deux modalités d'évaluation	41
2. Benchmarking : l'EFQM dans d'autres services de médecine	43
A. Un score cohérent avec ceux obtenus à l'international par les établissements de santé	43
B. Une répartition des notes relativement similaire à celles d'autres services médicaux	44
C. La plus-value d'une superposition des modèles de Qualité	45
3. Développer des indicateurs de performance	46
A. Des démarches d'amélioration actuellement intuitives	46
B. La culture de réanimation et ses indicateurs essentiellement centrés « résultats cliniques »	47
C. Quid des indicateurs pour les autres parties prenantes ?	47
D. Se fixer des objectifs : et si on créait des indicateurs synthétiques ?	48
4. Faut-il viser l'Excellence ?	49
A. Première facette de l'Excellence : développer une organisation durablement performante, c'est possible	49
B. Seconde facette de l'Excellence : dépasser les attentes, une lubie ?	50
V. CONCLUSION	52
VI. REFERENCES	53
ANNEXE 1 : LE MODELE D'EXCELLENCE DE L'EUROPEAN FOUNDATION FOR QUALITY MANAGEMENT (EFQM) (VERSION 2013)	58
A. Description des 3 composantes du modèle EFQM version 2013 : Concepts Fondamentaux, modèle d'Excellence, logique RADAR	58
B. Mener une évaluation par le modèle EFQM, et l'implémenter	61
ANNEXE 2 : LES 9 CRITERES REPARTIS EN 32 SOUS-CRITERES DU MODELE EFQM V2013	63
ANNEXE 3 : EXEMPLE DES PAGES « PRESENTATION DU SOUS-CRITERE » ET « TABLEAU D'ETAT DES LIEUX »	65
ANNEXE 4 : GRILLE INDICATIVE DE NOTATION ET INTERPRETATION DES NOTES	67

TABLE DES FIGURES ET TABLEAUX

FIGURE 1. QUELQUES EXEMPLES DE PROJETS MAJEURS MIS EN ŒUVRE DANS LE SERVICE MIR DEPUIS 2012.	17
FIGURE 2. APPROPRIATION DU MODELE ISO 9001 PAR LE SERVICE MEDECINE INTENSIVE-REANIMATION DU CENTRE HOSPITALIER DE DUNKERQUE.	19
FIGURE 3. CRITERES ET SOUS-CRITERES.	31
FIGURE 4. REPARTITION DES NOTES DE L'AUTOEVALUATION PAR SOUS-CRITERE (1/2).	32
FIGURE 5. REPARTITION DES NOTES DE L'AUTOEVALUATION PAR SOUS-CRITERE (2/2).	33
FIGURE 6. A. ET B. COMPARAISON DES NOTES EN FONCTION DES CRITERES DU MODELE EFQM V2103, SELON LA METHODE RADAR, ENTRE L'AUTOEVALUATION PAR LE SERVICE ET L'EVALUATION PAR LES EXPERTS.	35
FIGURE 7 CHEVAUCHEMENT DES DIFFERENTS MODELES D'EVALUATION EN QUALITE.	45
FIGURE 8. LES 3 COMPOSANTES DU MODELE EFQM V2013 : CONCEPTS FONDAMENTAUX, MODELE D'EXCELLENCE, LOGIQUE RADAR	59
FIGURE 9. LA BOITE A OUTIL DU MODELE D'EXCELLENCE : DIVISEE EN 5 FACTEURS (LEVIERS), ET 4 RESULTATS.	59
FIGURE 10. PONDERATION DES NOTES PAR CRITERES, APRES EVALUATION PAR LA LOGIQUE RADAR ; TOTAL DE 1000 POINTS.	61
<hr/>	
TABLEAU 1. ECHELLE DE « MATURITE » DES SOUS-CRITERES, DANS LA PRATIQUE DU SERVICE MIR.	25
TABLEAU 2. NOMBRE DE POINTS OBTENUS SUR 100, EN FONCTION DU MODE DES NOTES ATTRIBUEES PAR LE PERSONNEL.	26
TABLEAU 3. GRILLE D'EVALUATION (REGIONALE) UTILISEE PAR LES EXPERTS.	28
TABLEAU 4. NOMBRE DE POINTS OBTENUS PAR CRITERES, EN FONCTION DE L'AUTOEVALUATION ET DE L'EVALUATION PAR LES EXPERTS.	34
TABLEAU 5. RESULTATS DE L'EVALUATION EXTERNE SELON LA GRILLE REGIONALE.	36
TABLEAU 6. ECHELLE DE NOTATION DE LA GRILLE RADAR	61

TABLE DES ABREVIATIONS

ARS	Agence Régionale de Santé
EBM	<i>Evidence-Based Medicine</i>
EBMgt	<i>Evidence-Based Management</i>
EFQM	<i>European Foundation for Quality Management</i>
HAS	Haute Autorité de Santé
ISO	<i>International Organization for Standardization</i>
MIR	Médecine Intensive et Réanimation
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PAQ	Plans d'Action Qualité
PDCA	<i>Plan-Do-Check-Act</i> , Préparer-Déployer-Contrôler-Améliorer
RADAR	<i>Results-Approaches-Deployment-Assessment-Refinement</i> , Résultats-Approches-Déploiement-Analyse-Rectification
V2013	Version 2013
USC	Unité de Surveillance Continue
PMO	Prélèvement Multiple d'Organes
CS	Consultation Spécialisée
EPP	Evaluation des Pratiques Professionnelles
Staff-EPP	Staff d'Evaluation de la Pertinence de Prescription
UF	Unité Fonctionnelle
CREUF (NPDC)	Collège Extra-Universitaire de France (du Nord-Pas-de-Calais)
SRLF	Société de Réanimation de Langue Française
SFAR	Société Française d'Anesthésie-Réanimation
GHT	Groupe Hospitalier de Territoire

GLOSSAIRE « AMOUREUX »

Les termes expliqués dans ce glossaire, sont signalés dans le texte par le symbole *.

Approches	(d'après EFQM v2013) ensemble des idées mises en œuvres et des processus déployés, dans un cadre structuré, pour répondre à une problématique ou faire se réaliser un projet.
Assurance Qualité	Second niveau des démarches Qualité (cf.) : L'organisation doit vérifier en plus de la conformité du produit, la conformité de ses procédés de production aux diverses normes et règles de bonnes pratiques. Cela doit garantir <i>a priori</i> la fabrication correcte du produit.
Benchmarking	(d'après EFQM v2013) Comparaison externe et systématique de systèmes organisationnels, entre des entités semblables ou pertinentes, visant à identifier les différences et s'en inspirer pour améliorer les performances de l'organisation.
Bureaucratisation	Dans ce travail : entendue comme un « détournement administratif » des concepts issus de la Qualité ; il s'agit de « faire de la qualité pour faire de la qualité », comme une finalité en soi, et non dans un objectif fonctionnel d'amélioration des pratiques et de l'organisation des services. <i>De façon caricaturale, ce phénomène se traduit par la rédaction de procédures à outrance, la traçabilité de tous les actes et dispositifs traçables, les réunions sous n'importe quel prétexte pour justifier une réflexion préparatoire approfondie en toute collégialité avec compte-rendu écrit à l'appui etc.</i>
Cathédrale documentaire	Dans ce travail : entendue comme le corollaire direct de la bureaucratiation, puisque résultant de la production excessive de documents écrits « à visée Qualité », qui s'enrichie inexorablement au détriment de la présence des soignants auprès de leurs patients. Sa seconde conséquence réside dans l'incroyable démultiplication du nombre de documents et de sources dans lesquels est consignée l'information, ce qui pose la problématique de la démotivation du personnel à la rechercher, du gaspillage de temps passé pour la trouver, voire de sa perte sèche puisque l'information y est « noyée ».

Contrôle Qualité	<p>Premier niveau des démarches Qualité (cf.) : L'organisation doit vérifier la conformité du produit au cahier des charges ; c'est une vérification <i>a posteriori</i> du produit fini.</p>
Démarches Qualité (niveaux)	<p>Ensemble des approches et des actions menées par une organisation pour répondre aux exigences et attentes de ses clients, puis assurer son fonctionnement optimisé et durable.</p> <p>Elles se déclinent en plusieurs niveaux de complexité croissante, car elles imposent à l'organisation un degré de maîtrise de plus en plus global et diversifié (cf. autres notions du glossaire) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Contrôle Qualité - Assurance Qualité - Management <u>de</u> la Qualité - Management <u>par</u> la Qualité = Qualité Totale - Modèle d'Excellence.
Iatrogénie	<p>Ensemble des effets indésirables causés au patient dans les suites d'un acte médical ou d'une prise médicamenteuse.</p>
Implémentation	<p>Appropriation, planification et déploiement d'un projet ou d'un modèle organisationnel.</p>
Indicateur	<p>Elément significatif, qui permet d'évaluer un phénomène ou une situation, le plus souvent de façon chiffrée ou graduée. Il doit inviter à une réflexion sur les raisons qui l'ont fait varier.</p> <p>L'interprétation faite de l'indicateur, notamment en fonction du contexte, permet donc d'obtenir des renseignements ou de tirer des conclusions.</p> <p>En Qualité notamment, il peut être utilisé à visée de suivi d'un phénomène ou de la réalisation d'un projet, ou bien à visée de résultats (en le comparant à un objectif visé). Il peut donc servir de signal d'alarme, comme de levier motivationnel.</p>
Indicateur apophatique	<p>Indicateur se définissant par la négative : « absence de survenue de l'évènement ».</p>
Indicateur cataphatique	<p>Indicateur se définissant par l'affirmative : « l'évènement est survenu ».</p>

Indicateur composite

Indicateur unique, mesurant comme phénomène le résultat final de « l'aboutissement d'un ensemble de processus complexes cohérents »

Par exemple dans un service de réanimation : l'indicateur « nombre de Pneumopathie Acquisée sous Ventilation Mécanique par an » traduit le succès des processus « installation du patient dans son lit », plus « administration des soins de bouche », plus « sevrage précoce de la ventilation mécanique », plus « prévention de l'ulcère gastrique » etc.

Si l'indicateur reste correct, on peut estimer que tous les processus sont correctement maîtrisés ; en revanche, la variation de l'indicateur doit amener à rechercher le processus défaillant / performant, parmi tous ceux qu'il recouvre.

Indicateur de processus

Indicateur mesurant comme phénomène le résultat d'un processus unique.

Par exemple dans un service de réanimation : l'indicateur « nombre d'ulcères gastriques par an », témoigne de la réalisation du processus « prévention de l'ulcère gastrique » (par l'administration de médicaments anti-acides, la reprise alimentaire par voie entérale etc.)

Indicateur sentinelle

Indicateur national développé en santé publique, permettant une veille épidémiologique fortement axée sur les maladies infectieuses, en ville comme à l'hôpital.

Indicateur synthétique

Indicateur unique, mesurant un phénomène générique, composé de l'aboutissement de plusieurs processus divers, non nécessairement cohérents entre eux.

Le mode d'interprétation est semblable à celui des indicateurs composites, à savoir que la variation de l'indicateur synthétique doit faire rechercher la cause parmi les divers processus qu'il recouvre.

Par exemple dans un service de réanimation : nombre de « jours parfaits », c'est-à-dire que l'on a préalablement défini tels quels : « sans agression du personnel par les proches » et « sans extubation imprévue » et « sans recours injustifié à une molécule thérapeutique onéreuse ».

Management de la Qualité

Troisième niveau des démarches Qualité (cf.) :

L'organisation doit prouver qu'elle maîtrise à la fois la conformité du produit et la réalisation des procédés de production, mais également la coordination de l'ensemble

de ses processus d'activités, et de son fonctionnement interne.

**Management par la Qualité
= Qualité Totale**

Quatrième niveau des démarches Qualité (cf.) :
L'organisation doit prouver qu'elle a une maîtrise totale à la fois de son fonctionnement interne, et à la fois de ses processus décisionnels et stratégiques, de ses interactions avec son environnement, de la satisfaction de ses parties prenantes (porteurs d'enjeux), dans une dynamique d'amélioration continue de ses prestations.

Modèle d'Excellence

Dernier niveau des démarches Qualité (cf.) :
L'organisation doit prouver que son système organisationnel de Qualité Totale lui permet d'obtenir des performances remarquables et durables, qui satisfont voire dépassent les attentes de toutes ses parties prenantes

**Partie prenante
= Porteur d'enjeux**

(d'après EFQM v2013) Personne(s) ou organisation, dont l'activité est en lien avec celle du système organisationnel étudié : soit parce qu'elle a la possibilité d'avoir un impact dessus, soit parce qu'elle en subit l'influence ; elle y porte donc un intérêt particulier, et réciproquement le système organisationnel doit tenir compte des attentes et intérêts qu'elle apporte.

Processus

(d'après EFQM v2013) Ensemble d'activités qui interagissent entre elles, créant de la valeur ajoutée en transformant les entrées en résultats par l'utilisation de ressources, le résultat d'une activité devenant l'entrée d'une autre activité etc. C'est un mécanisme de transformation dynamique.

Stratégie

(d'après EFQM v2013) Ensemble des décisions tactiques prises au sein d'un système organisationnel, dans le but d'accomplir sa mission et de mettre en œuvre sa vision. Celle-ci mobilise de nombreux processus, dans le but d'atteindre divers objectifs, à différents termes.

RESUME

Introduction : Le service de Médecine Intensive et Réanimation (MIR) du Centre Hospitalier de Dunkerque, revendique une culture « qualité, gestion des risques, et management organisationnel » prégnante, et a su développer sa propre dynamique d'amélioration continue de ses prestations. Son évaluation par le modèle d'Excellence en Qualité de l'EFQM, a pour but de valoriser la performance du système managérial du service MIR, ainsi que d'identifier de nouvelles pistes d'amélioration organisationnelle, au cœur de ses interactions avec l'ensemble de ses nombreuses parties prenantes.

Matériel et Méthodes : 1^{er} temps : autoévaluation à partir d'un questionnaire distribué à l'ensemble des membres du personnel, qui devaient attribuer une note subjective de 0 à 4 selon le degré de réalisation du critère dans le service MIR ; puis synthèse des notes individuelles et conversion des notes en points selon le barème officiel du modèle EFQM version 2013. 2nd temps : évaluation externe après rédaction d'un dossier et visite « sur site » par deux consultants experts du modèle EFQM, puis attribution finale des points.

Résultats : 73 questionnaires d'autoévaluation rendus et analysés (/93 distribués). Notes similaires entre l'autoévaluation et l'évaluation externe concernant les critères « facteurs » 1 à 5 (300 vs. 303 /500 pts), mais distinctes concernant les critères « résultats » 6 à 9 (275 vs. 138.75 / 500 pts) ; note finale du service MIR : 442/1000 pts. Selon la grille d'évaluation externe de référence, perte de points principalement liée au manque de mesures prouvant la performance des résultats.

Conclusion : nécessité de développer de nouveaux indicateurs objectifs et mesurables, autres que ceux « cœur de métier », afin de 1) mieux considérer la satisfaction et les attentes de chacun des acteurs avec lesquels le service MIR interagit, 2) assurer un développement durable médico-économico-sociétal, dans un monde médical d'évolution rapide, diversifiée et continue.

I. INTRODUCTION

1. La réanimation : une organisation de « haut-niveau »

A. *Une définition professionnelle, encadrée par la loi et par les sociétés savantes*

La réanimation, activité principale des services hospitaliers de « médecine intensive et réanimation » (MIR), est une terminologie qui désigne à la fois une spécialité médicale, une typologie de soins, mais aussi une zone géographique intrahospitalière définie, et un système organisé (1).

Médicalement et dans la loi, il s'agit d'y « prendre en charge les patients en situation critique », c'est-à-dire dont le pronostic vital est engagé en raison d'au moins une défaillance d'organe aiguë potentiellement réversible, nécessitant l'application de techniques particulières de suppléance (ventilation mécanique, épuration extrarénale, suppléance circulatoire, surveillance et explorations cardiovasculaires) (2,3).

L'intégralité des patients doit légalement bénéficier de soins particuliers comprenant un monitoring des paramètres vitaux renforcé, l'accès à des technologies pointues, des soins paramédicaux accrus avec des effectifs prédéfinis, et d'une présence médicale permanente (4).

La localisation du service dans l'hôpital doit également répondre à un certain nombre de critères : zone dédiée et stratégique de l'hôpital, le plus souvent à proximité immédiate avec le service des urgences et les autres services de haute technologie (bloc opératoire, imagerie, laboratoire, examens complémentaires délocalisés, secteur interventionnel) (5).

Ces exigences sont conséquemment renforcées par les recommandations professionnelles (2), issues des sociétés savantes particulièrement actives (Société de Réanimation de Langue Française (SRLF), Société Française d'Anesthésie-Réanimation (SFAR)), dans une recherche permanente d'excellence médicale, tant au niveau de l'amélioration des prises-en-charges que de celle de l'organisation des services de soins.

Le système organisationnel doit en effet articuler une équipe pluridisciplinaire (médecins et paramédicaux : infirmier(e)s, aide-soignant(e)s, kinésithérapeutes,

cadres de santé etc.), beaucoup de matériels, de nombreux traitements spécifiques, autour de n'importe quel patient dans un état grave, accompagné de ses proches, le tout en gardant une maîtrise financière soutenable.

B. La gestion permanente de multiples complexités

Les services de MIR doivent composer au quotidien avec de multiples dimensions :

- intégration de l'urgence dans la routine,
- peu de tolérance à l'erreur et à l'ambiguïté, devant l'enjeu de la « vie humaine », malgré de nombreuses incertitudes, considérations éthiques,
- comorbidités multiples des patients, dont la participation et le consentement sont le plus souvent limités voire impossibles à obtenir du fait de troubles de conscience,
- désarroi des proches, parfois vindicatifs,
- équipe nombreuse (environ une centaine de personnes pour une quinzaine de lits de réanimation), interdépendance exacerbée de toutes les catégories professionnelles,
- soins techniques, complexes, le plus souvent dispensés dans des conditions d'hygiène strictes et à haut risque d'iatrogénie*,
- utilisation de technologies de plus en plus sophistiquées, disponibilité et fiabilité du matériel
- devoir réglementaire d'actualisation des savoirs médicaux, accréditation professionnelle des médecins exerçant cette spécialité médicale à risque, et formation continue nécessaire des professionnels
- gestion des flux d'admission et de sortie des patients, et de la problématique des soins non reportables à prendre en charge à tout moment et dans les meilleurs délais,
- permanence des soins à assurer 7/7 jours et 24/24 heures tant au niveau médical que paramédical, et prises-en-charges de tous les patients graves provenant du bassin de santé prédéfini par les autorités publiques,
- pièce maîtresse au sein de l'hôpital, avec intervention au sein des services en cas d'urgence vitale intrahospitalière ou de décompensations aiguës de patients déjà hospitalisés, mais dépendance envers les services d'aval pour les suites de prises-en-charges,

- gestion d'un budget conséquent (en moyenne 10% de celui de l'hôpital), selon le modèle du « *low volume, high complexity service, with low-predictability* » (6).

Le fonctionnement de ce type de service requiert donc un niveau d'organisation augmenté, efficace et efficient, qui s'inscrit nécessairement dans une recherche permanente d'optimisation, dont les modalités sont laissées à la discrétion des établissements.

C. *La culture du management en réanimation*

Management et réanimation, sont intimement liés depuis la genèse-même de cette dernière (7) : durant l'épidémie de poliomyélite de 1953 au Danemark, regrouper les malades sous assistance par « poumons de fer », dans des unités spécifiques, avec surveillance permanente et protocoles de soins standardisés, était la première évaluation d'un changement organisationnel générant un bénéfice clinique.

Depuis, le monde de la réanimation n'a cessé de faire fructifier sa culture du « management », en diffusant parmi ses personnels des valeurs telles qu'analyse de l'activité, sécurité, prévention et gestion des risques, anticipation, réorganisation, qualité des soins dispensés, qui sont motrices de nombre de démarches.

L'évaluation est un outil-clé, qui a notamment largement été exploité : description du *case-mix* (c'est-à-dire des différents « types » de malades), élaboration de scores de gravité et de scores prédictifs de mortalité (IGS (Indice de Gravité Simplifié) etc.), quantification de la charge soignante quotidienne, indicateurs de qualité de vie post-réanimation, etc. (8)

De nombreux outils d'aide-à-la-décision dédiés au management ont aussi été développés : tableaux de bord (9), algorithmes, référentiels de recommandations, groupe d'audits spécifiques.

Plusieurs études de grande envergure ont été menées afin d'optimiser l'organisation des unités : que ce soit au niveau structurel (par exemple les études EURICUS I et EURICUS II (10,11)), ou au niveau de la coordination des équipes (12,13).

Parallèlement, dans le cadre de nouvelles obligations réglementaires portées par la Haute Autorité de Santé (HAS) et appliquées dans l'ensemble des services de soins

hospitaliers, de nouvelles approches* dérivées d'autres outils de Qualité y ont été implantées, afin d'inviter les professionnels à réfléchir encore davantage sur leurs pratiques (revues de morbi-mortalité, retours d'expériences, évaluation des pratiques professionnelles etc.).

C'est de façon tout à fait naturelle, que le cheminement des professionnels de réanimation dans un processus d'amélioration continue, les a amenés à prendre conscience de l'importance d'une appréciation plus globale de la prise-en-charge des patients, et notamment de la satisfaction de leurs divers besoins (14). Cette approche s'est inscrite dans la transposition des démarches de qualité de l'ISO (*International Organisation for Standardisation*) du monde industriel vers le monde de la réanimation, qui incite les entités « à satisfaire les besoins exprimés et implicites », « par une maîtrise de leurs processus* », dans une approche « parties-prenantes* », c'est-à-dire dans laquelle la satisfaction des porteurs d'enjeux* est un résultat majeur recherché (15).

Les « porteurs d'enjeux » principaux sont ainsi identifiés : patients, familles et proches, personnels soignants. La recherche du « mieux vivre » de chacun au sein de la réanimation, est donc un objectif-clé entériné par une conférence de consensus commune SRLF-SFAR, depuis 2009 (16).

2. Le service de Médecine Intensive et Réanimation de Dunkerque : une sensibilisation particulière à la Qualité

A. Un service qui s'inscrit dignement dans la culture d'excellence de la réanimation

Le service de Médecine Intensive- Réanimation (MIR) du Centre Hospitalier de Dunkerque (CHD) (59, Nord), est composé de 4 unités fonctionnelles (UF) avec des activités différentes, dont : la réanimation polyvalente (c'est-à-dire médico-chirurgicale) non spécialisée, de taille moyenne (13 lits), couplée à une Unité de Surveillance Continue (USC) (8 lits), une activité de Prélèvement Multiple d'Organes (PMO), et une activité de Consultation Spécialisée (CS).

Il emploie environ une centaine de personnels médicaux, paramédicaux, agents des services hospitaliers, et secrétaires. L'encadrement est constitué d'un responsable de service (médecin) et de plusieurs cadres de santé (infirmiers). Son « bassin de soin »

est le Dunkerquois et la Flandre maritime (soit une population d'un peu plus de 250 000 habitants). L'activité y est soutenue : environ 680 patients pris-en-charge par an rien que pour l'unité de réanimation, le double en y ajoutant l'activité de l'USC. Son budget de fonctionnement est d'environ 6 millions d'euros. Les indicateurs* du service proviennent à la fois des données générales du CHD, en plus d'indicateurs spécifiques de la réanimation, et de ceux des réseaux de surveillance. Bien que le service MIR ne soit pas classé « universitaire », il reste un lieu privilégié de formation des nombreux internes et étudiants de la Faculté de Médecine de l'Université de Lille, ainsi que des étudiants paramédicaux des différentes écoles.

Le service MIR est particulièrement proactif au sein des réseaux de réanimation : membre du Collège Extra-Universitaire de France du Nord-Pas-de-Calais (CREUF NPDC), collaborations privilégiées avec d'autres services (notamment celui de Douai), participations régulières et présentations aux congrès nationaux de la SRLF etc. C'est un service qui a également su mettre en place une veille efficace envers les nouvelles recommandations professionnelles, qu'il s'applique à mettre en pratique ; la plupart du temps en s'appuyant sur différents projets annuels, menés de façon pluridisciplinaire par l'ensemble des catégories professionnelles (gestion des procédures spécifiques en lien avec les techniques d'assistance d'organe etc.). Ainsi, le service MIR se maintient au contact de l'innovation et à l'écoute des propositions de ses collaborateurs médicaux et paramédicaux, et la dynamique d'amélioration continue inspirée par la culture de la réanimation française, y trouve une résonance particulière.

Néanmoins, le fonctionnement sur service MIR est également directement intégré à celui du CHD dans son ensemble, dont il est sous la tutelle managériale. Ainsi, au-delà de sa « vie-propre », le service MIR partage et développe les mêmes visions et orientations stratégiques, bénéficie des systèmes d'achats et partenariats centralisés, et intègre les contraintes inhérentes à la répartition des ressources communes, satisfaisant aux exigences d'un fonctionnement en collectivité ; tant au niveau intrahospitalier, territorial au sein de son Groupe Hospitalier de Territoire (GHT), que régional via les directives de l'Agence Régionale de Santé (ARS).

B. L'impulsion donnée par le Centre Hospitalier de Dunkerque, établissement particulièrement orienté « Qualité »

Sous l'impulsion initiale de la procédure de certification de la Haute Autorité de Santé (HAS) au début des années 2000, le Centre Hospitalier de Dunkerque a par la suite développé à son échelle une forte culture centrée autour de la Qualité : que ce soit sous la forme d'une meilleure intégration du patient dans son parcours de soins (parcours éducatifs), d'un renforcement de sa position stratégique dans sa zone de soins, d'une conformité totale aux attentes des instances publiques nationales et aux schémas régionaux d'organisation de santé ; mais aussi plus récemment l'intégration novatrice des dimensions écologique et culturelle (17). L'ensemble des démarches est consigné dans des « projets d'établissements » pluriannuels, déclinés en projets médicaux et de soins, auxquels chacun des différents services est invité à prendre part.

Lors de l'aménagement de la zone tertiaire du service comprenant les nouveaux bureaux médicaux attenants à la réanimation, une attention particulière a été portée à la proximité immédiate du bureau du responsable de service MIR, adjoint du chef de pôle, à ceux de la cadre supérieure de pôle et de la responsable de la cellule qualité et gestion des risques du CHD, de façon à renforcer leur collaboration déjà bien éprouvée.

Ainsi le service MIR bénéficie-t-il d'un soutien et d'un engagement fort de la Direction dans la plupart des projets « qualité » qu'il entreprend, au point de devenir « service pilote » pour nombre d'entre eux avant leur généralisation à l'ensemble de l'hôpital (« objectif zéro papier », pilotage par tableau de bord, etc.).

C. Une « culture Qualité » propre au service MIR

En plus de son affiliation spirituelle au monde de la réanimation, et de l'impulsion locale au sein de la démarche Qualité du CHD, le service MIR bénéficie également d'une sensibilité propre à la question du management de et par la Qualité, depuis maintenant une dizaine d'années.

D'une part grâce aux compétences spécifiques de son responsable de service, titulaire d'un Diplôme Universitaire de Qualité de la Faculté de l'Ingénierie et du Management

de la Santé de Lille (ILIS), ainsi que des cadres de santé formés aux concepts et outils du management à l'Ecole des Cadres de l'ILIS.

Le personnel, dont le taux de renouvellement est faible, a bénéficié de demi-journées de formation spécifiquement dédiées à la Qualité, afin d'être sensibilisé à ses enjeux. La méthodologie des groupes de travail repose sur celle prédéfinie des « Plans d'Action Qualité » (PAQ), ceux-ci sont copilotés par des référents volontaires médicaux et paramédicaux, et ont des thématiques particulièrement diversifiées : gestion des risques, protocolisation des pratiques, support d'information, amélioration de la qualité de vie des patients en réanimation, accueil des proches etc. Des Evaluations des Pratiques Professionnelles (EPP) sont régulièrement réalisées, et la rationalisation des pratiques du service repose sur des revues de pertinence de prescription semestrielles (« staff-EPP » du service MIR). La Figure 1 représente quelques-uns des principaux projets entrepris par le service MIR depuis 2012.

La formalisation des interfaces avec les services partenaires du service MIR (pharmacie, imagerie, biomédical etc.) est également un point d'attention particulier depuis de nombreuses années ; celle-ci se concrétise par la signature bipartite de « contrats client-fournisseur », et la rédaction de « filières de prises-en-charges » avec les services de soins (urgences, pneumologie, médecine interne etc.)

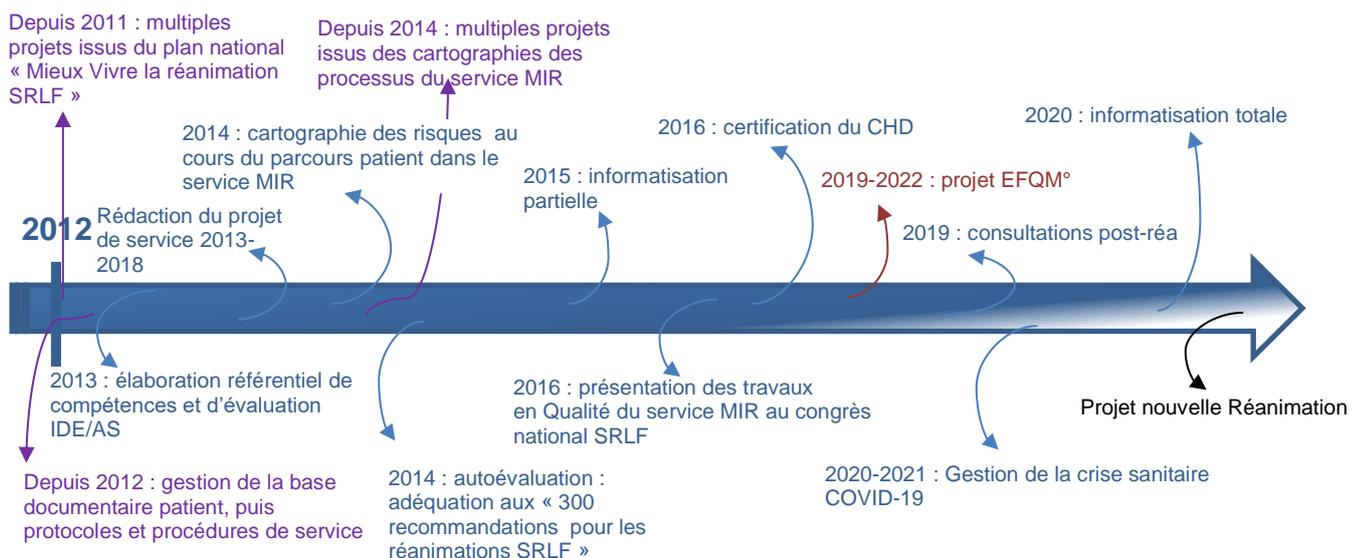


Figure 1. Quelques exemples de projets majeurs mis en œuvre dans le service MIR depuis 2012.

Ainsi, si la mission du service MIR est d'exaucer la définition de la santé de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), à savoir rendre au patient un « état de complet bien-être physique, mental et social, qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité », sa vision consiste à répondre à la définition de l'OMS de la Qualité des soins, à savoir « 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 ».

3. Le choix du modèle d'Excellence de l'European Foundation for Quality Management (EFQM)

A. Les défauts du modèle de la procédure de certification de la HAS

La procédure de certification HAS est incontestablement le modèle qui a introduit la « Qualité » moderne dans le système hospitalier français. Elle est réalisée de façon obligatoire, cyclique, par une évaluation externe avec visite sur site, pour tous les établissements de santé français. Elle fait néanmoins l'objet de nombreuses critiques, notamment dans le monde soignant : prescription et priorisation imposées des actions à mener, 'administrativo-centrisme' évaluant davantage la capacité de pilotage des directions plutôt que la qualité du fonctionnement des services de soins (18), dualité des enjeux parfois contradictoires (19,20), phénomène de bureaucratisation* (« faire de la qualité pour faire de la qualité ») (21).

Du point de vue théorique, celle-ci s'appuie sur la roue de l'amélioration continue PDCA (*Plan-Do-Check-Act*, Préparer-Déployer-Contrôler-Améliorer), et semble s'inscrire dans une analyse « structure et processus » issue du modèle de l'évaluation de la qualité des soins de Donabedian, omettant (jusqu'à sa version 2020) de tenir compte des « résultats en santé » des établissements pour leur accorder un niveau de certification. Ceci la positionne donc comme un modèle de gestion de la qualité* (tendant toutefois au fil des versions vers un niveau de management par la qualité*) (cf. glossaire « démarches Qualité* »), actuellement pénalisé par un défaut

d'alignement des visions stratégiques, puisque celles-ci ne sont pas guidées par un consensus sur des objectifs clairs issus de résultats mesurés.

B. L'intérêt du service MIR initialement porté vers le modèle de certification ISO 9001

Le modèle ISO 9001 est une norme internationale, pouvant certifier n'importe quel type d'organisme capable de répondre à ses 7 principes de management de la qualité, institués comme fondements d'un système organisationnel performant. De sorte qu'en plus d'évaluer le niveau de maîtrise par l'organisme de son propre fonctionnement interne et de ses processus décisionnels, en s'appuyant sur des « preuves » et une démarche d'amélioration, il s'agit de tenir compte en particulier de son « orientation client », de ses interactions avec ses parties intéressées, et de sa capacité d'appui sur un leadership fort et sur l'implication du personnel. L'ISO 9001 est donc une démarche de « Qualité Totale* ».

Ce modèle présente l'avantage de répondre à de nombreux critères de la définition de la Qualité des soins de l'OMS (cf. 2.C.) : assurance qualité, recherche de résultats performants, devoir d'actualisation, recherche d'efficience, limitation des risques, recherche de satisfaction du client/patient ; auxquels s'adjoignent les concepts de relations mutuellement bénéficiaires avec les « fournisseurs », et d'une cohésion indispensable entre l'encadrement et le personnel, qui sont des valeurs naturellement présentes dans l'équipe du service MIR (interdépendance avec les autres services du CHD, interdépendance avec les différentes catégories professionnelles).

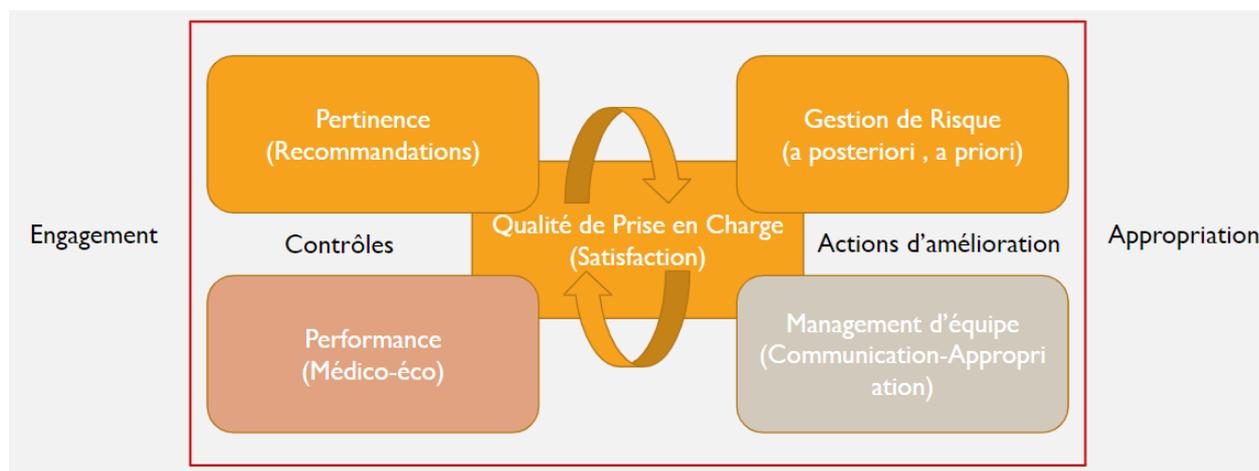


Figure 2. Appropriation du modèle ISO 9001 par le service Médecine Intensive- Réanimation du Centre Hospitalier de Dunkerque.

Le service MIR du CHD s'est dans un premier temps approprié cette démarche, en la modélisant tel que dans la Figure 2.

C. L'absence de « visibilité » de la cohérence stratégique du service MIR, par le modèle ISO 9001

La certification ISO 9001 est réputée comme laborieuse et se présente, tout comme la procédure de certification de la HAS, sous la forme d'une liste de critères thématiques à remplir.

De plus, si l'ISO 9001 s'assure que l'organisme possède des outils mis en place pour recueillir les données et piloter son organisation, le modèle ne dispose en revanche pas du cadre théorique pour vérifier la cohérence « systémique » des objectifs fixés / approches réalisées / résultats obtenus, ce qui le rend inapte à « guider » les décisions stratégiques de l'organisme.

En outre, si le modèle ISO 9001 éprouve la robustesse des approches déjà existantes, il manque néanmoins de tester l' « articulation » entre ces dernières, et donc de démasquer les dysfonctionnements éventuels, voire les conflits d'intérêts entre porteurs d'enjeux.

Enfin, il n'est pas conçu pour faire émerger créativité et innovation.

Or, le service MIR du CHD possède déjà un système organisationnel bien établi et éprouvé, ce qui est démontré par les succès des multiples projets entrepris. Les principaux risques du service sont maîtrisés ; beaucoup d'aspects du « Mieux-vivre la réanimation » (cf. 1.C.) ont été traités ; les systèmes de communication et de transfert des patients avec les autres services semblent efficaces ; le service MIR entretient une relation « harmonieuse » avec la Direction ; les collaborations et la bonne réputation auprès des réanimations de la région sont installées. Ainsi, inspirer un nouveau « souffle » à la Qualité dans le service MIR requiert de 1) valoriser tout le travail déjà effectué par l'équipe du service MIR, 2) trouver d'autres pistes d'amélioration pour initier de nouveaux projets.

D. L'EFQM, un modèle découvert « fortuitement », qui a séduit

C'est cette recherche de « nouveau souffle », qui a amené à comparer le modèle ISO 9001 au modèle de l'EFQM.

L'EFQM est un modèle d'Excellence* : c'est-à-dire qu'en plus d'une démarche de « Qualité Totale », celui-ci fournit un « cadre global de référence pour le système de management de l'organisation », afin de développer une excellence durable par : des résultats performants remarquables (donc mesurés et comparés, par un suivi des tendances et du *benchmarking**), qui au moins satisfont voire dépassent les attentes (qui doivent donc faire l'objet d'une veille et d'une évaluation en permanence), de l'ensemble des parties prenantes (et non plus seulement des « clients ») (22).

Le modèle se décompose en 3 parties : concepts fondamentaux de l'Excellence, modèle d'Excellence (boîte-à-outil), et logique RADAR (cf. annexe 1). Il regroupe 9 critères, traités par un total de 32 sous-critères (cf. annexe 2). C'est un modèle particulièrement visuel, qui met en valeur à la fois l'ensemble des parties prenantes sous une forme cartographique (et non une liste), ainsi que l'« alignement » indispensable des Facteurs (ou leviers transformationnels) pour obtenir des Résultats concordants. De plus, la pondération de l'importance des différents facteurs est tout-à-fait équitable, soulignant la nécessité de tous les maîtriser pour garantir la performance.

En plus de celles inhérentes au concept-même d'excellence, la première particularité de l'EFQM par rapport à l'ISO 9001 est de placer la stratégie* comme « partie prenante à part entière », c'est-à-dire qui a des besoins et exigences propres, qui doivent être satisfaits et mis en cohérence avec ceux de tous les autres acteurs.

Sa seconde particularité est de placer la collectivité / l'environnement comme autre partie prenante, ce qui est censé assurer la durabilité du succès, par une adaptation continue aux transformations du « monde extérieur » (sociétales, environnementales, technologiques etc.).

Sa troisième particularité est le haut-degré de « personnalisation » possible de l'évaluation d'une organisation par le modèle EFQM ; en effet, celui-ci est déclinable à tous types de taille d'effectif, d'activité, de système directionnel, etc. et permet surtout de particulièrement bien mettre en valeur les spécificités de l'organisme, sous forme de plus-value. Par ailleurs, les critères qui ne sont pas remplis ne sont pas pénalisants.

Sa quatrième particularité est la logique RADAR, qui est particulièrement puissante, puisqu'au-delà des dimensions de la roue PDCA, elle invite à gérer et planifier les

modalités de réévaluation des cycles d'amélioration continue à un niveau supérieur à l'ISO 9001.

Il apparaît clairement que, par opposition aux procédures de certification de la HAS ou de l'ISO 9001 qui sont purement à visée « gestionnaire », le modèle d'Excellence EFQM se pose comme un modèle « visionnaire », qui encourage et génère de l'émulation collective et du challenge, propices à la créativité et à l'innovation, à court comme à long terme.

Ainsi, sa clarté, ses ambitions, son état d'esprit, et la méthodologie déployée, sont parfaitement en accord, tant avec les process déjà employés qu'avec les aspirations du service MIR.

E. L'EFQM, un modèle déjà largement utilisé dans le monde de la santé en Europe... mais totalement anecdotique en France !

Le modèle EFQM est l'un des modèles de management par la Qualité de référence dans le monde de la santé européen (23).

Historiquement porté par les Pays-Bas (berceau du tout premier modèle EFQM), et par la Grande-Bretagne lors de sa campagne d'excellence en santé au cours des années 1990 (25,26), le modèle a ensuite été testé dans d'autres pays (Allemagne, Norvège, Finlande (27), puis progressivement incorporé aux divers programmes de Qualité en santé des pays européens (Pays-Basque espagnol, Luxembourg, Belgique, Italie) (28).

Bien que la littérature médicale à ce sujet soit l'affaire d'initiés donc peu abondante, plusieurs auteurs ont comparé les critères de choix de modèles de Qualité (dont l'EFQM) face à d'autres (dont l'ISO 9001) (29,30), ou bien l'intérêt clinique de ces modèles (31).

A noter que la quasi-totalité des démarches d'implémentation* du modèle EFQM, est réalisée à l'échelle des établissements voire de groupements hospitaliers ; mais très peu sont retrouvées dans la littérature à l'échelle des services de soins.

Par ailleurs, de nombreux hôpitaux à travers l'Europe se sont lancés dans l'aventure du développement complet du modèle et de la procédure d'évaluation externe, et ont pu concrétiser cette expérience par l'obtention du plus haut niveau de récompense européen (Hospital Zumárraga (Espagne, lauréat 2005), Hôpitaux Kirchberg

(Luxembourg, finaliste 2009)). Régulièrement encore, différents hôpitaux continuent d'implémenter ce modèle et de se mettre sur la ligne de départ des prix Qualité, avec succès (Sanitas Hospitales (Espagne, 2015), Hospital Universitario Moncloa (Espagne, finaliste 2018), Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz (Espagne, lauréat 2021)).

Pourtant en France, le modèle est quasiment inconnu, la seule équipe hospitalière en ayant fait l'expérience (et l'ayant publiée) étant un service de radiologie à Rennes en 1999 (32).

4. Objectifs et Hypothèse de travail

L'objectif stratégique de ce travail est de saisir :

- 1) l'opportunité de continuer de s'améliorer, de valider la pertinence des pratiques déjà ancrées dans le service MIR, de les approfondir et les consolider ; mais également de détecter les failles potentielles dans son système d'organisation.
- 2) l'opportunité d'une reconnaissance externe de l'exemplarité du service MIR, et de valoriser ses efforts entrepris en Qualité, bien au-delà des exigences réglementaires.

L'objectif opérationnel de ce travail est de mener une autoévaluation interne, comme première étape d'implémentation du modèle EFQM dans le service MIR, puis une évaluation externe par des experts de ce modèle.

L'hypothèse est que le service de Médecine Intensive- Réanimation du Centre Hospitalier de Dunkerque, par sa « culture Qualité » particulièrement développée ces dix dernières années, est capable de démontrer son excellence organisationnelle durable grâce au modèle EFQM, qui, hormis l'expérience du service de radiologie rennais, est anecdotique en France, et n'a jusqu'à présent jamais été implémenté à l'échelle d'un service de MIR, avec toutes ses problématiques complexes.

II. MATERIEL ET METHODES

Le projet EFQM a été inscrit officiellement au programme des actions Qualité du service MIR de l'année 2019.

Une première approche du modèle a brièvement été communiquée à l'ensemble du personnel du service MIR à l'occasion de la réunion de service annuelle au mois de mars 2019.

Le soutien de la Direction du CHD a été officiellement obtenu au mois de juillet 2019, sous la forme d'un engagement dans la démarche EFQM formalisé et signé par le Directeur, inscrit dans le cadre de la politique institutionnelle de qualité et gestion des risques de l'établissement, et nommé le responsable de service comme pilote du projet, avec le concours de la Direction Qualité et Gestion des risques du CHD en soutien.

Le modèle EFQM a été présenté en détail aux membres du personnel paramédical à l'occasion des « journées de formations paramédicales », à la fin du mois de novembre 2019.

Le travail d'évaluation du service en tant que tel, a été mené en 2 temps : autoévaluation par les membres du service MIR, puis évaluation externe (non certifiante) réalisée par deux experts du modèle EFQM.

1. Autoévaluation par les membres du service MIR

Un questionnaire d'autoévaluation a été conçu au cours des mois d'août à novembre 2019, en croisant différents supports de référence (22,33,34). Celui-ci a pris la forme d'un « cahier d'activité » voulu ludique (cf. annexe 3), rappelant l'engagement de la direction, réexpliquant la vocation du modèle EFQM, détaillant le mode d'emploi du cahier d'activité, et enfin décrivant les 32 sous-critères un par un, dans le but de leur appliquer une notation recueillie au sein d'une grille synthétisant chacun des 32 sous-critères, à la fin du cahier d'activité.

Chacun des chapitres, pour chaque sous-critère, a été divisé en 3 parties :

- Présentation du sous-critère : les intitulés et descriptions officiels ont été conservés tels quels, pour plus de transparence. Néanmoins, un travail de traduction

agrémenté de pistes de réflexion et d'exemples spécifiquement issus des pratiques médicales, a été entrepris dans le cadre d'une description complémentaire, dans le but de faciliter la compréhension et les enjeux inhérents à chaque sous-critère (cf. annexe 3). Cette description complémentaire a été élaborée à partir des indications du modèle en lui-même (22), mais également d'autres sources provenant de consultants et organisation (33,34) spécialistes du modèle EFQM.

- Tableau d'état des lieux : divisé en 3 grandes catégories (points forts / positifs ; domaines d'amélioration / points négatifs ; idées de plans d'action) et 2 colonnes « preuves » et « maturité » (cf. annexe 3), il a eu pour vocation de recueillir les idées suscitées par l'intitulé du critère. Pour chaque élément cité, les participants sont invités à réfléchir à des « preuves » factuelles et objectives, afin de justifier leurs arguments. Chaque « preuve » peut être en elle-même assortie d'une note de maturité (cf. ci-dessous).
- Tableau de maturité : qui permet d'évaluer par une échelle simple (Tableau 1), le degré d'implantation des actions entreprises, dans le quotidien de l'équipe.

Les participants ont dû ensuite noter le sous-critère « dans sa globalité », selon le système de notation de 0 à 4, exposé dans le Tableau 1 :

Tableau 1. Echelle de « maturité » des sous-critères, dans la pratique du service MIR.

0	1	2	3	4
jamais	ponctuellement	de temps en temps	toujours	Et même plus !
Il n'existe aucune mesure en place dans le service	Il existe quelques initiatives individuelles, non officielles	L'idée d'une action collective a été émise, mais sans concrétisation/ non respectée par la majorité/ à réitérer	Il existe une politique de service bien établie et respectée	C'était déjà une innovation, voire de nouvelles améliorations ont émergé depuis !

Cette notation s'inspire de celle de la logique RADAR (cf. annexe 1). Il s'agit de la seule réponse obligatoire du questionnaire.

Une adresse e-mail dédiée a été créée, afin de répondre quotidiennement aux questions éventuelles des membres du personnel à propos du questionnaire, en plus des questions orales directement posées aux investigateurs.

Les cahiers d'activité ont été imprimés puis distribués à l'ensemble des médecins, infirmier(e)s, aide-soignant(e)s, et agents des services hospitaliers du service en décembre 2019 et récupérés en février 2020.

Les questionnaires ont été rendus de façon totalement anonymisée.

Par ailleurs, au vu du temps conséquent prévisible à consacrer au remplissage du cahier d'activité, surajouté à leur temps de travail clinique, les membres paramédicaux ont eu la possibilité de déclarer en heures supplémentaires toute heure dédiée à la réponse aux questionnaires.

Chaque cahier d'activité a été individuellement analysé. Les données (qualitatives et quantitatives) ont toutes été consignées dans un tableur (Excel). Pour l'analyse des notes de chaque sous-critère, seules celles contenues dans la grille de synthèse ont été retenues. Le mode des notes, c'est-à-dire la valeur la plus représentée, a été retenu pour l'évaluation de chaque sous-critère.

En fonction du mode (de 0 à 4) obtenu pour chacun des 32 sous-critères, un nombre de points sur 100 était accordé (Tableau 2) :

Tableau 2. Nombre de points obtenus sur 100, en fonction du mode des notes attribuées par le personnel.

0	1	2	3	4
0/100	25/100	50/100	75/100	100/100

Le nombre de points final accordé à chacun des 9 critères, résulte de la moyenne des points obtenue après addition des scores des sous-critères respectifs.

En résumé, les notes des sous-critères ont eu pour but de finaliser l'autoévaluation interne du service MIR, tandis que les données qualitatives issues des « tableaux d'état des lieux » ont eu pour vocation d'enrichir la rédaction du dossier pour l'évaluation externe.

2. Evaluation externe par deux experts du modèle EFQM

Celle-ci a sollicité les compétences de deux consultants en Qualité, accrédités et expérimentés dans l'évaluation d'organismes par le modèle EFQM version 2013,

totallement indépendants du service. L'évaluation a été réalisée de façon totalement bénévole par ces deux experts, intéressés par l'aspect inédit de cette expérience.

Une partie des éléments présentés dans le dossier d'évaluation externe, est directement issue des données qualitatives provenant des cahiers d'activité rendus par les différents membres du personnel. Il s'agit essentiellement d'exemples d'approches ou de projets mis en place dans le service, répondant factuellement aux 32 sous-critères.

Plusieurs entretiens semi-directifs avec le responsable de service ont également été menés. Ceux-ci ont eu pour objectif d'explorer la manière dont les concepts fondamentaux sont mis en œuvre au cœur de la stratégie du service, et sont visibles dans les résultats.

Enfin, une analyse complémentaire de la base documentaire du service a eu pour but d'extraire des données tangibles justificatives (comptes-rendus des réunions annuelles, tableaux de bord, tableaux de pilotage des projets, procédures rédigées etc.).

Un dossier d'évaluation externe a été rédigé entre avril et juillet 2021 (projet transitoirement suspendu au cours de la crise sanitaire de 2020). Celui-ci présente le service et ses spécificités, puis répond aux 32 sous-critères à partir d'arguments concrets.

Le dossier a été transmis au mois d'août 2021 aux deux évaluateurs externes. A noter que cette démarche d'évaluation externe n'est pas officielle, c'est-à-dire qu'elle n'est pas réalisée par un organisme certifiant.

L'évaluation par le modèle a été réalisée selon une grille appliquée au niveau régional (Tableau 3).

Une « visite sur site » des évaluateurs a eu lieu le 30 août 2021. Elle a consisté en un entretien semi-directif avec l'encadrement du service, et a eu pour but de compléter et rectifier l'évaluation externe démarrée à partir du dossier écrit.

La comparaison des notes entre l'autoévaluation interne et l'évaluation par l'expert est réalisée par test de Student pour données appariées, grâce au logiciel en ligne *Statistical Tools For High-Throughput Data Analysis*.

Tableau 3. Grille d'évaluation (régionale) utilisée par les experts.

Concernant les critères 1 à 5	Existence	Il existe une réponse qui démontre que la question est prise en compte, comprise et qu'une démarche est engagée
	Méthode	Par une dynamique de réactivité (action corrective)
		Par une approche en amont (action préventive)
		En intégrant une recherche d'amélioration continue
	Systematisme	La réponse est appliquée dans tous les domaines majeurs où la question se pose
		La réponse est appliquée dans chacun de ces domaines aussi souvent que nécessaire
Exemplarité	La méthode, son application et ses résultats méritent d'être communiqués à l'extérieur de l'entité	
Concernant les critères 6 à 9	Existence	Il y a des résultats mesurés sur l'ensemble du domaine
	Systematisme	Les résultats couvrent l'ensemble du domaine et sont mesurés depuis 3 ans
		Les résultats sont mesurés par rapport à des objectifs préalablement fixés
		Les niveaux atteints sont au minimum satisfaisants
		Les attentes sont favorables
	Exemplarité	Les résultats mesurés, montrent sur 3 ans, des performances remarquables par rapport aux objectifs
Les résultats mesurés, montrent sur 3 ans, des performances supérieures aux concurrents et/ou au marché		

III. RESULTATS

Sur les 93 cahiers d'activité distribués, 73 ont été rendus donc analysés (soit 78%).

La Figure 3 indique le mode retenu (c'est-à-dire la note la plus représentée) pour chaque sous-critère, après notation par le personnel. Les critères Personnel et Résultats Personnel ont des modes plutôt à 3, les critères Leadership et Partenariats et ressources ont des modes entre 2 et 3, les critères Stratégie, Processus, produits, services, et Résultats Clients, Collectivité, et d'Activité ont des modes à 2. Pour chacun des sous-critères est indiqué la notion qui a été mise-en-valeur au sein des cahiers d'activités afin d'aider le personnel dans sa notation.

Les Figures 4 et 5 montrent la répartition des notes attribuées à chaque sous-critère par le personnel ; celles-ci correspondent en majorité aux notes 2 (des actions collectives sont mises en place dans le service) et 3 (politique bien établie et respectée). Concernant le nombre de « non-répondants », il y en a environ 5% pour l'ensemble des sous-critères du critère 5 Processus, produits, services, ainsi que pour les critères 6, 7, 8 correspondants aux Résultats Clients, Personnel, et Collectivité ; environ 10% de non-répondants pour les sous-critères 4b (gestion financière) et 5c (communication extérieure) et les Résultats d'activité (ensemble du critère 9) ; enfin, pour chaque sous-critère du critère 2 Stratégie, on décompte plus de 15% de non-répondants. Le nombre de notes 4 (politique innovante) est faible ; on les retrouve surtout dans les critères Leadership (1a. développer les valeurs du service, 1d. porter vers l'Excellence), Personnel (3b. formation, 3c. responsabilisation, 3d. dialogue interne), et Processus, produits, services (5a. révision des procédures, 5d. garantir la prestation).

Le Tableau 4 représente le nombre de points attribué par critère, en fonction de la note des sous-critères attribuées par le service (autoévaluation interne), et par l'expert (évaluation expert). La note concernant la partie facteurs (critères 1 à 5) est sensiblement identique (300/500 *versus* 303/500, soit 60% du taux maximal de points possible), tandis que la note concernant la partie résultat (critères 6 à 9) diffère de façon importante (275/500 (55%) *versus* 139/500 (28%)), ce qui retentit sur la différence du total des notes, statistiquement significative ($p= 0.01$). La note finale attribuée au service MIR est 442/1000 (44%).

La Figure 6 compare la répartition des notes de chaque critère entre l'autoévaluation interne menée par le service, et l'évaluation réalisée par l'expert (explicitées dans le Tableau 4). Les courbes sont quasiment superposables pour les critères facteurs (1 à 5), mais divergent nettement pour les critères résultats (6 à 9). Alors que l'autoévaluation réalisée par le service MIR retrouve des résultats homogènes pour l'ensemble des critères (notes variant de 50 à 75/100), l'évaluation par les experts met clairement en évidence une déficience concernant les critères de résultats (note maximale 63.75/150 (43%) pour le critère 9 Résultats d'Activité, puis autres notes des critères 6, 7 et 8 rapportées à des taux de réussite inférieurs ou égaux à 25%). Les deux courbes révèlent sous forme d'encoche, une lacune similaire concernant l'absence de résultats pour la Collectivité (critère 8). En revanche, ces courbes s'opposent totalement concernant le critère 7 Résultats Personnel, bien noté au cours de l'autoévaluation interne (75/100) alors qu'insatisfaisant pour l'évaluation externe (22.5/100).

Le contenu de l'évaluation par l'expert (Tableau 5) a mis en évidence les points positifs suivants :

- prise en compte de tous les facteurs (critères 1 à 5) qui influent sur l'activité du service, et multiples démarches engagées
- bonne dynamique de réactivité du service, avec des actions correctives face aux problèmes ou changements détectés qui le nécessitent
- réponse apportée dans beaucoup de domaines majeurs
- réponse souvent apportée lorsque nécessaire

L'approche en amont par des actions préventives ou par anticipation, et l'intégration d'une recherche d'amélioration continue, ont des résultats intermédiaires, notamment pour les critères stratégie et processus, pour lesquels ils sont plus faibles. Il existe une démarche de mesure des résultats, qui n'est pas encore pleinement satisfaisante sur l'ensemble des domaines couverts par le service.

Les points négatifs relevés sont les suivants :

- il n'existe pas assez de résultats mesurés pour l'ensemble des critères 6 à 9
- les résultats mesurés existant depuis plus de trois ans sont insuffisamment nombreux
- les résultats ne se mesurent pas par rapport à des objectifs chiffrés ou gradués
- les tendances favorables sont peu visibles.

A noter que les trois assertions concernant le manque de diversité et de quantité des résultats mesurés sont intimement liées.

La question des « méthodes managériales innovantes » sous-tendant que leurs applications et résultats méritent d'être communiqués à l'extérieur de l'entité, ainsi que celle des « performances supérieures à celles des concurrents », semblent ne pas avoir été correctement comprises.

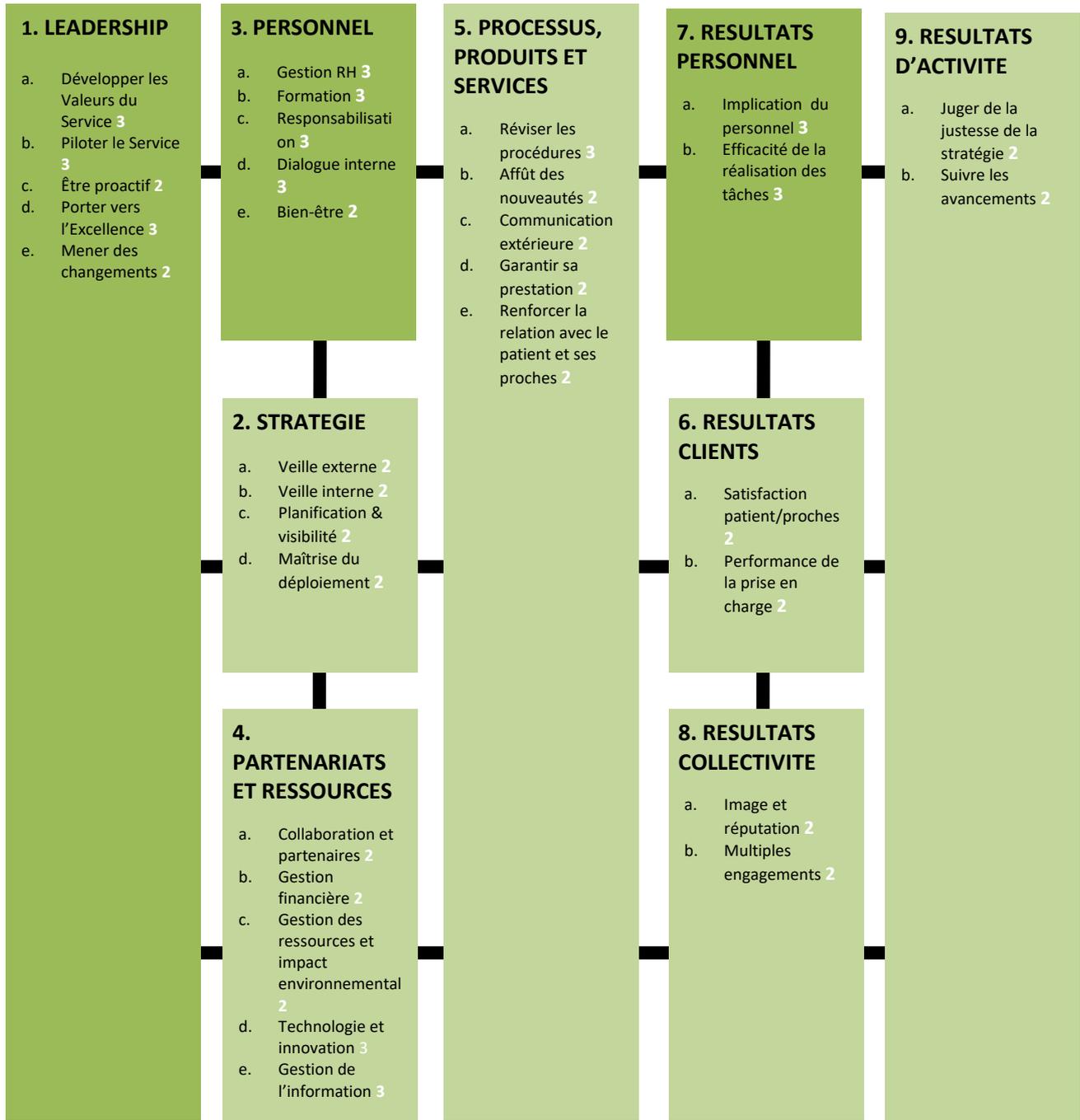


Figure 3. Critères et sous-critères ; en blanc : modes des sous-critères, notés par le personnel au cours de l'autoévaluation.

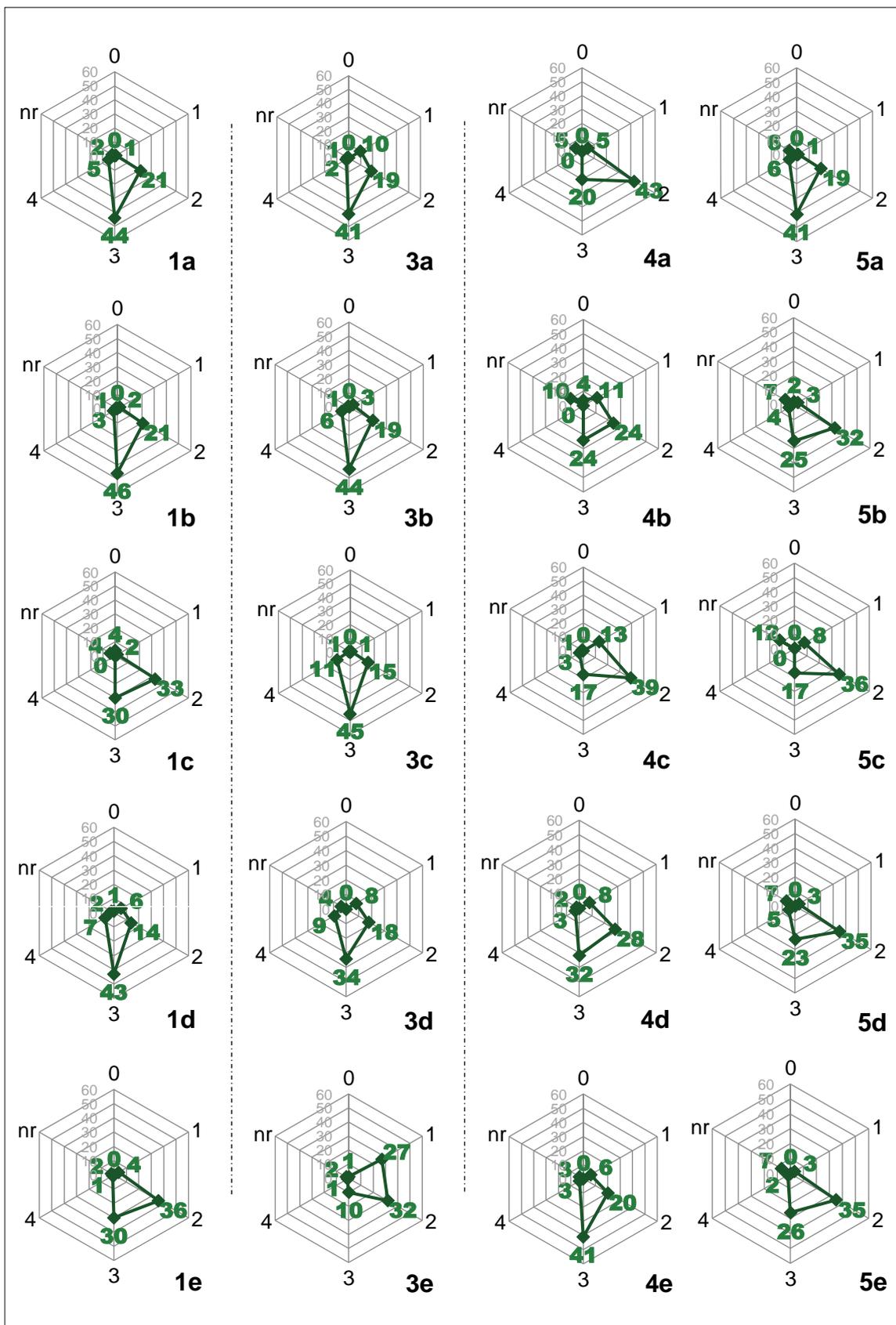


Figure 4. Répartition des notes de l'autoévaluation par sous-critère (1/2). nr = non-répondu ; 73 répondants / 93 questionnaires distribués.

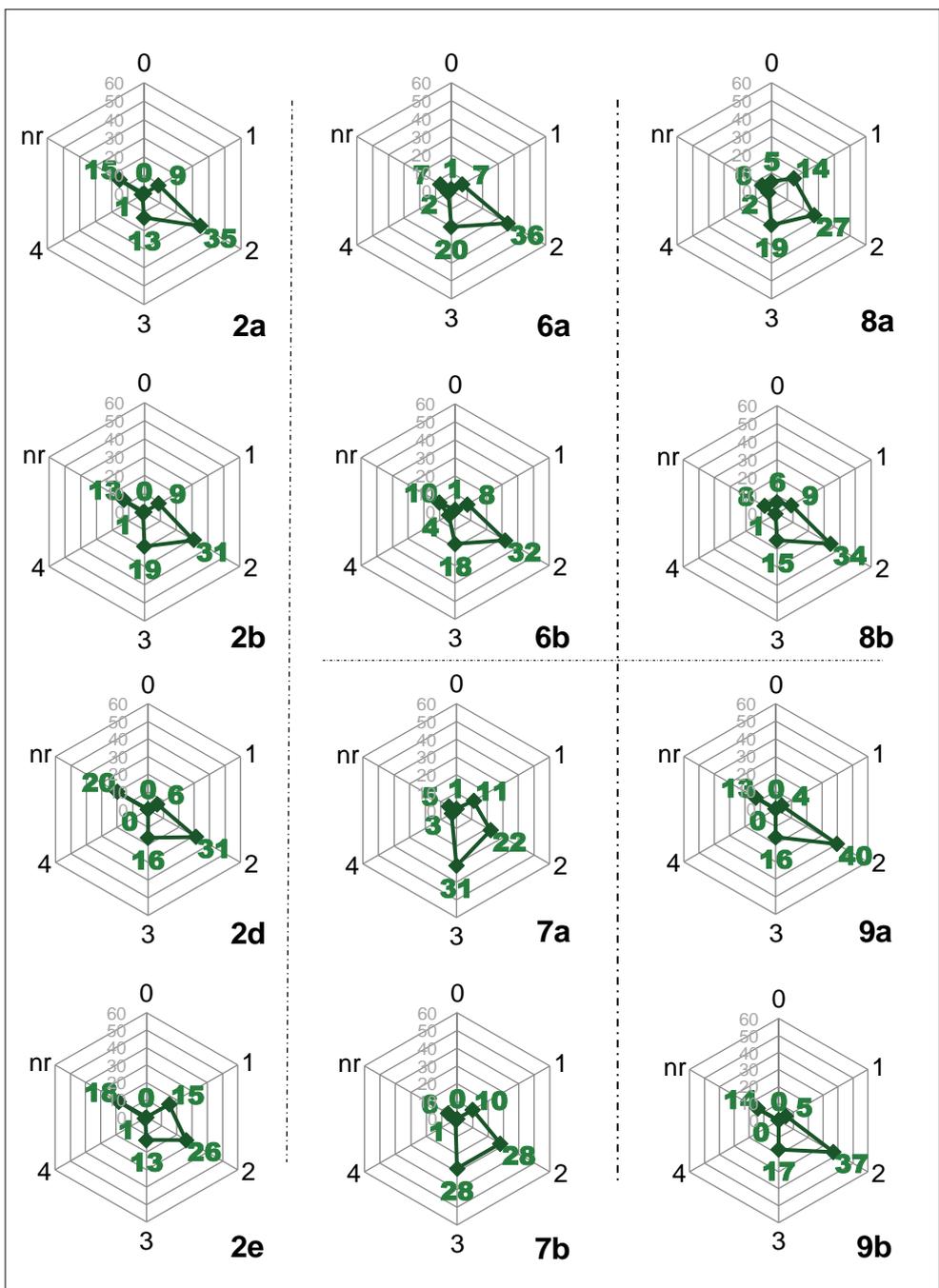


Figure 5. Répartition des notes de l'autoévaluation par sous-critère (2/2). nr = non-répondu ; 73 répondants / 93 questionnaires distribués.

Tableau 4. Nombre de points obtenus par critères, en fonction de l'autoévaluation et de l'évaluation par les experts ; (%) pourcentage du taux maximal de point possible ; ♦ notes pondérées selon les modalités du modèle EFQM v2013 ; # test de Student pour les deux séries appariées significatif ($p = 0.01$).

Critère	Nombre de points	
	Autoévaluation interne	Evaluation expert
1. Leadership	65 / 100	70 / 100
2. Stratégie	50 / 100	58 / 100
3. Personnel	70 / 100	62 / 100
4. Partenariats et ressources	60 / 100	56 / 100
5. Processus, produits, services	55 / 100	57 / 100
Sous-total	300 / 500 (60%)	303 / 500 (60%)
6. Résultats Clients ♦	75 / 150 (50%)	37.5 / 150 (25%)
7. Résultats Personnel	75 / 100	22.5 / 100
8. Résultats Collectivité	50 / 100	15 / 100
9. Résultats Activité ♦	75 / 150 (50%)	63.75 / 150 (43%)
Sous-Total	275 / 500 (55%)	138.75 / 500 (28%)
Total #	575 / 1000 (57.5%)	442 / 1000 (44%)

a. **Evaluation du service MIR
selon le modèle EFQM v2013**



b.

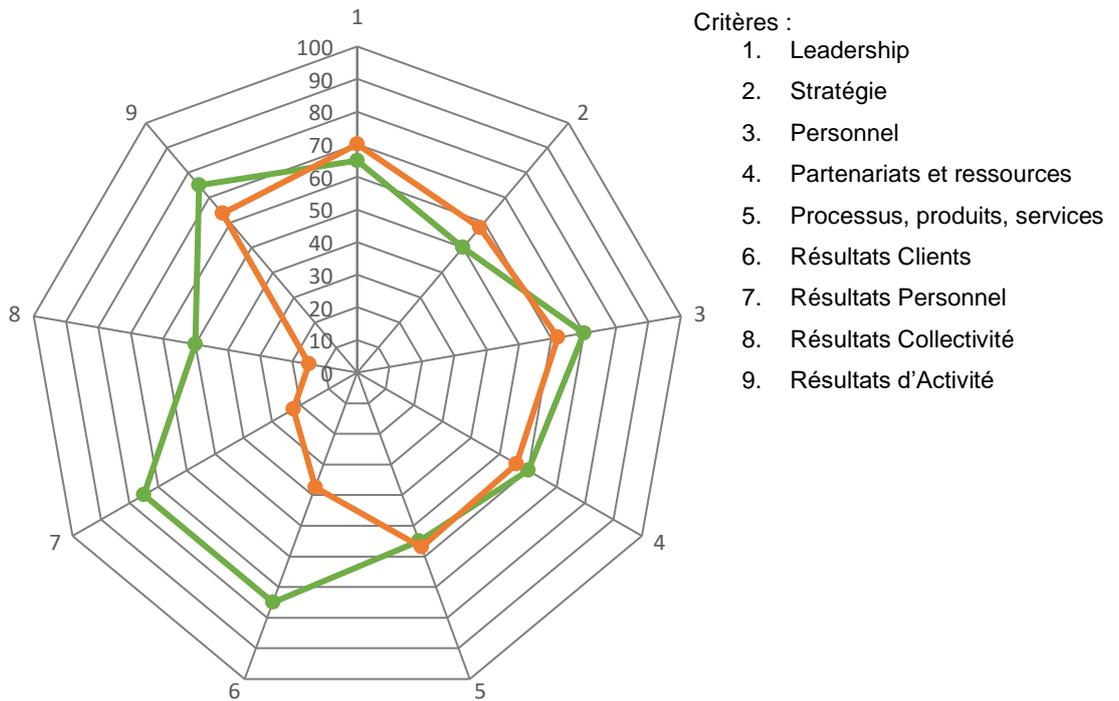


Figure 6. a. et b. Comparaison des notes en fonction des critères du modèle EFQM v2103, selon la méthode RADAR, entre l'autoévaluation par le service et l'évaluation par les experts.

Tableau 5. Résultats de l'évaluation externe selon la grille régionale.

			Taux de réussite tous critères confondus
Concernant les critères 1 à 5	Existence :	Question prise en compte et démarche engagée	98%
	Méthode:	Dynamique de réactivité	96%
		Approche en amont	50%
		Recherche d'amélioration continue	60%
	Systematisme:	Application dans tous les domaines majeurs	60%
		Application aussi souvent que nécessaire	70%
	Exemplarité:	Méthode innovante	5%
Concernant les critères 6 à 9	Existence :	Résultats mesurés sur l'ensemble du domaine	43%
	Systematisme:	Résultats mesurés depuis 3 ans	30%
		Objectifs préalablement fixés	20%
		Niveaux atteints satisfaisants	50%
		Tendance favorable	18%
	Exemplarité:	Performances remarquables par rapport aux objectifs	13%
		Performances supérieures aux concurrents	0%

IV. DISCUSSION

Par sa « culture Qualité » particulièrement développée ces dix dernières années, le service de Médecine Intensive et Réanimation du Centre Hospitalier de Dunkerque a démontré sa performance organisationnelle, grâce à l'obtention du score de 442 points après évaluation par le modèle EFQM, ce qui par comparaison est un très bon score. Ce modèle, anecdotique en France hormis une expérience en service de radiologie à Rennes, n'a jusqu'à présent jamais été implémenté à l'échelle d'un service de soins devant gérer autant de problématiques complexes inhérentes à la discipline de réanimation, ce qui fait du service MIR du CHD un pionnier sur le chemin de l'Excellence.

En effet, l'autoévaluation du service MIR par le modèle EFQM a bénéficié d'une participation massive des membres du personnel, et l'évaluation externe menée par deux experts du modèle EFQM version 2013 confirme l'existence de leviers d'excellence déjà présents dans son fonctionnement (cf. paragraphe IV.1. ci-après). Cette première étape d'implémentation du modèle EFQM est donc un succès, et encourage à poursuivre la démarche.

De plus, le service MIR a obtenu un très bon score (cf. annexe 4). En effet, la littérature montre que la quasi-totalité des établissements de santé s'étant prêtés à une première évaluation, ont des scores inférieurs à 400 points (cf. paragraphe IV.2. ci-après). Ceci permet de valider la pertinence des pratiques déjà ancrées dans le service MIR, et valorise ses efforts entrepris en Qualité depuis une dizaine d'années.

Néanmoins, cette évaluation a également permis de détecter quelques lacunes dans le système d'organisation du service MIR, notamment en ce qui concerne la visibilité et l'utilisation des résultats pour guider les objectifs annuels et à long terme. Cela est vraisemblablement dû à une discordance sémantique sur les notions d'indicateur et de performance, entre la vision historique purement médicale des services de soins, proposant des plans d'action guidés uniquement par le « cœur de métier », et une vision plus holistique promue par le modèle EFQM, cernant de façon élargie de nombreux autres enjeux (économiques, sociétaux, environnementaux etc.). Plusieurs pistes de réflexions pour proposer des solutions, peuvent être discutées (cf. paragraphe IV.3. ci-après).

Enfin, ce travail invite à réfléchir sur la pertinence de viser l'Excellence, tandis que l'atteinte d'un niveau de performance global dans un service médical semble déjà un grand défi (cf. paragraphe IV.4. ci-après).

1. Résultats de l'évaluation

A. Une bonne participation du personnel, qui a une juste conscience des approches développées dans le service

Le taux de participation des membres du personnel du service MIR à l'autoévaluation interne est très bon (78%), ce qui témoigne que ceux-ci se sentent concernés par la question de la Qualité, et s'impliquent dans les projets du service même lorsqu'ils ne font pas spécifiquement partie des groupes de travail dédiés.

Malgré les difficultés de compréhension inhérentes au vocabulaire spécifique de la Qualité (spontanément signalées par les membres du personnel lors de la restitution des cahiers d'activité), à travers la notation du personnel on perçoit que celui-ci a conscience de la diversité des démarches Qualité et des approches managériales déjà développées dans le service par le leadership, puisque la majorité des notes attribuées aux sous-critères sont 2 et 3 (Figure 3). Ceci est corroboré par la note quasiment identique (300 *versus* 303/500 pts) attribuée par les experts en ce qui concerne les critères facteurs (1 à 5) (Tableau 4).

B. Des points forts reconnus par tous, concernant la partie facteurs (critères 1 à 5)

On remarque les excellentes notes attribuées par les membres du service aux critères 3 et 7 concernant la gestion et les résultats du personnel, avec un nombre de notes 4 élevé (>10% pour 3 sous-critères / 5, dans le critère 3), et les modes 3 (politique bien établie) retenus pour ces deux critères (Figures 4 et 5). Ceci traduit une haute satisfaction du personnel, qui a conscience des efforts déployés par le leadership à son intention, et est considéré comme une partie prenante majeure à part entière au sein de l'organisation.

Par ailleurs, les autres sous-critères bénéficiant de notes 4 >10%, sont en parfaite cohérence avec les points-forts soulevés par le responsable de service lors des entretiens semi-directifs réalisés de façon indépendante : investissement du

leadership pour développer la culture du service, approche par processus dans une vision d'assurance qualité. Ces bons résultats sont également identifiés par les évaluateurs externes (Figure 6).

L'évaluation par les experts a permis de mettre en valeur que le service MIR possède une vision globale de ses parties prenantes, et sait systématiquement être réactif face à la nécessité de changements, quel que soit le domaine concerné. Ceci est rendu possible par le suivi et à l'interprétation des indicateurs issus du tableau de bord du service MIR, à l'analyse systématique des Fiches d'Evènements Indésirables etc. Néanmoins, l'anticipation par des approches en amont, et la démarche d'amélioration continue sont vraisemblablement pénalisées par l'absence d'indicateurs objectifs qui les déclenchent et les guident (Tableau 5).

C. Une divergence nette entre l'autoévaluation interne et l'évaluation par les experts, concernant l'existence et le suivi de « résultats » (critères 6 à 9)

En ce qui concerne la partie résultats (critères 6 à 9), la divergence entre l'autoévaluation interne et l'évaluation par les experts est flagrante (Figure 6 et Tableau 4). Etant donné que les critères résultats sont pondérés à valeur égale avec les critères facteurs, cette différence se retrouve à l'échelle globale du modèle (différence statistiquement significative $p < 0.01$). Cette différence découle de l'absence de résultats « mesurés » : en effet, en dehors des « indicateurs sentinelles* » nationaux, des résultats d'activité issus du logiciel PMSI de l'hôpital et des données de ressources humaines (tous collectés au sein du tableau de bord), peu d'autres nouvelles données sont régulièrement mesurées dans le service ; de sorte que les critères d'évaluation sur l'évolution des résultats sur 3 ans, les tendances, la fixation des objectifs et le *benchmarking* sont en conséquence logiquement pénalisés (Tableau 5).

Pourtant, la notation de la partie résultats par l'autoévaluation du service MIR, retrouve des notes relativement élevées et homogènes parmi les divers critères 6 à 9, ce qui pointe une discordance sur la notion de « résultats » entre le point de vue des qualitatifs et le point de vue des soignants (Figure 6). En effet, du point de vue de ces derniers, « non mesuré » ne signifie pas « non suivi » (cf. IV.3.).

Il est judicieux de remarquer que les membres du service MIR ont néanmoins conscience de leur faiblesse concernant l'objectivation de leurs résultats, puisque pour

tous les critères 6 à 9 on dénombre plus de 5% de non-répondants, et que le mode retenu pour tous ces critères est 2 (des actions sont mises en place) et non 3 (politique bien établie) (Figures 4-5, et 3).

En ce qui concerne l'absence de caractère exemplaire et de méthodes innovantes relevée par les experts (Tableau 5), il est utile de rappeler qu'il s'agit d'une évaluation du système de gouvernance du service MIR, et non des pratiques soignantes qui y sont exercées ; de plus, cela ne remet pas en cause son utilité ni son efficacité au quotidien. Par ailleurs, il est intéressant de prendre en note que les experts ont une forte connaissance du milieu de l'entreprise, berceau de l'innovation en management ; or le milieu hospitalier public conserve un fonctionnement plus traditionnel, de sorte qu'utiliser des techniques managériales issues de l'entreprise dans le monde hospitalier pourrait être considéré comme une méthode innovante en soi, ce qui ne peut pas transparaître dans ce type de notation EFQM en l'absence d'un *benchmarking* avec d'autres services hospitaliers.

D. Les difficultés du personnel à percevoir la stratégie du service

Cette autoévaluation pointe encore un dernier phénomène, à savoir la difficulté du personnel à percevoir la stratégie du service : en effet, plus de 15% des participants n'ont pas répondu aux sous-critères du critère 2 Stratégie, et le mode attribué au critère est 2 (Figures 4-5 et 3). Ceci peut être lié à la difficulté de compréhension du concept de « stratégie » malgré les explications fournies dans la présentation du critère ; mais cela peut aussi être en lien avec l'absence d'objectif chiffré fixé, qui aide à choisir et planifier les nouveaux projets du service envers les autres parties prenantes, ou qui stimule la recherche d'amélioration des approches déjà déployées. Ainsi ce résultat révèle-t-il l'absence de vision à moyen et long terme du personnel du service MIR (sous-entendu, autre que la poursuite de leur activité standard). Ce phénomène est corroboré par le taux élevé de non-répondants (>10%) pour les sous-critères spécifiques 4b. gestion financière et 5c. communication extérieure (Figures 4-5), qui sont deux composants intimement liés à la projection du service dans le temps et dans son environnement.

Il peut être judicieux de corrélérer ce constat, avec l'intuition du responsable de service qui cherche à « donner un nouveau souffle » aux démarches Qualité du service, en regard du sentiment que le service a besoin d'une nouvelle impulsion et de nouveaux

objectifs ; motivant le recours à un modèle de Qualité « visionnaire » comme l'EFQM, plutôt que simplement « gestionnaire » comme l'ISO 9001.

E. Limites méthodologiques des deux modalités d'évaluation

a. Concernant l'autoévaluation

Plusieurs limites méthodologiques peuvent être opposées à ce travail : tout d'abord, le cahier d'activité comportant une présentation des critères et des sous-critères, a été élaboré artisanalement et n'a pas fait l'objet d'une validation officielle par des experts du modèle EFQM dans le monde de la santé. Ainsi, la compréhension induite par certaines reformulations a pu engendrer des approximations, et donc biaiser la notation par le personnel du service. Cependant, aucun autre modèle EFQM spécifiquement dédié à la santé déjà conçu n'est rendu disponible au public dans la littérature (bien qu'ils existent, au moins en Grande-Bretagne, aux Pays-Bas et en Espagne).

Par ailleurs, malgré les efforts de « traduction » entrepris pour favoriser la compréhension des concepts évalués, beaucoup de membres du personnel ont rapporté avoir été gênés par le vocabulaire parfois évasif ou au contraire les notions techniques voire subtiles utilisées dans le modèle, qui ne sont pas assimilées ni réinvesties au quotidien dans un service de médecine.

En ce qui concerne la notation, l'échelle utilisée (0 à 4) a été transposée en valeurs numériques avec de grands intervalles (0, 25, 50, 75, ou 100/100), ce qui impacte nécessairement la précision finale de l'autoévaluation en termes de points.

Enfin, la méthode employée pour attribuer des notes aux critères à partir des notes individuelles du personnel, ne reflète pas nécessairement le ressenti collectif, et mériterait une réunion de validation par consensus. Ceci n'a malheureusement pas pu être mis en place du fait de la crise sanitaire des années 2020-2021, qui a considérablement impacté la poursuite de ce travail.

b. Concernant l'évaluation par les experts

Le modèle EFQM présente l'avantage d'être suffisamment généraliste pour être applicable à n'importe quel organisme ; néanmoins, cette caractéristique peut également devenir une difficulté pour sa déclinaison spécifique à un organisme « non-standard ». Par exemple, un service de réanimation doit composer avec :

- une tutelle hiérarchique qui est déclinée à plusieurs échelles (instances publiques, direction de l'hôpital, encadrement du service),
- une maîtrise incomplète de sa politique, et de la gestion de ses ressources (financements communs, groupements d'achats, dépendance structurelle),
- peu d'ouverture directe vers la collectivité extra-hospitalière,
- une activité qui est naturellement assurée par le drainage de son bassin sanitaire, dont la vision stratégique est assujettie à des objectifs et des échéances sur lesquels il n'a aucune maîtrise,
- une mission qui est non lucrative et n'a pas vocation à dominer le marché.

De plus, l'Hôpital possède la caractéristique forte de faire cohabiter deux cultures (médicale et managériale) traditionnellement opposées, dans laquelle la Qualité ne parvient à se faire une place que depuis relativement récemment. L'évaluation par ce modèle devrait donc tenir compte de ces facteurs contextuels particuliers.

En outre, un expert « non médical » peut éprouver des difficultés à saisir certains aspects « novateurs » dans le monde sanitaire (par exemple le fait d'utiliser une approche par processus dans un service de soins), tandis que les mêmes caractéristiques sont banalisées dans le monde de l'industrie, où ce genre de modèle est déjà largement éprouvé et ces pratiques bien répandues.

Enfin, le concept de *benchmarking* et de comparaison entre les différents services de réanimation, n'est pas un élément fort ancré dans le monde médical en France, puisqu'aucun enjeu déterminant n'y est associé jusqu'à présent (ni allocation de ressources supplémentaires, ni renforcement d'attractivité etc.). Actuellement, le seul levier organisationnel est économique, dans une recherche de rentabilité. Ainsi, au-delà de l'existence ou non d'indicateurs, l'évaluation pâtirait de l'absence d'éléments de comparaison externe ; ou bien les objectifs recherchés ne seraient que « l'absence d'écart significatif » entre les données théoriques ou « acceptées comme normales et satisfaisantes » par les autorités officielles, sans chercher à obtenir de meilleurs résultats.

2. **Benchmarking** : l'EFQM dans d'autres services de médecine

A. *Un score cohérent avec ceux obtenus à l'international par les établissements de santé*

A l'échelle des établissements de santé (et non des services de soins), la fourchette des scores obtenus est large, et ne dépasse quasiment jamais 400 points (40%) lors de la première évaluation. Les « champions » du modèle EFQM, tous secteurs d'activité confondus, obtiennent le plus souvent des scores entre 650 et 750 points.

A titre d'exemple, spécifiquement dans le monde de la santé européen :

- aux Pays-Bas, le centre d'addictologie pionnier obtient un score de 32% en 1994 pour obtenir 57% vingt ans après (35) ;
- en Allemagne, un *benchmarking* réalisé en 2000 évaluant 17 hôpitaux et cliniques volontaires, retrouve la moitié des notes dans la fourchette 200-300 points/1000, tandis que seulement un établissement dépasse 400 points (36) ;
- en Italie, le complexe hospitalier de Trento obtient un score de 29% lors de sa première évaluation en 2001, et obtient 61% en 2008 (37), tandis que le complexe hospitalier d'Udine s'autoévalue à 46% en 2001 à l'échelle de l'établissement, et 40% à l'échelle de ses départements (38) ;
- au Pays Basque espagnol, 31 organisations de santé sont régulièrement évaluées selon le modèle EFQM depuis 1996 ; en 2003, la moyenne de l'addition des scores moyens par critères est à 38.5%, 10 établissements ont dépassé 400 points, et 2 supplémentaires ont dépassé 500 points (39) ;
- au Luxembourg, un *benchmarking* national réalisé par la Fédération des Hôpitaux Luxembourgeois (12 établissements) a créé un indicateur de performance composé de l'addition de tous les meilleurs scores pour chacun des critères, qui s'élève à 48.9% en 2010 (contre 42.4% en 2006) ; seulement 3 établissements ont obtenu plus de 40% (scores [27,1% - 47.5 %]) en 2010 (40).

Pour être équitable, l'interprétation de ces résultats doit tenir compte de certains biais, notamment le fait que le système de notation du modèle a évolué au cours des versions (pondération des critères différente à partir de 2010), et que certains pays, notamment les Pays-Bas, ou certains centres (par exemple celui d'Udine en

Italie), s'évaluent selon des variantes du modèle EFQM qu'ils ont élaborées, afin de le rendre le modèle plus spécifiquement applicable à leurs organisations.

B. Une répartition des notes relativement similaire à celles d'autres services médicaux

Comme déjà évoqué, il existe dans la littérature peu de services de médecine ayant réalisé et / ou partagé leurs résultats d'évaluation par le modèle EFQM.

Le seul service français ayant réalisé l'expérience, ne détaille pas le nombre de points qui lui ont été attribués, mais indique que les domaines d'amélioration majeurs concernent la mesure des résultats (32). Les auteurs soulignent que cette absence de résultats n'est pas en lien avec une absence de Qualité, puisqu'ils ont parallèlement obtenu de bons résultats lors de l'évaluation par l'ISO 9002 et par l'(ancienne) procédure d'accréditation française. Le même constat serait vraisemblablement établi en ce qui concerne le service MIR, s'il était organisé une expérience similaire.

Un service de chirurgie néerlandais, au cours d'une évaluation issue du modèle EFQM mais spécialement réadapté par l'Institut Néerlandais de la Qualité, semble présenter des résultats excellents (>40% de réussite pour chacun des critères) et globalement homogènes (41). Ceci peut s'expliquer par l'expérience historique qu'ont les établissements néerlandais du modèle EFQM, et d'une procédure d'évaluation un peu plus spécifique, tenant compte des caractéristiques du monde hospitalier.

Deux expériences sont particulièrement contributives à cette présente démarche de *benchmarking* : l'autoévaluation de ses départements par le complexe hospitalier d'Udine en Italie en 2001 (38), et l'évaluation réalisée en Iran dans 5 services d'urgences en 2012 (42). Les résultats de l'étude italienne retrouvent de façon frappante une distribution des notes très semblable à celle du service MIR : moyenne des critères facteurs homogène >50%, et lacunes des critères résultats en particulier concernant les critères 7 (10%) et 8 (20%), tandis que les résultats d'activité sont les mieux notés (45%) et ceux des clients moyennement pris en compte (40%). La discussion souligne la difficulté posée par l'inexistence d'indicateurs adéquats concernant les résultats du personnel qui n'ont donc jamais pu être mesurés. De plus, bien que les patients, la société et l'Hôpital soient identifiés comme des parties prenantes-clés, la qualification de leurs interactions et influences sur les services de

soins n'est pas suffisamment bien définie. Par ailleurs, l'adéquation des notes entre l'autoévaluation par les responsables et celle par les professionnels soignants (note attribuées 40% *versus* 42%) leur permet de conclure à un vocabulaire de la Qualité maîtrisé par tous, et à une sensibilisation globale aux enjeux de la Qualité.

Concernant l'étude iranienne, son but est de comparer le modèle EFQM version 2010 au modèle national iranien d'évaluation des hôpitaux. Les résultats sont aussi relativement similaires à ceux obtenus par le service MIR du CHD : moyenne aux alentours de 40%, notes des facteurs supérieures (environ 45%) à celles des résultats (environ 35%), et la même encoche concernant les défauts de résultats vis-à-vis de la stratégie et de la collectivité. Les auteurs discutent du fait que ces caractéristiques se retrouvent dans la plupart des études à travers les différents pays, et de la pertinence à les considérer à l'échelle de l'ensemble de l'hôpital plutôt qu'à celle des services de soins.

C. *La plus-value d'une superposition des modèles de Qualité*

Toutefois, l'étude iranienne souligne que les bons résultats obtenus ne concernent que les établissements ayant déjà une expérience dans le développement de modèles de Qualité ; ce qui est le cas pour le service de Médecine Intensive et Réanimation de Dunkerque, qui participe régulièrement aux procédures de certification de la HAS. Ainsi, comme le soulignent unanimement tous les auteurs, les modèles de Qualité ne sont pas exclusifs dans leurs applications, mais au contraire peuvent se superposer et s'enrichir les uns les autres, pour une évaluation complète à 360° du système organisationnel (Figure 7).



Figure 7 Chevauchement des différents modèles d'évaluation en Qualité (d'après (23)).

3. Développer des indicateurs de performance

Le principal intérêt de ce travail a été de mettre en évidence l'absence d'objectifs clairs guidant l'activité du service, notamment dans les domaines ne relevant pas directement de l'activité « cœur-de-métier » (la clinique). Ceci est imputable au manque de résultats mesurés alimentant des indicateurs stratégiques, c'est-à-dire qui doivent guider la recherche de performance, à court, moyen, et long-terme, et ce pour l'ensemble des parties prenantes. Cette problématique avait pourtant déjà été identifiée par certains médecins réanimateurs au début des années 2000 (43).

A. *Des démarches d'amélioration actuellement intuitives*

En dehors de certains projets d'envergure, co-pilotés par le responsable de service et la cellule de gestion de la qualité et des risques du CHD, qui bénéficient alors d'audits, d'actions formalisées, de la mise en place d'indicateurs, d'un bilan annuel etc., la plupart des projets au quotidien du service MIR est engagée après réflexion collective sur des remarques issues des rencontres avec les patients, les familles, les collègues, les autres spécialités etc. Ce phénomène peut aisément s'assimiler à « l'intuition clinique », qui reste une dominante du raisonnement médical puisqu'elle déclenche une prise de décision en conciliant observation et expérience. Ceci explique les très nombreuses approches développées dans le service, qui ne sont jusqu'à présent pas sanctionnées systématiquement par la mise en place d'un indicateur mesurable, mais évoluent et se réajustent « au fil de l'eau » de façon informelle, de la même manière que la prise-en-charge du malade est réajustée en permanence par les soignants en fonction de leurs constats cliniques et des recommandations pour la pratique clinique, sans nécessairement attendre les résultats mesurés des examens complémentaires. Selon une perspective inverse, la réussite du contrat formalisé entre le service MIR et ses partenaires s'authentifie de façon apophatique par « l'absence de signalement d'évènement indésirable imputable à un dysfonctionnement de cette interface ». Si certains sociologues saluent le dépassement des indicateurs par la qualité des échanges inter-parties prenantes comme générateurs de progrès (18), il n'en demeure pas moins que les résultats chiffrés ou gradués restent des arbitres neutres objectifs et objectivables, dont l'utilisation est double : signal d'alarme et créateur d'objectifs mobilisateurs.

B. La culture de réanimation et ses indicateurs essentiellement centrés « résultats cliniques »

On pourrait opposer le fait que les sociétés savantes de réanimation ont déjà mis au point divers outils permettant de monitorer l'efficacité médicale : panels d'indicateurs (44) regroupés dans des tableaux de bords (9), création de « boucles de processus » avec indicateurs de processus* et indicateurs composites* (45), scores prédictifs de réadmission après sortie de réanimation (46) etc. Certaines équipes canadiennes avant-gardistes ont même créé des *scorecards*, c'est-à-dire des cartes regroupant plusieurs processus cliniques avec des objectifs scorés de performance pour chacun des processus, réévalués à intervalles réguliers, et permettant un *benchmarking* entre les différents services de soins intensifs de leur région : cette démarche a permis de démontrer des bénéfices cliniques (47–49).

C. Quid des indicateurs pour les autres parties prenantes ?

A travers le regard EFQM, les outils issus de la recherche en réanimation n'alimentent que la partie prenante « processus, produits, services », avec un impact uniquement sur les « résultats d'activité ».

Concernant l' « approche patient » en réanimation, des faits triviaux mais non moins majeurs, résident dans les difficultés de communication (du fait de troubles de conscience ou de l'impossibilité de parler) et dans l'intensité émotionnelle vécue par les malades au cours de leur séjour, qui biaisent l'évaluation fiable et immédiate de leurs besoins ou de leur satisfaction. C'est pourquoi, pour plus de pertinence, certains chercheurs s'intéressent à l'évaluation de la « qualité de vie liée à l'état de santé » post-réanimation des patients, potentiellement diminuée ou non, en particulier après un long séjour, d'autant plus qu'il a nécessité beaucoup de rééducation dans les suites et a été pourvoyeur d'un état de stress post-traumatique. Cette approche replace ainsi le patient comme seul juge de la qualité des soins qui lui ont été accordés (46), mais présente comme limites 1) de ne pas être mesurable au cours du séjour en réanimation, 2) d'être impacté par trop de facteurs confondants pour être utilisé comme un outil décisionnel médical quant à une (non) admission en réanimation 3) d'être trop subjectif pour être reproductible, donc inutilisable pour du *benchmarking* entre unités.

En revanche, la prise en compte des proches à travers la conférence de consensus « Mieux vivre la réanimation » (16), a amené les équipes françaises à développer des approches Qualité à leur intention, ce qui pourrait aisément se concrétiser par la création d'un indicateur de leur satisfaction et apporterait de nouvelles pistes d'amélioration.

Une approche moderne de la performance dans les services de santé, la divise en 5 catégories : volume d'activité, coûts, qualité des processus, qualité des résultats en santé, et qualité de vie au travail (50). Cette approche insiste sur le fait que les aspirations et l'épanouissement du personnel dans son travail, sont devenus un objectif à part entière, et non plus le simple moyen d'obtenir de la performance. Si l'autoévaluation favorable du personnel du service MIR à cet égard semble être en accord avec ce principe, l'intérêt de créer un indicateur est de surveiller que cela reste durable dans le temps, et surtout de rester en phase avec l'évolution permanente des mentalités à travers les générations, voire d'augmenter l'attractivité du service par des approches novatrices à l'avenir.

Ce champ de recherche dans le secteur médical est jusqu'à présent relativement pauvre en termes d'investigation, mais laisse entrevoir des potentialités intéressantes et des objectifs parfaitement rationnels et accessibles.

D. Se fixer des objectifs : et si on créait des indicateurs synthétiques ?

Les outils issus de la culture médicale laissent le service MIR relativement démuni face à la multiplicité des enjeux et à la diversité des parties prenantes à satisfaire. La difficulté est d'autant plus grande que certains objectifs peuvent entrer en contradiction.

Il suffit de se tourner vers le monde de l'entreprise pour chercher de l'inspiration, par exemple la création d'indicateurs synthétiques* (51). Cela consiste à créer un unique indicateur de résultat composé de plusieurs indicateurs de suivi différents, ciblant autant d'aspects variés qu'il est souhaité.

Par exemple, dans le service MIR, on créerait un indicateur mêlant à la fois des mesures du haut niveau de satisfaction des parties prenantes principales, du devenir clinique du patient, et du moindre coût recherché. Ces mesures peuvent être de natures différentes, et recenser soit une note, soit la survenue d'évènements positifs,

soit la survenue d'évènement indésirables, soit le nombre d'évènements indésirables évités etc.

L'interprétation de l'indicateur synthétique se fait par « nombre de jours parfaits », c'est-à-dire le nombre de jours où tous les indicateurs sont satisfaisants par rapport aux objectifs fixés. En cas d'altération de cet indicateur, chacun des domaines sous-jacents peut être réexploré, et en l'absence d'altération de l'indicateur, l'équipe pourra s'estimer performante dans tous ces domaines.

Les intérêts de ce type d'indicateurs sont nombreux : entièrement personnalisables, couvrant tous les domaines choisis, utilisant des indicateurs apo*- ou cataphatiques*. Les objectifs peuvent être normatifs (c'est-à-dire ne pas dévier de la norme fixée) ou performatifs (dans le but d'améliorer la valeur de l'indicateur). L'utilisation peut être à visée d'amélioration continue ou de *benchmarking*, et donc comparer des résultats dans le temps et dans l'espace. Et surtout, l'objectif est unique, ce qui permet de rendre de la visibilité à la stratégie, de mieux cibler les actions, de ne pas disperser les ressources, de s'affranchir de la dualité des enjeux contradictoires, ainsi que de la bureaucratisation et la « cathédrale documentaire* » qui en découle.

4. Faut-il viser l'Excellence ?

A. *Première facette de l'Excellence : développer une organisation durablement performante, c'est possible*

Ce travail l'a démontré, la vision purement médicale de la prise-en-charge trouve ses limites dans un monde de la santé où la performance ne se résume plus à « sauver la vie du patient », et à réduire le *Standardized Mortality Ratio*. D'autres voix réclament considération et satisfaction : celle du patient, qui finalement n'apparaît pas encore si bien « entendue » ; celle des proches, qui restent référents du patient lorsque celui-ci n'est plus en mesure de s'exprimer par lui-même, et qui peuvent également avoir des aspirations propres, en particulier dans le milieu de la réanimation ; celle du personnel, dont les aspirations professionnelles évoluent tandis que l'Hôpital reste encore un milieu traditionaliste et conservateur ; celle de la société, qui légitimement demande des comptes en termes de contrôle budgétaire, d'accès aux soins, d'égalité des soins, et de développement durable ; celle peut-être de certains dirigeants et chefs d'équipes,

qui ne sont pas nécessairement formés au management ni sensibilisés à l'utilisation d'outils spécifiques ou d'indicateurs, et doivent malgré tout « faire tourner leur service ».

La recherche médicale avance, et, bien que naturellement très centrée autour des résultats cliniques, tend à percevoir l'intérêt d'un *Evidence-Based Management* qui se superpose à l'*Evidence-Based Medicine* : à savoir l'analyse des problématiques organisationnelles qui sous-tendent l'administration des soins, et influencent la manière dont ceux-ci sont délivrés, en s'appuyant largement sur d'autres champs scientifiques comme les sciences humaines et sociales, sciences de gestion, ingénierie, facteurs humains, et les autres domaines de la recherche en santé (52).

Grâce à ces nouveaux outils, le pilotage « éclairé » par l'expérience, et « guidé » par les indicateurs, d'un service de médecine et *a fortiori* de réanimation, devrait permettre de systématiquement atteindre les objectifs fixés, pour toutes les parties prenantes : ceci correspond à la première facette de l'Excellence.

B. Seconde facette de l'Excellence : dépasser les attentes, une lubie ?

Sans être une nécessité, avoir de l'ambition permettra d'affronter les grands défis des années à venir :

- Parce que pour le personnel, c'est ce qui booste la créativité, rend le travail stimulant et lui donne un sens augmenté.
- Parce que la crise sanitaire 2020-2021 a démontré la nécessité d'un système organisationnel élaboré et solide préexistant, afin d'endiguer et gérer les changements inattendus de façon agile, sans impacter négativement la qualité de fonctionnement des services de médecine et de surcroît de réanimation, malgré des conditions parfois dégradées.
- Parce que c'est ce vers quoi tendent naturellement tous les modèles d'alignement stratégique, qui sont adaptatifs en fonction des évolutions des divers domaines dont ils tiennent compte, mais dont la nécessité de concilier les différents critères génère inévitablement de la nouveauté pour surseoir au compromis (exemple du cadre d'analyse de la performance des organisations de santé, de Sicotte et al. (53)).

- Parce qu'on vit à l'époque du *big data*, et que beaucoup de nouvelles perspectives vont s'ouvrir, raison pour laquelle il faut se préparer à les intégrer (exemple : programme Epimed° (54)).
- Parce que, que les soignants le veuillent ou non, l'Hôpital devient progressivement une entité soumise à la loi du marché : le patient deviendra « consommateur », et les hôpitaux devront être attractifs et rentables. D'ailleurs, ceux-ci sont déjà de plus en plus soumis aux classements (55)).
- Parce qu'insidieusement, la pratique médicale glisse d'une logique de « moyens » à une logique de « résultats », donc d'une exigence de pertinence à une volonté de performance, ce qui est pour la première fois mise en évidence dans la nouvelle version 2020 de la procédure de certification HAS (56,57).
- Parce que l'Hôpital évolue lentement certes, mais va continuer à évoluer : création de nouveaux métiers (par exemple : infirmières de pratiques avancées, ou d'autres, comme les médecins spécialisés en qualité comme en Amérique, qui sait ?)
- Parce que les compétences organisationnelles et managériales vont être une plus-value qui va certainement modifier les rapports de force entre les diverses catégories professionnelles au sein de l'Hôpital : médecins *versus* gestionnaires *versus* infirmières...
- Parce que les prises-en-charge des patients vont tendre vers du « sur-mesure », ce qui nécessitera une réorganisation à grande échelle des parcours de santé, et donc exigera une capacité exacerbée à manager les changements organisationnels et à collaborer avec d'autres services et entités médico-sociales (théorie du « GERSinage » d'E. Minvielle (58)).

La seconde facette de l'Excellence transforme chaque nouvelle contrainte en opportunité, et promet un avenir exaltant !

V. Conclusion

Le service de Médecine Intensive et Réanimation du Centre Hospitalier de Dunkerque, a montré son Excellence dans sa capacité à activer les leviers transformationnels pour gérer son activité au quotidien. Néanmoins, l'absence de systèmes de mesure, notamment dans les domaines autres que l'activité clinique, empêchent la définition d'objectifs stratégiques clairs pour le personnel. Développer de nouveaux indicateurs de performance, permettrait de monitorer plus en profondeur le fonctionnement du service, et de mieux considérer les attentes de chacune de ses parties prenantes. Au vu du peu de données de travail extractibles de la littérature purement médicale, le service MIR est capable de se tourner vers de nouveaux domaines dans une optique d'*Evidence-Based Management*, et devient pionnier de ce genre de démarche en France. Ceci devrait lui permettre à moyen terme, de refléter les deux facettes de l'Excellence : devenir une organisation durablement performante, et dépasser les attentes, pour mieux accueillir chaque opportunité à venir !

VI. Références

1. What is an intensive care unit? A report of the task force of the World Federation of Societies of Intensive and Critical Care Medicine. *J Crit Care*. 1 févr 2017;37:270-6.
2. Fourrier F, Boiteau R, Charbonneau P, Drault J-N, Dray S, Farkas J-C, et al. Structures et organisation des unités de réanimation : 300 recommandations. *Réanimation*. déc 2012;21(S3):523-39.
3. Article R712-90 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 2 août 2021]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006802917/2002-04-07
4. Décret n° 2002-466 du 5 avril 2002 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour pratiquer les activités de réanimation, de soins intensifs et de surveillance continue et modifiant le code de la santé publique (troisième partie : Décrets simples) - Légifrance [Internet]. [cité 6 août 2021]. Disponible sur: <https://circulaire.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000585557>
5. Circulaire N°DHOS/SDO/2003/413 du 27 août 2003 relative aux établissements de santé publics et privés pratiquant la réanimation, les soins intensifs et la surveillance continue [Internet]. [cité 1 sept 2021]. Disponible sur: https://circulaire.legifrance.gouv.fr/download/file/pdf/cir_13354/CIRC
6. Cook D, Thompson JE, Habermann EB, Visscher SL, Dearani JA, Roger VL, et al. From « solution shop » model to « focused factory » in hospital surgery: increasing care value and predictability. *Health Aff Proj Hope*. mai 2014;33(5):746-55.
7. Saulnier F, Bion, J. Avant-propos. In: *Management en réanimation : évaluation, organisation et éthique*. Elsevier. p. XI-XIII.
8. Saulnier F, Bion J. *Management en réanimation : évaluation, organisation et éthique*. Elsevier; 2000. (Société de Réanimation de Langue Française).
9. Recommandations de la SRLF. Tableau de bord en réanimation. *Réanimation*. déc 2003;
10. Reis Miranda, D., Ryan DW, Schaufeli W, Fidler V. *Organisation and Management of Intensive Care: A Prospective Study in 12 European Countries*. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag; 1998. (Update in *Intensive Care and Emergency Medicine*).
11. Reis Miranda D, Rivera-Fernández R, Nap R. Critical care medicine in the hospital: Lessons from the EURICUS-studies. *Med Intensiva Soc Esp Med Intensiva Unidades Coronarias*. 1 juin 2007;31:194-203.
12. Shortell SM, Zimmerman JE, Rousseau DM, Gillies RR, Wagner DP, Draper EA,

- et al. The performance of intensive care units: does good management make a difference? *Med Care*. mai 1994;32(5):508-25.
13. Minvielle E, Aegerter P, Dervaux B, Boumendil A, Retbi A, Jars-Guinestre MC, et al. Assessing organizational performance in intensive care units: a French experience. *J Crit Care*. juin 2008;23(2):236-44.
 14. I. Vinatier et al. Démarche qualité en réanimation : concepts et organisation. In: *Management en réanimation : évaluation, organisation et éthique*. Elsevier. p. 265-84.
 15. ISO. *Principes de management de la qualité*. 2016;
 16. comités SFAR-SRLF. « Mieux Vivre la Réanimation » - 6e conférence de consensus SRLF-SFAR.
 17. CH Dunkerque | Notre histoire, notre stratégie et nos engagements [Internet]. CH Dunkerque. [cité 3 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.ch-dunkerque.fr/le-centre-hospitalier/notre-histoire-notre-strategie-et-nos-engagements/>
 18. Herreros G, Milly B. Les voies de la qualité à l'hôpital : entre procédures et coopération. 1 avr 2006;
 19. Piperini M-C. Psychodynamique de la démarche qualité à l'hôpital. *Connexions*. 1 juill 2006;no 85(1):153-65.
 20. Fraisse S, Robelet M, Vinot D. La qualité à l'hôpital : entre incantations managériales et traductions professionnelles. *Rev Francaise Gest*. 2003;no 146(5):155-66.
 21. Minvielle E. Les politiques d'amélioration de la qualité des soins à l'hôpital. Quel fondement organisationnel ? *Polit Manag Public*. 1999;17(4):59-84.
 22. EFQM. *Le Modèle d'Excellence EFQM*. 2013;
 23. Nabitz U, Klazinga N, Walburg J. The EFQM excellence model: European and Dutch experiences with the EFQM approach in health care. *Int J Qual Health Care Number*. 1 juin 2000;12:191-201.
 25. Jackson S. Exploring the possible reasons why the UK Government commended the EFQM excellence model as the framework for delivering governance in the new NHS. *Int J Health Care Qual Assur*. 1 janv 1999;12(6):244-53.
 26. Freer J, Jackson S. Using the business excellence model to effectively manage change within clinical support services. *Health Manpow Manage*. 1 janv 1998;24(2):76-81.
 27. Moeller J, Breinlinger-O'Reilly J, Elser J. Quality management in German health care--the EFQM Excellence Model. *Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv*. 2000;

28. Walcque CD, Seuntjens B, Vermeyen K, Peeters G, Vinck I. Etude comparative des programmes d'accréditation hospitalière en Europe. 2008;258.
29. Sangüesa M, Mateo R, Ilzarbe L. How Hospitals Choose a Quality Management System: Relevant Criteria in Large Spanish Hospitals. *Total Qual Manag Bus Excell.* 1 août 2007;18(6):613-30.
30. Haller G., Quenon J.-L. Démarches qualité à l'hôpital : laquelle choisir ? *Revue Medicale Suisse.* 2014 ; 10 : 1143-;
31. Yousefinezhadi T, Mohamadi E, Safari Palangi H, Akbari Sari A. The Effect of ISO 9001 and the EFQM Model on Improving Hospital Performance: A Systematic Review. *Iran Red Crescent Med J.* 27 déc 2015;17(12):e23010.
32. Duvaferrier R, Rolland Y, Philippe C, Milon J, De Korvin B, Rambeau M, et al. Comparaison des procédures d'accréditation, de certification ISO 9000 et d'évaluation en qualité totale : Expérience personnelle et application à la gestion de la qualité d'un département de radiologie et imagerie médicale. *J radiol (Paris).* 1999;80(4):363-7.
33. Florent A. Meyer. *Le Guide de l'EFQM version 2013. Réussir son passage vers l'excellence et la performance durables.* Lexitis éditions. 2013. (les pratiques de la performance).
34. Fédération des Associations Régionales, Mouvement Français pour la Qualité. *Guide de compréhension pour les établissements de santé.* 2007;
35. Nabitz U, Schramade M, Schippers G. Evaluating treatment process redesign by applying the EFQM Excellence Model. *Int J Qual Health Care J Int Soc Qual Health Care.* oct 2006;18(5):336-45.
36. Moeller J. The EFQM Excellence Model. German experiences with the EFQM approach in health care. *Int J Qual Health Care J Int Soc Qual Health Care.* 2001;
37. Favaretti C, Pieri P, Torri E, Guarrera GM, Fontana F, Debiasi F, et al. An EFQM excellence model for integrated healthcare governance. *Int J Health Care Qual Assur.* 9 mars 2015;28:156-72.
38. Venero S, Nabitz U, Bragonzi G, Rebelli A, Molinari R. A two-level EFQM self-assessment in an Italian hospital. *Int J Health Care Qual Assur.* 1 févr 2007;20:215-31.
39. Sánchez E, Letona J, González R, García M, Darpón J, Garay JI. A descriptive study of the implementation of the EFQM excellence model and underlying tools in the Basque Health Service. *Int J Qual Health Care J Int Soc Qual Health Care.* févr 2006;18(1):58-65.
40. Vitali, S. *EFQM et le modèle des incitants qualité. 15 années de démarches communes EHL-CNS.* 2012 oct 12.
41. Nabitz UW, Klazinga NS. EFQM approach and the Dutch Quality Award. *Int J Health Care Qual Assur.* 1 janv 1999;12(2):65-71.

42. Imani Nasab MH, Mohaghegh B, Khaledi N, Jaafari-pooyan E. Parallel Quality Assessment of Emergency Departments by European Foundation for Quality Management Model and Iranian National Program for Hospital Evaluation. *Iran J Public Health*. 1 juin 2013;42(6):610-9.
43. Guidet B. Introduction à l'analyse de la performance en réanimation. *Réanimation*. 1 nov 2003;12:S16-20.
44. De Vos M, Graafmans W, Keesman E, Westert G, van der Voort PHJ. Quality measurement at intensive care units: which indicators should we use? *J Crit Care*. déc 2007;22(4):267-74.
45. Chelluri LP. Quality and performance improvement in critical care. *Indian J Crit Care Med*. 1 avr 2008;12(2):67-76.
46. Timmers T, Verhofstad M, Moons K, Leenen L. Intensive care performance: How should we monitor performance in the future? *World J Crit Care Med*. 4 nov 2014;3:74-9.
47. Rewa, O., Lawless, B., Kostrzewa, L., Gao, M., Lalani, N., Mujahid, H., et al. Evaluation of the Critical Care Unit Scorecard, Ontario. *Critical Care Services Ontario*; 2010.
48. Fernando SM, Neilipovitz D, Sarti AJ, Rosenberg E, Ishaq R, Thornton M, et al. Monitoring intensive care unit performance—impact of a novel individualised performance scorecard in critical care medicine: a mixed-methods study protocol. *BMJ Open*. 1 janv 2018;8(1):e019165.
49. Pronovost PJ, Berenholtz SM, Ngo K, McDowell M, Holzmueller C, Haraden C, et al. Developing and pilot testing quality indicators in the intensive care unit. *J Crit Care*. sept 2003;18(3):145-55.
50. Minvielle, E. Produire des parcours singuliers à grande échelle. Quel objectif de performance de l'activité productive des parcours ? In: *Le patient et le système : En quête d'une organisation sur mesure*. Séli Arslan. 2018. p. 83-90.
51. AFNOR. Mesure des performances de vos processus : comment être efficace ? Webinaire ; 2021 janv 25. Disponible sur : <https://bivi.afnor.org/notice-details/mesure-des-performances-de-vos-processus-comment-etre-efficace-/1315949>
52. Shortell SM, Rundall TG, Hsu J. Improving patient care by linking evidence-based medicine and evidence-based management. *JAMA*. 8 août 2007;298(6):673-6.
53. Sicotte C, Champagne F, Contandriopoulos' A-P, Barnsley J, Beland F, Leggat S, et al. A Conceptual Framework for Analysis of Health Care Organizations' Performance. *Health Serv Manag Res Off J Assoc Univ Programs Health Adm HSMC AUPHA*. 1 mars 1998;11:24-41; discussion 41.
54. Da Silva Ramos, FJ, Figueira Salluh, JI. Data-driven management for intensive care units. *ICU Management & Practice*, Volume 19. 2019;

55. Schilte A, Minvielle É. Le classement des hôpitaux : une nouvelle manière de rendre des comptes. *Ann Mines - Gerer Compr.* 2008;N° 91(1):36-47.
56. La certification V2020 : où en est-on ? [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 15 juill 2021]. Disponible sur:
https://www.has-sante.fr/jcms/pprd_2974190/fr/la-certification-v2020-ou-en-est-on
57. Manuel de certification des établissements de santé pour la qualité des soins, version 2020 [Internet]. [cité 30 juill 2021]. Disponible sur:
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/202011/manuelcertification_es_qualite_soins.pdf
58. Minvielle, E. *Le patient et le système : En quête d'une organisation sur-mesure.* Séli Arslan. 2018.

ANNEXE 1 : Le modèle d'Excellence de l'European Foundation for Quality Management (EFQM) (version 2013)

Créé en 1988 par les dirigeants de 14 grandes entreprises industrielles multinationales européennes, en réponse à d'autres modèles américains, australiens, sud-africains et japonais, l'EFQM est un modèle de Qualité Totale, auquel se surajoutent 3 dimensions fondamentales qui l'augmentent en modèle d'Excellence :

- 1) l'obtention et le maintien de performances remarquables
- 2) qui satisfont ou dépassent les attentes
- 3) de toutes leurs parties prenantes

Au fil des versions, ce modèle s'est continuellement adapté aux besoins des entreprises, et a étendu ses concepts aux activités de service y compris celles à but non-lucratif (santé, enseignement).

L'enjeu est de parvenir à un succès durable à toutes les échelles de temps (court, moyen, long-terme).

A. Description des 3 composantes du modèle EFQM version 2013 : Concepts Fondamentaux, modèle d'Excellence, logique RADAR

Le modèle se décompose en 3 outils complémentaires (22) (Figure 8) :

-les Concepts Fondamentaux de l'Excellence : représentés sous forme d'orbites d'électrons, ils constituent les grands principes de base, qui doivent être la matière sur laquelle se construit la stratégie de l'organisation. Ils sont au nombre de 8 :

- Créer de la valeur pour les clients,
- Contribuer à un avenir durable,
- Développer les capacités de l'organisation,
- Mobiliser la créativité et l'innovation,
- Diriger de façon visionnaire, inspirée et intègre,
- Manager avec agilité,
- Réussir par le talent du personnel,
- Soutenir des résultats remarquables.

-le modèle d'Excellence : représenté sous la forme d'une boîte-à-outil, il est divisé en 5 critères Facteurs, et 4 critères Résultats (Figure 9). Il constitue le cadre de travail dans lequel il faut appliquer les Concepts Fondamentaux d'Excellence, et déployer la logique RADAR pour générer de l'amélioration continue.

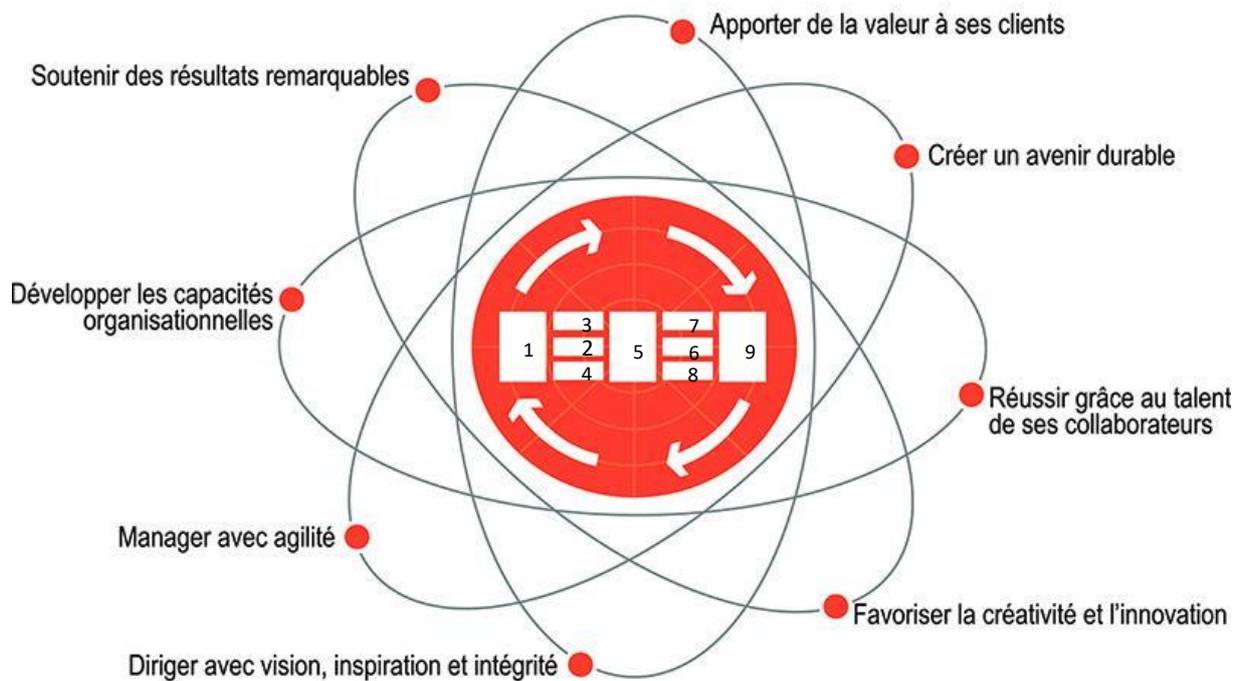
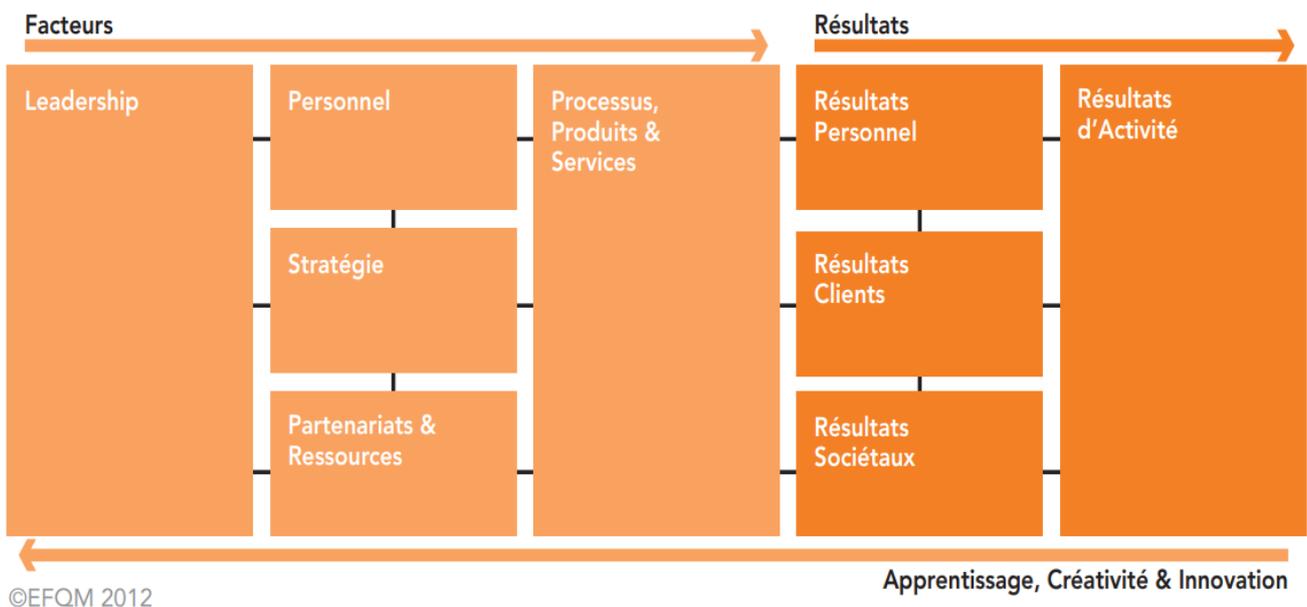


Figure 8. Les 3 composantes du modèle EFQM v2013 : Concepts Fondamentaux (orbites), modèle d'Excellence (boîte-à-outil 1-9), logique RADAR (diagramme radar et cycle) (d'après image AQM conseil, aqm.fr)

Les Facteurs sont les leviers qui peuvent activer un changement organisationnel : 1. le leadership (= les dirigeants), 2. la stratégie, 3. le personnel, 4. les partenariats et ressources, 5. les processus, produits et services. Les Résultats concernent l'ensemble des parties prenantes : 6. les clients, 7. le personnel, 8. la société, 9. l'activité de l'organisation.



©EFQM 2012

Figure 9. La boîte à outil du modèle d'Excellence : divisée en 5 facteurs (leviers), et 4 résultats. Toutes ces dimensions sont reliées par des chemins parfaitement alignés, qui soulignent leur mise en cohérence. L'apprentissage, la créativité & innovation, sont des phénomènes avec rétroaction qui encouragent et entretiennent le changement.

Chacune des catégories est successivement analysée à la lumière d'un total de 32 sous-critères (cf. annexe 2), qui évaluent autant l'implication de chacun des leviers, la méthodologie du pilotage organisationnel, les procédés de veille à l'écoute des besoins des différentes parties prenantes internes et externes, le rapport à l'innovation etc. Au niveau des résultats, la particularité notable de ce modèle est de les évaluer à la fois avec des indicateurs de « perception », de ressenti, donc subjectifs et non traçables ; et à la fois avec des indicateurs de « performance », objectivables, mesurés et comparables.

Toutes ces dimensions sont reliées par des « chemins » parfaitement alignés, qui représentent leur mise en cohérence à l'échelle du système.

Enfin, le modèle souligne l'importance qui est accordée à l'apprentissage, l'innovation et la création, qui se retrouvent dans les résultats excellents, mais qui ont surtout un effet de rétroaction sur les facteurs, ce qui encourage et entretient le changement organisationnel.

-la logique RADAR : représentée par un diagramme en radar et un cycle. C'est une forme de roue d'amélioration continue PDCA améliorée. L'acronyme signifie « *Results- Approaches- Deployment- Assessment- Refinement* » (Résultats- Approches- Déploiement- Analyse- Rectification). C'est un outil dynamique, qui permet de « faire tourner » le système organisationnel en réitérant successivement et régulièrement les cycles d'évaluation puis amélioration, puis réévaluation etc. C'est aussi un outil de management puissant, qui permet non seulement de cadrer les projets, mais également de visualiser facilement leur impact sur les résultats, grâce à une présentation graphique en diagramme radar. Enfin, c'est l'outil d'évaluation du modèle EFQM, puisqu'elle permet d'assurer un système de notation en fonction du degré de maturité (échelle de « capacité à démontrer » (Tableau 6)) de l'entreprise face à chacun des 32 sous-critères (total de 1000 points, avec différentes pondérations par critères (Figure 10)).

Tableau 6. Echelle de notation de la grille RADAR

Incapacité à démontrer	Capacité limitée à démontrer	Capable de démontrer	Totalement capable de démontrer	Reconnu comme un modèle au niveau mondial
0%	25%	50%	75%	100%

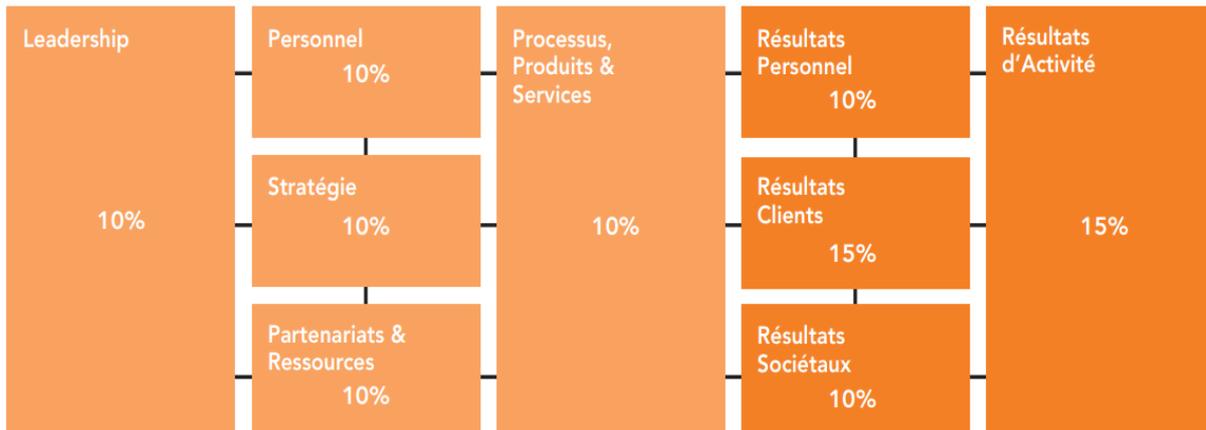


Figure 10. Pondération des notes par critères, après évaluation par la logique RADAR ; total de 1000 points.

B. Mener une évaluation par le modèle EFQM, et l'implémenter

L'intérêt principal du modèle EFQM est sa capacité d'évaluation complète à 360° de l'organisation, la confortant dans sa capacité à « relever les défis actuels et futurs ».

Ainsi, dès lors que l'organisation a su identifier ses différentes parties prenantes (qui sont les dirigeants ? les clients ? les partenaires ? les objectifs stratégiques ? etc.), le modèle est apte à rapidement y déceler les manquements majeurs susceptibles de grever sa performance (quel que soit le critère retenu : production, satisfaction etc.), et d'identifier rapidement le(s) facteur(s) défaillant(s), pour ensuite mettre en place des actions, correctrices dans un premier temps puis innovantes dans un second.

Implémenter le modèle, c'est-à-dire l'appliquer et le développer, consiste donc en la réalisation de cette cartographie, puis en la mise en place d'un système de « pilotage » reposant sur un panel d'indicateurs limité et défini, dynamisé par la logique RADAR. L'objectif poursuivi est d'augmenter toujours plus la performance de l'organisme, soit par la diversification de l'application des critères, soit par l'exploitation de sa créativité pour générer davantage de valeur-ajoutée.

Le mode d'évaluation est somme toute relativement similaire à celui de la procédure de certification de la HAS ou de l'ISO 9001 : 1) autoévaluation, 2) évaluation externe par un organisme agréé avec analyse de dossier et visite sur site, 3) obtention éventuelle d'une reconnaissance (deux niveaux : C2E « *Committed To Excellence* » (engagement vers l'Excellence), puis R4E « *Recognised For Excellence* » (reconnaissance de l'Excellence)), voire présentation à un prix (national, ou européen « *EFQM Excellence Award* »).

Pour l'autoévaluation, aucune forme n'est imposée : elle peut être réalisée tant par les dirigeants que par des équipes de personnel ; tant par enquêtes, que par questionnaires, entretiens divers, ou bien sessions de consensus (33). Concernant l'évaluation des résultats, ceux-ci doivent être remarquables depuis au moins 3 ans consécutifs.

Ce qu'il faut surtout retenir de l'EFQM, c'est qu'il laisse beaucoup de place à la créativité et à la personnalisation, de façon à ce que chaque structure puisse l'exploiter selon la forme qui lui convient le mieux, ce qui a pour effet de renforcer d'autant plus l'efficacité du modèle.

ANNEXE 2 : Les 9 critères répartis en 32 sous-critères du modèle EFQM v2013

Critère 1 LEADERSHIP

1a. Les dirigeants développent la Mission, la Vision, les Valeurs et l’Ethique, et sont exemplaires.

1b. Les dirigeants définissent, contrôlent, évaluent et pilotent l’amélioration du système de management et de la performance de l’organisation.

1c. Les dirigeants s’impliquent auprès des partenaires externes.

1d. Les dirigeants renforcent la culture de l’excellence chez leur personnel.

1e. Les dirigeants s’assurent que l’organisation fait preuve de flexibilité et qu’elle gère le changement avec efficacité.

Critère 2 STRATEGIE

2a. La stratégie est basée sur la compréhension des besoins et des attentes des parties prenantes et de l’environnement externe.

2b. La stratégie est basée sur la compréhension de la performance et des capacités internes.

2c. La stratégie et les politiques qui la déclinent sont développées, réévaluées et mises à jour.

2d. La stratégie et les politiques qui la déclinent sont communiquées, mises en œuvre et pilotées.

Critère 3 PERSONNEL

3a. Les plans et politiques de gestion des ressources humaines soutiennent la stratégie de l’organisation.

3b. Les connaissances et les compétences sont développées.

3c. Le personnel est managé, impliqué, et responsabilisé.

3d. Le personnel communique efficacement dans toute l’organisation, et à tout niveau.

3e. Le personnel est récompensé et reconnu. Il fait l’objet d’une grande attention de la part de l’organisation.

Critère 4 PARTENARIATS ET RESSOURCES

4a. Les partenariats et les fournisseurs sont gérés dans l’optique d’échanges durablement profitables.

4b. Les ressources financières sont gérées en vue d'une sécurité et d'une rentabilité durables.

4c. Les constructions, équipements, matériels, et les ressources naturelles sont gérés de façon responsable.

4d. La technologie est gérée et développée en soutien de la stratégie.

4e. Le management de l'information et de la connaissance est structuré pour soutenir efficacement la prise de décision et le développement des capacités organisationnelles.

Critère 5 PROCESSUS, PRODUITS ET SERVICES

5a. Les processus sont conçus et gérés afin d'optimiser la valeur pour les parties prenantes.

5b. Les produits et les services sont développés afin de créer une valeur optimale pour les clients.

5c. Les produits et les services sont promus et commercialisés de manière efficace.

5d. Les produits et les services sont élaborés, délivrés et gérés.

5e. Les relations avec les clients sont gérées et mises en valeur.

6. RESULTATS CLIENTS

6a. Perceptions

6b. Indicateurs de performance

7. RESULTATS PERSONNEL

7a. Perceptions

7b. Indicateurs de performance

8. RESULTATS COLLECTIVITE

8a. Perceptions

8b. Indicateurs de performance

9. RESULTATS D'ACTIVITE

9a. Résultats stratégiques

9b. Indicateurs de performance opérationnelle

ANNEXE 3 : exemple des pages « Présentation du sous-critère » et « Tableau d'état des lieux »

1a. Les dirigeants développent la Mission, la Vision, les Valeurs et l'Ethique, et sont exemplaires.

Comment comprendre l'item ?

Il s'agit d'évaluer si :

Les dirigeants (Responsable de Service, cadres de santé, Directeur,...) s'impliquent tous personnellement et de façon visible et coordonnée, afin de définir une ligne de conduite claire pour la mise en œuvre des pratiques et l'organisation du Service.

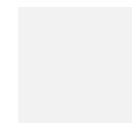
Leurs actions sont au service d'une démarche de Qualité Globale, c'est-à-dire qu'elles permettent de corriger et de prévenir les défauts de cette organisation, et ce dans tous les domaines. Ils se font les ambassadeurs des valeurs du Service, et perpétuent un esprit d'amélioration permanente.

Les actions mises en place peuvent comprendre notamment :

- la communication de la politique (c'est-à-dire la vision de l'avenir) et des objectifs à moyen ou long terme qui en découlent
- l'élaboration et l'actualisation de la stratégie (c'est-à-dire les plans d'action) du Service
- la mise en place d'une culture propre au Service, qui favorise la responsabilité, la créativité et l'innovation
- etc.

*Globalement, cet item insiste sur **l'investissement des dirigeants et leur communication claire de la stratégie du Service** aux autres parties prenantes (personnel, patients et proches, autres services, fournisseurs...), élaborée en accord avec la vision, l'orientation et la culture du Service, ses valeurs et priorités.*

En conclusion, vous diriez que dans le Service, le niveau de réalisation/maturité de ce sous-critère est :
(rappel : 0-4, cf. page 7 ou dernière page pour tableau de maturité)



1a. LEADERSHIP. Les dirigeants développent la Mission, la Vision, les valeurs et l'éthique, et sont exemplaires.

 Points forts/positifs	Preuve : 	Maturité 	Domaines d'amélioration/ points négatifs 
<p>-le chef de service maîtrise les concepts et outils spécifiques à la Qualité</p> <p>-l'équipe a déjà bénéficié d'une formation officielle sur la Qualité</p> <p>- communication régulière sur les objectifs de service</p> <p>...</p>	<p>-diplôme universitaire en Qualité et formation continue par littérature</p> <p>- 1 séance plénière il y a 3 ans, animée par responsable cellule qualité du CHD</p> <p>-réunion annuelle de service en séance plénière</p>	<p>4</p> <p>2</p> <p>3</p>	<p>-Pas de charte de service spécifique au service MIR, seulement celle de l'hôpital</p> <p>- Tels projets de service ont déjà été refusés par la hiérarchie, sans explications comprises par l'équipe</p>
<p style="text-align: center;">Idées de plans d'action </p> <ul style="list-style-type: none"> - mettre en valeur la charte du service en salle de pause et dans le couloir famille - Réactualiser tous les 3ans la formation en Qualité, pour les nouveaux arrivants et rappels pour les anciens - Faire participer un membre de l'équipe à l'animation de la réunion annuelle, pour expliciter un point spécifique déroulé au cours de l'année - Laisser le choix des objectifs de l'année à l'équipe, parmi plusieurs options proposées par le chef de service - ... 			

ANNEXE 4 : Grille indicative de notation et interprétation des notes

Moins de 100 points : quelques initiatives dans le domaine de la Qualité. Pas de politique, pas de stratégie, pas de vision ni de culture.

100 à 200 points : début de prise de conscience de la démarche Qualité. La mise en œuvre commence, mais la Qualité ne fait pas encore partie de la culture de l'entité. Les résultats ne sont pas dus à l'approche.

200 à 375 points : début d'une approche intégrée de la Qualité. La mise en œuvre commence et la culture apparaît. Des résultats sont visibles, mais sans relation de cause-à-effet avec les démarches engagées.

375 à 500 points : la pratique de la Qualité devient visible. Bonne intégration. Nombreux débuts de mise en œuvre de la démarche Qualité. La Qualité est connue par tous, sous l'impulsion de la direction. Les résultats et les tendances sont clairs, avec une forte relation de cause-à-effet.

500 à 625 points : l'approche est bien planifiée et documentée. La Qualité est mise en œuvre dans la plupart des fonctions et est visible dans la culture de l'entité et pour la plupart des salariés. Les résultats sont probants et ont une forte relation de cause-à-effet.

625 à 750 points : la Qualité « à l'écoute du client » est mise en pratique de façon innovante. La Qualité est visible dans la culture de (presque) tous.

750 à 875 points : la Qualité « à l'écoute du client » est une pratique courante de l'entité. Excellente intégration dans tous les secteurs et chez tous les acteurs. Mise en œuvre dans toutes les fonctions importantes. La Qualité est visible dans la culture de tous. La Qualité devient un avantage compétitif.

875 à 1000 points : l'approche Qualité est totalement intégrée et est en amélioration continue. Elle fait partie intégrale de la culture. Elle génère des résultats exceptionnels. La Qualité a fait de cette entité la meilleure face à la concurrence internationale.

A titre indicatif : les scores des champions européens du modèle EFQM (tous secteurs d'activité confondus) atteignent en général 650 à 750 points.

AUTEUR : Nom : TRUBERT

Prénom : Claire

Date de soutenance : 1^{er} octobre 2021

Titre de la thèse : Le service de Médecine Intensive et Réanimation du Centre Hospitalier de Dunkerque, pionnier sur la voie de l'Excellence : évaluation selon le modèle de Qualité EFQM (*European Foundation for Quality Management*) (version 2013)

Thèse - Médecine - Lille - 2021

Cadre de classement : Réanimation, Qualité

DES + spécialité : Anesthésie-Réanimation

Mots-clés : évaluation ; réanimation ; qualité ; excellence ; EFQM

Résumé :

Introduction : Le service de Médecine Intensive et Réanimation (MIR) du Centre Hospitalier de Dunkerque, revendique une culture « qualité, gestion des risques, et management organisationnel » prégnante, et a su développer sa propre dynamique d'amélioration continue de ses prestations. Son évaluation par le modèle d'Excellence en Qualité de l'EFQM, a pour but de valoriser la performance du système managérial du service MIR, ainsi que d'identifier de nouvelles pistes d'amélioration organisationnelle, au cœur de ses interactions avec l'ensemble de ses nombreuses parties prenantes.

Matériel et Méthodes : 1^{er} temps : autoévaluation à partir d'un questionnaire distribué à l'ensemble des membres du personnel, qui devaient attribuer une note subjective de 0 à 4 selon le degré de réalisation du critère dans le service MIR ; puis synthèse des notes individuelles et conversion des notes en points selon le barème officiel du modèle EFQM version 2013. 2nd temps : évaluation externe après rédaction d'un dossier et visite « sur site » par deux consultants experts du modèle EFQM, puis attribution finale des points.

Résultats : 73 questionnaires d'autoévaluation rendus et analysés (/93 distribués). Notes similaires entre l'autoévaluation et l'évaluation externe concernant les critères « facteurs » 1 à 5 (300 vs. 303 /500 pts), mais distinctes concernant les critères « résultats » 6 à 9 (275 vs. 138.75 / 500 pts) ; note finale du service MIR : 442/1000 pts. Selon la grille d'évaluation externe de référence, perte de points principalement liée au manque de mesures prouvant la performance des résultats.

Conclusion : nécessité de développer de nouveaux indicateurs objectifs et mesurables, autres que ceux « cœur de métier », afin de 1) mieux considérer la satisfaction et les attentes de chacun des acteurs avec lesquels le service MIR interagit, 2) assurer un développement durable médico-économico-sociétal, dans un monde médical d'évolution rapide, diversifiée et continue.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Eric Kipnis

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Raphaël Favory

Monsieur le Docteur Christophe Decoene

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Sébastien Béague