



MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPÉES

Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins

LES PERCEPTIONS DE LA QUALITÉ CHEZ LES PROFESSIONNELS DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

NOTE DE SYNTHÈSE

AVRIL 2003

Jean-Pierre **CLAVERANNE**, Didier **VINOT**
Stéphane **FRAISSE**, Magali **ROBELET**
Danielle **CANDEL**, Danièle **DUBOIS**, Pierrette **MARCHAUDON**



GRAPHOS-CNRS
Laboratoire d'Analyse
des Systèmes de Santé

Université Jean Moulin Lyon III
18 rue Chevreul 69007 Lyon
Tel : 0 (33) 4-78-78-75-81
<http://www.ifross.com>

LCPE / LNST

LCPE/LNST-CNRS

44 rue de l'Amiral Mouchez
75014 Paris
Tel : 0 (33) 1-43-13-56-57

AVANT PROPOS

La Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS) a notamment en charge de promouvoir les démarches d'amélioration de la qualité dans les établissements de santé, de suivre et de mesurer l'impact de la procédure d'accréditation. Au mois de juillet 2001, la sous-direction de la qualité et du fonctionnement des établissements de santé, bureau « Droits des usagers et fonctionnement général des établissements de santé » a lancé une étude des perceptions des concepts relatifs à la qualité par les professionnels des établissements de santé.

L'objectif de cette étude est double :

- Connaître les représentations des professionnels relatives au champ sémantique de la qualité ;
- Clarifier ces concepts à l'issue de ce repérage.

Pour la DHOS, il s'agit de s'assurer que les messages des différentes institutions (ministère, sociétés savantes, agences, ...) sont bien reçus par les professionnels des établissements de santé et que l'interprétation des termes employés (accréditation, amélioration de la qualité, certification) correspond bien aux finalités recherchées.

La DHOS souhaite notamment repérer d'éventuelles différences entre catégories socioprofessionnelles, statuts juridiques et enfin selon le niveau d'engagement des établissements dans la démarche qualité.

Après examen des propositions des laboratoires de recherche ayant répondu à l'appel d'offre, la DHOS a retenu le laboratoire Graphos, laboratoire CNRS de gestion des systèmes de santé, en l'invitant à se rapprocher du LCPE/LNST, laboratoire CNRS de linguistique. En effet, il a paru indispensable d'interroger l'usage même du terme de « qualité » dans les discours des professionnels des établissements de santé, et les outils linguistiques semblaient particulièrement adaptés pour y parvenir.

Deux équipes de recherche du CNRS ont participé à cette étude novatrice qui croise deux approches complémentaires :

- le Graphos, entité du Laboratoire d'Analyses des Systèmes de Santé CNRS, est spécialisé en sciences de gestion ; l'équipe de recherche Graphos, dirigée par le Pr Jean-Pierre Claveranne, était composée de Didier Vinot, Stéphane Fraisse et Magali Robelet¹ ;
- le LCPE/LNST est un laboratoire CNRS de linguistique, plus particulièrement concerné par les phénomènes lexicaux et cognitifs ; l'équipe de recherche du LCPE était composée de Danielle Candèl, Danièle Dubois et Pierrette Marchaudon².

Je me réjouis de voir aujourd'hui l'aboutissement de ce travail multidisciplinaire et je souhaite qu'il contribue à éclairer notre action aux côtés des professionnels dans l'amélioration de la qualité dans les établissements de santé.

Edouard COUTY

Directeur de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins

¹ Jean-Pierre Claveranne, professeur en sciences de gestion, directeur de la recherche
Didier Vinot, maître de conférences en sciences de gestion, coordinateur de la recherche;
Stéphane Fraisse, doctorant en sciences de gestion, chef de projet.
Magali Robelet, docteur en sociologie, chef de projet.

² Danielle Candèl, chercheur en linguistique au CNRS
Danièle Dubois, directeur de recherche en linguistique au CNRS
Pierrette Marchaudon, ingénieur de recherche au CNRS.

SOMMAIRE

1. MÉTHODOLOGIE D'ENQUÊTE	1
1.1. Le choix des établissements de santé	1
1.2. Le choix des professionnels interviewés	1
1.3. Le recueil des données	2
2. DES DÉFINITIONS DE LA QUALITÉ SOUS LE PRISME DES LOGIQUES PROFESSIONNELLES	3
2.1. L'absence de définition unique de la qualité	3
2.2. Typologie des définitions du terme <i>qualité</i> par catégories professionnelles	5
3. LA QUALITÉ : UNE PRIORITÉ AFFICHÉE MAIS DES ACTIONS ENCORE FRAGILES	9
3.1. La qualité : une priorité affichée	9
3.1.1. Un contexte favorable : l'accréditation, « couperet mobilisateur » pour la qualité.....	9
3.1.2. La qualité, outil de management interne et externe	10
3.2. Des actions encore fragiles	10
3.3. Des structures qualité en quête de légitimité	12
3.3.1. La quête de légitimité auprès des directions d'établissement 12	
3.3.2. La quête de légitimité auprès des professionnels	13
3.4. L'organisation : l'angle mort des outils de la qualité .	13
4. PRÉCONISATIONS	14
4.1. Préconisations quant aux usages des expressions associant le terme « qualité »	14
4.2. Préconisations quant au suivi des actions en faveur de la qualité	15
5. CONCLUSION	16

Cette note de synthèse rappelle la méthodologie d'enquête mobilisée, présente les principaux enseignements de l'enquête portant sur les définitions de la qualité par les professionnels et sur les actions engagées dans les établissements au nom de la qualité et propose quelques recommandations quant à la communication à adopter en matière de qualité auprès des professionnels des établissements de santé.

1. METHODOLOGIE D'ENQUETE

La qualité en tant qu'instrument de gestion n'est pas seulement un dispositif technique. Elle est aussi, par le discours des acteurs qui y ont installé leurs représentations, un construit socio-cognitif. La qualité n'est pas un objet existant en dehors de sujets parlants et sensibles qui apprécient et définissent leurs critères d'évaluation ensemble, dans leur contexte de travail.

L'enquête visait à tester trois hypothèses sur les variables structurantes des perceptions de la qualité chez les professionnels des établissements de santé :

- Le statut juridique des établissements ;
- L'appartenance à une catégorie professionnelle ;
- Le niveau d'engagement dans une démarche qualité apprécié par le statut de l'établissement à l'égard de la procédure d'accréditation (établissement accrédité ou non).

Ces hypothèses ont été testées sur l'analyse des discours des différents professionnels exerçant dans les établissements de santé. La méthodologie mobilisée repose sur l'analyse de productions discursives recueillies à partir d'entretiens auprès des professionnels des établissements de santé, afin de cerner les sens véhiculés par le langage.

1.1. Le choix des établissements de santé

L'enquête dans deux établissements de santé par statut juridique. Ainsi ont été interrogés deux centres hospitaliers universitaires, deux centres hospitaliers, deux hôpitaux locaux, deux établissements de santé spécialisés en psychiatrie, deux établissements privés à but lucratif et deux établissements privés à but non lucratif.

Au sein d'un même statut juridique, le choix des établissements est réalisé suivant la variable discriminante « niveau d'engagement dans une démarche qualité ». Le critère « établissement accrédité » fut alors l'indicateur représentant ce niveau d'engagement dans une démarche qualité.

Par ailleurs, afin de limiter l'effet de facteurs de confusion parallèles, les deux établissements sélectionnés pour un même statut juridique présentent des caractéristiques proches en termes de taille et de disciplines d'activité.

1.2. Le choix des professionnels interviewés

La commande de la DHOS propose une étude sur les « professionnels des établissements » de santé. Le panel des acteurs interrogés ne s'est donc pas constitué uniquement de professionnels de santé au sens restreint du terme (personnel soignant, médecins), mais aussi des personnels administratifs, médico-techniques, et des services logistiques. Au total **145 entretiens** ont été exploités, selon la répartition en catégories professionnelles suivante :

	CHU	CH	Hôpitaux locaux	Cliniques privées à but lucratif	Cliniques privées à but non lucratif	CHS
Directeur Établissement	1	1	1	1	1	1
Président de CME	1	1	1	1	1	1
Responsable Qualité	1	1	1	1	1	1
Directeur des soins infirmiers	1	1	1	1	1	1
Chef de service	1	1				1
Médecin non chef de service	1	1	1	1	1	1
Cadre infirmier	1	1	1	1	1	1
Infirmier	2	2	2	2	2	2
Aide-soignant ou Agent de service hospitalier	2	2	2	2	2	2
Personnel médico-technique	1	1		1	1	
Personnel administratif	1	1	1	1	1	1
Total	13	13	11	12	12	12

Le mode d'accès aux acteurs est indirect et institutionnel. En effet il a été demandé à chaque responsable de structure de déterminer les personnes à interroger suivant les critères définis par les chercheurs, soit :

- 3 ans d'ancienneté dans l'établissement
- 3 ans d'ancienneté dans le métier ou profession
- Travail à temps plein, (ou au moins 8/11^{ème} pour les médecins)
- Exercice dans des disciplines médicales différentes pour les professionnels de santé (quand il est possible d'exercer ce choix, il convenait de répartir les professionnels suivant la distinction discipline médicale versus discipline chirurgicale).

1.3. Le recueil des données

Le recueil de données s'est déroulé du mois de juin à octobre 2002.

Il a consisté à rencontrer les professionnels d'un même établissement sur une à deux journées, par une visite des chercheurs sur le site même de l'établissement.

La collecte des données a été réalisée à partir d'une grille d'entretien qui servait de guide à l'application d'un entretien de type semi-directif individuel d'une quarantaine de minutes en moyenne.

Les entretiens ont tous été enregistrés et retranscrits dans leur intégralité pour ensuite être l'objet d'une analyse précise.

2. DES DEFINITIONS DE LA QUALITE SOUS LE PRISME DES LOGIQUES PROFESSIONNELLES

Portant principalement sur les « façons de parler » de la qualité, l'enquête a permis d'établir une « cartographie des perceptions de la qualité » chez les professionnels des établissements de santé. Les résultats font apparaître l'absence de définition unique de la qualité mais des définitions « portées » essentiellement par les catégories professionnelles d'appartenance.

2.1. L'absence de définition unique de la qualité

Concernant les expressions de la qualité, l'enquête a d'abord mis en évidence l'absence d'une définition unique de la qualité. L'analyse du contenu des discours sur la qualité a permis d'identifier **deux types de discours** : un discours pour lui-même, et un discours comme représentation de l'action.

Dans le premier cas, la personne définit la qualité en reprenant à son compte un discours ambiant, convenu, au sujet de la qualité en santé aujourd'hui. Les différents indicateurs linguistiques ont montré que ces types de discours sont produits principalement par les acteurs qui exercent des responsabilités (les directeurs, les responsables qualité ou les directeurs des soins). Ces discours sont émis par des personnes prolixes dans leur effort de définition (longues réponses aux questions posées, et emploi fréquent du terme qualité) et qui s'impliquent personnellement (« pour moi », « je », « à mon avis »...) mais le terme qualité ne se trouve pas spécifié (il est question de la qualité et non de la « qualité de quelque chose »).

Dans le second cas, si le discours est quantitativement moins important (réponse courte à la demande de définition), la qualité se trouve davantage spécifiée (« la qualité, c'est la qualité de... ») et rapporté à des situations de travail. Ainsi, ce type de discours correspond plus à « faire la qualité de quelque chose » qu'à « dire la qualité ».

Par ailleurs, l'analyse a permis d'identifier **l'influence des trois variables testées** (le statut juridique de l'établissement, le statut de l'établissement à l'égard de l'accréditation et l'appartenance professionnelle) **sur les expressions de la qualité.**

- La variable « statut juridique de l'établissement » ne différencie pas les expressions de la qualité par les professionnels, ni quantitativement (les professionnels ne sont pas plus ou moins prolixes en fonction du statut juridique de leur établissement d'appartenance), ni qualitativement.
- La variable « accréditation » introduit quelques variations non négligeables dans les expressions de la qualité. Les professionnels des établissements accrédités parlent relativement plus de qualité que leurs collègues des établissements non accrédités. Ils adoptent en revanche un mode d'expression de la qualité plus « normalisé », reproduisant les définitions et discours sur la qualité émis par les pouvoirs publics, l'ANAES ou par des consultants et issus des techniques de management. En d'autres termes, ils spécifient moins la qualité dont ils parlent et se contentent d'évoquer « la qualité » en général.
- La variable « catégorie professionnelle » paraît la plus déterminante dans la différenciation des types d'expression de la qualité (quantitativement et qualitativement).

Il apparaît finalement que la qualité est perçue et exprimée dans le langage à travers les logiques professionnelles :

- La logique des soignants est marquée par les aspects relationnels de la « qualité des soins accordés au patient » inscrite dans une pratique collective professionnelle. Les discours des cadres soignants restent inscrits dans cette logique, même s'ils emploient davantage que les autres soignants le vocabulaire du management de la qualité et que leur discours semble plus sensible que celui des autres groupes

professionnels à la procédure d'accréditation (influence quantitative de l'accréditation sur ce discours : les cadres sont plus prolixes sur la qualité et emploient plus souvent que les autres le terme même de qualité) ;

- La logique médicale s'appuie essentiellement sur un référentiel technique qui se marque, dans le discours, par une spécification de la qualité (« qualité des soins ») ;
- La logique administrative des responsables reprend les formes discursives proches des textes officiels qui concernent en particulier l'« amélioration de la qualité des systèmes de santé » où la qualité, exprimée sans forme complétive, demeure sous-spécifiée, ou figée dans des formes empruntées à l'anglo-américain, du type « démarche qualité ». Les directeurs, qui ont ainsi le plus intégré le discours des textes officiels, ont une vision qui concerne toujours le *front office*, alors que le *back office* semble peu pénétré par les démarches qualité. Certains responsables qualité nous ont d'ailleurs fait part de ce fait. On peut alors imaginer cet effet sur la motivation des agents : si la qualité c'est l'affaire de tous, la démarche qualité, c'est l'affaire de l'autre...

L'impact de la variable « catégorie professionnelle » sur l'expression de la qualité nous a donc conduits à proposer une typologie des définitions de la qualité selon les catégories professionnelles.

2.2. Typologie des définitions du terme qualité par catégories professionnelles

L'enquête a permis d'établir une typologie des définitions de la qualité pour chacune des catégories professionnelles rencontrées dans les établissements de santé. Il faut préciser qu'au cours de leur effort de définition, les personnes s'expriment dans le cadre d'une thématique éminemment personnelle. Les exemples de définitions rassemblées ci-dessous ne sauraient donc nullement représenter un ensemble de définitions-types : aucune de ces définitions ne représente, à elle seule, la catégorie professionnelle dont relève son auteur.

Définition de la qualité par les directeurs	
Points centraux	Fonctionnement, fonctionner, prise en charge, risque, soin
Définition-type	Les <u>directeurs</u> parlent de la qualité à la première personne à propos du patient, de sa prise en charge et des soins, tout en mentionnant également le fonctionnement de l'établissement des risques encourus
Illustration	<i>Je pense que c'est veiller à ce que l'ensemble des fonctionnements de l'établissement puissent être perçus codifiés et compris par l'ensemble des acteurs</i> <i>Je crois que c'est une reconnaissance des bonnes pratiques conduisant à une bonne prise en charge du patient</i>

Définition de la qualité par les responsables qualité	
Points centraux	Mieux (possible), satisfait-satisfaction
Définition-type	Les <u>responsables qualité</u> parlent également de la qualité à la première personne et ce d'autant plus lorsque leur établissement est accrédité. Par ailleurs, leur discours est très centré sur le patient. C'est surtout l'effort pour satisfaire le mieux possible le patient qui est mis en avant dans leurs discours.
Illustration	<i>Pour moi la qualité dans un hôpital c'est un objectif de prise en charge du patient de qualité</i> <i>La qualité c'est atteindre un niveau de satisfaction des usagers</i>

Définition de la qualité par les présidents de CME	
Points centraux	Prise en charge, service
Définition-type	les <u>présidents de CME</u> définissent la qualité de manière assez pauvre en y inscrivant principalement les notions générales de service et de prise en charge
Illustration	<i>la qualité pour moi c'est essentiellement le service rendu au patient au travers d'objectifs...</i> <i>c'est une grande démarche pour améliorer progressivement les choses</i>

Définition de la qualité par les chefs de service	
Points centraux	Soin
Définition-type	<u>Les chefs de services</u> , s'ils ont un discours sur la qualité plus personnel que les présidents de CME, ne parlent que de manière très générale des soins accordés aux patients
Illustration	<i>Pour moi, la qualité dans un établissement de santé, c'est un service. Les malades viennent ils sont demandeurs d'un service et ce service il faut qu'il soit dans les meilleures conditions</i> <i>La qualité c'est en tant que médecin de donner au patient des soins qui soient conformes aux données actuelles de la science</i>

Définition de la qualité par les directeurs des soins	
Points centraux	Besoin, réponse-répondre aux attentes, soin
Définition-type	Les <u>infirmiers généraux</u> centrent le discours de la qualité sur le patient et le souci de lui prodiguer des soins qui répondent à ses attentes
Illustration	<i>La qualité dans un établissement de santé c'est ce qui permet de répondre à toutes les attentes et tous les besoins du malade</i>

Définition de la qualité par les médecins	
Points centraux	Accueil, prise en charge, soin
Définition-type	Les <u>médecins</u> centrent leur discours sur les soins, en y intégrant l'accueil et la prise en charge. Ce discours semble bien avoir été influencé par la procédure d'accréditation qui renforce leur implication personnelle et un centrage sur le patient
Illustration	<i>Pour nous c'est la qualité des soins qu'on procure</i> <i>La qualité, c'est la perfection qui démarre à l'accueil et qui finit à la sortie</i>

Définition de la qualité par les cadres infirmiers	
Points centraux	Besoin, prestation, prise en charge, satisfait-satisfaction, service, soin
Définition-type	Les <u>cadres infirmiers</u> ont un discours riche et spécifique, qui met l'accent, avec une implication personnelle forte, sur la qualité des services ou prestations relatifs aux soins, sur une prise en charge qui satisfasse les besoins.
Illustration	<i>Pour moi en tant que professionnel de santé la qualité c'est la qualité tout ce qui va concerner le patient ça va tourner ... toute la prise en charge globale</i> <i>Pour moi la qualité c'est la réponse aux besoins à la satisfaction des besoins du patient et de sa famille</i>

Définition de la qualité par les infirmiers	
Points centraux	Accueil-accueillir, confort-bien-être, environnement, locaux, prise en charge, répondre aux besoins, satisfait-content, sécurité, soin
Définition-type	Les <u>infirmiers</u> , tout comme les <u>cadres infirmiers</u> , ont un discours riche et spécifique, qui met l'accent, avec une implication personnelle moins importante chez les infirmiers, sur la qualité des services ou prestations relatifs aux soins, sur une prise en charge qui satisfasse les besoins. Les infirmiers sont encore plus précis dans leur définition, qui inclut le concept de confort, de bien-être et marque une attention particulière portée aux conditions matérielles d'accueil et d'exercice des soins (environnement, locaux)
Illustration	<i>En tant qu'infirmière la qualité c'est par rapport aux soins et par rapport aux soignés</i> <i>Par rapport au patient c'est la qualité notamment de l'accueil (...) et puis après la prise en charge des soins</i>

Définition de la qualité par les aides-soignants	
Points centraux	Accueil, confort, écoute, hygiène, soin, travail-travailler
Définition-type	Les <u>aides-soignants</u> adoptent un discours impersonnel dans leurs essais de définition de la qualité, mais plus spécifiquement centré sur le patient, présent à la fois lorsqu'il s'agit de l'accueil, des soins, du confort, et on note également l'importance de l'écoute et de l'hygiène
Illustration	<i>La qualité ça englobe beaucoup de choses je mettrais dans la qualité l'accueil l'écoute le réconfort l'installation les soins qui sont donnés à la personne</i> <i>D'abord la qualité des soins des patients que ce soit pas des numéros mais vraiment des individus chacun dans sa globalité</i>

Définition de la qualité par le personnel administratif et logistique	
Points centraux	Accueil, dysfonctionnement-risque, prestation, prise en charge, satisfaction-satisfaire, soin
Définition-type	Le <u>personnel des services administratifs et logistiques</u> est davantage centré sur l'accueil, la qualité de la prise en charge et des prestations afin de satisfaire le patient et d'éviter les dysfonctionnements. Ce discours ne prétend pas à la généralité et se trouve de ce fait fréquemment à la première personne (pour moi)
Illustration	<i>Pour nous la qualité c'est avant tout optimiser une organisation afin d'éviter les dysfonctionnements l'erreur</i> <i>C'est déjà l'accueil d'un patient parce qu'entre guillemets il est client</i>

Définition de la qualité par les agents de service hospitaliers	
Points centraux	Accueil, hygiène-propreté
Définition-type	Les <u>agents de services</u> , dont nous avons noté, d'une façon générale, la pauvreté des discours dans le cadre de cette enquête, sont bien naturellement préoccupés par l'hygiène. On note que la procédure d'accréditation conduit à une plus grande mention du patient, de son accueil
Illustration	<i>C'est amener les moyens le plus possible pour avoir la qualité c'est-à-dire que bon à notre niveau on a beaucoup donné au niveau de l'hygiène</i> <i>La qualité c'est l'hygiène c'est pour le patient et la qualité c'est d'être bien avec les patients c'est pour les patients</i>

Cette diversité de définitions de qualité s'accompagne d'une sensibilité indéniable des professionnels des établissements de santé à la question de l'amélioration de la qualité, notamment à travers la procédure d'accréditation. Cependant, l'enquête a également mis en évidence une mobilisation et un enthousiasme variable des personnels autour d'actions engagées dans leur établissement en faveur de la qualité.

3. LA QUALITE : UNE PRIORITE AFFICHEE MAIS DES ACTIONS ENCORE FRAGILES

Concernant l'analyse des actions engagées au nom de la qualité dans les établissements, nous avons identifié les lignes de fond suivantes :

- **Un engagement volontariste affiché, mais des actions managériales en décalage.** Autrement dit, si les techniques ou les discours ont leur propre logique, la cohérence entre outils et actions n'est pas lisible, les acteurs eux-mêmes manifestant dans leur discours leur sensibilité à ce décalage. Il apparaît ainsi que les principales actions engagées en vue de l'amélioration de la qualité de la prise en charge du patient, consistent à formaliser les pratiques professionnelles et donc à décrire des pratiques existantes, sans engager de changement organisationnel.

- **La mobilisation des acteurs autour des actions engagées semble** pour la plupart des établissements (et notamment des établissements accrédités) **difficile à maintenir.** Ainsi, pour les établissements accrédités, une réflexion de fond s'engage de la part des directions et de l'encadrement soignant une fois la visite passée, pour pérenniser les efforts et les changements introduits dans la phase de la pré-accréditation.

3.1. La qualité : une priorité affichée

Dans tous les établissements, la qualité est affichée comme une priorité des directions et inscrite dans les projets d'établissements et les contrats d'objectifs et de moyens lorsqu'ils existent. Le contexte de l'accréditation explique en grande partie l'affichage unanime de cette priorité.

3.1.1. Un contexte favorable : l'accréditation, « couperet mobilisateur » pour la qualité

Globalement, l'*accréditation* est perçue par l'ensemble des acteurs comme contribuant à l'amélioration de la qualité en général (85% des personnes rencontrées estiment que « l'accréditation contribue à l'amélioration de la qualité »).

Ce sentiment est partagé par une grande majorité des personnels, quels que soient leur catégorie professionnelle d'appartenance et le statut juridique de leur établissement, et que l'établissement soit ou non accrédité. **Il est donc incontestable que l'accréditation est perçue de façon positive par les professionnels de santé.**

Les arguments positifs en faveur de l'accréditation relèvent de plusieurs registres.

- Dans un premier registre, l'accréditation est présentée comme un « couperet mobilisateur ». L'accréditation est considérée comme une contrainte de l'environnement qui était seule capable de susciter l'engouement et la motivation des personnels autour de l'objectif de la qualité.

- Dans le second registre, les professionnels justifient leur appréciation positive de l'accréditation par le fait qu'elle introduit de nouveaux comportements dans les établissements : l'engagement de démarches d'auto-évaluation est alors particulièrement mis en avant.

- Enfin, dans un troisième registre, certains professionnels mentionnent que l'accréditation, précisément du fait de ces échanges autour de problèmes rencontrés dans les situations de travail, permet une reconnaissance du travail réalisé par les uns et les autres.

Ces arguments confortent l'accent mis par l'ANAES sur la phase d'auto-évaluation lors de la préparation à l'accréditation.

3.1.2. La qualité, outil de management interne et externe

Au regard des discours que nous avons recueillis de la part des directeurs et des « responsables qualité » l'affichage d'une « politique qualité » (à travers notamment l'engagement dans la procédure d'accréditation) revêt plusieurs significations.

La majorité des directions d'établissements font de la « politique qualité » un outil de management interne ou de management externe, parfois des deux. C'est particulièrement le cas pour les établissements engagés précocement dans l'utilisation des outils de la qualité (les quelques établissements pionniers de notre échantillon, dans lesquels les démarches qualité ont débuté au début des années quatre-vingt-dix).

Utilisée comme un **outil de management interne, la qualité sert avant tout à mobiliser les acteurs** autour d'un thème fédérateur. On retrouve ici les discours évoquant la préparation de l'accréditation comme « un temps fort de la vie de l'entreprise », autour duquel toutes les catégories de professionnels se sont trouvées réunies. La qualité est alors un moyen, pour les équipes de direction de s'affirmer face au corps médical, souvent avec le concours des cadres infirmiers, les plus mobilisés dans la mise en œuvre des outils de la qualité.

Utilisée comme **outil de management « externe », la « politique qualité » vise à fournir une image de vitalité** en direction du méso-environnement de l'établissement (pouvoirs publics et établissements concurrents dans la région). Certains établissements mentionnent ainsi la concurrence entre public et privé comme un stimulant pour s'engager de façon précoce dans la procédure d'accréditation, tandis que d'autres évoquent la crainte d'une distribution de ressources inégale par les pouvoirs publics entre les établissements de la région, même si la plupart de nos interlocuteurs reconnaissent l'absence plus que probable d'impact de cette image dynamique sur l'allocation de ressources.

Dans ce premier groupe d'établissements, la « politique qualité » n'est pas pensée uniquement comme une réponse à l'accréditation. Les équipes de direction s'efforcent de donner un minimum de « sens commun » à la qualité, de façon à mobiliser le personnel de l'établissement.

En revanche, **la qualité n'est que rarement mentionnée en tant que levier de changement organisationnel**, permettant de dégager des gains de productivité. Quand c'est le cas, nos interlocuteurs ne font que se projeter dans l'avenir ou dans un idéal qui leur paraît encore difficile à atteindre. La réorganisation des processus de prise en charge dans les établissements apparaît comme un objectif encore lointain.

3.2. Des actions encore fragiles

L'enquête a permis d'identifier plusieurs indicateurs de la relative fragilité des actions d'amélioration de la qualité.

Tout d'abord, et paradoxalement, le fait d'avoir obtenu l'accréditation peut conduire à réviser la politique qualité mise en œuvre. De fait, les discours des directions quant aux orientations à donner à la « politique qualité » (outils à mettre en œuvre, identification des personnes responsables de la qualité dans l'établissement) se distinguent selon que l'établissement est, ou non, accrédité.

Les établissements accrédités sont en effet exposés à **la problématique du maintien de la mobilisation dans les actions en faveur de la qualité**. Tous les dirigeants de ces établissements nous ont fait part de cette préoccupation, et ce d'autant plus que la démarche qualité semble se confondre, pour le personnel, avec la procédure. D'après les directions, le personnel pourrait être tenté de croire que, puisque l'établissement est accrédité, les efforts à fournir seraient moins indispensables à déployer.

Par ailleurs, lorsque le rapport d'accréditation mentionne une réserve qui est peu comprise ou vécue comme injustifiée, le sentiment que « les efforts ne sont pas récompensés », fait ainsi vaciller la motivation du personnel. Du coup, les directions tentent d'imaginer (ou du moins sont conscientes de la nécessité d'introduire) d'autres leviers que l'accréditation pour inscrire de façon pérenne la démarche qualité dans leur établissement.

Ainsi, les directions d'établissements accrédités nous ont semblé plus enclines à inscrire la démarche qualité dans la durée, tandis que les directions d'établissements non encore accrédités visent en priorité l'objectif à court terme de la visite d'accréditation. Les établissements accrédités se distinguent par ailleurs des non accrédités par un certain refus d'une politique qualité qui se réduirait à un simple « affichage » et à des solutions clés en main. Les discours les plus critiques sur la mobilisation rhétorique de la qualité et sur le manque d'opérationnalité des politiques qualité sont en effet venus des directions des établissements déjà accrédités (qui sont souvent dans le même temps de nouvelles directions).

Un second indicateur de la fragilité des actions engagées en faveur de la qualité réside dans leur sensibilité aux changements de direction. Parmi les douze établissements visités au cours de cette étude, cinq ont changé de direction récemment et les nouveaux directeurs n'ont donc pas été les initiateurs des démarches en cours. L'analyse des entretiens des directeurs de ces établissements montre une remise en question quasi systématique de la stratégie qualité en cours dans l'établissement. Cette remise en question se traduit par la constatation d'une démarche inefficace ou inopérante et d'autre part, mais cela en est la conséquence, par la volonté de modifier la stratégie qualité en cours.

Un autre indicateur de la fragilité des actions engagées en faveur de la qualité réside dans le constat de l'absence d'un diagnostic et d'un vécu commun autour de la qualité dans la plupart des établissements (l'effet « petite taille » semble ici jouer un rôle favorable). En effet, les réponses sont hétérogènes au sein de chaque établissement quand on demande aux professionnels d'identifier les points faibles et les points forts de la structure : chacun a son idée sur la question, mais il n'existe pas de critères de convergences spécifiques au contexte de chaque structure (statut juridique, établissement accrédité ou non). Il apparaît de façon frappante que les médecins mentionnent, plus souvent que les autres professionnels, les compétences médicales ou le plateau technique comme points forts de l'établissement dans lequel ils exercent.

Concernant la place de la qualité dans la communication entre professionnels, de manière spontanée, les acteurs indiquent que la qualité est débattue entre professionnels d'une même catégorie professionnelle (soignants entre eux, médecins entre eux...). La qualité apparaît comme une préoccupation quotidienne dans la mesure où elle est discutée au moment des transmissions inter-équipes ou au moment de la survenue de dysfonctionnements.

Enfin, les directions, comme les autres personnels des établissements mentionnent certains obstacles pouvant remettre en cause les actions engagées

Ces thèmes peuvent revêtir différentes dimensions, mais le thème associé le plus spontanément à la qualité est la réduction du temps de travail. Ce sont les personnels des services administratifs ou logistiques et les médecins qui l'abordent en majorité. Or celle-ci est le plus souvent mentionnée comme un obstacle à la qualité. Pour illustration, la phrase la plus souvent citée est « comment faire mieux avec moins... ». Cependant il convient de relativiser, car le discours opposant qualité et RTT n'est pas général à l'ensemble des établissements, il dépend largement de la façon dont la mise en œuvre de la RTT a été ressentie.

Mise à part la RTT, une série de facteurs de déstabilisation des démarches qualité ont été mentionnés au cours des entretiens. Aussi la pénurie de personnel infirmier, le non remplacement d'un agent, le manque de matériel ou l'inorganisation ont été cités.

3.3. Des structures qualité en quête de légitimité

L'analyse de contenu des entretiens auprès des responsables qualité, ainsi que la lecture des organigrammes et de documents produits par les « cellules » ou « services » en charge du développement des actions en matière de qualité ont permis de poser l'hypothèse (qui mériterait d'être testée de façon plus approfondie auprès d'autres établissements) d'une légitimité fragile de ces structures en charge de la qualité.

3.3.1. La quête de légitimité auprès des directions d'établissement

Sans préjuger de la pertinence ou de la non pertinence de ce mode d'organisation, une majorité d'établissements a concentré les pouvoirs de décision liés à la qualité à un seul point de l'organisation.

Parmi les douze établissements, neuf ont nommé un responsable exclusivement dédié à la gestion de la qualité, les trois autres, qui sont les établissements les plus petits (hôpital local et cliniques) bénéficient de cadres infirmiers ou sages-femmes qui, en plus de leur activité de management sont chargés sur une partie de leur temps, de coordonner les actions d'amélioration de la qualité.

Une majorité des établissements (9 sur 12) possède par ailleurs une direction qualité, dans laquelle exercent les responsables qualité.

Ces directions qualité sont bien différentes d'un établissement à l'autre. Dans les plus grands établissements (CHU, CH, CHS) ces structures sont composées de plusieurs individus regroupés au sein d'une même entité géographique, dans d'autres cette direction n'existe pas sur l'organigramme, et la centralisation des décisions est assurée directement par le directeur et/ou le directeur des soins. Bien entendu, entre ces deux typologies on retrouve des formes hybrides.

Par ailleurs, les établissements de grande taille ont créé de comités qualité, composés le plus souvent de membres de la direction et de la ligne hiérarchique. Dans ses missions les plus élaborées, le comité qualité d'un établissement définit un programme d'actions en faveur de la qualité en priorisant les actions à mettre en œuvre.

L'étude plus fine des directions qualité appelle plusieurs remarques :

- Tout d'abord, il faut relever la relative précarité des directions qualité. Si le poste de directeur est stabilisé dans l'ensemble des établissements, les collaborateurs de cette direction sont employés sur des postes précaires tels que peuvent l'être les « emplois jeunes ».
- La seconde remarque à formuler est relative aux profils des responsables qualité. La formation des responsables qualité est assez variable, puisque dans les grands établissements publics il s'agit de directeurs d'hôpital, alors que dans les autres établissements il peut s'agir de responsables qualité issus du milieu industriel, des administratifs ou des soignants.
- Il est intéressant de noter par ailleurs, que parmi les 12 chargés de la qualité, 10 sont des femmes. Sur ces 10 responsables qualité femmes, la moitié sont de jeunes professionnelles.

Sachant que ce sont les directeurs d'établissement qui nomment les responsables qualité, on peut émettre l'hypothèse que ceux-ci n'ont pas investi la démarche qualité comme un véritable levier de changement, ou pis, la considèrent simplement comme une injonction pour laquelle il convient de montrer à la tutelle au sens large (ARH ou ANAES) que les valeurs portées par la qualité ont été entendues même si par ailleurs, les directions générales se mobilisent peu pour elles.

3.3.2. La quête de légitimité auprès des professionnels

Au cours de l'enquête, nous nous sommes intéressés à la connaissance qu'avaient les professionnels des groupes de travail sur la qualité, existant dans leur établissement, à leur participation et enfin aux enseignements qu'ils pouvaient en retirer.

Sans distinction selon le statut juridique ou le niveau d'engagement dans la procédure d'accréditation, il semble que la grande majorité des acteurs connaît l'existence de ces groupes de travail. D'ailleurs, près de 50% des personnes interrogées, ont participé ou participent à des groupes de travail sur la qualité.

Contrairement à l'idée reçue selon laquelle les médecins se désintéressent des démarches qualité, les médecins interrogés sont majoritaires à s'être engagés dans des groupes de travail. Cependant, il peut s'agir ici selon nous d'un artefact d'échantillonnage (sans doute comme pour les réponses positives fournies par les autres catégories professionnelles), car la faible implication des médecins dans les démarches est souvent mentionnée ; que ce soit par les responsables qualité, les soignants ou par les médecins eux même.

Si la plupart des professionnels des établissements de santé mettent en avant la fonction d'apprentissage de la transversalité comme plus-value aux groupes de travail, ils émettent en revanche des doutes quant à la mise en œuvre effective des propositions issues de ces groupes et à leur capacité à modifier les pratiques de travail.

3.4. L'organisation : l'angle mort des outils de la qualité

Un repérage des actions engagées dans les établissements, à partir du discours des professionnels mais aussi des divers documents récoltés au moment des visites, laisse penser que ces actions consistent principalement en une formalisation des pratiques professionnelles des services de soins. En effet, les actions le plus souvent citées par les professionnels, comme étant les initiatives de l'établissement en matière qualité, sont, en dehors de la création d'une direction qualité ou son équivalent, la rédaction de protocoles de soins, de maintenance ou administratifs. Ce qui ne permet pas d'affirmer que seules ces actions sont développées dans les établissements, mais que ce sont celles que les acteurs associent le plus souvent, aux « démarches qualité » mises en œuvre dans les établissements.

Les responsables qualité, qu'il s'agisse des établissements accrédités ou non, mentionnent leurs difficultés à centraliser l'ensemble des standards techniques, rédigés soit par les groupes de travail soit par les professionnels des unités fonctionnelles (de soins, administratives ou des services logistiques). Cette formalisation des pratiques a été considérée comme la première étape de la démarche qualité engagée dans les établissements de santé.

Les actions transversales, même si elles existent dans un certain nombre d'établissements, sont souvent en cours de réalisation et non intégrées dans les pratiques de travail des professionnels. Notons que les démarches transversales l'ont souvent été à partir du rapport d'accréditation de l'ANAES, et notamment à partir des réserves portant sur les prescriptions médicales, la gestion du dossier patient, de la confidentialité ou encore portant sur les vigilances.

Deux explications peuvent être avancées sur ce constat :

- **Les services de soins infirmiers des différents établissements ont souvent été les plus actifs et les plus innovants dans l'engagement des démarches qualité.** L'étude de l'histoire de la qualité dans les établissements visités mais aussi l'étude de la composition des groupes de travail dans lesquels les soignants occupent une place tout à fait prépondérante démontrent bien cet engagement. Or une des problématiques soignantes est la standardisation des pratiques pour assurer les professionnels d'une continuité de la logique de prise en charge. Il est donc tout à fait naturel que les travaux alors réalisés par les personnels les plus engagés dans ces démarches furent la rédaction de protocoles.

Ceci est d'autant plus vrai dans les établissements dans lesquels les groupes de progrès ne sont pas multiprofessionnels et quand l'engagement des médecins, des agents administratifs ou des services logistiques est modéré.

- Par ailleurs, **les professionnels ont fait part du faible impact des actions engagées au nom de la qualité sur les pratiques professionnelles.**

Enfin, il nous semble utile ici de signaler **l'absence de processus évaluatif des démarches entreprises dans les établissements.** Si quelques professionnels ont mentionné l'évaluation comme principe de base des démarches qualité, dans aucune des organisations visitées nous n'avons repéré la mise en œuvre d'une évaluation des actions engagées en faveur de la qualité.

4. PRECONISATIONS

À l'issue de cette enquête sur les perceptions de la qualité chez les professionnels, il est possible d'émettre quelques préconisations concernant la politique de communication de la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins en matière de qualité, auprès des établissements de santé.

4.1. Préconisations quant aux usages des expressions associant le terme « qualité »

1- La polysémie du terme qualité n'est plus ici à démontrer. Les acteurs se sont approprié le terme à travers des logiques professionnelles le plus souvent segmentées, sans communication entre elles. Cette polysémie, si elle demeure implicite dans les discours et on peut le supposer, dans les représentations de chaque acteur, peut constituer un **« consensus illusoire »** : le partage du signifiant n'implique pas le partage du signifié.

En particulier quand le signifiant (le terme qualité) demeure sous-spécifié, lorsqu'il est utilisé seul ou dans des formes convenues (« qualité » et « contrôle qualité ») sans complément de nom, on peut croire à un accord sur la généralité consensuelle du concept. Par contre, on a pu montrer que les compléments introduits dans des constructions « qualité de X » obligent le locuteur ou l'interprétant à préciser la visée du discours **et marque la pratique de la qualité (qualité des soins, du système hospitalier...)**

Il nous semble donc important que la tutelle spécifie ses attentes auprès des établissements de santé, en précisant l'objet de la qualité visée. Il s'agira notamment de ne pas se contenter d'un discours sur « la qualité » ou les « démarches qualité » ou les « politiques qualité » qui néglige de spécifier de quelle mise en place de la qualité il s'agit ou comment la « politique qualité » peut s'inscrire dans les différentes pratiques de l'établissement.

2 - Partant du constat d'une appropriation de la qualité selon des logiques professionnelles, **l'utilisation de discours spécifiques à chaque catégorie professionnelle paraît souhaitable.**

Ces discours spécifiques pourraient reprendre les modes d'énonciation des personnes concernées non seulement dans le questionnement d'enquêtes, mais également dans toute communication écrite, formelle, afin d'assurer une communication plus efficace.

L'amorce de travail de typologie des discours des divers professionnels (que nous avons proposée plus haut) et à travers elle, la diversité de critères de définition de la qualité devrait permettre de construire des questionnements pertinents par rapports aux représentations des différents acteurs (par exemple, demander aux **soignants** de décrire comment ils **font** de la qualité, plutôt que de définir la qualité sans demander de la spécifier, demander comment ils assurent la **qualité des soins**, celle de l'accueil, etc... Par contre, demander aux responsables de parler davantage du fonctionnement de l'établissement, des risques encourus etc ...)

L'explicitation de ces attentes permettrait aux différents professionnels de se référer à leurs cadres d'actions spécifiques, préalables indispensables à la co-construction d'une vision collective des activités menées au nom **de la** qualité. En d'autres termes, il s'agit là d'une démarche complémentaire de

l'appropriation du discours convenu sur la qualité (sans complément), sur la démarche qualité» ou le « contrôle qualité», élaboré sans référence aux situations professionnelles et dont la sémantique reste déterminée par une logique du discours et non pas une logique de l'action.

4.2. Préconisations quant au suivi des actions en faveur de la qualité

1 - Les directions d'établissement ont été nombreuses à nous faire part de leurs difficultés à maintenir les dynamiques nées des actions engagées au nom de la qualité, une fois la procédure d'accréditation achevée. Dans un souci de soutien aux établissements, **la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins pourrait aussi envisager des discours différents suivant le niveau d'engagement des établissements en matière de qualité.**

En effet, le soutien méthodologique devra selon nous être différent suivant que l'établissement s'est cantonné à une unique formalisation des pratiques ou à un réingéniering de ses processus de production ou encore qu'il a satisfait ou non à la procédure d'accréditation.

Il est notamment, tout à fait nécessaire de rappeler les limites de l'exercice « accréditation » et notamment de l'auto-évaluation et de préciser que ce n'est que le bras armé d'une politique, mais qui ne peut apporter que secondairement les éléments d'une politique qualité personnalisée à chaque établissement.

Nous voudrions également insister fortement sur le fait que **la formalisation suscitée par l'accréditation ne génère pas de changement radical dans l'organisation du processus de prise en charge des patients.** Autrement dit, il s'agit bien de rappeler les limites de ce dispositif aux promoteurs internes de la qualité, afin que les décideurs évitent de croire qu'ils ont en leur main une assurance « tous risques » sur les pratiques de leur établissement : si l'auto-évaluation permet aux établissements de s'interroger, de faire un bilan — tout à fait nécessaire —, la formalisation de la démarche limite les effets d'appropriation par certains acteurs, comme les médecins et les soignants.

La continuité et la consolidation des démarches passent par le couplage des moments ponctuels forts (comme la visite d'accréditation) avec des dispositifs de « veille » réguliers.

Il est donc tout à fait nécessaire, selon nous de favoriser une culture de l'évaluation qualité, tant au niveau des indicateurs mis en place que de la démarche elle-même. Favoriser la création de tableaux de bord synthétisant ces résultats puis diffusés et utilisés pour le management stratégique de l'établissement serait là un premier moyen de gratifier les acteurs et de maintenir la mobilisation autour des actions déjà engagées. Par ailleurs, cette évaluation permettra aussi de prévenir les dérives et ainsi d'entreprendre des actions correctives rapidement.

Un facteur de pérennisation de la démarche consiste à différencier la démarche d'accréditation de la gestion de la qualité. Au cours des entretiens, nous avons clairement ressenti la confusion entre accréditation et qualité. Les directeurs des établissements accrédités, en nous indiquant que maintenir la mobilisation des acteurs après la visite des experts-visiteurs était difficile, nous renforcent dans notre ressenti. Instituer des séances de formation pourrait permettre de limiter cette confusion et ainsi réduire la démobilitation des acteurs en « post-accréditation ».

2 - **Adopter le point de vue de l'utilisateur.** L'ensemble des acteurs s'accordent pour déterminer le malade devenu davantage patient suite à l'accréditation comme l'arlésienne de toutes les actions menées en faveur de la qualité dans les établissements. Pourtant, comme nous l'avons maintes fois mentionné, les outils les plus souvent adoptés peuvent avoir pour effet de figer les pratiques. Si dans quelques établissements, des enquêtes de satisfaction sont entreprises (dont les méthodologies et les résultats ont une rigueur tout à fait discutable) leurs généralisations n'est pas encore d'actualité.

Il nous semble qu'entreprendre des actions qualité, en adoptant le point de vue du patient (sans se contenter d'une incantation de son nom), limiterait la tentation, légitime, de description des modes opératoires au profit d'actions favorisant la transversalité de la prise en charge. Initialiser des groupes de travail sur l'amélioration de la qualité de la prise en charge du patient, à partir de la « qualité attendue » et de la « qualité perçue » par les usagers pourrait, selon nous, limiter dans un premier temps la tentation de ne produire des actions qu'à partir de la « qualité voulue » par les professionnels.

3 – La mise en place, au niveau régional, d'une « cellule projet » chargée du développement d'outils et de méthodes spécifiques au champ de la santé pourrait constituer un pool de ressources intéressant. Il s'agirait par là de fédérer les démarches, de généraliser les pratiques de benchmarking qui pourraient à la fois servir de référents complémentaires aux démarches en place, et susciter le dénouement des « effets de crise » générés par la préparation à l'accréditation et pérenniser les dispositifs en place. En outre, cette entité régionale permettrait une mutualisation des moyens utiles à des établissements de petite taille, qui n'ont pas les moyens d'amortir un poste à plein temps dédié au développement des actions en matière de qualité. Pourquoi, ainsi, ne pourrait-on pas envisager un « Fonds d'Amélioration de la Qualité des Soins Hospitaliers », permettant de motiver des équipes sur des projets spécifiques évaluables et partiellement transposables ?

5. CONCLUSION

Au terme de cette enquête, nous sommes donc en mesure de confirmer que la prise en compte de nouveaux paramètres influençant directement ou indirectement l'organisation des soins est incontestable. L'ouverture des établissements à leur environnement et à leurs malades a progressé. Il est plus difficile toutefois de mesurer lequel, parmi la multiplicité des outils mis en place depuis cinq ans, a le plus favorisé cette prise de conscience « d'impérieuse nécessité de la qualité » dans les établissements hospitaliers. Est-ce l'accréditation, vecteur de l'auto-évaluation, qui aura permis aux acteurs dans l'hôpital de se rencontrer, de se coordonner, de formaliser (un peu) leurs pratiques ? Est-ce la contractualisation et la mise en réseau des établissements, qui, dans son jeu de fixation d'objectifs, aura initié des démarches plus rigoureuses, plus engageantes ? Est-ce la réduction du temps de travail, qui, paradoxalement, en poussant chaque établissement à repenser l'organisation des prises en charge, a servi de catalyseur pour mettre à jour des pratiques anciennes et douteuses, et a permis la prise de conscience du fait que le travail d'hier *n'était plus possible* ? Est-ce la prise en compte des droits des malades, leur inscription dans la loi, qui a permis de changer le regard des professionnels de l'hôpital en les obligeant à intégrer la demande de leurs patients ?

Les préoccupations de qualité font donc irruption de toutes parts dans les établissements de santé. Les professionnels des établissements santé adhèrent à ce nouvel impératif sans toutefois, pour l'heure, s'entendre véritablement sur la définition d'une qualité idéale et sur les meilleurs moyens d'améliorer la qualité.

La diversité des perceptions de la qualité par les professionnels des établissements de santé, loin d'être un obstacle à l'amélioration de la qualité, représente au contraire une source où puiser pour mobiliser les personnels et les engager dans des actions innovantes en matière d'amélioration de la qualité. En effet cette diversité reflète des situations de travail vécues et des savoirs-faire professionnels qui peuvent être mobilisés dans le cadre d'actions d'amélioration de la qualité. En d'autres termes, s'appuyer sur les perceptions des différents professionnels de terrain permet de faire émerger un sens à la qualité, en la sortant du moule étroit dans lequel pourrait l'enfermer le vocable du management de la qualité.

La prise en compte de la diversité des perceptions de la qualité apparaît donc indispensable pour engager des actions plus fédératrices autour de l'objectif de la qualité dans les établissements de santé et éviter que la qualité ne soit que l'objet de discours redondants et unanimes sur l'exigence de qualité.