

GRS

Groupe
de recherche
interdisciplinaire
en santé

***La préparation à l'accréditation :
Un outil de changement organisationnel ?***

Marie-Pascale Pomey
Département d'administration de la santé
Faculté de médecine

T02-05

Thèse présentée à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de
Philosophiae Doctor (Ph.D.)
En Santé publique
Option : *Organisation des soins*

WX
153
P664
2002



Université de Montréal
Faculté de médecine
Secteur santé publique



WX
153
P664
2002

Institut national de santé publique du Québec
4835, avenue Christophe-Colomb, bureau 200
Montréal (Québec) H2J 3G8
Tél.: (514) 597-0606

La préparation à l'accréditation : un outil de changement organisationnel ?

par

Marie-Pascale Pomey

Thèse de doctorat effectuée en cotutelle
au

Département d'administration de la santé
Faculté de médecine, Université de Montréal

Et au

Département de santé publique
Faculté de médecine Lariboisière St Louis, Université Paris VII, Denis Diderot,

Thèse présentée à la Faculté des études supérieures de l'Université de Montréal
en vue de l'obtention du grade de Philosophiae Doctor (Ph.D.)
en Santé Publique
option Organisation des soins de santé

et à

la Faculté de médecine Lariboisière St Louis, Université Paris VII, Denis Diderot,
en vue de l'obtention du grade de Docteur en Santé Publique option système de soins
hospitaliers

Mai, 2002

© Marie-Pascale Pomey, 2002

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

et

Département de santé publique, faculté de médecine
Université Paris VII, Denis Diderot

Cette thèse intitulée :

La préparation à l'accréditation : un outil de changement organisationnel ?

présentée et soutenue à l'Université de Montréal par :

Marie-Pascale Pomey

a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

Président-rapporteur :	Claude Sicotte, Professeur titulaire Département d'administration de la santé, Université de Montréal
Directeur de recherche :	André-Pierre Contandriopoulos, Professeur titulaire Département d'administration de la santé, Université de Montréal
Directeur de recherche :	Dominique Bertrand, Professeur des Universités Département de santé publique, Paris VII
Examineur interne :	Patrice François, Professeur des Universités Département de veille sanitaire, Université Joseph Fourier
Examineur externe :	Jean-Pierre Claveranne, Professeur des Universités IFROSS, Lyon 3
Représentant du doyen de la Faculté des études supérieures :	Louise Potvin, Professeure titulaire Département de médecine sociale et préventive Université de Montréal

Résumé :

Il s'agit d'étudier les dynamiques de changement intervenues à la suite de la préparation à l'accréditation dans un établissement de santé, après l'introduction obligatoire, en 1996, de l'accréditation, en France. Une étude de cas a été menée afin d'appréhender les changements organisationnels induits dans un centre hospitalier universitaire, en faisant appel à l'analyse de l'implantation. Pour ce faire, 1) un cadre théorique d'analyse du changement a été élaboré ; 2) des entretiens semi-directifs, des groupes thématiques, des questionnaires adressés aux professionnels de l'établissement et un recueil de documents ont été réalisés ; 3) des analyses qualitatives et quantitatives ont été menées. L'analyse du changement a été effectuée en fonction de quatre axes : la nature (étendue/rythme/trajectoire), les stratégies d'action (accompagnement/résistance), la conception (déductive/inductive) et les enjeux (stratégique, organisationnel et environnemental). La préparation a touché tous les domaines de l'établissement, mais ce sont les infirmiers et les membres de commission qui ont le plus participé. La conception de la préparation a fait appel, d'une part, à la réalisation de conférences et à une lettre d'informations adressée aux professionnels et, d'autre part, à la création d'un référentiel interne d'auto-évaluation diffusé aux services cliniques et médico-techniques, dérivé du manuel d'accréditation et de dix groupes d'auto-évaluation, pour répondre au manuel. Les stratégies d'action n'ont comporté aucune incitation. Les motivations principales des personnes à y participer furent la défense des intérêts de l'établissement et la volonté d'apprendre. La procédure a cependant été vécue comme bureaucratique. Les médecins ont exercé une certaine résistance par un absentéisme aux réunions. Du point de vue organisationnel, des fonctions et des structures furent créées. Le leadership a été exercé par la direction. Les groupes d'autoévaluation, au niveau de l'établissement et des services, ont été l'occasion de réfléchir de manière non hiérarchique à la prise en charge des patients et aux modalités de fonctionnement de l'établissement, créant des lieux d'écoute et de décisions collégiales. Les personnes en situation hiérarchique moins importante ou travaillant dans des structures moins prestigieuses sont celles pour lesquelles la préparation a été le plus source de changements dans l'acquisition de nouvelles activités, de nouveaux modèles intellectuels et de nouveaux liens sociaux. Sinon, les changements les plus importants ont porté sur une meilleure prise en compte

des résultats des questionnaires de sortie, la rédaction de procédures et l'adoption d'un programme d'amélioration continue de la qualité. Enfin, l'établissement a établi avec sa communauté d'établissements un partenariat d'entraide autour des démarches qualité. La préparation à l'accréditation a été un moment important pour introduire un programme qualité et des dynamiques de changement. Les changements les plus importants ont porté sur la création de « capital social » et la prise en compte du point de vue du patient.

Mots clés : accréditation, agrément, changement, changement organisationnel, hôpital. .

Abstract :

The objective was to examine the dynamics of change that operated following accreditation preparations. Through implementation analysis, the present embedded explanatory case study sought to explore the organizational changes brought about in a university hospital centre after the introduction in 1996 of compulsory accreditation in France. To this end: (1) a theoretical framework for analyzing change was developed; (2) semi-structured interviews, focus groups, and questionnaires addressed to the establishment's professionals were used, and documents were collected and (3) qualitative and quantitative analyses were carried out. Analyses were run on four axes: nature (extent/rhythm/trajectory), action strategies (accompagnement/resistance), design (deductive/inductive) and issues/challenges (strategic, organizational and environmental). Although preparation involved all areas of the establishment, professionals from clinical and medico-technical services (CMTS) were the ones who most participated, particularly nurses and commission members. The preparation's design, essentially deductive, called for, on the one hand, lectures and an information letter addressed to the professionals, and, on the other, the creation of an internal self-assessment reference system distributed to the CMTS, derived from the accreditation manual, and self-assessment groups to complete the manual. The action strategies did not include any inducements. The main motives for participating were defence of the establishment's interests and the desire to learn. However, the procedure was perceived as bureaucratic. Physician absenteeism at meetings attested to a certain resistance on their part. From an organizational viewpoint, some functions and structures were created. Leadership was exercised by management. The self-assessment groups provided an opportunity to reflect in a non-hierarchical manner on the treatment of patients and on the establishment's operational modalities, by creating a locus for exchanges and collegial decision-making. Persons lower down in the hierarchy (e.g., women, assistant caregiver, surface agents) or working in less prestigious structures (medium- and long-stay) were the ones for whom the preparation was most a source of change, having to acquire new activities, new intellectual models and new social ties. Otherwise, the greatest changes involved giving greater consideration to results of exit surveys, committing procedures to paper (in all services) and adopting a continuous

quality improvement (CQI) program. Finally, the establishment set up with its community of establishments a support partnership to deal with quality processes. Accreditation preparation was a key moment for introducing a quality program and change dynamics. The major changes involved the creation of « social capital » and consideration given to the patients' point of view.

Key words : accreditation, change, organizational change, hospital.

TABLE DES MATIERES

Chapitre I.	INTRODUCTION	1
Chapitre II.	LE PROBLÈME DE RECHERCHE DANS SON CONTEXTE DE RÉALISATION	5
II.A.	Le contexte	5
II.A.1.	Les spécificités des établissements de santé	5
II.A.1.a.	Générales	5
II.A.1.b.	Un contexte évolutif	6
II.A.2.	Les spécificités du système public hospitalier français	12
II.A.2.a.	Organisation interne des établissements publics de santé	12
II.A.2.b.	Mode de financement	14
II.A.3.	L'évolution du dispositif qualité	14
II.A.3.a.	L'émergence de la qualité	14
II.A.3.b.	Le contexte réglementaire	15
1.	La Loi de 1991	15
2.	L'ordonnance hospitalière de 1996	17
II.A.4.	Les implications pour les établissements	18
II.A.4.a.	La Loi du 31 juillet 1991	18
II.A.4.b.	L'ordonnance hospitalière de 1996 : la mise en place de l'accréditation	19
1.	L'ANAES	19
2.	Les objectifs	20
3.	Le manuel d'accréditation	20
4.	La procédure	22
II.A.4.c.	Un contexte plus général de réforme	27
II.B.	Le contexte du cas étudié	27
II.B.1.	Spécificités des CHU	27
II.B.2.	Présentation générale de l'établissement à l'étude	28
II.B.2.a.	Le CHU dans sa région	29
II.B.2.b.	Le CHU dans son secteur sanitaire	30
II.B.2.c.	L'activité du CHU	31
II.B.3.	Présentation de sa politique qualité	32
II.B.3.a.	Première période - L'avant préparation à l'accréditation : un engagement frileux dans l'évaluation de la qualité des soins (1993 - 1997)	32
1.	La création de la commission qualité des soins et évaluation	33
2.	L'évolution de la commission qualité des soins et de l'évaluation	34
3.	Les autres dispositifs mis en place	35
II.B.3.b.	Deuxième période - la mise en place de la préparation : une construction opportuniste (1997-1999)	36
1.	Le contexte	36
2.	L'évolution de la commission qualité	37
3.	Mise en place des autres structures	38
II.B.3.c.	Troisième période - La préparation à l'accréditation : « des fourmis et des femmes » (1999-2001)	40
1.	Les actions menées dans le cadre de la mise en place d'un programme d'amélioration continue de la qualité	40
2.	Les démarches mises en place plus spécifiquement dans le cadre de la préparation à l'accréditation	42
II.C.	Le problème de recherche	52
Chapitre III.	ÉTAT DES CONNAISSANCES	54
III.A.	L'accréditation	54
III.A.1.	Définitions	55
III.A.1.a.	Définition de l'accréditation	55
III.A.1.b.	Un point de vue particulier sur la qualité	56
1.	Les origines	56
2.	La complexité de la notion	57

III.A.1.c.	Ce que n'est pas l'accréditation.....	60
1.	L'évaluation des actes professionnels	60
2.	L'évaluation des services ou établissements	61
III.A.2.	Développement de l'accréditation dans le monde	63
III.A.3.	Caractéristiques des systèmes d'accréditation.....	65
III.A.3.a.	La poursuite volontaire de la qualité	66
III.A.3.b.	L'autoévaluation.....	66
III.A.3.c.	La formation des équipes et des visiteurs externes.....	66
III.A.3.d.	Un outil d'aide au management.....	66
III.A.3.e.	Vers une définition de l'accréditation	67
III.A.4.	Développement des programmes d'accréditation.....	67
III.A.4.a.	L'organisme accréditeur	68
III.A.4.b.	L'objectif du programme d'accréditation.....	68
III.A.4.c.	L'évolution des démarches qualité.....	68
III.A.4.d.	L'élaboration du manuel d'accréditation.....	73
III.A.4.e.	Les relations entre le gouvernement, les financeurs et les prestataires	73
III.A.5.	Financement	74
III.A.6.	Réalisation concrète	74
III.A.6.a.	La procédure.....	74
III.A.6.b.	Le recrutement et la formation des visiteurs.....	75
III.A.6.c.	La préparation de l'hôpital	76
III.A.7.	Évaluation du programme	76
III.A.8.	Relation entre accréditation et normes ISO	77
III.A.9.	Nouvelles orientations des systèmes d'accréditation.....	77
III.A.9.a.	La création de nouveaux dispositifs	77
III.A.9.b.	L'évolution des pionniers.....	78
III.A.9.c.	Vers un système unique ?.....	79
III.A.10.	Particularités de l'accréditation « à la française »	80
III.A.10.a.	Une démarche obligatoire.....	80
III.A.10.b.	Une implication financière	81
III.A.10.c.	Une obligation de signalement	81
III.A.10.d.	Une absence de contrôle professionnel.....	82
III.A.10.e.	Les enjeux.....	82
1.	Financier.....	82
2.	Juridique.....	82
3.	Organisationnel	83
4.	Symbolique.....	83
III.A.11.	L'accréditation : un agent de changement ?	83a
III.B.	Le changement organisationnel	87
III.B.1.	Le concept de changement	87
III.B.1.a.	Définition	87
III.B.1.b.	Origines du changement	88
III.B.2.	Les conditions favorables à l'émergence et à la diffusion du changement.....	92
III.B.2.a.	Conditions de base.....	92
1.	Un environnement contraignant et des solutions envisagées.....	92
2.	Les autres conditions.....	94
III.B.2.b.	Leadership et compétences spécifiques	96
III.B.2.c.	Stratégies	99
1.	Diffusion.....	99
2.	Apprentissage.....	101
3.	Adhésion.....	102
III.B.2.d.	Conception et compréhension	105
III.B.3.	Les caractéristiques du changement	107
III.B.3.a.	Nature du changement	107
III.B.3.b.	Conception	110
III.B.3.c.	Stratégies d'action	110

III.B.3.d.	Enjeux.....	113
1.	Transformation stratégique.....	113
2.	Transformation de l'organisation.....	116
3.	Transformation des relations entre l'organisation et son environnement.....	117
III.C	Le cadre théorique.....	118
Chapitre IV	MÉTHODES.....	121
IV.A.	Le devis de la recherche.....	121
IV.B.	Le choix du cas : un accès au terrain facilité.....	128
IV.C.	La nature et la collecte/cueillette des données.....	129
IV.C.1.	Les entrevues semi-structurées.....	129
VI.C.1.a.	Réalisation des entrevues.....	129
IV.C.1.b.	Sélection des personnes.....	130
IV.C.1.c.	Contenu des entretiens.....	131
1.	Les entrevues des chefs de service.....	131
2.	Les entrevues des autres personnes.....	131
IV.C.2.	Les questionnaires.....	132
IV.C.2.a.	Les questionnaires 1 & 2.....	133
IV.C.2.b.	Le questionnaire 3.....	136
IV.C.2.c.	Réalisation.....	137
IV.C.3.	Les documents et l'observation des moyens.....	138
IV.C.4.	Les phases de recueil de l'information.....	139
IV.D.	Opérationnalisation des concepts de base de l'étude.....	140
IV.E.	Qualité des données.....	141
IV.E.1.	Analyse des données.....	141
IV.E.2.	Validité et fiabilité de la recherche.....	143
IV.E.3.	Validité interne de l'étude (crédibilité).....	143
IV.E.4.	Validité du construit de l'étude (fidélité).....	144
IV.E.5.	Validité externe de l'étude (transférabilité ou généralisation).....	145
IV.E.6.	Fiabilité de l'étude (objectivité).....	145
Chapitre V.	MATÉRIELS DE RECHERCHE.....	148
V.A.	Les questionnaires.....	148
V.A.1.	Caractéristiques de la population hospitalière.....	148
V.A.2.	Répartition des envois de questionnaires.....	153
V.A.3.	Taux de réponses aux questionnaires.....	153
V.A.4.	Représentativité des personnes ayant répondu aux questionnaires.....	154
V.A.4.a.	Questionnaire 1 : temps plein référentiel.....	154
1.	Caractéristiques générales.....	154
2.	Étude de la représentativité.....	155
V.A.4.b.	Questionnaire 2 : temps plein non référentiel.....	157
1.	Caractéristiques générales.....	157
2.	Étude de la représentativité.....	158
V.A.4.c.	Questionnaire 3 : CEQSA et/ou GAET.....	159
1.	Caractéristiques générales.....	159
2.	Étude de la représentativité.....	160
V.A.4.d.	Les critiques faites aux questionnaires.....	161
V.B.	Les entretiens.....	161
V.B.1.	Niveau service.....	162
V.B.2.	Niveau GAETs.....	162
V.B.3.	Niveau opérationnel.....	164
V.B.4.	Niveau stratégique.....	165
V.B.5.	Niveau communauté d'établissement.....	166
V.B.6.	Niveau tutelle.....	167
V.C.	Les documents.....	171
Chapitre VI.	RÉSULTATS.....	175
VI.A	Les conditions favorables au changement.....	176
VI.A.1	Premier temps : les prémisses de la préparation.....	176

VI.A.1.a. Ce qu'en pensent les personnes travaillant aux niveaux opérationnel et stratégique (niveau 3 & 4)	177
1. Les caractéristiques générales	177
2. Les points forts	178
VI.A.1.b. Ce qui se passait dans les services avant la parution des ordonnances (niveau 1)	184
VI.A.1.c. Ce que les autres établissements de la communauté d'établissement connaissent (niveau 5)	185
VI.A.1.d. Quelles relations avec les tutelles ? (niveau 6).....	185
1. Une implication modeste.....	185
2. Un CHU « spécial ».....	186
VI.A.1.e. Aux niveaux opérationnel et stratégique (niveau 3&4)	188
1. Les pressions externes	188
2. Les attentes.....	189
3. Les enjeux	189
VI.A.1.f. Au niveau des services (niveau 1).....	190
VI.A.1.g. Au niveau des établissements de la communauté d'établissement (niveau 5).....	190
VI.A.1.h. Au niveau des tutelles (niveau 6)	190
VI.A.2 Deuxième temps : Le dispositif mis en place	191
VI.A.2.a. Aux niveaux opérationnel et stratégique (niveaux 3&4)	192
1. Les référents qualité	192
2. Le bureau qualité	194
3. La CEQSA.....	195
VI.A.2.b. Au niveau des services (niveau 1).....	196
1. De manière générale.....	196
2. Le bureau qualité	196
3. La CEQSA.....	197
4. Les GAETs.....	197
VI.A.2.c. Au niveau des GAETs (niveau 2).....	199
VI.A.2.d. Au niveau de la communauté d'établissement (niveau 5)	200
VI.A.2.e. Au niveau des tutelles (niveau 6)	200
VI.A.2.f. Le RIAE	202
1. Sa place au niveau stratégique et opérationnel	202
2. Sa place au niveau des services	202
3. Sa place au niveau de la communauté d'établissement	204
4. Sa place au niveau de la tutelle.....	204
VI.A.2.g. La stratégie de communication.....	205
1. Sa perception aux niveau opérationnel et stratégique.....	205
2. Au niveau des services	205
VI.A.2.h. Les autres outils.....	207
1. Cités ou réalisés aux niveaux stratégique ou opérationnel	207
2. Reconnus au niveau des services.....	208
VI.A.2.i. Au niveau opérationnel.....	210
1. Les référents qualité	210
2. Le bureau qualité	211
3. La CEQSA.....	213
VI.A.2.j. Au niveau stratégique.....	215
VI.A.2.k. Au niveau des services	215
1. L'organisation générale.....	215
2. Ce qu'en pense les professionnels dans les services	217
VI.A.2.l. Au niveau des GAETs (niveau 2).....	221
1. Le choix des présidents	221
2. La participation des patients.....	221
3. Les modalités de travail.....	222
4. La participation	223
3. Un lieu de propositions.....	223
VI.A.2.m. Au niveau de la communauté d'établissement	231

VI.A.2.n. Au niveau de la tutelle	231
VI.B. Caractéristiques du changement	233
VI.B.1. Troisième temps : les changements	233
VI.B.1.a. Aux niveaux opérationnel et stratégique (niveau 3&4)	233
1. Le rôle de la CEQSA	233
2. Les transformations stratégiques	234
3. Les transformation de la structure organisationnelle	234
4. La transformation des processus	236
5. La transformation des acteurs	238
6. La transformation de la trajectoire	242
VI.B.1.b. Au niveau des services (niveau 1)	243
1. De manière générale	243
2. De manière plus spécifique	245
VI.B.1.c. Au niveau des GAETs (niveau 2)	247
1. Des présidents	247
2. Des membres	248
VI.B.1.d. Aux niveaux stratégique et opérationnel (niveau 3 & 4)	251
VI.B.1.e. Au niveau des services (niveau 1)	252
VI.B.1.f. Au niveau des GAETs (niveau 2)	252
VI.B.1.g. Aux niveaux opérationnel et stratégique (niveau 3&4)	253
1. Sur les individus	254
2. Sur l'établissement	254
3. Sur la CEQSA	254
4. Sur les relations avec l'extérieur	254
VI.B.1.h. Au niveau des services (niveau 1)	256
1. Les chefs de service clinique	256
2. Les professionnels dans les services	257
VI.B.1.i. Au niveau des GAETs (niveau 2)	259
VI.B.1.j. Au niveau de la communauté d'établissement (niveau 5)	259
VI.B.1.k. Au niveau des tutelles (niveau 6)	260
VI.B.2. Quatrième temps : l'implication dans la préparation	261
VI.B.2.a. Aux niveaux opérationnel et stratégique (niveau 3&4)	261
1. Pour les membres de la direction	262
2. Pour les membres de la Commission médicale d'établissement	262
3. Pour les membres de l'UEQSA	263
4. Pour les membres de la DSSI	263
VI.B.2.b. Au niveau des services (niveau 1)	263
1. Du point de vue des chefs de services	263
2. Du point de vue des professionnels travaillant dans l'ensemble de l'établissement	266
VI.B.2.c. Au niveau des GAETs (niveau 2)	268
1. Une participation essoufflée	268
2. Un intérêt réel d'y avoir participé	269
VI.B.3. Cinquième temps : les avis sur la procédure	270
VI.B.3.a. Aux niveaux opérationnel et stratégique (niveau 3&4)	270
1. Les valeurs de la procédure	270
2. Les points forts	272
3. Les points faibles ou limites	274
VI.B.3.b. Au niveau des services (niveau 1)	275
VI.B.3.c. Au niveau des GAETs (niveau 2)	278
VI.B.3.d. Au niveau de la communauté d'établissement (niveau 5)	279
VI.B.3.e. Au niveau des tutelles (niveau 6)	280
Chapitre VII. ANALYSE ET DISCUSSION	281
VII.A. Existait-il des conditions favorables pour que la préparation à l'accréditation soit source de changement ?	281
VII.A.1. L'environnement	282
VII.A.2. Les conditions de base	285

VII.A.2.a.	La capacité excédentaire	285
VII.A.2.b.	L'autonomie.....	286
VII.A.2.c.	L'information partagée et interprétée.....	286
VII.A.2.d.	Les capacités cognitives et relationnelles	287
VII.A.3.	Le leadership	288
VII.A.4.	Les stratégies	294
VII.A.5.	La conception	298
VII.A.6.	Récapitulatif	298
VII.B.	Quels sont les changements intervenus lors de la démarche de préparation à l'accréditation au sein de l'établissement ?.....	301
VII.B.1.	La nature du changement.....	301
VII.B.1.a.	Les modalités.....	301
VII.B.1.b.	La cible.....	301
VII.B.1.c.	L'étendue.....	302
VII.B.1.d.	La vitesse.....	303
VII.B.1.e.	Le rythme	303
VII.B.1.f.	La durée	303
VII.B.1.g.	La trajectoire	304
VII.B.1.h.	La phase de réalisation	304
VII.B.2.	La conception	305
VII.B.3.	Les stratégies d'action	307
VII.B.3.a	Écarts et convergences entre le souhaité et le réalisé	307
1.	Le groupe de pilotage	307
2.	Les groupes d'autoévaluation.....	308
VII.B.3.b.	Les stratégies d'accompagnement.....	308
VII.B.3.c.	Des foyers de résistance ??.....	309
VII.B.3.d.	Le positionnement des médecins	310
VII.B.4.	Les enjeux	310b
VII.B.4.a.	Transformation stratégique.....	310b
VII.B.4.b.	Transformation organisationnelle.....	311
1.	La structure symbolique	311
2.	La structure physique	314
3.	La structure organisationnelle	314
4.	Les processus.....	319
5.	Les acteurs.....	320
VII.C.	Quels sont les changements intervenus dans les relations entre l'établissement et son environnement directement en relation avec la préparation ?	327
VII. D.	Est-ce que la préparation à l'accréditation a permis à l'établissement de mieux répondre à ses missions	328
VII.E	Validité de l'étude	331
Chapitre VIII	CONCLUSION : À LA RECHERCHE D'UN ÉQUILIBRE	334
BIBLIOGRAPHIE.....		342
ANNEXES		369

LA LISTE DES TABLEAUX

Tableau II.1 : L'hôpital, un changement de modèle (Contandriopoulos et Souteyrand, 1993)	10
Tableau II.2 : Les différentes décisions du Collège de l'accréditation (ANAÉS, 1999c)	26
Tableau II.3 : Récapitulatif de l'origine des personnes soignées au CHU en %	29
Tableau II.4 : Récapitulatif de l'origine des personnes soignées au CHU pour certaines spécialités en % pour l'année 1996.....	30
Tableau II.5 : Répartition des lits dans le secteur sanitaire 1 en fonction du statut juridique des établissements, en 1996.....	31
Tableau II.6 : Les 12 parties du référentiel interne d'autoévaluation (CHUB, 1999)	45
Tableau II.7 : Les chapitres de chaque partie du RIAE et ses standards	47
Tableau II.8 : Correspondance entre le RIAE et le manuel ANAÉS.....	48
Tableau III.1 : Récapitulatif des modèles de Deming, Juran et Crosby	70
Tableau III.2 : Définitions des principales démarches utilisées en gestion de la qualité	72
Tableau IV.1 : Récapitulatif des différents niveaux d'investigation	124
Tableau IV.2 : Résumé des modes d'interrogation des professionnels médicaux	137
Tableau IV.3 : Résumé des modes d'interrogation des professionnels non médicaux	138
Tableau IV.4 : Résumé des modes d'interrogations de l'ensemble des professionnels	138
Tableau V.1 : Caractéristiques de la population interrogée par questionnaire en fonction du métier	149
Tableau V.2 : Regroupement des métiers en sept catégories	151
Tableau V.3 : Caractéristiques de la population interrogée par questionnaire en fonction des métiers regroupés.....	151
Tableau V.4 : Caractéristiques de la population interrogée par questionnaire par sexe	151
Tableau V.5 : Caractéristiques de la population interrogée par questionnaire en fonction de leur établissement.....	152
Tableau V.6 : Caractéristiques de la population interrogée par questionnaire en fonction des personnes destinataires du référentiel et membres de commission	152
Tableau V.7 : Caractéristiques des médecins interrogée par questionnaire	152
Tableau V.8 : Taux de réponses aux questionnaires.....	154
Tableau V.9a : Caractéristiques générales des personnes travaillant temps plein et dans un service ayant reçu le référentiel par sexe	154
Tableau V.9b : Caractéristiques générales des personnes travaillant temps plein et dans un service ayant reçu le référentiel par métier.....	155
Tableau V.9c : Caractéristiques générales des personnes travaillant temps plein et dans un service ayant reçu le référentiel par établissement	155

Tableau V.10a : Comparaison entre la population interrogée et les répondants par sexe	156
Tableau V.10b : Comparaison entre la population interrogée et les répondants par métier	156
Tableau V.10c : Comparaison entre la population interrogée et les répondants par établissement	156
Tableau V.11a : Caractéristiques générales des personnes travaillant temps plein et dans un service non destinataire du référentiel par sexe	157
Tableau V.11b : Caractéristiques générales des personnes travaillant temps plein dans un service non destinataire du référentiel par établissement	157
Tableau V.11c : Caractéristiques générales des personnes travaillant temps plein et dans un service non destinataire du référentiel par métier	158
Tableau V.12a : Comparaison entre la population interrogée et les répondants par sexe	158
Tableau V.12b : Comparaison entre la population interrogée et les répondants par métier	159
Tableau V.12c : Comparaison entre la population interrogée et les répondants par établissement	159
Tableau V.13a : Caractéristiques générales des personnes membres de la CEQSA et ou de GAET	160
Tableau V.13b : Caractéristiques générales des personnes membres de la CEQSA et ou de GAET	160
Tableau V.13c : Caractéristiques générales des personnes membres de la CEQSA et ou de GAET	160
Tableau V.14 : Comparaison entre la population interrogée et les répondants par sexe	161
Tableau V.15 : Récapitulatif des présidents de GAETs rencontrés	162
Tableau V.16 : Synthèse des entretiens réalisés auprès des présidents des GAET	164
Tableau V.17 : Synthèse des entretiens réalisés auprès des responsables " référents qualité " au niveau opérationnel	165
Tableau V.18 : Synthèse des entretiens réalisés auprès des personnes intervenant au niveau stratégique.	166
Tableau V.19 : Synthèse des entretiens réalisés auprès des responsables " qualité " des établissements membre de la communauté d'établissement.....	166
Tableau V.20 : Synthèse des entretiens réalisés auprès de la tutelle	167
Tableau V.21 : Récapitulatif de l'apport des entretiens en fonction des différents niveaux de l'étude de cas.....	168
Tableau V.22 : Récapitulatif comparant ce qui était prévu avec ce qui a été réalisé	173
Tableau VI.1 : Le déroulement de la préparation à l'accréditation en dix questions	176
Tableau VI.1.a : Récapitulatif des résultats concernant ce qui se passait dans les services avant la parution des ordonnances	185a

Tableau VI.1.b : Récapitulatif des résultats concernant la connaissance du bureau qualité dans les services	197a
Tableau VI.1.c : Récapitulatif des résultats concernant la connaissance de la CEQSA dans les services	197a
Tableau VI.1.d : Récapitulatif des résultats concernant la connaissance des GAETs dans les services	197b
Tableau VI.2 : Récapitulatif des scores « dispositif mis en place »	198
Tableau VI.2.a : Récapitulatif des résultats concernant la place du RIAE dans les services	202a
Tableau VI.2.b : Récapitulatif des résultats concernant la stratégie de communication menée au niveau des services	205a
Tableau VI.3 : Récapitulatif des agrégations « outils utilisés pour la préparation »	206
Tableau VI.3.a : Récapitulatif des résultats concernant les autres outils reconnus au niveau des services	208a
tableau VI.3.b : Récapitulatif des résultats concernant les modalités de réalisation de la préparation dans les services	218a
Tableau VI.4 : Récapitulatif des agrégations « réalisation concrète au cours de la préparation »	220
Tableau VI.5 : Caractéristiques des différents GAETs	226
Tableau VI.5.a : Récapitulatif des résultats obtenus concernant les changements intervenus en lien avec la préparation	244a
Tableau VI.6 : Récapitulatif des agrégations « changements possibles »	247
Tableau VI.6.a : Récapitulatif des résultats concernant ce qu'a permis d'apprendre la préparation	252a
Tableau VI.6.b : Récapitulatif des résultats concernant l'impact de l'accréditation ...	257a
Tableau VI.7 : Récapitulatif des agrégations « impact »	258
Tableau VI.7.a : Récapitulatif des résultats concernant la participation à la préparation	266a
Tableau VI.8 : Tableau croisé entre les personnes qui ont participé et celles qui ont manifesté de l'intérêt	268
Tableau VI.8.a : Récapitulatif des résultats concernant la manière dont a été vécue la procédure de préparation à l'accréditation dans les services	278a
Tableau VII.1 : Typologie des leaderships	294
Tableau VII.2 : Les points forts et des points faibles concernant les conditions d'émergence et de diffusion du changement	299
Tableau VII.3 : La nature du changement	304

LA LISTE DES FIGURES

Figure 2.1 : L'hôpital, un système organisé d'action	9
Figure 2.2 : Plan du manuel d'accréditation de l'ANAES	22
Figure 2.3 : Démarche d'accréditation au CHU	51
Figure 3.1 : Représentation de la qualité dans le domaine des services adaptée à la santé	59
Figure 3.2 : Constitution d'un programme qualité	73
Figure 3.3 : Le modèle de performance organisationnelle	79
Figure 3.4 : La gestion de la qualité	105
Figure 3.5 : Le cube du changement.....	108
Figure 3.6 : Modèle du management par la qualité	115
Figure 3.7 : Les dimensions du changement	119
Figure 8.1 : Hiérarchie des besoins organisationnels	339

LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS

AAAHHC :	American Association for Ambulatory Health Care ().
AAHC/URAC :	American Accreditation HealthCare Commission/Utilization Review Accreditation Commission
ADCQ :	Attaché de direction en charge de la qualité
ACHS :	Australian Council on Healthcare Standards
ACQ :	Amélioration Continue de la Qualité
AFAC :	Association Française pour l'Assurance de la Qualité
AFNOR :	Agence Française de Normalisation
ALPHA :	Agenda for Leadership in Programs for Healthcare Accreditation
AMAP :	American Medical Accreditation Program
AMDEC :	Analyse des Modes de Défaillances, de leurs Effets et de leur Criticité
ANAES :	Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
ANDEM :	Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale
ARH :	Agence Régionale d'Hospitalisation
BQ :	Bureau Qualité
CA :	Conseil d'administration
CCASS :	Conseil Canadien d'Agrément des Services de Santé
CCHSA :	Canadian Council of Health Services Accreditation
CEQSA :	Commission d'Evaluation de la Qualité des Soins et de l'Accréditation
CHSCT :	Commission hygiène, sécurité et conditions de travail
CHST :	Comité d'Hémovigilance et de Sécurité Transfusionnelle
CHU :	Centre Hospitalier Universitaire
CLIN :	Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales
CNAMTS :	Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CNEH :	Comité National des Etablissements Hospitaliers
CNOSS :	Comité National de Planification Sanitaire et Sociale
COFRAQ :	Comité Français d'Accréditation
COM :	Contrat d'objectifs et de moyens
CPAM :	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CQI :	Continuous Quality Improvement
CQSE :	Commission de la Qualité des Soins et de l'Evaluation
CR :	Compte-rendu
CREME :	Comité Régional d'Evaluation Médicale des Etablissements
CROSS :	Comité Régional de Planification Sanitaire et Sociale
CSSI :	Commission du Service de Soins Infirmiers
CTE :	Comité Technique d'Etablissement
CUS :	Centre universitaire de santé
DAF :	Directeur ou direction des Affaires Financières
DAM :	Directeur ou direction des Affaires Médicales
DASS :	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DH :	Direction des Hôpitaux
DIM :	Département d'Information Médicale
DIP :	chapitre du manuel Anaés consacré à « Droits et information du patient »
DL :	Département limitrophe
DO :	Développement organisationnel
DPA :	chapitre du manuel Anaés consacré au « Dossier du patient »
DQ :	Direction Qualité
DSIO :	Directeur ou direction des Systèmes d'Information et Organisation
DSSI :	Direction des Services de Soins Infirmiers
EFQM :	The European Foundation for Quality Management
ENSP :	Ecole Nationale de la Santé Publique
GAE :	Groupe d'Auto-Evaluation
GAET :	Groupe d'Auto-Evaluation Thématique
GBEA :	Guide des Bonnes Exécutions des Analyses

GFL :	chapitre du manuel Anaés consacré à « Gestion des fonctions logistiques »
GHM :	Groupe homogène de malade
GQ :	gestion de la qualité
GRH :	chapitre du manuel Anaés consacré à « Gestion des ressources humaines »
GSI :	chapitre du manuel Anaés consacré à « Gestion du système d'information »
HACCP :	Hazard Analysis Critical Control Point
HAP :	Hospital Accreditation Programme
IG :	Infirmière Générale en charge de la qualité
ISA :	Indice synthétique d'activité
ISO :	International Standards Organization
ISQua :	International Society for Quality in Health Care
JCAHO :	Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations
KFOA :	King's Fund Organisational Audit
MCU-PH :	Maître de Conférences - Praticien Hospitalier
MEA :	chapitre du manuel Anaés consacré à « Management de l'établissement et des secteurs d'activité »
MPP :	Management par projet
MSP :	Médecin de santé publique responsable de l'UEQSA
MTQ :	Management Total par la Qualité
NCQA :	National Committee for Quality Assurance
OCDE :	Organisation de Coopération et de Développement Economique
OPC :	chapitre du manuel Anaés consacré à « Organisation de la prise en charge des patients »
PAQ :	Programme d'Assurance Qualité
PMSI :	Programme de médicalisation des systèmes d'information
PSPH :	Participant au service public hospitalier
PSRO :	Professional Standards Review Organisations
PH :	Praticien Hospitalier
PU-PH :	Professeur des Universités- Praticien Hospitalier
QI :	Quality Improvement
QPR :	chapitre du manuel Anaés consacré à « Gestion de la qualité et prévention des risques »
RAQ :	Responsable Assurance Qualité dans les services de biologie
RIAE :	Référentiel interne d'auto-évaluation
RMO :	Références médicales opposables
SHAM :	Société Hospitalière d'Assurances Mutuelles
SN :	Sous-niveau
SPI :	chapitre du manuel Anaés consacré à « Surveillance, prévention et contrôle du risque infectieux »
SROS :	Schéma régional d'organisation sanitaire
TQM :	Total Quality Management
UEQSA :	Unité d'Evaluation de la Qualité des Soins et de l'Accréditation
UF :	Unité fonctionnelle
VST :	chapitre du manuel Anaés consacré à « Vigilances sanitaires et sécurité transfusionnelle »

DÉDICACE

Je dédie cette thèse à Michel, Normand et Romain.

A Michel, mon père, pour tout l'amour qu'il m'a donné enfant et pour nos derniers échanges qui ont déterminé ma trajectoire.

A Normand, mon compagnon de vie, qui m'offre le bonheur que je cherchais et à tout son amour témoigné dans ses gestes quotidiens.

A Romain, mon fils, dont les yeux pétillants sont une source intarissable de joie et de complicité.

REMERCIEMENTS

Je tiens tout d'abord à remercier du fond du cœur mes deux directeurs de thèse : André-Pierre Contandriopoulos et Dominique Bertrand qui depuis maintenant des années me suivent dans le cheminement de cette thèse. Merci André-Pierre pour tous ces échanges qui m'ont permis de progresser, d'aller toujours plus loin et surtout de m'approcher d'un grand homme. Merci à Dominique, à qui je dois tant. J'ai pu apprécié à chaque instant son soutien bienveillant et la grande humanité qui le caractérise.

Ces trois années de thèse m'ont donné l'occasion de rencontrer des personnes exceptionnelles avec qui j'ai pu partager cette aventure, en particulier toute l'équipe du « 7093 » : Nimâ Machouf, Eugenio de Souza et Astrid Brousselle. Tous trois ont facilité mon intégration au Québec et nous avons eu la joie de partager l'attente et l'arrivée de nouvelles frimousses... tout cela dans une atmosphère de lumière tamisée, de plantes vertes et de bonbons au sirop d'érable...

Cette aventure m'a aussi permis de rencontrer Charo Rodriguez, Pascale Lehoux, Nassera Touati et Mira Johri qui m'ont offert leur amitié et ont été des modèles dans cette aventure. À Mike Bénigéri pour sa gentillesse et sa bonne humeur, toujours présent pour répondre au gag de Téléform... à Delphine Arweiler avec qui j'ai pu partager les chemins parfois tortueux des cotutelles... et à Eric Breton pour tous ses mots d'encouragement.

Je remercie aussi toute l'équipe du GRIS, dont Francine Auger, qui a été le lien avec le Québec au tout début de mes aspirations et qui m'a toujours témoigné de l'affection et Diane Crevier pour ses conseils avisés en informatique.

Merci à toute l'équipe du département d'administration de la santé, en particulier François Champagne et Jean-Louis Denis pour la confiance témoignée au long de ces années. Un grand merci à Linette Cohen qui a été ma grande sœur tout au long de ces années et qui m'a témoigné des signes d'amitié exceptionnels allant même jusqu'à passer à travers de cette thèse pour la rendre agréable à lire....

Un immense merci à toute l'équipe de mon hôpital d'origine sans qui cette thèse n'aurait pu avoir lieu... un grand merci à Marie-Bénédicte Coutté mais surtout à Brigitte Kérébel et Laure Lepiouf qui m'ont offert l'immense preuve de leur amitié en venant assister à cette soutenance de thèse... Sans oublier Anne-Laure Salaün qui a réalisé le recueil de données. Un remerciement aussi au directeur général et au directeur des affaires médicales de cet établissement qui m'ont apporté leur soutien dans ma recherche.

Une pensée aussi à mes deux « complices », Laurent Gerbaud et Pascal Jarno, avec qui j'ai commencé à m'intéresser à l'impact de l'accréditation dans les établissements de santé.

Mes remerciements vont aussi à mes amis et à ma famille, en France, qui m'ont soutenu par de nombreuses attentions. Je pense à Christophe Leroyer, Dorothée Quinio, Sophie Baudet-Michel, Nathalie Bourg-Berressi, Blandine et Guy Quiquerel de Saint Sauveur, Hilde Branellec, Alison et Daniel Joncqueur, Alex de Valéra, Béatrice Quette, Marie-Laure de Crozefon, Edmée Guyon le Bouffit, Jacqueline Bauchet et Christian Dambrine ; à ma mère, Danièle Pomey-Rey et Michael Strüve ; à Evelyne Pomey, Patrice, Monique, Nicolas, Marie-Laure et Hadrien Pomey ; ainsi qu'à Ariel Béresniak, qui m'ayant encouragé à concourir à la première bourse francophone en économie de la santé du laboratoire Glaxo-Wellcome m'a permis de venir à Montréal pour réaliser ma thèse...

Mes nouveaux amis québécois ont aussi été exceptionnels par leurs encouragements : merci à Nicole Leroux, à la famille Faure-Morin : Stéphane, Delphine et Eléonore et à la famille Mattieu-La Bonté : Geneviève, Yves et Zacharie.

Un immense merci à Normand, qui m'a aidé, non seulement par son soutien moral et quotidien, mais aussi pour son aide essentielle dans la réalisation de mes questionnaires sur téléform et pour le traitement informatique de mes données...

Un grand merci aussi à Corazone Custodio qui s'est occupée de Romain de manière si affectueuse tout au long de la rédaction de cette thèse.

Aux membres de mon jury toute ma gratitude d'avoir accepté d'évaluer ce travail et plus particulièrement à Claude Sicotte d'avoir accepté d'être mon président de jury, à Patrice François pour la complicité engagée autour de cette problématique et à Jean-Pierre Claveranne d'avoir accepté d'être mon examinateur externe. A Louise Potvin qui aura été la première personne rencontrée lors de mon arrivée dans le programme de doctorat et qui aura été une témoin privilégiée du chemin parcouru.

Enfin, un grand merci à Douglas Angus de m'avoir toujours soutenue dans mes projets d'avenir et de m'avoir aidé à les concrétiser.

Chapitre I.

INTRODUCTION

« Creuse le puits avant d'avoir soif »
Proverbe chinois

Au cours de ces trente dernières années, les pays industrialisés se sont tous engagés dans des réformes importantes de leur système de soins, qui se sont accélérées au cours de cette dernière décennie. Elles sont dues à la tension entre, d'une part, des contraintes budgétaires issues de la mondialisation de l'économie et de l'obligation pour les pays de maintenir leur déficit public, et, d'autre part, des forces qui poussent le système de soins à évoluer dû au développement des technologies et de nouvelles thérapeutiques, à la meilleure connaissance des déterminants de la santé, au vieillissement de la population, à l'apparition de nouvelles maladies et à l'exigence accrue de la population quant à l'accès et à la qualité des soins (OCDE, 1996).

Dans ce contexte-là, les systèmes de protection contre le risque maladie se trouvent en crise et le *statu quo* n'est plus possible (Contandriopoulos, 1994). En ce qui concerne le système hospitalier, il se voit confronté à devoir assumer de nouveaux rôles et de nouvelles responsabilités afin de pouvoir continuer à assurer la prise en charge équitable de soins médicalement requis (Contandriopoulos et Souteyrand, 1996a&b). Aussi, pour y parvenir, le système de soins hospitalier doit être repensé et restructuré pour faire face à ces nouvelles exigences.

En 1996, la France a donc mis en place une réforme de son système de soins (Code de la Santé Publique, 1996a,c & d) portant sur le système de protection contre le risque maladie, la médecine de ville et la médecine hospitalière. En ce qui a trait aux réformes intervenues dans le système hospitalier¹, celles-ci comportaient principalement une régionalisation de la planification (création des Agences Régionales d'Hospitalisation

(ARH) et des Conférences Régionales de Santé (CRS)), une réduction des écarts de coût, de financement et d'offres entre région (péréquation interrégionale) et une reconnaissance externe de la qualité et de la sécurité des soins de tous les établissements publics et privés avec l'adoption de l'accréditation obligatoire confiée à une Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) (Mossé, Gervasoni et Kerleau, 1999). Aussi, est-on en droit de se demander si ces mesures ont effectivement eu le potentiel suffisant pour entraîner les changements recherchés et en particulier, si l'accréditation a aidé les établissements de santé à mieux répondre à leurs missions

Or, la démarche d'accréditation est née au début du XX^{ème} siècle aux Etats-Unis, à l'initiative de l'association des chirurgiens américains qui souhaitaient garantir des normes de bonnes pratiques chirurgicales sur l'ensemble du territoire (Roberts et al., 1987). Progressivement, l'accréditation a évolué pour devenir une évaluation externe volontaire de la qualité de l'ensemble d'un établissement de santé, ne se limitant pas à un corps professionnel ou à une discipline. Elle a touché progressivement de nombreux pays, entre autre la France en 1996.

Cependant, l'accréditation en France, par l'obligation pour les établissements de s'y soumettre et par l'envoi, par l'ANAES, du rapport d'accréditation aux représentants de l'état au niveau régional, l'ARH, a été considérée par les pouvoirs comme une innovation, source potentielle de changement au sein des établissements eux-mêmes ainsi qu'un outil d'accompagnement des restructurations hospitalières aux niveaux régional et national. Cependant, qu'en est-il exactement ?

L'implantation de l'accréditation en France en est actuellement à ses phases de diffusion (Rogers, 1983), d'adoption et d'implantation (Scheirer, 1981). En effet, en 2002, seuls quelques établissements ont été accrédités par l'ANAES. Cependant, au niveau des établissements, depuis 1996, des démarches de préparation à l'accréditation ont été

¹ Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996.

mis en place et répondent plus particulièrement à deux objectifs : être en accord avec les exigences des critères édictées par l'ANAES et répondre aux attentes accrues des patients, en matière de sécurité et de qualité des soins dispensés.

Aussi, est-il intéressant d'analyser et de comprendre les dynamiques de changement intervenues dans les établissements de santé français lors de la préparation à l'accréditation, d'autant que très peu d'études au niveau international ont été menées (Duckett, 1983a ; Beaumont, 2002). L'intérêt de connaître ces dynamiques de changement est de permettre au niveau des établissements de réfléchir à leur stratégie d'implantation de la démarche de préparation à l'accréditation. Pour l'ANAES, une telle recherche devrait lui permettre d'appréhender l'impact de la procédure sur les établissements et de pouvoir se réajuster en conséquence. Enfin, au niveau des décideurs, le résultat de cette recherche permet d'orienter les politiques en matière qualité, et plus largement hospitalières, afin que les établissements de santé répondent mieux à leurs missions.

Notre étude s'intéresse aux conditions qui ont permis de favoriser les changements ou encore au manière de caractériser ces changements et se situe dans la famille des recherches évaluatives. Ce type de recherche vise à porter un jugement de valeur sur une intervention (Contandriopoulos et al., 1992) : l'accréditation. Parmi les diverses analyses possibles dans le cadre de la recherche évaluative², nous avons réalisé une analyse de l'implantation. L'implantation d'une intervention ou d'une innovation se fait à un moment donné et dans un contexte donné. Aussi, parmi les trois types d'études d'analyse de l'implantation³ (Champagne & Denis, 1992 ; Patton, 1997), nous retiendrons celle qui permet d'analyser l'influence de l'interaction entre le contexte d'implantation et l'intervention observé (type 3) pour comprendre les facteurs

² Contandriopoulos et al. (1993) en identifient six : stratégique, d'intervention, de la productivité, des effets, du rendement et de l'implantation.

³ Les trois types d'analyse de l'implantation définis par Champagne et Denis sont : le type 1, l'analyse des déterminants contextuels du degré de mise en œuvre de l'intervention, le type 2, l'analyse de l'influence de la variation dans l'implantation sur les effets observés ; le type 3, l'analyse de l'influence de l'interaction entre le contexte d'implantation de l'intervention et les effets observés.

contextuels susceptibles de contribuer à réaliser les objectifs de l'intervention. Nous avons ainsi réalisé une étude de cas (Yin, 1989) dans un établissement hospitalier universitaire français qui a conduit une préparation à l'accréditation de décembre 1998 à juin 2001.

Le choix de notre cas a été orienté par, d'une part, l'adoption par cet établissement d'une stratégie d'implantation de la préparation qui se voulait participative avec la volonté d'impliquer le plus de personnes possible. Et, d'autre part, la possibilité pour le chercheur d'élaborer un regard critique sur l'implantation d'une intervention à laquelle il avait participé.

Après ce chapitre I d'introduction, nous aborderons dans le chapitre II, le problème de recherche en le situant dans son contexte de réalisation. Suivra ensuite la revue de la littérature sur l'accréditation en tant que processus de changement organisationnel qui débouchera sur la construction d'un cadre théorique d'analyse du changement – chapitre III - et sur l'élaboration de méthodes appliquées à notre recherche (chapitre IV) comprenant la présentation de notre matériel de recherche (chapitre V). L'analyse des résultats est présentée dans le chapitre VI. Enfin, la discussion et les conclusions de l'étude seront présentées dans les chapitres VII et VIII.

Chapitre II.

LE PROBLÈME DE RECHERCHE DANS SON CONTEXTE DE RÉALISATION

« Il n'y a pas, il n'y a jamais eu nulle part aucun peuple sans récit »

Barthes, 1966

« Je vais me préparer, et mon heure sonnera »

Abraham Lincoln (1809-1865)

Nous situerons notre recherche tout d'abord dans le cadre plus général du système de soins hospitaliers français et nous mettrons en évidence comment les politiques dans le domaine de la qualité ont abouti à l'adoption de l'accréditation en France. Nous présenterons ensuite le contexte dans lequel cette mesure a été appliquée dans l'établissement étudié. Enfin, cette mise en contexte nous permettra de définir notre problème de recherche.

II.A. — Le contexte

L'obligation de rentrer dans une procédure d'accréditation pour les établissements de santé a lieu dans un contexte français de réforme du système hospitalier et de spécificités organisationnelles. Nous présenterons tout d'abord les grandes caractéristiques des établissements de santé puis nous présenterons l'évolution des réformes dans le domaine de la qualité qui se sont appliquées aux établissements de santé.

II.A.1. Les spécificités des établissements de santé

II.A.1.a. Générales

Les hôpitaux ont comme grande caractéristique d'accueillir des personnes nécessitant des soins de santé, préventifs ou curatifs. Pour donner ces soins, des professionnels sont amenés à travailler ensemble dans une structure comprenant différentes ressources. Les

hôpitaux se différencient donc des entreprises étant confrontés à des expériences et non à des objets. De plus, la production et la délivrance des soins sont inséparables (Zeithaml, Parasuraman & Berry, 1990 ; Lengnick-Hall, 1995). Aussi, un établissement de santé est-il un assembleur de compétences et de ressources (Pouvourville, 1996). Cette capacité est mobilisée pour, d'une part, accueillir, diagnostiquer, traiter, surveiller les problèmes de santé des personnes malades, et, d'autre part, produire des biens collectifs (la sécurité et la disponibilité), de la formation, des compétences et un sentiment d'appartenance à une société. Il est aussi à mentionner que les patients qui sont traités dans les hôpitaux sont aussi des acteurs qui participent à l'ensemble de la prise en charge.

II.A.I.b. Un contexte évolutif

Dans le cadre de l'étude des organisations, il a été mis en évidence un certain nombre de spécificités quant aux modes d'organisation et de fonctionnement des hôpitaux. Les caractéristiques de ces établissements peuvent être appréhendées à partir d'un certain nombre de modèles. Tout d'abord caractérisé, à partir du modèle structurel proposé par Mintzberg (1979 & 1982) identifiant quatre grands pôles (sommet stratégique, technostructure, logistique et centre opérationnel), comme une bureaucratie professionnelle. Dans ces bureaucraties, le centre opérationnel occupe une place dominante, constitué par un grand nombre d'unités élémentaires (les services), relativement indépendantes les unes des autres, entretenant des relations privilégiées avec leur environnement où la ligne hiérarchique est mince et la technostructure petite. La particularité des bureaucraties professionnelles, par rapport aux bureaucraties mécanistes, porte sur la standardisation des connaissances et des habilités, pour lesquelles les normes sont élaborées en dehors de l'organisation. Le travail y est très spécialisé horizontalement (grande division du travail) mais non verticalement (faible division de l'exécution et de l'administration de la production). Dans ces organisations, le pouvoir et la prise de décision sont dispersés vers le bas de la structure et auprès de non-gestionnaires.

L'hôpital peut aussi être appréhendé comme une anarchie organisée (Cohen et March, 1986 ; Denis, Langlay et Cazale, 1995). Anarchie, car il existe des sources d'autorité multiples et diffuses, des financements et moyens incertains, une incertitude dans les buts poursuivis et une difficulté à s'entendre sur les critères de performance. Toutefois organisée, car il mobilise ses ressources vers un objectif : celui d'offrir des prestations médicales à une population. Ou encore, l'hôpital peut être étudié comme un « système organisé d'action » (SOA) (Contandriopoulos et Souteyrand, 1996a), car soumis à une nécessité de changement et donc d'actions, composé de cinq éléments (Contandriopoulos & Denis, 2001 ; Contandriopoulos, 2002). Tout d'abord d'une structure constituée de trois composantes :

- une structure symbolique qui représente l'ensemble des croyances, des représentations et des valeurs permettant aux différents acteurs du système de communiquer entre eux, de donner du sens à leurs actions et de développer un sentiment d'appartenance ;
- une structure physique composée de différentes ressources mobilisables (financières, humaines, immobilières techniques, informationnelles, etc.) et des paramètres physiques du système ;
- une structure organisationnelle qui rassemble les lois, les règlements, les conventions, les règles de gestion, etc. définissant comment et en fonction de quelles logiques, les ressources (l'argent, l'autorité, l'influence et les engagements) sont réparties et échangées.

Les interrelations entre les trois éléments de la structure créent un espace social structuré dans lequel les acteurs du système interagissent individuellement et collectivement. Ces acteurs sont caractérisés par leur conception du monde et leur conviction, par leur position dans le système qui dépend des ressources qu'ils contrôlent ainsi que par leurs projets et leur disposition à agir. Ils mobilisent les ressources du système dans un jeu permanent de compétition et de coopération afin d'améliorer leur position et pour réaliser un ou des projets collectifs concourant à l'atteinte des finalités du système (cf. figure 2.1).

Ce SOA peut ainsi être analysé en fonction de quatre dimensions : le pôle ontologique qui correspond à la structure physique de l'organisation (ressources mobilisées, règles formelles de gestion, architecture, technologie disponible, etc.), le pôle épistémologique qui correspond à sa structure symbolique (culture, croyances, valeurs), le pôle de la praxis, des façons de faire, des comportements, de l'apprentissage, enfin le pôle téléologique qui regroupe les intentions, finalités, projets. Aussi, en résumé, retrouve-t-on dans le tableau ci-dessous (cf. tableau II.1) l'évolution du modèle hospitalier qui est passé d'une bureaucratie professionnelle vers un SOA (Contandriopoulos et Souteyrand, 1996b), et qui reprend les caractéristiques de l'action organisée, développée par Friedberg (2000) :

« Le terme organisation désigne à la fois un état et une dynamique. L'état renvoie à un objet social, à savoir les organisations sous toutes leurs formes : les entreprises, les administrations, les associations, etc. La dynamique renvoie aux processus par lesquels les individus ajustent leurs comportements et coordonnent leurs conduites dans la poursuite d'une action collective. C'est dans les organisations « classiques » que les mécanismes à l'œuvre sont les plus visibles et donc les plus faciles à étudier. Mais ceux-ci dépassent les organisations. C'est pourquoi je préfère parler d'action organisée : celle-ci existe au sein comme en dehors des organisations, dans une grève ou dans une bande informelle de jeunes d'une cité de banlieue tout autant que dans une entreprise ou dans un service administratif. Bref, partout où l'interdépendance oblige les hommes à s'organiser et à se coordonner pour réussir leur coopération, »

Depuis quelques années, les établissements de santé sont soumis à des contraintes budgétaires, mais aussi à des pressions dues aux développements des technologies et des nouvelles thérapeutiques, à la meilleure connaissance des déterminants de la santé, à l'évolution des besoins due en particulier au vieillissement de la population, à l'apparition de nouvelles maladies et à l'augmentation de l'exigence de la population quant à l'accès et à la qualité des soins. Ils sont donc amenés à reconsidérer l'ensemble de leur positionnement dans le système de soins et leur mode de fonctionnement interne.

Figure 2.1 : L'hôpital, un système organisé d'action (Contandriopoulos & Denis, 2001)

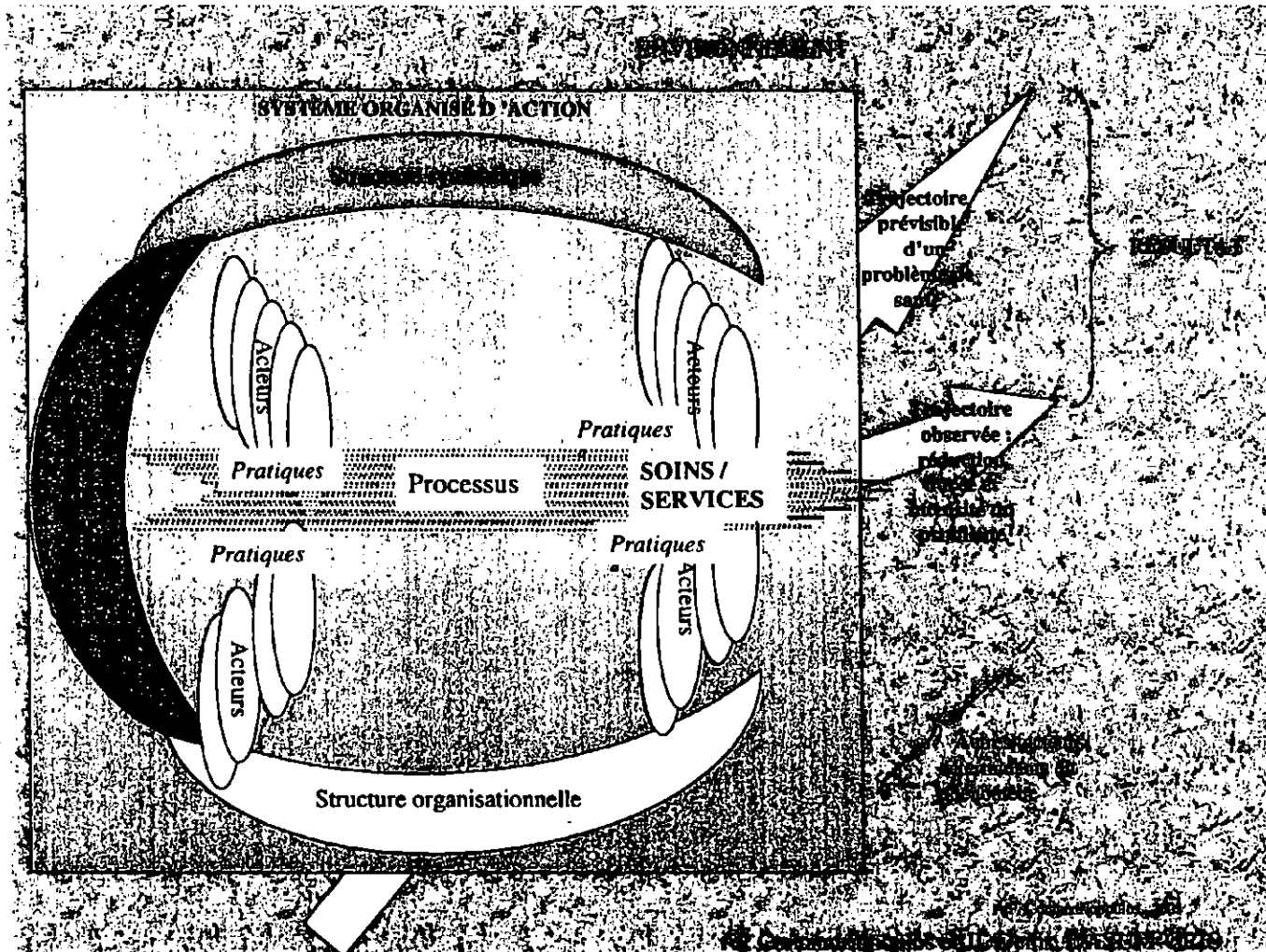


Tableau II.1 : L'hôpital, un changement de modèle (Contandriopoulos et Souteyrand, 1993)

	Ancien modèle	Modèle émergent
I. Culture	Elément d'un système pyramidal Juxtaposition d'ateliers médicaux Vocation médico-sociale Médecin « patron » de service Directeur gestionnaire bureaucrate Gestion de procédures	Acteur dans un réseau d'offre de soins Entreprise de production intégrée Vocation technique Médecin responsable d'un département spécialisé Directeur chef d'entreprise Gestion contractuelle sur la base d'objectifs
II. Structure	Architecture cloisonnée (structure pavillonnaire) Service de taille importante, peu spécialisé, recouvrant des champs d'activité diversifiés Corps médical à faible effectif ; double statut public/privé (temps partiel) Technologie uniforme, simple, stable Technologie propre à chaque atelier (?) Financement <i>a posteriori</i> Absence de production d'informations médicales	Architecture intégrée Service de petite taille spécialisé, voire très spécialisé Corps médical à faible effectif ; statut du temps plein public Technologie à obsolescence rapide, soit coûteuse et spécialisée, soit légère, peu invasive, mobile Technologie partagée en interne et avec l'extérieur Financement global et prospectif Fort développement de l'information médicale intégrée à l'information de gestion
III. Comportements	Autonomie des services Prestations hospitalières fournies à l'occasion de séjours longs Médecins polyvalents travaillant de façon autonome Médecins ignorant les contingences	Recouvrement des services réduit au minimum ; forte coordination interne Prestations coordonnées et programmées, en séjours courts ; une partie de l'activité se déroule à l'extérieur de l'hôpital Médecins spécialisés travaillant en interdépendance

	administratives et financières Contrôle de l'activité médicale et planification à partir de données quantitatives sur les volumes	Médecins soumis aux contraintes économiques et impliqués dans la gestion Contrôle de l'activité médicale et planification à partir de données médicalisées, rapportées à la population couverte par le système local de soins
IV. Stratégie	Stratégie autocentrée Stratégie axée sur les moyens Maternité et prise en charge des urgences sont des fonctions qui légitiment l'hôpital	Stratégie active de maîtrise de l'environnement Stratégie axée sur les résultats Développement de la maternité et gestion de l'urgence sont des moyens de renforcer la position locale de l'hôpital

II.A.2. Les spécificités du système public hospitalier français

Le système hospitalier français se caractérise par la cohabitation - plus ou moins facile - d'un secteur public et d'un secteur privé, ce dernier pouvant être soit à but lucratif, soit à but non lucratif (Bonnici, 1998). Dans le cadre de ce travail, nous nous intéresserons exclusivement aux établissements publics de santé.

II.A.2.a. Organisation interne des établissements publics de santé

Les établissements publics de santé sont sous la tutelle de l'Etat (Ministère des affaires sociales et de la santé) qui est représenté, au niveau de chaque région, par les Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH). Les établissements sont administrés par un conseil d'administration et gérés par un directeur. Le conseil d'administration et la direction représentent les deux organes décisionnels de l'hôpital. D'autres instances représentatives viennent compléter le dispositif et participent à la vie institutionnelle de l'hôpital : la commission médicale d'établissement (CME) qui est l'instance représentative des médecins et pharmaciens, présidée par un président ; la commission du service de soins infirmiers (CSSI), présidée par le directeur des services de soins infirmiers ; le Comité technique d'établissement (CTE), qui représente les professionnels non médicaux de l'établissement et le Comité d'hygiène, de sécurité et de condition de travail (CHSCT), qui s'intéresse aux conditions de travail et constitué de toutes les catégories de personnels de l'établissement (Zürcher & Pomey, 2000).

L'hôpital public, en France, s'appuie sur un fonctionnement interne qualifié de « multi-managérial » (Bartoli & Anaut, 1996 ; Bernadou, 1998) et peut être simplifié aux trois points de vue qui y cohabitent (Minvielle, 1997). Tout d'abord, les médecins qui gèrent directement les opérations cliniques mais participent rarement à l'organisation des soins (Chandernagor & Dumond, 1996). Le plus souvent, ils s'occupent d'un stade spécifique et spécialisé et ils rencontrent rarement les autres membres des autres unités. Pour les médecins, gérer les procédures de soins revient à définir de meilleures pratiques pour le diagnostic et le traitement d'une pathologie mais rarement à trouver de meilleure façon d'organiser les soins. Les médecins le plus souvent considèrent les problèmes

d'organisation comme des problèmes relevant des infirmiers, tout en oubliant les réelles responsabilités des infirmiers dans les domaines clinique et organisationnel (Nolan, 1998). Au niveau de chaque service de soins, le chef de service exerce un pouvoir hiérarchique partiel sur les acteurs du service, en particulier sur les professionnels non médicaux qui sont sous la responsabilité des cadres soignants, eux-mêmes relevant de la direction des services de soins infirmiers (DSSI). Comme les médecins, les infirmiers sont rarement impliqués aux différents niveaux des procédures de soins. Cependant, ils se différencient des médecins par la délivrance de soins sur une base continue et devant faire face à des problèmes d'organisation journaliers. Pour ces raisons, les infirmiers sont plus intéressés par l'implantation de changement organisationnel, alors même qu'ils n'ont pas le pouvoir de le faire. Enfin, les directeurs, tous formés en France dans une école de l'État, l'École nationale de la santé publique (ENSP), ont un rôle plus d'administrateur que de gestionnaire. Par exemple, les directeurs la plupart du temps sont incapables d'évaluer ou de modifier les pratiques des médecins ou d'influer sur les nouvelles technologies. Il n'existe pas en France de directeur des services professionnels médecins. Il existe un directeur des affaires médicales qui est un administratif. En conséquence, la direction des établissements sert surtout à développer des initiatives faisant appel à des stratégies spécifiques plutôt qu'à développer une micro-gestion des processus de soins. Le chef d'établissement, nommé par le ministre en charge de la santé, n'a pas d'influence formelle sur le corps médical. Pour exercer son pouvoir, il est obligé de passer par l'administration des services fonctionnels et la technostucture, d'une part, et l'instance de concertation qu'est la commission médicale d'établissement, d'autre part. Ce partage des missions managériales représente une réelle spécificité de l'hôpital et se traduit par une imbrication diffuse de différentes logiques internes : la logique médicale qui favorise les tâches cliniques aux dépens de celles organisationnelles, la logique des directeurs qui sont en charge de gérer les procédures de soins avec une certaine distance et la logique infirmière la plus près des problèmes mais qui n'a pas de pouvoir pour agir dessus (Pomey & Poullier, 1997).

II.A.2.b. Mode de financement

Les établissements de santé publics sont rémunérés par budget global. Initialement calculé sur des bases historiques, il est à présent modulé en fonction de l'activité des établissements. L'activité est mesurée grâce au programme de médicalisation des systèmes d'informations (PMSI)⁴ qui permet de déterminer des coûts par groupes homogènes de malades (GHM) (de Pouvoirville, Comar & Bouvier, 1994 ; de Pouvoirville, 1997). Les GHM sont ensuite positionnés sur une échelle nationale des coûts moyens de soins dispensés, ce qui permet d'affecter ensuite un certain nombre de points d'indice synthétique d'activité (points ISA) qui correspondent à un poids médico-économique. Ensuite, au niveau de chaque région, les établissements sont classés en fonction de leur point ISA, cette valeur étant obtenue en divisant le montant de la dotation réelle allouée à l'établissement par le nombre de points ISA produits (Zürcher & Pomey, 2000). Les ARH ensuite rééquilibrent les budgets des établissements de santé à la baisse ou à la hausse en fonction du point ISA et d'une logique de comparaison par rapport à la moyenne. En ce qui concerne les médecins travaillant dans des hôpitaux publics, ils sont rémunérés sur le mode du salariat (de Pouvoirville, 1997).

II.A.3. L'évolution du dispositif qualité

Dans le contexte de mutation du système hospitalier, la place de la qualité des soins et de la prise en charge globale à l'hôpital a pris une place de plus en plus importante. En France, deux avancées importantes ont eu lieu au cours de deux réformes successives du système hospitalier français, introduites par la Loi du 31 décembre 1991 et les ordonnances du 24 avril 1996.

II.A.3.a. L'émergence de la qualité

Le débat sur la qualité des soins a émergé, en France, dans les années 1980 (Armogathe, 1989 ; Béraud & Amouretti, 1989 ; de Pouvoirville, 1997). Avant, les professionnels, en particulier les médecins, jouissaient d'une autonomie totale et n'avaient aucun compte à rendre concernant la qualité des soins dispensés. Il était pris pour acquis que les

⁴ Directement inspiré des "Diagnostic Related Groups" (DRG) américains.

professionnels de part leur éthique personnelle et leur auto-surveillance assuraient des prestations de qualité. Au niveau des établissements de santé, les seules informations disponibles étaient le recueil des séjours hospitaliers qui n'étaient ni compilés ni exploités. Puis, à partir des années 80, sous la pression économique du maintien des coûts dans le domaine des soins, une rationalisation des pratiques médicales a été instaurée suite à un rapport publié par la direction du service médical de l'assurance-maladie (Béraud, 1992). En effet, ce rapport mettait en évidence que de nombreux actes médicaux étaient inutiles, voire nuisibles pour les patients; et qu'il était donc nécessaire d'évaluer les pratiques afin de s'assurer qu'elles étaient réalisées dans les meilleures conditions au meilleur coût. De plus, la nécessité de contenir les dépenses publiques appuyait la mise en place des réformes.

En réaction, les médecins ont souhaité l'adoption d'une régulation médicalisée, c'est-à-dire prenant en compte le contexte clinique, en opposition à une régulation comptable, ce qui a touché principalement l'activité des médecins de ville et moins celle des médecins hospitaliers. En complément, une nouvelle Loi hospitalière en 1991 (Code de la santé publique, 1991) a introduit l'obligation d'instaurer une évaluation des pratiques professionnelles sans dégager de moyens spécifiques. Puis, avec la création d'une agence chargée de développer les études d'évaluation de pratiques professionnelles, l'Agence nationale d'évaluation médicale (ANDEM) et l'implantation de programmes d'amélioration de la qualité (PAQ), une dynamique s'est instaurée qui aboutissant, en 1996, à la proclamation d'ordonnances, dont celle concernant l'hospitalisation a mis en place l'accréditation et a créé l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (CDS, 1996a).

II.A.3.b. Le contexte réglementaire

1. La Loi de 1991

En 1984, la Loi DMOS (portant Diverses Mesures d'Ordre Social) établissait la nécessité pour les établissements d'élaborer un rapport interne sur l'évaluation de la qualité des soins. Elle fut complétée par la Loi du 31 juillet 1991 (CDS, 1991), première

Loi à réformer l'ensemble du système hospitalier français depuis la Loi de 1970. Elle considérerait la régulation de l'évolution du prix de journée, la planification des équipements lourds, la création de départements au sein de l'hôpital et instaurerait le budget global avec la généralisation du PMSI (programme de médicalisation du système d'information). Parmi les éléments en lien avec la promotion de la qualité, on peut retenir :

- le développement et la généralisation du PMSI, afin d'obtenir une information médico-économique, initié en 1983, lors de l'instauration du budget global ;
- la régionalisation de la planification par la création au niveau régional des comités régionaux de planification sanitaire et sociale dotés d'une section médicale et sociale (CROSS), chargée de rédiger le schéma régional d'organisation sanitaire (SROS), en complément du comité national de planification sanitaire et sociale (CNOSS), chargé de réduire au niveau national les inégalités interrégionales de l'offre de soins ;
- l'introduction de la possibilité d'établir une contractualisation entre les organismes d'assurance-maladie et les établissements sur des objectifs et des moyens, en complément des systèmes d'allocation budgétaire ;
- la formalisation de l'évaluation de la qualité des soins par :
 - o l'encouragement pour les établissements de se doter de moyens adéquats afin de procéder à l'évaluation de leur activité et l'obligation d'introduire dans leur projet d'établissement un volet sur la qualité des soins, son évaluation et son amélioration ;
 - o la création au niveau de chaque région d'un comité régional d'évaluation médicale des établissements (CREME) chargé d'évaluer les établissements et le SROS ;
 - o la possibilité pour les organismes d'assurance-maladie de mener des évaluations dans les structures hospitalières ;
 - o enfin, la création de l'ANDEM (l'Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale) chargée de réaliser et labelliser des conférences de consensus, de développer des programmes d'amélioration de la qualité

(PAQ) et de valider les références médicales opposables (RMO) applicables en médecine de ville, mais aussi à l'hôpital.

Dans le cadre du développement des démarches qualité dans les établissements, un texte concernant la création de commissions « qualité » et de structures en charge de ces politiques qualités était attendu. Or, ce texte n'a jamais été publié et aucun moyen spécifique n'a été alloué pour le développement d'une telle politique dans les établissements.

2. L'ordonnance hospitalière de 1996

L'innovation la plus remarquée de l'ordonnance hospitalière n°96-346 (Code de la Santé Publique, 1996a) a été l'introduction de l'accréditation obligatoire pour tous les établissements publics et privés (Art L 710-5). Le dispositif a été complété par :

- la création de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) (Art L 710-4), en remplacement de l'ANDEM, chargée non seulement de l'accréditation mais aussi des anciennes missions de l'ANDEM et de la refonte de la nomenclature des actes professionnels ;
- l'obligation pour les médecins de suivre une formation continue (Art L 714-16 et L 367-2) ;
- l'obligation au niveau des établissements :
 - o de mesurer régulièrement la satisfaction des patients et de diffuser systématiquement un livret d'accueil (Art L 710-1-1) ;
 - o de mettre en place une politique d'évaluation et d'amélioration continue de la qualité des soins (Art L 710-4) ; et enfin
 - o de confier à la commission médicale d'établissement (CME) la politique d'amélioration continue de la qualité des soins (Art L 714-16).

Parallèlement, des textes réglementaires, concernant la gestion des risques dans les établissements, ont été publiés imposant la création de structures et/ou de postes dans les domaines de lutte contre les infections nosocomiales, de matériovigilance, de pharmacovigilance, de sécurité transfusionnelle et d'hémovigilance.

II.A.4. Les implications pour les établissements

II.A.4.a. La Loi du 31 juillet 1991

Malgré l'absence d'une évaluation de l'impact de la Loi de 1991, il est toutefois possible de dire qu'à sa suite, les établissements de santé français, publics et privés, ont été soumis à des dynamiques nouvelles. Tout d'abord, par la mise en place des projets d'établissement qui ont semé les germes d'une évolution technique et culturelle significative. En effet, les projets d'établissements ont permis aux acteurs hospitaliers, dont les médecins, de développer une réflexion stratégique et de rechercher une formulation explicite et partagée des enjeux auxquels ils étaient confrontés eu égard aux contraintes budgétaires (Crémadez, 1997). La généralisation du PMSI a permis la mise en place des départements d'information médicale (DIM) dans les établissements aidés par des financements spécifiques. Bien que le PMSI ne soit pas un outil épidémiologique mais budgétaire, il a permis aux établissements de discuter avec les autorités de tutelle leurs activités et le coût de celles-ci sur des bases plus objectives. Parallèlement, on a pu assister, d'une part, à une émancipation du patient, dans le discours puis dans la réalité, en tant qu'acteur des soins (par exemple par l'intermédiaire des questionnaires de sortie) et, d'autre part, à l'acceptation par les acteurs hospitaliers des contraintes économiques en tant que dimension de l'action (Crémadez, 1997). Enfin, un développement des études d'évaluation, favorisé par les deux appels d'offres⁵, lancés conjointement par le ministère de la santé et l'ANDEM, pour la mise en place de programme d'amélioration de la qualité (PAQ), a permis de créer une dynamique d'évaluation dans les établissements et de rendre le dialogue entre médecins et gestionnaires plus fructueux autour de la notion de qualité des prestations offertes (Fontaine et al., 1997 ; Fourcade & Magueres, 2000). Cependant, l'absence de directives concernant les structures à mettre en place et l'absence de financement *ad hoc* permettant l'élaboration d'une telle

politique n'ont pas favorisé un développement réel de l'évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements (Gerbaud, 1999).

II.A.4.b. L'ordonnance hospitalière de 1996 : la mise en place de l'accréditation

La France a rendu obligatoire la procédure d'accréditation pour tous les établissements publics et privés de santé, en 1996, par l'ordonnance 96-346 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée (CSP, 1996a), et le décret n°97-911 du 7 avril 1997 (CSP, 1997) (cf. annexe 1 & 2). Par cette ordonnance, la charge de la mise en œuvre de l'accréditation a été confiée à l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES), organisme créé spécifiquement, en remplacement de l'Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale (ANDEM).

1. L'ANAES

L'ANAES est un établissement public administratif de l'Etat. Elle comprend un président élu par le conseil d'administration et un directeur général nommé par le ministre en charge de la Santé, assisté d'un secrétaire général. Elle est constituée, en dehors de son conseil d'administration, d'un conseil scientifique qui regroupe une section « évaluation » et une section « accréditation », cette dernière étant complétée par un collège de l'accréditation. Les directions techniques sont au nombre de deux : la direction de l'évaluation et la direction de l'accréditation. Elle est financée principalement par l'assurance-maladie, dans une moindre mesure par l'Etat et par les redevances des établissements qui sollicitent l'accréditation. Ses missions sont au nombre de quatre. Elle est chargée non seulement de l'accréditation mais aussi du développement de l'évaluation des pratiques professionnelles dans le système de soins médicaux (secteurs hospitalier et ambulatoire), de la réalisation de références dans le domaine des soins et enfin, de la refonte de la nomenclature des actes professionnels (Zürcher & Pomey, 2000).

⁵ En 1994 et 1996.

2. Les objectifs

Les objectifs poursuivis par l'accréditation, organisée par l'ANAES, sont :

- l'appréciation de la qualité et de la sécurité des soins ;
- l'appréciation de la capacité des établissements de santé à améliorer de façon continue la qualité des soins et la prise en charge globale du patient ;
- la formulation de recommandations explicites ;
- l'implication des professionnels à tous les stades de la démarche qualité ;
- la reconnaissance externe de la qualité des soins dans les établissements de santé ;
- l'amélioration continue de la confiance du public.

Ainsi, l'accréditation, développée par l'ANAES, cherche-t-elle à mesurer l'implantation de démarche d'amélioration continue de la qualité dans les établissements.

3. Le manuel d'accréditation

Pour évaluer la qualité des soins et la sécurité de la prise en charge des patients, l'ANAES a élaboré un manuel d'accréditation (ANAES, 1999b), qui s'est largement inspirée de celui du Canada (CCASS, 1995), prenant comme point de vue la personne soignée et évaluant la qualité et la sécurité des patients par l'intermédiaire de thèmes transversaux.

Méthodologie

L'ANAES, à partir de la revue de la littérature, de la lecture d'autres manuels d'accréditation et d'un sondage auprès de la population, a déterminé des thèmes autour desquels ont été constitués onze groupes de travail de douze à quinze professionnels. Au total, cent cinquante personnes, expertes reconnues dans leur domaine, ont participé à des groupes pluriprofessionnels (comprenant au moins des gestionnaires, médecins et infirmiers), respectant un équilibre suivant l'origine géographique et institutionnelle de ses membres (public/privé, universitaire/non universitaire, nord/sud/est/ouest). Une

première mouture a été rédigée par l'ANAES et soumise aux membres des groupes de travail. Ces groupes de travail ont ensuite discuté chaque référence, les ont remises en forme et ont proposé une nouvelle version. Chaque groupe a travaillé de manière indépendante sans connaître les références proposées aux autres groupes de travail. Après la mise en commun des travaux réalisés par les différents groupes de travail, une relecture a été demandée à d'autres experts (trente professionnels) afin d'amender les propositions qui étaient faites. A la suite, une première version du manuel d'accréditation a été publiée comportant 11 référentiels.

Tests

Afin de tester l'applicabilité des référentiels contenus dans le manuel, un appel à candidature auprès des établissements de santé publics et privés fut lancé. Douze établissements ont été sélectionnés en fonction de leur répartition géographique, de leurs statuts et de leurs activités. Le test a eu lieu au courant du mois de mai 1998. Chaque établissement devait tester le référentiel « organisation des soins » et deux autres référentiels. L'avis des établissements a été exploité à partir du cahier des charges remis et d'une grille d'analyse. Dans l'ensemble, les référentiels ont été jugés adéquats et des propositions constructives ont été formulées et intégrées. La version expérimentale du manuel entériné par le conseil scientifique de l'ANAES a ensuite été utilisée dans quarante établissements de santé volontaires qui ont bénéficié d'une visite à blanc d'accréditation. Des experts-visiteurs ont été recrutés et formés pour la réalisation de cette phase. A la suite de ces visites tests, le conseil scientifique a décidé de tenir compte de certaines redondances mises en évidence et de réduire à dix référentiels le manuel d'accréditation pour sa première version définitive (ANAES, 1998).

Structuration du manuel

La première version du manuel comporte trois chapitres et dix référentiels (cf. Figure 2.2). Chaque référentiel est constitué de références⁶ (au nombre de 86) développées sont

⁶ Enoncé d'une attente ou d'une exigence permettant de satisfaire la délivrance de soins ou de prestations de qualité, définition donnée par l'ANAES.

forme de critères qui doivent être mesurables, objectifs et réalisables⁷ (au nombre de 298). Pour chaque critère, l'établissement explique ce qu'il fait en détaillant les actions réalisées ou en cours, les points forts, les points à améliorer, les perspectives d'amélioration et enfin les éléments de mesure. Chaque référence est cotée de « A » (l'établissement satisfait à la référence) à « D » (l'établissement ne satisfait pas du tout à la référence).

Figure 2.2 : Plan du manuel d'accréditation de l'ANAES

Chapitre I. Le patient et sa prise en charge
Référentiel 1 : Droits et information du patient (DIP)
Référentiel 2 : Dossier du patient (DPA)
Référentiel 3 : Organisation de la prise en charge du patient (OPC)
Chapitre II. Management, gestion et logistique
Référentiel 4 : Management de l'établissement et des secteurs d'activité (MEA)
Référentiel 5 : Gestion des ressources humaines (GRH)
Référentiel 6 : Gestion des fonctions logistiques (GFL)
Référentiel 7 : Gestion du système d'information (GSI)
Chapitre III. Qualité et prévention
Référentiel 8 : Qualité et prévention des risques (QPR)
Référentiel 9 : Vigilances sanitaires et sécurité transfusionnelle (VST)
Référentiel 10 : Surveillance, prévention et contrôle du risque infectieux (SPI)

4. La procédure

Les établissements publics et privés de santé ont eu cinq ans, à partir de 1996, pour s'engager dans la démarche d'accréditation. Cette démarche comporte six étapes (ANAES, 1999c) :

⁷ Enoncé d'un moyen ou d'un élément plus précis permettant de satisfaire la référence d'accréditation, définition donnée par l'ANAES.

Première étape : la demande d'engagement de l'établissement dans la procédure d'accréditation

Le directeur de l'établissement sollicite par courrier une visite d'accréditation auprès de l'ANAES. Une copie de cette demande est adressée au directeur de l'Agence régionale d'hospitalisation (ARH), dont dépend l'établissement. Cette demande est assortie :

- d'un organigramme,
- de documents décrivant les activités,
- d'une déclaration concernant la satisfaction par l'établissement d'un certain nombre de normes concernant la sécurité.

Deuxième étape : l'entrée dans la procédure d'accréditation

Lorsque l'ANAES reçoit une demande d'engagement, un contrat d'accréditation est établi entre les deux parties. Il comporte le calendrier de déroulement de la procédure (autoévaluation, visite), le dimensionnement de la visite (durée, composition de l'équipe d'experts-visiteurs) et la contribution financière (cf. annexes 3&4). L'établissement reçoit ensuite les documents nécessaires au démarrage de la phase d'autoévaluation : le référentiel et les supports pédagogiques.

Troisième étape : l'autoévaluation

Cette étape est essentielle à l'accréditation, elle est l'occasion au cours de laquelle l'ensemble des professionnels de l'établissement réfléchit et évalue la qualité des prestations offertes au regard du manuel. Dans son guide pratique de préparation à l'accréditation (ANAES, 1999c), l'ANAES recommande aux établissements de faire en sorte que les référentiels soient remplis par des équipes multiprofessionnelles⁸. Bien que

⁸ On peut même lire dans son manuel, p 22 : « La conduite effective de l'autoévaluation par plusieurs équipes pluriprofessionnelles paraît une condition nécessaire pour qu'il puisse être considéré que l'établissement a satisfait à la procédure de préparation à l'accréditation. »

ne proposant pas de liste type d'équipes d'autoévaluation, l'ANAES suggère que les équipes soient constituées de trois différents types de noyaux professionnels :

- un noyau « managérial » formé du directeur général et des cadres de direction ainsi que du président de la CME et des médecins les plus impliqués dans la gestion de l'établissement ;
- un noyau ou plusieurs noyaux « clinique(s) » associant les cliniciens et soignants des secteurs d'activité cliniques et médico-techniques ;
- un noyau « logistique » constitué des équipes de soutien, c'est-à-dire les professionnels des secteurs d'activité autres que cliniques et leur encadrement.

Aussi la constitution des groupes d'autoévaluation, bien que pouvant privilégier un des noyaux, doit tenir compte de ces trois composantes⁹, l'hypothèse étant que la qualité de la prise en charge des patients dépend à l'évidence de la coopération de tous les professionnels travaillant dans un établissement de santé. Suivant la taille de l'établissement, le nombre de groupes d'autoévaluation ainsi que la durée de cette étape peuvent varier. Un minimum de trois mois semblent nécessaires à la préparation, pouvant aller jusqu'à un an pour un CHU. Une fois le manuel complété et validé par les instances de l'établissement, il est adressé à l'ANAES.

Quatrième étape : la visite d'accréditation

Lorsque l'ANAES reçoit le manuel complété, une équipe d'experts-visiteurs est constituée. Ces professionnels, formés par l'ANAES, sont garants du respect de la procédure et doivent au cours de la visite mettre en évidence les points forts et aider à l'émergence de pistes d'amélioration. L'équipe d'experts-visiteurs est multidisciplinaire et comprend au minimum un médecin, un paramédical et un gestionnaire. En fonction de la taille de l'établissement, le nombre de personnes peut être supérieur à trois. Est désigné, au sein de l'équipe, un coordonnateur. Avant d'aller sur le site, les experts-

⁹ Toujours dans le manuel, p 25 : « la solution consistant à ne faire s'exprimer qu'une catégorie professionnelle sur certaines références est donc contraire à l'esprit de la démarche. »

visiteurs étudient le manuel d'accréditation rempli par l'établissement et discutent avec l'établissement d'un planning de visite. Lors de la visite, l'ensemble des activités de l'établissement est évalué en fonction, d'une part, du manuel rempli et, d'autre part, de rencontres avec les groupes d'autoévaluation, de la consultation de documents permettant de vérifier l'authenticité des réponses, et de la visite de l'établissement avec au minimum la visite des urgences, la rencontre de personnes hospitalisées et la consultation de dossiers de patients. A la fin de la visite, les experts-visiteurs présentent une synthèse orale de ce qu'ils ont pu déceler, sans qu'il soit possible pour l'établissement de réagir. A l'issue de la visite, un rapport est rédigé et transmis à l'établissement dans un délai de deux mois. L'établissement est ensuite en droit d'apporter des observations qui seront ou non considérées.

Cinquième étape : la conclusion et le rapport d'accréditation

Le rapport est ensuite soumis au collège d'accréditation qui le valide et détermine un niveau de conformité (cf. tableau II.2).

Tableau II.2 : Les différentes décisions du Collège de l'accréditation (ANAES, 1999c)

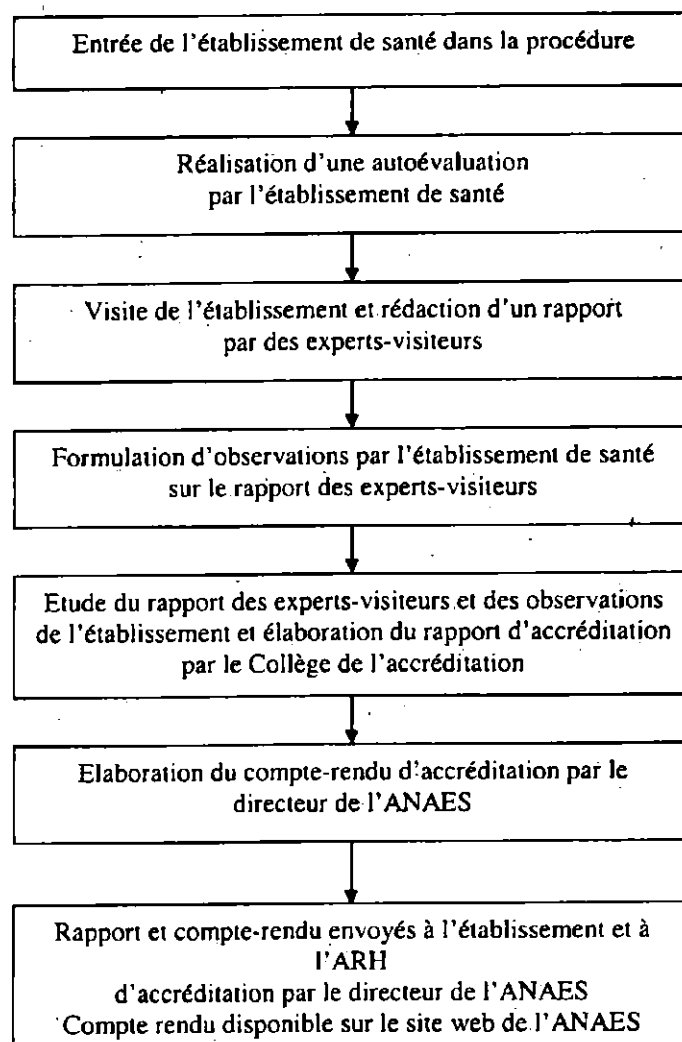
Appréciations	Modalités de suivi	Délai d'engagement entre deux procédures
Sans recommandations	Le Collège de l'accréditation encourage l'établissement de santé à poursuivre la dynamique engagée.	5 ans
Avec recommandations	L'établissement de santé met en œuvre les mesures préconisées et assure le suivi des recommandations formulées par le Collège de l'accréditation en vue de la prochaine procédure.	5 ans
Avec réserves	L'établissement de santé produit un rapport de suivi ou fait l'objet d'une visite « ciblée » sur les sujets concernés dans un délai fixé par le Collège.	moins de 5 ans +/- Visite « ciblée »
Avec réserves majeures	L'ANAES demande que l'établissement de santé apporte des solutions aux réserves majeures lors d'une visite « ciblée » à une date fixée par le Collège.	Moins de 5 ans et visite ciblée

Sixième étape : la communication des résultats de la procédure d'accréditation et la voie de recours de l'établissement de santé

Le rapport d'accréditation est transmis à l'établissement et au directeur de l'agence régionale d'hospitalisation¹⁰ (ARH) et un compte rendu d'accréditation est consultable par le public¹¹ et les professionnels de santé. L'établissement a un droit de recours administratif en cas de non-acceptation des résultats de l'accréditation.

¹⁰ Représentant du ministère de la santé au niveau régional, en charge de l'hospitalisation.

¹¹ Il est par exemple consultable sur le site web de l'ANAES : <http://www.anaes.fr/ANAES/>



L'ANAES prévoit accréditer chaque année entre 500 et 800 établissements par an.

II.A.4.c. Un contexte plus général de réforme

La mise en place de l'accréditation s'inscrit plus généralement dans une réforme conséquente du système de soins français qui s'est traduite par une modification de la constitution et la publication de trois ordonnances et de nombreux décrets d'application. Cette réforme a touché simultanément le financement du système de soins, l'organisation des caisses d'assurance maladie et l'organisation du système de soins (Béraud, 2000).

En ce qui concerne le financement, le parlement a été chargé de fixer *ex-ante* le montant des dépenses d'assurance maladie en prenant en compte simultanément des priorités de santé publique. Les modalités de financement ont aussi évolués vers des prélèvements par l'impôt au dépend des cotisations sociales. Les caisses d'assurance maladie sont devenues des partenaires contractuels de l'Etat et il a été créé des unions régionales des caisses primaires d'assurance maladie pour élaborer au plan régional une politique commune de gestion des soins ambulatoires. Enfin, les modifications apportées à l'organisation du système de soins, en dehors de l'emphase mise sur la nécessité d'engager des démarches qualité dans tous les domaines du système de soins, ont consisté en la régionalisation de la politique hospitalière par la création des Agences régionales de l'hospitalisation chargées de définir et mettre en œuvre la politique régionale de l'offre de soins hospitaliers ainsi que d'analyser et coordonner l'activité des établissements publics et privés afin de déterminer leurs ressources (Claveranne & Lardy, 1999 ; Pelissier, 1999) et au renforcement de la régulation médicalisée des dépenses de santé de ville.

Cette réforme fut l'aboutissement de nombreux rapports et documents élaborés au cours des années 90 (Commissariat général au plan, 1993 & 1995 ; HCSP, 1994 ; Lebrun, Robert & Saily, 1992 ; Saily & Lebrun, 1991).

II.B. Le contexte du cas étudié

II.B.1. Spécificités des CHU

Les centres hospitaliers universitaires (CHU) en France (ou encore les centres universitaires de santé (CUS) au Québec) ont comme particularité d'assumer simultanément des missions de soins, de formation et de recherche. En effet, la

particularité de ces établissements est le passage d'une convention avec une faculté de médecine, permettant ainsi d'être terrain d'accueil pour les étudiants en formation médicale. Ces organisations éminemment complexes¹² font donc face à de nombreuses tensions que l'on peut regrouper autour de huit paradoxes (Champagne et al, 2001) :

- le paradoxe de l'adaptation : un CHU doit à la fois être innovant tout en étant stable ;
- le paradoxe de l'interdépendance : un CHU est indépendant en relation étroite et en dépendance importante envers son environnement ;
- le paradoxe des buts multiples : un CHU non seulement soigne, forme et fait de la recherche mais il produit de la connaissance et du capital humain. Cela se retrouve aussi au niveau des professionnels médicaux qui doivent être simultanément au lit du malade et dans des laboratoires de recherche à publier pour pouvoir être promus ;
- le paradoxe de la clinique : les professionnels doivent adapter à des cas particuliers des connaissances universelles ;
- le paradoxe de la sur-spécialisation : les CHU doivent offrir des soins de base et des soins ultra-spécialisés ce qui entraîne pour les professionnels médicaux une formation dans des établissements ultra-spécialisés alors que leurs pratiques, dans la grande majorité des cas, seront orientées vers des soins de base ;
- le paradoxe de la régulation : les CHU doivent concilier les quatre logiques de régulation : professionnelle, technocratique, démocratique et marchande.

Au-delà de ces paradoxes, les CHU sont des organisations professionnelles fondées sur la connaissance. Il en existe, en France, vingt-huit repartis sur tout le territoire.

II.B.2. Présentation générale de l'établissement à l'étude

Afin de mieux comprendre les enjeux du CHU étudié, ses caractéristiques sont ici présentées à partir de son projet d'établissement, réalisé en octobre 1997 (CHUB, 1997).

¹² Dans ses travaux de théorie sociologique, E. Morin a mis l'accent sur la complexité des phénomènes sociaux qu'il désigne par le terme d'*hyper complexité*, en signifiant par-là que la complexité du social surpasse les complexités de tout autre ordre de phénomènes, car elle intègre non seulement les relations sociales mais aussi celles des contextes physiques, biologiques et écologiques (Dictionnaire de sociologie, 1999).

II.B.2.a. Le CHU dans sa région

La région dans laquelle est situé l'établissement est une des seules, en France, à posséder deux CHU. Cette spécificité vient des caractéristiques géographiques de la région qui s'étend sur plus de 300km d'est en ouest. D'ailleurs, la distance séparant les deux CHU est de 250km.

La mission du CHU est multiple. Certaines activités relèvent plus d'un rôle de proximité : une partie de son recrutement est très proche de celle d'un hôpital général. Cependant, son rayonnement régional provient de sa capacité à offrir des soins techniques et spécialisés. Le renforcement de l'attractivité du CHU constitue une action de long terme. En effet, un faible pourcentage de praticiens libéraux, exerçant dans son département et dans ses départements limitrophes (DL), est issu de la faculté du CHU. L'évolution de l'attraction du CHU est résumée dans le tableau II.3 suivant en pourcentage des sorties en hospitalisation par origine géographique de la clientèle de 1994 à 1996.

Tableau II.3 : Récapitulatif de l'origine des personnes soignées au CHU en %

	1994	1995	1996
Ville du CHU	38,78	38,87	36,04
Département Finistère	54,25	52,33	53,94
Département limitrophe 1 (Côte d'Armor)	2,87	3,07	3,7
Département limitrophe 2 (Morbihan)	1,52	2,77	3,11
Autres départements	2,58	2,96	3,21
	100	100	100

Cependant, si l'on tient compte du recrutement en fonction de certaines disciplines, il est possible de mettre en évidence un recrutement extra-départemental plus important et qui se développe (cf. tableau II.4).

Tableau II.4 : Récapitulatif de l'origine des personnes soignées au CHU pour certaines spécialités en % pour l'année 1996.

Spécialités	Sorties en % par département				
	Département	Ville	DL 1	DL2	Autres
Hématologie	66,53	18,69	5,96	5,54	3,28
Médecine nucléaire	68,86	14,47	10,96	4,39	1,31
Chirurgie cardiaque, thoracique et vasculaire	61,89	21,22	6,13	9,34	1,42
Transplantations rénales	53,24	15,89	6,55	24,3	0,92
Neurochirurgie	52,58	20,1	12,07	11,95	3,3
Ophthalmologie	50,77	26,81	15,27	4,4	2,67

II.B.2.b. Le CHU dans son secteur sanitaire

La carte sanitaire de la région où se situe ce CHU et le schéma régional d'organisation sanitaire ont été déterminés respectivement par arrêtés en 1994. Le CHU est ainsi inscrit dans le secteur sanitaire 1 qui compte 493 200 habitants, ce qui représente le deuxième secteur sanitaire de la région en nombre de personnes et 18% de la population de la région. Le secteur est composé de huit établissements :

- un pôle de référence : le CHU
- un pôle d'équilibre : 3 établissements
- un pôle de proximité : 1 établissement
- quatre hôpitaux locaux

Au sein de ce secteur, les indices de besoins lits/population ont été fixés ainsi :

- médecine : 1,95 lit pour 1000 habitants
- chirurgie : 1,90 lit pour 1000 habitants
- obstétrique : 0,4 lit pour 1000 habitants

La réalité montre un excédent en lits pour chacune des trois disciplines, en 1997, à hauteur de :

- médecine : + 13 lits

- chirurgie : +111 lits
- obstétrique : + 52 lits

De plus, la répartition de l'offre de soins (traduite en nombre de lits au 31 décembre 1992) met en évidence une seconde différenciation en fonction de la nature juridique de l'établissement (cf. tableau II.5). Les lits de médecine sont à 93% dans le secteur public et le CHU en détient près des deux tiers. Pour les lits de chirurgie, 51% sont situés dans le secteur privé et l'essentiel de ces lits sont dans la ville où se situe le CHU. Enfin pour les lits d'obstétrique, 53% sont dans le secteur public et le CHU en dispose d'un peu plus de la moitié.

Tableau II.5 : Répartition des lits dans le secteur sanitaire 1 en fonction du statut juridique des établissements, en 1996

	Public		PSPH		Privé		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Médecine	899	93,25	0	0	65	6,75	964	100
Chirurgie	520	48,68	0	0	548	51,32	1068	100
Obstétrique	132	53	0	0	117	47	249	100
Total	1551	68	0	0	730	32	2281	100

II.B.2.c. L'activité du CHU

Le CHU est un établissement de 2 113 lits. Ses activités portent sur le court, le moyen et le long séjour. Il comprend six sites, deux spécialisés dans les soins aigus médico-chirurgicaux¹³, deux en psychiatrie¹⁴, un de moyen-long séjour¹⁵ et un de long séjour¹⁶.

Ses pôles d'excellence au niveau régional sont l'ophtalmologie, l'immunologie, le conseil génétique, la neurochirurgie, l'oncologie, les maladies veineuses

¹³ Le premier site de soins aigus a 699 lits et le deuxième 378 lits.

¹⁴ Le site spécialisé en psychiatrie a 676 lits.

¹⁵ Le site de long séjour a 180 lits.

¹⁶ La maison de retraite a 180 lits.

thromboemboliques, les prélèvements et greffes d'organes et de tissus, la chirurgie de la main, la prévention et la prise en charge des jeunes suicidants.

Le nombre de professionnels exerçant au CHU s'élève à 4 583 (CHUB, 2000), comprenant le personnel médical temps plein (320); administratif (435) et paramédical (2 669). Le CHU est le deuxième employeur de la ville.

Sa dotation budgétaire annuelle est de 1,9 milliards de Francs et a évolué au cours de ces cinq dernières années de 3,5% par an. Chaque année, sont réalisées près de 160 000 journées d'hospitalisation qui sont réalisées en médecine ou encore 89 000 en chirurgie et 73 000 en psychiatrie. En 1997, le coût du point ISA était sensiblement inférieur à la moyenne des CHU. Cependant, en l'an 2000, le coût du point ISA a augmenté et a mis le CHU dans une situation difficile par rapport à d'autres établissements de la région.

Ce CHU est sous la tutelle¹⁷ de la DDASS de son département, des caisses d'assurance-maladie de sa ville et son chef lieu de région et, depuis avril 1996, de l'agence régionale d'hospitalisation de sa région (Deroubaix, 1998).

II.B.3. Présentation de sa politique qualité

Pour suivre le cheminement du CHU dans la mise en œuvre de son dispositif « qualité », une présentation chronologique a été retenue (cf. annexe 5).

II.B.3.a. Première période - L'avant préparation à l'accréditation : un engagement frileux dans l'évaluation de la qualité des soins (1993 – 1997)

Simultanément à la création du premier appel d'offres de l'ANDEM et de la direction des hôpitaux (DH)¹⁸, en 1994, le CHU a commencé à formaliser des actions dans le

¹⁷ Le mot tutelle ici est à prendre au sens de « sous la responsabilité de... ».

domaine de la qualité, en particulier au niveau médical, par la mise en place de programmes d'amélioration de la qualité (PAQ) dans les établissements. En effet, grâce à l'aide méthodologique d'un médecin de santé publique, deux projets, présentés par des médecins, ont été proposés : l'un concernait la transfusion sanguine, l'autre les infections nosocomiales. Cependant, l'absence de mobilisation des commissions dans les temps¹⁹ n'a pas permis à ces deux projets d'être retenus par l'ANDEM. Simultanément, le département d'information médicale (DIM) a utilisé les grilles d'évaluation de l'ANDEM pour réaliser un audit sur la tenue des dossiers médicaux au CHU. Il a aussi existé antérieurement aux appels d'offres une réflexion sur la qualité des soins infirmiers au niveau de la direction des services de soins infirmiers qui a été prise en compte dans le projet de soins infirmiers.

1. La création de la commission qualité des soins et évaluation

Entre 1993 et 1995, en prenant appui sur la Loi hospitalière de 1991, le directeur des affaires médicales, en collaboration avec le président de la Commission Médicale d'Établissement (CME) et un médecin assistant hospitalo-universitaire en santé publique, a réalisé un travail de persuasion pour créer, en mai 1995, une Commission de la qualité des soins et de l'évaluation (CQSE). Cette commission a été créée à partir de la CME et était initialement composée de quinze personnes à titre délibératif et de trois à titre consultatif (cf. annexe 6). Le président de cette commission était le président de la CME. Il apparaissait alors nécessaire de positionner l'évaluation des pratiques au niveau médical afin que les médecins puissent s'approprier la démarche. Cette commission avait comme principale mission de rendre transparentes les démarches d'évaluation et de créer un lieu de débat concernant la promotion de la qualité des soins dans l'établissement.

Elle s'est réunie trois fois, au cours de l'année 1995, où se sont discutées, outre les missions de la commission, la réalisation d'un état des lieux des démarches, la mise en place de la nouvelle charte du patient hospitalisé et d'un système de médiation. Deux

¹⁸ La direction des hôpitaux est une des directions du ministère des affaires sociales et de la santé.

¹⁹ Avis de la Commission Médicale d'Établissement et du Conseil d'Administration.

groupes de travail ont ainsi été créés : l'un sur la mise en œuvre du système de médiation, l'autre sur la sélection de pathologies pouvant faire l'objet de références de prise en charge au niveau de l'établissement. Le premier groupe de travail a débouché sur la mise en place d'un dispositif de médiation, par contre le deuxième groupe de travail n'a pas abouti.

2. L'évolution de la commission qualité des soins et de l'évaluation

L'année 1996, malgré la parution des ordonnances, n'a pas vu la constitution et les missions de la commission se modifier. Celle-ci a principalement travaillé sur le deuxième appel d'offres de l'ANDEM/DH en relayant l'information auprès des services et en sélectionnant les projets. Dix-sept projets ont été proposés et finalement deux projets ont été financés par la direction des hôpitaux (« Utilisation des dossiers de spécialités lors de la consultation anesthésique » et « Antibiotrophylaxie en neurochirurgie ») et un par le CHU (prise en charge de la maladie veineuse thromboembolique).

En mai 1996, l'établissement a invité le chef de service de l'évaluation hospitalière de l'ANDEM à venir au CHU afin de permettre une présentation de l'établissement à l'agence et réciproquement. Au cours de cette journée, des études menées dans l'établissement avec le concours de l'ANDEM, ont été présentées, par les groupes de travail concernés, autour de trois thématiques : les soins infirmiers (préparation cutanée des opérés), l'hématologie (traçabilité des produits sanguins labiles et sécurité transfusionnelle, et évaluation de la prescription des plaquettes en hématologie clinique) et l'obstétrique (évaluation du partogramme et évaluation de la prise en charge du nouveau-né dans les deux premières heures de vie).

Ce fut aussi l'occasion de rendre officielle la contractualisation du CHU avec l'ANDEM concernant l'assistance méthodologique de l'ANDEM sur des projets d'évaluation. C'est ainsi que le CHU est devenu un des sept sites pilotes qui ont souhaité conduire une réflexion avec l'ANDEM sur les modalités de développement des démarches qualité

dans les établissements. Au cours de cette visite les objectifs de la commission ont aussi été précisés :

- aider les équipes dans leurs efforts d'amélioration de la qualité (mission de conseil dans l'élaboration de projets) ;
- communiquer en faisant partager à la communauté les expériences des uns et des autres, ce qui permettra progressivement de « consolider » une certaine expertise professionnelle collective dans ce domaine ;
- animer en organisant des formations (formations générales, formations actions dans les services, formations actions transversales) ainsi qu'une journée annuelle d'information ;
- valoriser les résultats obtenus. Cela vaut fondamentalement au plan personnel ; inscrire son travail sous le signe de la qualité, c'est d'abord et avant tout en retrouver la valeur et l'intérêt. Cela vaut également au plan collectif, parce qu'il n'y a pas de raison de ne pas aider prioritairement les équipes qui jouent le jeu de l'intérêt général²⁰.

3. Les autres dispositifs mis en place

Simultanément à la création de la CQSE, de 1995 à 1997, un médecin assistant hospitalo-universitaire en santé publique, rattaché au département de microbiologie et de santé publique, a mis à la disposition des équipes soignantes, une aide méthodologique pour la réalisation d'études d'évaluation. Les thématiques des études étaient souvent en lien avec les travaux développés par l'ANDEM (par exemple, la tenue du partogramme ou l'évaluation du dossier médical). L'administration a favorisé le développement des activités d'évaluation par ce médecin de santé publique, aux dépens du département d'information médicale²¹ qui souhaitait aussi y prendre part, ayant réalisé l'un des PAQ financé par la DH (« Utilisation des dossiers de spécialités lors de la consultation anesthésique »).

²⁰ Extrait du CR de la séance du 9 mai de la CQSE.

²¹ Lors de la création du DIM, celui-ci n'a pas été rattaché au service de microbiologie et de santé publique.

II.B.3.b. Deuxième période – la mise en place de la préparation : une construction opportuniste (1997-1999)

1. Le contexte

Les 17 et 18 mars 1997, le CHU a organisé les IV^{ème} assises nationales des hôpitaux universitaires dont un des thèmes traités concernait l'accréditation. Au cours de ces assises, le CHU a soutenu la nécessité de créer au sein des établissements des unités fonctionnelles (UF), indépendantes de la direction, responsables de l'évaluation de la qualité des soins. Le CHU a d'ailleurs été reconnu à cette occasion comme innovant et dynamique dans ce domaine. Voici un extrait du rapport présenté par Monsieur le directeur général du CHU à l'occasion de ces assises :

« Loin des discours théoriques, l'amélioration de la qualité et l'évaluation des pratiques doivent porter sur des objets précis, simples, facilement mesurables, sur des durées courtes. L'important est de capitaliser toutes ces petites actions pour réussir à entraîner, à terme, une véritable culture qualité au sein de l'organisation. (...) Il est important de créer dans l'hôpital une instance, visible, qui serve de relais d'action : ce peut être le rôle d'une commission de l'accréditation, sous la garantie et le contrôle de laquelle peuvent être définies les différentes étapes de préparation de l'établissement à l'accréditation. (...) Il est possible de prévoir un soutien, par le biais de mensualités de remplacement de secrétariat médical dégagées exclusivement à cette fin (...). Il n'est pas impossible de convenir d'un certain intéressement des équipes en fonction des résultats obtenus. (...) L'action de la commission de l'accréditation devrait être relayée par une cellule d'expertise interne. Cette cellule constituée d'une unité fonctionnelle demeurerait une structure médicale indépendante. Elle serait appelée, à travers le médecin qu'elle comprend et les différents correspondants avec lesquels elle peut être en relation (personnes ressources reconnues dans l'hôpital comme justifiant de compétences en matière de démarche qualité et d'évaluation, à jouer un rôle d'expert interne. (...) Cette cellule aurait également pour mission, outre l'assistance méthodologique aux équipes, de donner à la commission de l'accréditation les éléments techniques nécessaires à son action. C'est elle notamment qui devra rassembler toute la documentation relative au manuel et aux visites d'accréditation. »

A la suite de ces assises, le Directeur général a été nommé membre du conseil scientifique de l'ANAES - section accréditation. De même, en septembre 1997, le médecin de santé publique, devenu Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier (MCU-PH)²², et une sage-femme, qui avait mené l'évaluation du partogramme, ont été recrutés membres du réseau « évaluation » de l'ANAES.

2. L'évolution de la commission qualité

Sous l'influence des ordonnances de 1996, la commission de la qualité des soins et de l'évaluation a évolué en fonction des obligations réglementaires et ainsi a élargi sa représentativité auprès des différentes catégories professionnelles. Tout d'abord, en mars 1997, le représentant du conseil d'administration a été supprimé. En février 1998, la Commission a changé de dénomination pour devenir la commission d'évaluation de la qualité des soins et de l'accréditation (CEQSA). Sa composition est passée de 15 à 28 membres (cf. annexe 6). Simultanément, l'établissement psychiatrique du CHU²³ a mis en place sa propre commission qualité²⁴, à partir de sa Commission consultative²⁵, dont la constitution est présentée dans l'annexe 7.

Au cours de l'année 1999, la commission de l'établissement a beaucoup évolué, tout d'abord avec l'entrée de deux nouveaux représentants : l'un du Comité technique d'établissement (CTE), l'autre de la commission hygiène, sécurité et conditions de travail (CHSCT)²⁶. Puis en mars 1999, la CME a été renouvelée, ce qui a entraîné un changement des représentants de la CME à la CEQSA et la désignation d'un nouveau président. Le nouveau président de la CME²⁷ a décidé de constituer un bureau de la CME et a donné à chacun de ses membres la responsabilité d'un dossier en tant que

²² Equivalant à professeur adjoint.

²³ L'hôpital de Bohars.

²⁴ En mars 1998

²⁵ Commission équivalente à celle de la CME mais spécifique à la psychiatrie.

²⁶ Les deux représentants étaient des représentants syndicaux des syndicats majoritaires de l'établissement.

²⁷ Le nouveau Président de la CME est le chef du service de microbiologie et santé publique. Or, les responsables des disciplines de microbiologie et de santé publique ne se sont jamais entendu.

chargé de mission. C'est ainsi qu'un médecin, travaillant dans le service de médecine nucléaire et biophysique, a été désigné chargé de mission pour l'évaluation et l'accréditation. Alors qu'initialement le président de la commission était élu parmi les membres de la commission, il est devenu, à l'usage, normal que le président de la CME soit le président de la CEQSA. Cependant, le nouveau président de la CME a décidé, d'une part, de confier la présidence de la CEQSA à son chargé de mission et, d'autre part, de faire élire les représentants de la CME à la CEQSA parmi les membres de la CME.

3. Mise en place des autres structures

Jusqu'en 1997, aucune structure concernant la qualité dans l'établissement n'était identifiée. Ce n'est qu'après la parution des ordonnances et l'obligation pour les établissements de s'engager dans l'accréditation que l'établissement a reconnu la nécessité de créer des structures et de recruter des personnes dans le domaine.

Le « triumvirat »

En octobre 1997, à la demande du médecin de santé publique, le directeur général a créé une unité d'évaluation de qualité des soins et de l'accréditation (UEQSA) et a ouvert au recrutement un poste d'infirmière de terrain ainsi qu'un poste de secrétaire médicale. Ces personnes sont rentrées en fonction au début de l'année 1998. Ces deux derniers postes ont été financés ultérieurement sur des enveloppes régionales allouées par l'ARH. Il a fallu attendre mai 1999, date de déménagement du service de santé publique²⁸, pour que des locaux soient assignés à ces trois personnes, au sein du CHU. Cette unité a été constituée afin de développer une politique d'évaluation des pratiques professionnelles et de participer à la préparation de l'établissement à l'accréditation, en concertation avec les autres professionnels en charge de la qualité au CHU. En juillet 1999, le médecin responsable de l'UEQSA a quitté l'établissement et a été remplacé dans ses fonctions par un autre médecin de santé publique.

²⁸ Le service de santé publique est devenu autonome par rapport au département de microbiologie.

Simultanément, au sein de la Direction des services de soins infirmiers (DSSI), une infirmière générale, venant de terminer l'École nationale de la santé publique (ENSP), a été déléguée à la qualité des soins infirmiers, dans le cadre de ses missions transversales, en janvier 1998.

Puis, en avril 1998, le directeur général a recruté une attachée de direction en charge de la qualité²⁹ afin de coordonner les actions « qualité » au sein de l'établissement. Le poste a été rattaché initialement à la direction des affaires financières. En l'an 2000, une direction « qualité » a été créée. Grâce au financement d'emplois jeunes, cette direction a pu recruter, d'une part, deux personnes temps plein pour réaliser des enquêtes de satisfaction et, d'autre part, deux ingénieurs qualitatifs afin d'aider les services médico-techniques à rédiger leurs procédures.

Le bureau qualité

En complément, a été créé le bureau qualité, en avril 1998, regroupant les personnes de l'UEQSA, le chef du service de santé publique, l'infirmière générale, l'attachée de direction, le directeur des affaires médicales³⁰ et deux représentants de la CME. La présence des deux membres de la CME a été souhaitée par le médecin de l'unité d'évaluation pour garantir une légitimité de la démarche auprès des professionnels médicaux.

Le bureau qualité est le lieu de partage de l'information concernant les démarches « qualité » dans l'établissement (études et démarche en cours, etc.) et à l'extérieur (informations de l'ANAES, expériences d'établissements, etc.). Il est le groupe de pilotage de la préparation à l'accréditation. Il est en charge de préparer l'ordre du jour de

²⁹ La personne recrutée venait juste de finir l'Ecole Nationale de la Santé Publique et avait effectué son dernier stage en tant qu'élève au CHU. Elle avait travaillé sur l'implantation du Guide des Bonnes Exécutions des Analyses de laboratoires (GBEA) dans l'établissement.

la CEQSA. L'ensemble de ses missions et le rôle de chacun de ses membres sont inclus dans une charte de fonctionnement (cf. annexe 11).

II.B.3.c. Troisième période – La préparation à l'accréditation : « des fourmis et des femmes » (1999-2001)

1. Les actions menées dans le cadre de la mise en place d'un programme d'amélioration continue de la qualité

Les formations et l'aide méthodologique

A partir de la méthodologie développée par l'ANAÉS (1999d), des sessions de formation à l'audit clinique ont été organisées par l'UEQSA, à partir de juin 1998. Ces formations s'adressaient à tous les professionnels de santé de l'établissement ayant un projet d'évaluation qui associait au moins deux personnes, si possible de catégories professionnelles différentes. Trois sessions de formation par an étaient organisées. Elles se déroulaient sur deux jours au cours desquelles étaient, d'une part, abordées la terminologie de l'évaluation et de l'accréditation, la méthodologie de l'audit clinique, la présentation de travaux réalisés dans l'établissement et, d'autre part, travaillées les projets des participants. Les participants étaient ensuite revus au cours de deux autres sessions d'une journée afin de suivre l'évolution de leurs travaux. Cette formation a été ouverte à partir de fin 99 aux établissements de la communauté d'établissement dont faisait partie le CHU. D'autres formations ont été mises en place, fin 2001, pour renforcer les programmes d'ACQ au niveau des services, grâce à l'organisation de sessions de formation-action par l'UEQSA ouvertes à des services en particulier ou en partenariat.

En dehors de la formation à l'audit clinique, les équipes de soins peuvent faire appel à l'UEQSA ou à la DSSI pour des conseils méthodologiques concernant la mise en place et le suivi d'études d'évaluation. Actuellement, une trentaine d'études d'évaluation de pratiques professionnelles ont lieu, certaines associant plusieurs catégories

³⁰ Dont la présence est justifiée par son implication lors de l'introduction de la démarche qualité dans l'établissement, c'est-à-dire lors de la création de la commission qualité.

professionnelles. Certaines études ont bénéficié de financement par la direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins^{31,32} ou par l'ANAÉS³³.

Des journées « qualité » sont aussi organisées annuellement, depuis 1999. Ces journées permettent aux équipes d'échanger sur l'intérêt et les difficultés rencontrées lors de la réalisation de ces études. Les deux dernières journées ont été ouvertes aux établissements de la communauté d'établissement dont fait partie l'établissement afin qu'ils puissent aussi présenter leurs travaux. Une synthèse des études est aussi publiée régulièrement dans le journal interne de l'établissement.

L'élaboration de protocoles

Des protocoles institutionnels de prise en charge de certaines pathologies³⁴ ou symptômes³⁵ sont élaborés à plusieurs niveaux dans l'établissement comme par exemple le Comité de lutte contre les infections nosocomiales, le comité de sécurité transfusionnelle et d'hémovigilance, etc. Ces protocoles peuvent aussi faire suite à des études d'évaluation (exemple : prise en charge de la maladie veineuse thromboembolique, prise en charge de la douleur post-opératoire, etc.) ou encore des travaux réalisés au niveau de services ou de fédérations (exemple : fédération des blocs opératoires)

Le comité du médicament, dès 1999, a défini des thématiques qui nécessitaient d'établir un consensus concernant le choix de médicaments disponibles sur l'établissement. C'est ainsi que progressivement se sont élaborés des protocoles thérapeutiques qui ont été élargis à des protocoles de prise en charge, en collaboration avec l'UEQSA. Ces protocoles ont ensuite fait l'objet d'une validation en CEQSA.

³¹ Entre-temps, la direction des hôpitaux du ministère des affaires sociales et de la santé est devenue la direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins.

³² Dans le cadre des projets hospitaliers de recherche clinique (PHRC).

³³ Dans le cadre d'appels d'offres spécifiques lancés par l'ANAÉS.

³⁴ Exemples : maladies veineuses thromboemboliques ; accidents vasculaires cérébraux ; etc.

³⁵ Exemple : prise en charge de la douleur.

Un travail spécifique a été mené entre le comité du médicament et l'UEQSA, puis dans un deuxième temps avec le comité des responsables d'assurance qualité (RAQ)³⁶, pour parvenir à une méthodologie commune d'élaboration et de présentation des protocoles, applicable à l'ensemble de l'établissement. Une procédure a ainsi été adoptée reprenant les règles de base issues des normes ISO. Chaque protocole doit ensuite être présentée et validée à la CEQSA. Il est ensuite prévu une évaluation de l'application des protocoles par l'UEQSA.

2. Les démarches mises en place plus spécifiquement dans le cadre de la préparation à l'accréditation

En décembre 1997, lors d'une conférence offerte à tous les professionnels de l'établissement, le directeur général a officialisé la nécessité pour le CHU de se préparer à la visite d'accréditation. Entre 1998 et 2001, l'établissement a procédé à son autoévaluation qui a été conduite au niveau des services (vision verticale) par l'intermédiaire d'un référentiel interne et par secteur d'activités (vision transversale) par l'intermédiaire du manuel ANAÉS (cf. figure 2.3). L'engagement de l'établissement dans l'accréditation auprès de l'ANAÉS a été effectué en décembre 2000 et la visite a eu lieu en octobre 2001, sur trois semaines, associant six visiteurs.

Sur l'ensemble de l'établissement

A la suite de la conférence « inaugurale » réalisée par le directeur général en décembre 1997 et après le début de la mise en place d'actions pour la préparation à l'accréditation, des conférences de sensibilisation, adressées à tous les professionnels, ont été organisées sur chacun des sites de l'établissement. Elles ont été réalisées au cours du dernier trimestre 1998 par le « triumvirat ». Ces conférences avaient comme objectif de présenter la démarche d'accréditation en France et de proposer un échéancier au niveau

³⁶ Ce comité est constitué de toutes les personnes qui sont en charge dans les laboratoires de la mise en place du Guide des bonnes exécutions des analyses (GBEA) et sont appelées les responsables d'assurance qualité.

de l'établissement. Ces moments étaient aussi l'occasion pour les professionnels de poser des questions sur les enjeux de l'accréditation à titre individuel et collectif. La participation à ces conférences a été en moyenne de quatre vingt dix personnes. Afin de rendre plus concrète l'accréditation pour les médecins, une conférence leur a été spécialement organisée au cours de laquelle avait été invité un expert-visiteur de l'ANAES, en juin 1999. Cette conférence a touché une soixantaine de praticiens. Enfin, il a aussi été organisé des conférences par sites et par secteurs d'activités afin que toute la communauté hospitalière soit tenue informée des modalités de réalisation de la visite d'accréditation.

Dès le début de la préparation, le journal interne de l'établissement, qui paraît tous les trimestres, a relayé l'information grâce à des articles publiés régulièrement. Puis, en octobre 2000, afin de tenir informé plus régulièrement et spécifiquement la communauté hospitalière, une lettre mensuelle « qualité » a été rédigée.

Un classeur « évaluation/accréditation » en collaboration avec la DSSI et la Direction des affaires financières a aussi été réalisé par l'UEQSA. Il a été adressé à toutes les unités de soins de chaque service et aux services administratifs, en avril 1999. Ce classeur comporte un vocabulaire hospitalier et toutes les informations concernant les démarches qualité dans l'établissement comme les enquêtes de satisfaction, les protocoles institutionnels, le référentiel interne (voir plus loin) et les documents provenant de l'ANAES ainsi que les protocoles institutionnels ou de services.

Une documentation importante, située à l'UEQSA, sur les techniques d'évaluation, les conférences de consensus, etc. a été portée à la connaissance des professionnels et mis à leur disposition. Toutes les informations transmises par l'ANAES, et dont les structures « qualité » sont destinataires, ont été portées à la connaissance des services concernés et rangées dans le classeur.

Des formations ont été spécialement créées en réponse aux besoins mis en évidence au cours de la préparation à l'accréditation. Tout d'abord, en ce qui concerne le remplissage du référentiel interne d'autoévaluation, des sessions de discussion et de formation ont été proposées aux personnes en charge du remplissage dans leur service. Ensuite, à la demande du chargé de mission, une formation spécifique a été proposée aux médecins du CHU. Une première session a été offerte en mai 2000 qui n'a finalement pas pu avoir lieu par manque d'inscriptions. Cette formation a été reportée en octobre 2000 au cours de laquelle dix-neuf médecins ont été présents. Au cours de cette formation a été abordée : les méthodes de gestion de la qualité, la place des médecins dans cette gestion et la mise en place d'une dynamique d'amélioration continue de la qualité. Elle a été réalisée par un professeur de santé publique, extérieur à l'établissement. De plus, en mai 2001, quatre sessions de formation sur la gestion documentaire organisées par la direction qualité, l'UEQSA et la DSSI ont été conduites. Enfin, d'autres formations ont été proposées concernant la responsabilité médicale et la gestion des risques.

L'autoévaluation au niveau des services cliniques et médico-techniques

Pour permettre une plus large implication des professionnels à l'accréditation et afin de pouvoir documenter le manuel ANAÉS par des exemples précis, un référentiel spécifique à l'établissement a été élaboré. Au départ la DSSI avait prévu de rédiger son propre référentiel afin d'évaluer son projet de soins infirmiers, une première écriture et des tests dans deux services avaient même été effectuée. Cependant, il a été décidé de réaliser un référentiel unique d'autoévaluation, regroupant la prise en charge globale du patient au niveau des services, sous la responsabilité de l'UEQSA, en collaboration étroite avec la DSSI³⁷.

Ce référentiel, établi par grand domaine d'activités (cf. tableau II.6), a été conçu à partir du référentiel du Conseil canadien d'agrément des services de santé (CCASS, 1995) et alimenté par le manuel ANAÉS, le projet de soins infirmiers, les expériences de

³⁷ Initialement la DSSI avait créé son propre référentiel qui a ensuite été intégré au référentiel de l'établissement.

l'établissement et d'autres manuels (Leteutre & Patrelle, 1996 ; SV&GM, 1997 ; Société de pneumologie de langue française, 1998). Cette initiative fait suite au test dans les maternités bretonnes et auvergnates du référentiel du CCASS qui avait révélé la pertinence de l'outil, même dans un contexte socioculturel différent (Gerbaud et al. ; 1998 ; Gerbaud & Pomey, 1999).

Tableau II.6 : Les 12 parties du référentiel interne d'autoévaluation (CHUB, 1999)

Partie I	Soins médico-chirurgicaux
Partie II	Pédiatrie médico-chirurgicale
Partie III	Gynécologie-obstétrique et Périnatalité
Partie IV	Psychiatrie
Partie V	Bloc opératoire et salle de réveil
Partie VI	Laboratoires
Partie VII	Imagerie médicale
Partie VIII	Pharmacie
Partie IX	Stérilisation
Partie X	Moyen séjour
Partie XI	Structure d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
Partie XII	Explorations fonctionnelles

Une pré-écriture a été réalisée par l'UEQSA à partir d'une base documentaire, puis un travail de concertation a été réalisé avec, d'une part, l'infirmière générale en charge de la qualité afin d'intégrer les critères relatifs au projet de soins infirmiers et, d'autre part, l'attaché de direction en charge de la qualité. Des groupes de travail, constitués de personnes volontaires et/ou membres de la CEQSA, l'ont ensuite enrichi. Ce référentiel a été élaboré d'octobre 1998 à octobre 1999. Il a été validé, au fur et à mesure, par la CEQSA, puis présenté et validé en CME et en Comité du service de Soins Infirmiers (CSSI). L'objectif de ce référentiel était de permettre aux services et départements de :

- (i) réaliser de manière objective un état des lieux ;
- (ii) mettre en valeur le travail effectué ;
- (iii) définir des actions d'amélioration ;
- (iv) mesurer ultérieurement l'impact ;
- (v) conforter l'engagement des professionnels ;
- (vi) aider à la construction d'un plan d'amélioration continue de la qualité.

Il comprenait douze parties distinctes, chacune constituées de six voir sept chapitres (cf. tableau II.7). Au sein de chaque chapitre, il était proposé des standards développés en critères. Chaque critère faisait l'objet d'une cotation « Oui/Non/Sans Objet », et le service définissait si celui-ci était « prioritaire/a fait l'objet d'une évaluation/a fait l'objet d'une amélioration ». Il était aussi possible de rajouter un commentaire. Enfin, pour chaque standard, une évaluation globale de conformité était à réaliser en fonction d'une cotation : niveau 1 = ne satisfait pas au standard ; niveau 2 = satisfait que très partiellement au standard ; niveau 3 = satisfait en grande partie au standard ; niveau 4 = satisfait totalement au standard.

Il a été envoyé, entre mars et octobre 1999, aux 64 services médico-techniques³⁸ afin d'être complété de manière pluriprofessionnelle, en deux mois. Quatre-vingt-quinze pour cent des services ont ainsi réalisé leur autoévaluation et retourné un document complété à l'UEQSA. Pour le traitement des données, aucun moyen supplémentaire n'a été prévu ni alloué à l'UEQSA. Cependant, la DSIO a apporté une aide pour faciliter l'exploitation de la base de données. Une synthèse des points forts et des points à améliorer et un positionnement du service par rapport à l'ensemble des autres services, ont ensuite été réalisés par l'UEQSA et la DSSI, ainsi qu'une agrégation par thèmes afin de permettre une mise en correspondance avec les critères du manuel ANAÉS. Une visite sur site a permis d'aider les services à dégager des axes prioritaires d'amélioration. Au départ, l'attachée de direction souhaitait participer aux visites mais les responsables, médical et infirmier, ont souhaité les réaliser seuls afin de maintenir une relation de confiance avec les services, nécessaire dans le cadre de l'autoévaluation. En effet, les autoévaluations réalisées dans les services n'étaient pas disponibles pour l'administration en l'état, mais uniquement sous forme agrégées (cf. annexe 10).

³⁸ 27 services de soins, 2 services de pédiatrie (l'un médical l'autre chirurgical), 5 blocs opératoires, 2 services d'exploration fonctionnelle, 1 service de gynécologie-obstétrique, 3 services d'imagerie médicale, 10 laboratoires, 3 services de long séjour, 2 services de moyen séjour, la pharmacie, la stérilisation et les 7 secteurs de psychiatrie. Tous les services ont réalisé une autoévaluation à l'exception de trois services de soins.

Tableau II.7 : Les chapitres de chaque partie du RIAE et ses standards

Chapitre I	Modalités de prise en charge des personnes soignées
	<u>7 standards</u> : accueil/planification des soins/douleur/relation avec la personne soignée/départ/consultations/examens spécialisés
Chapitre II	Gestion des risques
	<u>7 standards</u> : environnement/sécurité/infections nosocomiales /pharmacovigilance /toxicovigilance/matéiovigilance/sécurité transfusionnelle et hémovigilance
Chapitre III	Organisation
	<u>4 standards</u> :organisation du service/gestion des ressources humaines/conseil de service/interfaces avec les autres
Chapitre IV	Communication
	<u>3 standards</u> : dossier de la personne soignée/partenaires hospitaliers/ liaisons avec les partenaires externes
Chapitre V	Formation
	<u>2 standards</u> : politique de formation/formation des étudiants
Chapitre VI	Amélioration continue de la qualité
	<u>2 standards</u> : satisfaction patient/évaluation des pratiques
Chapitre VII	Spécialités* : services de chirurgie urgences SAMU/SMUR Service de réanimation, soins intensifs, surveillance continue Unité de réanimation chirurgicale* Unité de réanimation médicale Service de soins intensifs Service de surveillance continue Unité de soins hyperbares

* Uniquement pour la partie « soins médico-chirurgicaux »

L'autoévaluation au niveau transversal

Pour remplir le manuel d'accréditation, dix groupes d'autoévaluation thématiques (GAETs) ont été constitués, reprenant chacun un référentiel du manuel ANAES (Cf. tableau II.8). Chaque GAET, à l'exception de celui concernant la gestion de la qualité et la surveillance, prévention et contrôle du risque infectieux, a été constitué d'une

vingtaine de personnes choisies en fonction de leurs compétences ou appartenances à des commissions spécialisées. Les propositions de noms ont été faites par le bureau qualité et un appel à candidature a été réalisé auprès des membres de la CEQSA qui ont ensuite avalisé les compositions. Il n'y a pas eu d'appel à candidature sur l'ensemble de la communauté. Les modalités de fonctionnement de ses GAETs ont ensuite été écrites dans une charte (cf. annexe 12).

Tableau II.8 : Correspondance entre le RIAE et le manuel ANAES

GAET	Nb de correspondances réalisées	Poids relatif du thème ANAES dans le référentiel interne (en %)	Nb et % de critères et/ou références ANAES renseignés	
DIP	65	9	27/36	75%
DPA	82	11	22/24	91,6%
OPC	357	48	50/66	75%
MEA	20	3	6/22	27%
GRH	40	5	12/25	48%
GFL	62	8	17/35	48,5%
GSI	0	0	0/13	0%
QPR	55	7	8/23	34,7%
VST	46	6	13/18	72,2%
SPI	24	3	10/36	27,7%
Total	751	100	165/298	55%

La gestion des risques

Chaque vigilance³⁹ a été prise en charge par une commission ou comité, aidé pour l'opérationnel d'un correspondant ou responsable local, a mis en place sa propre politique. Cela concernait les infections nosocomiales, la sécurité transfusionnelle, la matériovigilance, la pharmacovigilance, la réactovigilance, etc. La coordination de ces différentes commissions a été initiée par l'attachée de direction et a abouti à la publication, en mars 1999, d'une lettre conjointe des vigilances qui paraît de deux à trois

³⁹ Les vigilances concernées sont : la matériovigilance, l'hémovigilance, l'infectiovigilance et la pharmacovigilance.

fois par an. Elle permet de suivre l'évolution du dispositif et de transmettre les informations utiles. Progressivement, les commissions de vigilance ont eu leurs représentants intégrés à la CEQSA et ceux-ci ont été invités à présenter un rapport annuel d'activités. La réalisation d'une déclaration commune (support et circuit communs) semble pour l'instant écartée devant l'antériorité des circuits qui ont été bien identifiés et reconnus par la communauté hospitalière (surtout en ce qui concerne l'hémovigilance et les infections nosocomiales).

Cependant, dans le cadre des responsabilités juridiques de l'établissement, le CHU a passé un contrat avec un assureur spécialisé dans le domaine hospitalier pour développer un dispositif spécifique de déclaration d'incidents (Revue hospitalière de France, 1997 & 1998a). Cette gestion des risques a été confiée à l'administration et plus particulièrement à la direction qualité. Un test a été mené, à partir d'une feuille unique de déclaration des incidents et accidents, centralisée à la direction de la qualité, auprès des services de neurologie, radiologie, gynécologie-obstétrique et des urgences pédiatriques, au courant de l'année 2000. Une généralisation du dispositif à l'ensemble de l'établissement est prévue.

Une cellule de gestion des risques a été créée en mai 2000. Elle regroupe outre les trois « référents » qualité, un clinicien, le directeur du contentieux, le responsable de la sécurité et les deux enquêteurs de la direction qualité. Un comité de coordination des vigilances a aussi été constitué afin de répondre aux exigences nationales et régionales, mis en place en septembre 2001, juste avant la visite de l'ANAES.

La satisfaction des usagers

Une commission de conciliation a été créée en juin 1999. Au niveau des cadres des services, une diffusion et un recueil des questionnaires de sortie ont été systématiquement réalisés (Labarère & François, 1999). Chaque direction administrative de chaque site est devenue responsable de l'exploitation de ses questionnaires. Chaque

trimestre, l'administration doit envoyer les résultats de ces questionnaires aux chefs de services. Avec la création de la direction qualité et le recrutement d'enquêteurs, des enquêtes de satisfaction complémentaires ont été mises en place.

La gestion des plaintes

Initialement, la gestion des plaintes était gérée directement par la direction du contentieux. Avec la nouvelle réglementation et la mise en place de la commission de conciliation, les plaintes ont été enregistrées au niveau de la direction générale grâce à un registre des plaintes. Elles sont ensuite transmises au directeur de site qui est chargé de diligenter une enquête et de répondre au plaignant. Si le plaignant souhaite poursuivre sa plainte, elle est transmise à la commission de conciliation qui réalise une enquête et essaye de trouver une solution à l'amiable avec la présence de médecins conciliateurs. Il existe aussi des permanences de la commission une fois par deux semaines en alternance sur les deux sites principaux de l'établissement.

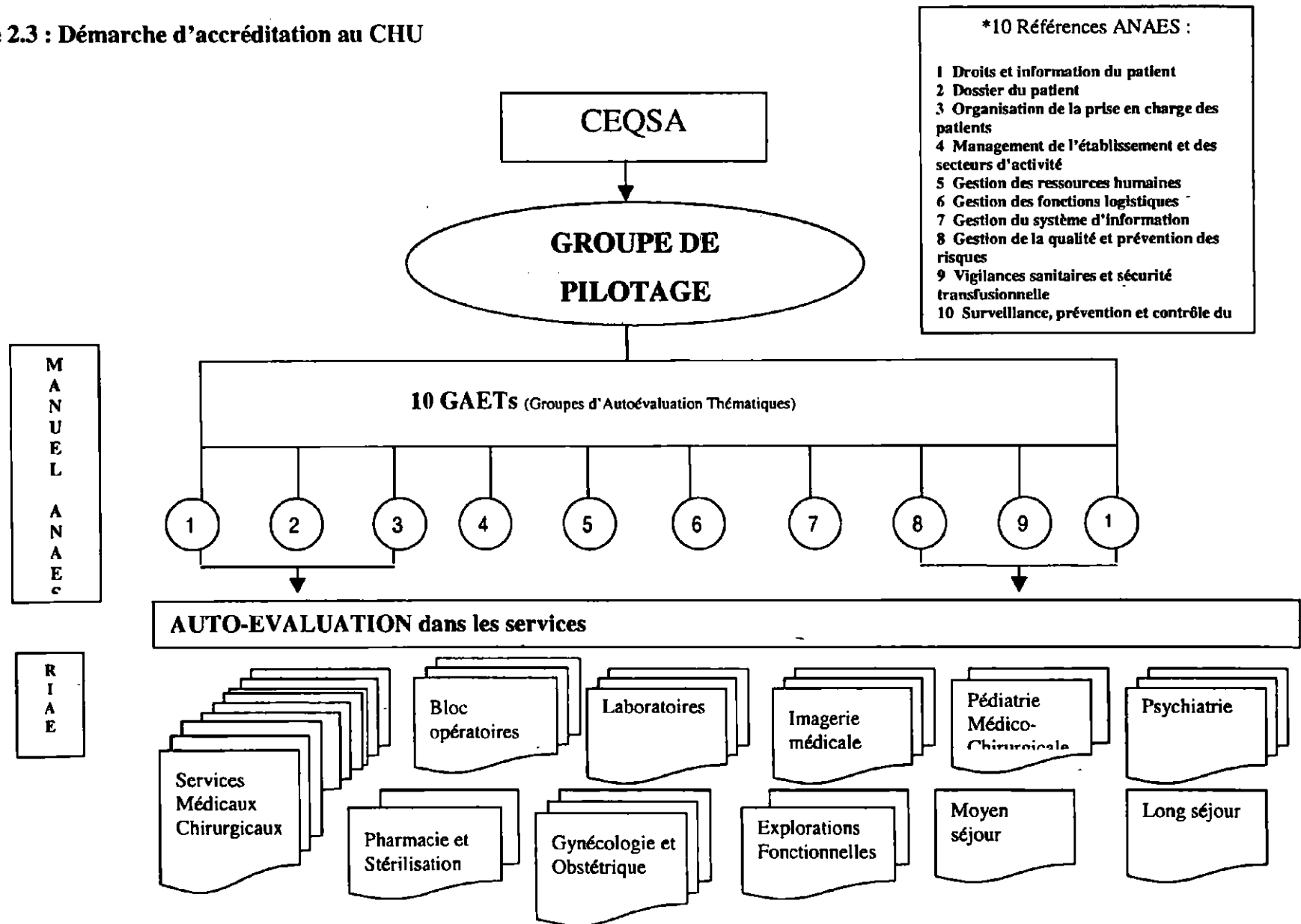
Les autres domaines

Parallèlement, d'autres démarches sur la qualité des prestations offertes à la cuisine, à la blanchisserie, etc. ont été menées. Les directions ont aussi travaillé à partir du manuel ANAES mais aucun résultat de leur travail n'a été partagé au niveau de la CEQSA ou du bureau qualité.

Le partenariat avec d'autres établissements

Avec le financement par une enveloppe régionale de l'UEQSA, l'ARH a souhaité que le CHU apporte un soutien méthodologique aux établissements de la communauté d'établissement du secteur sanitaire, dont fait partie le CHU (Revue hospitalière de France, 1998b). C'est ainsi qu'une convention a été passée entre les établissements afin de mettre en commun les ressources concernant la promotion de la qualité dans les établissements. Dans le cadre de ces accords, le CHU s'est engagé à mettre ses outils et son savoir-faire à la disposition des autres établissements.

Figure 2.3 : Démarche d'accréditation au CHU



II.C. Le problème de recherche

A la lumière de ce que nous venons de décrire, nous considérons que l'introduction de l'accréditation dans le système de soins hospitalier français a eu un impact direct sur les établissements de santé en termes de dynamique de changement. L'idée de départ est donc de considérer les établissements de santé, et *a fortiori* les CHU, comme un système organisé d'action (SOA) constitué d'une structure, d'acteurs, de processus d'action et d'une finalité intervenant dans un environnement (Denis et al., 2000). La trajectoire de ce SOA est construite par les stratégies des acteurs internes (gestionnaires, médecins, personnels paramédicaux, conseil d'administration, etc.) et par celles des acteurs externes (État, assurance-maladie, syndicats, élus locaux, etc.). Ces stratégies sont elles-mêmes influencées par des phénomènes externes comme le développement des technologies, l'apparition de nouvelles maladies, la conjoncture économique ou encore les modalités de financement. En ce sens, l'accréditation et la préparation à l'accréditation peuvent être considérées comme des systèmes dynamiques ayant la capacité d'agir sur la trajectoire des établissements. En effet, l'obligation de devoir rentrer dans une procédure d'accréditation a obligé les établissements, au cours de leur préparation, à faire un diagnostic organisationnel et ainsi à revoir l'ensemble de leur organisation. L'accréditation concerne l'ensemble du fonctionnement et des pratiques de l'établissement. Dans ce contexte, la préparation à l'accréditation (d'un point de vue stratégique et organisationnel) est une source potentielle de changements importants sur le fonctionnement global des établissements de soins (Mintzberg et al., 1999).

Cette étude émet comme hypothèse que l'étude approfondie de la préparation à l'accréditation doit permettre de mieux comprendre l'impact de cette procédure en termes de stratégies mobilisées et de l'introduction de dynamiques de changement dans les établissements publics de santé.

L'intérêt de la préparation réalisée dans cet établissement provient de son antériorité dans les démarches qualité, d'une mobilisation des professionnels qui s'est voulue très

large au sein de l'établissement et d'une volonté d'avoir un leadership assumé aux niveaux clinico-administratif et administratif.

Notre propos s'est donc orienté vers l'analyse des processus d'implantation de la démarche de préparation à l'accréditation dans l'établissement et à son impact, d'une part, sur l'organisation en termes de dynamiques sociales et organisationnelles et, d'autre part, sur les relations de l'établissement avec son environnement.

Les questions à l'origine de notre recherche ont été formulées de la manière suivante :

1. Existait-il des conditions favorables pour que la préparation à l'accréditation soit source de changement ?
2. Quels sont les changements intervenus lors de la démarche de préparation à l'accréditation au sein de l'établissement ?
3. Quels sont les changements intervenus dans les relations entre l'établissement et son environnement directement en relation avec la préparation ?
4. Est-ce que la préparation à l'accréditation a permis à l'établissement de mieux répondre à ses missions ?

en sachant que les deux premières questions sont les deux questions centrales à cette recherche et que les deux autres, du fait de la période de temps couverte par ce travail, n'ont pu être étudiées dans toutes leurs dimensions.

Chapitre III.

ÉTAT DES CONNAISSANCES

*« afin que plus d'hommes soient éclairés
et que chacun participe selon sa portée aux lumières de son siècle. »*
Diderot (1713-1837)

Dans le cadre de notre état des connaissances et afin de pouvoir mieux appréhender nos questions de recherche, nous présenterons tout d'abord ce que représente l'accréditation et en quoi elle peut être source de changement. Par la suite nous appréhenderons les différents modèles qui permettent d'étudier les conditions favorables à l'émergence et à la diffusion du changement dans le contexte de la mise en œuvre de programmes qualité, ainsi qu'à l'étude de ses caractéristiques afin de déboucher sur la construction d'un modèle théorique sur lequel nous nous appuierons pour réaliser notre étude de cas.

III.A L'accréditation

L'accréditation est une mesure d'évaluation externe de la qualité des soins. Elle est communément appelée accréditation en France et « accreditation » dans les pays anglophones alors que le terme « agrément » est utilisé au Québec. Pour mieux appréhender ce que représente l'accréditation, nous regarderons tout d'abord (i) ses définitions, (ii) son évolution et implantation dans le monde, (iii) ses caractéristiques, (iv) ses différents programmes, (v) ses modes de financement, (vi) sa réalisation concrète, (vii) son évaluation, (viii) ses relations avec les normes ISO, (ix) les nouvelles orientations des systèmes d'accréditation, (x) les spécificités de l'accréditation en France et enfin, (xi) l'accréditation comme agent de changement.

III.A.1. Définitions

III.A.1.a. Définition de l'accréditation

La définition de l'accréditation donnée en France est la suivante :

« une procédure **d'évaluation externe** à un établissement de santé effectuée par des professionnels, indépendante de l'établissement de santé et de ses organismes de tutelle, concernant l'ensemble de son fonctionnement et de ses pratiques. Elle vise à s'assurer que les **conditions de sécurité et de qualité des soins et de prise en charge du patient** sont prises en compte par l'établissement de santé » (ANAES, 1999b).

Une autre définition de portée plus international propose :

« L'accréditation est une procédure formelle au cours de laquelle une organisation reconnue, de type le plus souvent non-gouvernemental, **évalue et reconnaît qu'un établissement de santé est conforme à des standards prédéterminés et publiés** » (Rooney & van Ostenberg, 1999).

Ou encore l'ISQua⁴⁰ (2002) définit l'accréditation comme :

« Une reconnaissance publique qu'une organisation de santé est **conforme à des standards prédéterminés au niveau national**, proposée pour le secteur public et privé, qui couvre un ensemble de domaines allant de la santé communautaire jusqu'aux soins tertiaires et au système de soins et qui peut avoir des programmes spécifiques pour des soins spécialisés. La reconnaissance est basée sur la **conformité aux standards et à**

⁴⁰ Accreditation is public recognition of achievement by a healthcare organisation of requirements of national healthcare standards ; is generally available to public and private sectors ; covers a range of healthcare environments i.e. community-based care through to tertiary level providers and healthcare systems; may have specialised healthcare services as a particular focus ; is awarded based on achievement of quality standards and the independent external survey by peers of an organisation's level of performance in relation to the standards.

l'évaluation externe réalisée par des pairs du niveau de performance atteint par l'organisation en tenant compte de ces standards. »

Dans ces trois définitions, on retrouve la notion d'évaluation externe d'une organisation en fonction de normes de référence qui essayent de caractériser un niveau de sécurité, de qualité de soins et de prise en charge. Toutefois, leur caractère très général ne permet pas d'appréhender formellement ce qu'est l'accréditation car, comme nous le verrons plus loin, ce sont plus les caractéristiques mêmes de l'accréditation qui permettent de la définir. Toutefois, dans les définitions données, sans être toujours explicitement citée, l'évaluation de la qualité des soins et de la prise en charge est implicitement conduite. Or, de quelle qualité parle-t-on dans le cadre de l'accréditation ?

III.A.1.b. Un point de vue particulier sur la qualité

1. Les origines

L'origine du mot « qualité » serait double. Elle aurait une source latine, *qualis*, qui veut dire « de quelle nature ? » en référence au mot grec, *poiotês* qui veut dire « quel ». La création du terme aurait été effectuée par Cicéron (Bloch et von Wartburg, 1964). Aussi, dans l'étymologie du mot qualité retrouve-t-on la manière de qualifier une chose. Ce sens est d'ailleurs retenu par le Petit Robert (1991) pour lequel le mot qualité est : « un élément de la nature d'un être, permettant de le caractériser ». Dans le langage courant, le mot a eu tendance à caractériser une chose de manière positive : « ce qui rend une chose, une personne bonne, meilleure ; bonne qualité » et même à représenter une catégorie fondamentale de l'être : « manière d'être, aspect sensible et non mesurable des choses ».

Dans le domaine médical, la problématique de la qualité fait partie intégrante de la démarche. On retrouve dans les textes les plus anciens portant sur la déontologie médicale, des cadres juridiques faisant référence à la qualité des soins, que ce soit dans les serments de Thot, d'Hippocrate, de Maimonide ou dans le code d'Hammourabi (Colin et Gerbaud, 2000). Toutefois, le vingtième siècle a amené une évolution dans la

conception de la qualité des soins et de son évaluation ceci à la lumière, entre autres, des expériences menées dans le domaine industriel.

2. La complexité de la notion

La qualité est un concept⁴¹ multiforme (O'Connor & Bowers, 1990) et multidimensionnel (Berwick, 1995). C'est aussi une notion qui évolue dans le temps en fonction de l'évolution des connaissances, des techniques et de l'environnement social, politique et économique. La qualité est donc « contingente » et « sa mesure doit tenir compte de son caractère contextuel » (Brunelle, 1993). Aussi, pour déterminer ce « construit social dépendant de qui évalue, des valeurs auxquelles on réfère et des normes implicites ou explicites choisies » (Ellis & Whittington, 1993), est-il possible de retenir quatre axes de lecture qui peuvent être appréhendés simultanément (Haddad, Roberge & Pineault, 1997) : l'axe épistémologique (représentations) où la qualité est appréhendée en fonction des significations et représentations de l'objet-qualité dans le champ de la santé ; l'axe ontologique (acteurs) où ce sont les acteurs qui définissent la qualité et les modalités de son évaluation ; l'axe téléologique (finalités) qui permet de définir plus précisément les finalités de la qualité ; et l'axe méthodologique (instrumentations) qui mesure la qualité.

Cependant, au-delà de ces axes, la personne qui a fait le plus progresser la pensée dans le domaine de la qualité des soins, Avedis Donabedian (1980), a proposé de définir la qualité des soins ainsi :

« C'est avant tout un jugement de valeur sur une unité spécifique de soins qui a des répercussions sur l'état de santé au niveau individuel et collectif (...). Le jugement de la qualité de cette unité doit prendre en compte les bénéfices et les risques escomptés ainsi que les coûts directs et indirects engendrés. »

⁴¹ Le terme concept est à prendre ici dans son sens étymologique d'une représentation mentale générale et abstraite d'un objet.

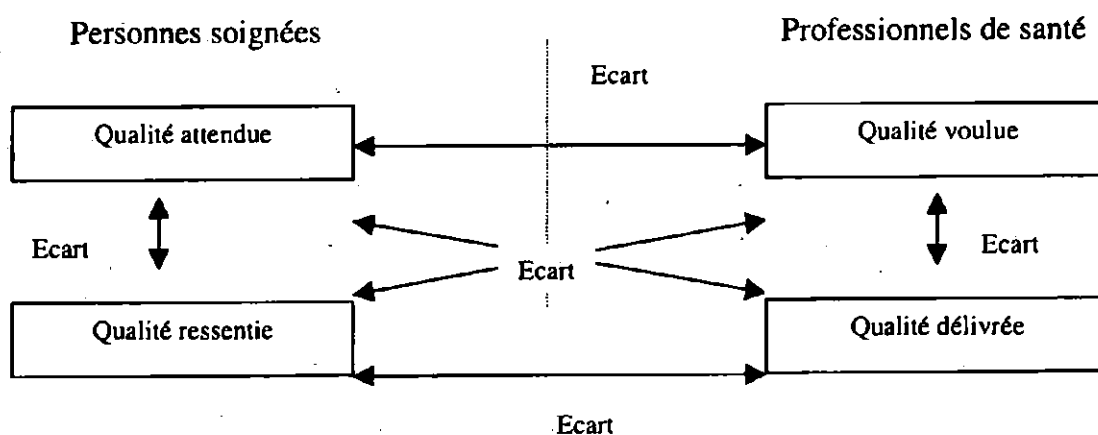
L'unité spécifique de soins considérée par l'accréditation est la prise en charge de la santé physique et psychique - voire sociale - des personnes soignées - voire de leur famille -, aux niveaux individuel et collectif d'une structure habilitée à donner des soins (cela peut être un établissement de santé, un réseau de soins ou toute autre entité regroupant plusieurs professionnels).

Lorsque l'on parle de qualité d'une structure de soins, le *jugement de valeur* sur la qualité peut être réalisé par trois grands groupes d'acteurs : les personnes soignées et leur famille, les professionnels de santé et enfin les pouvoirs publics (Donabedian, 1976a,b&c). Si l'on compare la vision que les personnes soignées ont de la qualité par rapport à celle des professionnels, on peut alors mettre en évidence quatre types de qualité différents (cf. figure 3.1). Lorsqu'elle est vue par les personnes soignées, celles-ci se représentent une qualité de prise en charge donnée, résultant de leurs expériences passées, des informations reçues sur l'organisation et de leurs besoins contemporains de santé. Cette qualité de prise en charge attendue n'est pas forcément équivalente à celle que va finalement recevoir la personne (la qualité ressentie). Elle peut aussi être différente de celle qui a été effectivement délivrée par les professionnels de santé ou encore différer de la façon avec laquelle les professionnels conçoivent la qualité des prestations qu'ils souhaitent offrir (la qualité voulue). En fait, il existe des écarts potentiels importants entre la façon dont les professionnels et les patients considèrent la qualité et la façon avec laquelle elle sera mise en œuvre et reçue par les personnes soignées. Ces différents écarts sont sources d'insatisfaction et d'incompréhension entre, d'une part, les personnes soignées et, d'autre part, les professionnels.

Le troisième acteur, les pouvoirs publics ou ses représentants peuvent aussi être amenés à porter un jugement sur la qualité de la prise en charge d'autant plus que l'Etat, dans la plupart des pays industrialisés, est responsable du système de protection contre le risque maladie et en assure un financement collectif. C'est ainsi que l'accréditation représente une des mesures permettant de porter un jugement externe sur les processus et qui essaye d'appréhender les résultats en gain de santé individuel et collectif. Toutefois, la

manière dont sont construits les manuels d'accréditation (cf. plus loin) part le plus souvent du point de vue des professionnels (normes établies par des consensus professionnels) et de leur façon de considérer la qualité voulue et intègrent peu les conceptions des personnes soignées, sauf par l'intermédiaire des enquêtes de satisfaction qui évaluent, le plus souvent, l'écart entre la qualité attendue et la qualité ressentie.

Figure 3.1 : Représentation de la qualité dans le domaine des services adaptée à la santé (ANAES, 1999a)⁴²



Aussi, l'accréditation est une évaluation normative (Contandriopoulos et al., 2000)⁴³ de la qualité (axe méthodologique) conduite par un organisme accréditeur externe à

⁴² Quatre types de qualité peuvent être définis : la qualité voulue ou spécifiée qui est formulée sous forme de critères explicites à partir desquels il est possible d'apprécier la conformité de la qualité délivrée ; la qualité attendue par les clients (patients) qui ont des attentes autour de leurs besoins (de santé) et de leur expérience antérieure (du système de soins) ; la qualité ressentie qui est celle qu'expérimente et juge le client (le patient). Elle dépend à la fois de la qualité attendue et de la qualité délivrée et perçue ; la qualité délivrée qui est celle que reçoivent les clients (les patients) par les fournisseurs (les professionnels de santé).

⁴³ Ces auteurs proposent de distinguer l'évaluation normative de la recherche évaluative. L'évaluation normative est l'activité qui consiste à porter un jugement sur une intervention en comparant les ressources mises en œuvre et leur organisation (structure), les services ou les biens produits (processus) et les résultats obtenus à des critères et des normes. L'évaluation normative permet d'apprécier les structures (ressources), les processus (services ou activités) et les résultats d'une intervention. La recherche évaluative est, quant à elle, une démarche qui consiste à porter un jugement *ex-post* sur une intervention en employant des méthodes scientifiques. Plus spécifiquement, il s'agit d'analyser les différentes relations qui existent entre les différentes composantes d'une intervention : la pertinence, les fondements théoriques, la productivité, les effets et le rendement d'une intervention ainsi que les relations existantes

l'établissement, qui utilise un référentiel comprenant des normes et critères, qui sont de nature scientifique et/ou qui reposent sur un consensus ayant une légitimité essentiellement professionnelle (axe ontologique) et respectant l'environnement politique et social (axe épistémologique) et qui évoluent dans le temps avec les connaissances et le contexte. L'évaluation normative permet de porter un jugement sur une organisation en comparant les ressources mises en œuvre (structure), les services ou les biens produits (processus) et les résultats obtenus à des critères et des normes (Donabedian, 1982). En effet, l'accréditation émet comme hypothèse que le respect de ces normes garantit des soins de qualité et aura des *répercussions positives sur l'état de santé aux niveaux individuel et collectif*.

III.A.1.c. Ce que n'est pas l'accréditation

Aussi fort de ces définitions, il nous apparaît important de bien distinguer l'accréditation d'autres formes d'évaluation normatives qui peuvent exister simultanément.

1. L'évaluation des actes professionnels

L'évaluation des actes professionnels peut se faire par les professionnels eux-mêmes. En France, cette méthode d'évaluation a été particulièrement encouragée par l'Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale (ANDEM) puis l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES). La méthode la plus employée a été l'audit clinique. Les actes professionnels peuvent aussi être évalués par des structures externes, cela peut être confié à des organismes professionnels, de type ordres professionnels (tel qu'au Québec) ou encore à des organismes payeurs (tel qu'en France). Ces enquêtes de pratiques sur les professionnels de santé, en particulier les médecins, sont le plus souvent diligentées lorsque des profils de pratiques sont considérés comme atypiques. Le plus souvent ces évaluations portent sur les processus et essayent aussi de prendre en compte les résultats. Ce sont des études d'évaluations normatives. Les facteurs qui influencent la compliance des médecins à l'évaluation des

entre l'intervention et le contexte dans lequel elle se situe, généralement dans le but d'aider à la prise de décision

pratiques professionnels sont : 1) la réalisation d'audit clinique évaluant la mise en pratique de recommandations (Mandelblatt et Kanetsky, 1995), 2) les prises en charge en oncologie et cardiologie (Grilli et Lomas, 1994), 3) la capacité à diminuer les poursuites judiciaires, 4) la possibilité d'augmenter la satisfaction des patients ou de réduire les coûts (Maly et al., 1996), enfin 5) la participation de personnes reconnues dans la profession (Palmer et al., 1996).

2. L'évaluation des services ou établissements

L'évaluation peut se faire par les services ou les établissements eux-mêmes ou par l'intermédiaire d'un organisme externe. En ce qui concerne l'évaluation externe, dans le contexte français, on retrouve : la certification, l'autorisation, l'agrément et l'homologation, l'évaluation des compétences, la comparaison des services hospitaliers. Toutes ces évaluations sont donc des évaluations normatives

La certification

La certification est une procédure au cours de laquelle une tierce partie donne une assurance écrite, à l'effet, qu'un produit, un système ou un service dûment identifié, est conforme aux exigences spécifiées (Rooney & van Ostenberg, 1999). Le plus communément, la certification passe par la vérification de la mise en application des normes ISO. L'emphase ici est mise sur le respect des procédures pour la réalisation d'un produit. En France, le principal organisme certificateur est l'Association Française d'Assurance Qualité (AFRAQ) qui, lui-même, est accrédité par le Comité Français d'ACcréditation (COFRAC). Ce type d'évaluation porte essentiellement sur l'analyse des processus et des résultats (Barbin et al., 1997).

L'autorisation, l'agrément, l'homologation

Ces trois démarches font référence, en France, à des actes administratifs pris par l'Etat, et plus spécifiquement par ses autorités sanitaires aux niveaux national, régional ou départemental, pour installer ou renouveler une installation ou une activité de soins dans

un établissement. Le mot agrément peut ici porter à confusion dans le contexte québécois, puisque, au Québec, il est utilisé pour signifier l'accréditation. Ces évaluations font appel à des méthodes de planification.

L'évaluation des compétences

L'évaluation des compétences des individus est communément sous la responsabilité de collèges ou d'ordres professionnels représentant des professions. Cette évaluation se limite souvent à l'évaluation des diplômes; toutefois, elle peut aussi dans certains cas, toucher à l'évaluation des pratiques. En France, l'évaluation des compétences et leurs reconnaissances est essentiellement confiée aux ordres professionnels. Cette évaluation s'intéresse aux ressources.

La comparaison des services hospitaliers

Depuis juin 1994, la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS)⁴⁴ élabore un projet d'évaluation comparative des services hospitaliers. Au total plus de trente grilles de comparaison de services, reprenant plus de trente disciplines médicales ont été construites par des médecins-conseils⁴⁵ en association avec des médecins hospitaliers et hospitalo-universitaires (Gerbaud, Marty & Vibet, 1998). Le but de ces grilles est de disposer d'outils permettant aux services de pouvoir se comparer entre eux et voire même d'allouer les ressources en fonction des performances. Ce sont là des évaluations qui portent plus particulièrement sur les trois dimensions de la qualité (structures, processus, résultats).

Les prix qualité

Les prix qualité sont issus du monde industriel et sont parfois utilisés dans le domaine de la santé. Le prix Deming a été le premier prix qualité à être lancé, en 1951, au Japon,

⁴⁴ la CNAMTS est la caisse d'assurance maladie du régime général d'assurance maladie qui couvre la grande majorité des français pour leurs soins de santé.

⁴⁵ Médecins travaillant au service médical de la CNAMTS.

après que Deming y a donné des conférences à la demande de l'union des scientifiques et ingénieurs japonais. Pour ne pas être en reste, les Américains ont créé *The Malcolm Baldrige Award* (Malcolm Baldrige National Quality Award Consortium, 1990 ; Hertz, Reiman et Bostwick, 1994) qui est basé sur un référentiel comportant huit catégories d'activités : le leadership, les ressources humaines, les procédures d'évaluation, la planification, les résultats, l'information et la place des consommateurs. Cependant, peu d'organisations de santé font appel à ce prix. En 1988, sur l'initiative de quatorze compagnies européennes et avec le concours de la communauté européenne, a été créée la Fondation Européenne pour le management par la qualité (The European Foundation for Quality Management, EFQM) qui a établi, en 1991, le premier prix européen de la qualité, *European Quality Award*, EQA (EFQM, 2002).

Ces prix partent du principe de la nécessité de réaliser pour les entreprises une autoévaluation de leurs activités en regard des normes ISO 9000 (Jackson, 1999), et ils invitent les organismes de santé à y participer.

III.A.2. Développement de l'accréditation dans le monde

La France a pris du retard concernant les procédures d'accréditation en comparaison à d'autres pays de l'OCDE (Scrivens, 1995 a&b ; Seguin, 1998). Les premières procédures ont été mises en place, en 1919, aux Etats-Unis, à l'instigation de l'association des chirurgiens américains afin de garantir des normes de bonnes pratiques portant sur les activités chirurgicales. En 1951, a été créée la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO)⁴⁶, l'association des chirurgiens américains n'étant plus capable de subvenir à la demande croissante des établissements hospitaliers (Roberts & al., 1987). Ce nouvel organisme a regroupé l'ensemble des activités hospitalières (Bohigas et al., 1998). Toutefois, il est à signaler que la JCAHO n'est pas le seul organisme accréditeur aux Etats-Unis, il existe aussi the National Committee for Quality Assurance (NCQA), the American Medical Accreditation Program (AMAP), the

⁴⁶ Dont le nom a changé pour devenir la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations depuis 1986.

American Accreditation HealthCare Commission/Utilization Review Accreditation Commission (AAHC/URAC) et enfin the American Association for Ambulatory Health Care (AAAHC), chacun ayant des domaines privilégiés d'interventions (Viswanathan & Salmon, 2000).

Le Canada, après avoir fait appel au système d'accréditation américain, a créé, en 1958, le Canadian Council of Health Services Accreditation (CCHSA) ou encore le Conseil Canadien d'Agrément des Services de Santé (CCASS). Cette organisation privée - non gouvernementale - regroupe des représentants de l'ensemble des professionnels de santé (Heidemann, 1995 ; Thomas, 1996). En complément, au niveau de la province du Québec, un Conseil Québécois d'Agrément (CQA) a été institué à l'initiative des Centres Locaux de Santé Communautaire⁴⁷ (CLSC) qui ne se retrouvaient pas, initialement dans les programmes d'agrément du CCASS (Conseil québécois d'agrément, 1996 ; 1997).

En 1973, l'Australie créait the Australian Council on Healthcare Standards (ACHS), organisation privée non gouvernementale, dont le conseil d'administration comprend des représentants du ministère de la santé (Collopy, 1995 ; Buchan & Brook, 1997 ; Lloyd, 1997).

En 1991, c'est au tour de la Nouvelle-Zélande qui, par l'intermédiaire du New Zealand Council on Health Care Standards (NZCHCS), a mis en place une démarche caractérisée par une implication directe des professionnels qui édictent eux-mêmes les règles. Le NZCHCS a ensuite été rebaptisé le Quality Health New Zealand (QHNZ).

En Europe, l'initiative de l'accréditation a été le plus souvent laissée à l'Etat et a débuté dans les années 80. En Espagne, le ministère de la santé de la Catalogne, a été un des

premiers à lancer un programme d'accréditation et à le piloter (Bohigas & Ansenjo, 1995 ; Simon & Ruiz, 1995). Au Royaume-Uni, il existe plusieurs organismes en charge de la démarche d'accréditation, dont le plus important est le King's Fund Organization of Accreditation (KFOA), institution caritative fondée il y a plus de cent ans. L'activité d'accréditation du KFOA ne se limite pas aux hôpitaux généraux mais englobe aussi les cabinets de médecins généralistes, les services communautaires de santé mentale, les centres de soins infirmiers et les autorités de santé (Fourcade, 1995). Les premières délivrances d'accréditation ont eu lieu en 1995. En complément, existe the Hospital Accreditation Programme (HAP) qui accrédite les petits hôpitaux (Otton & Fry, 1995). En Italie, la qualité des soins est du ressort des régions. Aussi existe-t-il des systèmes plus ou moins développés en fonction de celle-ci (Di Stanislao & Liva, 1996). Une expérience importante a été menée dans la région Emilie Romagne qui a cherché à appliquer les normes ISO 9000 aux établissements (Seguin, 1998).

Plus largement, l'accréditation touche à présent de nombreux pays comme l'Israël, l'Afrique du Sud, le Brésil, la République Tchèque, la Hongrie, le Japon, les Pays-Bas, l'Arabie Saoudite, la Suède, Taiwan, etc. (Lin & Yang, 1994 ; Huang, 1995 ; Scrivens, 1995 a&b).

III.A.3. Caractéristiques des systèmes d'accréditation

Dans le cadre de la Société Internationale pour la Qualité dans le domaine de la santé (ISQua), depuis quelques années, une réflexion au niveau international est menée, concernant l'accréditation et ses enjeux. Dans ce cadre, l'ISQua a réfléchi aux modalités d'implantation de l'accréditation (Hayes et Shaws, 1995) et a identifié les points communs qui existaient entre tous les systèmes.

⁴⁷ Ces CLSC sont essentiellement développés au Québec où ils en existent 142. Ils ont comme objectifs de subvenir aux besoins en soins médicaux et sociaux de première ligne des personnes habitant dans une zone géographique donnée.

III.A.3.a. La poursuite volontaire de la qualité

La reconnaissance de l'importance de la qualité dans les services de soins est un des points les plus importants dans l'accréditation. Pour l'ISQua, une procédure qui permet à une institution de montrer son efficacité à titre volontaire est plus constructive que lorsqu'elle est obligatoire. En effet, un système obligatoire peut être vu comme un contrôle gouvernemental. Il peut être vécu comme une ingérence pour les institutions. Le côté volontaire permet aux organismes de travailler à l'accréditation en recherchant à améliorer leur qualité sur une base libre.

III.A.3.b. L'autoévaluation

La préparation à l'accréditation est le moment le plus important pour tous les professionnels. C'est le moment où ceux-ci sont le plus impliqués dans la procédure car ils sont chargés de réaliser une autoévaluation de leur pratique et de l'ensemble des pratiques de l'établissement. Cette préparation passe par la création d'équipes d'autoévaluation qui sont en charge de remplir le manuel/questionnaire remis par l'organisme accréditeur, avant la visite.

III.A.3.c. La formation des équipes et des visiteurs externes

La procédure d'accréditation est formatrice non seulement pour les équipes accréditées mais aussi pour les personnes amenées à juger le niveau de qualité, les visiteurs. Au niveau de l'établissement cela permet de revoir, à partir d'un document de base, les pratiques de soins et de les regarder sous un angle différent afin de les améliorer. La visite sur site permet aussi aux visiteurs de se confronter à de nouvelles idées qu'ils pourront ensuite mettre à profit dans leur propre institution, lorsque ceux-ci sont des professionnels exerçant dans des structures de soins.

III.A.3.d. Un outil d'aide au management

La procédure d'autoévaluation est une base importante pour le développement organisationnel. Il permet aux gestionnaires de mobiliser les professionnels autour d'un

projet commun, de les amener à réfléchir sur leur pratique et à les faire progresser. Dans un deuxième temps, l'évaluation externe rajoute à l'objectivité de l'autoévaluation.

III.A.3.e. Vers une définition de l'accréditation

Finalement, l'ensemble de ces caractéristiques nous en apprennent plus sur ce qu'est l'accréditation que les définitions générales que nous avons présentées au début de ce chapitre. En effet, il ressort que l'accréditation est une démarche volontaire conduite par une organisation de santé qui cherche à évaluer la qualité de ces prestations au regard de normes reconnues, édictées par un organisme accréditeur externe à sa structure. La réalisation de l'accréditation passe par la réalisation d'une autoévaluation effectuée par l'ensemble des professionnels de l'organisation en utilisant comme référence les normes proposées. Dans un deuxième temps, des experts, externes à l'établissement, viennent discuter des résultats de l'autoévaluation réalisée par l'organisation pour s'assurer de l'adéquation des réponses avec la réalité et pour être capable de porter un jugement sur la qualité de l'organisation. Au cours de la période d'autoévaluation - et plus largement de la procédure d'accréditation - l'organisation met à plat l'ensemble de ses modalités de fonctionnement dans l'objectif de répondre au mieux aux besoins de la population en termes de qualité de prise en charge. Elle est amenée à conduire un projet commun qui amène l'ensemble des professionnels à réfléchir à leur pratique. Ainsi, l'accréditation est-elle un outil d'aide au management.

III.A.4. Développement des programmes d'accréditation

L'ISQua a pris comme position qu'il était important que les démarches d'accréditation soient conduites au niveau individuel de la délivrance des soins. Il existe des programmes d'accréditation qui peuvent servir de modèle, mais il est important que les critères développés soient en accord avec l'environnement auquel ils s'adressent, en prenant en compte les contextes national et législatif.

III.A.4.a. L'organisme accréditeur

La structure de l'organisme accréditeur et le rôle des responsables doivent être clairement déterminés. Les membres de l'organisme en charge de l'accréditation doivent être reconnus pour leur expertise technique dans le domaine et avoir un mandat précis. Pour garder leur crédibilité, les membres doivent être revus fréquemment afin de s'assurer de leur implication dans la démarche. La structure doit aussi être suffisamment flexible pour évoluer dans le même sens que l'environnement. L'organisation doit être claire dans ses relations avec les établissements qu'elle accrédite et dans les services qu'elle offre.

III.A.4.b. L'objectif du programme d'accréditation

Il existe quatre objectifs possibles pour la mise en place d'un système d'accréditation (Scrivens, 1996 et 1998a) : (i) cela permet de créer un cadre de référence des bonnes pratiques ; (ii) cela peut être utilisé comme un outil permettant de garantir un niveau de qualité et de sécurité dans les établissements ; (iii) les résultats de l'accréditation peuvent servir pour informer le public et les financeurs du niveau de la qualité des prestations offertes par l'établissement ; et (iv) les résultats de la visite d'accréditation peuvent servir, sous certaines conditions, à comparer les établissements entre eux.

III.A.4.c. L'évolution des démarches qualité

Historiquement, l'Association des chirurgiens américains puis la Joint Commission préconisaient une standardisation des modes de pratiques et l'évaluation des pratiques par des audits, ce qui faisait référence à des démarches de contrôle de la qualité et d'assurance qualité (American College of Surgeon, 1924 ; JCAH, 1971). Progressivement, les systèmes d'accréditation ont évolué (Portefield, 1968) et se sont orientés vers des approches plus participatives qui véhiculent une vision plus large de la qualité, une utilisation différente de l'information, la création de nouveaux outils de mesure et enfin l'introduction d'un management participatif dans l'activité quotidienne. Ces démarches ont été caractérisées de programme d'amélioration continue de la qualité afin de tendre vers un management total par la qualité. Ces modes de gestion par la

qualité se sont inspirés de ceux menés dans le domaine industriel (Crosby, 1979 ; Deming, 1986 & 1991 ; Jurán, 1988 & 1989) dont les grandes orientations sont présentées dans le tableau III.1. Toutefois, la Joint Commission a été précurseur de ce mouvement en introduisant dans son manuel de 1979 la notion d'intégration de l'assurance qualité au management plus globale de l'établissement (cf. tableau III.2). Aussi, dans le cadre de démarches qualité, peut-on retrouver simultanément les quatre types de gestion de la qualité (cf. figure 3.2).

Tableau III.1 : Récapitulatif des modèles de Deming, Juran et Crosby

Modèle de Deming (1986)	Modèle de Juran (1988)	Modèle de Crosby (1979)
Créer constamment les conditions permettant d'améliorer les produits et les services dans le but d'être compétitif, de rester sur le marché et de créer des emplois. Adopter une nouvelle philosophie. Cesser les inspections pour améliorer la qualité. Arrêter de faire des affaires en ne pensant qu'au prix sur l'étiquette. Améliorer constamment et toujours le système de production et de services pour améliorer la qualité et la productivité afin de diminuer les coûts. Instituer des formations spécifiques pour chaque métier. Instituer un leadership. Enlever la peur pour que chacun puisse travailler efficacement dans l'entreprise. Casser les barrières entre départements. Éliminer les slogans, les exhortations et objectifs et remplacer les par « zéros défauts » et des nouveaux niveaux de productivité. Éliminer les quotas de travail au niveau de la production. Lever les barrières afin de permettre aux	Planification de la qualité (Quality Planning) : déterminer qui sont les consommateurs déterminer les besoins des consommateurs développer les produits qui répondront aux besoins des consommateurs développer les procédés qui permettront de produire ses produits transférer le résultat de ces plans au niveau opérationnel Contrôle de la qualité (Quality Control) : évaluer la qualité actuelle comparer la qualité actuelle avec celle projetée agir sur les différences Amélioration de la qualité (Quality Improvement) : établir les infrastructures permettant la réalisation annuelle d'amélioration identifier les besoins spécifiques pour l'amélioration pour chaque projet, établir une équipe projet avec des responsabilités spécifiées pour permettre au projet de réussir donner les ressources, les motivations et les	Engagement de la direction et implication dans la qualité. Utilisation d'équipe d'amélioration de la qualité constituée de personnes formées, engagées dans l'action. Mesure de la qualité pour permettre d'identifier les lieux nécessitant des améliorations et les actions qui doivent être prises. Mesure du coût de la qualité, i.e. de la non-qualité. Conscience de l'importance de la qualité partagée par tous les professionnels. Actions correctives : chercher des opportunités pour améliorer. Planification du zéro défaut : faire en sorte de faire les choses parfaitement dès la première fois. Programme de formation pour tous les professionnels à tous les niveaux de l'organisation sur les 14 étapes. Jour zéro défaut où la direction montre son engagement dans la qualité. Mise en place d'objectifs : le but ultime est le zéro défaut mais des objectifs intermédiaires peuvent aider à l'atteindre. Suppression des causes provoquant des

personnes d'être fière de ce qu'elles font. Instituer un programme vigoureux d'éducation permanente et d'auto apprentissage. Impliquer toutes les personnes de l'entreprise pour réaliser ces transformations.	formations nécessaires aux équipes pour diagnostiquer les causes, stimuler la mise en place de remèdes et établir des contrôles	erreurs grâce à l'analyse des problèmes et la possibilité de les prévenir. Reconnaissance des personnes qui atteignent leur but. Comités qualité composés de professionnels aident les autres dans l'amélioration de la qualité. Faire toutes les étapes de 1 à 13... et les refaire...

Tableau III.2: Définitions des principales démarches utilisées en gestion de la qualité

Contrôle qualité	Activités telles que mesurer, examiner, essayer ou passer au calibre une ou plusieurs caractéristiques d'une entité et comparer les résultats aux exigences spécifiées en vue de déterminer si la conformité est obtenue pour chacune de ces caractéristiques (AFNOR, 2002)
Exemples d'application	vérification de l'identité du patient lors de la dispensation de médicaments, de produits sanguins ou encore lors de la phase préanesthésique et plus largement tout ce qui a trait à la gestion des risques
Assurance de la qualité (QA ⁴⁸)	Ensemble des actions préétablies et systématiques nécessaires pour donner la confiance appropriée qu'un produit ou service satisfera aux exigences relatives à la qualité (AFNOR, 2002 ; ISO 8402, 2002)
Exemples d'application	les activités de prévention des risques sont parfaitement adaptées pour la transfusion sanguine, la stérilisation, le domaine biomédical ou encore les domaines dont la santé n'a pas l'exclusivité, telles que la restauration ou la blanchisserie
Amélioration continue de la qualité (CQI ⁴⁹)	Méthodologie développée par Deming et Juran qui repose sur l'idée que la qualité peut être continûment améliorée en utilisant des techniques fiables pour étudier et perfectionner un processus. Cette approche s'oppose à l'idée traditionnelle que la meilleure performance est obtenue par l'inspection et l'élimination des problèmes (Jocou & Lucas, 1992)
Exemples d'application	l'activité hospitalière est une série de processus qu'il convient d'analyser dans leur fonctionnement afin d'en améliorer la qualité.
Management total par la qualité (TQM ⁵⁰)	Mode de management d'un organisme, centré sur la qualité, basé sur la participation de tous ses membres et visant au succès à long terme par la satisfaction du client et à des avantages pour tous les membres de l'organisme et pour la société (AFNOR, 2002 ; ISO 8402, 2002)
Exemples d'application	La qualité est au centre du management et cela demande une révolution culturelle. Elle permet de lier le fait de vouloir toujours mieux faire, plus vite et moins cher.

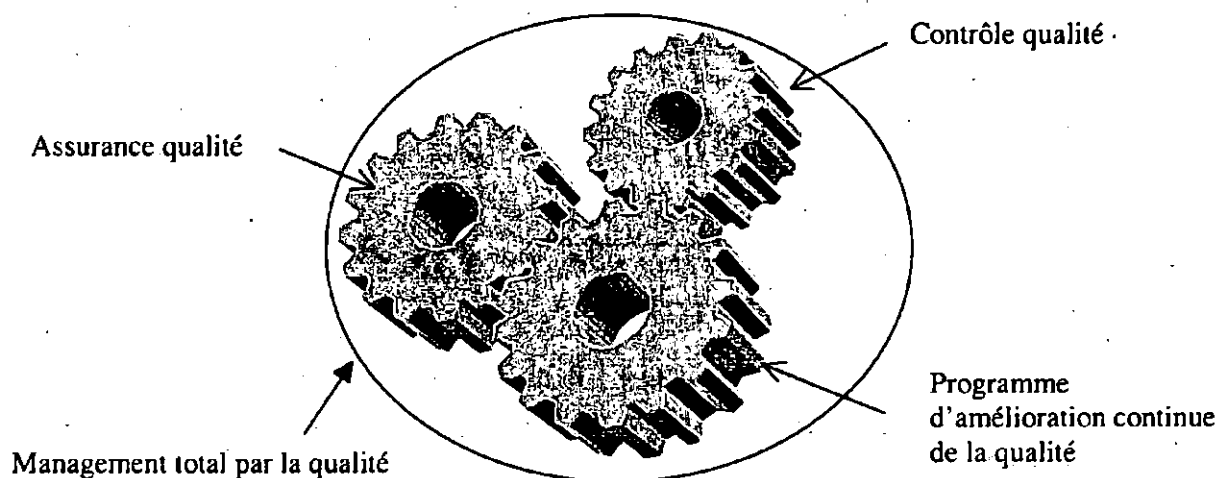
Source : ANAES, 1999a.

⁴⁸ Quality Assurance.

⁴⁹ Continuous Quality Improvement.

⁵⁰ Total Quality Management.

Figure 3.2 : Constitution d'un programme qualité



III.A.4.d. L'élaboration du manuel d'accréditation

Un point essentiel dans l'accréditation reste la construction du manuel d'accréditation. Au départ, la philosophie développée dans les manuels d'accréditation s'inspirait du contrôle qualité et de l'assurance qualité (Roberts et al., 1987). En effet, les critères choisis pour évaluer la qualité des soins doivent ensuite être consensuels, robustes, mesurables, réalisables et revus régulièrement pour les mettre en accord avec la législation et les bonnes pratiques. Six principes généraux régissent ces critères, il faut qu'ils soient :

- (i) flexibles pour pouvoir s'adapter à toutes les institutions concernées ;
- (ii) en relation avec la qualité des soins et l'environnement ; construits autour d'un consensus ;
- (iii) objectifs ;
- (iv) réalisables ; et
- (v) mesurables.

III.A.4.e. Les relations entre le gouvernement, les prestataires et les financeurs

Il est essentiel, si le gouvernement est impliqué dans la démarche, que soient précisément définis s'il existe des implications économiques ou sociales, incluant les

incitations financières, liées à l'accréditation. Si le programme est non obligatoire, il est aussi important de connaître quelle est la part de responsabilité et d'implication d'être ou de ne pas être accrédité pour un établissement.

III.A.5. Financement

Chaque organisme a des modalités de financement différentes. Une étude réalisée, en 1994, auprès de la JCAHO, le CCASS, le ACHS, le KFOA et le HAP, a montré que les principales sources de revenus étaient les sessions de formation, les avis d'experts, les cotisations, les publications et enfin les enquêtes (Hayes et Shaw, 1995).

III.A.6. Réalisation concrète

III.A.6.a. La procédure

Chaque organisme accréditeur a une procédure propre qui comporte toujours une visite sur site faite par des personnes extérieures à l'établissement évalué. Il existe aussi toujours un manuel/questionnaire qui doit être complété et remis avant la visite afin d'être confronté à la réalité, vue lors de la visite sur site, par les visiteurs.

Le nombre de visiteurs et la durée de la visite peuvent varier d'un programme à l'autre. La plupart des équipes de visiteurs contiennent un médecin, un infirmier et un administratif. Lorsque les équipes sont importantes elles peuvent comporter des professionnels reliés au domaine médical (pharmacien par exemple), ou spécialistes de l'institution visitée (psychiatre par exemple pour un établissement psychiatrique).

Le niveau d'organisation de la visite dépend de la taille de l'établissement visité. Certaines visites sont totalement chronométrées d'autres sont plus souples. Dans tous les cas, les résultats sont fouillés et les visiteurs présentent leurs conclusions verbalement à la fin de la visite. A la suite, les visiteurs font des recommandations et un rapport écrits.

Lors de la visite, les visiteurs ont en leur possession le manuel/questionnaire rempli par l'hôpital, des données historiques et éventuellement les recommandations faites lors d'une visite précédente. Un certain nombre de documents internes et de procédures sont le plus souvent demandés lors de la visite, ce qui permet aussi de mieux évaluer la gestion de l'établissement. Pour compléter ces sources d'informations, les visiteurs réalisent des observations, rencontrent les personnes pour compléter leur connaissance de l'établissement. L'évaluation est donc très liée à la compétence des visiteurs. Les résultats et la durée de l'accréditation varient en fonction des programmes : entre 1 à 5 ans. Les critères reliés à la sécurité des patients et des professionnels sont regardés de manière poussée.

Il faut donc que soient documentés l'emploi du temps, la durée nécessaire de préparation, la durée de la visite, la suite de la visite, le rapport et les conséquences du rapport.

III.A.6.b. Le recrutement et la formation des visiteurs

La méthode de recrutement est variable, le plus souvent les visiteurs sont volontaires et contractuels, certains sont employés plein temps (comme à la JCAHCO). Quel que soit le mode de recrutement, des critères stricts de sélection doivent être respectés pour avoir des personnes ayant une bonne expérience de terrain et une connaissance de ce que représente l'accréditation (Bohigas et al., 1998).

Le plus souvent les visiteurs sont formés aux procédures du programme, à la documentation et aux observations qui sont utilisées. Au cours de ces formations les visiteurs apprennent à évaluer la compliance des établissements au programme.

Pour maintenir les habilités des visiteurs, ceux-ci sont régulièrement revus en session de formation, le plus souvent annuellement. L'évaluation des visiteurs se fait par

l'intermédiaire d'un questionnaire adressé à l'établissement évalué après le déroulement de la visite.

III.A.6.c. La préparation de l'hôpital

Le plus souvent les organismes accréditeurs offrent un soutien à la préparation de l'établissement à la visite d'accréditation qui peut être un suivi tout au long de la préparation (KFOA), des stages de formations (ACHS, JCAHO, CCASS) ou encore une visite d'une journée sur site. Cette aide est essentielle, car elle permet aux établissements qui se préparent pour la première fois d'être mieux préparés à la visite et d'espérer recevoir une bonne accréditation.

Lors de la préparation à l'accréditation, le plus souvent, l'établissement désigne une personne temps plein en charge de la mise en œuvre de celle-ci et crée un groupe de pilotage qui suivra les différentes étapes (Séguoin, 1998). L'implication de la direction générale est essentielle tout au long du dispositif.

III.A.7. Évaluation du programme

Les critères permettant de juger du succès de la procédure d'accréditation sont au nombre de quatre :

- l'acceptation et l'adoption du programme par les établissements : plus le nombre d'établissements qui y adhèrent est important plus l'intérêt du programme est reconnu ;
- le niveau de respect des critères : cela permet de mesurer d'une part l'adéquation des critères par rapport à la réalité et, d'autre part, l'effort réalisé par l'établissement pour les atteindre ;
- le changement dans les pratiques : l'accréditation doit permettre de remettre à plat les pratiques et ainsi de les améliorer en fonction des critères proposés ;

- l'amélioration de la performance : afin que l'établissement puisse concilier de manière optimale ses objectifs avec ses ressources.

III.A.8. Relation entre accréditation et normes ISO

L'ISQua s'est penchée sur les liens qui pouvaient exister entre l'accréditation et les normes proposées par l'ISO (Shaw, 1997). Pratiquement et politiquement il semble impossible que l'ISO remplace les systèmes d'accréditation et *vice versa*. Cependant, un rapprochement des démarches est en cours, les normes ISO développant des normes spécifiques pour le domaine de la santé (McCarthy & Hicks, 1991). Toutefois actuellement, le point de vue adopté par l'ISO se situe au niveau de l'assurance qualité. Elle vérifie, à l'aide de référentiels, que des actions préétablies et systématiques sont réalisées afin que le service offert satisfasse aux exigences relative à la qualité. La certification ne se situe pas au niveau de l'amélioration continue de la qualité ou encore du management total par la qualité. De plus, les normes édictées par l'ISO se situent au niveau international alors que l'accréditation tient compte des spécificités de chaque pays.

III.A.9. Nouvelles orientations des systèmes d'accréditation

III.A.9.a. La création de nouveaux dispositifs

Lors de la création des nouveaux programmes d'accréditation dans le monde au cours des années 90 (Scrivens, 1995 a&b ; 1998a), certaines particularités existaient ont pu être mises en évidence dont la reconnaissance législative de la démarche (Chine, Espagne, France, Italie, Pays-Bas, Suisse et Taiwan) et l'initiative de l'Etat dans la mise en œuvre des systèmes.

Cependant, certains pays ont développé des systèmes d'accréditation à partir des organismes professionnels, comme le Brésil, les États-Unis et le Canada, l'Italie, le Japon, l'Israël ou encore l'Afrique du Sud.

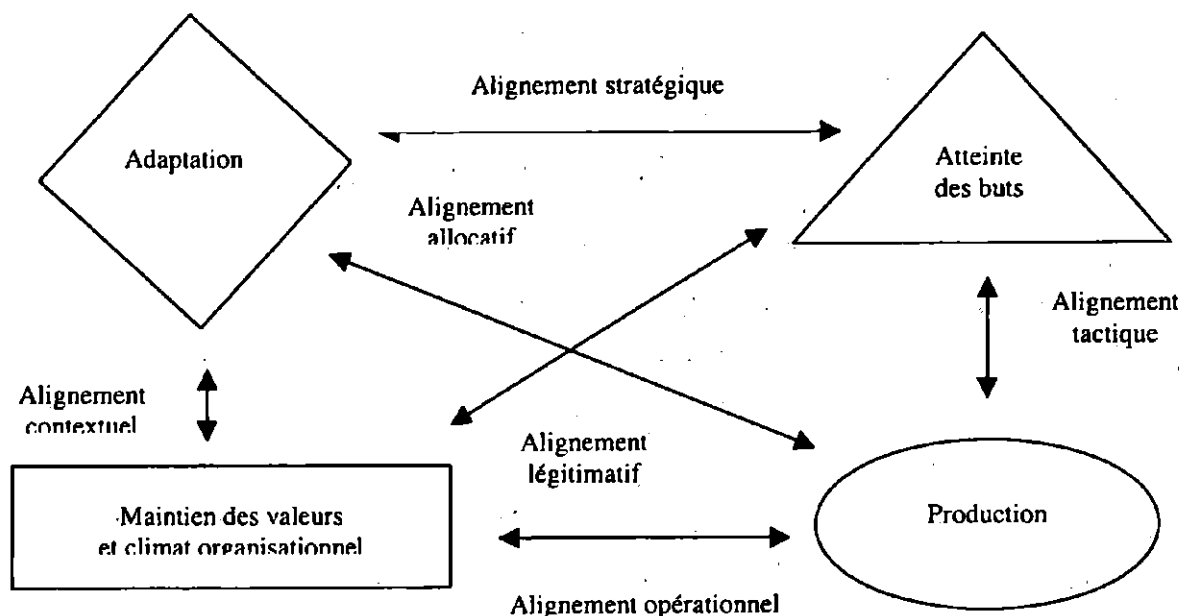
Enfin, les critères utilisés pour évaluer les établissements sont le plus souvent orientés vers la mesure des résultats, et non vers l'étude des structures et des procédures comme cela a eu lieu dans les premiers systèmes d'accréditation (Schyve, 1994, 1995 & 1998).

III.A.9.b. L'évolution des pionniers

Les manuels utilisés pour évaluer la qualité des soins par le JCAHO, le CCASS ou encore le ACHS ont tous évolués au cours de ces dernières années⁵¹. Ils se sont tous orientés vers une prise en compte plus large des épisodes de soins en positionnant l'hôpital comme un des maillons de la prise en charge et en englobant par exemple les soins à domicile ou les soins communautaires. Les champs visés par l'accréditation se sont élargis et couvrent aussi par exemple : les soins de longue durée, les hôpitaux psychiatriques, les services de réhabilitation, les services d'aide respiratoire à domicile (Scrivens, 1998b). De plus, la place du patient a été identifiée comme au centre du dispositif, rendant la démarche plus dynamique (Heidemann, 1995). Mais un des changements les plus importants a porté sur la recherche de l'évaluation de la performance des établissements et en l'introduction d'indicateurs de résultats et de performance (Nadzam et al. 1993 ; McGlynn, 1998 ; Worfersteig & Dunham, 1998 ; Braun, Koss & Loeb, 1999 ; Lemieux-Charles et al., 2000). Toutefois, dans la majeure partie des cas, la performance n'est appréhendée que dans une seule de ces dimensions : l'efficacité des processus interne de production. Or, la performance est un concept plus large qui, en se référant à la Théorie de l'action sociale de Parsons (1951, 1977), considère quatre dimensions : l'atteinte des buts (améliorer l'état de santé de la population), l'adaptation (capacité à obtenir des ressources et à s'adapter à son environnement), la production (volume des services, productivité, efficience technique, etc.) et le maintien des valeurs et climat organisationnel (valeurs partagées par les professionnels qui donne du sens) (Sicotte, Champagne & Contandriopoulos, 1999). De plus, chacune de ces dimensions est en interaction avec les autres créant ainsi six alignements (cf. figure 3.3).

⁵¹ Le CCASS a changé ses normes en 2001 : le programme MIRE (Mesures implantées pour le renouveau de l'évaluation).

Figure 3.3 : Le modèle de performance organisationnelle (Sicotte, Champagne & Contandriopoulos, 1999)



III.A.9.c. Vers un système unique ?

Il existe de fait une certaine convergence entre les différents systèmes d'accréditation. Aussi l'ISQua s'est-elle interrogée et travaille sur la possibilité de disposer d'un système international d'accréditation (Arce, 1998 ; Schyve, 1998). Les arguments qui plaident en faveur de cette recherche sont qu'il existe une certaine convergence dans la définition de la qualité des soins au niveau mondial et que les individus voyagent de pays en pays. Les personnes et les assureurs sont en droit de demander une certaine homogénéité dans la qualité des soins offerts.

Pour que cela réussisse, il faut néanmoins que soient respectées un certain nombre de conditions :

- (i) mise en exergue de la manière dont les soins sont dispensés et quel niveau de qualité est atteint (les systèmes, les processus et les résultats et pas seulement les structures qui les dispensent) ;

- (ii) identifier les systèmes de base, les processus et les résultats qui sont nécessaire pour répondre aux besoins des patients en ce qui concerne leur sécurité et l'efficacité des soins ;
- (iii) Prendre en compte pour chaque critère les valeurs culturelles, nationales ou régionales et les priorités ;
- (iv) Donner une importance relative à chaque critère afin de respecter les valeurs culturelles, nationales ou régionales et les priorités ;
- (v) Développer un système qui permette de comparer les organisations accréditées entre elles, en prenant en compte leur localisation et les valeurs culturelles, nationales ou régionales et les priorités.

Jusqu'à présent les démarches n'ont pas abouti à des propositions concrètes.

Cependant, au sein de l'ISQua a été créé un programme appelé ALPHA (Agenda for Leadership in Programs for Healthcare Accreditation) pour évaluer et approuver les standards développés au niveau national au regard de standards reconnus au niveau international (ISQua, 2002). Ce programme suit et accrédite tous les organismes accréditeurs nationaux grâce à des critères d'excellence élaborés à l'international. Il permet aussi d'aider des pays qui souhaiteraient implanter l'accréditation à mettre en œuvre leur programme. Actuellement, le programme ALPHA a été reconnu au niveau législatif par deux pays, l'Australie et la Nouvelle-Zélande, qui requièrent une accréditation de leurs organismes nationaux accréditeurs par l'ISQua. Le Australian Council on Healthcare Standards et le Quality Health New Zealand sont tous deux accrédités.

III.A.10. Particularités de l'accréditation « à la française »

III.A.10.a. Une démarche obligatoire

La grande particularité de l'accréditation en France, comparée à d'autres pays, est son caractère obligatoire. En effet, dans les principaux autres systèmes (comme aux Etats-

Unis, au Canada et en Australie), l'accréditation est une démarche facultative et volontaire des établissements auprès des organismes accréditeurs (Bertrand, 2001). Une telle obligation peut être vécue comme une ingérence de l'Etat et moins comme une aide à l'amélioration de la qualité des soins.

III.A.10.b. Une implication financière

Le compte rendu de la visite d'accréditation est, en France, transmis aux autorités régionales de tutelle, l'Agence régionale d'hospitalisation. Or, dans les autres systèmes d'accréditation, il existe un contrat moral entre l'organisme accréditeur et l'établissement qui stipule que les données contenues dans le rapport sont strictement confidentielles. L'établissement est le seul à pouvoir déterminer s'il souhaite partager ou non ces informations. Lorsqu'un établissement est accrédité, il a la possibilité de le signaler à sa clientèle. Au départ, l'accréditation n'est pas un outil qui permet l'obtention d'un meilleur financement ou encore de bénéficier d'un financement public. Toutefois, lorsque cela peut être le cas, il est nécessaire que cela soit stipulé de manière non équivoque. Or, en France, l'utilisation du rapport d'accréditation, envoyé aux autorités de tutelle, l'ARH, n'a jamais fait l'objet d'un éclaircissement particulier. Aussi, existe-t-il une certaine ambiguïté quant aux retombées éventuelles des résultats d'accréditation sur les établissements et si ceux-ci seront utilisés à des fins de restructuration hospitalière, de financement, de planification, etc. Cette non transparence peut entraîner des craintes importantes de la part des professionnels dans les établissements de santé.

III.A.10.c. Une obligation de signalement

A l'occasion de la visite d'accréditation, les experts-visiteurs peuvent relever des lacunes graves quant à la sécurité des patients. Ils ont alors l'obligation d'en informer immédiatement le directeur de l'ANAES qui se met ensuite en contact avec le directeur de l'établissement et les autorités de tutelle compétentes (en particulier l'ARH). Des décisions peuvent ensuite être prises en fonction des circonstances. Une telle procédure n'existe pas dans les autres systèmes d'accréditation. En effet, comme nous l'avons vu dans la définition donnée par l'ANAES, l'accréditation « vise à s'assurer que les

conditions de sécurité sont remplies ». Or, cette notion n'est retenue que dans le cadre de l'accréditation en France. Dans la définition générale de l'accréditation et dans celle que nous proposons (III.A.3.e), la sécurité n'est pas retenue. De plus, lorsque l'on étudie les champs de responsabilité, la sécurité fait partie des responsabilités de l'Etat, alors que la qualité est sous la responsabilité des professionnels, sous-couverts d'organismes externes. En cela, dans l'accréditation à la « française », l'ANAES se substitue à l'Etat qui est normalement garant du respect des règles de sécurité dans les établissements. Il existe donc une confusion des genres qui peut amener les experts visiteurs à se trouver en porte-à-faux.

III.A.10.d. Une absence de contrôle professionnel

L'accréditation est souvent complétée, dans d'autres pays, par d'autres évaluations externes, en particulier par les ordres professionnels qui s'assurent du respect de critères portant sur l'exercice d'une profession donnée, comme le respect des règles déontologiques ou la mise à jour régulière des connaissances. En France, pour l'instant, malgré une obligation pour les médecins de justifier d'une formation médicale continue, il n'existe pas de contrôle de la qualité des connaissances et de leur mise en pratique en cours de carrière.

III.A.10.e. Les enjeux

1. Financier

Le principal enjeu de l'accréditation en France est lié à l'envoi du rapport d'accréditation à l'ARH. Celle-ci pourra, en effet, utiliser les informations contenues dans ce rapport pour modifier l'enveloppe budgétaire de l'établissement ou l'obliger à orienter ses ressources vers certaines activités. Cependant, comme nous l'avons indiqué précédemment, cela n'a jamais été clairement explicité.

2. Juridique

Un deuxième enjeu a trait à la responsabilité juridique des établissements devant le juge administratif et pénal (Faugerolas, 1999). Certaines références ont comme particularités

définition et missions de l'hôpital), l'accréditation a surtout eu un impact sur les services infirmiers. Elle a permis de reconnaître la contribution du service de soins infirmiers à la mise en place de démarche qualité dans les services. L'accréditation a aussi aidé à la prise de décision et à la communication au sein des hôpitaux, en particulier par la création de comités afin de pouvoir débattre et prendre des décisions de manière plus collégiale. Cependant, l'accréditation a été moins pourvoyeuse de changement pour les médecins et a peu aidé les hôpitaux à mieux répondre aux demandes de la population.

La deuxième étude (Beaumont, 2002) réalisée au niveau pan-canadien, a cherché à évaluer l'impact du programme d'accréditation sur les établissements de santé en tenant compte des cycles de l'accréditation (la perception de l'accréditation, l'autoévaluation, la visite par les pairs, l'utilisation du rapport) et de l'impact sur les politiques qualité (les dimensions de la qualité, l'amélioration continue de la qualité et les indicateurs de performance). Il ressort de cette étude, tout d'abord que le programme d'accréditation est bien perçu par les établissements (81%). L'autoévaluation a permis à 67% des établissements interrogés de révéler des lacunes dans les soins et les services ainsi que dans les fonctions organisationnelles. Ce moment a surtout permis d'améliorer les processus de communication (60%), les pratiques cliniques (30%) et dans une moindre mesure les structures et l'allocation des ressources humaines et financières. In fine, 27% des établissements ont mis en évidence que l'autoévaluation avait entraîné des changements. L'évaluation par les pairs a été ce qui a été le plus plébiscité avec un taux de satisfaction de 93%. Quatre-vingt-six pour cent ont aussi été totalement en accord avec le fait que les visiteurs étaient qualifiés et compétents. Les recommandations présentes dans le rapport de visite ont été trouvées judicieuses par 88% des établissements et pour 62% cela leur a permis de dégager les actions prioritaires à entreprendre. Ce moment a permis à 83% des répondants de mettre en œuvre des changements dans l'organisation. Enfin en ce qui concerne l'impact sur la qualité de la prise en charge, le programme d'agrément a favorisé l'intégration de programmes d'amélioration continue de la qualité dans 82% des cas. Cette dynamique a surtout permis l'amélioration de la qualité des soins (98%), la satisfaction des clients internes (94%) et externes (91%). Le programme a aussi permis le développement d'indicateurs

de performance dans 83% des cas. Plus généralement, pour l'ensemble de ces dimensions, les résultats ont été significativement meilleurs pour les établissements de petite taille (entre 50 et 100 lits) et pour ceux enrôlés dans le programme depuis de nombreuses années.

Aussi, pour mieux appréhender la nature des changements qui pourraient avoir lieu à la suite de la préparation à l'accréditation, nous étudierons à présent des modèles issus de différents courants de pensée et de différentes disciplines afin d'établir un cadre théorique permettant d'analyser les changements intervenus lors de la préparation à l'accréditation.

III.B Le changement organisationnel

L'analyse de la littérature dans le domaine du changement organisationnel est particulièrement prolifique, aussi dans le cadre de ce travail présenterons-nous certains courants qui nous sont apparus comme importants autour des thématiques des conditions favorables et des caractéristiques du changement. Nous les mettrons en perspective en prenant aussi en considération, d'une part, le milieu particulier où prend place l'étude de notre changement, les établissements de santé et, d'autre part, les éléments que nous apporte la littérature dans le domaine de la gestion de la qualité pour les implanter et évaluer leur réussite.

III.B.1. Le concept de changement

III.B.1.a. Définition

La définition du changement proposée dans le dictionnaire Hachette (2000) est relativement vague : « fait de changer, de passer d'un état à un autre ». Dans le Petit Robert (1991) on retrouve : « le fait de ne plus être le même, le fait de quitter une chose pour une autre » ou encore « état de ce qui évolue, se modifie, ne reste pas identique ».

Dans ces deux définitions, on retrouve deux idées différentes : l'une, où il existe un changement radical ; l'autre, une évolution. Aussi, la notion de changement comporte-t-elle ces deux possibilités.

Dans le dictionnaire sociologique (1999), le changement social est « une transformation significative, partielle ou générale, du système social dans ses différentes composantes et modes d'action ». Ces deux notions sont donc ici retrouvées. Quant au changement organisationnel, il est identifié comme « la transformation d'une entité organisationnelle sur l'une ou l'autre de ses dimensions », les dimensions pouvant être la vision de l'organisation, sa culture, sa structure, les hommes, etc. Enfin, une autre définition proposée par Denis et Champagne, (1990a) caractérise le changement organisationnel comme « le processus d'introduction dans une organisation de nouveaux procédés techniques ou administratifs » et se rapporte à l'adoption d'une innovation. Ici, il n'est pas fait référence directement à un changement d'état.

III.B.1.b. Origines du changement

Il existe de nombreux courants de pensée qui ont analysé les origines du changement. Traditionnellement, sont opposées la conception « déterministe » à celle « volontariste » des mécanismes de transformations des organisations (Perret & Ramanantsoa, 1996). La conception déterministe du changement organisationnel est basée sur le caractère inflexible de l'organisation et voit dans la structure, le système et la culture, des facteurs de rigidité et d'inertie qui tendent à préserver l'organisation des changements. La source principale du changement provient donc de l'extérieur (facteurs externes). Cette approche, présente jusque dans les années 70, conçoit les organisations comme des entités passives, réactives aux *stimuli* de l'environnement. Après la seconde guerre mondiale, le changement était considéré comme le progrès, il était graduel et continu. Cette période se caractérisait par une croissance et une adaptation importante. Puis, une période dite de « vie et mort » des organisations est apparue. Le climat économique aidant, les organisations ont été perçues comme des configurations intégrées dotées d'une grande force de résistance aux changements (Demers, 1999).

Dans l'approche volontariste, les choix stratégiques et le leadership sont les principaux facteurs de transformation organisationnelle (Child, 1972). L'action est intentionnelle, les facteurs internes sont les réels moteurs des capacités de l'organisation à répondre à son environnement externe. Cette approche est surtout apparue après les années 80 où le changement a été vécu comme la seule chose prévisible. Il n'est pas uniquement l'affaire des dirigeants mais celui de tous les membres de l'organisation car l'environnement rend la programmation du changement difficile et valorise la flexibilité.

Dans ce dernier cadre, on retrouve des approches normatives et empiriques du changement (Denis et Champagne, 1990b). Dans le cadre des approches normatives, on retrouve les modèles hiérarchiques et le développement organisationnel. Les penseurs du modèle hiérarchique (Harrison, 1985) posent comme postulat de base l'inadéquation de l'organisation existante aux enjeux auxquels elle doit faire face. L'organisation est considérée comme un acteur rationnel unique, incarnée par la direction générale réputée avoir la responsabilité d'identifier les besoins de changement, la légitimité pour choisir les caractéristiques de l'organisation future et l'autorité pour en obtenir la mise en œuvre. Pour le développement organisationnel, le changement part surtout de la base et doit être conçu avec les individus. Il valorise les stratégies de type « bottom/up » afin de limiter les facteurs de résistance.

Dans les approches empiriques, on retrouve le modèle politique qui s'est développé dans une perspective dialectique (Benson, 1983). L'adoption et l'implantation du changement sont ici considérées comme des jeux de pouvoir organisationnels dont le résultat constitue un ajustement aux pressions externes et internes (Harrison, 1985). Ces dynamiques s'appliquent au niveau de réseaux interorganisationnels ou encore de superstructures de sentiments et d'interactions (Benson, 1975). Au niveau interne, on retrouve deux stratégies. La stratégie de coopération passe par des agréments ou des développements dans le temps semblables pour chacune des structures constituant le réseau qui apporte quelque chose de différent et de complémentaire. L'autre, la stratégie

perturbatrice, s'attaque aux ressources vitales du réseau et met en péril la réalisation des objectifs, ce qui crée un pouvoir déséquilibré entre les structures et une fragmentation des filières de ressources. Au niveau externe, les pressions qui peuvent s'exercer peuvent prendre tout d'abord prendre la forme de stratégie dite manipulatrice, dans un contexte d'autonomie et de décentralisation minimale du réseau. Celle-ci agit sur la répartition des ressources de l'environnement sur le réseau et entraîne une diminution du nombre des programmes marginaux et de relations entre structures ou encore la création de nouvelles sources de financement et d'autorité. La deuxième stratégie, dite autoritaire, met en place ou détruit les relations dans le réseau grâce à une autorité supérieure qui peut répartir les ressources en fonction des programmes et est capable d'influer les liens mis en place entre les niveaux inférieurs. Ces stratégies peuvent ensuite être réalisées successivement (stratégies séquentielles) ou simultanément (stratégies combinées). Ces stratégies peuvent être aussi utilisées dans le cadre des jeux d'acteurs au sein des structures et entre une structure et son environnement. Le processus de changement est marqué par une négociation permanente entre les intérêts des différents acteurs en cause. Les échecs d'implantation sont principalement analysés en fonction de la poursuite d'intérêts particuliers par des acteurs influents de l'organisation. Les stratégies des acteurs et leur degré d'influence vont déterminer le degré d'implantation du changement.

Quant au modèle psychologique, le changement passe par la modification des fondements cognitifs et émotifs de l'action des individus (Agyris, 1982 ; 1985) en sachant que même si les individus adhèrent au changement, la tendance naturelle est d'y résister et que par conséquent tout changement rencontre des obstacles importants (Norman, 1985).

Enfin, on retrouve trois autres conceptions à l'origine du changement : la théorie de l'autopoïèse, la logique du chaos et de la complexité et la théorie cybernétique. La théorie de l'autopoïèse a été élaborée par deux scientifiques chiliens, Maturana et Varela (1980) qui ont déterminé que tous les systèmes vivants sont clos et ont des interactions

autonomes et auto-référentiels présentent trois caractéristiques : l'autonomie, la circularité et l'autoréférence. Les mécanismes auto-référentiels sont les construits que se font les organisations d'elles-mêmes par l'intermédiaire, par exemple, des statistiques d'activités. C'est grâce à ces mécanismes que les membres de l'organisation peuvent intervenir dans leur propre fonctionnement et participer à la création et au maintien de leur identité (Morin, 1977 & 1984). Pour comprendre son environnement il faut se connaître soi-même. Le défi de cette théorie est de déterminer comment les organisations changent et se transforment en même temps qu'elles changent et transforment leur milieu environnant et de développer des façons d'aborder l'organisation qui peuvent encourager cette évolution. Dans la logique du chaos et de la complexité : « l'ordre naît du chaos ! ». Un système possède un niveau suffisant de complexité interne pour que le hasard, la diversité et l'instabilité deviennent des ressources pour le changement (Goldstein, 1994 ; Miller, Greenwood & Hinings, 1999). Le nouvel ordre est un aboutissement naturel. Dans ce cadre, la plus célèbre représentation est celle de « l'effet papillon » qui montre qu'un petit changement aussi insignifiant qu'un mouvement d'aile de papillon à Beijing peut influencer certains régimes climatologiques dans le golfe du Mexique. Lorsqu'une organisation est soumise à un bouleversement, un nouvel ordre s'établit. L'ordre est naturel, il est émergent sans frais ! Les cybernéticiens, quant à eux, ont élaboré diverses méthodes permettant d'étudier la causalité mutuelle dont l'une s'intéresse à la rétroaction positive et négative dans la dynamique d'un système (Maruyama, 1963). Ces mécanismes de rétroaction permettent d'expliquer pourquoi les systèmes acquièrent ou conservent une forme donnée et comment cette forme peut s'élaborer et se modifier avec le temps. Pour représenter cette logique, on utilise des représentations causales graphiques.

Enfin, l'origine du changement est avant tout humain et le changement est donc un problème sociologique (Crozier et Friedberg, 1977). En effet, les hommes « ne changent pas passivement, mais ils changent dans leur collectivité et comme une collectivité, c'est-à-dire dans leurs relations les uns avec les autres et dans leur organisation sociale ».

III.B.2. Les conditions favorables à l'émergence et à la diffusion du changement

Pour permettre au changement de se réaliser dans de bonnes conditions et se diffuser sans s'attirer trop de résistances, différents auteurs ont mis en évidence qu'il fallait réunir tout d'abord, des conditions de base mais aussi des conditions spécifiques dans le cadre de la mise en place de programmes qualité, soit un leadership fort et des compétences spécifiques. Il est aussi nécessaire de mettre en œuvre des stratégies de diffusion qui prennent en considération les particularités des établissements de santé, et il est préférable qu'il existe des capacités cognitives qui permettent la compréhension des enjeux liés au changement. Enfin, il est souhaitable qu'un projet explicite et ouvert soit déterminé qui permette de proposer des solutions à une situation donnée.

III.B.2.a. Conditions de base

1. Un environnement contraignant et des solutions envisagées...

La perspective de changement et le changement lui-même sont sources de déstabilisation, de dérangement, voire d'angoisse, pour les professionnels et la structure hospitalière. En effet, les professionnels doivent passer d'une situation connue, à un nouvel état inconnu, remettant en cause les habitudes acquises par chacun et par la collectivité (de Coninck, 1998). Aussi, pour pallier ces résistances, est-il nécessaire que soient exercées des pressions externes fortes sur le système afin que puisse être engagé ce changement. Ces contraintes peuvent être d'ordre financier, administratif, social, ou politique et elles doivent pouvoir s'exercer dans un contexte prévisible.

Dans le cas de l'implantation de démarches qualité, l'environnement externe exerce des pressions fortes (Shaw, 2000) que cela soit par une reconnaissance légale ou par des incitations financières (Shortell, Bennett & Byck, 1998). En effet, les responsables de la régulation du système hospitalier sont intéressés par l'amélioration de la qualité pour cinq raisons (Brennan, 1998) : (i) identifier la mauvaise qualité pour trouver des solutions et l'éviter, (ii) supprimer les défauts du système, (iii) encourager les comparaisons afin de tirer profit des expériences des autres, (iv) apprendre en fonction

du cycle du Plan-Do-Check-Act proposé par Deming (1986 ; 1991) ; et (v) améliorer grâce à la créativité. Dans ce cadre, l'accréditation demeure la principale source permettant la mise en place de démarches qualité en exerçant une pression externe, que l'on soit dans un contexte obligatoire ou pas (Brennan, 1998 ; Wolfersteig & Dunham, 1998 ; Lozeau, 2002). Le manuel et les conditions de réalisation de la visite d'accréditation conditionnent alors la philosophie et les modalités d'implantation des démarches (Roberts & Schyve, 1990 ; O'Leary, 1991 ; François et Rhéaume, 2001 ; Lozeau, 2002 ; Toussaint, 2000).

Cependant, pour que les personnes adhèrent à la perspective du changement, il faut que simultanément à ses pressions externes fortes, il existe une prise de conscience de la possibilité d'améliorer la situation en trouvant des solutions à un problème. C'est dans cette configuration que des idées nouvelles et de nouvelles façons de réfléchir apparaissent. Progressivement un projet peut prendre forme. Ce projet vers lequel tend le changement doit être alors explicite et ouvert, compréhensible et accessible. En effet, cela permet aux professionnels de se représenter et de se projeter dans le « nouvel hôpital ». Cela passe par une définition du bien commun dans l'action, à partir des processus de convergence qui constituent un accord général sur les finalités (Kleiber, 1997).

Ceci se traduit, par exemple, par une réflexion menée au sein de l'établissement sur la définition du mot qualité et des termes s'y rapportant en permettant aussi d'enrichir les stratégies mises en œuvre (Koch, 1991 ; Toussaint, 2000). Le changement passe par la recherche d'une utopie qui permet de s'entendre sur les finalités du changement et de prendre le risque de sortir du *statu quo*. Il n'est pas forcément nécessaire que tous les acteurs se représentent l'ensemble des changements à venir mais il est important qu'ils en aient les grandes lignes (Courpasson, 1998).

Environnement du changement : Présence simultanée de :

- (i) contraintes externes fortes et prévisibles
- (ii) un projet ouvert et explicite permettant de se projeter dans une utopie

2. Les autres conditions

Pour accompagner ce changement, il est important que les acteurs, tout en se sentant en sécurité, aient un espace discrétionnaire d'autonomie. Une organisation contient un potentiel énergétique (l'ensemble des besoins de réalisation personnelle des individus qui la composent) qui a besoin de s'exprimer (Crozier, 1973). La liberté des acteurs permet une possible prise de conscience d'un problème particulier ou d'une volonté de progresser. Cet espace créatif permet à de nouveaux projets de naître. Or, le changement étant un phénomène sociologique, ce sont les individus et leurs relations entre eux qui changent (Crozier et Friedberg, 1977). Ces espaces sont donc porteurs de capacité d'innovation et de participation des acteurs au changement. Plus une organisation est complexe, diversifiée, plus les lieux de pouvoir sont nombreux. Plus elle est riche, au sens organisationnel du terme, plus elle a la capacité d'amorcer un processus de transformation. Comme le disent Crozier et Friedberg (1977, p.399) :

« pour que le changement soit aisé, il faut qu'il y ait du *jeu*, au sens anglais de *slack*, dans le système [...]. Ce sont les ensembles qui sont le moins étroitement intégrés et qui disposent le plus de ressources qui peuvent le plus facilement se transformer. »

Paradoxalement ce sont probablement dans ces organisations que la nécessité de changer n'apparaît pas évidente pour les acteurs disposant de réelles marges d'autonomie.

Pour que les acteurs adhèrent, il est aussi important d'agir sur la compréhension du changement. D'une part, les acteurs doivent comprendre pourquoi il faut transformer l'hôpital en contextualisant le changement et en acquérant de nouveaux modèles intellectuels (Kleiber, 1997). D'autre part, cette mise en contexte doit permettre un

phénomène de réflexivité, c'est-à-dire une analyse critique du fonctionnement du système actuel permis par le système d'informations disponibles et les habilités acquises. Cette capacité critique peut se développer si les acteurs connaissent de façon précise quelles règles et comment les différentes ressources (l'argent, le pouvoir, l'influence) sont distribuées (logiques de régulation) et quelles sont les normes sociales qui motivent les engagements des acteurs concernés par le changement tout en comprenant que se sont précisément ces éléments qui constituent les principaux facteurs de résistance au changement (Bourdieu et Wacquant, 1992). Pour ce faire, il faut donc encourager le partage de l'information aux différents niveaux de l'organisation.

La naissance d'un projet peut aussi émaner de personnes dans des situations qu'ils jugent insatisfaisantes eu égard à ce pourquoi ils ont été formés ou encore à des capacités excédentaires d'acteurs légitimes et qualifiés. Ces acteurs légitimes sont des personnes qui ont été formés et sont reconnues par la société. Cependant, ils ne réussissent pas à s'insérer dans le modèle dans lequel ils s'étaient projetés ou que la société leur avait prévu. Ces personnes n'ayant rien à perdre, de par la frustration, l'insatisfaction qu'ils éprouvent ne peut que trouver un intérêt à soutenir la dynamique de changement. Dans le système de soins, ces acteurs peuvent être identifiés comme les médecins gestionnaires, par exemple. D'ailleurs, pour mener à bien le changement, il est nécessaire que le promoteur du changement ait une forte légitimité. Il doit simultanément être issu du *statu quo* et détaché des avantages que celui-ci lui procure.

En conséquence, les conditions de base à réunir pour favoriser l'émergence du changement sont :

- (i) des espaces d'autonomie
- (ii) des capacités cognitives et relationnelles
- (iii) des informations qui soient partagées
- (iv) des capacités excédentaires d'acteurs ou des personnes insatisfaites

III.B.2.b. Leadership et compétences spécifiques

Dans la littérature, l'importance du leadership ayant trait au changement (Conger & Kanungo, 1998) et à l'implantation de démarche qualité (Weiner, Alexander & Shortell, 1996) est toujours mise en avant. Cependant, concevoir le leadership pour favoriser le changement, dans les établissements de santé où le leadership est partagé, les objectifs divergents et le pouvoir diffus entre les différents groupes d'acteurs, est complexe (Denis, Lamothe & Langlais, 2001).

Tout d'abord, le leadership peut s'exercer à différents niveaux dans un établissement de santé : par une personne ; au niveau d'une équipe de personnes de même catégorie professionnelle ou encore au sein d'une équipe pluriprofessionnelle, cette dernière étant celle par laquelle les patients en tirent le plus de bénéfice pour leurs soins (Firth-Cozens & Mowbray, 2001). La place de l'engagement au plus haut niveau, par le directeur, est un élément essentiel à tout changement et en particulier, dans le cadre de la GQ (Juran, 1989 & 1994 ; Berwick, Blanton, & Roessner, 1990). Le directeur doit manifester un intérêt à la démarche, pas seulement de circonstance mais sincère. Sans cette implication, il manque aux projets non seulement des ressources morales de soutien nécessaire mais aussi une compréhension pour mettre à disposition des ressources physiques pour les conduire (ANAES, 1999a ; Kennedy & al., 1992 ; JCAHO, 1992). Pour être visible, cela peut passer par plusieurs canaux comme une lettre d'engagement, des conférences de sensibilisation, une implication directe dans le processus, l'allocation de moyens...

L'engagement du directeur peut aussi s'appuyer sur les gestionnaires de l'établissement. En effet, les différentes théories du changement reconnaissent une place importante au gestionnaire. Par exemple, dans le développement organisationnel (DO) (Beckhard, 1975 & 1969 ; Beer, 1976), le gestionnaire est considéré comme au centre du processus de changement pour lequel il doit communiquer et prévenir les résistances. De même, dans le cadre du modèle hiérarchique où les gestionnaires sont en position d'autorité

pour décider des changements à apporter, ils exercent tout au long du processus un contrôle hiérarchique de supervision. Toute action implique donc fortement la direction au détriment parfois des autres professionnels. Dans les deux cas, cela peut entraîner un sentiment de manipulation et des résistances importantes, le changement peut être vécu de manière technocratique. Enfin, dans la théorie du chaos, les gestionnaires ont comme rôle principal de créer les conditions nécessaires pour faire surgir des formes adéquates d'auto-organisation. Il est possible de créer de nouveaux contextes en engendrant de nouvelles compréhensions d'une situation ou en entreprenant de nouvelles actions. De même, dans le modèle politique, le gestionnaire est identifié comme devant mobiliser et négocier avec les membres internes et externes influents pour créer un contexte porteur du changement souhaité (Perret, 1994 ; Perret et Ramanantsoa, 1996).

Ensuite, il est nécessaire qu'un (ou des) responsable qualité détenteur d'un mandat officiel, rattaché à la direction générale et ayant une légitimité envers le personnel d'encadrement et les médecins (Milakovich, 1991 ; Lozeau, 1996 ; Toussaint, 2000), soit clairement identifié comme étant en charge de l'implantation ou encore de l'animation du programme au sein de l'établissement (Milakovich, 1991 ; Lozeau, 1996 & 2002). L'ensemble des personnes, en charge d'implanter et de conduire les démarches qualité, doivent avoir un certain nombre de caractéristiques (Kennedy et al., 1992 ; JCAHO, 1992) : (i) elles doivent avoir diffusé et articulé un projet d'amélioration de la qualité pour l'établissement ; (ii) être de bons communicateurs ; (iii) avoir des habilités de pédagogue ; (iv) être des agents de changement ; (v) être convaincues de la valeur des personnes, ceci se traduisant par du respect et de la confiance ; (vi) être capables de tolérer le changement et les chaos qui peuvent en résulter ; (vii) avoir l'énergie pour faire les efforts nécessaires à l'implantation de la GQ ; et (viii) se projeter dans une nouvelle vision de l'établissement. Elles ont donc un rôle de coordination majeure pour lequel elles doivent se consacrer à plein temps.

Finalement, les qualités de leadership sont plus importantes que la maîtrise des démarches, des outils et méthodes car elles permettent de développer les principes et les

valeurs qui les sous-tendent (Arnold III, 1993). En effet, la qualité du leadership a une incidence directe sur la qualité des soins, en dehors même de la mise en place de programmes qualité (Firth-Cozens & Mowbray, 2001). La personnalité et les comportements des leaders ont des effets directs sur le bien-être des personnes qui travaillent avec eux. Il faut donc favoriser un leadership « transformationnel » plutôt que « transactionnel », c'est-à-dire que le leader soit entreprenant, capable de prendre des risques, ayant des relations informelles, cherchant à développer les capacités des individus et à répondre à leurs besoins (Blass, 1985, Firth-Cozens & Mowbray, 2001) plutôt qu'exerçant une autorité directe de manière arrogante, autoritaire et axée sur la compétition (Burns, 1978 ; Clancy, 1997).

Aux autres niveaux de l'organisation, il est aussi important d'identifier des groupes d'acteurs moteurs sur lesquels la dynamique de changement peut compter. Il est important que ces personnes soient légitimes et qu'elles aient, si possible, une expertise dans le domaine de la gestion de la qualité. En effet, il est de plus en plus prouvé que le leadership ne peut être assumé par une seule personne isolée (Pettigrew & Whipp, 1991) mais doit être partagé par une constellation d'acteurs. Pour que cette constellation soit la plus harmonieuse possible il est souhaitable que les personnes soient complémentaires les unes des autres, c'est-à-dire qu'elles s'occupent de domaines différents et qu'elles agissent de manière concertée (Denis, Lamothe & Langlais, 2001).

Finalement, l'ensemble des leaders et les porteurs du changement dans l'organisation doivent avoir constamment le souci de valoriser le travail réalisé par les professionnels afin de les encourager et de leur donner une rétroaction positive quant à leur engagement dans la démarche du changement.

En conséquence, le leadership doit s'exercer en respectant les conditions suivantes :

- (i) visibilité de l'engagement de la direction
- (ii) identification des personnes en charge de l'implantation
- (iii) initiateurs et porteurs à forte légitimité et capables de prendre des risques
- (iv) valorisation constante par les promoteurs

III.B.2.c. Stratégies

Le temps de réflexion pour l'élaboration de la stratégie est une période cruciale et trop souvent négligée (Kennedy et al., 1992 ; JCAHO, 1992). Elle est constituée d'une réflexion concernant la diffusion et la création de lieux d'apprentissage afin de favoriser l'adhésion à la démarche.

1. Diffusion

Les méthodes de diffusion du changement se réfèrent à trois modalités qui s'échelonnent dans le temps (Mintzberg, Ahlstrand et Lambel, 1999) : l'« *enclaving* », le « *cloning* » et l'« *uprooting* » que l'on peut traduire librement en français par « la greffe », « le clonage » et « la déstabilisation ».

La stratégie, comme nous l'avons vu dans le cadre du leadership, est conçue par un petit groupe au sein de l'organisation (« *enclaving* ») qui est en charge de mettre en œuvre le projet. Ces personnes ont donc comme responsabilité de faire prendre la « greffe du changement ». Dans le cadre de la diffusion à l'ensemble de l'établissement (« *cloning* ») par les porteurs du changement qui sont constitués de groupes de personnes différentes et distinctes, il est important que ces groupes soient constitués de personnes de professions différentes afin de casser les barrières de communication et de permettre une coopération interprofessionnelles et inter-services (Milakovich, 1991). Il est recommandé que ces équipes soient constituées de huit à douze personnes. Mais

certaines expériences montrent que des équipes plus importantes peuvent aussi réussir (Kennedy et al., 1992 ; JCAHO, 1992). C'est une façon de démultiplier les forces et d'avoir ainsi des « clones » de personnes capables de diffuser le changement.

Les promoteurs et les porteurs du changement peuvent ensuite utiliser deux stratégies pour diffuser le changement (Perret, 1994 ; Perret et Ramanantsoa, 1996). Tout d'abord, en se démarquant, c'est-à-dire en réalisant des mesures qui « tranchent » sur les actions passées (stratégie de démarcation). Ce décadre de situations individuelles permet de perturber les schèmes (« *uprooting* ») et de rentrer dans une situation déstabilisante tout en tenant compte du contexte dans lequel le changement s'opère. En effet, il existe sinon un risque de se voir opposer des résistances, liées aux remises en cause provoquées par le changement et l'arbitraire d'un projet qui cherche à s'imposer. Il est donc aussi possible d'offrir un appui (stratégie d'appui) en insérant la démarche de changement dans le contexte, afin que l'action soit acceptée et appropriée.

Il existe des points de vue différents sur la meilleure manière de diffuser les démarches qualité. Pour certains, il vaut mieux travailler sur les services en amont des processus de production, c'est-à-dire au niveau des fournisseurs internes et des relations inter-services (Lozeau, 1996), pour d'autres, il est préférable d'y travailler dans un deuxième temps après avoir intégré la notion de « patient »/« client » au niveau de chaque service (Kennedy & al., 1992 ; JCAHO, 1992). Ensuite, en fonction de la taille de l'établissement (Shortell et al. 1995 a&b ; Blumenthal & Epstein, 1996 ; Shortell, Bennett & Byck, 1998), la diffusion du changement peut se faire par des projets pilotes qui donnent des résultats rapidement et permettent ainsi de faire adhérer l'ensemble des professionnels (Milakovich, 1991 ; Leroy, 1996) ou au contraire, s'attaquer à tous les domaines simultanément. Prendre comme point de vue les besoins des patients peut aussi être une stratégie porteuse au départ (Kaegi, 1990 ; Lengnick-Hall, 1995 & 1996), mais il semble que dans le temps cela ne suffise pas (Kennedy et al., 1992 ; JCAHO, 1992).

En tout état de causes, il faut que les promoteurs et les porteurs du changement puissent diffuser les nouvelles idées et concepts en ayant une reconnaissance importante au sein de l'organisation (cf. leadership) et qu'elles aient la capacité de pouvoir prendre des risques inhérents à toute procédure de changement.

2. Apprentissage

Pour accompagner la diffusion, la stratégie d'apprentissage (Crozier et Friedberg, 1977 ; Mintzberg et al., 1999) passe par des lieux de débats, des séances de formation et d'information. Il est toutefois important que le message soit toujours le même et qu'il permette d'envisager comment les mesures mises en place vont toucher individuellement et collectivement les personnes (McCaffrey, Faerman & Hart, 1995).

En effet, pour que les personnes adhèrent à la nouvelle philosophie de la qualité et puissent la mettre en pratique, il est essentiel que soit produit de l'information sous forme de formation, de dialogues, de débats, de rencontres au sein de comités (Donabedian, 1991 ; Kaluzny & McLaughlin, 1992 ; Kennedy et al., 1992 ; JCAHO, 1992 ; Saturno, 1995 ; Kaluzny & McLaughlin, 1996 ; Berwick, Entoven & Bunker, 1992a ; ANAES, 1999a ;). Il est important d'essayer de toucher tous les professionnels à tous les niveaux de la structure. Ainsi, les personnes seront-elles amenées à concevoir d'autres modèles intellectuels, à apprendre de nouvelles façons de raisonner, à intégrer les outils de la qualité dans leur quotidien tout en respectant la capacité d'adaptation du personnel au changement (Lozeau, 1996).

Dans ce cadre-là, il est possible de s'appuyer sur un style participatif de gestion, une décentralisation des processus de décision, des programmes d'enrichissement des tâches et des mécanismes favorisant la communication (Bergman, 1980 ; Herman-Taylor, 1985) afin de prendre en compte ce que Michel Crozier met en évidence dans toute dynamique de changement (2000) :

« Les membres d'une organisation ou ses clients ne sont pas en effet attachés de façon passive et bornés à leurs routines. Ils sont tout à fait capables de changer très rapidement s'ils y trouvent leur intérêt, et les habitudes ont pour eux beaucoup moins d'importance qu'on ne croit. Ils ont en revanche une appréciation très raisonnable, presque instinctive des risques que peut représenter pour eux le changement... Or tout changement met en cause les conditions du jeu et les sources de pouvoir des participants. Ceux-ci ne résistent pas à la réforme pour des raisons affectives ou par manque d'information. Ils peuvent même accepter sincèrement ses objectifs, mais c'est trop leur demander que d'exiger qu'ils renoncent à ce qui leur permet de s'affirmer, de rester maître de leur comportement et éventuellement de mieux accomplir leur tâche. »

3. Adhésion

Pour favoriser l'adhésion au changement, il est possible de mettre en place des incitations compatibles avec le projet d'amélioration de la qualité et de cibler des professionnels connus pour être plus résistants aux changements. Dans ce contexte, le choix des leaders est très important pour aider à l'adhésion.

Que ce soit aux Etats-Unis (Shortell, 1983 ; Kennedy & al., 1992 ; JCAHO, 1992), en France (Giraud & Jolly, 1992 ; ANAES, 1999a) ou en Grande-Bretagne (Macpherson & Mann, 1992 ; Berwick, Entoven & Bunker, 1992a&b ; Berwick & Nolan, 1998), la participation des médecins a été identifiée comme essentielle pour réussir dans l'implantation de démarche qualité mais difficile à obtenir. Pourtant, l'amélioration continue n'est pas étrangère aux médecins, qui cherchent à s'améliorer, ont l'habitude de continuer à apprendre et qui ont l'habitude des protocoles thérapeutiques (Berwick, 1989). Aussi, des stratégies spécifiques sont-elles à penser pour les aider à s'impliquer dans les démarches, d'autant que leur positionnement dans les structures ne favorise pas forcément leur participation (Wakerfield & Wakerfield, 1993). Tout d'abord, un climat de confiance entre les médecins et l'administration préalablement à l'implantation de démarches qualité favorise leur diffusion (Kennedy et al., 1992 ; JCAHO, 1992). Il est important de tenir informé régulièrement la commission médicale et de cibler les

médecins à impliquer dès le départ en fonction de leur reconnaissance et de leur légitimité au sein de l'établissement. Il est aussi souhaitable de choisir des problématiques pragmatiques qui puissent rapidement déboucher sur des changements visibles au niveau de l'amélioration de leur pratique (Gates, 1993 ; Wakefield & Wakefield, 1993 ; Chassin, 1996 ; Weinberg & Stason, 1998 ; Zürcher, 2000) d'autant que la mise en place de démarche qualité dans les établissements est vue souvent par les médecins comme une réponse aux demandes sociales de justification de leurs actes (Zürcher, 2000). Des tableaux de bord concis sur lesquels ils peuvent travailler est aussi une bonne manière de les sensibiliser d'autant plus que si ceux-ci permettent de faire des comparaisons avec d'autres (benchmarking), et ainsi engager des débats sur les modalités de prise en charge (Kritchevsky & Simmons, 1991). Il faut ensuite maintenir l'intérêt des médecins dans le temps, les médecins ayant tendance à s'impliquer au début et à progressivement se désengager (Koska, 1992).

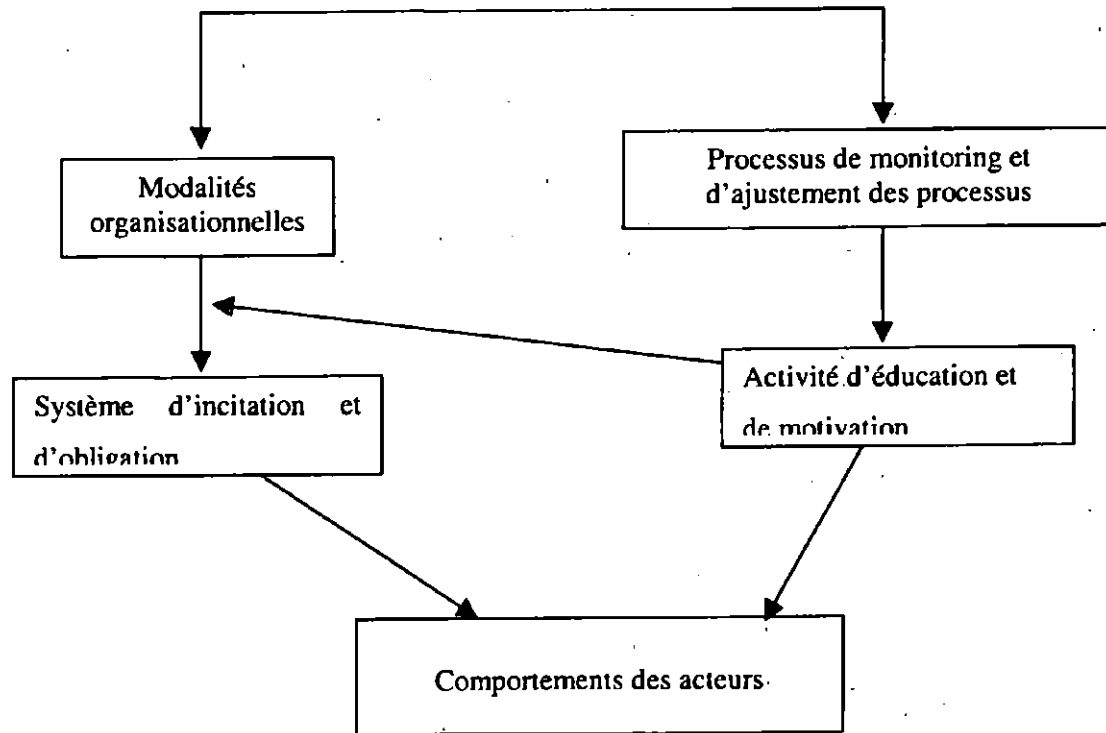
Une attention toute particulière doit être aussi donnée aux cadres intermédiaires qui sont des relais privilégiés pour faire passer la dynamique et la philosophie des démarches qualité auprès de l'ensemble des professionnels (Kennedy et al., 1992 ; JCAHO, 1992).

Il est possible, comme le souligne le modèle psychologique, de travailler sur les croyances, les attitudes, les intentions et ensuite le comportement pour favoriser le changement. En effet, en agissant sur les croyances et les attitudes, il est possible d'influencer les individus à accepter le changement et à développer une nouvelle culture (Morgan, 1999). Dans le cadre de changements à long terme (Argyris, 1982 & 1985), le processus est conçu pour modifier les fondements cognitifs et émotifs grâce à un processus d'apprentissage. Bien que le rôle du gestionnaire soit d'être un facilitateur des apprentissages, les individus doivent avoir une certaine autonomie pour s'engager dans un processus d'apprentissage. Il faut donc créer des stratégies visant à accroître la responsabilité, les initiatives et la propension à discuter des individus.

Cependant, ces stratégies peuvent facilement se voir bloquées par des facteurs d'immobilité. Les individus peuvent hésiter à prendre des risques, résister aux influences, juger les porteurs de projet comme trop orientés sur leur propre intérêt, etc. Aussi, est-il essentiel que soit valorisées, par le directeur de l'établissement et les promoteurs, les initiatives prises par les individus et allant dans le sens du changement.

La transformation de leurs comportements et des pratiques de gestion quotidienne doit alors stimuler leur intérêt et leur motivation. De même, après avoir repéré les sources de dysfonctionnements de l'organisation, il est souhaitable de proposer des modifications dans l'organigramme, les procédures, les pratiques, de sorte à créer un système d'incitations créateur de qualité. Cela passe nécessairement par la modification des structures et des règles du jeu de l'organisation (Berwick, 1989 & 1996 ; Kaluzny & McLaughlin, 1992). L'objectif final étant que les acteurs comprennent les choses différemment et modifient leurs comportements en conséquence (cf. figure 3.4). D'ailleurs, dans une étude récente, réalisée au Québec, (Lozeau, 2002) il a été mis en évidence qu'une structure par programmes, articulée autour d'équipes d'amélioration continue de la qualité, associée à la valorisation des activités centrées sur la satisfaction des « clients » par la direction et l'amorce d'une décentralisation administrative, avait favorisé la mise en place de processus participatif de prise de décision et avait « cassé » ainsi les hiérarchies verticales de la bureaucratie professionnelle, permettant la diffusion du changement.

Figure 3.4 : La gestion de la qualité (Donabedian, 1991)



Les stratégies à mettre en œuvre :

- (i) diffusion : greffe/clonage/déstabilisation/appui
- (ii) apprentissage : lieux de formation et de débats
- (iii) adhésion : incitations compatibles avec le projet, explication par le « discours », population cible

III.B.2.d. Conception et compréhension

Pour limiter les résistances aux changements, il est possible de se concentrer (Goldstein, 1994) sur des sources qui permettent d'attirer les professionnels vers une nouvelle forme organisationnelle. Il est en effet souhaitable que le nouvel état d'équilibre recherché soit plus attirant que l'ancien. Pour y parvenir, il est donc important de créer de nouveaux contextes qui engendrent de nouvelles compréhensions d'une situation ou d'entreprendre de nouvelles actions.

C'est, par exemple, le cas de forums où peuvent naître et être adoptés de nouveaux modèles intellectuels ou encore de nouvelles capacités collectives qui permettent ensuite de légitimer la mise en œuvre du projet. Ce travail est à faire au niveau des acteurs de l'hôpital et du grand public. Cette faculté d'acquisition de nouveaux modèles est favorisée par une capacité réflexive des acteurs, c'est-à-dire une capacité pour les acteurs de prendre du recul sur les événements qui antérieures (l'histoire) et sur le fonctionnement actuel (les valeurs, le système) (Crozier et Friedberg, 1977).

La compréhension du changement est favorisé par :

- (i) l'acquisition de nouveaux modèles intellectuels
- (ii) la compréhension réflexive

Aussi, dans le contexte qui nous intéresse, chercher à définir les conditions favorables à l'émergence et à la diffusion du changement lors de la préparation à l'accréditation revient-il à se demander :

1. Quelles étaient les spécificités du CHU et ses pratiques dans le domaine de la qualité avant la parution des ordonnances de 1996 ?
2. Quel impact immédiat les ordonnances de 1996 ont eu sur l'établissement ?
3. Pour la préparation à l'accréditation, quelles structures ont été mises en place et quelle connaissance les personnes en ont-elles ?
4. Quels sont les outils qui ont été utilisés lors de la préparation ?
5. Que s'est-il passé concrètement lors de la préparation ?

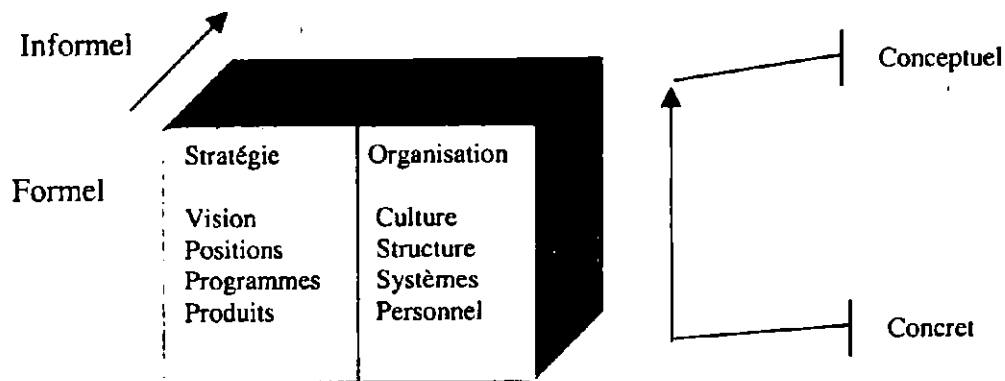
III.B.3 Les caractéristiques du changement

L'ensemble de ces conditions a des répercussions sur les caractéristiques propres du changement qui peuvent être étudiées en fonction de quatre axes : la nature (cible, étendue, vitesse, rythme, durée, trajectoire), les stratégies (d'accompagnement : incitation, influence, autorité, engagement ; de résistance : indifférence, dissidence, refus), la conception (délibéré ou émergent) et les enjeux (stratégie, organisation et environnement).

III.B.3.a. Nature du changement

La nature du changement peut tout d'abord être caractérisée en fonction de son caractère intentionnel ou pas (Ford & Ford, 1995). En effet, pour être intentionnel un changement doit être décrété et avoir été provoqué par une ou plusieurs personnes de manière délibérée et consciente en mettant en place des conditions et des circonstances différentes de ce qui existaient initialement et en accomplissant un certain nombre d'actions et d'interventions. A partir des travaux de Mintzberg, Ahlstrand et Lambel (1999), il peut aussi être appréhendé par sa cible (cf. figure 3.5). Cette cible se situe sur un continuum allant du changement conceptuel au changement concret et touche la stratégie et l'organisation. Le changement conceptuel renvoie à une modification des représentations des acteurs en ce qui a trait aux rôles de l'organisation, à la valorisation de nouvelles normes (point de vue stratégique) ou encore aux changements de valeurs (point de vue organisationnel) tandis que le changement concret modifie de façon tangible le développement de nouveaux services, l'implantation de structure par programme (point de vue stratégique) ou encore la création de nouveaux métiers (point de vue organisationnel).

Figure 3.5 : Le cube du changement d'après Mintzberg, Ahlstrand & Lampel (1995)



Le changement peut-être localisé (micro-changement) ou généralisé (macro-changement) au niveau de l'établissement. Il peut aussi être plus ou moins progressif ou plus ou moins accéléré (vitesse et rythme) et avoir une durée plus ou moins longue permettant aux acteurs de continuer à adhérer au modèle en cours de construction (Giddens, 1987). Il est, en effet, important de continuer à mobiliser les acteurs tout au long du déroulement. Cependant, les résistances au changement, se font toujours sentir, dans le temps, car le changement bouscule chacun dans son implantation au sein de l'organisation.

Pour mieux comprendre le processus de changement, il faut être en mesure de caractériser la trajectoire suivie par l'établissement. Hinings et Greenwood (1988) ont proposé trois types de trajectoires (« tracks ») : 1) la trajectoire complétée témoignant de la mise en œuvre d'un changement, 2) la trajectoire avortée où le processus de changement est bloqué sans qu'il y ait de retour à la situation initiale d'inertie ; et 3) la trajectoire régressive où l'organisation, après s'être engagée dans un processus de changement, retourne à sa situation initiale.

Lors de la mise en place d'un changement, trois phases sont à considérer (Lewin, 1952 & 1978 ; Vandangeon-Derumez, 1998) : la phase de maturation - ou de dégel - qui précède l'annonce publique du changement dans l'organisation et qui correspond à la

prise de conscience de la nécessité de changer et d'élaborer un projet de changement⁵³ ; la phase de déracinement – ou d'apprentissage- qui correspond à la communication et à la mise en œuvre du projet dans l'organisation où sont expérimentées une nouvelle manière de faire les choses et où l'on tente d'abandonner les anciennes pratiques. L'agent de changement s'attardera à créer les conditions permettant aux acteurs d'inventer pragmatiquement, par tâtonnement et expérimentation, de nouvelles pratiques qui ne soient pas de pures reproductions des anciennes. Cela se traduit le plus souvent par une baisse de l'efficacité à court terme, ce qui peut renforcer les tentations de revenir en arrière et de ne pas cristalliser ; enfin, la phase d'enracinement – ou de cristallisation - qui traduit l'ancrage du changement au niveau de l'activité quotidienne de l'organisation. Elle consiste à pérenniser les nouvelles pratiques, à les rendre permanentes et résistantes à des changements futurs. C'est dans cette phase que les comportements que l'on cherche à pérenniser doivent être reconnus et valorisés.

La nature du changement :

- (i) Modalité : intentionnel/non intentionnel
- (ii) Cible : conceptuel/concret
- (iii) Etendue : localisé/généralisé
- (iv) Vitesse : lent/rapide
- (v) Rythme : uniforme/variable/par à-coup
- (vi) Durée : court/long
- (vii) Trajectoire : complété/bloqué/régressif
- (viii) Phase : maturation/déracinement/enracinement

⁵³ Cette phase peut elle-même être décomposée en trois sous-phases. (Shein, 1969) : la rupture dans laquelle l'individu prend conscience que les conditions dans lesquelles se situe la situation à changer ; l'angoisse où il comprend que sa manière de faire, structurée par les critères d'actions passés, n'est plus compatible avec la nouvelle situation ; la sécurité à travers laquelle il comprend qu'il a plus à gagner d'être « avec » le changement que « contre ».

III.B.3.b. Conception

La conception du changement est reliée directement aux stratégies de diffusion (Vandangeon-Derumez, 1998 ; Rocher, 2000). Elle peut se traduire, tout d'abord, de manière inductive, le changement est alors délibéré, conçu par des acteurs clés, comme la direction générale, et ensuite partagé par les autres acteurs. Il existe alors une logique d'action induisant le comportement des autres acteurs. On peut aussi parler de changement « *up/down* ».

Mais il peut aussi être déductif, laissant une grande liberté d'action aux acteurs de l'organisation. Cette vision émergente favorise les comportements autonomes et la créativité. On parle alors de changement « *bottom/up* » (Milakovich, 1991). Ce type de conception est d'autant plus facile à adopter que le système de management est moins axés sur la hiérarchie que sur la participation (Gilliland et al., 1998 ; Appleton, House & Dowell, 1998 ; Brickman et al., 1998, Thomas, 1999).

La conception :

(i) déductive : « *top/down* »

(ii) inductive : « *bottom/up* »

III.B.3.c. Stratégies d'action

Le changement résulte de stratégies d'action déployées par les différents acteurs, développées dans le cadre de la théorie de l'action sociale (Parsons, 1951 ; 1977). En effet, comme nous l'avons vu précédemment (Benson, 1975), il peut exister des stratégies en interne qui favorisent la « coopération » entre les différents professionnels et les différentes structures constituant l'organisation ou plutôt la perturbation du réseau en mettant en péril les structures et les filières de ressources. L'extérieur peut aussi utiliser des stratégies dites « manipulatrices » qui peuvent agir sur la répartition des ressources au sein de l'organisation, la création de nouvelles sources de financement et

d'autorité. Enfin, l'extérieur peut exercer des contraintes strictement autoritaires l'organisation ayant alors comme autre choix soit d'obéir et de subsister, soit de désobéir et de mourir... Ces stratégies peuvent être réalisées successivement (stratégies séquentielles) ou simultanément (stratégies combinées).

Ce sont les stratégies des acteurs et les moyens utilisés qui vont déterminer l'amplitude du changement. Les auteurs mettent en évidence qu'il existe au moins quatre moyens différents (French & Raven, 1959 ; Rocher, 1972 ; Mintzberg, 1983a ; Blass, 1985 ; Kennedy et al., 1992 ; JCAHO, 1992 ; Longest, Rakich & Darr, 2000 ; Firth-Cozens & Mowbray, 2001)) - les incitations, l'influence, l'autorité et l'engagement - qui peuvent, suivant leurs modalités, favoriser ou au contraire freiner la dynamique de changement. En ce qui concerne les incitations, lorsqu'elles sont positives elles peuvent permettre l'acquisition de plus de ressources matérielles, financières, humaines ou encore de pouvoir, etc. Si elles sont négatives, elles peuvent alors démotiver les acteurs à y adhérer. L'influence sur les autres acteurs peut être faite par des personnes convaincues par le changement, sceptiques, voire hostiles. Cette modalité est encouragée par le charisme et la reconnaissance des porteurs ou des détracteurs du projet. Un autre moyen est d'utiliser l'autorité. Ce moyen peut s'exercer de manière contraignante ou évidente en fonction du caractère des relations hiérarchiques mobilisées. Enfin, l'engagement ou le contre engagement est issu de la reconnaissance - ou pas - des valeurs et/ou de la déontologie véhiculées par le changement. Ce mode d'adhésion peut être favorisé par la reconnaissance d'une expertise chez les leaders et porteurs du changement.

Des facteurs de résistance peuvent donc s'exprimer de manière active ou passive. Dans le cas d'une résistance active, les personnes peuvent alors ouvertement manifester leur refus d'y participer ou encore avoir recours à des positions de dissidence en contestant la légitimité du changement. Ces résistances peuvent aussi être passives. Les personnes peuvent alors avoir des comportements proches de l'indifférence en refusant de participer directement aux actions auxquelles ils sont conviés ou progressivement en se désengageant. Ces résistances (de Coninck, 1998) seraient dues à l'incertitude face à

l'avenir, le manque d'information concernant les enjeux du changement par les différents professionnels de l'organisation, l'insuffisance des moyens pour mettre en œuvre le changement et la perception d'une certaine injustice. Pour pouvoir surmonter ces résistances, il est donc nécessaire de négocier le changement et de parvenir à une certaine équité au sens de « l'équilibre » entre des intérêts divergents. Cette équité peut se situer à différents niveaux : la répartition des gains d'efficacité, les perspectives de carrière entre les différents professionnels d'une même organisation, l'exigence entre les différentes catégories professionnelles, le stress subi, la marge de manœuvre, l'investissement personnel et les bénéfices accordés. Il est essentiel de reconnaître l'importance de la contribution de chacun des professionnels au progrès de l'organisation et à sa survie. Dans le cas de prise de décision qui peut être qualifié d'injuste, il y a la possibilité d'avoir une « permutation symbolique », c'est-à-dire de projeter une décision injuste faite auprès de personnes au sein de l'établissement sur soi-même. Il est donc important que les organisations dans des dynamiques de changement tiennent en compte des engagements qu'ils ont envers les professionnels non seulement à court terme mais également à moyen et long terme.

Finalement, il n'existe pas de manière stricte : ceux qui sont « pour » et ceux qui sont « contre ». Chacun développe une attitude « changeante face au changement ». Chacun est à la fois pour et contre car ils voient les avantages et les inconvénients du changement. Et l'ambivalence des actions est à la fois synchronique et diachronique (Perret, 1994).

Les stratégies d'action :

- (i) interne : coopération / perturbation
- (ii) externe : manipulatrice / autoritaire
- (iii) moyens d'accompagnement : incitation, influence, autorité, engagement

III.B.3.d. Enjeux

Les enjeux du changement peuvent être d'ordres stratégique, organisationnel ou encore relationnel avec l'environnement.

1. Transformation stratégique

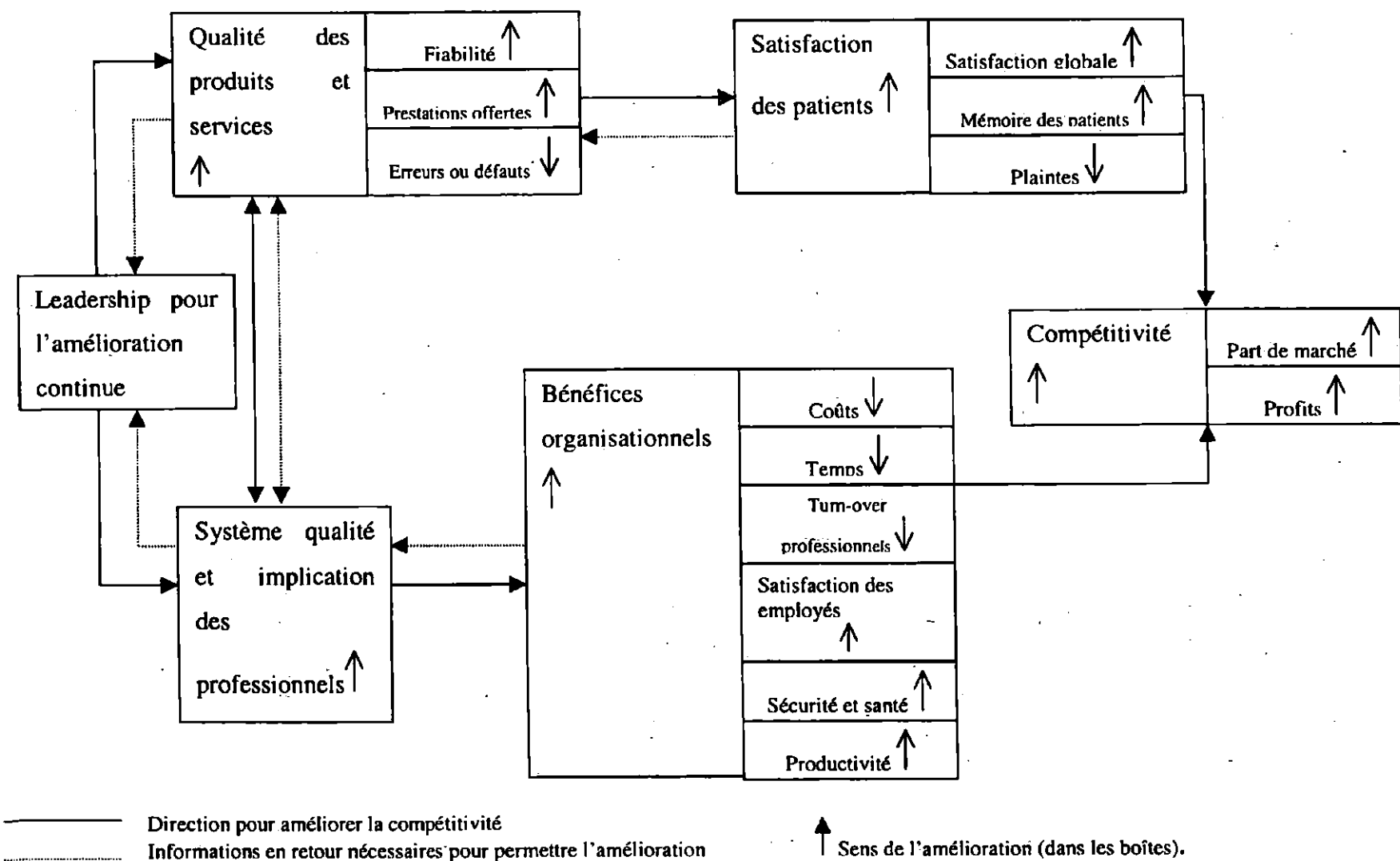
En ce qui concerne les transformations stratégiques, la démarche d'accréditation, comme celle prônée par l'ANAES, permet la mise en place d'un management par la qualité de type amélioration continue de la qualité (ACQ) qui comprend 4 dimensions (Berwick et al., 1990 ; Milakovich, 1991 ; Longest, Rakich & Darr, 2000), résumé dans la figure 3.6 :

- Une philosophie : le management par la qualité est une philosophie organisationnelle qui s'introduit dans la culture de l'organisation. Le management par la qualité est axé sur le consommateur. La culture de l'établissement est alors orientée vers une prise en compte plus importante de la satisfaction des « consommateurs » externes à l'établissement, comme les patients et leur famille, mais aussi les prestataires de soins qui réfèrent des patients à l'hôpital. Cela demande donc des transformations dans les croyances et les valeurs en regard de la qualité des professionnels travaillant dans l'organisation.
- Un engagement : Le management doit dégager les ressources et créer l'atmosphère qui permet l'intégration d'une démarche d'amélioration continue de la qualité des prestations offertes dans le travail quotidien de chaque employé. Cela demande donc une participation de tous les professionnels à la promotion de la qualité des prestations offertes, un recueil continu de données permettant de se situer par rapport à des objectifs qualité, et l'élaboration de mesures pour prévenir la non-qualité. Les employés doivent participer et être impliqués pour améliorer les résultats de leur travail et dans la façon de les atteindre. Cela demande une coopération étroite entre les différentes unités.
- Une prospective : La perspective adoptée doit être prospective et pas uniquement rétrospective, continue et non intermittente. L'objectif est de prévenir la non-qualité avant qu'elle n'arrive et de trouver des opportunités pour améliorer les processus.

- Un leadership : le management par la qualité demande une formation adaptée à cette façon de voir les choses. Elle doit permettre d'encourager l'innovation, la participation des individus, la création de groupes de travail et l'« *empowerment* » pour faciliter les changements organisationnels. L'implication des leaders professionnels doit être constante et réelle et les « porteurs » du projet doivent motiver tous les professionnels dans l'amélioration des processus.

Cependant, une fois la démarche implantée, il existe une période critique. En effet, après la première phase d'implantation, où il existe un certain enthousiasme au sein de l'organisation, il advient souvent une période de ralentissement, qui peut amener certaines personnes à remettre en cause la démarche. Aussi, la transition d'un système volontaire, participatif et orienté sur des problèmes spécifiques vers un système global, qui peut être créateur de conflits, n'est pas toujours favorable et demande du temps et de la patience. Les professionnels doivent progressivement intégrer dans leur quotidien la démarche d'amélioration de la qualité (Kaluzny & McLaughlin, 1992) ce qui ne se fait pas en une année, mais plutôt entre trois et six ans (Kennedy et al., 1992 ; JCAHO, 1992).

Figure 3.6 : Modèle du management par la qualité (National Security and International Affairs Division, 1994)



2. Transformation de l'organisation

Les changements organisationnelles ont comme objectif de contribuer au meilleur fonctionnement de l'organisation et donc à sa performance (Cameron & Whetten, 1983). Ces transformations organisationnelles peuvent toucher de nombreux domaines. Tout d'abord la structure symbolique de l'établissement, sa culture en premier lieu comme nous l'avons précédemment mis en évidence, dans le cadre de sa transformation stratégique. L'organisation peut aussi acquérir de nouvelles formes physiques ou juridiques. De nouvelles règles du jeu peuvent ainsi être adoptées au sein de l'organisation comme dans le cas de la mise en place d'un programme d'amélioration continue de la qualité où l'autoévaluation peut être considérée comme une nouvelle règle de fonctionnement en interne.

De nouveaux processus peuvent aussi être intégrés comme de nouvelles ressources (humaines, financières, matérielles) de manière verticale ou horizontale avec technologie constante ou nouvelle. Ces processus peuvent porter sur la mise en œuvre de nouveaux processus de travail, de nouveaux types de prise en charge plus intégrés autour des personnes soignées, etc. reconnus au niveau institutionnel par l'intermédiaire de protocoles ou de procédures écrites. Et ce, d'autant que les démarches qualité sont pourvoyeuses de changements importants à ce niveau (Kaegi, 1996).

Les acteurs auxquels s'adresse plus particulièrement tout changement peuvent être touchés par l'acquisition de nouveaux modèles de pensée, l'apprentissage de nouvelles activités, les changements dans les relations sociales ou encore la création de nouveaux métiers, fonctions ou encore rôle. Cela peut entraîner une redistribution des lieux de pouvoir.

L'ensemble de ces modifications devrait donc avoir un impact direct sur la performance de l'établissement (Leggat et al., 1998 ; McGlynn, 1998 ; Sicotte et al., 1998 ; Sicotte, Champagne & Contandriopoulos, 1999) par l'introduction d'une nouvelle mise en

cohérence du projet médical compris dans son sens le plus général, des systèmes de gestion et d'information, de financement des ressources et de paiement des acteurs de façon à permettre à la nouvelle entité d'être une organisation plus intégrée et efficiente.

3. Transformation des relations entre l'organisation et son environnement

Enfin, l'organisation peut établir, grâce au phénomène du changement, de nouvelles relations avec son environnement (Mintzberg & Wesley, 1992). De nouvelles logiques de régulation de l'environnement, par exemple, avec de nouvelles redistributions des ressources peuvent prendre place. Mais ces changements peuvent aussi aboutir à des relations plus intégrées avec les autres partenaires du réseau.

Les enjeux :

- (i) transformation stratégique
 - acquisition d'un management par la qualité
- (ii) transformation de l'organisation
 - les structures symbolique, physique et organisationnelle
 - les processus
 - les acteurs
 - la trajectoire
- (iii) transformation des relations entre l'organisation et son environnement

Analyser les changements qui sont intervenus au cours de l'accréditation dans notre contexte spécifique pourraient donc amener à se poser les cinq questions suivantes :

1. Quels sont les changements qui sont intervenus en lien avec la préparation à l'accréditation ?

2. Qu'est ce que les personnes ont appris au cours de la procédure ?
3. Quel est l'impact de l'accréditation sur le CHU étudié ?
4. Comment les personnes ont-elles caractérisé leur participation ou leur non participation à la procédure ?
5. Quelles sont les caractéristiques de la procédure ?

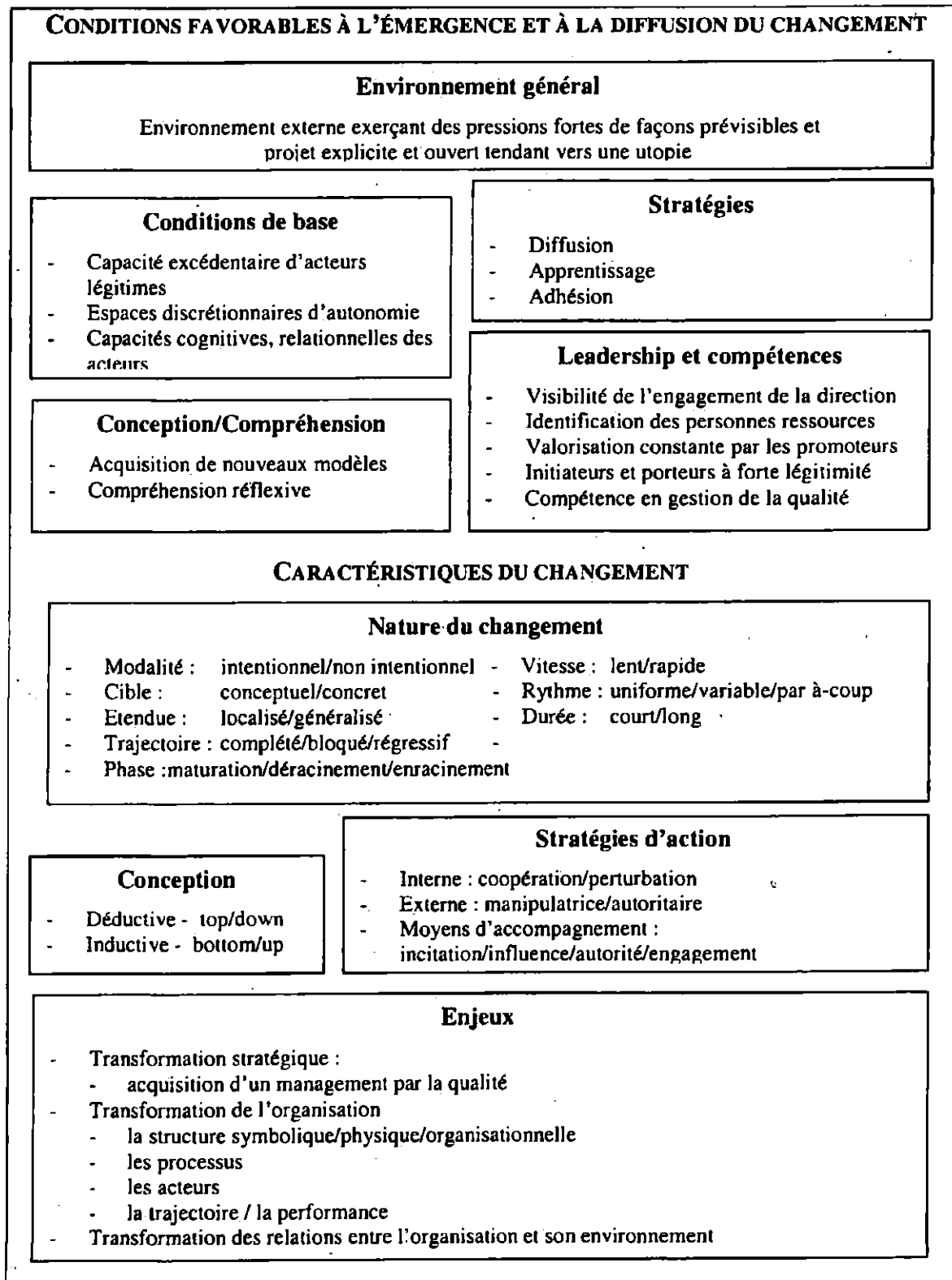
III.C Le cadre théorique

Comme nous l'avons vu précédemment, la démarche de préparation à l'accréditation peut être considérée comme une intervention créant des dynamiques de changement organisationnelles. A la lumière de notre revue de la littérature, qui associe le changement et les démarches qualité, il est possible de déterminer des facteurs qui favorisent le changement dans ce contexte donné. Denis, Contandriopoulos et al. ont proposé, en 2000, un schéma permettant d'appréhender les différentes dimensions du changement. Toutefois, à la suite de nos propres lectures, nous sommes en mesure de proposer un cadre théorique enrichi (cf. figure 3.7) qui allie les spécificités des démarches dans le domaine de la qualité avec les dernières recherches dans le domaine du changement organisationnel.

Nos principaux apports portent sur la nécessité, dans le cadre des conditions favorables à l'émergence et à la diffusion du changement, de disposer simultanément de forces externes contraignantes et d'un projet explicite. Nous mettons aussi une emphase toute particulière sur le rôle et l'importance du leadership dans la conduite du changement, qui ne se limite pas à un engagement au plus haut niveau de l'organisation. En ce qui concerne les caractéristiques du changement, nous avons retenu deux nouvelles caractéristiques ayant trait à sa nature : les modalités et la cible. Pour les stratégies d'action, nous proposons d'associer des stratégies internes et externes à des mesures d'accompagnement. Enfin, les enjeux en terme de transformation stratégique portent

plus particulièrement sur l'acquisition d'un management par la qualité au niveau de l'établissement.

Figure 3.7 : Les dimensions du changement (adapté de Denis, Contandriopoulos et al., 2000)



Chapitre IV.

MÉTHODES

« Que nul n'entre ici s'il n'est pas géomètre ».
Platon (v. 428 – 348 ou 347 av. JC)

« Le poisson est mal placé pour découvrir l'existence de l'eau »
Proverbe chinois

Cette thèse vise donc à comprendre le phénomène de changement organisationnel à la suite de la mise en place de la préparation à l'accréditation dans un établissement de santé. Cette étude s'inscrit dans le cadre de l'analyse stratégique de transformation des organisations (Crozier et Friedberg, 1977). Elle se veut une recherche évaluative qui analyse l'implantation de cette innovation dans un contexte spécifique qu'est un CHU. Elle consiste en la réalisation d'une étude d'évaluation de l'implantation de type 3, permettant l'analyse de l'interaction entre le contexte d'implantation et l'intervention sur les faits observés (Champagne et Denis, 1992). Or, pour parvenir à ces objectifs, la stratégie de recherche la plus utilisée dans les analyses d'implantation d'une intervention est l'étude de cas (Champagne et Denis, 1992 ; Contandriopoulos et al., 1992 ; 2000).

Ce chapitre est donc consacré à la stratégie de recherche adoptée, la sélection du cas, le processus de collecte des données et les mesures prises pour s'assurer de la rigueur scientifique.

IV.A. Le devis de la recherche

L'étude de cas possède plusieurs définitions, en l'occurrence, celle de l'*United States General Accounting Office* (USGAO, 1990, p14) est retenue :

« A case study is a method for learning about a complex instance, based on a comprehensive understanding of that instance obtained by extensive description and analysis of that instance taken as a whole in its context ».

De plus, l'étude de cas devient la stratégie de recherche empirique (Yin, 1981, 1992 & 1994a) lorsque : (i) la ou les questions de recherche sont centrées sur le « comment » et le « pourquoi » d'un phénomène ; (ii) le chercheur exerce peu ou aucun contrôle sur les événements ; (iii) l'étude porte sur un phénomène contemporain dans son milieu de réalisation ; et (iv) les limites entre le phénomène à l'étude et son contexte manque de netteté. L'étude de cas est donc la stratégie de recherche la plus appropriée pour essayer de mettre en évidence des changements organisationnels, comme ceux qui nous intéressent ici.

Le devis de recherche adopté consiste plus particulièrement en une étude de cas explicative longitudinale unique aux unités d'analyse imbriquées (Yin, 1989, 1994a). C'est aussi une étude de cas intrinsèque qui contribue, à partir d'un cas particulier d'une situation donnée (Stake, 1997), à une connaissance plus approfondie. L'analyse longitudinale permet, comme le souligne Van de Ven & Poole (1990), de mener une recherche processuelle pour décrire les variables ou mécanismes apparaissant ou changeant au cours du temps et non pas les relations de cause à effet. Pettigrew (1990) complète cette approche en suggérant qu'elle facilite l'analyse contextuelle d'un processus, c'est-à-dire l'étude verticale d'un phénomène, en tenant compte des interdépendances entre les différents niveaux de l'organisation et des interconnexions des phénomènes dans le temps (Valette, 1994). Ces études de cas unique présentent toutefois un risque de manque de robustesse, en l'absence de possibilité de réplique, et leur validité externe repose de façon critique sur la vraisemblance théorique des résultats observés.

Les niveaux d'analyse font référence à l'étude des processus de mise en œuvre de la préparation à l'accréditation à différents niveaux de réalisation. Ils sont au nombre de 6 :

- l'autoévaluation, au niveau des services (niveau vertical) ;
- l'autoévaluation, au niveau de l'établissement par des groupes d'autoévaluation thématiques (GAET) (niveau transversal) ;
- le niveau opérationnel de préparation à l'accréditation ;
- le niveau stratégique de préparation à l'accréditation ;
- les relations entre l'établissement et les autres établissements de la communauté d'établissement ;
- les relations entre l'établissement et les organismes de tutelle ;

De plus, les interrelations entre les différents niveaux opérationnel, stratégique et externe sont étudiées.

Un récapitulatif des différents niveaux d'analyse est proposé dans le tableau IV.1.

Tableau IV.1 : Récapitulatif des différents niveaux d'investigation

Niveaux	SN ¹	Etapes ²	Nombre ³	Sources (entretiens, documents, observations, etc.)	Date de réalisation	Documents en référence ⁴
Niveau 1 : Services	1	EMD/C	E – 40 personnes	Des entretiens individuels réalisés auprès des chefs de services cliniques de l'établissement.	Juin 1999	Entretien 1
	2	EMD/C	Q 100%	Un questionnaire adressé à tous les professionnels travaillant temps plein dans un service destinataires du RIAE.	Juin - Juillet 2000	Questionnaire 1
	3	EMD/C	Q 100%	Un questionnaire adressé à tous les professionnels travaillant temps plein dans un service non destinataire du RIAE.	Juin – Juillet 2000	Questionnaire 2
	4	C	Doc 100%	Des informations issues des services : feuille de modalités de remplissage du référentiel, référentiel interne d'autoévaluation documenté, évaluation du RIAE, tout autres documents en relation avec la préparation.	Janvier 1998 – Décembre 2000	
	5	C	Obs 100%	Observation des moyens mis à disposition pour la réalisation de la préparation au niveau des services.	Janvier 1998 – Décembre 2000	
Niveau 2 : GAET	6	EMD/C	E – 9 personnes	Un entretien individuel auprès des présidents de GAET.	Février 2001	Entretien 2
	7	EMD/C	Q 100%	Un questionnaire adressé à tous les membres des GAET.	Septembre - Octobre 2000	Questionnaire 3

¹ SN = sous-niveaux.² Les étapes correspondent au modèle théorique : EMD pour les conditions favorables à l'émergence et à la diffusion du changement et C pour les caractéristiques du changement.³ E = Entretien ; Q = Questionnaire ; Doc = Document ; Obs = Observation.⁴ Voir les annexes 13&16.

	8	EMD/C	Doc 100%	Des informations issues des documents : CR des GAET, tous documents produits par les GAET.	Janvier 1999 – Décembre 2000	
Niveau 3 : Gestion des opérations	9	EM/C	E – 4 personnes	Des entretiens individuels réalisés auprès des responsables de la qualité et de l'accréditation.	Juin – Juillet 2000	Entretien 3
	10	EMD/C	Doc 100%	Les documents issus de la direction des affaires financières/direction qualité, de la direction des soins infirmiers et de l'UEQSA.	Janvier 1998 – Décembre 2000	
	11	EMD/C	E – 4 personnes	Des entretiens individuels avec les membres du Bureau Qualité.	Juin – Juillet 2000	Entretien 4
	12	EMD/C	Doc 100%	Les documents issus du Bureau Qualité.	Avril 1998 – Juillet 2001	
	13	EMD/C	Q 100%	Un questionnaire adressé à tous les membres de la CEQSA.	Septembre - Octobre 2000	Questionnaire 3
	14	EMD/C	Doc 100%	Les documents issus de la CEQSA.	Mai 1995 – Juillet 2001	
	15	EMD	Obs 100%	Observation des moyens matériels mis en place pour aider à la préparation.	Avril 1998 – Juillet 2001	

Niveau 4 : Stratégique	16	EMD/C	E – 2 personnes	Des entretiens individuels avec les responsables syndicaux membres de la CEQSA.	Juin – Juillet 2000	Entretien 5
	17	EMD/C	E – 2 personnes	Un entretien avec les représentants des usagers membres du CA.	Janvier 2001	Entretien 6
	18	EMD/C	E – 1 personne	Un entretien avec la personne responsable de la communication.	Juin – Juillet 2000	Entretien 7
	19	EMD/C	E – 1 personne	Un entretien avec le président de la CEQSA.	Juin – Juillet 2000	Entretien 4
	20	EMD/C	E – 1 personne	Un entretien avec le directeur du service de soins infirmiers	Juin – Juillet 2000	Entretien 8
	21	EMD/C	E – 1 personne	Un entretien avec le président de la CME.	Juin – Juillet 2000	Entretien 9
	22	EMD/C	E – 1 personne	Un entretien avec le directeur général de l'établissement.	Juin – Juillet 2000	Entretien 10
	23	EMD/C	Doc	Des informations issues du projet d'établissement, du journal interne, de notes interne, de la lettre « qualité », etc.	Avril 1998 – Juillet 2001.	
Niveau 5 : Commu- nauté d'établis- sement	24	C	ET – 8 personnes	Des entretiens téléphoniques avec les chefs d'établissements et/ou les personnes en charge de la qualité dans les établissements de court séjour faisant partie de la communauté d'établissements.	Janvier 2001	Entretien 11
	25	C	Doc	Les documents issus de la communauté d'établissement.	Avril 1999 – Juillet 2001	

Niveau 6 : Tutelle	26	EMD/R	E- 3 personnes	Des entretiens avec les responsables de l'Agence Régionale d'Hospitalisation, de la DDASS et le service médical de l'échelon local de l'assurance maladie.	Janvier 2001	Entretien 12
	27	EMD/R	Doc	Des documents issus des relations entre ces instances de tutelle et l'établissement (contrats d'objectifs et de moyens, note, courrier, etc.)	Avril 1998 – Juillet 2001	
Niveau 7 : Synthèse	28			Synthèse de l'ensemble des différents niveaux		

IV.B. Le choix du cas : un accès au terrain facilité

Ce CHU a été choisi comme terrain d'étude pour deux raisons principales : tout d'abord, parce que l'établissement a annoncé la mise en œuvre d'une participation active de ses professionnels à la préparation en construisant un référentiel interne d'autoévaluation pour les services de soins, mais aussi parce que le chercheur principal y a travaillé pendant quelques années et pouvait ainsi avoir un accès privilégié à l'ensemble des données concernant la mise en place et la réalisation de la procédure, données qui sont souvent inaccessibles pour un observateur extérieur.

Cette recherche s'inscrit dans une recherche action ou encore une observation participante (Pourtois & Desmet, 1989). En effet, le chercheur a été en poste dans l'établissement de mai 1991 à juillet 1999 et a été un des acteurs en charge de la préparation à l'accréditation, à partir de décembre 1997. Il a donc été intégré pendant un laps de temps important à la vie des acteurs concernés par l'étude. Le chercheur a donc conscience de la subjectivité de celui-ci et des risques de biais pouvant exister au moment de l'analyse mais aussi de l'apport permis grâce à la proximité des sources d'information pour la crédibilité de la recherche.

Aussi, pour être capable de bien analyser et comprendre les événements qui sont intervenus, a-t-il été nécessaire pour le chercheur de prendre du recul, de ne plus se sentir partie prenante et directement impliqué. L'arrêt de sa participation à la préparation lui a permis de prendre une position d'observation et d'acquérir la distance non seulement psychologique mais aussi géographique nécessaire. Toutefois, il existe un risque, mis en évidence par Bourdieu (1987), que la position du « sujet »/« chercheur » dans son espace social ait une influence sur l'interprétation des données, en particulier qualitatives. Aussi pour parfaire cette distance, le chercheur a fait appel à une personne externe à l'établissement pour réaliser les entretiens. Cette personne avait toutefois effectué un stage dans l'unité d'évaluation de la qualité des soins dans le cadre de sa maîtrise en sciences de la santé et connaissait ainsi l'établissement.

IV.C. La nature et la collecte/cueillette des données

La collecte/cueillette des données s'est échelonnée sur une période de six ans, entre les mois de mai 1995 et juillet 2001. Les données recueillies ont été quantitatives et qualitatives (Downey & Ireland, 1979 ; Fielding & Fielding, 1986 ; Carey, 1993 ; Creswell, 1994). Les méthodes choisies étaient au nombre de quatre : (1) des entretiens semi-structurés ; (2) des questionnaires ; (3) des documents ; et (4) des observations de moyens.

IV.C.1. Les entretiens semi-structurés

Les entretiens permettent de recueillir une information détaillée sur les personnes interviewées elles-mêmes, les événements survenus dans le passé, les opinions et attitudes de ces personnes face aux phénomènes étudiés, de même que leur perspective d'avenir (Snow & Thomas, 1994). Les entretiens ont été réalisés grâce à des grilles d'entretien semi-structurés préalablement pré-testées (Bouchard Jr, 1983) et elles sont consultables à l'annexe 16.

VI.C.1.a. Réalisation des entretiens

Les entretiens ont été conduits sur trois périodes différentes de temps. Les chefs de service, des services médico-chirurgicaux, ayant réalisé une autoévaluation avec le RIAE, ont été rencontrés par le chercheur principal, en juin/juillet 1999¹. Les autres entretiens ont été réalisés par un agent de recherche, entre juin 2000 et février 2001. Pour ces derniers, une lettre les informant de la réalisation de l'étude et de la volonté de les rencontrer leur était adressée, ainsi que le questionnaire, utilisé pour l'entretien. Quelques jours plus tard, l'agent de recherche se mettait en contact téléphonique auprès de ces personnes pour obtenir leur accord de participation et fixer un rendez-vous. Le lieu de l'entretien était choisi par la personne. Il était prévu, pour chaque entretien, une durée de 60 à 90 minutes. A la fin, une fiche récapitulative était remplie le jour même par l'agent de recherche signalant : la durée, le lieu, la présence d'autres personnes ou non lors de l'entretien -si oui le lien

¹ Cela ne comporte donc pas les chefs de services des services médico-techniques.

hiérarchique, le souhait de recevoir une cassette, la façon dont la personne a réagi à l'entretien et toutes autres remarques jugées utiles.

Toutes les entrevues ont été enregistrées et une copie de la bande d'enregistrement fut proposée aux personnes. L'enregistrement était précédé de la signature d'un formulaire de consentement (voir annexe 15). Le *verbatim* des entrevues a été transcrit par une personne étrangère à l'étude.

IV.C.1.b. Sélection des personnes

Le nombre des personnes à rencontrer étant nécessairement limité, la sélection de celles-ci est d'une grande importance dans les études qui utilisent des méthodes qualitatives (Seidler, 1974). Pour cette étude de cas, les personnes interviewées sont celles qui détenaient le plus d'informations sur la mise en place stratégique et opérationnelle de la procédure de préparation à l'accréditation. Avant le début de la collecte/cueillette des données, l'avis et l'accord pour la réalisation de l'étude du directeur général de l'établissement ont été sollicités, l'agent de recherche présenté et la liste des personnes à rencontrer soumise pour approbation. Ainsi, ont été pressentis pour être rencontrés :

- les chefs de service des services cliniques (soit 40 personnes) ;
- les présidents des groupes d'autoévaluation thématiques (soit 10 personnes) ;
- les personnes directement en charge de la préparation² (soit 3 personnes) ;
- les membres du bureau qualité³ (soit 6 personnes) ;
- les représentants syndicaux membres de la CEQSA (soit 2 personnes) ;
- les représentantes des usagers (soit 2 personnes) ;
- le responsable de la communication (soit 1 personne) ;
- le directeur des services de soins infirmiers (soit 1 personne) ;
- le président de la CME (soit 1 personne) ;

² L'attachée de direction en charge de la qualité ; le médecin responsable de l'UEQSA ; l'infirmière générale en charge de l'évaluation et de l'accréditation.

³ Deux praticiens médicaux, le directeur des affaires médicales, le responsable universitaire de la santé publique, l'infirmière et la secrétaire travaillant à l'UEQSA.

- le directeur général (soit 1 personne) ;
- les directeurs ou responsables qualité des établissements de la communauté d'établissement (soit 8 personnes) ;
- les responsables de la tutelle en relation avec l'établissement (soit 3 personnes)⁴.

IV.C.1.c. Contenu des entretiens

1. Les entrevues des chefs de service

La grille utilisée a été différente de celle proposée aux autres personnes vues en entretien du fait de la réalisation des entretiens des chefs de service juste après la réalisation de l'autoévaluation dans les services. Elle portait sur :

- *Les modalités de remplissage du référentiel* : nombre de réunions, nombre d'heures consacrées, qualité des personnes ayant participé, ambiance, modalité de validation) ;
- *L'évaluation du référentiel dans sa capacité* : à considérer l'activité du service, à apporter une meilleure connaissance de l'organisation et du fonctionnement, à réfléchir sur la prise en charge des personnes soignées, à révéler des dysfonctionnements, à permettre des discussions ;

L'appréciation globale de la démarche : points positifs/négatifs et suggestions.

2. Les entrevues des autres personnes

Pour les autres personnes vues en entrevue, la grille utilisée était structurée autour de six thèmes :

- *Les caractéristiques et l'historique de l'établissement* afin de mettre en évidence les points forts et les points à améliorer, les valeurs partagées, le climat social, le sentiment d'appartenance à l'établissement ou encore l'impact des contraintes budgétaires.
- *La politique de gestion de la qualité* dont la dynamique historique, les structures, les activités, la mise en place de systèmes incitatifs, la participation et les résistances des professionnels.

- *La réalisation de la préparation à l'accréditation* et plus particulièrement son articulation avec la démarche d'accréditation et la politique de gestion de la qualité, les valeurs sous-jacentes, les porteurs du projet et les stratégies adoptées.
- *Les changements induits par la préparation* en ce qui concerne les pratiques, l'organisation et les relations de l'organisation avec son environnement.
- *L'implication personnelle* dans la procédure en ce qui concerne la participation, l'acquisition de nouvelles habilités, l'impact sur la carrière et les attentes personnelles par rapport à l'accréditation.
- *Des commentaires généraux sur la préparation et les perspectives d'avenir* concernant la stratégie adoptée, l'intérêt pour l'établissement, les points forts et les difficultés rencontrées, et enfin, les perspectives de valorisation du travail accompli au sein de l'établissement et auprès des partenaires.

Les données recueillies devaient permettre d'élaborer les conditions à l'émergence du changement, de connaître les moyens de diffusion de l'innovation (la préparation à l'accréditation) et de déterminer les caractéristiques des changements intervenus.

IV.C.2. Les questionnaires

Trois questionnaires ont été réalisés : un pour les personnes travaillant, temps plein, dans les services destinataires du référentiel interne (questionnaire 1), un autre pour les personnes travaillant, temps plein, dans des services non-destinataires du référentiel (questionnaire 2) enfin un pour les personnes membres de la Commission d'Évaluation de la Qualité des Soins et de l'Accréditation (CEQSA) et/ou d'un Groupe d'Autoévaluation Thématique (GAET) (questionnaire 3). Le questionnaire 1 différait du questionnaire 2 d'une quinzaine d'items. Ces questionnaires ont été construits spécialement pour la présente recherche – voir annexe 13.

Ces outils ont servi à l'obtention de données sur un grand nombre de variables fournies par un nombre d'individus supérieur à celui des personnes interviewées.

⁴ Le médecin inspecteur de la santé de la DDASS, le médecin conseil de la CPAM du département et le directeur de l'ARH.

L'information colligée devait permettre de compléter et d'enrichir les informations recueillies par l'intermédiaire des entrevues semi-structurées. Ceci permettait de trianguler les données qualitatives et quantitatives. Les échelles utilisées ont été identifiées après la réalisation d'une revue de la littérature (Dassa et al., 1997).

Le questionnaire général et celui adressés aux membres CEQSA/GAET ont été testés auprès de dix personnes chacun et ces tests n'ont pas mis en évidence la nécessité d'y apporter des modifications.

IV.C.2.a. Les questionnaires 1 & 2

Les questionnaires 1 et 2 ont ensuite été envoyés par courrier interne à l'établissement auprès de 3248 personnes travaillant temps plein, ces dernières ayant été celles les plus impliquées dans la démarche. Les personnes qui ont été vues en entrevue (à l'exception des chefs de service) n'ont pas été destinataires d'un questionnaire.

Les thèmes abordés par les questionnaires 1 & 2 étaient au nombre de dix :

- *Les caractéristiques des personnes interrogées (8 items).* Cela comportait l'âge, le sexe, la profession, la spécialité, le nombre d'années dans l'établissement et au poste occupé actuellement, la participation à des activités spécifiques développées au niveau institutionnel dans le domaine de la qualité et la participation à des commissions au sein de l'établissement.
- *La connaissance du dispositif au niveau national et des implications pour l'établissement (10 items).* Les questions avaient trait à la connaissance du dispositif mis en place, dont la création de l'ANAES, et l'obligation pour les établissements de s'y engager. Il était demandé si les personnes avaient eu l'occasion d'en discuter entre elles et si elles avaient envisagé les répercussions sur leur pratique et sur l'établissement.
- *Les pratiques existante avant la préparation à l'accréditation au niveau du service dans lequel la personne travaille (10 items).* Pour mettre en évidence si des changements dans les pratiques étaient intervenus, il était demandé quels travaux

dans le domaine de la qualité étaient menés au niveau du service (réunions pluriprofessionnelles, réflexion sur la prise en charge, réalisation d'études d'évaluation de pratiques, rédaction de protocoles ou de procédures, suivi d'indicateurs, prise en compte des résultats des questionnaires de satisfaction, implication du conseil de service, actions en faveur de la gestion des risques et travaux transversaux avec d'autres services dans le domaine de la qualité).

- *La connaissance du dispositif mis en œuvre dans l'établissement (21 items).* Afin de s'assurer que les personnes avaient une bonne connaissance des moyens mis en œuvre pour la préparation, des questions portant sur le dispositif leur ont été posées : le comité de pilotage (sa composition et ses missions), la commission qualité (sa composition et ses missions), les groupes d'autoévaluation (leur composition et leur mission). De plus, il leur était demandé si les informations reçues étaient en accord avec leurs attentes, si les personnes en charge au niveau de la gestion des opérations étaient les mieux placées pour assumer cette fonction, s'ils avaient été convaincus d'y participer et enfin, s'ils avaient l'impression qu'il leur avait été laissé assez de marge de manœuvre pour y participer.

- *La participation à la préparation à l'accréditation.* Il était demandé aux personnes si elles y avaient participé. Si oui, quels étaient les facteurs motivants (volonté d'apprendre, obligation d'y participer, nécessité de faire comme les autres, possibilité de pouvoir acquérir une meilleure insertion hospitalière ou encore volonté de défendre les intérêts de l'établissement) ou dans le cas contraire quels en avaient été les freins à leur participation (manque d'intérêt, manque de temps, sentiment de n'être pas concerné, refus délibéré d'y participer, absence de proposition d'y participer et appréhension concernant les enjeux).

- *La connaissance des outils utilisés pour réaliser la préparation (11 items).* Les questions portaient sur la communication menée dans l'établissement et les services (réalisation de conférences, lecture d'articles dans le journal de l'établissement, participation à des réunions d'aide méthodologique ou encore à des formations), la connaissance du manuel qualité et la participation au remplissage du manuel.

- *Les changements intervenus dans le service où travaille la personne au cours de la préparation à l'accréditation (20 items).* Les thèmes abordés portaient sur - la mise en place d'un travail pluriprofessionnel et non hiérarchique ; - la mise en œuvre

d'une réflexion sur les modalités de travailler au sein du service aux niveaux individuel et collectif ou avec d'autres services ; - l'acquisition de nouveaux raisonnements concernant la prise en charge des personnes soignées en tenant compte du rôle de chacun ; - la connaissance et la reconnaissance du travail fait par les différents professionnels ; - l'engagement du chef de service, du cadre supérieur, du cadre et l'adhésion de toutes les catégories professionnelles ; - la contribution à faire adhérer des personnes à la démarche ; - le niveau de responsabilité de la qualité des soins (une catégorie de professionnel ou l'ensemble des professionnels) ; - le renforcement d'un sentiment d'appartenance au service ; - les échanges de point de vue avec d'autres services.

- *Les changements intervenus dans le service où travaille la personne à la suite de la préparation à l'accréditation (18 items).* Les changements pouvaient avoir trait à l'organisation du service, les pratiques professionnelles, les relations hiérarchiques, l'introduction de nouvelles fonctions, la réalisation d'études d'évaluation de pratiques professionnelles, la discussion en conseil de service de sujet ayant trait à la qualité, la mise en place d'objectifs qualité, d'indicateurs, l'utilisation des résultats des questionnaires de sortie, une meilleure reconnaissance au niveau de l'établissement du travail réalisé au sein du service, une réflexion concernant la continuité des soins, mise en place de procédures transversales à plusieurs services, identification d'indicateurs de suivi en collaboration avec d'autres services, modification des relations entre le service et les services médicaux, les services administratifs, d'autres établissements ou encore la médecine de ville.

- *L'impact de l'accréditation (10 items).* Il était demandé si les personnes avaient l'impression que l'accréditation permettait d'améliorer la prise en charge des personnes soignées, de développer des valeurs communes entre les professionnels, de mieux utiliser les ressources et de mieux répondre aux attentes de la population, des professionnels de ville, des autres partenaires du système de soins et de la tutelle, enfin de permettre d'acquérir plus de ressources. Ensuite, il était demandé si les changements intervenus au niveau du service et de l'établissement étaient irréversibles et si cela leur avait permis de mieux connaître d'autres professionnels, leur propre service, d'autres services, l'établissement, les démarches qualité et l'accréditation.

- *L'évaluation de la procédure de préparation (5 items)*. En ce qui concerne la procédure, il était demandé si la procédure avait été un moment important pour l'établissement, si la stratégie adoptée était adéquate, si elle avait touché tous les domaines d'activités de l'établissement et l'ensemble des professionnels, enfin si celle-ci était participative, rigide, concrète, bureaucratique, ou consensuelle.

Pour les thématiques 2&3, les personnes étaient invitées à répondre par « oui » ou par « non », ou encore par « ne sait pas/sans objet », alors que pour les thématiques allant de 4 à 10, il était proposé cinq choix : « pas du tout », « dans une faible mesure », « dans une bonne mesure » et « totalement », ou encore « ne sait pas/sans objet ».

IV.C.2.b. Le questionnaire 3

Le questionnaire 3, qui s'adressait aux membres de groupes d'autoévaluation thématique et aux membres de la commission d'évaluation de la qualité des soins, comportait un tronc commun et deux parties spécialisées :

- *Le tronc commun portait sur les caractéristiques des personnes interrogées (9 items)* : l'âge, le sexe, la profession, la spécialité, le nombre d'années au poste occupé actuellement, la participation à l'élaboration du référentiel interne d'autoévaluation de l'établissement et/ou celui du service infirmier et la participation à des commissions au sein de l'établissement.

- *La partie spécialisée sur les GAETs (16 items et commentaires)* permettait d'identifier à quels groupes la personne participait et des questions sur sa disponibilité, les modalités de travail, les propositions faites et l'apport de la participation à ces groupes lui étaient posées.

- *La partie spécialisée sur la CEQSA (28 items et commentaires)* permettait de connaître de quand à quand la personne en étant membre et il lui était demandé ensuite comment elle percevait le rôle de la commission, ses missions, son apport en termes de changement et son positionnement à l'avenir.

Pour répondre, il était, là aussi, proposé cinq choix : « pas du tout », « dans une faible mesure », « dans une bonne mesure » et « totalement », ou encore « ne sait pas/sans objet ».

IV.C.2.c. Réalisation

En juin 2000, trois mille deux cent quarante huit questionnaires accompagnés d'une enveloppe de retour ont été adressés aux personnels temps plein. Un délai de 15 jours leur était accordé. Auprès des personnes qui n'avaient pas répondu, une relance, en septembre, a ensuite été effectuée, en renvoyant un nouveau questionnaire. Quarante-deux personnes ont spontanément réclamé un nouveau questionnaire.

En septembre 2000, cent vingt quatre questionnaires ont été adressés aux membres de la CEQSA et/ou des groupes d'autoévaluation thématiques. Ces derniers ont été adressés en septembre pour permettre aux personnes membres des GAETs d'avancer suffisamment leur travaux pour répondre aux questions. Une enveloppe de retour était fournie et le questionnaire était à compléter en 15 jours. Aucune relance n'a été faite.

La liste des personnels et les étiquettes ont été fournies par le service informatique de l'établissement. Les questionnaires ont été adressés nominativement à chaque personne, ils comprenaient un numéro d'identification et étaient anonymes. Ils ont été envoyés accompagnés d'une lettre signée.

Les questionnaires ont été réalisés sur le logiciel TELEFORM afin de permettre une saisie des données informatique, par lecteur optique. Un résumé des modes d'interrogation des professionnels est donné dans les tableaux IV.2 à IV.4.

Tableau IV.2 : Résumé des modes d'interrogation des professionnels médicaux

Questionnaire 1	Questionnaire 2	Questionnaire 3	Questionnaires	Entretiens
391	17	41	449	9

Tableau IV.3 : Résumé des modes d'interrogation des professionnels non médicaux

Questionnaire 1	Questionnaire 2	Questionnaire 3	Questionnaires	Entretiens
2256	584	73	2913	10

Tableau IV.4 : Résumé des modes d'interrogations de l'ensemble des professionnels

Questionnaire 1	Questionnaire 2	Questionnaire 3	Questionnaires	Entretiens
2647	601	114	3362	19

IV.C.3. Les documents et l'observation des moyens

Les documents recherchés concernaient la CEQSA, le bureau qualité, l'UEQSA, la direction des affaires financières puis la direction qualité, la direction des services de soins infirmiers, les référentiels internes d'autoévaluation remplis par les services et les documents émis par les GAETs. Ont aussi été demandés le projet d'établissement, les documents ayant trait au contrat d'objectifs et de moyens, les comptes rendus de CME, de CA et de CTE, les articles publiés dans le journal interne de l'établissement en relation avec la qualité, la lettre « qualité », les lettres des vigilances et les notes internes concernant la préparation. Le recueil des documents concernait la période allant de 1995 à juillet 2001.

En ce qui concerne les relations avec l'environnement, les procès verbaux des réunions de la communauté d'établissements et la convention ont été sollicités ainsi que tout documents émis par les tutelles relatif à la préparation ou à la visite d'accréditation.

Le recueil des documents s'est réalisé au fur et à mesure ; il a été effectué par le chercheur principal de l'étude, l'agent de recherche et la secrétaire de l'UEQSA, qui a transmis régulièrement les informations, tout au long des différentes périodes.

Une observation des moyens humains et matériels, mis à disposition des professionnels pour la réalisation de la préparation, a aussi été réalisée. Celle-ci a été

faite au niveau de la direction des affaires financières puis de la direction de la qualité, de la DSSI, de l'UEQSA et des services de soins, de janvier 1998 à juillet 2001.

La visualisation des moyens a été réalisée lors des entretiens par le chercheur principal pour les services de soins médico-chirurgicaux et par l'agent de recherche pour les autres niveaux.

IV.C.4. Les phases de recueil de l'information

Le recueil des données, portant sur la période allant de janvier 1995 à juillet 2001, a été effectué en quatre phases :

Phase 1 : juin 1999

- Entretiens semi-directifs auprès des chefs de services des services de soins ayant été destinataires du référentiel interne d'autoévaluation.
- Récupération des documents ayant été réalisés antérieurement à juin 1999 sur le sujet (compte-rendu du CA, de CME, de CEQSA, du Bureau Qualité ; ensemble des documents réalisés par l'UEQSA concernant la préparation à l'accréditation ; autoévaluation réalisée dans les services de médecine ; etc.).

Phase 2 : juin et juillet 2000

- Envoi et retour des questionnaires adressés aux personnels temps plein de l'établissement.
- Entretiens semi-directifs auprès des personnes en relation directe avec la préparation à l'accréditation dans l'établissement, à l'exception des présidents de GAET.
- Recueil des informations issues des documents en relation avec la thématique (compte-rendu de réunions, rapports annuels, projets d'établissement et projets de services, rapports d'autoévaluation des services, etc.).

Phase 3 : septembre – novembre 2000

- Envoi et retour des questionnaires adressés aux membres des GAET et/ou de la CEQSA.
- Recueil des informations issues des documents en relation avec la thématique (compte-rendu de réunions, rapports annuels, projets d'établissement et projets de services, rapports d'autoévaluation des services, etc.).

Phase 4 : Janvier - juillet 2001

- Entretiens semi-directifs auprès des présidents des GAETs.
- Entretiens semi-directifs auprès des représentants des usagers.
- Entretiens semi-directifs auprès des responsables des organismes de tutelle.
- Entretiens semi-directifs, réalisés par téléphone, auprès des chefs d'établissements ou des personnes en charge de la qualité dans les établissements de la communauté d'établissements.
- Recueil des documents au fur et à mesure de leur parution.

IV.D. Opérationnalisation des concepts de base de l'étude

Cette recherche fait référence autant à des variables qu'à des événements pour permettre une compréhension approfondie du processus de changement (Langley, 1999).

Pour chacune des dimensions du changement retenues dans notre modèle, une mise en correspondance a été faite avec les questions posées au cours des entretiens et dans les questionnaires ainsi qu'avec les documents utilisés, l'ensemble est synthétisé dans l'annexe 9.

IV.E. Qualité des données

Les données formalisées, de type statistiques ou encore procès verbaux, sont souvent qualifiées d'objectives par rapport aux données informelles recueillies par des témoignages et des entretiens (Quivy & Van Campenhoudt, 1988). Toutefois, il semble que ces deux types de données puissent être qualifiées de subjectives dans la mesure où l'information délivrée est dépendante de la personne qui la délivre et où le sens de l'information produite est soumis à l'interprétation du chercheur (Valette, 1994). Il est aussi possible de définir la qualité des données en fonction de leur élaboration. Girin (1986) propose ainsi de caractériser les données accessibles aux chercheurs de « froides » et « chaudes ». Les données « froides » sont constituées de matériaux donc l'élaboration n'est pas liée à l'investigation en cours et par conséquent sont propres au monde étudié. Elles sont dépendantes du contexte dans lequel elles ont été produites. Elles appartiennent au passé et ne sont pas systématiquement reconstituables. Les données « chaudes » sont au contraire produites par la rencontre de la personne sollicitée et du chercheur, elles sont donc imprégnées d'une double subjectivité, celle de la personne qui parle et celle du chercheur qui écoute. Le témoignage des personnes est lié à leur position dans l'organisation et est aussi dépendant de la place affectée au chercheur (Favret-Saadat, 1977). En l'occurrence, il existe un double niveau puisque le chercheur n'a pas été la personne qui a effectué les entretiens, à l'exception de ceux réalisés auprès des chefs de service.

IV.E.1. Analyse des données

Le choix d'utiliser des données qualitatives et quantitatives a permis de disposer de données plus pertinentes pour notre étude de cas (Yin, 1994a&b). Nous avons suivi les phases d'analyse de données recommandées par Miles & Huberman (1994), en nous servant de la terminologie proposée par Lessard-Hébert, Goyette & Boutin (1995) :

- première phase – condensation des données ;
- deuxième phase – organisation et présentation des données ;
- troisième phase – interprétation et vérification des conclusions.

L'étape de condensation consiste à réduire le volume des données recueillis en vue de les synthétiser et d'en extraire les éléments essentiels. Lors de cette étape, les données sont catégorisées en fonction des thèmes de la recherche et plus particulièrement du cadre théorique. Les entrevues semi-structurées ont été analysées à l'aide du logiciel Atlas TI version 4.1 Windows 95. Le cadre conceptuel a été utilisé pour permettre un codage thématique - voir annexe 17. Ces variables qualitatives ont ensuite été croisées avec les données obtenues par les autres sources de données de l'étude. Ainsi, les données issues des questionnaires, des documents et des observations ont permis d'affiner les données recueillies lors des entrevues. Ces dernières ont été traitées grâce au logiciel SPSS version 10.0.

Lors de la phase d'organisation et de présentation des données, qui consiste à rassembler l'information et à dégager des conclusions (Strauss & Corbin, 1990 ; Miles & Huberman, 1994), plusieurs stratégies ont été utilisées. Tout d'abord, a *temporal bracketing strategy* (Langley, 1999) a été utilisée. En effet, les événements concrétisant la mise en place de la procédure d'accréditation en 1997 et le devis longitudinal de la recherche permettent de découper les données en périodes successives. Ainsi trois périodes ont été retenues qui, par ailleurs, se chevauchent : (1) la période précédant la décision pour l'établissement de rentrer dans la procédure de préparation à l'accréditation. Il s'agit d'une période de deux ans et huit mois ; (2) la période de mise en œuvre des structures et des outils. Cette période s'étend d'octobre 1997 à février 1999 ; enfin (3) la troisième période correspond à la réalisation de l'autoévaluation qu'elle soit verticale (dans les services) ou transversale (par les GAETs).

De plus, dans le cadre de cette deuxième phase et considérant la nature de nos données - qualitatives (événements et variables) et quantitatives (variables) -, deux autres stratégies ont été utilisées (Langley, 1999) : la stratégie narrative, afin de construire l'histoire à partir des données des entrevues et de l'analyse documentaire, et la stratégie de quantification des variables quantitatives en provenance des données des questionnaires.

Enfin, la phase d'interprétation et de vérification des conclusions permet d'attribuer du sens aux données synthétisées, condensées et organisées (Lessard-Hébert, Goyette & Boutin, 1995). Cette phase est aussi le moment d'identifier et de confirmer des relations entre les données mais surtout de tester les hypothèses de recherche. Celle-ci, définie *a priori*, renforcent la validité interne de notre recherche (Yin, 1992, 1994a&b). Les relations avec le cadre conceptuel ont ensuite été vérifiées, ce qui a apporté de la robustesse à notre raisonnement théorique de départ (Campbell, 1975 ; Yin, 1994a).

IV.E.2. Validité et fiabilité de la recherche

Dans les études de cas, comme dans n'importe quel autre type d'étude de recherche, un ensemble de critères de rigueur scientifique doit être respecté (Kirk & Miller, 1986 ; Pourtois & Desmet, 1989 ; Sandelowski, 1986 ; Yin, 1994a ; Laperrière, 1997) : la validité interne, la validité de construit, la validité externe et la fiabilité.

IV.E.3. Validité interne de l'étude (crédibilité)

Dans les recherches expérimentales, la validité interne repose sur l'efficacité avec laquelle le devis élimine les explications autres que celle testée et donc permet aux chercheurs d'établir un lien de causalité entre les variables indépendantes et les variables dépendantes de leur étude (Cook & Campbell, 1983). Cette validité interne sera d'autant plus grande qu'il ne peut y avoir d'autres explications aux résultats. Dans une étude de cas, la validité interne de la recherche consiste à établir systématiquement la cohérence entre l'ensemble des relations qui découlent du modèle théorique initial, c'est-à-dire de la portée explicative de l'étude par rapport à la théorie (Contandriopoulos et al., 1990). De plus, la technique de la triangulation permettra aussi de renforcer la validité interne de l'étude (Pourtois et Desmet, 1989).

Dans le cas des études de cas explicatives, le modèle théorique est aux études de cas ce que les degrés de liberté (Walker, 1940) sont à l'analyse statistique (Campbell, 1975 ; McClintock, Brannon & Maynard-Moody, 1979 ; Leonard-Barton, 1990). En

effet, le degré de conformité entre les propositions théoriques et les résultats empiriques observés constitue la force explicative du modèle.

IV.E.4. Validité du construit de l'étude (fidélité)

La validité de construit repose sur la capacité de la recherche à définir des mesures adéquates aux concepts qu'on se propose d'observer (Bagozzi & Phillips, 1982). Cette validité de construit de l'étude est l'un des aspects critiques des études de cas (Yin, 1994a) car les chercheurs risquent de ne pas être capables d'élaborer des mesures appropriées, ce qui les mèneraient à utiliser des critères subjectifs au moment de la collecte/cueillette des données. Aussi, pour palier ce risque, Yin (1994a) propose trois stratégies : deux pendant la période de collecte/cueillette des données et une au moment de la rédaction du rapport de cas.

Pendant la période de collecte/cueillette des données, il est important d'utiliser plusieurs sources d'informations ou triangulation (Jick, 1979 & 1991 ; Mitchell, 1986 ; Blaikie, 1991 ; Sechrest & Sidani, 1995) et l'établissement d'une chaîne d'évidence entre les questions posées, les données recherchées et les conclusions proposées. Dans le cadre de la triangulation des données (Mitchell, 1986), nous avons utilisé la triangulation méthodologique (données qualitatives et quantitatives), la triangulation temporelle (plusieurs recueil dans le temps) et la triangulation des sources (informateurs multiples et documents). L'utilisation de trois types de triangulation renforce ainsi la validité de l'étude.

Au cours de la rédaction du rapport de cas, le résultat de l'analyse est à soumettre aux acteurs qui ont participé aux événements afin de les corroborer, de les infirmer ou de les nuancer. Cette validité de signifiante (Pourtois et Desmet, 1989) permet de vérifier la valeur informative des données et les interprétations auprès des acteurs concernés. En ce qui concerne cette étude, la validation du rapport de cas auprès des personnes interrogées a été effectuée qu'auprès de deux personnes qui ont manifesté leur disponibilité envers le chercheur ; leurs remarques ont été prises en compte.

IV.E.5. Validité externe de l'étude (transférabilité ou généralisation)

La validité externe d'une étude de cas correspond à sa capacité à généraliser les résultats observés au-delà du cas à l'étude et donc sa capacité à être transférée à d'autres contextes. Il est donc important que les chercheurs, au cours de leur étude de cas, se questionnent sur l'influence du contexte particulier où leur recherche se développe sur les effets qu'ils observent (Contandriopoulos et al. 1990). Toutefois, comme le dit Stake (1994) : « *the purpose of case study is not to present the world, but to represent the case* ». Aussi, il semble exister un consensus parmi les chercheurs utilisateurs de méthodes qualitatives sur le mot « généralisation » qui prend alors comme sens que les situations étudiées dans les études de cas sont généralisables en regard d'une théorie et non d'un univers d'individus. Donc, plus le cadre théorique sur lequel repose l'étude est solide, plus les résultats observés se montrent cohérents avec les propositions théoriques, plus ceux-là sont extrapolables à d'autres contextes (Yin, 1994a & 1999). Notre étude de cas aura donc une validité externe d'autant plus grande qu'elle permettra de renforcer le cadre théorique. Cependant, il semble nécessaire de continuer à travailler avec d'autres études de cas sur l'apport des connaissances qui est proposé à partir de ce cas unique afin de continuer à consolider la validité externe de l'étude.

IV.E.6. Fiabilité de l'étude (objectivité)

La fiabilité des études de cas repose sur leur capacité si les mêmes opérations de recherche étaient réalisées, les résultats observés seraient les mêmes (Yin, 1994a). La fiabilité d'une étude vise à éviter les biais pouvant être introduits par le chercheur lui-même. Or, cette étude de cas est particulièrement à risque puisque le chercheur a été partie prenante dans « l'histoire » du cas. Aussi pour palier ce type de biais est-il essentiel d'adopter deux stratégies proposées par Yin (1994a) : premièrement d'utiliser un protocole, deuxièmement de développer une base de données. Ces deux stratégies ont été adoptées dans cette étude. Les documents collectés et produits par l'étude de même que les fichiers informatiques réalisés dans les deux logiciels utilisés dans la recherche ont été organisés. Toutefois pour parfaire ce travail de validité externe, ce cas s'inscrit dans une recherche plus large d'étude de cas multiple portant sur huit autres établissements français (privés/publics ; grands/petits, etc.)

pour lesquels une analyse du dispositif de gestion de la qualité et du leadership sera effectuée.

Chapitre V.

MATÉRIELS DE RECHERCHE

" L'essentiel n'est pas de transpercer la cible, mais d'en atteindre le centre. "
K'ong-Fou-tseu dit Confucius (VI-V^e s. av. J.-C.)

Les outils utilisés pour le recueil des données portent simultanément sur trois périodes : (i) avant l'obligation pour les établissements de rentrer dans des démarches d'accréditation, (ii) la mise en place du dispositif, et (iii) la préparation à l'accréditation. Afin de rendre les résultats plus concrets, ceux-ci sont présentés globalement pour les différentes sources de données ce qui permettra dans un deuxième temps, lors de la présentation des résultats par niveaux, de réaliser une triangulation des données (Mitchell, 1986). A la fin de ce chapitre, un récapitulatif permet de comparer ce qui a été réalisé par rapport à ce qui était prévu et est consigné dans le tableau V.22.

V.A. Les questionnaires

V.A.1. Caractéristiques de la population hospitalière

Les questionnaires ont été envoyés aux trois mille deux cent quarante huit personnes travaillant temps plein dans l'établissement et aux cent quatorze les membres de la CEQSA et/ou de GAETs, soit 73,3% de la population totale hospitalière. Les grandes caractéristiques de cette population se définissent par une grande majorité de femmes (80%) avec comme professions les plus importantes les infirmières et les aides soignantes (44%), et par une majorité de personnes travaillant dans des services destinataires du référentiel (81,6%) ainsi que dans un des deux établissements de courte durée (78,6%) du CHU. L'ensemble des caractéristiques de la population interrogée est présenté ci-dessous dans les tableaux V.1, V.3 à V.7.

Pour simplifier la présentation et permettre des comparaisons entre la population hospitalière et les personnes qui ont répondu, les lieux de travail des personnes interrogées ont été réunis en trois catégories : (i) le court séjour (2 sites), (ii) la psychiatrie, et (iii) le moyen et long séjour (2 sites). Les métiers, pour leur part, ont été regroupés en sept catégories : aides et agents, paramédicaux, infirmières et sages-femmes⁶², médicaux, secrétaires, techniciens ingénieurs et ouvriers, administratifs. Le détail de ce regroupement est présenté dans le tableau V.2.

⁶² Nous avons regroupé les infirmiers et les sages-femmes ces deux professions ayant la même structures hiérarchiques.

Tableau V.1 : Caractéristiques de la population interrogée par questionnaire en fonction du métier

Caractéristique en fonction du métier	n1*	n2**	n3*** *	N	%
Membre de l'administration	0	78	17	95	2.8
Agent d'amphithéâtre	0	7	0	7	0.2
Aide laboratoire	11	1	0	12	0.3
Aide pharmacie	5	0	0	5	0.1
Aide radiologie	1	0	0	1	0.1
Aide soignante	594	11	3	608	18,2
Aide technique	11	0	0	11	0.3
Ambulancier	4	28	0	32	0.9
Agent de surface hospitalier (ash)	280	9	1	290	8.6
Assistante sociale	17	5	4	26	0.7
Aumônier	0	4	0	4	0.1
Chauffeur	3	12	0	15	0.4
Diététicien	0	8	0	8	0.2
Ergothérapeute	1	1	0	2	0.1
Hôtesse	0	2	0	2	0.1
Infirmière générale	0	0	2	2	0.1
Infirmière psychiatrique	208	1	0	209	6.2
Infirmière psychiatrique cadre	25	0	1	26	0.7
Infirmière	607	12	14	633	18.9
Infirmière cadre	63	2	11	76	2.2
Informaticien	1	20	2	23	0.7
Ingénieur	0	7	1	8	0.2
Formateurs en instituts de formation	0	17	0	17	0.5
Institutrice	1	0	0	1	0.1
Kinésithérapeute	17	0	0	17	0.5
Manipulateur radiologie	50	6	0	56	1.6
Manipulateur radiologie cadre	4	1	2	7	0.2
Médecin	391	17	41	449	13.3
Orthophoniste	5	0	0	5	0.2
Orthoptiste	2	0	0	2	0.1
Ouvrier	35	300	3	338	10.1
Pharmacien	13	0	4	17	0.5

Préparateur pharmacie	19	0	1	20	0.6
Psychologue	14	1	0	15	0.4
Psychomotricien	3	0	0	3	0.1
Pédicure-podologue	0	1	0	1	0.1
Radiophysicien	1	1	0	2	0.1
Sage femme	17	0	0	17	0.5
Sage femme cadre	3	0	2	5	0.2
Secrétaire médicale	113	17	3	133	4.0
Secrétaire	33	18	1	52	1.5
Standardiste	0	4	0	4	0.1
Technicien électro- encéphalogramme et radiologie	0	6	0	7	0.2
Technicien laboratoire	90	2	0	92	2.7
Technicien laboratoire cadre	5	0	1	6	0.2
Total	2647	601	114	3362	100

*n1 : population destinataire du questionnaire 1

**n2 : population destinataire du questionnaire 2

***n3 : population destinataire du questionnaire 3

Tableau V.2 : Regroupement des métiers en sept catégories

Regroupements professionnels	Professions
Aides et agents	Aides pharmacies, aides radiologies, aides laboratoires, aides soignantes, aides techniques, préparateurs pharmacies, agents amphithéâtres, agent de surface hospitalier
Paramédicaux	Diététiciennes (dont les cadres), assistantes sociales (dont les cadres), ergothérapeutes, kinésithérapeutes (dont les cadres), manipulateurs radiologie, manipulateurs radiologie cadres, orthophonistes, orthoptistes, psychologues, psychomotriciens, pédicure-podologues et formateurs en institutions de formation.
Infirmières et sages-femmes	Infirmières générales, infirmières psychiatriques, infirmières psychiatriques cadres, infirmières, infirmières cadres, infirmières générales, sage-femmes, sage-femmes cadres
Médicaux	Médecins et pharmaciens
Secrétaires	Secrétaires médicales et secrétaires non médicales
Techniciens ingénieurs et ouvriers	Techniciens (dont ceux travaillant aux électroencéphalogrammes, laboratoires et radiologies), techniciens cadres, informaticiens, ingénieurs, radiophysiciens, ouvriers(dont blanchisseurs), ambulanciers, chauffeurs, aumônier, standardistes, hôtesses
Administratifs	Directeurs et personnels de direction

Tableau V.3 : Caractéristiques de la population interrogée par questionnaire en fonction des métiers regroupés

Métiers regroupés	n	%	% cumulé
Aides et Agents	954	28,4	28,4
Paramédicaux	161	4,8	33,2
Infirmières et Sage-femmes	968	28,8	62
Médicaux	466	13,8	75,8
Secrétaires	185	5,5	81,3
Techniciens Ingénieurs Ouvriers	533	15,8	97,1
Administratifs	95	2,9	100
Total	3362	100,0	

Tableau V.4 : Caractéristiques de la population interrogée par questionnaire par sexe

Répartition par sexe	n	%	% cumulé
Homme	881	26,2	19,6
Femme	2481	73,8	100,0
Total	3362	100,0	

Tableau V.5 : Caractéristiques de la population interrogée par questionnaire en fonction de leur établissement

Établissements	N	%	% cumulé
Courte durée	2621	78	78.6
Psychiatrie	491	14,6	91.6
Moyen et long séjour	250	7,4	100.0
Total	3362	100,0	

Tableau V.6 : Caractéristiques de la population interrogée par questionnaire en fonction des personnes destinataires du référentiel et membres de commission

Répartition des personnes destinataires du référentiel et membres de commission	n	%	% cumulé
Référentiel	2647	78,7	74
Non référentiel	601	17,9	96.2
Commission/GAET	114	3,4	100,0
Total	3362	100,0	

Tableau V.7 : Caractéristiques des médecins interrogée par questionnaire

Statuts	N	%	% cumulé
Internes	122	27,1	
Résidents	22	4,9	
Faisant fonction d'interne	14	3,1	
Professeur des Universités-Praticien Hospitalier	20	4,4	
Chef de service	42	9,5	
Praticien Hospitalier	164	36,5	
Maître de conférences des Universités-Praticien Hospitalier	19	4,2	
Chef de clinique ou Assistant hospitalo-universitaire	46	10,3	
TOTAL	449	100	

V.A.2. Répartition des envois de questionnaires

Sur les 3362 questionnaires qui ont été envoyés aux professionnels travaillant au CHU :

- 2647 (questionnaire 1) ont été adressés aux professionnels temps plein destinataires du référentiel ;
- 601 (questionnaire 2) ont été adressés aux professionnels temps plein non destinataires du référentiel ;
- 114 (questionnaire 3) ont été adressés aux professionnels membres de la CEQSA et/ou de groupes d'autoévaluation thématiques.

V.A.3. Taux de réponses aux questionnaires

Pour établir le taux de retour aux questionnaires, les personnes destinataires qui étaient au moment de l'envoi en congé maladie ou en disponibilité ont été retirés de l'échantillon (cf. tableau V.8) :

- Questionnaire temps plein référentiel (Q1) : 2604 l'ont reçu et 1164 l'ont retourné, soit un taux de réponses de 44,7%.
- Questionnaire temps plein non destinataire du référentiel (Q2) : 524 ont pu recevoir le questionnaire et 350 personnes y ont répondu, soit un taux de réponses de 66,8%.
- Questionnaire pour les membres de la CEQSA et/ou des GAET (Q3) : 114 personnes ont été sollicitées, 62 ont répondu, soit un taux de réponses de 54,4%.

Au total, si l'on considère les questionnaires des personnels temps plein et des personnes membres de la CEQSA et/ou de GAET, 48,6% d'entre eux ont répondu.

Tableau V.8 : Taux de réponses aux questionnaires

Questionnaire	n envoyé	n corrigé ⁶³	n retourné	%
Questionnaire 1	2647	2604	1164	44,7
Questionnaire 2	601	524	350	66,8
Temps plein	3248	3128	1514	48,4
Questionnaire 3	114	114	62	54,4
Total	3362	3242	1576	48,6

V.A.4. Représentativité des personnes ayant répondu aux questionnaires**V.A.4.a. Questionnaire 1 : temps plein référentiel****1. Caractéristiques générales**

La population temps plein référentiel est à forte prédominance féminine (80,7%). Elle est constituée en même proportion d'« aides et agents » que d'« infirmières sage-femmes » et d'une nette prédominance de personnes travaillant en courte durée (78%) (cf. tableaux V.9a, b et c).

Tableau V.9a : Caractéristiques générales des personnes travaillant temps plein et dans un service ayant reçu le référentiel par sexe

Sexe	n	%
Homme	512	19,3
Femme	2135	80,7
Total	2647	100,0

⁶³ Ont été retirées les personnes en congé maladie ou en disponibilité au moment de l'envoi.

Tableau V.9b : Caractéristiques générales des personnes travaillant temps plein et dans un service ayant reçu le référentiel par métier

Métier	n	%
Aides et Agents	921	34,8
Paramédicaux	114	4,3
Infirmières et Sage-Femmes	923	34,9
Médicaux	404	15,3
Secrétaires	146	5,5
Sous-total	2508	94,7
Données manquantes	139	5,3
Total	2647	100,0

Tableau V.9c : Caractéristiques générales des personnes travaillant temps plein et dans un service ayant reçu le référentiel par établissement

Établissement	n	%
Court séjour	2026	76,6
Psychiatrie	400	15,1
Moyen et long séjour	221	8,3
Total	2647	100

2. Étude de la représentativité

Lorsque l'on compare les deux populations par rapport au sexe, le X^2 est égal à zéro, l'échantillon est donc totalement représentatif. En fonction du métier, le X^2 ($=77,683$) montre une différence très significative entre les deux populations ($>0,05\%$). En effet, la population qui a répondu aux questionnaires est sous représentée par rapport aux "aides et agents" et "médicaux" et sur représentée pour les "infirmières sages-femmes" et "secrétaires". Par contre, pour les "paramédicaux", on a une représentativité parfaite. On ne retrouve pas de différence significative entre les deux populations ($X^2 = 4,125$) en fonction de l'établissement (cf. tableaux V.10a, b et c).

Tableau V.10a : Comparaison entre la population interrogée et les répondants par sexe

Sexe	n participation		Total
	Oui	Non	
Homme	211	301	512
Femme	881	1254	2135
Total	1092	1555	2647

$$X^2 = 0,000 \quad ddl = 1$$

Tableau V.10b : Comparaison entre la population interrogée et les répondants par métier

Métier	n participation		Total
	Oui	Non	
Aides et Agents	294	627	921
Paramédicaux	51	63	114
Infirmières et Sage-Femmes	456	467	923
Médicaux	144	260	404
Secrétaires	82	64	146
NSP	65	74	139
Total	1092	1555	2647

$$X^2 = 77,683 \quad ddl = 4$$

Tableau V.10c : Comparaison entre la population interrogée et les répondants par établissement

Établissement	n participation		Total
	Oui	Non	
Court séjour	846	1180	2026
Psychiatrie	169	231	400
Moyen et long séjour	77	144	221
Total	1092	1555	2647

$$X^2 = 4,125 \quad ddl = 2 \quad (X^2 \text{ représentatif à } 5,99)$$

V.A.4.b. Questionnaire 2 : temps plein non référentiel

1. Caractéristiques générales

La population temps plein référentiel est légèrement plus masculine (52,6%). Ces personnes sont majoritairement des techniciens/ingénieurs/ouvriers (63,9%) et travaillent surtout dans les établissements de courte durée (79,7%) (cf. tableaux V.11a, b et c).

Tableau V.11a : Caractéristiques générales des personnes travaillant temps plein et dans un service non destinataire du référentiel par sexe

Sexe	n	%
Homme	316	52,6
Femme	285	47,4
Total	601	100,0

Tableau V.11b : Caractéristiques générales des personnes travaillant temps plein dans un service non destinataire du référentiel par établissement

Établissement	n	%
Court séjour	479	79,7
Psychiatrie	72	12,0
Moyen et long séjour	50	8,3
Total	601	100,0

Tableau V.11c : Caractéristiques générales des personnes travaillant temps plein et dans un service non destinataire du référentiel par métier

Métier	n	%
Aides et Agents	28	4,7
Paramédicaux	44	7,3
Infirmières et Sfirmmes	15	2,5
Médicaux	17	2,8
Secrétaires	35	5,8
Techniciens Ingénieurs	384	63,9
Ouvriers		
Administratifs	78	13,0
Total	601	100,0

2. Étude de la représentativité

Lorsque l'on compare les deux populations par rapport au sexe, le X^2 est égal à 0,071, l'échantillon est donc totalement représentatif. Il n'existe pas de différence significative ($X^2=6,453$) entre les deux populations lorsque l'on compare les métiers. Et par rapport à l'établissement, on ne retrouve pas de différence significative entre les deux populations ($X^2 = 1,358$) (cf. tableaux V.12a, b et c).

Tableau V.12a : Comparaison entre la population interrogée et les répondants par sexe

Sexe	n Participation		Total
	Oui	Non	
Homme	162	154	316
Femme	143	142	285
Total	305	296	601

$$X^2 = 0,071 \text{ ddl} = 1$$

Tableau V.12b : Comparaison entre la population interrogée et les répondants par métier

Métier	n Participation		Total
	Oui	Non	
Aides et Agents	19	9	28
Paramédicaux	24	20	44
Infirmières et Sœurs	10	5	15
Médicaux	10	7	17
Secrétaires	18	17	35
Techniciens Ingénieurs	186	198	384
Ouvriers			
Administratifs	38	40	78
Total	305	296	601

$$X^2 = 6,453 \text{ ddl} = 6 \quad (X^2 \text{ significatif} > 12,6)$$

Tableau V.12c : Comparaison entre la population interrogée et les répondants par établissement

Etablissement	n Participation		Total
	Oui	Non	
Court séjour	248	231	479
Psychiatrie	32	40	72
Moyen et long séjour	25	25	50
Total	305	296	601

$$X^2 = 1,358 \text{ ddl} = 2$$

V.A.4.c. Questionnaire 3 : CEQSA et/ou GAET

1. Caractéristiques générales

Sur les 62 personnes qui ont répondu, 41,7% étaient des hommes et 55% des femmes. Ces personnes œuvraient majoritairement dans un établissement de court séjour (cf. tableaux V.13a, b et c).

Tableau V.13a : Caractéristiques générales des personnes membres de la CEQSA et ou de GAET

Sexe	n	%
Homme	25	41,7
Femme	33	55
NSP	4	3,3
Total	62	100,0

Tableau V.13b : Caractéristiques générales des personnes membres de la CEQSA et ou de GAET

Métier	n	%
Aides et Agents	1	1,6
Paramédicaux	0	0
Infirmières et Sœurs	26	42
Médicaux	19	30,6
Secrétaires	1	1,6
Techniciens Ingénieurs	4	6,5
Ouvriers		
Administratifs	9	14,5
NSP	2	3,2
Total	62	100,0

Tableau V.13c : Caractéristiques générales des personnes membres de la CEQSA et ou de GAET

Établissement	n	%
Court séjour	24	40
Psychiatrie	6	10
Moyen et long séjour	0	0
NSP	32	50
Total	62	100,0

2. Étude de la représentativité

Il n'est possible de faire des statistiques que sur le sexe, pour le métier et l'établissement les effectifs étant trop petits. Pour le sexe, il n'existe pas de différence significative (cf. tableau V.14).

Tableau V.14 : Comparaison entre la population interrogée et les répondants par sexe

Sexe	Participation	
	n interrogées	n répondues
Homme	53	25
Femme	61	33
Total	114	58

V.A.4.d. Les critiques faites aux questionnaires

Soixante remarques ont été faites concernant les questionnaires 1 et 2. Tout d'abord, en ce qui concerne les questionnaires destinés aux personnels temps plein, les personnes ont mis en évidence que dans la première partie il manquait un espace pour répondre à l'une des questions. Quatorze personnes ont trouvé que le questionnaire n'était pas adapté à leur domaine d'activité et était trop orienté vers les services cliniques : *“une grande partie du questionnaire concerne le personnel soignant et très peu pour le personnel administratif ou technique”*. Les personnes qui ont fait cette remarque travaillaient en particulier dans les laboratoires, les services logistiques et l'administration. Le questionnaire a été trouvé trop long par 21 personnes : *“ce questionnaire est trop long et ennuyeux pour être rempli correctement par la majorité des professionnels intéressés”*. Les questions ne sont pas apparues pour tout le monde compréhensibles et à la portée de toutes les personnes visées *“ce questionnaire n'est pas à la portée de tous”*. Enfin, deux personnes ont mis en doute l'anonymat du questionnaire et l'une d'entre elles a refusé d'y

répondre en invoquant cette raison. Pour plus de détails, l'ensemble des remarques est consultable en annexe 14.

V.B. Les entretiens

Une présentation du déroulement des entretiens est ici présentée en fonction des niveaux d'investigation. De plus, pour chacun des entretiens, le tableau V.21 récapitule leur

apport en fonction des différents niveaux de l'étude. L'analyse du contenu de ces entretiens est présentée au chapitre suivant.

V.B.1. Niveau service

Sur les 40 chefs de service sollicités pour un entretien (SN 1⁶⁴), 35 ont pu être vus. Aucun n'a refusé d'être rencontré mais les délais, entre la demande et la possibilité de rencontres, étaient parfois trop courts, car précèdent les grandes vacances. En moyenne ces entretiens ont duré 35 minutes.

V.B.2. Niveau GAETs

Les 10 groupes d'autoévaluation thématiques ont bénéficié d'une présidence (SN 6) (cf. tableau V.15). Pour le GAET "Management de l'établissement et des secteurs d'activité" (MEA), présidé par le directeur général de l'établissement, celui-ci a été aussi rencontré en tant que chef d'établissement (niveau 4, SN 22) de même, le président du GAET "Gestion de la qualité et prévention des risques" (QPR) a été rencontré en tant que représentant de la CME au bureau qualité et président de la CEQSA. Parmi ces 9 présidents, un seul d'entre eux (SPI) n'a pas pu être rencontré, celui-ci n'ayant pas eu suffisamment de temps à allouer à un entretien.

La durée moyenne des entrevues a été de 57 minutes. A l'exception de l'une d'entre elles, elles se sont déroulées dans un climat détendu et coopératif. Une seule personne a manifesté des récriminations face à la démarche d'accréditation (cf. tableau V.16).

Tableau V.15 : Récapitulatif des présidents de GAETs rencontrés

Nom du GAET	Qualité du Président	Rencontre
Droits et information du patient DIP	Médecin PU-PH non chef de service	OUI
	Président du comité d'éthique	
Dossier du patient	Directeur général adjoint	OUI

⁶⁴ Reprend le numéro de sous-niveau "SN" du tableau 4.1.

DPA		
Gestion des fonctions logistiques GFL	Directeur des services économiques	OUI
Gestion des ressources humaines GRH	Directeur des ressources humaines	OUI
Gestion du système d'information GSI	Directeur des systèmes d'information et de l'organisation	OUI
Management de l'établissement et des secteurs d'activité MEA	Directeur général	OUI (vu aussi comme chef de l'établissement)
Organisation de la prise en charge des patients OPC	Médecin PU-PH non chef de service	OUI
Gestion de la qualité et prévention des risques QPR	Médecin MCU-PH non chef de service	OUI (vu aussi comme membre du bureau qualité et président de la CEQSA)
Surveillance, prévention et contrôle du risque infectieux SPI	Médecin PH Président du CLIN	NON
Vigilances sanitaires et sécurité transfusionnelle " VST	Médecin PH Président de la commission d'hémovigilance et de sécurité transfusionnelle	OUI

Tableau V.16 : Synthèse des entretiens réalisés auprès des présidents des GAET¹

GAET	Durée	Atmosphère	Remarques
1	50 mn	Détendue	A donner des documents
2	60 mn	Détendue et constructive	
3	85 mn	Détendue	Pas de vision globale du dispositif
4	45 mn	Ni tendue ni détendue	A préparer l'entretien
5	60 mn	Tendue	
6	40 mn	Détendue	Beaucoup de réponses " oui " " non " sans développement
7	60 mn	Détendue	

V.B.3. Niveau opérationnel

Les " référents qualité " (SN 9) sont les quatre personnes en charge directement de la préparation à l'accréditation : le directeur qualité, l'infirmière générale en charge de la qualité, le médecin et l'infirmière de l'UEQSA. Ces quatre personnes ont aussi été vues en tant que membres du bureau qualité.

En ce qui concerne le bureau qualité (SN 11) celui-ci est constitué, outre des quatre personnes citées ci-dessus, du directeur des affaires médicales, du chef de service de santé publique et de deux représentants de la CME (dont l'un est le président de la CEQSA). Le directeur général et la chargée de communication y sont aussi conviés. Ces deux personnes ont aussi été vues dans le cadre de leur rôle au niveau 4. Seul le chef de service de santé publique a refusé d'être rencontré, sans donner de raison. Les entretiens ont duré en moyenne 90 minutes et se sont tous déroulés dans une atmosphère détendue et constructive (cf. tableau V.17).

Tableau V.17 : Synthèse des entretiens réalisés auprès des responsables “ référents qualité ” au niveau opérationnel

Entretiens	Durée	Atmosphère	Remarques
1	100 mn	Détendue et constructive	Préparation de l'entretien Vu en tant que “ référent qualité ” et membre du bureau qualité
2	100 mn	Détendue et constructive	Préparation de l'entretien Vu en tant que “ référent qualité ” et membre du bureau qualité
3	90 mn	Stressée au début puis détendue et constructive	Préparation de l'entretien avec réponses préparées pour certaines questions
4	65 mn	Détendue et constructive	Préparation de l'entretien avec réponses préparées pour certaines questions
5	100 mn	Détendue et constructive	Préparation de l'entretien Vu en tant que “ référent qualité ” et membre du bureau qualité
6	100 mn	Détendue et constructive	Pas de préparation de l'entretien
7	90 mn	Détendue et constructive	Préparation de l'entretien avec réponses préparées pour certaines questions Vu aussi en tant que président de la CEQSA
8	95 mn	Détendue	Dérapage dans les sujets abordés

V.B.4. Niveau stratégique

Au niveau stratégique, il était prévu de rencontrer : les représentants des syndicats membres de la CEQSA, l'un au titre de sa participation au CTE, l'autre du CHSCT (SN 16) ; les représentants des usagers au conseil d'administration (SN 17) ; l'attachée de communication du CHU (SN 18) ; le président de la CEQSA (SN 19) ; le directeur des services infirmiers (SN 20) ; le président de la CME (SN 21) et le directeur général de l'établissement (SN 22). Parmi ces personnes, seuls les représentants des syndicats n'ont pas souhaité être rencontrés. Alors que les deux représentants des usagers devaient être rencontrés, l'un des deux a décliné l'invitation à cause d'un décès dans sa famille. Les

entretiens ont duré en moyenne 66 minutes et ils se sont tous déroulés dans une atmosphère détendue et constructive (cf. tableau V.18).

Tableau V.18 : Synthèse des entretiens réalisés auprès des personnes intervenant au niveau stratégique.

Entretien	Durée	Atmosphère	Remarques
1	60 mn	Détendue et constructive	Préparation de l'entretien
2	35 mn	Détendue et constructive	Préparation de l'entretien
3	90 mn	Détendue et constructive	Point de vue exclusif
4	65 mn	Détendue et constructive	Regard fuyant
5	80 mn	Détendue et constructive	Pressé dans le temps, pas de préparation

V.B.5. Niveau communauté d'établissement

Les responsables qualité des établissements de la communauté d'établissement (SN 24), qui comprend 8 établissements, ont tous pu être rencontrés. Ils étaient tous des administratifs. Les entretiens ont duré en moyenne 27 minutes. Ils ont été conduits par téléphone et ont été réalisés dans une atmosphère détendue (cf. tableau V.19).

Tableau V.19 : Synthèse des entretiens réalisés auprès des responsables " qualité " des établissements membre de la communauté d'établissement

Entretien	Durée	Atmosphère	Remarques
1	35 mn	Détendue	Hôpital ayant participé aux visites test d'accréditation proposé par l'ANAES en 1998
2	35 mn	Détendue et amicale	Expert visiteur pour l'ANAES
3	35 mn	Détendue	Préparation de l'entretien
4	30 mn	Détendue	Intérêt important pour l'étude
5	25 mn	Détendue	Pas de préparation de l'entretien
6	25 mn	Détendue	Pas de préparation de l'entretien
7	25 mn	Détendue	Préparation de l'entretien
8	30 mn	Détendue	Pas de préparation de l'entretien

V.B.6. Niveau tutelle

Le médecin inspecteur de la santé publique de la direction départementale dont dépend le CHU, le médecin conseil de l'échelon local du service médical de la Caisse nationale d'assurance-maladie et le directeur de l'agence régionale d'hospitalisation ont été contactés (SN 26). Seul le médecin de la DDASS n'a pas donné suite à notre demande d'entretien, sans donner de raison (cf. tableau V.20).

Tableau V.20 : Synthèse des entretiens réalisés auprès de la tutelle

Tutelle	Durée	Atmosphère	Remarques
1	65 mn	Détendue	Préparation de l'entretien
2	30 mn	Détendue et constructive	Cherchait surtout à savoir comment cela s'était passé dans l'établissement

Tableau V.21 : Récapitulatif de l'apport des entretiens en fonction des différents niveaux de l'étude de cas

Caractéristiques des personnes	Nombre de personnes sollicitées	Nombre de personnes rencontrées	Entretien intervenant au niveau 1	Entretien intervenant au niveau 2	Entretien intervenant au niveau 3	Entretien intervenant au niveau 4	Entretien intervenant au niveau 5	Entretien intervenant au niveau 6
Directeur général	1	1	Non	Oui (président d'un GAET)	Non	Oui	Oui	Non
Directeur des affaires médicales	1	1	Non	Oui (membre de GAET)	Oui (membre du bureau qualité)	Non	Non	Non
Directeur qualité	1	1	Non	Oui (membre de GAET)	Oui	Oui	Oui	Non
Président de la CME	1	1	Oui (chef de service)	Oui (membre de GAET)	Non	Oui	Non	Non
Président de la CEQSA	1	1	Oui (membre d'un service)	Oui (membre de GAET)	Oui	Oui	Non	Non
Chefs de services cliniques	40	35	Oui	Non	Non	Non	Non	Non

Chef du service de santé publique	1	0	Oui (chef de service)	Oui (membre de GAET)	Oui	Non	Non	Non
Médecin responsable de l'unité d'évaluation	1	1	Non	Oui (membre de GAET)	Oui	Non	Oui	Non
Médecins représentants de la CME au bureau qualité	2	2	Oui (l'un des deux en tant que chef de service)	Oui (pour l'un des deux en tant que membre de GAET)	Oui	Non	Oui (l'un des deux en tant que président de la CEQSA)	Non
Directeur du service de soins infirmiers	1	1	Non	Oui (membre de GAET)	Non	Oui	Non	Non
Infirmière générale en charge de la qualité	1	1	Non	Oui (membre de GAET)	Oui	Non	Oui	Non
Infirmière de l'unité d'évaluation	1	1	Non	Oui (membre de GAET)	Oui	Non	Non	Non
Secrétaire de l'unité d'évaluation	1	1	Non	Non	Oui	Non	Non	Non

Présidents des groupes d'autoévaluation thématiques	9	8	Non	Oui	Non	Non	Non	Non
Attachée de communication	1	1	Non	non	non	Oui	non	non
Personnes de la communauté d'établissement	8	8	Non	Non	Non	Non	Oui	Non
Directeur de l'agence régionale d'accréditation	1	2 (reçu en présence du conseiller médical)	Non	Non	Non	Non	Non	Oui
Le médecin inspecteur départemental de la santé	1	0	Non	Non	Non	Non	Non	Oui
Le médecin conseil départemental	1	1	Non	Non	Non	Non	Non	Oui

V.C. Les documents

Les documents réalisés à chacun des différents niveaux de l'étude ont pu faire l'objet d'un recueil systématique.

Toutes les informations issues des services ont été recueillies au niveau "services" (niveau 1). Ce qui comporte le référentiel interne d'autoévaluation documenté, les résumés des modalités de remplissage du référentiel, l'évaluation du RIAE et des comptes rendus de travaux menés dans le cadre de la qualité au niveau des services. Il a été aussi observé les moyens mis à disposition pour la réalisation de la préparation au niveau des services cliniques et médico-techniques.

Au niveau des GAETs (niveau 2), les comptes-rendus de tous les GAETs ainsi que la synthèse finale ont été récupérés.

Au niveau de la gestion des opérations (niveau 3), les documents émis au début par la direction des affaires financières puis par la direction qualité ayant trait à la préparation ont été recueillis. Le recueil a cherché à être exhaustif sans que cela ne soit certain. Par contre, en ce qui concerne les documents réalisés par la direction des soins infirmiers ou par l'UEQSA, un recueil exhaustif a été réalisé.

Au niveau stratégique (niveau 4), nous avons pu nous procurer le projet d'établissement, les journaux internes parus tout au long de la période étudiée, les notes internes ou les courriers des personnes agissant à ce niveau, enfin toutes les lettres "qualité" publiées au cours de notre période d'étude.

Au niveau de la communauté d'établissement (niveau 5), tous les documents qui ont été réalisés dans le cadre de la coopération qualité bâti autour de la préparation à

l'accréditation ont été disponibles, en particulier la convention, les comptes rendus de réunions ainsi que les évaluations de satisfaction des personnes qui ont assisté aux conférences de présentation de l'accréditation.

Au niveau de la tutelle (niveau 6), le contrat d'objectif et de moyens que nous souhaitions pouvoir nous procurer n'a pas été signé au cours de notre étude, et il nous a pas été permis d'avoir accès au document de travail. Aussi n'avons-nous pas récupéré de documents à ce niveau.

Tous ces documents ont ensuite fait l'objet d'une analyse en fonction de notre cadre théorique.

Tableau V.22 : Récapitulatif comparant ce qui était prévu avec ce qui a été réalisé

Niveaux	SN	Prévus	Envoyés	Réalisés ou retournés
Niveau 1 : Services	1	40 entretiens		35 entretiens réalisés
	2	100% des personnes	2703 questionnaires envoyés	1176 questionnaires retournés
	3	100% des personnes	650 questionnaires envoyés	354 questionnaires retournés
	4		1160 questionnaires envoyés	196 questionnaires retournés
	5		154 questionnaires envoyés	18 questionnaires retournés
	7	100% Documents		100% Récupérés
	8	100% Moyens		100% Observés
Niveau 2 : GAET	9	9 entretiens		8 entretiens réalisés
	10 et 16	100% des personnes	129 questionnaires envoyés	62 questionnaires retournés
	11	100% Documents		100% Récupérés
Niveau 3 : Gestion des opérations	12	4 entretiens		4 entretiens réalisés
	13	100% Documents		100% Récupérés
	14	4 entretiens		3 entretiens réalisés
	15	100% Documents		Récupérés
	16 et 10	100% des personnes	129 questionnaires envoyés	62 questionnaires retournés
	17	100% Documents		80% Récupérés
	18	100% Moyens		100% Observés
Niveau 4 : Stratégique	19	2 entretiens		Aucun entretien

	20	1 entretien		1 entretien
	21	1 entretien		1 entretien
	22	1 entretien		1 entretien
	23	1 entretien		1 entretien
	24	1 entretien		1 entretien
	25	100% Documents		100% Récupérés
Niveau 5 : Communauté d'établissement	26	8 personnes		8 entretiens réalisés
	27	100% Documents		100% Récupérés
Niveau 6 : Tutelle	28	3 entretiens		2 entretiens réalisés
	29	100% Documents		0% Récupérés

Chapitre VI.

RÉSULTATS

« Nous embrassons la multiplicité des atomes dans une perception unique: supprimez l'esprit qui opère cette synthèse, et vous anéantirez aussitôt les qualités, c'est-à-dire l'aspect sous lequel se présente à notre conscience la synthèse des parties élémentaires. »
Bergson (1859-1941)

Nous présenterons les résultats de manière chronologique, en partant des spécificités et pratiques dans l'établissement avant la parution des ordonnances jusqu'à la fin de la préparation à l'accréditation. Pour ce faire, nous répondrons aux dix questions (cf tableau VI.1) qui jalonnent la procédure de préparation dans un contexte de changement. Les cinq premières mettent en évidence les conditions favorables à l'émergence du changement, les cinq autres caractérisent le changement intervenu. A la fin de la série de chaque question, nous ferons ressortir les idées principales (que nous nommerons « bulles de synthèse »).

La source principale de nos données sont les entretiens réalisés aux niveaux opérationnel et stratégique (niveaux 3&4) ; les autres sources de données nous serviront à illustrer ou préciser les résultats obtenus. Nous présenterons nos résultats le plus souvent par niveau, parfois en fonction de thèmes, afin d'illustrer spécifiquement nos questions.

Enfin, pour alléger la présentation, nous mettrons entre parenthèses - PR - les résultats provenant des questionnaires des personnes travaillant temps plein dans un service destinataire du référentiel, et - PNR - les questionnaires des personnes travaillant temps plein dans un service non destinataire du référentiel (pour plus de détails sur les résultats obtenus dans le cadre des questionnaires se référer à l'annexe 14).

Tableau VI.1 : Le déroulement de la préparation à l'accréditation en dix questions

Les conditions favorables au changement
<i>Les prémisses de la préparation</i>
1. Quelles étaient les spécificités du CHU et ses pratiques dans le domaine de la qualité avant la parution des ordonnances de 1996 ?
2. Quel impact immédiat les ordonnances de 1996 ont eu sur l'établissement ?
<i>Le dispositif mis en place</i>
3. Pour la préparation à l'accréditation, quelles structures ont été mises en place et quelle connaissance les personnes en ont-elles ?
4. Quels sont les outils qui ont été utilisés lors de la préparation ?
5. Que s'est-il passé concrètement lors de la préparation ?
Les caractéristiques du changement
<i>Les changements</i>
6. Quels sont les changements qui sont intervenus en lien avec la préparation à l'accréditation ?
7. Qu'est ce que les personnes ont appris au cours de la procédure ?
8. Finalement quel est l'impact de l'accréditation sur le CHU étudié ?
<i>L'implication dans la préparation</i>
9. Comment les personnes ont-elles caractérisé leur participation ou leur non participation à la procédure ?
<i>Les avis sur la procédure</i>
10. Quelles sont les caractéristiques de la procédure ?

VI.A Les conditions favorables au changement

VI.A.1 Premier temps : les prémisses de la préparation

Question 1 : Quelles étaient les spécificités du CHU et ses pratiques dans le domaine de la qualité avant la parution des ordonnances de 1996 ?

Pour cette partie, nous présenterons les résultats en fonction des différents niveaux.

VI.A.1.a. Ce qu'en pensent les personnes travaillant aux niveaux opérationnel et stratégique (niveau 3 & 4)

1. Les caractéristiques générales

« Sur le plan général (...), c'est un CHU relativement petit, qui a la particularité d'avoir un autre CHU dans la même région, et c'est à la fois un point faible et un point fort. Les particularités du CHU c'est d'être un établissement multi sites quand même, c'est-à-dire donc qui a les deux pôles principaux évidemment mais aussi d'autres établissements dont l'hôpital psychiatrique et autres. La taille du CHU fait que c'est un établissement à taille humaine contrairement à d'autres. Je dirais que la particularité c'est quand même liée donc au fait de ce que je viens de vous dire, donc plusieurs sites et aussi donc qu'il ne soit pas trop important que les gens arrivent quand même à se concerter en fonction de la taille. »
(citation d'un médecin)

Ce CHU se caractérise principalement par ses sites multiples (5 sites différents), sa bipolarité en matière de soins aigus (2 sites, un neuf et un plus ancien) et sa triple mission : de soins, d'enseignement et de recherche. Il est un des plus petits de France, ce qui lui permet d'être à taille humaine et de favoriser les contacts entre les personnels. Mais cela crée aussi un sentiment de vulnérabilité - peur d'être rattaché à un autre CHU, voire d'être supprimé. Cette situation qui existe depuis la création du CHU lui permet aussi de chercher à se singulariser.

Son activité se répartit, en nombre de lits, de manière quasi-équivalente entre les soins aigus et la psychiatrie (1200 lits) et les soins de moyen et long séjour (900 lits). Ces activités de moyen et long séjour sont remises en cause par l'ARH. Simultanément, la durée moyenne de séjour a diminué et les alternatives à l'hospitalisation ont augmenté.

Au niveau régional, depuis un certain nombre d'années, se sont développées de grandes orientations de santé publique axées sur les grandes pathologies retrouvées dans la région (comme l'alcoolisme, le suicide) dans lesquelles le CHU s'est inscrit, en

développant des programmes spécifiques. Même si cette politique a été identifiée par une des personnes rencontrées comme opportuniste ne favorisant pas la mise en œuvre d'un projet d'établissement fort, elle a permis au CHU de développer de nouvelles activités en recevant des financements *ad hoc*.

2. Les points forts

Quelques lignes directrices

Le CHU est bien ancré dans son environnement : il a un rôle d'hôpital de proximité et de formation pour la partie occidentale de sa région. Cet établissement, relativement jeune sous sa forme CHU⁶⁵, se positionne comme une source de référence pour les hôpitaux publics de la communauté d'établissement. Au cours des années 90⁶⁶, la construction d'un nouvel hôpital lui a permis d'être à la pointe de la technologie et de l'organisation. Le service de soins infirmiers est aussi un de ces points forts, il est structuré et organisé. Ce service développe depuis de nombreuses années un projet infirmier, axé sur la sortie du patient et il détient un réseau de cadres performants qui assure un bon relais auprès des équipes : « C'est une force dynamique de progrès et de changement »⁶⁷.

Du capital social

Du fait de son positionnement géographique excentré, la population soignée et les professionnels partagent un fond culturel commun, ce que l'on ne retrouve que rarement dans de grandes villes. Les professionnels dans l'ensemble cherchent à défendre les intérêts de « leur » CHU en s'impliquant en interne et en externe. Il existe d'ailleurs une représentation importante des professionnels au niveau national. Cet établissement développe des relations humaines et sociales simples, il existe moins de hiérarchie au sein du corps médical que dans d'autres CHU. Ceci permet une mobilisation du corps médical plus facile et la possibilité de développer de bonnes relations entre les professionnels médicaux et paramédicaux. Avec l'arrivée d'un nouveau directeur

⁶⁵ cela remonte à 1966

⁶⁶ Ce CHU a été l'un des seuls en France à bénéficier d'une telle construction.

⁶⁷ Citation d'un membre de la DSSI.

général, au début des années 90, une politique de communication vers l'extérieur a été menée et la direction s'est impliquée dans la promotion de son établissement, « au-delà des intérêts personnels de ses membres »⁶⁸ (sic).

Dans l'ensemble, le climat social du CHU est bon. Il existe une politique sociale contractuelle et constructive avec les syndicats représentatifs de l'établissement. Cela se traduit, par exemple, par la présence des représentants syndicaux à la CEQSA et l'élaboration de l'ordre du jour de la CTE conjointement avec le directeur général adjoint et le représentant syndical, président de cette instance. L'ouverture sociale a aussi permis la création et la généralisation des conseils de service dans les services cliniques.

Des espaces d'autonomie

Le CHU semble disposer d'espaces d'autonomie. Tout d'abord au niveau de l'administration, par exemple un directeur a eu la possibilité de proposer des innovations importantes qui ont été mises en œuvre. Il a proposé au directeur général de l'époque, en 1992, de constituer un conseil des usagers et une permanence d'accueil. Il a ensuite, entre 1993 et 1995, travaillé avec la CME pour créer la commission d'évaluation de la qualité des soins. Il a aussi encouragé la création de conseils de service et a mis en place avec le président de la CME une procédure innovante de renouvellement des chefferies de services. En effet, les chefs de service soumettent au conseil de service leur bilan et leur demande de renouvellement ainsi qu'un projet de service pour les cinq ans à venir. Deux commissions ont été créées, en lien avec la CME et le CA, pour valider la démarche. Actuellement, il semble que seul ce CHU bénéficie d'une telle procédure au niveau national, ce qui encourage le dialogue social au niveau des services. La direction a aussi initié, en 1998 et 1999, des projets pilotes de contractualisation interne avec la création de deux centres de responsabilité. Cependant, l'évaluation de ces expériences n'a pas été concluante et aucune généralisation n'a été réalisée.

⁶⁸ Citation d'un membre de la direction.

Du côté médical, il a été possible à un interne de santé publique, avec l'appui du Président de la CME et de la direction des affaires médicales, de développer des études d'évaluation de pratiques professionnelles au sein des services. Au niveau de la DSSI, dès les années 70, a été mis en place un projet de soins infirmiers centré sur le patient. Cette innovation a été soutenue par la direction mais n'a pas été relayée par le projet médical. Tout au début de la préparation à l'accréditation, la DSSI a eu comme initiative de créer une pièce de théâtre dans laquelle elle revient sur les valeurs qu'elle souhaite partager avec les professionnels paramédicaux et où elle introduit la présence des visiteurs-experts de l'ANAES.

Des valeurs

Lorsqu'il a été demandé quelles étaient les valeurs de l'établissement, dans l'ensemble les différents professionnels rencontrés ont eu de la difficulté à répondre. Ils ont orienté leur réponse vers les objectifs partagés par chaque catégorie professionnelle et les spécificités des modes d'organisation développés au sein de l'hôpital. Au niveau du service de soins infirmiers, le patient est placé au centre de la prise en charge et de l'organisation des soins, ce qui se traduit dans le projet de soins infirmiers. De même, il existe une volonté d'aider les infirmiers à évoluer dans leur tâche et de profiter d'un tutorat. Toutefois, cette information n'a été relayée que par les deux personnes membres de la DSSI. Du point de vue de l'organisation en général, il a été mis en évidence la volonté de développer la télémédecine, de regrouper des activités en fédérations et de créer des conseils de service afin, d'une part, de développer des coopérations avec d'autres établissements et, d'autre part, d'encourager des modes de prises en charge transversales. Grâce à la construction du nouvel hôpital, il a été possible de créer un bloc opératoire unique avec des salles de réveil communes, ce qui a permis de mettre en commun les moyens.

Parmi les autres valeurs citées, la volonté collective d'humaniser les soins des patients, de même que d'éviter les doublons, les gaspillages, la perte de temps et d'argent ont été

mises en évidence. Le développement d'une politique sociale consensuelle et contractuelle afin de construire un projet d'établissement commun à tous les professionnels est une préoccupation au sein de l'établissement. Ceci se traduit en particulier par un engagement conjoint entre la direction et la communauté médicale autour du projet d'établissement et du Contrat d'Objectifs et de Moyens. Cependant une personne trouve que le projet d'établissement en cours est plus une juxtaposition de projets qu'une réelle intégration des différentes facettes de la prise en charge.

Un manque de valeurs communes, discutées, écrites, réfléchies entre le corps médical et paramédical est aussi apparu. La personne qui l'a souligné a toutefois évoqué la possibilité de valeurs implicites existantes qu'elle n'a pas été capable de nommer. Le développement des démarches qualité a donc été cité comme pouvant être un moment privilégié pour discuter de ces valeurs.

Des pratiques dans le domaine de la qualité

« Les protocoles, ça existe depuis longtemps, on n'a pas attendu la démarche qualité pour mettre ça en place. Il existe, par rapport à tout ce qui est administratif, un classeur qui a été réalisé pour les gardes, parce que les cadres infirmiers et les cadres supérieurs infirmiers font des gardes le samedi et le dimanche et ils sont confrontés à des situations qu'ils ne rencontrent pas forcément tous les jours. Et comme ils sont en première ligne, le directeur de garde prend sa garde chez lui, on a souhaité en 95 réaliser un classeur. On a fait un classeur des cadres supérieurs infirmiers en 95 et un classeur également des cadres pour les cadres qui sont de garde aux urgences, il existait, on l'a vraiment matérialisé sous forme de classeur parce que pour les cadres de garde aux urgences il y avait déjà un embryon sur cahier depuis longtemps pour dire dans telle situation voilà la conduite à tenir, donc ça c'est pour tout ce qui est administratif. En ce qui concerne les protocoles de soins oui ça existe aussi depuis de nombreuses années, je me rappelle en 81 avoir travaillé à des protocoles sur l'accueil. A l'époque (...) on avait même été très loin puisque sur ce protocole sur l'accueil on avait aussi construit une grille d'évaluation en terme

de processus et de résultats. Puis on avait mis en place (...) des protocoles pour tout ce qui concernait donc les voies d'abord, notamment la pose d'une sonde urinaire. Donc c'est quelque chose d'ancien, ensuite là dessus sont venues se greffer les infirmières hygiénistes donc il y a tout un pont, en fait c'est les protocoles qui sont construits maintenant, qui viennent avec des infirmières hygiénistes mais ce n'est pas quelque chose de nouveau les protocoles, ce qui est nouveau c'est peut-être la gestion documentaire qu'on essaie d'introduire, l'actualisation de ces documents et l'étude aussi qui est faite sur leur appropriation, ça c'est intéressant. » (citation d'un membre de la DSSI).

A la lecture de cet extrait d'entretien, il apparaît que des démarches « qualité » existaient préalablement à l'introduction des ordonnances de 1996, et même avant la mise en œuvre des PAQ.

Lorsque les personnes sont interrogées sur les pratiques dans l'établissement avant la mise en place de la préparation, aucune d'entre elles n'est capable d'avoir une vision globale de ce qui existait. En ce qui concerne les actions menées par la DSSI, celles-ci n'ont été mentionnées que par les infirmières et un directeur. Elles se sont traduites principalement par l'élaboration de protocoles mais aussi et surtout par la réalisation d'un projet de soins infirmiers orienté vers la qualité de la prise en charge (l'accueil du patient et préparation du départ).

Grâce aux appels d'offres de l'ANDEM, l'établissement a aussi pu mettre en œuvre des programmes d'amélioration de la qualité (PAQ) et devenir un site innovant en créant, avant d'autres établissements, une commission qualité, en 1995, et ceci grâce au côté visionnaire d'un des directeurs de l'établissement. Dans le sillon de la commission, le comité du médicament a aussi contribué au développement de protocoles de prises en charge thérapeutiques.

En dehors de la création de conseils de service, l'application du GBEA a été un temps fort de l'établissement pour promouvoir une prise en charge de qualité dans les laboratoires et a été relayée et appliquée dans les services concernés. On peut aussi citer des démarches de type HACCP dans les cuisines et la stérilisation, des enquêtes de satisfaction auprès des personnels et des patients. Toutefois, avant la préparation, l'établissement ne détenait pas de PACQ ou encore de tableaux de bord avec des indicateurs de qualité. Enfin, au cours de ces dernières années, l'implication du DG au niveau de l'ANAES et de l'apport d'une méthodologie de recherche par le médecin de santé publique ont permis un développement plus important d'études d'évaluation de pratiques professionnelles et l'obtention de moyens pour apporter le support nécessaire à ces études.

Les points à améliorer

Tout d'abord en ce qui concerne l'organisation interne, il manque de communication, de diffusion d'informations concernant les grandes lignes stratégiques de l'établissement. D'ailleurs, le projet d'établissement de 1997 est considéré, par certains, comme peu développé. L'énergie déployée, au cours de la dernière décennie, a surtout été centrée sur la construction d'un nouvel hôpital. Il manque aussi des liens entre les différents secteurs d'activités, notamment entre directions, d'une part, et entre services cliniques, d'autre part. Du fait de sa petite taille, le CHU a peu de personnel et la charge de travail a tendance à retomber toujours sur les mêmes personnes. Comme dans tout établissement, les professionnels ont tendance à travailler dans « leur coin » et n'ont pas une vision globale de la prise en charge. De plus, la mentalité locale a une tendance à l'autocritique et à se dévaloriser : « nous sommes moins bien que les autres », ce qui développe un sentiment de sinistrose. Au niveau des services, les professionnels paramédicaux souffrent de dysfonctionnements médicaux dans la répartition de la charge de travail dus, en particulier, à une mauvaise planification des absences des médecins. Certains thèmes semblent ne pas être suffisamment considérés : la douleur, le dossier médical unique et la lutte contre les infections nosocomiales.

Tout en ayant une DSSI structurée, celle-ci est fragilisée par une remise en cause régulière, par les syndicats, des notations faites aux agents par les cadres. En effet, la direction de l'établissement a tendance à entériner les demandes des syndicats aux dépens des annotations des cadres et de la DSSI.

Dans la même région, il existe deux autres centres hospitaliers universitaires (l'un à 250km, l'autre à 300 km), avec lesquels le CHU n'a pas développé une politique de communication mais plutôt des relations concurrentielles. Or, l'attractivité du CHU met en évidence qu'elle est essentiellement locale. Enfin, le CHU est soumis à une concurrence importante des cliniques privées environnantes, ayant une politique jugée comme « agressive ».

VI.A.1.b. Ce qui se passait dans les services avant la parution des ordonnances (niveau 1)

« Il y avait une vie, une qualité de soins, une réflexion sur le travail, sur la qualité des soins et une écoute des patients avant l'accréditation. Il ne faut pas croire que cette accréditation a changé la vie de l'hôpital. » et « si depuis les ordonnances de 96 nous avons l'ANAES, bien avant nous parlions de l'amélioration de la qualité des soins, nous avons commencé 20 ans avant ! ». (extraits des commentaires des questionnaires)

Avant la publication des ordonnances, ce sont tout d'abord les conseils de services qui discutaient de la qualité de la prise en charge dans les services de soins et médico-techniques (71,2%PR/47,4%PNR). Il existait aussi des réunions pluriprofessionnelles portant sur la prise en charge (68,4%PR/42,5%PNR), des protocoles et des procédures (66,5%PR/53,1%PNR) et une réflexion concernant la qualité de la prise en charge des patients (63,3%PR/30,2%PNR). Les questionnaires de sortie étaient pris en compte dans la moitié des cas (54,4%PR), de même qu'une réflexion concernant la gestion des risques (54,2%PR/37,8%PNR) était mise en place. Alors que dans les services non destinataires du référentiel il existait principalement des procédures ou protocoles

(53,1%PNR) et des discussions concernant la qualité des prestations offertes (51,4%PNR)., on y trouvait peu d'études d'évaluation dans les services (39,9%PR/34,3%PNR) ou en concertation avec d'autres (24,5%PR). En ce qui concerne les services non destinataires, une réflexion de type client/fournisseur était réalisée pour mieux répondre à la demande que dans 30,2% des cas. Dans tous les services, il existait très peu de suivi d'indicateurs qualité (21,3%PR/27%PNR). Et, pour l'ensemble de ces questions, on trouve des réponses plus favorables pour les personnes destinataires du référentiel que pour les autres ($\alpha < 0,05$), à l'exception de la question concernant le suivi d'indicateurs qualité où il n'existe pas de différence significative (cf. Tableau VI.1.a).

Le regroupement des questions concernant les pratiques avant 1999 dans les services montre, pour les PR, que ce sont les aides et agents puis les infirmières/sage-femmes qui ont principalement trouvé qu'il existait des pratiques en relation avec la qualité dans leur service avant 1999 ($\alpha = 0,014$), viennent ensuite les médicaux, les paramédicaux et les secrétaires. Alors que pour les PNR ce sont les personnes qui ont participé au référentiel ($\alpha = 0,038$) qui en ont une meilleure perception. Lorsque l'on compare les PR et les PNR, ce sont les personnes destinataires du référentiel ($\alpha = 0,000$) qui répondent qu'il existait plus de pratiques en faveur de la qualité dans leur service.

VI.A.1.c. Ce que les autres établissements de la communauté d'établissement connaissaient (niveau 5)

Les relations entre le CHU et les autres établissements de la communauté d'établissement avant la parution des ordonnances, ne portaient pas sur les démarches qualité. Aussi, n'existait-il pas, de connaissance des activités en lien avec la qualité au CHU par les autres établissements sur ce thème et vice versa.

VI.A.1.d. Quelles relations avec les tutelles ? (niveau 6)

1. Une implication modeste

Pour l'ARH, celle-ci ayant été créé en même temps que l'ANAÉS, il n'existait aucun lien avec le CHU sur cette thématique, avant les ordonnances de 96. En revanche, du fait

Tableau VI.1.a : Récapitulatif des résultats concernant ce qui se passait dans les services avant la parution des ordonnances

Questions	« oui » (%)		Différence significative
	PR	PNR	
Des réunions pluriprofessionnelles (associant plusieurs catégories professionnelles) portant sur la prise en charge des personnes soignées	68,4	42,5	S
Une réflexion concernant la qualité de la prise en charge des patients	63,3	30,2	S
Des études d'évaluation de pratiques professionnelles	39,9	34,3	S
Des procédures/protocoles de prise en charge	66,5	53,1	S
Le suivi d'indicateurs qualité	21,3	27	NS
La prise en compte des résultats des questionnaires de satisfaction des patients	54,4	-	-
Une réflexion client/fournisseur pour répondre au mieux à la demande		30,2	-
Un conseil de service qui discute de la qualité des prestations offertes	71,2	47,4	S
Une réflexion concernant la gestion des risques	54,2	37,8	S
Des travaux d'évaluation commun à plusieurs services	24,5	-	-

d'un intérêt personnel et d'une volonté affichée au niveau national par les caisses d'assurance-maladie d'être actives dans le domaine de l'évaluation, le service médical à l'échelon local s'intéressait et participait à certaines démarches en lien avec la qualité, comme l'évaluation des dossiers en vue de la cotation dans le cadre du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information. Cette activité était réalisée conjointement avec la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales. Les autres activités spécifiquement menées par le CHU étaient quasiment inconnues des organismes de tutelle.

2. Un CHU « spécial »

Lors des entretiens, le CHU a été décrit comme étant « atypique » à plusieurs égards. Atypique de part son positionnement géographique qui ne lui permet pas d'avoir un rayonnement aussi important qu'il le devrait, alors qu'il doit remplir les missions d'un CHU et disposer des moyens adéquats en conséquence. C'est donc un CHU qui doit se battre pour rester CHU et ce paradoxe l'amène à être moins performant qu'il ne pourrait l'être dans un autre environnement :

« je considère qu'il est presque normal qu'il soit, toute chose étant égal par ailleurs, peut être moins performant que d'autres établissements parce qu'il a toutes les charges hospitalo-universitaires sans en avoir toute l'activité. »
(citation d'un membre de la tutelle)

Pour les tutelles, un des points importants qui est ressorti systématiquement est le manque de cohésion dans le corps médical et l'existence de distension néfaste : en interne, pour la défense de l'établissement et, en externe, pour le recrutement de nouveaux médecins. De plus, la taille du CHU ne favorise pas le développement d'équipe de taille importante, ce qui fait reposer la charge de travail sur peu de personnes. Son système d'information, que ce soit le dossier médical, les transmissions d'informations en interne ou vers l'extérieur, ne permet pas actuellement « une circulation fluide de l'information ». Une partie de son activité, en moyen et long séjour, est remise en question car pouvant être réalisée par d'autres établissements de manière

plus optimale et moins coûteuse. Enfin, le CHU est reconnu comme exerçant des relations un peu trop « hégémonique » à l'égard de ces partenaires et en particulier à l'égard des autres centres hospitaliers limitrophes, alors même qu'il est souhaité, dans un avenir proche, qu'il développe des relations de partenariat et de complémentarité.

Le CHU a des modalités organisationnelles particulières : d'une part, la volonté de développer des fédérations afin de mutualiser les moyens, ce qui a été permis en cancérologie, en médecine interne/pneumologie et au bloc opératoire et, d'autre part, d'instaurer des démarches de consultations/concertations lors de prise de décisions importantes.

Le climat social est reconnu comme étant globalement correcte mais les contraintes financières de ces dernières années ont créé des tensions. Toutefois, les partenaires sociaux ont été identifiés comme étant particulièrement ouverts et sensés, permettant ainsi d'avoir un dialogue social constructif.

D'un point de vue financier c'est un établissement bien géré, assez bien doté par rapport aux autres de la région mais moins doté si on le compare à la moyenne nationale.

Première bulle de synthèse : Quelles étaient les spécificités du CHU et ses pratiques dans le domaine de la qualité avant la parution des ordonnances de 1996 ?

- Le CHU était à taille humaine et le climat social était bon, toutefois il était perçu une certaine vulnérabilité due à sa taille, son positionnement géographique et ses missions, favorisant des initiatives individuelles et collectives et des engagements des personnels au niveau national.

- L'établissement n'avait jamais discuté de valeur et n'avait pas de plan stratégique. Son projet d'établissement était une juxtaposition de projets non intégrés les uns aux autres.
- Le CHU n'a pas attendu les ordonnances pour mettre en place des études et des outils en relation avec la qualité, toutefois cela n'existait que dans les services de soins et médico-techniques.
- Les services cliniques et médico-techniques étaient plus avancés dans le domaine de la qualité que les autres services.
- Il n'existait pas une politique institutionnelle structurée dans le domaine de la qualité, bien qu'une commission qualité ait été créée.

Question 2 : Quel impact immédiat les ordonnances de 1996 ont eu sur l'établissement ?

Nous présenterons les résultats en fonction des différents niveaux.

VI.A.1.e. Aux niveaux opérationnel et stratégique (niveau 3&4)

Les ordonnances ont créé des pressions importantes dans l'ensemble de l'établissement, obligeant au niveau stratégique, les personnes à agir. L'accréditation a aussi créé des attentes et des craintes, les conclusions de la visite d'accréditation étant sources d'enjeux importants.

1. Les pressions externes

Ce sont les ordonnances gouvernementales de 1996, contraintes externes fortes, obligeant les établissements à se soumettre à l'accréditation dans les cinq ans, qui ont poussé le CHU à se préparer à l'accréditation et ainsi à développer une réflexion de grande envergure sur la qualité et la sécurité des soins. Un autre élément a aussi été mentionné comme ayant favorisé l'engagement des professionnels médicaux : l'augmentation du nombre de procès envers le milieu médical par les patients et leur famille.

2. Les attentes

L'introduction de cette nouvelle mesure a provoqué des attentes de la part des professionnels : positives et craintives. Positives, en ce sens que les acteurs souhaitaient que celle-ci les conforte dans leurs démarches, les aide à avancer et à dégager des priorités. L'accréditation était alors perçue comme un outil pédagogique et facilitateur pour amener plus de personnes à adhérer aux démarches qualité - en particulier les médecins - et à mettre en valeur le travail déjà réalisé. Elle devait aussi permettre d'améliorer les relations entre les médecins et les malades et la confiance du public. Le CHU pourrait ainsi consolider son image de pôle d'excellence dans le cadre du secteur sanitaire dont il fait partie et montrer à l'ARH la présence d'une politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité. Mais il existait simultanément de grandes craintes. D'une part, quant à la capacité de l'établissement à répondre à toutes les exigences stipulées par l'ANAES et aux attentes des experts-visiteurs qui pourraient alors « tuer l'embryon dans l'œuf »⁶⁹. D'autre part, que l'accréditation soit trop axée sur l'application de la réglementation et pas suffisamment sur le volontariat et le relationnel. Enfin, une des personnes a mentionné que la visite d'accréditation pourrait « créer des dynamiques de groupes, pour rendre heureux les gens dans leur travail »⁷⁰.

3. Les enjeux

Les enjeux de l'accréditation pour l'établissement étaient perçus comme très importants par l'ensemble des personnes rencontrées. Au niveau de la dynamique interne de l'organisation, les enjeux portaient sur la capacité de l'établissement à mener « une introspection et évaluation des pratiques qui se sont établies avec l'usage »⁷¹ grâce à la réalisation d'une auto-analyse critique. L'objectif était de permettre aux équipes de formaliser leurs démarches, leurs procédures et de rentrer dans une logique de protocolisation tout en réfléchissant sur les véritables besoins des patients. Les autres enjeux étaient la valorisation de tout le travail réalisé, la mise en évidence des points à améliorer et la possibilité de se « blinder » contre d'éventuels procès.

⁶⁹ Citation d'un médecin.

⁷⁰ Citation d'un médecin.

⁷¹ Citation d'un médecin.

VI.A.1.f. Au niveau des services (niveau 1)

Pour l'ensemble des personnes interrogées, la connaissance de la mise en place de l'accréditation, au niveau national, est largement connue (82,1%PR/80,9%PNR), de même que la nécessité pour le CHU de s'y préparer (82,6%PR/81,1%PNR). Par contre, les personnes connaissent mal les délais pour s'y préparer (45%PR/33,8%PNR). Lorsque l'on regroupe l'ensemble des questions, ce sont, pour les PR comme pour les PNR, ceux qui ont participé au référentiel qui ont la meilleure connaissance du dispositif ($\alpha=0,000$, PR et PNR), puis pour les PR uniquement les membres d'une commission ($\alpha=0,003$, PR) et pour les PNR uniquement les femmes ($\alpha=0,017$, PNR), en position hiérarchique inférieure ($\alpha=0,012$). Enfin, pour l'ensemble des questions, les personnes travaillant dans un service destinataire du référentiel avaient une meilleure connaissance du dispositif ($\alpha<0,05$) que celles travaillant dans des services non destinataires.

VI.A.1.g. Au niveau des établissements de la communauté d'établissement (niveau 5)

Il n'y a pas eu d'impact immédiat sur les relations entre le CHU et les autres établissements de la communauté d'établissement, après la parution des ordonnances. Cependant, très vite, l'ARH a souhaité que le CHU puisse travailler en collaboration avec les autres établissements de la communauté d'établissement et a ainsi demandé que les moyens alloués au CHU puissent aussi être utilisés dans le cadre non seulement de la communauté d'établissement mais aussi de l'ensemble du département.

VI.A.1.h. Au niveau des tutelles (niveau 6)

Les ordonnances de 1996, créant simultanément les ARH et l'accréditation, des relations totalement nouvelles avec l'établissement se sont instaurées et ce, d'autant que les établissements ont été aussi obligés de passer un Contrat d'objectifs et de moyens. L'ANAES ayant pris un certain temps pour rédiger son manuel d'accréditation, elle a pris du retard pour commencer les visites d'accréditation, aussi les ARH se sont-elles positionnées comme étant des acteurs importants dans le domaine de la qualité. C'est

ainsi qu'a été introduite, au niveau des COM, une annexe exclusivement orientée vers la prise en compte d'indicateurs qualité. Dans ce domaine, le CHU s'est engagé entre autres à réaliser des études d'évaluation de la tenue du dossier médical et anesthésique.

Deuxième bulle de synthèse : Quel impact immédiat les ordonnances de 1996 ont eu sur l'établissement ?

- La parution des ordonnances a obligé le CHU à réfléchir à sa politique qualité et sécurité en prenant conscience des enjeux liés aux conclusions de la visite d'accréditation.
- Au niveau des services, les personnes destinataires du référentiel ont eu plus souvent l'occasion de discuter de l'accréditation que les autres, ce qui leur a permis d'avoir une meilleure connaissance du dispositif d'accréditation mis en place au niveau national. Le fait de participer à la vie de l'établissement a permis une meilleure accessibilité à la connaissance.
- L'hôpital a été obligé de revoir son positionnement par rapport aux autres établissements de sa communauté d'établissement et de développer des relations de collaboration, notamment dans le domaine de la qualité.
- Les ARH se sont très vite positionnées comme étant des acteurs importants dans le domaine de la qualité.

VI.A.2 Deuxième temps : Le dispositif mis en place

Question 3 : Pour la préparation à l'accréditation, quelles structures ont été mises en place et quelle connaissance les personnes en ont-elles ?

Lors du chapitre II, reprenant l'historique de la démarche, nous avons présenté les différentes structures en charge de la préparation. Nous présenterons ici uniquement les points saillants, en fonction des différents niveaux, relevés lors des entretiens et

recueillis par les questionnaires et les documents, pouvant contribuer à répondre à nos hypothèses de recherche. Les résultats sont ici présentés par niveau.

VI.A.2.a. Aux niveaux opérationnel et stratégique (niveaux 3&4)

Pour les questions ayant trait aux moyens alloués et aux structures mises en œuvre, seules les personnes directement en charge du dossier qualité, soit les trois « référents » qualité, ont été capables d'y répondre.

1. Les référents qualité

La première personne identifiée a été le référent médical du fait de son antériorité dans la démarche sur l'établissement. Toutefois, le choix de ce médecin s'est posé au départ entre un médecin issu du service de santé publique ou du département d'information médicale. Finalement, ce fut le médecin du service de santé publique qui fut retenu grâce, d'une part, à l'appui du directeur des affaires médicales et du président de CME, et, d'autre part, à son rôle dans le développement de la CEQSA et à l'ANAÉS, en tant qu'expert en évaluation, ainsi que sa nomination récente en tant qu'hospitalo-universitaire, comme illustré lors d'un des entretiens :

« Il a juste fallu au départ gérer les relations entre le service de santé publique et le département d'information médicale parce que chacun pouvait prétendre à développer des logiques d'évaluation, mais ça mis à part, qu'on a facilement contourné, il n'y a pas eu d'oppositions fortes. » (citation d'un membre de la direction)

La volonté de ce médecin de pouvoir bénéficier d'une équipe autour de lui pour pouvoir offrir une aide méthodologique aux équipes soignantes (médicales et paramédicales) a entraîné la création de l'UEQSA au sein du département de microbiologie et de santé publique. Ceci a donc nécessité la création d'un poste d'infirmière et de secrétaire qui ont été financés par une enveloppe spécifique régionale. Simultanément, devant l'importance d'être présente dans le domaine de la qualité, au sein de la Direction des services de soins infirmiers (DSSI), une infirmière générale, a été choisie par la

directrice des soins infirmiers. Le choix s'est porté sur cette personne car elle arrivait de l'Ecole nationale de la santé publique (ENSP), avait reçu une formation dans le domaine de la qualité, et manifestait son souhait de travailler dans ce domaine. De plus, la directrice des soins infirmiers souhaitait répartir les missions assumées par la DSSI sur l'ensemble des infirmières générales de manière transversale, or la qualité était jusque-là traitée par la directrice des services de soins infirmiers elle-même. Cette infirmière avait réalisé jusqu'ici toute sa carrière au CHU (infirmière, cadre et cadre supérieur) où son activité avait toujours été saluée positivement. Le choix de l'attachée de direction (qui deviendra ensuite directeur qualité), par le directeur général, a été circonstancié : celle-ci ayant manifesté un intérêt pour le domaine de la qualité dans le cadre de son mémoire de fin d'études, qui portait sur la mise sous assurance qualité des laboratoires de l'établissement et un poste de directeur étant vacant. Le rattachement initial de cette personne s'est fait auprès de la direction des affaires financières. Ces deux derniers postes n'ont jamais été discutés dans des commissions de l'établissement, car ils existaient déjà, seules leurs missions ont été établies. Puis, au cours de l'année 1999, deux autres personnes ont été embauchées en tant qu'enquêteurs, auprès de l'attachée de direction en charge de la qualité (ADCQ).

Avec l'arrivée d'une nouvelle CME, en 1999, son nouveau président a décidé de créer un bureau, constitué de membres de la CME. Parmi ses membres, il a nommé un chargé de mission en charge de la qualité. Cette personne est devenue, par la suite, par délégation du président de la CME, le président de la CEQSA et membre du bureau qualité. Aussi progressivement les équilibres ont-ils changé, en particulier dans le domaine médical où deux acteurs se sont trouvés à devoir travailler ensemble : le médecin de l'UEQSA et le chargé de mission, sans qu'à aucun moment n'aient été discutées dans les instances, quelles étaient les missions de chacun et leur articulation.

Seule l'UEQSA a bénéficié d'un plan de financement inscrit dans le projet d'établissement de 1997, estimé à un coût annuel de 712 000 F, comprenant en coût de personnels, outre le mi-temps médical, 331 900F pour un cadre supérieur infirmier,

220 100F pour une secrétaire médicale et en frais de fonctionnement, 10 000F/an d'amortissement des équipements informatiques et 150 000F/an de documentation, communication, déplacements. Les autres personnes ont été financé à même les budgets de l'établissement à l'exception des enquêteurs de la direction qualité, engagés sur des postes financés dans le cadre d'une mesure gouvernementale « d'emplois jeunes ». Ces moyens alloués, par création ou redéploiement de postes, ont permis à des acteurs « excédentaires » de se consacrer à ce nouvel objectif.

2. Le bureau qualité

La création du bureau qualité est intervenue en avril 1998, à la suite du recrutement des trois responsables qualité⁷². En effet, les objectifs du bureau qualité étaient de permettre aux responsables qualité d'échanger leurs informations concernant l'accréditation, de régler des questions rapidement sans avoir à attendre que la CEQSA se réunisse. Une charte de fonctionnement a d'ailleurs été constituée au moment de sa création afin de délimiter ses missions (cf. annexe 11).

La composition du bureau s'est faite de manière historique et conjoncturelle. Tout d'abord, les trois représentants « qualité » ont constitué le noyau de départ, auxquels se sont adjoints le directeur des affaires médicales, du fait de l'antériorité de son engagement dans la démarche, l'ensemble des personnes travaillant à l'UEQSA, dont le chef de service de santé publique. A la demande du médecin de santé publique, il a été aussi associé deux représentants médicaux de la CME, membre de la CEQSA, afin que le BQ soit, d'une part, en prise avec la réalité médicale et, d'autre part, acquiert une plus grande légitimité. Deux autres personnes sont systématiquement conviées à y assister : le directeur général et le chargé de communication de l'établissement.

⁷² Ce fut tout d'abord le médecin de santé publique en septembre 1997, puis l'infirmière générale en janvier 1998 et enfin l'attachée de direction en avril 1998.

3. La CEQSA

Lors des entretiens, la CEQSA a été positionnée comme mandatée par la CME pour mettre en œuvre la politique qualité de l'établissement. Simultanément il a été mis en évidence sa lourdeur et la place privilégiée du bureau qualité pour assouplir le système :

« Il y a tout d'abord au niveau des structures, la structure médicale qui est la CME, la CME qui a donné à la commission d'évaluation de la qualité des soins et de l'accréditation le rôle de justement de centraliser et de gérer la politique qualité de l'établissement, alors cette commission est multiprofessionnelle, donc il y a des médecins, il y a des représentants du corps infirmier, du corps directorial, de tous les horizons. Cette commission centralise donc tout ce qui est fait dans ce domaine et est en lien étroit avec cette commission, issue de cette commission existe le bureau qualité, le bureau qualité qui, lui, je dirais pilote un petit peu plus, précise les objectifs, sachant que la commission étant extrêmement importante, il est difficile d'y instaurer des débats extrêmement précis et longs. » (citation d'un médecin)

L'étude de ses comptes-rendus, met en lumière que les missions de la CEQSA ainsi que sa composition ont beaucoup évolué avec le temps pour devenir progressivement une commission importante et stratégique de l'établissement. Au départ (1995-1997), les missions de la Commission de la Qualité des Soins et de l'Evaluation, puisque tel était son nom, étaient difficilement perceptibles par ses membres ; elle servait surtout de lieux de présentation des travaux d'évaluation de pratiques professionnelles réalisées au sein de l'établissement, à sélectionner les projets pour les appels d'offres PAQ et à établir des liens avec l'ANDEM. En 1997, la CQSE devient la CEQSA et cette commission est clairement identifiée comme en charge de la préparation de l'établissement à l'accréditation, et ses activités liées à l'évaluation progressivement diminuent. L'arrivée de nouveaux représentants la rend plus politique et difficile à manœuvrer, le nombre de participants passe de 18 membres à 32. Par deux fois, le président ne siégera par pour cause de désaccord avec les syndicats représentatifs de l'établissement, qui siègent à la CEQSA. Lors du renouvellement de la CME, en 1999, il est décidé, à l'initiative de son président, que pour les commissions où des personnes devaient représenter la CME,

celles-ci soient élues par les membres de la CME si le nombre de personnes qui souhaitent y participer était supérieur à celui demandé. Or dans le cadre de la CEQSA, il y a eu plus de demandes de participation que de places ce qui a entraîné un vote, montrant par là même l'intérêt des médecins à y participer.

VI.A.2.b. Au niveau des services (niveau 1)

1. De manière générale

« Je ne connais pas toutes les commissions, les groupes qu'elle (la préparation) comprend ainsi leurs missions sont parfois un peu flous ». (extrait des commentaires des questionnaires)

Dans l'ensemble, les répondants ont trouvé qu'au niveau opérationnel les personnes, en charge de la préparation étaient les mieux placées pour le faire dans l'établissement (71,7%PR/69,3%PNR), leur attribuant ainsi une réelle légitimité. Cependant, la connaissance du dispositif général mis en place est mal connue (28,1%PR/21,5%PNR), ce qui est paradoxal par rapport aux réponses plus spécifiques. Il est toutefois mieux connu pour les personnes ayant participé au référentiel que pour les autres ($\alpha=0,017$).

Lorsque l'on regroupe l'ensemble des questions qui évalue la connaissance du dispositif, on constate une différence significative uniquement, pour les PR, en fonction des personnes ayant participé au référentiel ($\alpha=0,017$), ces derniers ayant une meilleure connaissance du dispositif interne. Ce qui ne se retrouve pas pour les PNR.

2. Le bureau qualité

L'existence du bureau qualité (37,9%PR/47,1%PNR) ainsi que ses missions en général (24,8%PR/28%PNR) sont peu connues. Toutefois lorsque l'on propose une constitution, les personnes répondent plus favorablement (55,9%PR/54,7%PNR) et lorsque l'on propose des missions, les résultats sont très positifs (84,2%PR/73,9%PNR). De plus, le

bureau qualité, en lui-même ($\alpha=0,019$) et comme groupe de pilotage de la préparation à l'accréditation ($\alpha=0,002$), est mieux connu par les PR que par les PNR (cf. tableau VI.1.b).

L'agrégation des questions ayant trait au bureau qualité montre, pour les PR, une différence significative pour les paramédicaux et les médicaux ($\alpha=0,004$), pour les membres de commissions ($\alpha=0,000$) et pour les personnes ayant participé au référentiel ($\alpha=0,000$), alors que pour les PNR, ce sont principalement les femmes ($\alpha=0,023$), en position hiérarchique élevée ($\alpha=0,000$) et les personnes ayant participé au référentiel ($\alpha=0,018$).

3. La CEQSA

Ici, les personnes connaissent un peu mieux son existence (49,9%PR/40,3%PNR). Par contre ses missions sont peu connues (24,9%PR et 22,2%PNR). Toutefois les réponses sont bien meilleures lorsque l'on propose comme missions que la CEQSA soit en charge d'établir une politique cohérente en matière de vigilance (72,7%PR/56,9%) et de mettre en œuvre un PACQ (79,8%PR/72%PNR). Les PR connaissent là aussi mieux que les PNR, la CEQSA ($\alpha=0,001$), ses missions ($\alpha=0,025$), son rôle particulier concernant l'élaboration d'un PACQ ($\alpha=0,001$) et son rôle dans l'élaboration d'une politique cohérente pour les vigilances ($\alpha=0,027$) (cf. tableau VI.1.c).

L'agrégation des quatre questions ayant trait à la CEQSA met en évidence, pour les PR et les PNR, que les personnes membres de commission ($\alpha=0,000$ PR/ $\alpha=0,008$ PNR) et celles ayant participé au référentiel ($\alpha=0,000$ PR/ $\alpha=0,018$ PNR) sont celles qui la connaissent le mieux.

4. Les GAETs

L'existence des GAETs est peu connue (26%PR/29,4%PNR) et ses missions encore moins (16,2%PR/23%PNR). Lorsqu'il est proposé que les GAETs soient constitués de manière pluriprofessionnelle, la majorité des personnes répondent positivement

Tableau VI.1.b : Récapitulatif des résultats concernant la connaissance du bureau qualité dans les services

Questions	« oui » (%)		Différence significative
	PR	PNR	
Vous connaissez l'existence du bureau qualité	37,9	47,1	S
Vous connaissez les missions de ce bureau	24,8	28	NS
Le bureau qualité est constitué des trois personnes directement en charge de la qualité, de représentants de la CME et du Directeur des affaires médicales	55,9	54,7	NS
Le bureau qualité est le groupe de pilotage de la préparation	84,2	73,9	S

Tableau VI.1.c : Récapitulatif des résultats concernant la connaissance de la CEQSA dans les services

Questions	« oui » (%)		Différence significative
	PR	PNR	
Vous avez connaissance de l'existence d'une commission d'évaluation de la qualité des soins et de l'accréditation	49,9	40,3	S
Vous connaissez les missions de cette commission	24,9	22,2	S
A la CEQSA sont représentées l'ensemble des vigilances	72,7	56,9	S
La CEQSA est chargée de mettre en œuvre un programme d'amélioration continue de la qualité sur l'établissement	79,8	72	S

Tableau VI.1.d : Récapitulatif des résultats concernant la connaissance des GAETs dans les services

Questions	« oui » (%)		Différence significative
	PR	PNR	
Vous avez connaissance de l'existence de groupes d'auto-évaluation thématiques	26	29,4	NS
Vous connaissez les missions de ces groupes	16,2	23	S
Les GAET sont des groupes pluriprofessionnels	65	56,8	S
Les GAET sont chargés de remplir le manuel ANAES	-	43,8	-
Les GAET utilisent les données du référentiel interne d'auto-évaluation pour remplir le manuel ANAES	-	58,1	-

(65%PR/56,8%PNR). Par contre, ils connaissent moins bien leur rôle comme chargé de remplir le manuel ANAÉS (43,8%PNR) ou encore comme utilisant le RIAE pour remplir le manuel (58,1%PNR) et ceci est d'autant plus vrai que pour les PR le taux de réponses est trop faible pour être retenu pour ces deux questions (cf. tableau VI.1.d).

Les PR connaissent cependant mieux que les PNR les GAETs, comme groupes pluriprofessionnels ($\alpha=0,002$) chargés de remplir le manuel ANAÉS ($\alpha=0,025$). Alors que ce sont les personnes non destinataires du référentiel qui ont une meilleure connaissance des missions des GAETs ($\alpha=0,002$).

Lorsque l'on regroupe toutes les questions ayant trait aux GAETs, ce sont, pour les PR, les médecins ($\alpha=0,000$), les membres de commissions ($\alpha=0,000$), et les personnes ayant participé au référentiel ($\alpha=0,000$) qui les connaissent le mieux. Alors que pour les PNR, il n'existe aucune différence significative.

Aucune différence significative n'est obtenue pour les différents scores, lorsque l'on compare les réponses données par les PR aux PNR. (cf. tableau VI.2).

Tableau VI.2 : Récapitulatif des scores « dispositif mis en place »

Agrégations	« oui »		« non »		Différence significative
	à toutes les questions (%)		à toutes les questions (%)		
	PR	PNR	PR	PNR	
Connaissance du dispositif interne	27,7	16,7	14,9	31	NS
Connaissance bureau qualité	19,2	26,4	35,4	21,7	NS
Connaissance CEQSA	14,2	42,9	35,3	31,4	NS
Connaissance GAET	29,4	31,7	33,1	42,3	NS

VI.A.2.c. Au niveau des GAETs (niveau 2)

Les GAETs ont été créés dans un deuxième temps, après la réalisation de l'auto-évaluation, afin de répondre spécifiquement au manuel ANAÉS. La constitution des GAETs a été faite en fonction des recommandations de l'ANAÉS en essayant de respecter une tri parité entre les personnes administratives, soignantes et logistiques. Ils étaient constitués entre 9 et 26 personnes.

« Nous nous sommes rencontrés les trois référents qualité pour établir une pré-liste, en respectant les trois catégories qui devaient se trouver, on a essayé de trouver des personnes expertes dans le domaine et nous avons soumis toutes ces listes à la CEQSA également qui a donné son aval pour contacter des personnes pour conseiller éventuellement d'autres personnes mais généralement c'était des gens de part leur mission ou leur expertise qui étaient incontournables sur le sujet. » (citation d'un membre de la DSSI)

Le choix des membres s'est donc fait de manière assez informel en privilégiant, d'une part, les personnes incontournables par leur responsabilité et, d'autre part, les personnes participant à la CEQSA ou ayant manifesté un intérêt à l'évaluation comme par exemple celles ayant suivi des formations à l'audit clinique. Il n'a donc pas été fait d'appels à candidature ce qui n'a pas favorisé la transparence du choix des membres.

L'étude de la charte de fonctionnement (cf. annexe 12) met en évidence que la mission des groupes est non seulement de répondre au manuel ANAÉS mais aussi « le cas échéant, mettre en oeuvre les recommandations à l'issue de la visite d'accréditation ». Cela positionne dès le départ les GAETs comme étant des lieux où peuvent être décidés et mis en oeuvre des changements importants pour l'établissement.

VI.A.2.d. Au niveau de la communauté d'établissement (niveau 5)

Au cours des entretiens, toutes les personnes rencontrées ont parlé de la cellule qualité. L'objet de la charte de partenariat est d'ailleurs axé sur les prestations que peut offrir la « cellule d'accréditation et d'évaluation » pour les établissements qui en exprimeraient le souhait. Cependant la cellule n'est, à aucun moment définie. Or, elle n'existe pas au sein du CHU ce qui est source de confusion. A la lecture de la charte, on comprend que celle-ci regroupe le directeur qualité, l'infirmière générale en charge de l'évaluation et de l'accréditation et l'UEQSA.

Lors des réunions de la communauté d'établissement, il a été discuté des structures mises en place par le CHU. Ce sont les outils qui ont été principalement retenus par les membres. Tout d'abord le RIAE qui a été demandé par l'ensemble des établissements, mais aussi les séances de formation à l'audit clinique, où pour chaque formation, deux personnes de deux établissements différents pouvaient y assister.

VI.A.2.e. Au niveau des tutelles (niveau 6)

« quelle démarche ? non je ne sais ce qui s'est passé, je prend d'ailleurs conscience en vous répondant que je ne sais absolument pas ce qui s'est passé. »
(citation d'un membre de la tutelle)

En ce qui concerne les organismes de tutelle, c'est principalement l'ARH qui a été sollicitée pour la mise en œuvre du dispositif puisqu'elle a accepté de financer les deux postes de l'UEQSA en demandant à l'établissement de développer une coopération avec les autres établissements de la communauté d'établissement afin qu'ils puissent bénéficier de l'expertise du CHU dans le domaine. C'est ainsi que l'ensemble des trois référents se sont engagés à mettre à la disposition de la communauté d'établissement leur expertise et les outils développés.

Troisième bulle de synthèse : Pour la préparation à l'accréditation, quelles structures ont été mises en place et quelle connaissance les personnes en ont-elles ?

- A part les référents qualité, les personnes rencontrées aux niveaux stratégique et opérationnel ne connaissaient précisément ni les structures et la politique mises en place dans le domaine de la qualité ni leurs missions.
- Il existe un problème de positionnement du Bureau qualité par rapport à la CEQSA, ses missions venant empiéter celles de la CEQSA.
- Il existe une légitimité forte des personnes en charge de la préparation auprès des professionnels de l'établissement.
- La meilleure connaissance des GAETs par les PNR peut être interprétée par le fait que ces groupes ont été constitués à part égale entre administratifs, soignants et personnels de soutien. Aussi, les GAETs sont-ils sur-représentés en personnes ne travaillant pas dans les services cliniques ou médico-technique. Enfin, l'information a mal diffusé dans tous les services de l'établissement, ce qui peut aussi expliquer que seulement la moitié des personnes aient souhaité y participer.
- Il existe une certaine confusion quant à ce que regroupe « la cellule d'accréditation et d'évaluation », celle-ci n'étant mentionnée que dans le cadre de la communauté d'établissement.
- La tutelle n'a pas de connaissance du dispositif mis en place bien qu'elle finance deux postes.

Question 4 : Quels sont les outils qui ont été utilisés lors de la préparation ?

Pour cette partie, nous présenterons les résultats en fonction des différents outils utilisés, et non en fonction des différents niveaux, afin de faciliter la réponse à la question⁷³. Aussi, parmi les outils utilisés retrouve-t-on : le RIAE, le journal interne, la lettre d'information, le classeur « qualité », les conférences et les formations.

⁷³ Les questionnaires adressés au PR et au PNR différaient sur les outils puisque les PNR n'avaient pas reçu le référentiel.

VI.A.2.f. Le RIAE

1. Sa place au niveau stratégique et opérationnel

Lors des entretiens, le RIAE a été l'outil le plus souvent cité. Il a été présenté comme un axe fort de la préparation, réalisé grâce à un investissement intellectuel et une somme de travail importante. De nombreuses personnes ont été associées à sa réalisation et à son remplissage dans les services, grâce à des « des tonnes » de réunions. Cela a représenté « un travail institutionnel fantastique ». Il a permis de mieux appréhender ce qui se passait dans les services, vu l'absence d'une vision globale de l'établissement. Cette méthode a fait participer le plus de personnes possible en créant des lieux d'échanges et de rapprochement afin d'induire des changements. Il a été jugé comme étant « la procédure la moins directive » et permettant de dédramatiser l'accréditation. Le RIAE a permis de fédérer les équipes autour d'un document, d'un cadre, pour faire le point sur les pratiques et initier les équipes à l'auto-évaluation. Il a été aussi mis en évidence que certains établissements étaient partis sur le bilan sécuritaire, le recensement documentaire, ce qui était plus facile à faire, mais moins stimulant.

2. Sa place au niveau des services

82,8% des PR et 63,2% des PNR savent que le référentiel est le résultat d'un travail pluriprofessionnel mené au sein de l'établissement et qu'il est utilisé pour remplir le manuel ANAÉS (77,5%PR/67,2%PNR), en sachant que pour les deux questions ce sont les PR qui en ont une meilleure connaissance ($\alpha=0,000$).

Pour les personnes qui étaient dans un service destinataire du référentiel, 75,3% d'entre eux ont trouvé qu'il tenait compte de l'ensemble des activités du service, et ceci est particulièrement vrai pour les femmes ($\alpha=0,009$), quelle que soit leur position hiérarchique ($\alpha=0,338$), les personnes non membres d'une commission ($\alpha=0,009$) et n'ayant pas participé au référentiel ($\alpha=0,000$). 41,8% des PR ont participé au remplissage du référentiel mais il n'a que faiblement permis de mieux connaître le service dans lequel les personnes travaillaient (31,8%) (cf. tableau VI.2.a).

Tableau VI.2.a : Récapitulatif des résultats concernant la place du RIAE dans les services

Questions	« oui » (%)		Différence significative
	PR	PNR	
Le référentiel interne d'autoévaluation est le résultat d'un travail pluriprofessionnel mené au sein de l'établissement	82,8	63,2	S
Le remplissage du référentiel interne d'auto-évaluation permet de répondre au manuel ANAES	77,5	67,2	S
Le référentiel d'auto-évaluation a pris en compte l'ensemble des activités de votre service	75,3	-	-
Vous avez participé au remplissage du référentiel dans votre service	41,8	-	-
Ce document vous a permis de mieux connaître votre service	31,8	-	-

Parmi les commentaires faits dans les questionnaires, on peut lire :

« difficultés à réunir toutes les personnes concernées pour procéder à l'auto-évaluation. Manque de motivation de certains groupes professionnels » ou encore « Dans le service où je suis seulement quelques personnes y ont participé et pourtant une communication intense avait été réalisée, je souhaite que cela soit mieux ailleurs ».

Lorsque l'on regroupe toutes les questions ayant trait au référentiel, on met en évidence, pour les PR, que ce sont les médicaux qui ont surtout répondu positivement à ces questions ($\alpha=0,001$), ainsi que les membres de commission ($\alpha=0,000$) ou encore les personnes ayant participé au référentiel ($\alpha=0,000$).

Pour les PNR, le regroupement des deux questions ayant trait au référentiel met en évidence une meilleure connaissance pour les personnes membres de commissions ($\alpha=0,050$). Enfin, lorsque l'on compare les PR avec les PNR. Ce sont les PR qui connaissent mieux le RIAE globalement ($\alpha=0,000$).

Le référentiel a donc permis de réaliser une photo de la situation dans les services cliniques et médico-techniques grâce à la réalisation de l'auto-évaluation. Les résultats des auto-évaluations ont montré que l'accueil, la planification des soins et la dimension relationnelle étaient bien pris en compte et que l'hémovigilance et la matériovigilance faisaient l'objet d'une attention particulière. En ce qui concerne l'organisation des services celle-ci était généralement satisfaisante ainsi que la gestion des ressources humaines. Quant aux politiques de formation, qu'elles soient pour les professionnels ou pour l'accueil de professionnels en formation, elles satisfaisaient aux exigences dans plus de 50% des cas. Par contre, il a été mis en évidence par les équipes, que la prise en charge de la douleur était insuffisante et que la toxicovigilance était faiblement prise en compte. Le dossier médical a été identifié comme le point le plus faible du dispositif, il

n'est ni unique, ni archivé aussi l'information n'est que peu disponible entre services. Quant aux communications avec les partenaires externes elle n'était satisfaisante que dans 20% des cas. Enfin, 40% des services n'avaient pas de politique d'évaluation de leur pratique. Toutefois, ils prenaient en compte la satisfaction des patients et celle-ci était satisfaisante dans 50% des cas.

3. Sa place au niveau de la communauté d'établissement

Le RIAE a été, comme mentionné plus haut, l'outil qui a attiré le plus l'attention de l'ensemble des membres de la communauté d'établissement. Même s'il a été mis en évidence que la procédure en elle-même - de réalisation, de remplissage dans les services puis ensuite d'exploitation et d'analyse - était trop lourde par rapport aux moyens disponibles dans ses structures, toutes les personnes interrogées ont trouvé la démarche pertinente et ont demandé à être destinataire du référentiel. Quatre établissements sur les huit de la communauté d'établissement l'ont utilisé d'une manière ou d'une autre dans leur procédure, le plus souvent comme une aide pour clarifier certains critères du manuel ANAÉS qui nécessitaient, à leurs yeux, des précisions.

4. Sa place au niveau de la tutelle

Pour les tutelles, la réalisation de l'accréditation est sous la responsabilité exclusive des établissements, aussi les personnes rencontrées ont-elles mentionné qu'elles n'avaient pas été particulièrement tenues informées des modalités de réalisation, sauf lors de leur présence dans certaines instances (en particulier la CME). Toutefois, les personnes espéraient que l'établissement « ait conduit sa démarche avec un maximum de participation, une démarche au sein de chaque service ». Car ce qui semble retenir le plus l'attention est la nécessité que cela « descende au niveau de chaque agent ». Une démarche qualité n'a de sens que si chaque agent a été parfaitement informé, se sent concerné, accepte un auto-questionnement permanent sur ses pratiques ». Et *in fine*, la seule chose qui intéresse les tutelles « c'est en termes de prise en charge des usagers, les résultats sur la qualité des soins et en particulier sur la sécurité, les infections, et la douleur ».

VI.A.2.g. La stratégie de communication

1. Sa perception aux niveau opérationnel et stratégique

Des conférences d'informations ont été réalisées par les « référents qualité » sur chacun des sites de l'établissement afin de présenter non seulement l'accréditation mais aussi le dispositif mis en place au CHU, ses structures et ses outils. Ces conférences ont été bien accueillies et la participation a toujours été assez importante. Pour certaines d'entre elles, le Directeur général s'est déplacé pour effectuer l'introduction. Toutefois, l'ensemble des personnes interrogées ont reconnu qu'il n'avait pas été discuté de plan de communication particulier, et que celui-ci c'était construit au fur et à mesure des besoins ressentis.

2. Au niveau des services

53% des PR ont considéré qu'il avait existé une stratégie de communication au sein de l'établissement (41,3%PNR) - en particulier les personnes ayant participé à l'élaboration du RIAE ($\alpha=0,000$) - et 46,3%PR dans leur service (26,1%PNR). Les personnes destinataires du référentiel ont eu l'impression que cette stratégie de communication, au niveau de l'établissement et des services, avait été plus présente ($\alpha=0,000$). Globalement, la qualité des informations fournies, que ce soit sur l'accréditation (43,8%PR/36,6%PNR) ou sur la préparation (40,4%PR/35,4%), n'a pas été jugée à la hauteur des attentes. Cependant, les PR qui ont participé au référentiel ont répondu plus positivement que les autres ($\alpha=0,000$), résultat que l'on ne retrouve pas chez les PNR. Enfin, les informations reçues ont été perçues, par les PR ($\alpha=0,045$), comme plus adéquates par rapport aux attentes (cf. tableau VI.2.b).

Une agrégation différente a été effectuée concernant les informations fournies sur l'accréditation et la préparation. Pour les PR travaillant en psychiatrie ($\alpha=0,014$) et ayant participé au RIAE ($\alpha=0,000$), il a été mis en évidence une différence significative et, pour les PNR, ce sont les personnes ayant participé au référentiel ($\alpha=0,000$).

Tableau VI.2.b : Récapitulatif des résultats concernant la stratégie de communication menée au niveau des services

Questions	« oui » (%)		Différence significative
	PR	PNR	
Une stratégie de communication a été menée au sein de l'établissement pour expliquer le déroulement de la procédure	53	41,3	S
Une stratégie de communication a été menée au sein de votre service pour expliquer le déroulement de la procédure	46,3	26,1	S
Les informations, que vous avez reçues, concernant l'accréditation, étaient en accord avec vos attentes	43,8	36,6	S
Les informations, que vous avez reçues, concernant la procédure de préparation à l'accréditation pour l'établissement étaient en accord avec vos attentes	40,4	35,4	S

Enfin, le RIAE est mieux connu par les PR que par les PNR, de manière significative ($\alpha=0,000$), ce que l'on ne retrouve pas pour l'information transmise (cf. tableau VI.3).

Tableau VI.3 : Récapitulatif des agrégations « outils utilisés pour la préparation »

Agrégations	« oui »		« non »		Différence significative
	à toutes les questions (%)		à toutes les questions (%)		
	PR	PNR	PR	PNR	
Connaissance RIAE	76,8	58,8	15,2	34,2	S.
Information	53	32,9	37,8	59,6	NS

De plus, les commentaires les plus nombreux, réalisés à la fin du questionnaire, ont porté sur le manque d'informations concernant l'accréditation en général et sa préparation au niveau de l'établissement en particulier : « où je suis, je n'ai pas participé et je n'en ai pas entendu parler », « il ne me semble pas avoir entendu parler d'accréditation dans mon service ».

En effet, 20% des remarques ont porté sur l'information qui n'était pas parvenue ou qui n'était pas adaptée aux attentes. Ce qui était mis en avant était le manque d'informations concernant les objectifs : la difficulté d'accès à l'information transmise par notes ou conférences, l'absence d'adaptation des messages pour les personnels de nuit (entretiens des séances d'information orientées vers les personnels de nuit ont été réalisées). Ces derniers ainsi que les personnels roulants, les personnes nouvellement recrutées et les internes se sont considérés comme totalement « oubliés », non seulement en ce qui concerne l'information mais aussi la participation à la démarche. De même, au niveau de l'administration on peut lire : « les personnels administratifs ne paraissent pas concernés et sont peu associés à l'accréditation » et « les services administratifs ont été très peu concernés par l'accréditation ».

Aussi, au travers de toutes ces remarques, ressort-il un souhait important de disposer de plus d'informations, afin qu'elles soient moins abstraites et confuses, et plus personnalisées. Le questionnaire a d'ailleurs été considéré par une personne comme un vecteur d'information :

« Il était temps qu'une information, même sous forme de questionnaire, me soit parvenue car l'accréditation fait l'objet d'enjeux très importants mais jusqu'à présent j'étais plus dans l'ignorance que dans le domaine de la connaissance. »

Ce manque d'informations peut aussi être une des raisons pour lesquelles on retrouve des confusions importantes sur les enjeux de l'accréditation :

« avec l'accréditation certains membres du personnels sont retardés dans leur carrière », « l'accréditation est perçue comme une menace aux bonnes conditions de travail. Elle est souvent associée à une crainte de suppression de personnels, dégradation des conditions de travail ainsi qu'aux restrictions budgétaires ».

VI.A.2.h. Les autres outils

1. Cités ou réalisés aux niveaux stratégique ou opérationnel

Le classeur qualité a été réalisé par l'UEQSA en collaboration avec la DSSI afin de permettre à tous les services cliniques de l'établissement d'avoir un porte-document pour tout ce qui a trait à la qualité, cela comporte par exemple, les protocoles institutionnelles et de services, les résultats d'études d'évaluation faites dans le services, les taux de satisfaction des questionnaires de sortie, l'auto-évaluation réalisée dans le service, le manuel ANAÉS. Il comporte aussi un glossaire reprenant tous les termes en relation avec la qualité et pouvant être utile. Il a été adressé, en mai 1999, à tous les services cliniques et médico-techniques et aux services administratifs, dans un deuxième temps, ceux-ci ayant émis le souhait d'en être aussi destinataires.

Des séances de formation à l'audit clinique ont aussi été offertes par l'UEQSA dès juin 1998 à raison de trois par an, regroupant une vingtaine de participants provenant des

services cliniques et médico-techniques. Ces formations avaient comme objectif de développer les études d'évaluation de pratiques professionnelles dans les services. A la demande des médecins, des formations spécifiques leurs ont été réservées : une de type conférence, animée par un visiteur-expert de l'ANAES (en juin 1999) et une autre de deux jours, réalisée par un professeur de santé publique externe à l'établissement sur les enjeux de l'accréditation et la place des médecins dans le dispositif (en octobre 2000).

En complément, des conférences et des séances de travail ont été réalisées pour le remplissage du référentiel par les membres de l'UEQSA et de la DSSI.

Afin de tenir informé des échéances et de l'état d'avancement de la démarche au sein de l'établissement, il a été décidé, au niveau du bureau qualité, à mi-parcours, de créer une lettre mensuelle spécifique, dans laquelle prenaient place quatre rubriques : un éditorial, « tout ce que vous avez toujours voulu savoir sur... », « zoom sur le CHU » et « dernière minute ». Cette lettre, publiée à partir d'octobre 2000, a permis de suivre l'évolution des GAETs, en présentant, de manière transparente pour les groupes GFL, VST, GRH et DPA, les résultats des cotations, les points forts et les points à améliorer et de faire le suivi des mesures à mettre en œuvre après la visite d'accréditation.

2. Reconnus au niveau des services

Parmi les PR, 40,2% ont trouvé que le glossaire dans le classeur qualité leur avait été utile et 36,6% ont utilisé le classeur qualité. Toutefois, le glossaire est surtout connu, pour les PR, chez les personnes ayant participé au RIAE ($\alpha=0,054$). Finalement, peu de personnes ont participé à des conférences de sensibilisation (22,4%PR/25,6%PNR), à des réunions méthodologiques (19,7%PR) ou encore à des séances de formation sur la qualité, l'évaluation ou l'accréditation (17,3%PR/12%PNR) (cf. tableau VI.3.a).

L'agrégation des questions concernant le suivi de conférences ou de réunions révèle pour les PR que les médicaux et les paramédicaux ($\alpha=0,013$), les personnes travaillant

Tableau VI.3.a : Récapitulatif des résultats concernant les autres outils reconnus au niveau des services

Questions	« oui » (%)		Différence significative
	PR	PNR	
Le classeur évaluation/accréditation est utilisé dans votre service	36,6	-	-
Le glossaire du classeur évaluation/accréditation vous a été utile pour comprendre les termes reliés à l'accréditation	40,2	-	-
Vous avez participé à l'une des conférences de sensibilisation à l'accréditation réalisées dans l'établissement	22,4	25,6	NS
Vous avez participé à l'une des réunions d'aide méthodologique pour le remplissage du référentiel dans les services	19,7	-	-
Vous avez suivi une formation en relation avec la qualité, l'évaluation, ou l'accréditation	17,3	12	NS

en psychiatrie ($\alpha=0,002$), les membres de commission ($\alpha=0,000$) et les personnes ayant participé au référentiel ($\alpha=0,000$) avaient plus suivi ce type d'activités. Pour les PNR, ce sont uniquement ceux qui sont membres de commission qui ont été plus assidus ($\alpha=0,000$).

Quatrième bulle de synthèse : Quels sont les outils qui ont été utilisés lors de la préparation ?

- La réalisation du référentiel a été l'occasion d'un travail institutionnel important ayant mobilisé de nombreuses personnes et beaucoup de temps. Il a été reconnu comme tenant compte des activités au niveau du service et paradoxalement ce sont ceux qui n'y ont pas participé qui l'ont surtout mis en évidence. Dans les services, il a permis aux professionnels de faire le point sur leur pratique en se comparant à des références de bonne pratique et au niveau de l'établissement, cela a permis de connaître les modalités de travail des services. Cependant, il a manqué de temps pour le remplissage et pour rendre le travail totalement pertinent. Cet outil a aussi intéressé les établissements de la communauté d'établissements qui l'ont tous demandé, même s'ils ne l'ont que très peu utilisé.

- Le journal interne a été l'outil de communication le plus important pour tenir informé les professionnels de l'établissement de l'évolution de la procédure. Le manque de stratégie de communication s'est traduit, entre autres, par la non prise en compte des besoins spécifiques de trois catégories de professionnels, qui ont eu l'impression d'être laissés pour compte. La lettre spécifique d'information sur l'accréditation, qui est apparue dans un deuxième temps, a probablement répondu à la demande. Enfin, seulement un quart des professionnels ont été touchés par les conférences de sensibilisation.

Question 5 : Que s'est-il passé concrètement lors de la préparation ?

Les résultats sont ici présentés en fonction des différents niveaux.

VI.A.2.i. Au niveau opérationnel

Les activités mises en œuvre par les référents qualité, le bureau qualité et la CEQSA sont ici présentées.

1. Les référents qualité

Au cours de la préparation, le dispositif administratif et le rôle de la CME ont évolué. En effet, tout d'abord deux enquêteurs ont été embauchés, au sein de la direction, afin de réaliser des enquêtes au sein de l'établissement et à l'extérieur (exemple la satisfaction des médecins de ville vis-à-vis du CHU) puis, une direction qualité a été individualisée⁷⁴ sans que cela soit ni discuté ni présenté, au niveau du bureau qualité ou de la CEQSA. Quant au rôle de la CME, la désignation d'un chargé de mission l'a positionnée de manière plus participative.

Au cours des entretiens, la répartition des tâches a été citée comme suit : l'unité d'évaluation travaille au niveau médical et suit toute la démarche générale des services cliniques et médico-techniques dans le domaine de la qualité, en collaboration directe avec la DSSI, en charge plus spécifiquement des soins infirmiers. La « direction qualité », quant à elle, s'occupe du bilan sécuritaire et de l'évaluation de la satisfaction. Toutefois, à la lecture des comptes rendus, on voit que progressivement la « direction qualité » cherche à être présente dans tous les domaines et ne souhaite pas se concentrer uniquement à l'articulation générale du dispositif et à la promotion de la qualité dans les services administratifs. Par exemple, le directeur qualité a souhaité participer aux visites dans les services à la suite de l'auto-évaluation ou encore a proposé de traiter les réponses des RIAE, les deux propositions ont été rejetées par le médecin de l'UEQSA et l'IG.

⁷⁴ Cependant, avant même que la direction n'existe, l'attachée de direction inscrivait sur ses documents qu'elle était directrice de la direction qualité

En effet, l'UEQSA et la DSSI ont été destinataires des auto-évaluations des services. Cependant, le travail relié à l'exploitation des référentiels n'avait pas été suffisamment évalué en terme de temps et de moyens informatiques. La recherche d'un statisticien stagiaire ayant échoué, la Direction des Systèmes d'Information et de l'Organisation fut contactée pour pouvoir bénéficier de logiciels appropriés mais les réponses furent obtenus après l'envoi des auto-évaluations, ce qui a retardé d'autant l'exploitation. Aussi, ce fut l'infirmière de l'UEQSA qui fut en charge de faire l'exploitation statistique des RIAE. Une synthèse de chacune des auto-évaluations a ensuite été faite et envoyée dans les services, près d'un an après qu'ils étaient adressés à l'UEQSA.

Les référents qualité ont aussi participé à la réalisation des GAETs en assumant leur secrétariat, ce qui consistait, d'une part, à rédiger les comptes rendus de réunion et, d'autre part, à saisir sur informatique les réponses données par le GAET aux critères et références. Le directeur qualité a ensuite réalisé la présentation finale du manuel, envoyé à l'ANAES.

2. Le bureau qualité

Le bureau qualité (BQ) s'est réuni en moyenne 6 à 7 fois par an au cours des trois années et demie de préparation. L'analyse de ces comptes rendus met en évidence que le bureau qualité est une instance essentiellement informative, bien que les décisions qui y sont prises ont des répercussions importantes. En moyenne, à chaque réunion, un sujet décisionnel est abordé ; ces décisions sont ensuite soumises à l'approbation de la CEQSA qui les entérine. Les décisions importantes prise au cours de la préparation ont porté sur :

- *l'élaboration de chartes et d'organigramme* : le BQ a validé les chartes du bureau qualité, de l'UEQSA ainsi qu'un organigramme des différentes structures, adopté *in fine* par la CEQSA.
- *la réalisation d'une lettre d'engagement du directeur général* : cette lettre montre l'engagement au plus haut niveau dans la démarche et a été insérée dans le classeur qualité.

- *le choix d'une accréditation multi ou uni sites* : au départ l'établissement s'est posé la question de savoir si tous les sites (court/psychiatrie/moyen et long séjour) devaient simultanément rentrer dans la démarche d'accréditation. Il existait, en effet une certaine confusion sur la possibilité de demander plusieurs visites d'accréditation pour une entité juridique ayant plusieurs sites. Finalement, le bureau qualité a tranché pour que l'ensemble du CHU se prépare et demande l'accréditation.
- *l'envoi des RIAE* : pour des raisons d'impact et d'efficacité, le bureau qualité s'est demandé si les RIAE devaient être adressés aux chefs de services, aux cadres ou aux deux pour la réalisation de l'auto-évaluation. Finalement, ce sont les chefs de service qui ont été les destinataires. Les cadres ainsi que l'ensemble des professionnels médicaux (à l'exception des internes) ont été tenus informés par un courrier, signé conjointement par le directeur général et le président de la CME.
- *l'adoption d'un classeur qualité* : l'idée du classeur qualité est née dans la lignée des autres classeurs existant sur l'établissement (hémovigilance, hygiène, etc.). Ce classeur a comme fonction de permettre à chaque service de retrouver, en un même lieu, tout ce qui a trait aux démarches qualité, au sein des unités fonctionnelles, du service et de l'établissement. Au sein de ce classeur, on retrouve un glossaire reprenant tous les termes en lien avec la qualité ainsi que le RIAE rempli par le service et le manuel ANAÉS.
- *la composition de la CEQSA* : au sein du bureau qualité, des modifications concernant la structure de la CEQSA ont été discutées, dont l'entrée des représentants des usagers dans sa composition. Il a été décidé qu'ils seraient représentés uniquement à la commission de conciliation.
- *la composition des GAETs* : le choix des présidents et des membres des GAETs a été principalement réalisé au bureau qualité, les membres de la CEQSA ont ensuite eu priorité pour y participer.
- *la diffusion du RIAE aux établissements de la communauté d'établissement* : parmi les différents échanges pouvant rentrer dans le cadre de la communauté

d'établissement, le RIAE a fait l'objet d'une discussion afin de savoir s'il devait être protégé pour sa propriété intellectuelle. Finalement, un dépôt à la société des gens de lettres a été fait et le RIAE a été fourni aux établissements de la communauté d'établissement.

- *la détermination des ordres du jour de la CEQSA* : tous les ordres du jour de la CEQSA ont été déterminés par le BQ.
- *le plan de formation* : le BQ a proposé que le nombre de formations à l'audit clinique soit renforcé afin de permettre aux personnes de la communauté d'établissement de pouvoir y participer.
- *la diffusion des documents du BQ* : le BQ a décidé que ses CR seraient adressés aux membres de la CEQSA.
- *le lancement d'une lettre mensuelle d'information* : cette lettre, spécifique à la préparation à la visite, a été envoyée à tous les professionnels de l'établissement pour les tenir informés du déroulement de la préparation à l'accréditation et des modalités de réalisation de la visite d'accréditation.

Ainsi dans l'ensemble, le bureau qualité a-t-il été amené à voir son rôle s'intensifier tout au long de la préparation, pour régler les questions qui sont apparues au fur et à mesure, en court-circuitant, le plus souvent, la CEQSA, commission devenue trop importante pour pouvoir instaurer des débats et prendre des décisions rapidement.

3. La CEQSA

Les activités de la CEQSA, au cours de la préparation, ont gravité essentiellement autour, d'une part, de la validation du RIAE et de la constitution des GAETs et, d'autre part, de la validation du dispositif qualité, en particulier tout ce qui a trait à l'UEQSA (validation de sa charte de fonctionnement, comptes rendus annuel d'activités). Il ne s'y est pas tenu de réels débats, les décisions étant déjà prises au niveau du bureau qualité par les référents qualité.

Un président en colère

Après la réalisation des entretiens, une certaine crise « existentielle » est apparue par la plume de son président, le chargé de mission de la CME. En effet, six mois avant la visite, soit en mars 2001, le président de la CEQSA a adressé un courrier au directeur général, pour dénoncer que : « la CEQSA a actuellement un rôle symbolique. Elle ne fait la plupart du temps, qu'enregistrer les décisions prises au bureau qualité ou au niveau administratif » bref, que « la CEQSA ne sert à rien » (cf. annexe 8).

Il constate que les médecins ne relient pas la démarche d'évaluation de la qualité avec leur pratique quotidienne et qu'ainsi ils sont démotivés, d'où un absentéisme à la CEQSA et aux GAETs. Le président propose que l'ensemble de la démarche dans le domaine de la qualité soit sous la responsabilité de la CEQSA et que les autres structures (bureau qualité, direction qualité, UEQSA et DSSI) soient mandatées par celle-ci pour mettre en œuvre la politique qu'elle a préalablement déterminée. A la fin de sa lettre, il menace de démissionner si les objectifs et la constitution de la CEQSA ne sont pas totalement revus.

Des membres conciliants

Les résultats des questionnaires adressés aux membres de la commission montrent que tous les répondants (100%) ont l'impression que la commission a vu son rôle renforcé au sein de l'établissement par la préparation à l'accréditation, que la CEQSA avait participé à la décision concernant l'engagement de l'établissement dans la procédure et avait été suffisamment partie prenante dans la mise en œuvre de la préparation à l'accréditation. Pour 86,7%, la CEQSA est une commission stratégique de l'établissement, 80% pensent que ses missions sont précises et ceci est particulièrement vrai pour les membres de la commission ($\alpha=0,04$). Par contre, seulement 31,3% pensent que ses missions sont suffisamment connues dans l'établissement. Enfin, 78,6% pensent que la CEQSA prend des décisions qui ont un impact important sur l'établissement.

Tous les répondants trouvent aussi que sa composition est en accord avec ses missions et que l'évolution de sa composition en fonction de celle de ses missions a été judicieuse. Enfin, pour 81,7% des répondants, la CEQSA réalise un rapport annuel. Ces rapports n'ont toutefois pas été retrouvés parmi les documents consultés.

VI.A.2.j. Au niveau stratégique

Lors des entretiens deux personnes ont mentionné, le président de la commission médicale d'établissement et le directeur général, comme autres personnes ressources dans le dispositif. La commission médicale d'établissement a aussi été citée et l'on peut voir à travers ses CR de séances que des sujets ayant trait à l'accréditation font progressivement leur apparition dès 1998. Puis, à partir de 1999, un état d'avancement est systématiquement présenté par le chargé de mission. Le directeur général a été cité comme étant le promoteur de l'entrée de l'établissement dans la démarche d'accréditation :

« Oh! Le directeur général bien sûr a été l'élément décisionnel mais il a pris le conseil de l'ensemble je dirais de la communauté hospitalière et notamment médicale à travers la CME, de son directeur qualité, et des différents acteurs qu'on a cités précédemment. » Ou encore « Ah! C'est forcément une décision du directeur général puisque c'est lui qui engage l'établissement dans l'accréditation, c'est évidemment une décision de la direction générale d'autant que c'est quand même pas neutre d'un point de vue coût, il y a eu une affectation de moyens en personnels et en coûts de structures on va dire... » (citation d'un membre de la direction)

VI.A.2.k. Au niveau des services

1. L'organisation générale

La préparation spécifique à l'accréditation n'a été réalisée que dans les services cliniques et médico-techniques, grâce au RIAE. Les autres services n'ont pas été amenés à réaliser une auto-évaluation. Cependant, des initiatives spécifiques ont été menées comme dans la direction des ressources humaines ou encore par le service d'aumônerie de l'établissement.

Pour l'auto-évaluation dans les services, aucun moyen supplémentaire a été alloué. Le travail de préparation s'est inscrit dans le quotidien, déjà chargé des équipes, en particulier pour les services destinataires du référentiel interne, tenus de remplir le référentiel dans des temps assez courts (2 mois). Les seuls moyens octroyés l'ont été au niveau opérationnel. Cette situation et la frustration de ne pouvoir ouvrir de nouveaux postes au CHU⁷⁵, suite à des discussions avec l'ARH, ont entraîné un mouvement de grève par les syndicats représentatifs de l'établissement, qui ont partiellement boycotté la démarche, au courant du premier trimestre de l'an 2000.

A la suite de l'auto-évaluation, les services recevaient de la part de l'UEQSA et de la DSSI une synthèse de leur travail, positionnant leur service par rapport à l'ensemble des services ayant participé à l'auto-évaluation. Sur la base de ce document et de leur auto-évaluation, il leur était proposé une visite sur site, réalisée conjointement par le médecin de l'UEQSA et l'IG de la DSSI. Cependant, les délais entre l'envoi des auto-évaluations à l'UEQSA et le retour dans les services a été plus long que prévu et a pris près d'un an, ce qui a valu ce type de remarques dans les questionnaires :

« il n'y a pas eu de suite », « peu de retour », « l'analyse ne nous a pas encore été communiquée », « la mobilisation initiale n'est pas suivie d'information suffisante pour maintenir certaine pression salutare », « délai imparti au remplissage du référentiel trop court et par ailleurs, 6 mois après, la synthèse n'est toujours pas transmises = effet démobilisateur ».

De plus, toutes les visites dans les services n'ont pu être faites dans les temps souhaités, ce qui a renforcé le sentiment de non suivi et de non retour par les personnes travaillant dans les services, décrédibilisant par la même la procédure.

⁷⁵ Dans un contexte d'obligation de réduction du temps de travail à 35h par semaine.

2. Ce qu'en pense les professionnels dans les services

Pour la partie du questionnaire en lien avec la préparation, toutes les personnes interrogées (PR et PNR) avaient les mêmes questions.

Les modalités de réalisation

Dans les services de soins et médico-techniques, ce qui est le plus marquant est l'engagement du cadre (88,6%PR/69,5%PNR) et du cadre supérieur dans la démarche (89,6%PR/65,5%PNR) et dans une moindre mesure, celui du chef de service (69,3%PR/68,6%PNR). De même, il est très clair, dans l'esprit des professionnels, que la responsabilité de la qualité des soins est partagée par l'ensemble des professionnels du service (85,8%PR), ce qui est moins vrai pour les personnes travaillant dans d'autres services (79,5%PNR). D'ailleurs, ce résultat est confirmé par une proportion non négligeable de PNR ayant répondu que la qualité était du ressort d'une seule catégorie professionnelle (26,5%), montrant ainsi une différence significative ($\alpha=0,014$) avec les PR (16,3%).

Un travail pluriprofessionnel a été dans l'ensemble réalisé (68,3%PR/35,7%PNR). Celui-ci a pu se faire dans un cadre non hiérarchique dans 59,3% des cas (PR/39,6%PNR) et a permis de réfléchir sur ses propres modalités de travail (59%PR/46,3%PNR) et sur celles du service (55,8%PR/38,4%), comme cela est illustré par les remarques suivantes :

« durant cette période de dialogues et d'échanges, nous avons trouvé une cohésion dans l'équipe pluridisciplinaire : tous les agents du service se sont exprimés, la parole était partagée et l'écoute était importante : chef de service, personnel, etc. » ou encore « une dynamique a été insufflée, les réunions interdisciplinaires pour remplir le référentiel ont été positives ».

L'ensemble des catégories professionnels a adhéré (67,9%PR/56,5%PNR) à la démarche mais cela a peu contribué à acquérir de nouveaux raisonnements (38,3%PR/23,6%PNR),

à mieux valoriser le travail accompli par les différents professionnels au sein du service (33,1%PR/23,2%PNR), à renforcer le sentiment d'appartenance au service (39,9%PR/29,7%PNR) ou encore à échanger avec les autres services (16,9%). Sinon, que ce soit les PR ou les PNR, peu de personnes ont contribué à faire adhérer des personnes à la démarche (18%PR/13,2%PNR) (cf. tableau VI.3.b).

L'analyse des commentaires met en évidence un manque de moyens, humains et matériels, pour la préparation dans les services :

« cela donne une charge supplémentaire de travail au secrétariat, de paperasseries, au détriment des soins », « on travaille de plus en plus avec de moins en moins de moyens. Comment voulez-vous parler de qualité ? Quand arrêtera t-on cette hypocrisie ? », « mise en évidence d'un idéal de qualité de travail de soins mais aussi sans les moyens pour les atteindre. Intéressant mais au final décevant ! », « le handicap des soignants pour participer à autre chose que les soins aux malades proprement dit est le manque de temps et l'effectif réduit en personnel », « il n'y a pas eu suffisamment de temps dégagé pour que l'ensemble des personnels puisse s'intéresser, analyser, évaluer, discuter la procédure de préparation. »

Les points saillants

Des agrégations de questions ont été réalisées afin de faire ressortir d'éventuels faits saillants en fonction de certaines caractéristiques.

Les modalités de travail. L'agrégation des questions portant sur les modalités de travail met en évidence, pour les PR, que ce sont les personnes membres d'une commission ($\alpha=0,001$) et celles ayant participé à l'élaboration du RIAE ($\alpha=0,000$) qui ont surtout trouvé que des modalités de travail spécifiques avaient été mises en œuvre pour la préparation dans les services. Pour les PNR, ce sont les infirmières, les administratifs et les médicaux ($\alpha=0,031$) et les membres de commission ($\alpha=0,041$).

Tableau VI.3.b : Récapitulatif des résultats concernant les modalités de réalisation de la préparation dans les services

Questions	« oui » (%)		Différence significative
	PR	PNR	
Le chef de service s'est engagé dans la démarche de préparation	69,3	68,6	S
Le cadre supérieur s'est engagé dans la démarche de préparation	89,6	65,5	S
Le cadre s'est engagé dans la démarche de préparation	88,6	69,5	S
La responsabilité de la qualité des soins est exclusivement du ressort d'une catégorie professionnelle du service	16,3	26,5	S
La responsabilité de la qualité des soins est partagée par l'ensemble des professionnels du service	85,8	79,5	NS
Il a été mis en place un travail pluriprofessionnel	68,3	35,7	S
Il a été possible de travailler de manière non hiérarchique	59,3	39,6	S
Vous avez réfléchi aux modalités de travail du service	55,8	38,4	S
Vous avez été amené à réfléchir sur vos propres modalités de travail	59	46,3	S
Vous avez acquis de nouveaux raisonnements concernant la prise en charge des personnes soignées	38,3	23,6	S
Toutes les catégories professionnelles du service ont adhéré à la démarche	67,9	56,5	S
Une reconnaissance du travail effectué par les différents professionnels au sein du service a eu lieu	33,1	23,2	S
La préparation a renforcé un sentiment d'appartenance au service	39,9	29,7	S
Il a existé des échanges de points de vue avec d'autres services	16,9	-	-
Vous avez contribué à faire adhérer des personnes à la démarche	18	13,2	NS

L'acquisition de nouveaux raisonnements. Une autre agrégation a été réalisée regroupant les questions ayant trait à l'acquisition de nouvelles connaissances. Ce sont, pour les PR, les personnes qui travaillaient en moyen et long séjour ($\alpha=0,011$) et ayant participé au référentiel ($\alpha=0,000$) qui ont le plus eu l'impression d'acquérir de nouveaux raisonnements, alors que pour les PNR, ce sont les hommes ($\alpha=0,027$).

La possibilité de travailler ensemble autour de la préparation. Dans les services destinataires du référentiel, ce sont les aides et agents, ($\alpha=0,011$) puis les infirmières/sage-femmes, les secrétaires, les médicaux et enfin les paramédicaux qui ont le plus trouvé qu'il y avait eu une réflexion associant les différents professionnels lors de la préparation, et ce sont les femmes ($\alpha=0,002$) plus que les hommes, quelle que soit leur position hiérarchique ($\alpha=0,210$). Alors que dans les services non destinataires, ce sont les personnes travaillant en long et moyen séjour ($\alpha=0,045$) et ceux ayant participé au RIAE ($\alpha=0,045$) qui l'ont plus trouvé.

L'engagement de la hiérarchie dans la démarche. Cet engagement a été surtout signifié, pour les PR, dans les établissements de moyen et long séjour ($\alpha=0,002$) et pour les personnes ayant participé au référentiel ($\alpha=0,039$). Ce qui n'a pas été retrouvé pour les autres.

L'augmentation du sentiment d'appartenance. Ce sentiment a été surtout marqué pour les aides et agents des services destinataires du référentiel, puis pour les paramédicaux, les infirmières, les secrétaires et enfin les médicaux ($\alpha=0,000$). Ce sont aussi surtout les femmes ($\alpha=0,000$), quelle que soit leur position hiérarchique ($\alpha=0,079$), et les personnes qui ont participé au référentiel ($\alpha=0,035$). Ceci n'a pas été retrouvé pour les PNR.

Les échanges avec les autres services. Les échanges entre services à l'occasion de la préparation ont été surtout importants, pour les PR, en moyen et long séjour ($\alpha=0,000$) et

pour ceux participant à une commission ($\alpha=0,007$). Ces résultats ne sont pas corroborés par ceux retrouvés pour les PNR pour lesquels ce sont ceux travaillant en courte durée ($\alpha=0,029$) qui ont eu le plus l'impression d'échanger entre services. Par contre, la psychiatrie vient en deuxième position quels que soient les services.

La responsabilité de la qualité des soins. Comme nous le disions précédemment, les personnels ont bien conscience de la dynamique professionnelle créée autour de la qualité, toutefois pour les PR, ce sont les personnes ayant participé à la rédaction du RIAE ($\alpha=0,012$) qui en ont la plus forte perception.

Tableau VI.4 : Récapitulatif des agrégations « réalisation concrète au cours de la préparation »

Agrégations	« oui »		« non »		Différence significative
	à toutes les questions (%)		à toutes les questions (%)		
	PR	PNR	PR	PNR	
Modalités de travail	47,2	27,3	16,1	27,3	S
Nouveaux raisonnements	11	4,5	35	53,9	S
Travail en commun	13,6	11,8	16,5	31,6	S
Engagement de la hiérarchie	67,2	63,6	7,4	26,9	S
Appartenance	29,2	30,5	52,3	36,2	NS
Echanges avec autres services	16,9	21,3	83,1	78,7	NS
Responsabilité de la qualité des soins	85,8	79,5%	14,2	20,5%	S

In fine, les PR ont répondu de manière plus positive que les PNR et de manière significative ($\alpha=0,000$) en ce qui a trait aux modalités de travail, à l'acquisition de nouveaux raisonnements, à la réalisation d'un travail en commun, à l'engagement de la hiérarchie et à la responsabilité de la qualité des soins. Par contre, il n'a pas été retrouvé

de différence en ce qui concerne l'appartenance et les échanges avec d'autres services (cf. tableau VI.4).

VI.A.2.1. Au niveau des GAETs (niveau 2)

1. Le choix des présidents

Les présidents des GAETs ont été choisis par les membres du bureau qualité, en concertation avec le directeur général et le directeur général-adjoint. Pour chaque président, le choix s'est orienté en fonction de la légitimité des personnes à assumer cette tâche et leur capacité de devenir par la suite des « porteurs » de changement. C'est ainsi que pour le GAET MEA, le directeur général a été choisi, ou encore pour DPA, reconnu comme source potentielle de recommandations, ce fut le directeur général adjoint. Sinon pour les autres GAETs, les choix se sont faits en fonction des responsabilités des personnes : GRH, directeur des ressources humaines ; GFL, directeur des services économiques ; GSI, directeur des services informatique et organisation ; SPI, président du CLIN ; VST, président du comité d'hémovigilance et de sécurité transfusionnel et enfin QPR, président de la CEQSA. Seul le président d'OPC n'avait pas de mandat au niveau de l'établissement mais été reconnu pour ses qualités professionnelles et ses habilités personnelles permettant d'établir des relations consensuelles avec les différents professionnels de l'établissement.

2. La participation des patients

Les entretiens réalisés auprès des présidents de GAETs ont mis en évidence que la grande majorité des présidents ont accepté leur fonction sans avoir vraiment eu le choix, leur responsabilité au sein de l'établissement les amenant naturellement à occuper ces fonctions. Ils ont tous beaucoup apprécié le côté pluriprofessionnel de ces groupes de travail. Ce fut le point le plus fort de ces GAETs : « le travail d'équipes est toujours un travail intelligent, les échanges ont été fructueux parce que nous étions d'horizons divers. C'était une richesse. »

Ce qui est aussi ressorti est l'importance de leur marge de manœuvre en tant que lieu de propositions pour améliorer le fonctionnement global de l'établissement et leur volonté de continuer à travailler afin de pouvoir mettre en œuvre leurs propositions (cf. tableau VI.5).

Pour un des présidents médecin, la légitimité des personnes en charge de la préparation n'était pas totale et en particulier pour les professionnels médicaux et paramédicaux.

« C'est une IG qui a été formée à l'auto-évaluation qui était plus au courant que nous (les membres du GAET) et qui est venu nous expliquer tout le système et ça je ne trouve pas cela très normal. Nous, les médecins, on n'est pas si mauvais on est plein de défauts. C'est un peu démobilisant. Mais j'ai travaillé en bonne entente avec elle ; mais c'est un peu agaçant. Je pense qu'il aurait été appelé à candidature des médecins de terrain, ils se seraient mobilisés pour bien comprendre ce processus au départ et pour le porter et entraîner les autres, cela aurait été peut-être plus efficace que d'avoir seulement des gens qui font du boulot de bureau, de l'évaluation ou des statistiques ou encore des IG qui ne sont pas sur le terrain du tout. »

Aussi, par l'intermédiaire du secrétariat assuré par les trois responsables qualité, le leadership des responsables médical et infirmier a-t-il été remis en question.

3. Les modalités de travail

Le travail effectué par les GAETs a été l'occasion de mettre totalement à plat non seulement l'encadrement législatif dans chacun des domaines concernés mais aussi de connaître les réels modes de fonctionnement de l'établissement, ce qu'aucune personne ne connaissait.

Les résultats du questionnaire adressé aux membres des GAETs a mis en évidence que la grande majorité d'entre eux ont accepté facilement d'en être membres (92,9%) et ont trouvé que les renseignements fournis au départ sur le rôle du GAET, auquel ils

participaient, étaient en accord avec ce qui s'était déroulé (92,7%). Ils ont aussi trouvé que la composition était adaptée (90,6%) et que la méthodologie de travail retenue était en cohérence avec les objectifs (94,5%).

Une méthode de travail identique a été adoptée par les différents GAETs et a consisté tout d'abord, au cours des premières séances, à faire le tour de la question et à récupérer les documents clés, ensuite de répartir les différentes références aux différents membres du groupe, chargés de faire une proposition de rédaction pour l'ensemble du GAET. Le nombre de réunions a varié entre trois (SPI) et quinze (GFL et GRH). Les résultats des RIAE, spécifiques à chaque GAET, ont été présentés et ont servi de base de travail pour six d'entre eux (DIP, DPA, GRH, OPC, SPI, VST). Interrogés sur l'utilité du RIAE pour remplir le manuel ANAËS, 68,1% d'entre eux ont répondu positivement.

4. La participation

Les travaux des GAETs ont duré de juin 1999 à juin 2001, soit deux ans, ce qui a entraîné une démobilisation importante des professionnels qui y participaient. Cependant, dès la deuxième séance de travail, seule la moitié des membres était présente (à l'exception du GAET QPR et SPI, où le nombre est resté stable). Les médecins ont tout particulièrement été repérés comme ayant désinvesti cette partie de la préparation, mais cela touche l'ensemble des catégories professionnelles, à l'exception des administratifs et des infirmiers. Une des raisons invoquées a été la longueur de la préparation. En effet, les GAETs se sont mis à travailler un an et demi après que l'auto-évaluation dans les services ait commencé. Aussi sur des durées aussi longues est-il difficile de maintenir l'intérêt d'autant qu'au départ l'établissement souhaitait être un des premiers établissements accrédités.

3. Un lieu de propositions

La nécessité pour chacun des critères de l'ANAËS de non seulement faire un état des lieux mais aussi de décrire ses forces et faiblesses en proposant des mesures permettant

d'améliorer le dispositif, a fait en sorte que les GAETs sont devenus des lieux de propositions de mesures innovantes touchant tous les domaines (cf. tableau VI.5).

Une des critiques que l'on peut faire sur les modalités de travail menées par les GAETs porte principalement sur le GAET GRH. En effet, bien que le manuel d'accréditation ne soit pas construit pour favoriser une discussion entre la gestion des professionnels médicaux et non médicaux, ce moment de préparation aurait pu être l'occasion de l'initier. Or, le directeur des affaires médicales et le président de la CME ont été très peu présents au cours des débats qui y ont été menés.

Tableau VI.5 : Caractéristiques des différents GAETs

Droits et information du patient (DIP) Président : Le président du comité d'éthique Constitution : 23 personnes Travaux : - Utilisation des résultats du RIAE - Travail réparti par petits groupes de personnes et ensuite partage avec l'ensemble des membres Exemples de propositions : - Réalisation d'une enquête droits des patients auprès des professionnels et des patients - Intégration dans le projet d'établissement d'une valeur concernant les modalités de travail au sein du CHU : prise en charge pluridisciplinaire et approche globale pour des soins personnalisés - Distribution de la charte du patient hospitalisé à tout nouveau professionnel et mise sur intranet - Réactualisation du livret d'accueil - Intégration systématique d'une assistante sociale à l'équipe pluridisciplinaire - Rédaction d'une procédure d'accueil téléphonique	Dossier du patient (DPA) Président : Le directeur général adjoint Constitution : 31 personnes Travaux : - Bon soutien institutionnel pour faire progresser le dossier, - Utilisation des résultats de l'exploitation des RIAE - Evolution du GAET vers un groupe de pilotage dossier patient afin d'arriver à la mise en place d'un dossier patient unique sur l'établissement Exemples de propositions : - Mise en place d'une procédure de stockage et de prêt des dossiers - Mise en place d'une procédure de remplissage de la premier page du dossier - Création d'un groupe de travail pour la réalisation d'un dossier unique - Réalisation d'une étude d'évaluation des dossiers de patients - Décision de centralisation des archives des dossiers et mise en place d'un logiciel d'archivage - Procédure institutionnelle de classement des dossiers - Création d'un groupe de travail pour réduire les délais d'envoi des courriers de sortie - Création d'un poste de responsable des archives

Gestion des fonctions logistiques (GFL) Président : Le directeur des services économiques Constitution : 26 personnes Travaux : - Groupe très dynamique avec de nombreuses idées - Amélioration de la situation de réunion en réunion - Préoccupation des répercussions du travail fait par le GAET au niveau des professionnels de terrain - Volonté de faire appliquer les propositions suggérées Exemples de propositions : - Mise en place et formation de référents « linge » dans les services - Création d'un guide de l'approvisionnement - Rappel des consignes en cas d'urgence à l'ensemble des professionnels - Visite des cuisiniers dans les services - Élaboration d'une grille d'évaluation de la qualité du nettoyage - Rédaction d'une charte des transports sanitaires - Étude d'évaluation de l'élimination des déchets toxiques - Réactualisation de la procédure d'inventaire et de dépôt des effets personnels des patients - Balisage du sol des zones de stationnement sur un des sites de court séjour - Réalisation d'une enquête sur la prestation transports des patients	Gestion des ressources humaines (GRH) Président : Le directeur des ressources humaines Constitution : 19 personnes Travaux : - Nouvelle prise de fonction du directeur, le GAET lui a ainsi permis de connaître plus rapidement sa nouvelle direction - GAET dynamique, avec de nombreuses propositions d'amélioration de relations entre les différentes instances travaillant dans la gestion du personnel et les conditions de travail. - Réelle volonté de la part de la DRH de se rapprocher des besoins du terrain et d'améliorer son travail au quotidien. Exemples de propositions : - Protocole d'accueil des nouveaux arrivants et réalisation de support audiovisuel - Mise place d'une procédure d'évaluation et de notation de l'ensemble des personnels à l'exception des médecins : création de fiches d'emplois et de postes - Élaboration d'un protocole commun en cas de grève - Mise en place d'une évaluation de la satisfaction des professionnels - Création de commission de recrutement - Diffusion d'un organigramme de la DRH à l'ensemble des services - Mise de protection pour garantir la confidentialité du dossier individuel des agents - Formalisation d'un plan pluriannuel d'amélioration des conditions de travail

Gestion du système d'information (GSI) Président : Le directeur des systèmes d'information et organisation Constitution : 20 personnes Travaux : - Pré travail fait par un certain nombre de personnes en particulier la DSIO - Proposition d'actions mises en œuvre - Souhait de pérenniser le GAET et de le faire évoluer vers la commission des systèmes d'information - Pas d'utilisation des résultats du RIAE Exemples de propositions : - Création de la commission des systèmes d'information - Protocole de demande du matériel informatique	Management de l'établissement et des secteurs d'activité (MEA) Président : Le directeur général Constitution : 16 personnes Travaux : - Utilisation des RIAE - Discussion très concrète pour améliorer les choses au niveau de l'administration - GAET décisionnel - Président de la CME absent à toutes les réunions, représenté par le vice-président Exemples de propositions : - Création de fiches de poste au niveau de l'administration - Réactualisation de l'organigramme de la direction - Formalisation des délégations de signature, - Refonte du règlement intérieur du CHU et de la CME - Refonte du projet social pour 2002

Vigilances sanitaires et sécurité transfusionnelle (VST) Président : Le président de la commission d'hémovigilance et de sécurité transfusionnelle Constitution : 17 personnes Travaux : - Utilisation du RIAE - Faible taux de participation Exemples de propositions : - Réalisation de sérologie 24h/24 et dans un seul laboratoire - Mise en place d'une gestion informatisée des greffons cornéens - Remise à jour du classeur matériovigilance et d'hémovigilance - Création d'une formation conjointe à toutes les vigilances - Envoi d'un courrier aux membres des comités de vigilance afin d'obtenir une participation pluridisciplinaire effective - Obligation de présenter les rapports d'activités des vigilances aux instances - Evaluer périodiquement le dispositif d'hémovigilance, matériovigilance et pharmacovigilance	Gestion de la qualité et prévention des risques (QPR) Président : Le président de la CEQSA Constitution : 9 personnes Travaux : - Utilisation du bureau qualité pour la constitution de ce GAET - Utilisation du RIAE - Très accès sur la sécurité et la gestion des risques moins sur la promotion de l'amélioration continue de la qualité au niveau des services de soins Exemples de propositions : - Mise en place d'un PACQ - Protocoles pour la gestion des risque et de la sécurité - Mise en place d'une commission de sécurité anti-malveillance - Refonte de la fiche de déclaration des infections nosocomiales

Organisation de la prise en charge des patients (OPC)

Président : Un professeur agrégé

Constitution : 22 personnes

Travaux :

- Problème de recrutement de médecins dans ce groupe
- Pré travail fait par petit groupe de personnes sur les critères puis mise en commun
- Utilisation du RIAE

Exemples de propositions :

- Améliorer la prestation hôtelière comme par exemple l'adaptation à des spécificités ou la possibilité de fournir des plateaux en dehors des heures prévues
- Améliorer les conditions sonores dans les différents lieux de soins
- Finaliser la signalisation et améliorer les indications en ville pour les urgences
- Informatiser le dossier des urgences.
- Mise en place d'une charte de fonctionnement des blocs sur un des sites.
- Améliorer la prise en charge des patients en fin de vie
- Mettre en place une organisation visant à améliorer la sécurité du circuit du médicament
- Réaliser des évaluations ponctuelles des bons de demande d'examens pour apprécier la qualité du remplissage
- Elaborer un guide de certains examens de radiologie pour aider les demandes d'examens

Surveillance, prévention et contrôle du risque infectieux (SPI)

Président : Le président du CLIN

Constitution : 23 personnes

Travaux :

- Pas de CR individualisés, inclus directement dans ceux du CLIN

Exemples de propositions :

- Renforcer la formation des médecins et les sensibiliser aux déclarations des infections nosocomiales
- Disposer d'outils de communication de type intranet
- Mise en place d'une procédure type permettant de mobiliser tous les professionnels concernés lors de la réalisation de travaux ou encore de l'achat de matériel
- Améliorer le dispositif de surveillance
- Améliorer le suivi des taux de bactéries résistantes aux antibiotiques
- Améliorer la formation pour les professionnels sur des thèmes ciblés
- Mise en place d'un système complet d'assurance qualité en stérilisation

VI.A.2.m. Au niveau de la communauté d'établissement

Sur les huit établissements de la communauté d'établissement, seuls les établissements de taille moyenne, de type CHG, connaissent relativement assez bien ce qui s'était passé au CHU. Les autres avaient une connaissance partielle mais connaissent l'organisation générale autour du RIAE et la création des GAETs.

VI.A.2.n. Au niveau de la tutelle

Comme nous l'avons écrit précédemment, la tutelle, qu'elle se situe au niveau départemental ou régional, n'a pas cherché à connaître concrètement les modalités de préparation, jugeant que cela était du ressort des établissements. Par contre, elle a particulièrement insisté sur la nécessité de suivre les changements de la prise en charge des personnes soignées grâce à des indicateurs de résultats. Ces entretiens ont aussi été l'occasion, pour les tutelles, de se poser des questions sur les modalités de préparation et d'essayer d'obtenir de l'information sur leur mise en œuvre.

Cinquième bulle de synthèse : Que s'est-il passé concrètement lors de la préparation ?

- Le rôle des personnes et les missions des structures n'ont pas été suffisamment clarifiés malgré la réalisation de certaines chartes. Ceci est particulièrement vrai en ce qui concerne les relations entre le bureau qualité et la CEQSA ou encore entre le chargé de mission et le médecin de l'UEQSA. En ce qui concerne la direction qualité, il a manqué des discussions autour de sa création. Enfin, pour le recrutement des membres des GAETs, la procédure n'a pas été suffisamment claire.
- Les membres de la CEQSA ont l'impression que leur commission a vu son rôle renforcé par la préparation.
- Toutes les sources de données (entretiens auprès des chefs de service, entretiens aux niveaux stratégique et opérationnel, questionnaires) mettent en évidence que l'auto-évaluation dans les services a été effectuée en grande majorité de manière

pluriprofessionnelle, avec toutefois une prédominance des cadres. Ces modalités de réalisation ont permis un travail non hiérarchique de réflexion sur les pratiques individuelles et collectives.

- La réalisation de l'auto-évaluation a été, au-delà de l'évaluation des pratiques, un lieu d'apprentissage pour acquérir des connaissances sur le dispositif interne mis en place dans l'établissement. De même pour les personnes membres de commission, cela leur a permis d'avoir une meilleure connaissance de ce qui se passait dans l'établissement.

- Le fait d'avoir participé à la rédaction du RIAE a permis aux personnes de comprendre la dynamique de la qualité organisationnelle et de l'importance de chacune dans la prise en charge. Cela a été l'occasion d'appréhender la complexité de la notion de qualité.

- Les résultats du référentiel ont été utiles pour le remplissage du manuel ANAÈS seulement pour les parties ayant trait à la prise en charge des personnes.

- Le moyen et long séjour, par leur position un peu marginalisée dans l'établissement, ont pu, par l'intermédiaire de la préparation, sortir de leur isolement et avoir accès à de la connaissance. Ceci est d'autant plus vrai qu'ils sont rentrés dans la procédure en même temps que les autres sites. Ainsi n'ont-ils pas eu l'impression d'être mis de côté et les cadres ont particulièrement assumé leur rôle d'animateur de la démarche.

- Les paramédicaux qui ne sont pas bien insérés dans les services ont eu du mal aussi à s'insérer dans la démarche. Par contre, les professionnels qui n'avaient pas beaucoup d'attentes par rapport à la préparation, les aides et agents ont finalement trouvé leur place, ce qui leur a permis de valoriser leur travail et d'en avoir une meilleure reconnaissance. C'est aussi vrai pour les femmes qui occupent des postes moins valorisant que les hommes dans les services et dans l'administration. Quant aux médecins, ils se sentent moins concernés par le sentiment d'appartenance que les autres professionnels qui en ont plus besoin.

- Toutefois l'établissement ne s'est pas donné les moyens de sa politique. Au niveau des services, tous les professionnels ont travaillé sur des heures supplémentaires, les secrétaires ont dû, par exemple, remplir le référentiel sur informatique, sans qu'aucune autre tâche ne leur soit supprimée.

VI.B. Caractéristiques du changement

VI.B.1. Troisième temps : les changements

Question 6 : Quels sont les changements qui sont intervenus en lien avec la préparation à l'accréditation ?

VI.B.1.a. Aux niveaux opérationnel et stratégique (niveau 3&4)

La partie la plus importante des entretiens réalisés auprès des personnes travaillant aux niveaux stratégique et opérationnel était orientée vers l'évaluation des changements induits par la préparation (cf. annexe 16). De même, en ce qui concerne le questionnaire adressé aux membres de la CEQSA (cf. annexe 13), des questions avaient trait au rôle de cette commission dans les changements en cours et à venir.

1. Le rôle de la CEQSA

En ce qui concerne les dynamiques de changement, 80% des personnes membres de la CEQSA, qui ont répondu aux questionnaires, pensent que cette commission a proposé de mettre en œuvre des changements et 92,3%, qu'elle s'est impliquée dans leur mise en œuvre. Ces changements portent tout d'abord sur la mise en place d'un programme d'amélioration continue de la qualité (92,9%), l'évaluation de la satisfaction des usagers (84,6%), la mise en place d'indicateurs (81,8%) et la prise en charge des patients (76,9%). La CEQSA est aussi identifiée comme ayant participé à la création de nouvelles structures ou comités, pour 60% des répondants et la moitié d'entre eux pensent que celle-ci a contribué à faire des changements dans le contenu de la formation continue, l'utilisation des ressources, le développement avec d'autres partenaires et même à modifier les objectifs institutionnels de l'établissement. Par contre, seulement 36,4% pensent que les changements permis par la CEQSA ont touché l'organisation ou encore le management de l'établissement.

2. Les transformations stratégiques

Des transformations stratégiques que l'établissement aurait pu vivre en lien direct avec la préparation à l'accréditation n'ont pas été individualisées par les personnes vues en entretien. Toutefois, les discussions avec l'ARH en vue du contrat d'objectifs et de moyens, comprenant une dimension qualité, a obligé l'établissement à se positionner d'un point de vue stratégique en interne et en externe : en interne, en développant un programme d'amélioration continue de la qualité, et plus largement en réfléchissant aux activités à maintenir, à supprimer ou à développer ; en externe, en amenant l'établissement à assumer un rôle d'animateur et de conseiller dans le domaine de la qualité auprès des autres établissements limitrophes mais aussi en s'interrogeant sur le service rendu auprès de ses partenaires du système de soins.

3. Les transformation de la structure organisationnelle

Les changements dans les relations de pouvoir entre les directions administratives ou entre les services cliniques

Au niveau de l'administration de l'hôpital, les relations entre directions ont évolué. Il a été mis en évidence que la direction qualité avait pris une importance considérable, qu'on la voyait partout, d'autant qu'avant elle n'existait pas (ceci a été aussi mentionné pour l'unité d'évaluation). Une personne a aussi souligné que très vite tout pouvait tourner autour du directeur qualité et de la direction qualité, qui pouvait d'ailleurs avoir la volonté de faire en sorte que tout soit de son domaine. Cette même personne a aussi remis en question la légitimité des directions « qualité » dans les établissements de santé :

« je me méfie du concept de direction qualité car la qualité est une valeur partagée » ou encore « il est normal que l'un d'entre nous [directeur] soit plus en charge de ce problème mais sans l'investir pour autant d'une responsabilité qui me paraît démesurée ». (citation d'un membre de la direction)

Les autres directions qui ont acquis du pouvoir au cours de la préparation, et qui ont été citées, sont : la direction des relations humaines et la direction des affaires médicales, sans que soit précisé de quelles manières.

Sinon, dans l'ensemble, les personnes n'ont pas trouvé qu'il y ait eu des modifications dans les relations entre les services cliniques et l'administration. Il a juste été évoqué au niveau des GAETs et des groupes de pilotage, l'existence d'une nouvelle façon de travailler ensemble et la volonté de faire converger les intérêts autour de la préparation à l'accréditation. C'est la première fois qu'une telle démarche avait lieu dans l'établissement. On peut parler ici d'un dépassement des clivages professionnels.

Quant aux relations entre services cliniques, l'utilisation des plateaux techniques s'est faite sur la base d'une plus grande coopération. Des procédures et des modalités de prise en charge sont progressivement discutées entre services, mais dans le cadre de la préparation cela s'est mis en route de manière encore assez marginale.

Les changements de structures et d'organigrammes

Dans l'ensemble, la question n'a pas été comprise, les personnes interrogées n'ont pas compris à quelles structures nous faisons référence ? par rapport à quand ? Aussi, en ce qui concerne les structures, semble-t-il que la préparation s'étant faite progressivement, il n'existait pas dans l'esprit des professionnels une coupure entre l'« avant » et le « pendant » préparation. Ce qui a été mis en évidence c'est que les instances sont restées les mêmes, seul un dispositif qualité a été créé avec la CEQSA, le comité de pilotage, les trois référents qualité et par la suite les GAETs. Les autres changements qui ont été mentionnés portent, d'une part, sur la création des fédérations des laboratoires et des vigilances et, d'autre part, sur l'implantation du GBEA dans les services. En effet, la mise en place du GBEA dans les services de biologie a entraîné la création d'une nouvelle fonction : les Responsables assurance qualité (RAQ). Or, ces RAQ se sont trouvés en charge de responsabilités jusqu'alors confiées aux cadres. Cependant, ces

modifications sont indépendantes de l'accréditation, mais rentre dans un ensemble de mesures qui cherchent à promouvoir la qualité des soins au niveau national. Enfin, trois personnes ont répondu qu'aucun organigramme n'avait été modifié par la préparation.

4. La transformation des processus

Les coûts de prise en charge

Les entretiens ont mis en évidence qu'il n'existait ni évaluation du coût de la prise en charge dans l'établissement ni de travaux pour évaluer l'impact de la préparation sur ces coûts. Cependant, dans le RIAE, le coût de la prise en charge a été abordé. Certaines initiatives, dont celle menée par le comité du médicament, en collaboration avec l'UEQSA, de réalisation et diffusion de protocoles de prises en charge diagnostiques et thérapeutiques, ont été citées comme devant permettre de les diminuer. En effet, il était supposé que la standardisation des pratiques entraînerait une modification des prescriptions et permettrait ainsi de faire des économies. Cependant, le changement, tous les six mois, d'internes et de résidents dans les services, auxquels il faut dire et redire l'information, ne favoriseraient pas l'application de ces protocoles.

La gestion des risques

Le contenu du manuel ANAÉS et la parution simultanée de textes concernant la gestion des risques ont obligé l'établissement à réfléchir à sa politique qui en était à son balbutiement. Cela s'est traduit, d'une part, par la création d'un comité de gestion des risques, une lettre des vigilances, une fédération des vigilances, et, d'autre part, par la réalisation de sessions d'informations et d'aide à la rédaction de procédures. L'établissement a aussi passé un contrat avec un assureur qui a développé un programme permettant le recueil des incidents dans les services et leur analyse au niveau du comité de gestion des risques afin de trouver des solutions préventives. La mise en place d'un système centralisé de gestion des risques a eu comme objectif de changer les mentalités et de rendre les professionnels plus actifs en analysant et trouvant des solutions préventives.

Les modalités de gestion

La question concernant les modalités de gestion a été difficilement comprise par les personnes interrogées, plusieurs ont demandé qu'elle soit reformulée. Pour une des personnes, les changements ont concerné la gestion des ressources humaines qui a mis en place des fiches d'emplois et des fiches de postes pour toutes les personnes employées au CHU absentes auparavant. Il a été aussi mentionné qu'il existait depuis longtemps une gestion rigoureuse du matériel dans les blocs opératoires.

Les indicateurs

L'établissement ne détenait aucun tableau de bord avec des indicateurs avant la préparation et n'en a pas mis en place au cours de la préparation. Les premiers indicateurs prévus ont été inscrits dans le cadre du contrat d'objectifs et de moyens en cours de signature avec l'ARH. Les pistes actuellement poursuivies concernent le suivi du dossier patient. Il est aussi prévu dans le cadre du Programme d'amélioration continue de la qualité, qui sera adopté à la suite de la préparation, de retenir le suivi d'un certain nombre d'indicateurs, au niveau des services et de l'ensemble de l'établissement.

Les systèmes d'information

De même, en ce qui concerne les changements dans le domaine des systèmes d'informations, les personnes ont eu du mal à délimiter ce que l'on appelait « systèmes d'informations ». L'informatisation de cet établissement est en retard comparé à d'autres. Les services ne sont que peu équipés en matériel informatique de type bureautique. Il n'existe pas d'intranet. Seuls les médecins hospitalo-universitaires peuvent y avoir accès. Pendant longtemps, la direction n'affichait aucune volonté pour faire progresser ce domaine, l'investissement étant trop coûteux. Actuellement, l'ensemble des médecins et des cadres sont en cours d'être informatisés et connectés à internet. Cela devrait permettre d'aider les équipes dans leurs études d'évaluation et

favoriser l'adoption d'un dossier informatisé. L'autre système d'information qui a été cité est le journal interne

5. La transformation des acteurs

La conception d'appartenance

La participation à la préparation à l'accréditation a eu comme impact auprès des professionnels d'augmenter leur conscience d'appartenir au CHU, chacun s'étant senti concerné par la nécessité de répondre ensemble aux exigences de l'ANAES. Cela a été possible car la démarche d'accréditation n'était pas axée sur un service, mais sur tout l'établissement. Elle était à la fois ascendante et descendante ce qui permettait de faire un point au niveau des services (grâce au RIAE) et au niveau institutionnel (grâce aux GAETs). Cela a aussi permis d'améliorer la communication entre les personnels et de faire connaître aux professionnels d'autres secteurs d'activité afin de mieux coordonner l'ensemble de la prise en charge des malades, non seulement au niveau des services mais aussi plus globalement au niveau de l'institution. Enfin, les personnes interrogées pensaient aussi que la visite et les résultats de la visite contribueraient à renforcer ce sentiment d'appartenance.

Les relations hiérarchiques entre les personnes

La majorité des personnes ont répondu qu'il n'y avait pas eu de changement dans les relations hiérarchiques à la suite de la mise en place de l'accréditation. Une amélioration de la communication entre les professionnels a, cependant, été mise en évidence grâce à l'instauration d'un dialogue très positif au sein des différents groupes de travail. Au sein des professionnels, la recherche d'une plus grande concertation entre différents corps professionnels a été mise en évidence. Cela a amélioré les relations entre catégories professionnelles, notamment médical et paramédical. Ces différents lieux de rencontres ont aussi permis de connaître de nouvelles personnes, de mieux savoir ce que « l'autre » faisait et d'acquérir une vision plus large de l'établissement. C'était la première fois qu'il était possible d'échanger entre professionnels, incluant les médecins, sur des

domaines concrets et de faire avancer des projets en transversalité, à l'échelle de l'établissement.

Des personnes ont aussi été amenées à travailler de manière plus étroite : les trois responsables qualité ; la cuisine et les services de soins ; etc. Pour ces derniers, avant la préparation, le cadre infirmier gérait seul les commandes des repas, depuis il travaille en collaboration avec la cuisine. Certains chefs de service ont aussi acquis une plus grande autorité morale. Au niveau des laboratoires, les responsables d'assurance qualité (RAQ) ont eu à leur charge de définir les fonctions de chaque professionnel du laboratoire, ce qui était jusque-là du ressort du cadre. Aussi, lorsque le RAQ n'est pas le cadre, ces deux personnes sont obligées de travailler ensemble en dépassant leurs éventuelles relations hiérarchiques.

Les changements de métier

En dehors des RAQ, les nouveaux métiers, qui sont apparus, sont principalement les trois « référents » qualité. En effet, côté administratif, il y a eu création d'un poste dans le domaine de la qualité qui n'existait pas préalablement. Côté infirmier, la DSSI a chargé une infirmière générale, nouvellement formée, de prendre en charge ce dossier, associé à d'autres responsabilités. Enfin, la création de l'UEQSA, a vu l'embauche, d'une part, d'un médecin de santé publique spécialisé en évaluation et, d'autre part, d'une infirmière de terrain à des fonctions différentes de celles reconnues par la profession. En complément, ont été citées les personnes ayant suivi des formations en audit clinique et détenant de nouvelles fonctions. Cependant, pour quelques personnes rencontrées, aucun métier n'a été créé, ces nouvelles fonctions n'ont pas été identifiées.

Les changements de mentalité

Grâce à la préparation, les personnes interrogées ont souligné qu'une ambiance, un climat, un état d'esprit nouveau émergeaient. Certains ont même parlé de « changement

culturel », voire « d'une révolution managériale permettant une meilleure cohérence institutionnelle ». Globalement, l'information circulait mieux et un nouveau vocabulaire fut acquis. L'implication de nombreux professionnels, dans la réalisation ou le remplissage du RIAE ou lors de la participation aux GAETs, a permis d'acquérir une vision plus large, plus globale de l'établissement et de mieux appréhender les exigences des autres services. Toutefois, il a été mis en évidence que la démarche pouvait, tout en étant culturellement novatrice, être potentiellement bureaucratique... comme cela a été aussi mis en évidence dans les questionnaires.

D'après les personnes rencontrées, l'exercice de préparation a aussi permis une prise de conscience plus aigüe du travail fait en commun autour de la prise en charge des malades. Une vraie réflexion sur les pratiques a été amorcée grâce à un regard auto-critique, de remise en cause, renvoyant chaque professionnel à ses qualités et ses défauts. Cette démarche d'introspection a permis de sensibiliser les services au niveau de la qualité des prestations qu'ils offraient. D'ailleurs, après l'auto-évaluation, de nombreux services ont été capables de formaliser des objectifs et de mettre en place des améliorations dans leurs services. Cela a développé une conscience du rôle de chacun dans la prise en charge, en amont et en aval, de l'importance de travailler de manière transversale et de clarifier le rôle et la fonction de chacun. Cela a été aussi l'occasion pour des gens qui n'avaient pas de motifs de se rencontrer de travailler ensemble, donc d'améliorer le dialogue entre différentes catégories de personnels. Toutefois, la préparation a été pourvoyeuse de frustrations : certaines personnes ont manifesté de hautes attentes concernant les répercussions de l'accréditation ce qui, à moyen terme, pourrait casser la dynamique. D'autres ont aussi évoqué la possibilité que cela débouche vers de la « non qualité ». Finalement, la préparation a permis une nouvelle manière de voir les choses, d'acquérir de nouvelles perspectives et de concevoir la qualité différemment.

Les changements de pratiques

A tous les niveaux de l'établissement, le changement qui est apparu comme le plus important portait sur la mise en place de protocoles écrits associés à une gestion documentaire. Ces protocoles pouvaient être du ressort d'un service, de plusieurs services (exemple l'accueil du patient ; la prise en charge de la douleur) ou de l'institution (comme ceux réalisés par le comité du médicament). Ce travail a été principalement réalisé par les cadres et les infirmières. Pour aider les équipes dans la réalisation de leur protocole, une procédure des procédures a été rédigée ainsi qu'une procédure de gestion documentaire. La rédaction de cette procédure est un bon exemple d'évolution des pratiques puisque simultanément, l'UEQSA, le comité du médicament et le comité des RAQ en rédigeait une. Aussi a-t-il été décidé de réunir les trois démarches en une seule et unique. Une prise de conscience de la nécessité de laisser une trace écrite de ce qui était fait a aussi eu lieu, devant permettre une meilleure traçabilité. Toutefois, il a été évoqué que « tout » ne pouvait être standardisé, protocolisé et mis sous forme de procédures, et qu'il fallait aussi travailler sur la « valeur ».

Au niveau des services, le remplissage du RIAE, a permis de réfléchir et de dégager des axes prioritaires pour modifier certaines pratiques, en particulier tout ce qui a trait à la gestion des risques et à l'organisation du service. Cela a aussi initié dans certains services des travaux innovants comme la création d'un film sur les bas à varices ou encore le circuit d'un bistouri au bloc opératoire. Enfin, afin d'évaluer les changements de comportements, de nombreuses personnes ont suivi la formation à l'audit clinique pour disposer d'outils méthodologiques adaptés.

D'autres exemples d'amélioration de pratiques ont été cités par le directeur qualité : l'amélioration du taux de conformité des prélèvements de laboratoire qui est passé en un an de 35 à 70% et le taux de retour des questionnaires de sortie. Aussi, même si il n'y a eu aucune répercussion sur la satisfaction des patients (les taux de satisfaction mesurés à partir des questionnaires de sortie pendant la période de préparation n'a pas changé), le taux de retour des questionnaires en court séjour est passé, entre 1998 et 1999, de 5,22%

à 7,63% (soit 4 202 questionnaires exploités pour 54 976 admissions), ce qui montre une sensibilisation accrue des personnels à inciter les personnes soignées à y répondre. La qualité des soins, l'amabilité du personnel et les qualités relationnelles reçoivent plus de 90% de satisfaction. Les principaux motifs d'insatisfaction portent sur la température de la chambre, le bruit, les horaires et la qualité des repas.

Aussi, s'il est trop tôt pour estimer l'impact de la préparation sur la satisfaction des usagers, les personnes rencontrées espèrent qu'elle aura un impact en augmentant la confiance du public, la participation des représentants des usagers à la préparation devant aussi y contribuer. La préparation a aussi permis de modifier, d'une part, le traitement des questionnaires de sortie en le standardisant sur l'ensemble des sites, et, d'autre part, l'organisation de l'écoute patient avec la mise en place d'une commission de conciliation, d'une permanence bi-mensuelle sur les deux sites de court séjour animée en alternance par les membres de la commission, et d'un nouveau circuit de traitement des plaintes.

Sinon, dans l'ensemble, les personnes pensent intuitivement qu'il y a eu des améliorations « sinon ce serait désespérant » ! Le cas des étudiants en médecine a été cité comme étant à part et particulièrement difficile à régler pour modifier les pratiques.

4. La transformation de la trajectoire

Nous retiendrons ici les éléments qui ont trait à l'amélioration des missions et de la performance de l'établissement.

En ce qui concerne la performance, au cours des entretiens, les personnes ont eu du mal à la définir. Une personne a même souhaité une définition exacte du terme. Globalement, il a été évoqué que l'objectif était de réduire les coûts mais qu'il n'existait pas de résultats quantifiés. De même, il a été mentionné qu'il était espéré un retour sur

investissement mais que celui-ci n'aurait pas lieu avant 10 ou 15 ans. Pour l'instant la démarche a été reconnue comme coûteuse.

Enfin, pour mieux répondre aux missions de l'établissement, l'un des directeurs interrogés a évoqué la nécessité de réaliser « une petite révolution copernicienne » au sein de l'établissement, en plaçant comme acteur principal le soigné et non le soignant. Le service de soins infirmiers a estimé être depuis longtemps dans une démarche de promotion de la qualité des soins, la préparation n'aurait pas entraîné de changement de trajectoire mais permis de légitimer la démarche entreprise. La seule chose qui ait changé est l'apport méthodologie, les supports et les documents mis à disposition.

Pour un des médecins, la trajectoire a pu aussi être modifiée grâce aux pressions de la presse qui, par l'intermédiaire d'articles, a agi sur l'opinion publique et ce, d'autant que le CHU a été « épinglé ». Les autres éléments qui ont pu avoir un impact sur la trajectoire de l'établissement ont porté sur les changements culturels des personnes qui ont acquis une culture qualité, les rapports entre médecins et autres professionnels et enfin les relations entre services au sein de l'établissement.

VI.B.1.b. Au niveau des services (niveau 1)

Lorsque les entretiens avec les chefs de services ont été effectués, il n'existait pas encore de recul suffisant concernant l'impact de l'auto-évaluation. Aussi, n'a-t-il pas été possible de recueillir de données concernant les changements intervenus. En revanche, les questionnaires envoyés dans les services comportaient des questions sur les changements intervenus à la suite de la préparation.

1. De manière générale

Les questions posées étaient identiques pour les deux questionnaires. En ce qui concerne les PR, ce sont principalement les questionnaires de sortie qui ont été mieux pris en compte systématiquement (58,7%PR/48,3%PNR), puis c'est la mise en place d'une

réflexion concernant l'introduction d'indicateurs qualité au niveau des services (50,7%PR) et l'introduction de nouveaux sujets au niveau des conseils de service (40,3%PR/33,5%PNR). Alors que pour les PNR, c'est la mise en œuvre d'une réflexion sur l'instauration d'objectifs qualité qui est la principale modification réalisée lors de la préparation (50%PNR). On retrouve ensuite un faible impact sur l'organisation du service (34,8%PR/30,6%PNR) et sur les pratiques professionnelles (30,5%PR/30,7%PNR). Toutefois pour ces deux domaines, les services destinataires du référentiel ont eu significativement plus de changement que les autres ($\alpha=0,011$ et $\alpha=0,038$). Il a aussi été peu mis en place d'indicateurs qualité (33,8%PR/30,3%PNR), d'études d'évaluation de pratiques professionnelles (29,5% PR/28,7%PNR), de réflexion sur la qualité des soins (22,4% PR) et de procédures transversales à plusieurs services (21,1%PR/21,4%PNR). Le travail entrepris dans les services n'a été que rarement reconnu dans l'établissement (21%PR/24,1%PNR). La préparation n'a pratiquement pas eu d'impact, d'une part, sur les relations hiérarchiques (9,5% PR/15%PNR), l'intégration de nouvelles fonctions (12%PR/19,7%), l'identification d'indicateurs qualité avec d'autres services (15,1%PR/20,8%PNR) ou encore la réalisation d'études d'évaluation avec ces derniers (15,5%PR/27,8%PNR) et, d'autre part, sur tout ce qui concerne les relations entre services (11%PR/14,5%PNR), avec l'administration (7,8%PR/6%PNR), avec les autres établissements (8,2%PR/6,7%PNR) ou encore les médecins de ville (10,3%PR/1,2%PNR). En ce qui concerne l'intégration de nouvelles fonctions ($\alpha=0,036$) et la mise en œuvre d'études d'évaluation conjointement avec d'autres services ($\alpha=0,001$), ce sont les services non destinataires du référentiel qui ont eu le plus de changement

Il a ensuite été demandé si finalement des changements irréversibles au niveau de l'établissement avaient eu lieu au cours de la préparation, ce sont surtout les aides/agents ($\alpha=0,009$) et les femmes ($\alpha=0,000$), en situation hiérarchique inférieure ($\alpha=0,002$), des services destinataires du référentiel qui ont partagé cette opinion, alors que ce sont les personnes ayant participé au référentiel ($\alpha=0,03$), pour les personnes membres de services non destinataires du référentiel. De même, il a été demandé au niveau du service, si des changements irréversibles avaient été mis en œuvre, on retrouve pour les

Tableau VI.5.a : Récapitulatif des résultats obtenus concernant les changements intervenus en lien avec la préparation

Questions	« oui » (%)		Différence significative
	PR	PNR	
Des modifications dans l'organisation du service ont été mises en place	34,8	30,6	S
Des changements de pratiques professionnelles ont eu lieu	30,5	30,7	S
Des modifications dans les relations hiérarchiques entre personnes ont eu lieu	9,5	15	NS
De nouvelles fonctions ont été intégrées par certains professionnels	12	19,7	S
Des études d'évaluation de pratiques professionnelles ont été mises en place	29,5	28,7	NS
De nouveaux sujets ont été traités en conseil de service en lien avec la démarche de préparation à l'accréditation	40,3	33,5	NS
Des indicateurs qualité ont été déterminés	33,8	30,3	NS
Les résultats des questionnaires de sortie sont pris en compte systématiquement	58,7	48,3	NS
Le travail entrepris dans votre service est mieux reconnu au sein de l'établissement	21	24,1	NS
Des procédures de prise en charge transversales à plusieurs services ont été mises en place	21,1	21,4	
Des indicateurs qualité sont identifiés en concertation avec d'autres services	15,1	20,8	NS
Des études d'évaluation sont initiées en concertation avec d'autres services	15,5	27,8	S
Des modifications dans les relations entre votre service et des services cliniques de l'établissement ont eu lieu	11	14,5	
Des modifications dans les relations entre votre service et des services administratifs de l'établissement ont eu lieu	7,8	6	
Des modifications dans les relations entre votre service et d'autres établissements de santé ont eu lieu	8,2	6,7	
Des modifications dans les relations entre votre service et les médecins de ville ont eu lieu	10,3	1,2	

PR et les PNR les mêmes résultats : les aides et agents ($\alpha=0,001PR$), les femmes ($\alpha=0,000PR$), en situation hiérarchique inférieure ($\alpha=0,036$), et les personnes ayant participé au référentiel ($\alpha=0,044PNR$) ont été ceux qui en ont trouvé le plus. Une personne a mentionné, dans les remarques, que l'on n'avait pas encore assez de recul par rapport à la démarche : « il est bien trop tôt pour mesurer l'impact des décisions et organisation tant au niveau de l'Unité Fonctionnelle que sur le plan macroscopique de l'établissement » (cf. tableau VI.5.a).

D'autres remarques concernant les changements ont aussi été écrites :

« ... Il me semble que les échos reçus de réunions de services ou autres démarches de ce genre se heurtent à l'incapacité pour une structure aussi lourde que l'hôpital, aussi figée, d'évoluer. De plus les corporatismes en œuvre freinent encore plus toute évolution. Je m'interroge donc pour l'avenir d'une démarche encore une fois confrontée au fonctionnement administratif à la française où de réunions en réunions, de sondages en protocoles, la prise en compte des réalités quotidiennes des services est oubliée » ; « Malgré l'ampleur de l'information intra et extra services, des membres du personnel restent sourds à cette démarche qui peut modifier des repères solidement ancrés » ; « je trouve que les référentiels ont demandé beaucoup de travail, de temps, de réflexion et que les résultats n'ont pas été visibles ».

2. De manière plus spécifique

Des agrégations de questions ont aussi été réalisées reprenant les différentes dimensions des changements possibles : les modalités organisationnelles, les changements de pratiques, la reconnaissance, les modifications de relations transversales, les modifications de relations entre les autres services et l'extérieur enfin, les changements irréversibles (cf. tableau VI.6).

Les modifications organisationnelles

Des changements dans les modalités organisationnelles ont été mis en évidence, d'une part, pour les PR, par les aides et agents et les médicaux ($\alpha=0,000$) et, d'autre part, pour les PNR, pour les personnes travaillant en moyen et long séjour ($\alpha=0,056$), puis en psychiatrie et en courte durée. Si l'on compare les PR avec les PNR, ce sont les PNR qui ont plus eu de modifications organisationnelles ($\alpha=0,011$)

Les modifications de pratiques

De même pour les modifications de pratiques, ce sont les aides et agents surtout puis ensuite, les médicaux ($\alpha=0,000$) ainsi que les personnes travaillant en moyen et long séjour ($\alpha=0,000$) qui ont le plus eu l'impression que la préparation à l'accréditation permettait de modifier les pratiques, pour les PR. Et pour les PNR, ce sont les personnes membres d'une commission ($\alpha=0,001$) ou ayant participé au RIAE ($\alpha=0,000$).

La reconnaissance

Il a été mis en évidence des différences significatives uniquement pour les PR. Et ce sont les aides et agents ($\alpha=0,000$) surtout qui ont eu l'impression d'avoir une meilleure reconnaissance puis ensuite les infirmières et les médicaux ainsi que les femmes ($\alpha=0,022$).

Les modifications transversales

Une différence significative, pour les PR, a aussi été mise en évidence pour les aides et agents ($\alpha=0,000$). Ce sont donc eux qui ont le plus trouvé que des modifications transversales avaient eu lieu puis on retrouve les infirmières, les secrétaires, les médicaux et très peu les paramédicaux.

Les modifications de relations avec les autres services et l'extérieur

Avec des scores très faibles, on met toutefois en évidence que les membres d'un service destinataire du référentiel et d'une commission ($\alpha=0,047$) ont été ceux qui ont plus trouvé que les relations entre personnes avaient changé.

Les changements irréversibles

Pour les changements au niveau de l'établissement, ce sont surtout pour les PR, les aides/agents et les secrétaires ($\alpha=0,016$) qui partagent l'opinion que des changements irréversibles ont eu lieu ainsi que les femmes ($\alpha=0,000$), en situation hiérarchique inférieure ($\alpha=0,002$). Alors que pour les PNR, il existe une différence significative pour les personnes ayant participé au RIAE ($\alpha=0,028$).

Tableau VI.6 : Récapitulatif des agrégations « changements possibles »

Agrégations	« oui »		« non »		Différence significative
	à toutes les questions (%)		à toutes les questions (%)		
	PR	PNR	PR	PNR	
Modifications organisations	3,2	9,4	61,7	60	S
Modifications pratiques	13,4	18,2	29,2	41,8	NS
Reconnaissance	21	24,1	79	75,9	NS
Modifications transversales	6,1	8,9	76,3	73,3	NS
Modifications relations	2,1	1,5	87,2	80,9	NS
Changement irréversibles	54,8	48,5	14,7	16,5	NS

VI.B.1.c. Au niveau des GAETs (niveau 2)

1. Des présidents

Au cours des entretiens auprès des présidents de GAETs, il leur était demandé en quoi l'accréditation pouvait-elle être source de changement pour le CHU. Toutes les

personnes rencontrées ont trouvé en général qu'il était difficile de répondre à la question. Toutefois, en ce qui concerne l'impact de la préparation, un des présidents a fait le constat suivant : « C'est quelque chose que nous ont apporté à la fois la nécessité de l'accréditation et la constitution de ce GAET, c'est que maintenant on a envie de travailler ensemble. »

Interrogés sur la poursuite des activités des GAETs, les présidents ont répondu pour cinq d'entre eux que dès à présent, leur GAET était transformé en groupe de travail, que ce soit sur « le dossier du patient », « les systèmes d'informations » ; « la gestion des ressources humaines », « la gestion des fonctions logistiques » ou encore « les vigilances ». Quant au GAET « gestion de la qualité et prévention des risques » (QPR) qu'il continuait ses activités en tant que bureau qualité.

2. Des membres

En ce qui concerne les changements, les membres de GAETs interrogés par questionnaire ont répondu pour 72% d'entre eux que leur GAET avait proposé de mettre en œuvre des changements et 57,1% ont considéré que leur GAET avait participé à leur mise en œuvre dans l'établissement. Le temps alloué a été jugé comme suffisant par 82,6 % d'entre eux et 94,1% pensent que leur GAET devrait continuer à travailler après la visite d'accréditation.

Sixième bulle de synthèse : Quels sont les changements qui sont intervenus en lien avec la préparation à l'accréditation ?

- Les membres de la CEQSA considèrent que cette commission a un rôle important pour proposer et mettre en œuvre des changements au niveau de l'établissement.
- De même, les membres des GAETs et leur président sont persuadés que les GAETs sont des lieux de propositions de changement et ils souhaitent pouvoir être des acteurs du changement en mettant en œuvre leurs propositions.

- Du fait de la création de la direction qualité, les relations entre les directions ont évolué. La direction qualité est devenue incontournable et a été souvent sollicitée par les autres directions, son leadership auprès des autres directions a donc été conforté tout au long de la préparation. La direction des affaires médicales et celle des ressources humaines ont été aussi particulièrement mobilisées par la préparation.
- Au niveau de l'établissement, une politique de gestion des risques permettant une déclaration spontanée, une analyse des causes et la recherche de mesures préventives a été mise en place.
- Les seuls changements mis en évidence au niveau des procédures de gestion administrative, ont porté sur la gestion du personnel autre que médical par la direction des ressources humaines.
- Les relations hiérarchiques entre les personnes ont été très modifiées lors de la réalisation de l'auto-évaluation, cependant par la suite, ces relations sont redevenues comme avant. En effet, il n'y a pas eu de changements dans les organigrammes, ce qui n'a pas permis de changements durables dans les relations hiérarchiques entre les individus. Toutefois, au cours du travail d'auto-évaluation, les personnes ont appris à se connaître et à s'apprécier ce qui peut, à terme, avoir des répercussions sur les relations entre les individus.
- Comme dit précédemment, il n'y a pas eu de modifications d'organigrammes dans les services, sauf dans les services de biologie avec la création des RAQ (conséquence du GBEA et non de l'accréditation). Au niveau de l'administration, la création de la direction qualité a modifié l'organigramme général.
- Ce fut aussi l'occasion de créer de nouveaux métiers : les trois référents qualité et le chargé de mission CME.
- La préparation a permis de recueillir à différents niveaux de l'établissement les informations nécessaires pour mettre en place un PACQ et le suivi d'indicateurs : services, inter-services, général.
- La préparation a aussi renforcé un sentiment d'appartenance au CHU grâce au partage d'un projet commun.

- Il y a eu l'acquisition de nouveaux modèles de pensée autour de la personnes soignée : réflexion sur la place de chacun et sa contribution, nécessité de discuter les modalités de prises en charge à différents niveaux avec implication de la direction, nécessité d'arriver dans certaines situations à élaborer des protocoles de prises en charge de manière collégiale, de disposer de supports écrits afin d'avoir une traçabilité de l'information.

- Les changements de pratiques les plus importants, dans les services, ont consisté en :

L'écriture de protocoles ; la mise en place d'une gestion documentaire ; la mise en place d'objectifs de qualité ; la mise en place d'études d'évaluation ; la mise en place de mesures correctives sur les points mis en évidence comme défectueux dans le cadre du RIAE ; la prise en compte plus systématique des résultats des questionnaires de sortie.

- Les changements de pratiques au niveau de l'établissement ont surtout porté sur le traitement standardisé des questionnaires de sortie, la réalisation d'une écoute patient et un travail de collaboration plus étroit entre les trois référents qualité.

- La préparation a bousculé plus particulièrement les médecins et les aides et agents ce que l'on retrouve en particulier pour les modes d'organisation et les lieux d'exercice. Les aides et agents ont aussi eu l'impression d'acquiescer de la reconnaissance, grâce à la parole qui leur était donnée. Les paramédicaux ont eu du mal à se sentir impliqués au niveau de la préparation de par leur non rattachement à des services spécifiques. La psychiatrie, qui a une antériorité dans les démarches pluridisciplinaire, a moins mis à profit la préparation pour modifier ses comportements que le court ou moyen/long séjour.

- Il y a eu très peu de changement sur les relations entre services cliniques, entre services cliniques et les établissements extérieurs ou encore avec les médecins de ville.

- Il n'a pas été mis en évidence que la préparation ait modifié la trajectoire, elle a toutefois permis de mettre à plat les dysfonctionnements et les missions. Le COM semble être un outil plus puissant pour agir sur la trajectoire.

- Enfin, les personnes sont convaincues que l'accréditation est un outil de changement important pour l'établissement.

Question 7 : Qu'est ce que les personnes ont appris au cours de la procédure ?

VI.B.1.d. Aux niveaux stratégique et opérationnel (niveau 3 & 4)

« Énormément de choses! Énormément de choses! (...) j'ai appris beaucoup de choses au niveau des structures, au niveau des, je dirais, du vocabulaire, puisqu'il existe quand même et à mon avis c'est, et je ne vous en ai pas parlé jusqu'à présent, mais c'est un des handicaps de la démarche, c'est-à-dire que soit approprié par certaines personnes qui ont un discours qui n'est pas toujours très compréhensible par l'ensemble des personnes, et j'ai appris à décrypter certaines choses, mais j'avoue que c'est pas simple, j'ai appris je vous dis les relations, les structures, l'organisation au niveau national aussi, l'ANAES, différentes choses dont j'avais une idée assez floue au départ et ça a précisé beaucoup de choses... » (citation d'un médecin)

Ce fut surtout l'occasion de travailler en partenariat avec des personnes de formations différentes autour d'un projet commun et de fédérer autour d'une même table plusieurs disciplines. Cela a permis à certains de modifier leur regard sur l'administratif et le relationnel et d'acquérir un champ de vision plus étendu au niveau humain en développant de nouvelles relations avec les autres, autour d'un projet commun. Travailler sur l'accréditation a aussi permis d'apprendre un nouveau vocabulaire spécifique, permettant de modifier les mentalités professionnelles, qui pouvaient paraître au départ assez obtues, pour les non initiés : standardisation, procédures, etc. Cela a aussi été un moment privilégié pour connaître les structures et les modes de fonctionnement des services, les attentes et les craintes des professionnels, ou encore, mieux connaître le dispositif au niveau national. Ce fut aussi l'occasion de réfléchir sur ses propres pratiques, de se remettre en cause et d'essayer d'évoluer dans le bon sens car ces moments ont montré qu'il était difficile de faire bouger les personnes et qu'un travail comme celui-là ne pouvait se faire rapidement (cela demande du temps, de l'organisation, de la rigueur). Cela a donc permis à certains de les confronter dans leurs intérêts pour les démarches qualité. Ce fut aussi un moment privilégié pour apprendre les jeux de pouvoir. Enfin, cette préparation a aussi été l'occasion d'apprendre à mener une politique de communication et de valorisation de la démarche.

VI.B.1.e. Au niveau des services (niveau 1)

La procédure a surtout permis d'apprendre sur l'accréditation (47,1%PR/41,1%PNR), ceci de manière très significative pour les PR/PNR membres de commission ($\alpha=0,000$; $\alpha=0,000$) et ayant participé au référentiel ($\alpha=0,000$; $\alpha=0,001$) ainsi que sur les démarches qualité (45,3%PR/39,9%PNR), là aussi de manière significative pour les PR/PNR membres de commission ($\alpha=0,000$ et $\alpha=0,000$) et ayant participé au référentiel ($\alpha=0,000$ et $\alpha=0,000$). Cela a été moins vrai concernant : (i) la possibilité d'apprendre sur son propre service (30,8%PR/22,4%PNR) (les PNR, membres de commission ont mieux répondu ($\alpha=0,001$)), (ii) les autres professionnels (26,2%PR/13,3% PNR) (pour les PNR, ce sont surtout les membres de commission ($\alpha=0,000$) et les participants au RIAE ($\alpha=0,000$) qui ont répondu plus favorablement), et (iii) l'établissement (22,1%PR/25,6%PNR), avec une différence significative pour les PR en faveur des membres de commission ($\alpha=0,028$). Finalement, cela a peu permis d'apprendre sur soi-même (19,4%PR/16,7%PNR) et sur les autres services (12,8%PR/11,3%PNR), avec toutefois de meilleures réponses pour les PR participants au RIAE ($\alpha=0,006$) (cf. tableau VI.6.a).

Une agrégation a ensuite été réalisée afin d'estimer globalement si les personnes avaient eu l'impression d'apprendre au cours de la préparation. Ce sont, pour les PR, les aides et agents et les médicaux ($\alpha=0,016$) qui ont le plus appris puis ensuite les infirmières, les secrétaires et les paramédicaux. Ce sont ensuite les femmes ($\alpha=0,050$), quelle que soit leur position hiérarchique ($\alpha=0,443$), ceux ayant participé à une commission ($\alpha=0,000$) et enfin ceux ayant participé au référentiel ($\alpha=0,000$) qui trouvent que la préparation leur a appris des choses à différents niveaux. Pour les PNR, ceux ayant participé au référentiel ont plus appris que les autres ($\alpha=0,014$).

VI.B.1.f. Au niveau des GAETs (niveau 2)

Les résultats du questionnaire mettent en évidence, que 62,3% ont eu l'impression que la participation au GAET leur a permis de mieux connaître le fonctionnement du CHU.

Tableau VI.6.a : Récapitulatif des résultats concernant ce qu'a permis d'apprendre la préparation

Vous avez appris au cours de cette préparation sur :	« oui » (%)		Différence significative
	PR	PNR	
vous-même	19,4	16,7	NS
d'autres professionnels	26,2	13,3	S
votre service	30,8	22,4	S
d'autres services	12,8	11,3	NS
l'établissement	22,1	25,6	NS
les démarches qualité	45,3	39,9	NS
l'accréditation	47,1	41,1	NS

Septième bulle de synthèse : Qu'est-ce que les personnes ont appris au cours de la procédure ?

- Les trois référents qualité ont appris les enjeux de pouvoir qui entouraient la préparation.
- La préparation a aussi permis d'acquérir un nouveau vocabulaire, d'apprendre globalement sur l'accréditation, sur les démarches qualité, etc.
- La préparation a permis aussi de se rendre compte qu'il était difficile de mettre en place une politique de communication au niveau d'un établissement, et qu'il était important d'y réfléchir avant et non pendant.
- Dans les services, ce sont ceux qui ont participé à la rédaction du référentiel ou encore qui sont membres de commission qui ont le plus appris. Pour les professionnels, ce sont les médecins et les aides et agents qui ont le plus appris, ce sont donc les deux extrêmes de la pyramide.
- Les membres des GAETs ont eu l'impression d'apprendre sur les modalités de fonctionnement de l'établissement.

Question 8 : Finalement quel est l'impact de l'accréditation sur le CHU ?

VI.B.1.g. Aux niveaux opérationnel et stratégique (niveau 3&4)

Nous allons ici évoquer l'impact au niveau global de l'établissement et spécifique au niveau des personnes. En ce qui concerne l'impact global, nous avons essayé de mettre en évidence les changements qui sont intervenus au sein de l'établissement (les relations avec les patients), et entre l'établissement et son environnement (les médecins de ville, la population et les autres établissements). Au niveau individuel, nous avons cherché à savoir quel impact pourrait avoir l'accréditation sur les carrières des personnes impliquées.

1. Sur les individus

Toutes les personnes interrogées ont été étonnées par la question : « Est-ce que les résultats de la visite d'accréditation peuvent avoir des répercussions sur votre carrière ? ». Pour toutes ces personnes, il était clair que les résultats de la visite d'accréditation n'auraient pas d'impact. Une personne a d'ailleurs précisé qu'il ne fallait pas mélanger, d'une part, la mise en place du dispositif sur lequel elle était d'accord d'être jugée et, d'autre part, les résultats de l'accréditation qui ne sont pas du fait d'une seule personne...

2. Sur l'établissement

La mesure du changement des relations avec les patients a été difficile à objectiver. La préparation à l'accréditation a été l'occasion de renforcer l'intégration des associations de patients permettant de développer un dialogue entre les usagers et les acteurs de l'hôpital. Cela s'est traduit par une vigilance accrue et une considération différente de la place du patient dans les services. Cette volonté d'être plus à l'écoute du malade et de sa famille est passée par des changements de comportements des professionnels. Un des exemples qui a été donné est la prise en charge de la douleur, qui s'est voulu plus intégrée entre professionnels et à l'écoute des patients. Enfin, l'accréditation doit permettre de rendre l'établissement plus attractif pour les utilisateurs en bénéficiant d'une reconnaissance et d'une confiance du public.

3. Sur la CEQSA

93,8% pensent qu'après la visite son rôle sera important pour continuer à développer les axes d'amélioration de la qualité dans l'établissement et d'ailleurs, 93,3% pensent que son rôle ne peut qu'augmenter au sein de l'établissement.

4. Sur les relations avec l'extérieur

Les relations avec la population et les médecins de ville

En l'état actuel des choses, personne ne pensait que la préparation à l'accréditation ait eu un impact sur l'environnement que ce soit en attirant de nouveaux professionnels pour y travailler ou encore en améliorant les relations avec les professionnels de santé, extérieurs à l'établissement. Cependant, les personnes interrogées pensaient que la visite pourrait avoir un impact dans le futur. Le plan de communication après la visite paraissait être un élément essentiel pour favoriser cette dynamique.

La préparation a permis toutefois un rapprochement de l'établissement avec la médecine de ville, le manuel d'accréditation tenant compte de cette dimension et une enquête de satisfaction ayant été menée auprès des médecins généralistes de la communauté urbaine de l'établissement. Il existait aussi une tentative, pour améliorer les relations avec les médecins de ville, d'accès facilité au dossier des patients hospitalisés afin de mieux suivre leur évolution. La recherche d'une plus grande continuité des soins a été aussi mise en œuvre afin de réfléchir sur un dossier médical unique et partagé. Deux personnes ne savaient pas s'il existait un changement dans ce domaine.

Dans le cadre de formations pour les paramédicaux, données par un des référents « qualité », des futurs professionnels ont manifesté leur intérêt pour la démarche entreprise au CHU, ceci potentiellement peut avoir un impact sur leur choix futur d'établissement.

Les relations avec les autres établissements

Les changements de relations entre le CHU et les autres établissements ont été évoqués par l'ensemble des personnes interrogées. En effet, l'obligation pour les établissements de santé de se préparer à l'accréditation a permis un rapprochement de l'ensemble des établissements du secteur sanitaire dont fait partie le CHU. Cette initiative fut prise par un des hôpitaux et a été encouragée par l'ARH, grâce au financement des deux postes (infirmière et secrétaire) de l'UEQSA, sur des crédits régionaux. Cette coopération a été formalisée par une convention qui comportait une aide méthodologique et une possibilité de participer aux formations du CHU. Le CHU a été initialement identifié comme leader

et moteur dans la démarche ; à présent où presque tous les établissements sont entrés dans la démarche de préparation, les relations ont évolué vers une plus grande coopération, une entraide et des échanges sur les démarches mises en œuvre. Il a été aussi évoqué que l'accréditation pourrait permettre de comparer les établissements entre eux.

Les relations entre l'établissement et la tutelle

Pour la majorité des personnes rencontrées, l'accréditation devait permettre une reconnaissance externe par les tutelles, et en particulier par l'ARH, du niveau de qualité de l'établissement. Cette reconnaissance devait se traduire par des mesures financières dans le cadre du COM et ce, d'autant que le rapport d'accréditation était envoyé à l'ARH. Cependant, il existait une incertitude sur l'utilisation des comptes rendus de visites : était-ce un outil de sanction ou un outil d'incitation ? Pour certains, la préparation en elle-même n'avait pas d'impact sur les relations entre l'établissement et l'ARH, seuls les résultats de la visite en auraient et plus particulièrement sur les allocations budgétaires. Pour d'autres, cela a déjà eu un impact dans le cadre du COM, qui mentionne l'échéancier d'engagement dans la démarche. Ou encore, pour quelques personnes interrogées, la tutelle regardait la préparation de très loin, seuls les besoins de santé de la population étaient considérés. Il a aussi été mentionné que la démarche qualité devait permettre de crédibiliser le discours « universitaire » vis-à-vis de la tutelle. Enfin, dans l'esprit de certaines personnes, il était clair que la philosophie développée par l'ANAES et l'ARH est différente : l'ANAES proposait un modèle dynamique d'amélioration, l'ARH des relations essentiellement budgétaires.

VI.B.1.h. Au niveau des services (niveau 1)

1. Les chefs de service clinique

Les entretiens avec les chefs de services ont porté exclusivement sur la démarche d'auto-évaluation dans les services. Ils ont été menés trop tôt pour recueillir des informations concernant l'impact de l'accréditation sur le CHU.

2. Les professionnels dans les services

La partie du questionnaire ayant trait à l'impact de l'accréditation sur l'établissement a été celle où les réponses sont les plus favorables. On peut donc émettre comme hypothèse que l'accréditation est source d'attentes importantes de la part des professionnels. Les questions étaient identiques pour les PR et les PNR.

De manière générale

Ce sont les questions concernant l'impact de l'accréditation comme permettant, d'une part, de mieux répondre aux attentes de la tutelle (75,3%PR/80,6%) et, d'autre part, d'améliorer la prise en charge des personnes soignées (82,5%PNR/71,6%PR) qui ont recueilli le plus de réponses positives. La préparation doit aussi permettre d'acquérir plus de ressources (73%PR/PNR77%), répondre aux attentes de la population (70,3%PR/76,7%PNR), développer des valeurs partagées par l'ensemble des professionnels de l'établissement (67,6%PR/76,6%PNR), contribuer à développer le travail en réseau avec les autres partenaires du système de soins (66,4%PR/75,8%PNR), mieux utiliser les ressources (65,4%/77%PNR), et enfin mieux répondre aux professionnels de ville (59,8%/72,7%). Malgré ces résultats assez positifs, on peut lire dans les commentaires que les personnes ont des doutes sur les moyens qui seront octroyés : « on ne peut demander aux gens de faire un travail fastidieux pour se faire entendre dire ensuite que n'importe comment les moyens ne suivront pas » (cf. tableau VI.6.b).

De manière plus spécifique

Trois agrégations ont été créées : un score général et deux sous-scores dont l'un, concernant l'impact sur l'établissement et l'autre, l'impact sur ses relations avec les partenaire extérieurs.

L'impact global. 63% des PNR et 47% des PR ont répondu favorablement à toutes les questions concernant l'impact, ce qui représente une proportion très importante pour un score général. Les analyses de variances mettent en évidence, pour les PR, une

Tableau VI.6.b : Récapitulatif des résultats concernant l'impact de l'accréditation

Questions	« oui » (%)		Différence significative
	PR	PNR	
L'accréditation permet d'améliorer la prise en charge des personnes soignées	82,5	71,6	S
L'accréditation permet de développer des valeurs partagées par l'ensemble des professionnels de l'établissement	67,6	76,6	S
L'accréditation permet de mieux utiliser les ressources en interne dans l'établissement	65,4	77	S
L'accréditation permet à l'établissement de mieux répondre aux attentes de la population	70,3	76,7	NS
L'accréditation permet à l'établissement de mieux répondre aux attentes des professionnels de ville	59,8	72,7	S
L'accréditation contribue à développer le travail en réseau avec les autres partenaires du système de soins	66,4	75,8	NS
L'accréditation permet à l'établissement de mieux répondre aux attentes de la tutelle	75,3	80,6	NS
L'accréditation peut permettre à l'établissement d'acquérir plus de ressources	73	77	NS

différence significative pour les aides et agents (avec une moyenne très haute de 15 sur 16 maximum et $\alpha=0,000$), les femmes ($\alpha=0,000$), en situation hiérarchique inférieure ($\alpha=0,000$), et les personnes membres d'une commission ($\alpha=0,014$). Pour les PNR, ce sont les personnes ayant participé au RIAE ($\alpha=0,003$) qui trouvent que l'accréditation aura un impact important sur l'établissement et ses relations avec l'extérieur.

L'impact sur l'établissement. 65% des PNR et 55% des PR ont répondu favorablement à toutes les questions ayant trait à l'impact de l'accréditation sur l'établissement. Pour les PR, il existe une différence significative pour les aides et agents ($\alpha=0,000$), les femmes ($\alpha=0,000$), en situation hiérarchique inférieure ($\alpha=0,000$), et les non membres d'une commission ($\alpha=0,049$).

L'impact sur les relations avec les partenaires extérieurs. 70% des PNR et 56,5% des PR ont répondu favorablement à toutes les questions. Pour les PR, il existe une différence significative en faveur des aides et agents ($\alpha=0,000$) et des femmes ($\alpha=0,002$), en situation hiérarchique inférieure ($\alpha=0,000$) ; pour les PNR, ce sont les personnes travaillant en moyen et long séjour ($\alpha=0,040$), qui ont trouvé que les relations allaient changer.

Tableau VI.7 : Récapitulatif des agrégations « impact »

Agrégations	« oui » à toutes les questions (%)		« non » à toutes les questions (%)		Différence significative
	PR	PNR	PR	PNR	
Général	47	63	13,9	12,3	NS
Impact établissement	55	65	15,5	9,4	NS
Impact relations extérieurs	56,5	70	18,9	17	NS

Cependant, pour ces trois agrégations, les PNR, malgré la non mise en évidence d'une différence significative, avaient des attentes plus importantes quant aux retombées de l'accréditation que les PR (cf. tableau VI.7).

VI.B.1.i. Au niveau des GAETs (niveau 2)

Ce qui ressort principalement des entretiens avec les présidents des GAETs est la potentialité de l'accréditation de faire évoluer les choses et d'être un outil de changement. Cela pousserait les personnes qui travaillent depuis longtemps dans la structure à se remettre en questions afin d'avoir une vision claire des choses. Certains présidents souhaitaient même qu'il y ait des recommandations afin que « l'établissement ne s'endorme pas sur ses lauriers » et qu'il soit ainsi obligé de progresser. Cependant, l'un d'entre eux a mis en évidence qu'il n'existait pas d'impact direct sur les moyens ou encore de mise en place de mesures incitatives, ce qui était dommageable pour la suite.

Le questionnaire adressé aux membres des GAETs ne comprenait pas de questions concernant l'impact de l'accréditation sur l'établissement.

VI.B.1.j. Au niveau de la communauté d'établissement (niveau 5)

Les responsables qualité rencontrés ont tous souligné que l'impact de l'accréditation était surtout de permettre une reconnaissance externe, la qualité du travail effectué dans l'établissement par tous les professionnels et, pour les établissements qui se sentaient menacés, de leur permettre de continuer leur activité. Cela permettait aussi d'impliquer les personnels dans les démarches qualité, de faire un diagnostic et de trouver des solutions en ayant une connaissance plus fine de la qualité des activités. C'était aussi un excellent moyen pour amener les professionnels à écrire les choses, à recentrer les objectifs prioritaires de l'établissement et à développer une politique commune sur un certain nombre de domaines.

VI.B.1.k. Au niveau des tutelles (niveau 6)

L'impact, pour les organismes de tutelle, se situe en amont, lors de la préparation et en aval, lorsque le rapport est publié. L'accréditation est un moyen pour mobiliser les établissements autour d'une démarche qualité : « ce n'est pas une fin en soi, c'est une étape de reconnaissance avec la nécessité ensuite de relever le défi de la qualité parce qu'il y aura des étapes successives dans le temps ». La préparation doit permettre de mobiliser un maximum de personnes dans chaque service :

« l'enjeu est majeur pour un CHU car cela doit descendre au niveau de chaque agent. Une démarche qualité n'a de sens que si chaque agent a été parfaitement informé, se sent concerné, accepte un auto-questionnement permanent sur ses pratiques ». (citation d'un membre de la tutelle)

Les rapports d'accréditation représentent un moyen d'alimenter la revue annuelle des COM, les conclusions du rapport étant alors utilisées pour suivre les améliorations menées par l'établissement. Il existe toutefois des attentes importantes sur le professionnalisme de l'ANAES afin que la démarche soit suffisamment rigoureuse et crédible.

Huitième bulle de synthèse : Finalement, quel est l'impact de l'accréditation sur le CHU ?

- Les personnes aux niveaux opérationnel et stratégique n'avaient pas l'impression que les résultats de l'accréditation puissent avoir un impact sur leur carrière. Elles ont même été étonnées par la question.
- Le renforcement du rôle de la CEQSA après la visite d'accréditation semble évident pour ses membres, car elle aura en priorité à établir un plan d'actions tenant compte des conclusions du rapport d'accréditation. La CEQSA sera donc amenée à assumer un rôle « politique » dans les années à venir, en ayant des décisions importantes à prendre pour tout l'établissement.

- Les professionnels de l'établissement ont de hautes attentes quant à l'impact de l'accréditation. Aussi, la préparation à l'accréditation est-elle perçue simultanément comme bureaucratique et potentiellement positive pour l'établissement et son environnement.
- La préparation a permis de prendre conscience de l'importance de recueillir et analyser la satisfaction des personnes soignées afin d'améliorer les pratiques.
- Les personnes non destinataires du référentiel ont des attentes plus importantes que les autres. De même, ce sont les personnes en situation hiérarchique plus sensibles ou de subordination comme les aides et agents et les femmes qui ont le plus d'attentes face à l'accréditation. Les personnes qui participent à des commissions ont eu plus l'occasion de prendre conscience de l'impact que l'accréditation pourrait avoir sur l'établissement et ont donc une vision moins optimiste que les autres.
- L'impact direct de la préparation sur les relations de l'établissement a été assez faible à l'exception des activités menées dans le cadre de la communauté d'établissement.
- Cependant, à plus long terme, cela pourrait en avoir sur les relations avec les autres professionnels du système de santé et en particulier avec l'ARH qui souhaite renégocier chaque année le budget de l'établissement en fonction de la prise en compte des remarques faites dans le rapport d'accréditation.

VI.B.2. Quatrième temps : l'implication dans la préparation

Question 9 : Comment les personnes ont-elles caractérisé leur participation ou leur non participation à la procédure ?

VI.B.2.a. Aux niveaux opérationnel et stratégique (niveau 3&4)

Chaque professionnel a développé les raisons qui l'ont motivé à participer à la préparation à l'accréditation. Tous ont mis en évidence leur intérêt pour la qualité et le défi que représentait la création de nouveaux postes et de nouvelles fonctions. C'était une manière de s'engager au service de l'établissement, en particulier pour les médecins qui ont tous souligné l'importance de motiver et d'inclure le corps médical à la démarche. L'adhésion des médecins passe toutefois par une volonté de supprimer la part

de risques, de diminuer les plaintes et les poursuites judiciaires. Tous étaient convaincus que la réforme de 1996 était nécessaire pour l'amélioration de la prise en charge des malades.

1. Pour les membres de la direction

Le directeur général a répondu que l'administration était obligée de s'engager, l'accréditation concernant aussi ce domaine. Il a caractérisé sa participation comme « sûrement insuffisante aux yeux de certains » car il avait été plus présent au niveau national - par son implication au niveau du conseil scientifique de l'ANAES - qu'au niveau de l'établissement. Pour le directeur qualité, son implication a été reliée à ses fonctions de directeur chargé, par délégation du DG, de coordonner le dispositif et de garantir le respect, dans la mesure du possible, des calendriers. Sa participation s'est manifestée de manière concrète par l'animation de 5 des 10 GAETs, du comité des RAQ, de la réalisation d'enquêtes de satisfaction, de la mise en place du dispositif de gestion des risques, etc. Il caractérise son rôle de relais, aidant à la coordination, la logistique et la participation. Il a participé à cette préparation avec plaisir. Le directeur des affaires médicales n'a pas répondu à la question.

2. Pour les membres de la Commission médicale d'établissement

Le président de la CME a mis en évidence son rôle, d'aide à l'animation de la CEQSA et à l'implication de la communauté médicale dans la démarche, en favorisant l'explication et l'acceptation. Il a insisté sur la nécessité d'inciter le corps médical à y participer. Toutefois il a signifié qu'il n'était pas impliqué directement dans la démarche, mais par l'intermédiaire de son chargé de mission. D'ailleurs, le chargé de mission a défini son rôle comme représentant du président de la CME au niveau de la CEQSA et comme membre du BQ. Il s'est positionné comme devant sensibiliser les médecins à participer à la démarche mais aussi au Comité des RAQ et aux GAETs. Il trouvait cependant que cette participation était « dévoreuse » de temps par le nombre de réunions. Le deuxième représentant de la CME au BQ aurait aimé avoir un rôle « d'expurgateur des choses sans intérêts qui sont traitées au sein du bureau qualité » mais il a souligné qu'il n'avait pas

assez de temps à y consacrer et avait même dû donner sa démission. Il caractérisait sa participation de sincère, volontaire et enthousiaste mais aussi de pratique car c'était aussi un moyen de récupérer du pouvoir en tant que chef de service dans son service.

3. Pour les membres de l'UEQSA

Le médecin de l'UEQSA s'est senti totalement dévoré par la démarche institutionnelle aux dépens des démarches dans les services, car les demandes étaient sans limites. L'infirmière de l'UEQSA a retenu que son implication avait surtout consisté en l'exploitation des RIAE et à alimenter les réflexions des GAETs, sans oublier sa participation aux formations et au BQ. Pour la secrétaire, son rôle a principalement consisté en l'organisation, par exemple, de nombreuses réunions, de séances de formation, etc. Elle a caractérisé sa contribution d'indirecte.

4. Pour les membres de la DSSI

Pour le directeur des services de soins infirmiers, son implication remonte à plus de dix ans lorsqu'il a mis en place le projet de soins infirmiers où existait déjà une démarche qualité. Son implication actuellement n'est plus directe et ses missions ont été confiées à l'infirmière générale en charge de la qualité. Il a caractérisé son rôle de facilitateur et a mentionné qu'il avait participé à la relecture des documents comme le référentiel interne d'auto-évaluation. Aussi en ce qui concerne l'infirmière générale en charge de la qualité, son implication a-t-elle consisté tout d'abord à mettre son expertise dans le domaine de la qualité au niveau du service de soins infirmiers et de servir de relais auprès des cadres et des équipes infirmières. Tout ce travail s'est néanmoins fait en concertation permanente avec les deux autres référents qualité et a été très enrichissant au niveau personnel.

VI.B.2.b. Au niveau des services (niveau 1)

1. Du point de vue des chefs de services

Lors des entretiens réalisés auprès des chefs de services, globalement leur participation à l'auto-évaluation a été importante : sur les quarante personnes rencontrées, deux

seulement ont totalement délégué ce travail à leurs cadres infirmiers. Dans presque tous les cas (à l'exception de deux), le travail a impliqué plus de cinq personnes de formation différente (dont au moins un médecin) et les personnes étaient volontaires pour y participer. Le conseil de service a été impliqué dans tous les cas (sauf deux) pour la validation du document avant qu'il ne soit transmis à l'UEQSA.

Du point de vue des professionnels travaillant aux niveaux stratégique ou opérationnel

« Je crois que là tout le monde est impliqué maintenant à des niveaux différents. Je peux parler des minoritaires, la communauté médicale, qui a plus de mal à se mobiliser parce que, je ne sais pas réellement pourquoi, mais c'est difficile en tout cas pour eux de participer, d'être partie prenante de la démarche. Maintenant, on sait qu'au niveau de la direction des soins infirmiers on a là des mobilisations importantes, je pense que c'est lié indirectement au management de cette direction. Quant aux professionnels administratifs je les vois enfin ils interviennent au cours des groupes d'auto-évaluation institutionnels mais enfin en tout cas au sein de chaque direction je ne sais pas si ça bouge là, je suis incapable de pouvoir répondre. » (citation d'un membre de l'UEQSA)

Les entretiens, réalisés auprès des professionnels travaillant aux niveaux stratégique et opérationnel, ont aussi permis de caractériser la participation des professionnels tout au long de la procédure. Tout d'abord, il a été mis en évidence que la participation médicale a été insuffisante, alors même qu'il existait au niveau intellectuel un intérêt pour la démarche. Pour les médecins, la qualité est souvent perçue comme le non risque :

« le fait d'adhérer à ce système, pour de nombreux médecins, revient à supprimer les parts de risques, à essayer de les supprimer, tout ça est impliqué dans un système de rapport avec la juridiction, avec les plaintes, avec différentes choses, et il est évident que beaucoup de, enfin pas tous, mais certains médecins estiment qu'ils ont intérêt à rentrer dans ce système, à améliorer la qualité justement pour diminuer ces risques... » (citation d'un membre de l'UEQSA)

La différence des liens hiérarchiques, entre infirmières et entre médecins, a été évoquée comme une des explications. En effet, les infirmières sont structurées grâce à un système hiérarchique ne laissant que peu de marge de manœuvre au niveau individuel, alors que les médecins ont un libre arbitre plus important. Les cadres infirmiers ont donc été un pilier important pour la réalisation de l'auto-évaluation dans les services, ceux-ci ayant été particulièrement investis par la direction des services de soins infirmiers pour mener à bien la démarche : « l'élément dynamisant c'est le cadre ; c'est évident, si le cadre ne bouge pas l'équipe ne bouge pas. »⁷⁶. En effet, il semble évident que dans les services, les cadres ont été un élément moteur pour que les équipes adhèrent à la démarche et ce, d'autant plus que le chef de service ne s'est pas investi. Il y a eu aussi une participation assidue des représentants des usagers aux GAETs.

Globalement, on peut estimer aux différents moments de la procédure le nombre et les caractéristiques des personnes qui ont participé. Dès 1997, les professionnels ont été invités à participer à une conférence donnée par le Directeur général à laquelle 150 à 200 personnes de toutes les professions y ont assisté. Puis six conférences ont été organisées par les référents qualité ce qui a permis de toucher au moins 300 personnes, où le corps médical était sous représenté. Trois cents autres personnes ont participé à la rédaction du référentiel. Puis il y a eu une participation par l'intermédiaire de l'auto-évaluation dans les services où systématiquement un médecin était présent. Enfin, la participation aux GAETs a permis de toucher environ 200 personnes. L'ensemble de ces personnes l'ont fait à titre volontaire. Ensuite, il y a eu des instances qui ont suivi l'avancement de la démarche : la CME, le comité infirmier, et la CEQSA.

Enfin, le RIAE a été un outil particulièrement puissant pour permettre une implication importante des professionnels sur l'ensemble de l'établissement et ce, d'autant que les personnes ont été consultées pour construire l'outil.

⁷⁶ citation d'une infirmière.

2. Du point de vue des professionnels travaillant dans l'ensemble de l'établissement

Au niveau des professionnels de l'établissement, ce sont les PR (43,5%vs27,5%PNR) qui ont le plus eu l'impression d'avoir participé à la préparation ($\alpha=0,000$), et ceci est particulièrement vrai pour les infirmières/sage-femmes ($\alpha=0,048$), dont plus de la moitié ont répondu positivement (51,2%), ainsi que pour les personnes membre de commission ($\alpha=0,000$) ou ayant participé à la rédaction du référentiel ($\alpha=0,000$). Pour les PNR, ce sont les personnes travaillant en moyen et long séjour qui ont eu le plus l'impression d'y avoir participé ($\alpha=0,000$). Et, ce sont les personnes membres de commission ($\alpha=0,000$) ou encore ceux ayant participé au référentiel ($\alpha=0,000$) qui ont répondu y avoir plus participé (cf. tableau VI.7.a).

Pour les personnes qui ont répondu positivement, elles étaient principalement motivées à y participer pour défendre les intérêts de l'établissement (86,7%PR/83,2%PNR) et pour apprendre de nouvelles choses (86,2%PR/77,9%PNR). Les autres raisons étaient la possibilité d'acquérir une meilleure insertion hospitalière 66,5%PR/(64,9%PNR), l'obligation d'y participer (62,3PR/57,7%PNR) et la nécessité de faire comme les autres (34,7%PR/40PNR%). Que les personnes aient été destinataires du référentiel ou pas, elles ont répondu dans le même ordre de priorités aux raisons qui avaient motivé leur participation. Toutefois, il est à signaler, en ce qui concerne les PR, que ce sont les médecins qui ont surtout répondu qu'ils avaient participé car c'était obligatoire, les aides et agents car ils souhaitaient apprendre ou encore faire comme les autres, les secrétaires pour apprendre, acquérir une meilleure insertion hospitalière et participer à la défense des intérêts de l'établissement et enfin les infirmières par obligation et nécessité de faire comme les autres. Sinon, pour les PNR, les membres de commission ($\alpha=0,046$) ont principalement répondu qu'ils avaient participé à la procédure pour défendre les intérêts de l'établissement (cf. tableau VI.7.a).

En ce qui concerne les raisons qui ont motivé la non participation, pour les PR, la raison majeure est l'absence de proposition d'y participer (70,2%) alors que pour les PNR,

Tableau VI.7.a : Récapitulatif des résultats concernant la participation à la préparation

Questions	« oui » (%)		Différence significative
	PR	PNR	
Est-ce que vous avez l'impression d'avoir participé à la procédure de préparation de l'établissement à l'accréditation?	43,5	27,5	
<i>Pour ceux qui ont répondu « Oui »</i>			
- La volonté d'apprendre	86,2	77,9	NS
- L'obligation d'y participer	62,3	57,7	NS
- La nécessité de faire comme les autres	34,7	40	NS
- La possibilité de pouvoir acquérir une meilleure insertion hospitalière, des ressources supplémentaires, etc.	66,5	64,9	NS
- La volonté de participer à la défense des intérêts de l'établissement	86,7	83,2	NS
<i>Pour ceux qui ont répondu « Non »</i>			
- Un manque d'intérêt	37,4		NS
- Un manque de temps	67,4	70,9	NS
- Un sentiment de n'être pas concerné	37,3	43,9	NS
- Un refus délibéré d'y participer	12,8	8,8	NS
- Une absence de proposition d'y participer	70,2	70,8	NS

c'est le manque d'intérêt (70,9%) et l'absence de proposition d'y participer (70,8%). Viennent ensuite, pour les PR, le manque de temps (67,4%) et d'intérêt (37,4%). Enfin, c'est le sentiment de n'être pas concerné (37,3%PR/43,9%PNR) et très loin derrière, le refus délibéré d'y participer (12,8%PR/8,8%PNR) qui en sont les raisons. L'analyse en fonction des métiers montre - pour les PR - que les secrétaires n'y ont pas participé par manque d'intérêt, car elles ne se sentaient pas concernées et aussi par refus délibéré, les médecins et les infirmières/sages-femmes par l'absence de proposition d'y participer, les aides et agents par manque de temps et par appréhension des enjeux, les paramédicaux par manque d'intérêt et sentiment de ne pas se sentir concernés, ou encore par appréhension des enjeux. Sinon, pour les PNR, il a été mis en évidence une différence significative pour « le manque de temps » et « le manque d'intérêt ». Pour le manque de temps, ce sont les personnes membres de commission ($\alpha=0,028$) et ayant participé au référentiel ($\alpha=0,001$). Quant au manque d'intérêt, ce sont les hommes plus que les femmes qui ont répondu ($\alpha=0,028$), en ce sens (cf. tableau VI.7.a).

46,6% des PR et 41,4% des PNR ont été convaincus de la nécessité d'y participer et 31,1% des PR et 32,3% des PNR ont eu l'impression d'avoir eu assez de marge de manœuvre pour le faire. Lorsque l'on croise pour les PR, ceux qui étaient convaincus d'y participer avec ceux qui ont participé finalement, on peut mettre en évidence que 36% d'entre eux, alors qu'ils étaient convaincus d'y participer, n'ont finalement pas participé et vice et versa. Seulement, 11,5% ont non seulement été convaincus mais en plus ont pu participer. Pour les PNR, on peut mettre en évidence que 49,7% ont finalement participé alors même qu'ils n'avaient pas été convaincus.... Là encore, seulement 11,5% ont participé alors qu'ils avaient été convaincus préalablement (cf. tableau VI.8).

Les PR ont l'impression d'avoir eu plus de marge de manœuvre pour participer à la préparation que les autres ($\alpha=0,013$).

Tableau VI.8 : Tableau croisé entre les personnes qui ont participé et celles qui ont manifesté de l'intérêt

Participation	Non		Oui		Total	
Intérêt	PR	PNR	PR	PNR	PR	PNR
Non	126 (15,6%)	18 (9%)	297 (36,9%)	100 (49,7%)	423 (52,5%)	118 (58,7%)
Oui	290 (36%)	60 (29,8%)	92 (11,5%)	23 (11,5%)	382 (47,5%)	83 (41,3%)
Total	416 (51,6%)	78 (38,8%)	389 (48,4%)	123 (61,2%)	805 (100,0%)	201 (100,0%)

L'agrégation des deux questions concernant la possibilité de participer à la préparation met en évidence pour les PR, que ce sont les personnes travaillant en moyen et long séjour ($\alpha=0,038$) et celles ayant participé au référentiel qui ont le plus eu l'impression de pouvoir y participer ($\alpha=0,000$) et pour les PNR, une différence significative a été mise en évidence pour les personnes participant à des commissions ($\alpha=0,011$) et ayant participé au référentiel ($F=5,849$; $\alpha=0,004$).

VI.B.2.c. Au niveau des GAETs (niveau 2)

1. Une participation essoufflée

L'analyse des présences aux GAETs, mis à part les deux issus de comités pré-existants (bureau qualité et CLIN), met en évidence une désaffection importante des professionnels, allant en s'accroissant au cours du temps. En effet, à la fin, moins de la moitié des personnes prévues assistaient encore aux réunions, touchant tous les corps professionnels mais plus particulièrement les médecins. On peut expliquer cette désaffection par un essoufflement de la procédure dans le temps, en effet, les activités des GAETs ont débuté après l'auto-évaluation des services cliniques et médico-techniques. La préparation à l'accréditation s'est donc étalée sur plusieurs années et les personnes ont eu l'impression qu'elle n'en finissait pas.

2. Un intérêt réel d'y avoir participé

67,3% pensent que cette expérience pourra être mise à profit dans le cadre de leur travail. Par contre, 51,9% pensent que cela ne leur servira pas dans le cadre de leur carrière. Enfin, 88,2% accepteraient de nouveau d'y participer si on leur proposait. Concernant la possibilité de mettre à profit cette expérience dans le cadre de leur travail ou encore de leur carrière, ce sont les personnes membres de commission ($F=8,926$; $\alpha=0,004/F=4,210$; $\alpha=0,045$) et les personnes ayant participé au référentiel ($F=12,314$; $\alpha=0,001/F=5,148$; $\alpha=0,028$) qui ont répondu le plus favorablement.

Neuvième bulle de synthèse : Comment les personnes ont-elles caractérisé leur participation ou leur non participation à la procédure ?

- Toutes les personnes travaillant au niveau opérationnel ont consacré beaucoup de temps et d'énergie à la préparation. Leur participation a été très importante. Au niveau stratégique, le directeur général a accompagné la démarche et a manifesté son intérêt. Plus largement, la direction générale (DG et DGA) s'est investie dans le cadre des GAETs. En revanche, le président de la CME et la directrice des services de soins infirmiers ont laissé leurs représentants agir à leur place et ont donc faiblement participé à la préparation.
- Au niveau des services, les chefs de services cliniques ont participé de manière importante à l'auto-évaluation.
- Il a été mis en évidence que la participation médicale avait été insuffisante. Ceci est vrai dans le cadre des GAETs où il a été difficile de recruter des médecins pour le GAET « organisation de la prise en charge des patients » (OPC) et leur assiduité dans les GAETs et la CEQSA a été relativement faible. Par contre, au niveau des services, même si globalement leur nombre a été insuffisant, dans 95% des cas, au moins un médecin y a participé.
- Les personnes qui se sont impliquées dans la vie de l'établissement par l'intermédiaire de commission ou l'élaboration du RIAE ont eu une implication plus grande dans la

préparation. Pour les PNR, les professionnels travaillant en moyen et long séjour ont aussi eu l'impression de plus y participer. On peut ici émettre comme hypothèse que ce sont les personnes qui avaient le moins d'attentes par rapport à la démarche qui ont été surprises d'y être associées.

- La création du RIAE et son utilisation dans les services a permis de sensibiliser beaucoup plus de monde que si l'auto-évaluation s'était limitée à remplir le manuel ANAÉS. Ceci est corroboré par les résultats qui montrent que les personnes travaillant dans les services destinataires du référentiel ont plus participé que les autres. La motivation principale des professionnels de l'établissement pour participer à la préparation était très louable : défendre les intérêts de l'établissement. Cependant, pour beaucoup d'entre eux, ils n'ont pas eu l'impression d'être invités à y participer même s'ils étaient convaincus au départ d'y participer.

VI.B.3. Cinquième temps : les avis sur la procédure

Question 10 : Quelles sont les caractéristiques de la procédure ?

VI.B.3.a. Aux niveaux opérationnel et stratégique (niveau 3&4)

Il a été demandé à toutes les personnes rencontrées aux niveaux stratégique et opérationnel, quelles avaient été les valeurs qui sous-tendaient la procédure de préparation ainsi que ses points forts et faibles.

1. Les valeurs de la procédure

« Ma valeur qui me fait m'inscrire dans ces démarches, moi, c'est que je considère que chaque personne a la possibilité d'évoluer, a la capacité en lui d'évoluer, ce qui justifie effectivement qu'on puisse mener des actions d'amélioration en tenant compte effectivement à la fois des données actuelles et en se mettant ensemble pour trouver des solutions, aussi je trouve qu'on arrive à mieux prendre en charge les malades quoi! » (citation d'un membre de la DSSI)

Alors que les personnes avaient eu du mal à répondre aux questions touchant les valeurs de l'établissement et les valeurs de la procédure, toutes les personnes rencontrées avaient des idées bien précises, comme on peut le lire dans la citation ci-dessus. Les autres valeurs citées ont été : la participation la plus large, la collégialité, l'auto-évaluation, le travail par services, la confidentialité de certains éléments, le respect de la culture de terrain, la possibilité de rendre la démarche active et non plus passive afin que tout le monde soit volontaire pour y participer, le professionnalisme, l'organisation, la prise en compte de la dignité de la personne, la meilleure prise en charge possible du patient, la compréhension des attentes du patient, le respect des soignants, le respect de la personne soignée et de ses droits.

Une autre valeur, instituée au départ de la démarche qualité en 94-95, concernait l'implication des médecins aux évolutions sociologiques et juridiques et de dépasser la notion de jugement en instaurant une philosophie de l'auto-évaluation des pratiques professionnelles par les professionnels eux-mêmes :

« L'évaluation, et ça c'était important pour la base, en associant directement le corps médical et les équipes pour avec une première idée d'abord qui était celle de valoriser le travail qui était fait et d'encourager les équipes à formaliser leurs démarches, leurs procédures et à rentrer dans une logique de protocolisation, mais avec le souci avant tout de valoriser le travail effectué. Dans l'évaluation, il y a l'idée de tirer de la valeur, pour nous, il ne s'agissait pas de tirer de la valeur il s'agissait surtout de donner de la valeur et de rendre compte que ce qui était fait était valorisable donc c'était un premier message interne qu'on essayait de donner : c'est en objectivant le travail fait, et en le formalisant peut-être d'avantage dans le cadre de protocoles, de rentrer dans une logique de valorisation, avec l'idée de dire que l'évaluation ce n'était pas du contrôle, c'était pas du contrôle externe parce que ça ne marcherait jamais, c'est toujours, on a une tendance au retrait mais l'idée de dire que l'évaluation devait être faite par les acteurs eux-mêmes. Donc, on a vraiment endossé dans les années 94-95-96-97 le discours et la philosophie de l'ANDEM. Pour nous, ce qui était important de mettre en place c'était une culture d'auto-évaluation des pratiques professionnelles par les professionnelles eux-mêmes, avec comme idée

principale il faut vite que les professionnels s'accaparent cette logique, la mette en place par eux-mêmes avant qu'elle ne leur échappe et avant que se mettent en place des logiques de contrôles externes, d'où la façon qu'on a eu de travailler avec une CEQSA qui a essayé d'être très représentative de l'hôpital associant directement les paramédicaux et les médecins, d'où l'idée de prioriser des démarches de protocole interne, des démarches d'auto-évaluation et de développer une culture d'établissement sur ce thème, avec une autre idée qui était celle d'essayer de donner au patient une place plus importante. » (citation d'un membre de la direction)

2. Les points forts

Le point le plus fort de la procédure a consisté en la possibilité - pour la première fois - de faire travailler les personnes de manière non hiérarchique et pluridisciplinaire, au sein de l'établissement. L'auto-évaluation, au niveau des services ou des GAETs, s'est faite de manière collégiale, permettant ainsi à de nombreuses personnes de communiquer et d'essayer de trouver des solutions pour améliorer leur pratique, à titre individuel et collectif. Ces personnes ont ainsi pu réfléchir ensemble alors que jusqu'à présent elles restaient chacune dans leurs secteurs. Cette dynamique générale a été très importante. Lors de la procédure, la participation massive des services à l'auto-évaluation a aussi été exemplaire : 61 services sur 64 avaient rendu un document dans les délais spécifiés. Ce travail a de plus été réalisé dans des délais assez courts. Cette préparation a ainsi permis d'inclure le maximum d'acteurs au sein de l'établissement sans en laisser de côté une partie des membres de l'établissement. Cela a donc permis aux personnes de parler de certains problèmes relationnels, présents mais non exprimés :

« Les points forts ? C'est un travail sur un thème commun pour l'ensemble des services, c'est une nouvelle culture professionnelle, c'est l'acquisition de nouveaux, enfin oui c'est un enrichissement je pense pour tous les professionnels, c'est un enrichissement, on les oblige à réfléchir différemment, à prendre un peu plus de recul c'est peut-être prétentieux de dire ça mais je pense qu'ils s'en rendent tous compte ils disent tous, enfin pas tous, mais souvent effectivement il y a une certaine routine et que là en fait on les a obligés à sortir

de cette routine, mais par contre effectivement ils ont peur de ce qui va pouvoir en être fait etc.... » (citation d'un membre de l'UEQSA)

Le référentiel a permis la réalisation d'un travail de terrain impressionnant faisant ressortir tout ce qui était fait au niveau des services et de rendre les professionnels acteurs. C'est un outil « maison » qui a permis d'être en phase avec les spécificités de l'établissement et des services.

« c'est qu'elle permet aux professionnels de terrain d'être acteurs de la démarche et d'être impliqués directement dans cette démarche, parce qu'on les a interpellés dans cette pratique par le référentiel interne. » (citation d'un membre de l'UEQSA)

Une des personnes a mis en évidence que cette expérience avait été :

« enrichissante pour l'établissement peut-être principalement aussi au niveau du personnel administratif, direction qui aura peut-être pris conscience de sources de préoccupations directes au niveau des services de soins ayant trait aux patients alors qu'ils avaient peut-être un regard plutôt éloigné auparavant, enfin j'espère que ça les fera évoluer dans ce sens-là. » (citation d'un médecin)

La procédure a été aussi l'occasion de réfléchir à une politique de communication qui puisse toucher le plus grand nombre, même si effectivement tout le monde n'a pu être informé comme il aurait été souhaité. Ce fut aussi l'occasion de réfléchir à la politique plus générale de l'établissement en fédérant les équipes autour d'un projet commun.

Un autre point fort sont les changements qui sont issus directement de cette démarche en particulier, une réflexion sur l'organisation de l'établissement. Toutefois il a été signifié :

« Ce n'est pas une démarche facile, on pourrait penser que c'est facile mais ça dérange mais de toutes façons qu'on aime ou qu'on n'aime pas, on y trouve

quelque chose, c'est ça qui est important, même si c'est dérangeant, on y participe quelque part.» (citation d'un membre de l'UEQSA) ; « même si ça n'a pas été facile et que cela a pu être mal vécu par les équipes en tout cas ça les a interpellés. » (citation d'un membre de la DSSI)

Enfin, à part le boycottage par les syndicats de l'auto-évaluation, il n'y a pas eu de contestation contre la démarche au sein de l'établissement. D'ailleurs, les syndicats n'ont jamais été contre la politique d'auto-évaluation, mais contre le manque de moyens humains pour la réalisation des soins, et donc pour l'auto-évaluation.

3. Les points faibles ou limites

Les problèmes majeurs ont consisté, d'une part, en l'absence de moyens supplémentaires alloués à la démarche, le manque de temps et par conséquent la nécessité d'y travailler en plus des activités courantes d'où la création d'une surcharge de travail, et, d'autre part, le manque d'implication des médecins. En effet, ces derniers ont eu de la difficulté à s'impliquer dans la démarche, cela a été souligné par plus de la moitié des personnes rencontrées. Certains, ont ouvertement manifesté la volonté de ne pas y participer par manque de moyens et de temps, d'autres ont été attentistes, ne prenant pas les choses suffisamment en main. L'ensemble de ces éléments a entraîné un retard important dans la démarche :

« si on veut parler éventuellement des points faibles ou des problèmes c'est vrai que c'est celui des délais que j'évoquais et des calendriers qui dérivent, par rapport, nous avons pu avoir des effets d'annonces par rapport à des dates d'engagement, des calendriers de déploiement de la démarche et en fait nous ne les avons pas respectés, alors c'est vrai qu'après ça pose un petit problème quand même de... » (citation d'un membre de l'administration)

Il a été aussi signifié la difficulté de mettre en évidence des améliorations tangibles et de dégager des budgets pour aider les services à réaliser des actions leur permettant de mettre en œuvre les améliorations envisagées. Les personnes membres de l'UEQSA ont

mis en évidence qu'il avait existé des luttes de pouvoir entre les différentes personnes en charge du dossier au niveau de l'établissement et que les conditions de travail n'avaient donc pas été toujours optimales.

Un autre point faible de la démarche est qu'elle n'a pas permis d'aboutir à une démarche commune dans le cadre de la rédaction du projet d'établissement, celui-ci est resté une juxtaposition des projets médical, infirmier, social et administratif.

Enfin, deux personnes ont trouvé qu'il y avait eu très peu de problèmes majeurs ou encore de points faibles à la démarche. Il a été signalé un manque de moyens et de temps mais bien compréhensible dans un contexte économique général particulier, aussi a-t-il été nécessaire d'intégrer cette activité en plus de ce qui existait déjà. Il n'a pas été mis en évidence de problème de corporatisme.

En conclusion, les personnes ont trouvé que la procédure adoptée était la bonne et que si c'était à refaire ils suggéreraient la même, toutefois en simplifiant le RIAE, afin de le rendre plus court et moins exhaustif. Le RIAE a aussi été retenu comme pouvant être utile à d'autres établissements en l'aménageant pour tenir compte des spécificités de chaque établissement.

VI.B.3.b. Au niveau des services (niveau 1)

La réalisation de cette procédure a été un moment important pour l'établissement. Ceci est vrai pour 80%(PR) et 100%(PNR) des aides et agents, 57,2%(PR) et 100%(PNR) des paramédicaux, 70%(PR) et 66,7% (PNR) des infirmières et sage-femmes, 98,75%(PR) et 71,4% (PNR) des secrétaire, 77,2% des techniciens/ingénieurs/ouvriers et 71,9% des administratifs. De plus, il a été mis en évidence une différence significative pour les femmes des PR ($\alpha=0,000$), en situation hiérarchique inférieure ($\alpha=0,002$), et pour les PNR, les personnes membres d'une commission ($\alpha=0,039$). Cependant dans les commentaires on peut lire :

« Je m'attendais à une dynamique collective plus imposante face à cet enjeu qu'est l'accréditation », « La montagne a accouché d'une souris », « Un temps énorme investi pour peu de modifications », « Beaucoup d'argent dépensé pour peu de résultats à attendre ».

La stratégie de mobilisation des professionnels était adaptée. Les personnes ont été beaucoup moins convaincues que la stratégie de communication était adaptée : en effet, seulement 35,4% des PR et 40,7% des PNR ont été positifs. Pour les PR, ce sont les aides et agents qui ont été les plus positifs (43%) et les infirmières/sages-femmes le moins (30,6%) alors que pour les PNR, ce sont les paramédicaux qui ont été les plus positifs (55,6%) et les secrétaires le moins (30,8%). Il a été mis en évidence, pour les PR, une différence significative pour les personnes travaillant en moyen et long séjour ($\alpha=0,042$), pour les personnes membres de commission ($\alpha=0,032$) et pour ceux ayant participé à la rédaction du référentiel ($\alpha=0,000$). Aucune différence n'a été mise en évidence pour les PNR.

Cette procédure a touché tous les domaines d'activités de l'établissement. Parmi les 72,7% de PR qui ont répondu positivement à cette question, ce sont tout d'abord les paramédicaux (80%) puis les infirmières/sage-femmes (76%), les aides et agents (73%), les médicaux (70%) et finalement les secrétaires (54%). L'analyse de la variance met en évidence une différence significative uniquement pour les personnes ayant participé à l'élaboration du référentiel ($\alpha=0,010$). Pour les PNR, 66,4% ont répondu positivement à cette question dont 75% des aides et agents, des infirmières/sage-femmes et des administratifs. L'analyse de la variance met en évidence une différence significative pour les personnes de moyen et long séjour ($\alpha=0,004$), les membres d'une commission ($\alpha=0,015$) et ceux ayant participé au référentiel ($\alpha=0,001$).

Cette procédure a touché l'ensemble des professionnels de l'établissement. 72,7% des PR ont été en accord avec cette proposition : 80,8% pour les paramédicaux, 76% les infirmières/sage-femmes, 73% les aides et agents, 69,7% les médicaux et 53,8% les

secrétaires. L'analyse de la variance met en évidence des différences significatives pour le métier ($F=4,713$; $\alpha=0,030$), le sexe ($F=5,307$; $\alpha=0,022$) et le référentiel ($F=16,637$; $\alpha=0,000$). Ce sont le paramédicaux, puis ensuite les infirmiers, les aides et agents, les médicaux et enfin les secrétaires. Ce sont ensuite les femmes, quelle que soit leur position hiérarchique ($\alpha=0,247$) et les personnes ayant participé au référentiel qui ont trouvé que la procédure avait touché le plus de professionnels. En ce qui concerne les PNR, 65,1% d'entre eux ont été en accord avec cette proposition : 100% des aides et agents, 87,5% d'infirmières/sage-femmes, 71,4% de médicaux, 65,1% des administratifs, 64% des techniciens, 61,5% de secrétaires et 40% de paramédicaux. L'analyse de la variance met en évidence des différences significatives pour le moyen et long séjour ($\alpha=0,004$) et pour les personnes ayant participé au référentiel ($\alpha=0,007$).

Parmi les remarques, onze ont porté plus particulièrement sur l'implication des médecins. Une personne a émis comme hypothèse que la faible participation des médecins venait de ce que :

« les médecins ne sont pas intéressés par ces problèmes, qu'ils n'ont pas le temps à y consacrer voire pire que ceux qui participent ne sont pas ceux qui pratiquent réellement car ceux-là n'ont pas le temps à consacrer aux problèmes de l'accréditation ». Quelques internes ont mis en évidence qu'ils n'avaient pas été du tout impliqués : « c'est à se demander si les internes font vraiment parti de l'établissement dans lequel ils travaillent... ».

La nature de la procédure : était-elle participative, rigide, concrète, bureaucratique ou consensuelle ? Ce qui ressort le plus fortement c'est que celle-ci a été vécue comme bureaucratique par 78,2% des PR et 76,2% des PNR, et ceci est particulièrement vrai pour les paramédicaux et les infirmières ($\alpha=0,029$ PR), beaucoup moins pour les médicaux, ainsi que pour les personnes non membres de commission ($\alpha=0,033$ PR) et n'ayant pas participé au référentiel ($\alpha=0,047$ PR). Cela a aussi été retrouvé par l'intermédiaire de remarques faites dans le questionnaire, où des commentaires comme ceux-ci ont pu être lus :

« Encore une fois la lourdeur administrative se manifeste, [...] je m'interroge donc sur l'avenir d'une démarche encore une fois confrontée au fonctionnement administratif à la française où de réunions en réunions, de sondages en protocoles, la prise en compte des réalités quotidiennes des services est oubliée » ; « je perçois de façon très négative la façon dont l'accréditation est faite : beaucoup de paperasses, de réunions, d'énergies mobilisées pour arriver à une incompréhension des soignants quant aux préoccupations que peut avoir l'administration ».

Sinon, elle a été vécue comme rigide (55,5%PR/55,4%PNR), participative (q133=53,2%PR/50,3%PNR), concrète (q135=45,3%PR/47,9%PNR) et enfin consensuelle (q137=46,5%PR/44,2%PNR). Ce sont surtout, parmi les PR, les femmes ($\alpha=0,000$), quelle que soit la position hiérarchique ($\alpha=0,000$), qui ont trouvé qu'elle était consensuelle ainsi que les personnes ayant participé au référentiel ($\alpha=0,009$) ; alors que pour les PNR, ce sont surtout les personnes ayant participé au référentiel ($F=4,686$; $\alpha=0,033$). En ce qui concerne la perception de la procédure comme participative ce sont les membres de commission ($F=7,284$; $\alpha=0,007$) et les personnes ayant participé au référentiel ($F=26,992$; $\alpha=0,000$) qui l'ont trouvée parmi les PR (cf. tableau VI.8.a).

Un score a été établi pour mesurer l'impact positif de la procédure sur l'établissement et celui-ci montre, pour les PR uniquement, une différence significative pour les aides et agents ($\alpha=0,035$), les femmes ($F=2,373$; $\alpha=0,030$), quelle que soit la position hiérarchique ($\alpha=0,000$), les personnes travaillant en moyen séjour ($\alpha=0,016$) et enfin les personnes ayant participé à la rédaction du référentiel ($\alpha=0,005$). En effet, ce sont surtout ces personnes qui ont trouvé que la procédure avait eu un impact sur l'établissement.

VI.B.3.c. Au niveau des GAETs (niveau 2)

L'information n'a pas été recherchée dans le cadre du questionnaire adressé aux membres de la CEQSA. Pour les présidents de GAETs, une personne aurait souhaité

Tableau VI.8.a : Récapitulatif des résultats concernant la manière dont a été vécue la procédure de préparation à l'accréditation dans les services

Questions	« oui » (%)		Différence significative
	PR	PNR	
La stratégie pour mobiliser les professionnels était adaptée	35,4	40,7	NS
Cette procédure a touché tous les domaines d'activités de l'établissement	72,7	66,4	NS
Cette procédure a touché l'ensemble des professionnels de l'établissement	72,7	65,1	NS
Cette procédure était participative	53,2	50,3	S
Cette procédure était rigide	55,5	55,4	NS
Cette procédure était concrète	45,3	47,9	NS
Cette procédure était bureaucratique	78,2	76,2	NS
Cette procédure était consensuelle	46,5	44,2	NS

qu'un travail identique à celui mené dans les services soit fait dans les directions, afin de ne pas dissocier les services cliniques et médico-techniques de ceux administratifs et techniques. Un autre président, dont le GAET pouvait utiliser potentiellement le RIAE, a jugé « qu'il n'avait été strictement d'aucune utilité car reflétant trop le point de vue des cadres » et pas assez celui de tous les membres des services. Un troisième fait le constat suivant :

« L'impression que j'en ai à travers ce que j'ai entendu dans les réunions de la CEQSA ou ce que j'ai pu voir dans les questionnaires d'auto-évaluation et je n'ai pu voir que ce qui concerne ma discipline : 1) j'ai l'impression que c'est très lourd, 2) je pense que les services ont presque tous répondu et qu'il y a eu un investissement très différent en fonction des services, 3) je pense que pour ceux qui se sont investis cela a été l'occasion de rencontres avec des catégories professionnelles différentes pour réfléchir sur leur pratique et ça a déjà été une occasion de prise de conscience des problèmes qu'il y avait et là aussi un stimulant pour essayer de faire mieux, 4) j'ai vu les résultats de l'auto-évaluation du chapitre qui nous intéressait, les services s'évaluent beaucoup mieux que la façon dont on a pu les évaluer de manière externe. Ce n'est peut-être pas aussi dynamisant que l'on pourrait le souhaiter mais c'est un début de prise de conscience qui est intéressante. » (citation d'un président de GAET)

Sinon, la grande majorité des présidents ont trouvé la démarche pertinente, en particulier la création de groupes pluriprofessionnels.

VI.B.3.d. Au niveau de la communauté d'établissement (niveau 5)

Toutes les personnes ont trouvé que le CHU avait mené une procédure pertinente et adéquate en fonction de sa taille, en mettant en évidence la difficulté de pouvoir toucher, motiver et faire travailler ensemble autant de professionnels de surcroît, sur plusieurs sites. Par contre aucune n'était convaincue qu'elle devait appliquer une telle démarche dans son service.

VI.B.3.e. Au niveau des tutelles (niveau 6)

La non connaissance de la procédure n'a pas permis de recueillir des avis sur celle-ci.

Dixième bulle de synthèse : Quelles sont les caractéristiques de la procédure ?

- Aux niveaux opérationnel et stratégique, les personnes ont trouvé la procédure pertinente et si c'était à refaire, elles proposeraient la même stratégie. Toutefois, pour le RIAE, il serait proposé de l'alléger et de le raccourcir.
- La procédure s'est ancrée dans un système de valeurs qui a permis aux professionnels en charge d'opérationnaliser le partage d'un même point de vue.

Les points forts de la procédure ont été l'importance de la participation grâce au RIAE, au travail non hiérarchique et pluriprofessionnel, à la création de lieux de paroles, à la réflexion collégiale et collective et à la mise à plat ou la remise en cause de certains dysfonctionnements ou fonctionnements.

- Les points faibles ont été surtout le manque d'implication de l'administration et des services techniques en amont de l'auto-évaluation dans les GAETs, le manque de moyens dans les services et l'impossibilité par la suite de construire un projet d'établissement intégré.
- Pour tous les professionnels, cette procédure et plus largement l'accréditation ont été jugées comme un moment important pour l'établissement, malgré le fait que la procédure en elle-même est apparue essentiellement comme bureaucratique.

Chapitre VII.

ANALYSE ET DISCUSSION

*« L'on ne peut mettre deux fois le pied dans le même fleuve,
car l'eau n'arrête pas de couler »
Héraclite (- 500 avant J-C)*

*« Tout changement paraît impossible.
Mais une fois qu'il est fait,
c'est l'état de chose antérieur qui paraît impossible »
Alain (1868-1951)*

Pour discuter de nos résultats, nous reprendrons nos quatre questions de recherche : 1) existait-il des conditions favorables pour que la préparation à l'accréditation soit source de changement ? ; 2) quels sont les changements intervenus lors de la démarche de préparation à l'accréditation au sein de l'établissement ? ; 3) quels sont les changements intervenus dans les relations entre l'établissement et son environnement directement en relation avec la préparation ? ; enfin 4) est-ce que la préparation à l'accréditation a permis à l'établissement de mieux répondre à ses missions ? Pour répondre à ces questions, nous nous appuierons sur notre cadre théorique d'analyse (cf. figure 3.6) qui nous a permis de bâtir notre étude afin de dégager pour chacune de ces questions de recherche les enseignements que nous apportent nos données.

VII.A. Existait-il des conditions favorables pour que la préparation à l'accréditation soit source de changement ?

Dans notre modèle d'analyse, nous avons retenu comme conditions favorables à l'émergence du changement tout d'abord un environnement où simultanément des pressions externes fortes s'exercent et où un projet permettant d'apporter des solutions permet aux acteurs de se projeter dans la nouvelle structure à venir, des conditions de base, un leadership et des compétences appropriés, et enfin des stratégies adaptées. Nous

étudierons donc chacune de ces dimensions et nous essayerons de dégager les facteurs qui ont contribué positivement ou négativement à faire émerger et à diffuser le changement (cf. tableau VII.2).

VII.A.1. L'environnement

Il est difficile d'avoir une pression externe plus forte que la proclamation d'une nouvelle mesure obligatoire par ordonnance. En effet, l'ordonnance en droit français est le texte juridique le plus important, elle ne fait pas l'objet de discussions au parlement et est applicable en l'état. Ces pressions externes, de type contrainte formelle (Mintzberg, 1983a&b), ont donc obligé l'établissement à réfléchir à la mise en œuvre d'une politique qualité et de gestion des risques structurée autour d'un programme d'amélioration continue de la qualité, comme stipulé par le manuel d'accréditation (ANAES, 1999b). Sans cette obligation, il est probable que l'établissement aurait continué à mener des études d'évaluation de pratiques professionnelles, à développer des protocoles de prise en charge qui n'auraient pas forcément débouché sur un programme d'amélioration continue de la qualité. De même, sans les ordonnances, il n'y aurait jamais eu un soutien, d'une part, de la direction avec l'allocation de moyens spécifiques et la réalisation d'un « chantier » aussi intense au niveau institutionnel et, d'autre part, l'ARH n'aurait pas financé des postes en échange d'une collaboration avec la communauté d'établissement.

Cependant, le caractère obligatoire et la transmission du rapport d'accréditation à l'autorité de tutelle sont en contradiction avec l'état d'esprit même des systèmes d'accréditation dans le monde (Hayes et Shaws, 1995) qui, en référence avec les conditions d'implantation des démarches qualité, stipulent qu'elle doit être volontaire afin de n'être pas vécue comme un contrôle. Aussi peut-on se demander si l'accréditation en France est une véritable accréditation ou ne serait-ce pas plutôt une forme hybride d'accréditation et d'inspection rendant par là-même difficile l'adhésion des personnes à titre volontaire. Ceci est corroboré par la nécessité par les experts-visiteurs de déclarer toute anomalie concernant la sécurité. De plus, lors d'un des

entretiens, il a pu être mis en évidence que les raisons qui ont contribué à rentrer dans la démarche, au-delà de la promotion de la qualité, étaient « le volet évaluation externe qui va devenir un outil, au même titre que le PMSI de comparaison entre établissements et d'allocation de moyens » (citation d'un membre de la direction), sans que cela n'ait été discuté préalablement.

A ce contexte réglementaire, s'est aussi ajouté un contexte social qui a évolué et a exercé des pressions fortes sur les établissements :

« Il y a une réflexion en marche, et qu'est-ce qui a démarré ce mouvement, bon il y aussi l'influence de l'environnement qui est énorme, le patient dont le comportement a changé, le patient de 1980 n'a rien à voir avec le patient de l'an 2000, il n'a pas du tout les mêmes exigences c'est évident, il n'y a pas la même approche de l'hôpital. Il y a 20 ans on sortait avec un accident opératoire c'était la faute à « pas de chances » mais aujourd'hui-là, ça ne suffit pas. Automatiquement, on demande une indemnisation c'est logique. Donc, il y a cet environnement, il y a autrement l'environnement réglementaire législatif qui a énormément évolué aussi parce que nous sommes un élément de la chaîne de soins et nous sommes un des 1000 hôpitaux, donc il y'a tout le contexte législatif réglementaire de l'hôpital qui a aussi donc bien sûr des répercussions sur le fonctionnement de l'établissement. »

Simultanément à ces pressions externes, l'établissement a progressivement réfléchi au projet à mettre en œuvre pour y parvenir. Ces réflexions ont toutefois plus porté sur le « comment » que sur le « pourquoi ». En effet, il a été plus discuté des moyens à mettre en œuvre pour répondre à cette nouvelle exigence qu'à la conception du nouvel hôpital qui pourrait être issu de la mise en place de la préparation à l'accréditation. Probablement que l'obligation de l'accréditation, qui s'est imposés à l'établissement, n'a pas favorisé sa prise de conscience de problèmes internes et l'opportunité qu'une telle démarche pouvait apporter en termes de dynamique de changement pour mieux répondre à ses missions. Bien qu'il avait bien été démontré, par des travaux d'audit qualité menés dans l'établissement antérieurement à la démarche (Pomey et al., 1999 ; Le Niger et al.,

2000 ; Lozac'h et al., 2001), que des améliorations dans la prise en charge des personnes aux niveaux clinique et médico-technique étaient souhaitables, rien ne justifiait, aux yeux de la direction, la mise en place d'un management par la qualité. Ce n'est donc que dans un deuxième temps, lorsque l'autoévaluation a été réalisée, qu'a été mis en évidence l'ensemble des problèmes et que des solutions ont été recherchées.

Ce contexte explique peut-être pourquoi, à aucun moment, lors des entretiens, les personnes interrogées n'ont indiqué qu'elles avaient conscience de participer à une dynamique de changement. Le changement n'a donc été à aucun moment l'objectif poursuivi, il est devenu une conséquence de l'implantation de la démarche de préparation. Cette absence de prise de conscience des personnes directement en charge de l'implantation de la préparation, en particulier de celles qui ont assuré le leadership, peut probablement aussi expliquer l'absence de discussion d'un projet stratégique d'implantation de la démarche qui aurait établi des objectifs précis et permis de projeter l'établissement dans l'avenir.

De plus, ce manque d'intégration du projet dans les axes stratégiques de l'établissement est apparu lors de la rédaction du projet d'établissement réalisée simultanément à la préparation. En effet, la réalisation de ce projet ne s'est pas servie des nouvelles modalités de travail acquises lors de la préparation et a continué à juxtaposer des projets par professions (vision silos) et non par groupes pluriprofessionnels et pluridisciplinaires (vision intégrée) autour de groupes de patients spécifiques.

Toutefois, si le projet a été rendu obligatoire par l'environnement externe, les personnes interrogées et celles qui ont répondu aux questionnaires ont toutes reconnu que l'objectif final de la préparation était de permettre d'améliorer la qualité de la prise en charge des patients et donc, d'agir sur les missions et la trajectoire de l'établissement.

Finalement, on peut dire que les pressions externes fortes qui ont été exercées sur l'établissement ont agi comme une contrainte paradoxale en permettant la mise en place d'un plan d'amélioration continue de la qualité tout défavorisant pas l'adhésion des acteurs du fait de l'absence de prise de conscience de problèmes à résoudre. Ce n'est que dans un deuxième temps que cette prise de conscience a eu lieu. On ne peut donc pas parler ici d'un projet ouvert et explicite qui répond à un ou des problèmes identifiés et permet ainsi la mise en œuvre de solutions.

VII.A.2. Les conditions de base

VII.A.2.a. La capacité excédentaire

Les résultats montrent qu'il a existé des capacités excédentaires d'acteurs, que ce soit au niveau de la gestion des opérations qu'au niveau des services. Au niveau de la gestion des opérations, il a été possible de dégager des postes spécialement dédiés à la qualité dans l'établissement et de recruter des personnes sur ces postes. Il a donc été possible d'allouer du temps pour construire la procédure de changement au niveau opérationnel. D'autant que pour les trois responsables qualité, leur poste ayant été créé pour l'occasion, leur temps de travail au départ n'était pas totalement occupé. Il a donc été possible d'utiliser du temps discrétionnaire pour élaborer des outils spécifiques et pour réfléchir à la stratégie à mettre en place au niveau de l'établissement.

De même, au niveau des services, les cadres supérieurs infirmiers et les cadres infirmiers ont tendance à être perçus par les médecins comme ayant beaucoup de temps, ce qui leur a permis de « porter » l'autoévaluation dans les services :

« Si vous aviez interrogé un cadre infirmier il aurait passé toute la journée d'hier à éplucher dans son bureau, sur ses heures de travail, le formulaire que vous m'avez envoyé. Moi je ne l'ai même pas lu, j'ai pas eu le temps. Vous voyez le problème alors c'est sûr ça c'est alors ce, c'est un manque total de qualité, totale dans la démarche qualité, parce que vous avez les, et puis on s'aperçoit même que ça a été un petit peu entre guillemets « truster », pour prendre un terme anglo-saxon, ça été « trusté » par les cadres infirmiers, ils en ont fait leur, je

veux dire heureusement parce qu'autrement il n'y aurait pas eu de démarches qualité sans eux, mais ils en ont fait... Oui ils se sont appropriés et c'est contre l'esprit de la démarche qualité, l'esprit de la démarche qualité voulait, aurait voulu que tout le monde y participe. Or, ce sont essentiellement les cadres et les cadres ont un petit peu je ne dis pas usurper, mais presque, cette démarche qui fait qu'ils sont même, dans certains cas. Ils ne sont même pas suivis par les infirmières, les infirmières traînent derrière, c'est mon impression... »

Cependant, nous n'avons pas pu, dans nos entretiens, recouper cette information auprès des cadres. Toutefois, ce que l'on peut mettre en évidence c'est que la démarche qualité s'intégrait parfaitement au management qu'ils pouvaient mener dans les services, qu'ils aient eu le temps nécessaire ou pas pour le faire.

VII.A.2.b. L'autonomie

L'autonomie des acteurs a aussi évolué dans le temps. Au départ, lors de la décision d'entrée dans la procédure, chacun des acteurs – au niveau opérationnel - était assez autonome. En sachant que le médecin de santé publique, du fait de son rattachement à une unité fonctionnelle -et non à une direction comme tel était le cas de l'IG et de l'attachée de direction -, avait une marge de manœuvre plus grande que les deux autres référents. Cependant, en avançant dans le temps, l'autonomie des acteurs a diminué et l'on a même senti des tensions importantes se manifester devant la volonté de centralisation de la direction qualité sur l'ensemble des activités, laissant de moins en moins d'initiatives et de marge de manœuvre aux autres professionnels impliqués.

VII.A.2.c. L'information partagée et interprétée

Il est possible d'étudier le partage de l'information à plusieurs niveaux. Tout d'abord, au niveau stratégique, il ne semble pas que le directeur général, le président de la CME et la directrice de la DSSI aient régulièrement échangé des informations. Toutefois, au niveau de la direction, le directeur qualité était en contact constant avec le directeur général. Au départ, l'information entre les référents qualité a bien circulé, favorisé par la création du

bureau qualité. Cependant, progressivement, une certaine crise de confiance s'est installée. Très peu d'informations sur les démarches menées par les services administratifs ont été transmises. De même, en ce qui concerne le volet qualité du projet d'établissement, l'information n'a pas été clairement partagée, la direction en gardant la prérogative. Quant aux autoévaluations réalisées dans les services, les informations ont été agrégées avant d'être transmises à l'administration. Au niveau des services, le point faible le plus décrié a été la faible circulation de l'information auprès de l'ensemble des professionnels.

VII.A.2.d. Les capacités cognitives et relationnelles

Il semble que les professionnels directement impliqués dans la préparation (niveau opérationnel), dans leur ensemble, ont été capables de fédérer autour d'eux la communauté hospitalière afin qu'elle adhère à la démarche. Les capacités cognitives et relationnelles des personnes ont été mobilisées pour limiter la confusion entre « évaluation » et « contrôle ». Toutefois, ces capacités n'ont pas été exploitées tout au long de la préparation dans l'intérêt de l'établissement. En effet, la volonté de contrôle administrative a dévoyé la relation de confiance qui s'était instaurée : les comportements de coopération et de collaboration se sont progressivement transformés en des comportements plus suspicieux et craintifs. Ceci s'est traduit, par exemple, en menaces de démission du chargé de mission en tant que président de la CEQSA ou encore par un désengagement des acteurs de l'UEQSA (médecin, infirmier et secrétaire).

Au niveau des services cliniques et médico-techniques, ce sont les cadres qui ont été les relais de la démarche :

« On a surtout informé tous les cadres qui ont véhiculé l'information, je crois que c'est le relais essentiel, vous savez c'est les chevilles ouvrières des services de soins, on a relayé les cadres on n'a pas vu chaque aide-soignante, chaque médecin, chaque infirmière, c'était impossible, nos relais ont été les cadres... »

Aussi, même si les cadres ont su développer des capacités relationnelles avec les professionnels paramédicaux, cela ne s'est pas traduit de la même façon avec les médecins qui se sont faiblement engagés.

D'autres caractéristiques, comme ayant pu faciliter l'implantation du changement, ont été mises en évidence. Tout d'abord, le climat social et les relations avec les syndicats ont été reconnus comme favorables, que ce soit par les membres de l'établissement que par les organisations de tutelle. Ce climat était donc propice au dialogue social et à la possibilité de discuter d'un projet dans l'avenir grâce à des repères tangibles et discutés. La taille de l'établissement, permettant aux personnes de se connaître, favorisait aussi les échanges et le sentiment d'appartenance (« *small is beautiful* »). La localisation géographique excentrée, qui ne favorisait pas les échanges, a été à la source d'un patrimoine culturel largement partagé par les professionnels et les personnes soignées. Ce patrimoine culturel a permis de fédérer les uns et les autres autour de valeurs communes et a été renforcé par un recrutement essentiellement local des personnes soignées, ce qui est antinomique avec un statut de CHU. Cette vulnérabilité a poussé aussi les acteurs à agir. Enfin l'établissement connaît une stabilité de ses professionnels administratifs qui, normalement, dans le cadre de leur carrière, ont tendance à changer régulièrement d'établissement. Cette unité culturelle et ce sentiment de vulnérabilité ont donc pu contribuer favorablement à l'émergence de changements.

VII.A.3. Le leadership

Le leadership de la préparation à l'accréditation a évolué au cours des années. Tout d'abord, du fait de son antériorité dans les démarches qualité, de ses expériences passées et de sa collaboration avec l'ANAES. Il a été confié, par le directeur général, au médecin de l'UEQSA. C'est ainsi qu'une unité fonctionnelle d'évaluation, rattachée au service de microbiologie et santé publique, a été créée à laquelle des moyens spécifiques ont été alloués (en personnels et en matériels informatiques), sans que cela n'ait toutefois fait

l'objet de discussions au niveau de la CEQSA ou d'autres commissions⁷⁷. Le recrutement ensuite d'une attachée de direction en charge de la qualité, la désignation d'une infirmière générale responsable de la qualité et plus tard la désignation d'un chargé de mission en charge de la qualité ont fait rentrer trois autres acteurs dans la démarche.

Le choix d'un jeune directeur, sans expérience, au départ, n'a pas favorisé un leadership fort de la direction. Cependant, la confiance que lui a témoigné le directeur général (« le directeur qualité fait partie des jeunes directeurs que je vois certainement peut-être le plus souvent pour ses problèmes liés à son secteur d'activités. »⁷⁸) et sa capacité de travail lui ont permis d'acquérir rapidement une autorité importante face à ses collègues et une présence effective dans les travaux menés au niveau des services cliniques et médico-techniques. Son leadership a ensuite été renforcé, d'une part, lors du départ du médecin de santé publique remplacé par un autre médecin n'ayant pas la même reconnaissance institutionnelle et la désignation d'un chargé de mission qualité par le président de la CME et, d'autre part, par la création d'une direction qualité autonome (qui, elle non plus, n'a pas fait l'objet de discussion dans les instances) comprenant deux autres personnes « enquêteurs » et deux ingénieurs qualitatifs. Aussi, progressivement l'attachée de direction est-elle devenue la personne en charge de piloter la préparation⁷⁹. Ce changement de leadership ne s'est pas fait sans heurts. En effet, alors que l'UEQSA avait une position de proposition et d'initiateur dans la démarche, elle est progressivement devenue exécutante exclusive de tâches pour lesquelles elle ne disposait pas des ressources matérielles et humaines suffisantes. Ceci a d'ailleurs contribué à diminuer la crédibilité de la procédure et de l'UEQSA au sein de l'établissement à cause du retard dans le rendu des résultats des autoévaluations et dans la réalisation des visites dans les services.

⁷⁷ Les compte rendus des différentes instances décisionnelles ne mentionnent aucun débat sur l'opportunité de créer cette unité. Cependant, après sa création, des débats ont eu lieu au niveau du CTI pour que soit justifié l'allocation des postes d'infirmier et de secrétaire, dans un contexte de pénurie de personnels.

⁷⁸ Citation du directeur général.

Les alliances ont aussi évolué. Au départ, les responsables « qualité » médicaux et infirmiers étaient proches dans leur démarche et travaillaient ensemble sur la stratégie et les outils à destination des services cliniques et médico-techniques. Progressivement cependant, le responsable infirmier s'est rapproché de l'attachée de direction qui, entre-temps est devenue directeur qualité. La constellation des leaders, bien qu'au départ complémentaire par leur champ d'activité et leur compétence, a évolué vers l'apparition de certaines tensions qui ont remis en cause la constellation et leur stratégie (« les stratégies couplées ») (Denis, Lamothe & Langlais, 2001).

Quant au positionnement du chargé de mission de la CME, il n'a jamais été totalement clair. Sans être en conflit avec l'UEQSA, il n'a pas favorisé le positionnement de la structure dans le dispositif auprès des médecins, se considérant seul capable de les représenter (légitimité acquise par les urnes essentiellement mais aussi par son statut de responsable qualité dans son service). De plus, alors qu'au départ la position de l'UEQSA, en dehors de toute hiérarchie hospitalière, était considérée comme une force pour proposer des stratégies innovantes d'implication des professionnelles, cette position est progressivement devenue un « talon d'Achille », touchée par le chargé de mission de la CME, qui a endossé la légitimité de la représentation de la profession médicale.

Finalement, pour l'ensemble de la communauté hospitalière, il a manqué de transparence dans le rôle joué par les différents protagonistes et dans leur réelle marge de manœuvre pour prendre des décisions. De plus, comme mis en évidence par un des présidents de GAET, le « professionnalisme » de la préparation à l'accréditation, confié à des professionnels clinico-administratifs, aux niveaux médical et infirmier, dont l'activité hospitalière était centrée sur la préparation, sans activités cliniques, a été perçu comme décalé, trop loin des préoccupations réelles des personnes de « terrain ». Une telle remarque d'ailleurs remet en question la reconnaissance d'un savoir-faire spécifique

⁷⁹ D'ailleurs au moment de la visite, la préparation a été préparée par la direction de la qualité avec une implication forte de la DSSI. Par contre l'UEQSA n'a pas été impliquée et ne faisait pas partie des

pour conduire ce type de démarche. Là encore, le leadership a été perçu comme déconnecté de la base et en cela a fragilisé la constellation des leaders, ce que Denis, Lamothe & Langlais (2001) appelle « le couplage organisationnel ».

Au niveau des GAETs, le leadership des présidents s'est limité à leur propre groupe de travail. Leur choix qui a respecté leur position hiérarchique a favorisé un leadership basé sur des relations d'autorité au dépend de la reconnaissance d'une expertise. Cependant du fait de cette autorité, ils ont été capables de « porter » les propositions du groupe, en essayant de les mettre en oeuvre.

Au niveau des services, ce sont les cadres et les cadres supérieurs infirmiers qui ont permis la réalisation des autoévaluations. Ils ont ainsi pu asseoir leur leadership au niveau des équipes pour l'implantation de démarches qualité dans les services en utilisant leur légitimité de gestionnaire de l'équipe paramédicale. Les médecins, et plus particulièrement les chefs de services, bien qu'ayant été impliqués dans la démarche, n'ont pas exercé le même ascendant et surtout n'y ont pas consacré le même temps. Aussi, à ce niveau, ce sont principalement les cadres infirmiers qui ont pu se démarquer et renforcer leur légitimité auprès des équipes soignantes alors que les médecins ne se sont pas engagés de manière formelle. On retrouve donc ici les mêmes tendances que révélées dans l'étude de Duckett (1983a & b) qui, lui aussi, avait mis en évidence que la préparation à l'accréditation avait permis aux cadres infirmiers une reconnaissance de leur rôle au sein de l'établissement.

Aussi, le leadership de la préparation est-il passé d'une forme clinico-administrative à une forme administrative. L'évolution de ce leadership s'est construite au fur et à mesure en fonction des circonstances sans qu'à aucun moment les structures mises en place et les fonctions assumées n'aient été discutées au niveau des instances de l'établissement (CEQSA, CME, CTI, comité de soins infirmiers ou encore conseil

d'administration). Enfin, les relais du leadership dans les différents services de l'établissement ont respecté les hiérarchies traditionnelles sans prendre en considération préférentiellement l'expertise et le charisme des individus.

On peut donc mettre en évidence ici que le leadership de la préparation n'a pas été exercé de manière claire par le directeur général de l'établissement. Ce manque d'implication visible au plus haut niveau de l'organisation est pourtant une des clés pour favoriser l'implication des autres professionnels et pour crédibiliser la démarche (Juran, 1989 ; Berwick, Blanton, & Roessner, 1990). De même, au niveau opérationnel, même si un leadership a été exercé un certain temps de manière consensuelle, associant les représentants des trois principales professions, il n'a été à aucun moment explicite. Les fonctions, les champs de compétence, les modalités de coopération, etc. n'ont pas fait l'objet de discussion et de débats au sein des instances. Il a été réalisé des chartes de fonctionnement pour le bureau qualité et pour l'UEQSA mais il n'a pas été discuté de charte autour des trois responsables qualité. On est donc en droit de se demander pourquoi ? Y avait-il une volonté délibérée de la part de la direction de ne pas vouloir définir les rôles ? Est-ce que c'était un moyen subtil pour la direction de rentrer dans le domaine de la qualité en utilisant une stratégie de type « cheval de Troie » ?

Dans le choix des personnes, en particulier au niveau des GAETs et des relais dans les services, les capacités cognitives et relationnelles des acteurs (Denis & Contandriopoulos, 2000) n'ont pas été favorisées pour permettre l'adhésion des professionnels. En effet, le leadership, de manière générale, n'a pas été assumé par des personnes chevronnées, ce qui a eu deux conséquences. Tout d'abord, cela n'a pas favorisé des modes d'influence basés sur l'incitation, l'expertise et le charisme (French & Raven, 1959 ; Mintzberg, 1983a ; Kennedy et al., 1992 ; JCAHO, 1992 ; Longest, Rakich & Darr, 2000 ; Firth-Cozens & Mowbray, 2001) mais a privilégié des modes autoritaires (obligation d'y participer) et répressifs (peur des conséquences de n'être pas accrédité). De plus, les trois leaders en charge directe de la préparation n'étaient pas dans des situations qui leur auraient permis de prendre des risques inhérents à la mise en

place de changement : le médecin de santé publique était en début de carrière hospitalo-universitaire, l'attachée de direction était aussi en tout début de carrière et l'infirmière générale souhaitait terminer sa carrière dans ce CHU. Aussi pour toutes ces raisons, ne leur était-il pas possible de déroger aux règles du jeu institutionnelles.

En ce qui concerne les compétences, personne au niveau de l'établissement n'avait d'expertise dans la mise en œuvre de programme d'amélioration continue de la qualité à l'échelle d'un établissement : le médecin de santé publique avait mené des démarches de types assurance et contrôle qualité et avait participé au programme d'amélioration de la qualité de l'ANAES ; l'infirmière générale n'avait qu'une connaissance livresque de ces démarches ; et l'attachée de direction n'avait que des connaissances théoriques. Aussi même si les habilités personnelles des personnes en charge de programme de gestion de la qualité sont-elles plus importantes que leur compétence professionnelle (Arnold III, 1993 ; Firth-Cozens & Mowbray, 2001), il semble ici que les deux sont à prendre en considération et sont nécessaires à la conduite d'une telle démarche. Cette expertise n'a pas besoin d'être acquise par le directeur de l'établissement, qui toutefois, doit y être sensibilisé, mais elle doit être présente chez les personnes en charge de l'application opérationnelle de la démarche. Nous pensons donc que tous les établissements qui souhaitent s'engager dans des programmes de gestion de la qualité doivent faire en sorte que leurs professionnels en charge de leur mise en place puissent bénéficier d'une formation, de conseils d'experts dans le domaine ou encore d'un réseau d'établissements ressources avec lesquels ils peuvent échanger sur leurs expériences.

Toutefois, les travaux réalisés par les services ou par les GAETs ont été mis en valeur que ce soit par l'intermédiaire des journées qualité, que d'articles dans le journal interne de l'établissement ou encore dans la lettre qualité.

Une synthèse des caractéristiques du leadership aux différents niveaux institutionnels est présentée dans le tableau VII.1.

Tableau VII.1 : Typologie des leaderships

Caractéristiques	Au niveau stratégique	Au niveau opérationnel	Au niveau GAET's	Au niveau des services
Degré d'implication	Peu d'implication directe Délégation importante au niveau opérationnel	Essentielle et importante	Limitée au seul GAET	Hétérogène Plus importante dans les services cliniques et médico-techniques
Mode d'influence utilisé	Politique mais non participatif	Participatif Influence et expertise Puis hiérarchique et autoritaire	Participatif Hiérarchique	Participatif Influence Hiérarchique

VII.A.4. Les stratégies

Il n'a pas existé à proprement parler de stratégie de diffusion de la procédure, comme d'ailleurs l'attachée de communication de l'établissement l'a reconnue : « non, c'est vrai, il n'y pas eu de stratégie de communication discutée, on aurait sûrement dû y penser ». Toutefois, au fur et à mesure, un ensemble d'actions cohérentes se sont construites pour inciter les professionnels dans la démarche.

Pour favoriser l'apprentissage, des lieux de formation et de débats ont été créés. Les outils qui ont favorisé ces échanges sont tout d'abord le RIAE, puis le remplissage du manuel d'accréditation de l'ANAES. La création du RIAE a fait écho à l'approche contingente des organisations (Friedberg, 1993) tient compte des spécificités de fonctionnement d'une organisation, d'un point de vue technique et humain. En effet, elle s'oppose aux connaissances « abstraites et générales comme peuvent l'être les modèles prescriptifs couramment utilisés dans les descriptions du management ou comme peuvent l'être aussi les lois régissant la science des formes de l'organisation » (Friedberg, 1993, p377). L'approche contingente recommande donc la construction d'un

référentiel interne pour toute organisation qui, seul, tiendra compte « la structure et la logique des situations dans lesquelles les personnes concernées sont insérées et en découvrant ainsi tant les principales relations d'interdépendance qui structurent le système d'acteurs que leurs effets émergents » (Friedberg, 1993, p378). Cette prise en compte de l'existant organisationnel permet aussi de bâtir un plan d'action qualité (Leteurtre & Patrelle, 1996).

La rédaction du référentiel et son remplissage ont donc permis la création, au niveau de l'établissement et des services, des lieux de débats où les personnes ont, de manière concrète et non hiérarchique, donné leur opinion, échangé leurs points de vue, compris les enjeux, adhéré à la démarche et élaboré de nouveaux modèles intellectuels afin d'acquérir de nouvelles connaissances sur les démarches qualité. Car comme le dit Bourdieu (1980, p11.) :

« Ce qui est difficile autant que rare, ce n'est pas le fait d'avoir ce qu'on appelle « des idées personnelles » mais de contribuer tant soit peu à produire et à imposer de ces modes de pensées impersonnels qui permettent aux personnes les plus diverses de produire des pensées jusque-là impensables ».

Le remplissage du manuel d'accréditation a aussi été l'occasion de réunir des personnes d'origines professionnelles diverses et de favoriser des échanges et des connaissances non seulement au niveau de l'organisation mais aussi au niveau individuel.

Toutefois, la construction du RIAE a eu des limites. Il n'a été conçu que pour les services cliniques et médico-techniques alors qu'il aurait été souhaitable qu'il puisse toucher l'ensemble des domaines de l'établissement comprenant la direction, les services logistiques et de soutien :

« Autant dans les services de soins, il leur a été demandé de faire une autoévaluation autant pour les services administratifs il n'y a pas eu de méthodologie mise en place. On ne s'est intéressé qu'aux services de soins. Vous vous en êtes rendu compte ? Là il y a un vide et j'ai demandé à mes

services de faire quelque chose mais comme il n'y a pas la même dynamique que pour les services de soins, on est un peu en marge et on fait comme on peut. (...) Il va de soi qu'il y a quelque chose à construire pour les autres services, une même démarche transversale. Il serait logique que cette procédure soit développée partout quelle que soit l'entité des services. » (citation d'un membre de la direction)

De plus, le manque de temps, le positionnement délicat de l'attachée de direction (nouvellement venue et débutante dans sa carrière) ainsi que l'absence de clarté dans les répartitions des champs de compétence entre les trois référents qualité n'ont pas permis de dégager une cohérence dans la démarche. En effet, si l'objectif était de sensibiliser l'ensemble des professionnels à l'autoévaluation, il aurait été nécessaire d'impliquer plus de personnes. Ceci a d'ailleurs créé une différence importante dans le sentiment d'être concerné ou pas par l'accréditation. Les résultats ont en effet mis en évidence que les personnes travaillant dans des services destinataires du référentiel avaient eu le sentiment d'être – significativement - plus impliquées que les autres. Un autre point faible est la non-adéquation entre les objectifs poursuivis et les moyens alloués, que ce soit en temps, en nombre de personnes qu'en compétence. Tout d'abord, il a manqué aux services le temps nécessaire pour comprendre et remplir le RIAE. La contrainte de compléter le RIAE en deux mois, ne leur a pas permis de s'approprier la démarche. De plus, la construction d'un référentiel nécessitait des moyens et des compétences en informatique et en statistique pour exploiter une telle base de données. Or, parmi les personnes directement en charge de la préparation, les ressources et les compétences n'existaient pas. Ce manque de prospective a contribué à ralentir la démarche et à la rendre moins crédible auprès des professionnels des services cliniques et médico-techniques.

Les autres lieux d'apprentissages ont été les conférences ouvertes à tous les professionnels mais elles n'ont touché que peu de personnes (8%) ; le journal interne de l'établissement même s'il est adressé à tous les membres de l'établissement est peu lu (Ameline et al., 1999) ; enfin, la lettre « qualité » a été mise en œuvre alors que la

procédure de préparation a été largement diffusée. La présence d'un des trois référents qualité, en tant que secrétaire dans les GAETs, a aussi permis un accompagnement des dix groupes.

Enfin, au niveau des services, des actions spécifiques ont été conduites. Tout d'abord, une participation à la rédaction du RIAE, à des réunions d'aide méthodologique pour remplir le RIAE et enfin, des visites sur sites dans les services. Ces dernières ont été l'occasion de continuer à diffuser l'information et ont été très appréciées par les professionnels.

Cependant, l'absence d'une stratégie de communication qui aurait permis de cibler des messages en fonction des professionnels a nui à la conduite du changement et à l'introduction d'une culture qualité dans l'établissement. En effet, les questionnaires ont mis en évidence que les personnes - en particulier à des postes non stables⁸⁰ ou travaillant de nuit - n'ont pas eu une information de qualité qui leur aurait permis de comprendre les enjeux de l'accréditation et l'intérêt de l'autoévaluation. Ce sont les personnes participant à la vie de l'établissement (i.e. les membres de commissions) ou ayant participé à l'élaboration du RIAE qui ont eu un meilleur accès à cette information. De plus, la mauvaise diffusion de l'information a entraîné des interprétations erronées sur les enjeux liés à l'accréditation⁸¹ : « c'est une mesure exclusivement orientée vers le remplissage de papier au détriment du temps passé auprès du malade », « elle retarde les personnes dans leur carrière », « c'est une critique du travail déjà effectué et cela ne peut donc pas être utilisé comme un outil de travail » enfin, « c'est une procédure menaçant les bonnes conditions de travail entraînant une peur de s'y investir ».

Aussi, un effort spécifique doit-il être fourni pour faciliter la diffusion de l'information en ciblant des catégories professionnelles (Siegel & Donner, 1998) ou encore des pratiques afin que les messages soient accessibles et compris, d'autant que les

⁸⁰ personnels roulants ou intérimaires et internes en médecine.

⁸¹ Ces remarques ont été retrouvées dans les commentaires faits dans les questionnaires.

bureaucraties professionnelles ne sont pas réputées pour faciliter la transmission de l'information (Mintzberg, 1997). Or, cette diffusion conditionne la participation ou la résistance des acteurs au processus de changement.

VII.A.5. La conception

Au moment de la mise en place de la procédure d'accréditation, il existait depuis déjà quelques années un discours « environnant » qui non seulement parlait d'accréditation mais aussi de démarches qualité dans les établissements de santé. Aussi, les personnes aux niveaux stratégique et opérationnel mais aussi au niveau des services, avaient-elles entendu parler de ces nouveaux enjeux diffusés non seulement dans des cercles professionnels mais aussi relayés par les médias. Les professionnels dans leur ensemble avaient donc d'une certaine manière tous été en contact avec un discours sur la qualité et l'accréditation. Avoir été soumis déjà à ces informations a donc probablement contribué à favoriser la réception des messages délivrés en interne dans l'établissement, même si cela n'est pas mesurable.

Dans les entretiens, nous avons aussi pu mettre en évidence qu'un certain nombre de personnes avait développé une capacité critique et analytique sur les événements vécus par l'établissement au cours de ces dernières années mais que cette capacité était faiblement partagée comme le montre cet extrait d'entretien :

« le CHU a en termes de politiques ou de stratégies vis-à-vis de l'environnement extérieur qui était ici surtout l'environnement de tutelle parce que c'est de la tutelle qu'on dépend pour l'attribution des moyens financiers, a essentiellement développé une stratégie opportuniste, l'objectif était essentiellement de pouvoir bénéficier de tous les crédits entre guillemets qui pouvaient passer ».

VII.A.6. Récapitulatif

Dans le tableau suivant (tableau VII.2), nous présentons une synthèse des éléments qui ont favorisé ou au contraire freiné l'émergence et la diffusion du changement.

Tableau VII.2 : Les points forts et des points faibles concernant les conditions d'émergence et de diffusion du changement

Domaines	Points forts	Points faibles
Environnement	- Pressions externes fortes - Conscience de l'objectif final d'amélioration de la qualité des prestations offertes de la part des leaders et de l'ensemble des professionnels de l'établissement	- Pressions externes trop fortes sous la contrainte exclusivement - - Absence de conscience de participer à une dynamique de changement et absence de construction d'un plan stratégique permettant de favoriser sa diffusion tout en limitant les résistances
Conditions de base	- Climat social constructif - marge de manœuvre et espace discrétionnaire d'autonomie présents - Taille « humaine » de l'établissement - Fond culturel commun - Besoin de combattre pour survivre - Capacité excédentaire d'acteurs légitimes	- Informations mal partagées - Manque de confiance entre les différents groupes professionnels - Capacités cognitives et relationnelles faiblement exploitées
Leadership	- Visibilité de l'engagement de la direction - Constellation d'acteurs complémentaires regroupant administratif/médecin/infirmier - Modes d'influence utilisés : expertise et charisme	- Faible visibilité de l'engagement de la direction générale et des autres acteurs au niveau stratégique - Manque de représentants d'autres professions - Pas de remise en cause des relations hiérarchiques - Choix de professionnels non seniors au niveau opérationnel - Constellation fragile due à un leadership désuni (« stratégie couplée ») et à un manque de légitimité auprès de la base (« couplage organisationnel ») - Changement de leadership en cours de procédure - Changement de règles du jeu dans les répartitions des pouvoirs - Centralisation des décisions au niveau de la direction

Stratégies	- Volonté de concertation avec les professionnels : lieux de discussion, rédaction d'un RIAE, etc.	- Pas de discussion au préalable d'une stratégie d'action - Pas de remise en question des structures hiérarchiques - Pas de remise en question des modalités de management
Conception	- Discours environnant parlant de l'accréditation permettant de développer de nouveaux modèles de pensée - Professionnels au niveau opérationnel ayant des capacités cognitives et relationnelles - Présence d'un discours réflexif au sein de l'établissement	- Discours réflexif faiblement partagé par les professionnels de l'établissement - Manque de temps pour permettre d'acquérir de nouveaux modèles, en particulier au niveau des services

VII.B. Quels sont les changements intervenus lors de la démarche de préparation à l'accréditation au sein de l'établissement ?

Pour répondre à cette question, nous analyserons tout d'abord la nature du changement qui a été mise en œuvre ainsi que les stratégies. Ensuite, nous discuterons des changements qui sont intervenus aux niveaux stratégique et organisationnel en ne traitant pas de la modification de la trajectoire, une discussion spécifique étant réalisée pour répondre à notre quatrième question de recherche.

VII.B.1. La nature du changement

Nous pouvons caractériser, comme nous l'avons vu dans notre revue de la littérature, la nature du changement en fonction de ses modalités, de sa cible, de son étendue, de sa trajectoire, de sa vitesse, de son rythme, de sa durée et enfin de sa phase de réalisation (cf. tableau VII.3).

VII.B.1.a. Les modalités

Pour être intentionnel, un changement doit être décrété et avoir été provoqué par une ou plusieurs personnes de manière délibérée et consciente en mettant en place des conditions et des circonstances différentes de ce qui existait initialement et en accomplissant un certain nombre d'actions et d'interventions. Or, lors des entretiens, comme nous l'avons mis en évidence précédemment, les personnes n'ont jamais eu conscience qu'elles étaient en train de conduire un changement. Par contre, elles ont délibérément et intentionnellement mis en place un certain nombre de mesures pour réaliser la préparation à l'accréditation sans toutefois prendre en considération les conditions nécessaires pour leur mise en œuvre.

VII.B.1.b. La Cible

La cible de la procédure d'accréditation était simultanément conceptuelle et concrète. « Conceptuelle », car la préparation était un moment privilégié pour permettre aux

différents professionnels d'acquérir de nouvelles notions concernant la qualité des soins, et surtout d'initier, au sein de l'établissement, un début de culture qualité. Les différents lieux d'échanges ont donné l'occasion aux professionnels qui ont pu y participer de discuter du sens donné par chacun au terme « qualité ». Ces lieux ont permis l'acquisition de nouveaux modèles intellectuels d'autant que s'est créé, au cours de ces discussions, du capital social et intellectuel (cf. plus loin). Elle a aussi été « concrète », car il était demandé aux professionnels de s'approprier et de participer à la démarche en vue de modifier leurs pratiques, voire leurs comportements, grâce au RIAE et au manuel ANAÉS. Il a donc été mis en place au cours de cette préparation de nouvelles modalités de travailler ensemble (cf. plus loin).

VII.B.1.c. L'étendue

Tout d'abord, la procédure d'accréditation telle que mise en œuvre par l'ANAÉS touche tous les domaines de l'établissement. D'ailleurs, les résultats ci-dessus mettent en évidence que ce ne sont pas uniquement les services médicaux qui ont été touchés par la préparation mais bien l'ensemble de l'établissement incluant la direction, les services techniques et logistiques. Cependant, les services administratifs et techniques n'ont pas bénéficié d'une même attention, ce qui a été déploré par un des présidents des GAETs, responsable d'une des directions administratives. De même, lorsque l'on analyse les questionnaires, ceux-ci mettent en évidence que les personnes membres de services destinataires du référentiel ont une meilleure connaissance de la démarche et y ont participé de manière plus significative. Il est aussi possible de définir plus précisément l'étendue du changement en fonction du nombre de personnes qui ont été touchées ou qui s'y sont impliquées. On peut estimer, entre les conférences, la rédaction du référentiel et son remplissage, ainsi que le remplissage du manuel ANAÉS qu'environ 2000 personnes ont été en contact direct avec la procédure, ce qui toutefois ne représente que 40% de la population hospitalière.

VII.B.1.d. La vitesse

La mise en place de la préparation à l'accréditation a été une grande aventure pour l'établissement : personne ne savait combien de temps cela prendrait. Au départ, il avait été envisagé qu'un an serait suffisant, alors que finalement trois ans et demi ont été nécessaires. Au cours de cette période, la vitesse a été plus lente que prévue. Le RIAE qui devait être réalisé en trois mois a été rédigé et validé sur une période d'un an, en prenant compte des différentes spécificités de l'établissement (adapté aux plateaux techniques, à la psychiatrie, au moyen et long séjour, etc.). De même, l'autoévaluation dans les services qui devait prendre deux mois, a duré dans certains cas plus de quatre mois. Le travail des groupes d'autoévaluation s'est étalé sur une durée d'un an et demi alors qu'au départ il avait été envisagé sur neuf mois. Aussi comparée à d'autres établissements de même statut et de même taille (Foissaud, 2001a&b), la durée de la préparation a-t-elle été relativement assez longue.

VII.B.1.e. Le rythme

Ce projet, qui a duré plusieurs années, a vécu des périodes où le rythme a varié. Cependant, globalement, le rythme a été soutenu tout au long des trois ans et demi. On peut parler de trois phases différentes : la préparation des outils, la réalisation de l'autoévaluation et la finition. Au cours de la phase de préparation des outils, une certaine frénésie y régnait. Au cours de la phase d'autoévaluation les services ont été tenus d'effectuer leur autoévaluation en deux mois, ce qui était très rapide ; par contre au niveau des GAETs ils ont pu travailler à leur rythme avec une échéance de visite de l'ANAES qui s'est progressivement définie. La dernière phase a consisté à regrouper tous les travaux réalisés et à finir de planifier toute la recherche documentaire permettant d'étayer les réponses données au manuel. Cette dernière phase a été menée tout particulièrement par la direction qualité, en lien avec la DSSI, à un rythme soutenu.

VII.B.1.f. La durée

Dans son manuel d'aide à la préparation à l'accréditation, l'ANAES (1999c) propose de prévoir entre trois mois et un an. Cependant, pour les établissements qui n'avaient pas

mis en place de programme d'amélioration continue de la qualité à l'échelle de l'établissement, créer ce type de programme ne prend pas moins d'une année... Aussi, la préparation a-t-elle duré officiellement de décembre 1997 à juillet 2001, soit trois ans et demi. Si l'on compare cet établissement à un autre CHU qui a développé un référentiel (Foissaud, 2001a), la durée a été plus longue de six mois. Ces trois ans et demi ont permis que de plus en plus de personnes soient sensibilisées à la démarche et aient accès à l'information. En effet, une telle mini-révolution demande du temps pour rentrer dans les esprits.

VII.B.1.g. La trajectoire

En fonction de la définition que l'on donne à une trajectoire complétée, on peut répondre différemment. Tout d'abord, si cela consiste à mener à bien une procédure, on peut alors dire que l'établissement a réussi à mener à bien sa préparation en vue d'accueillir les experts-visiteurs. Par contre, si l'on se situe en termes de dynamiques de changement, la préparation a été le point de départ d'un processus qui devrait continuer après la visite d'accréditation. Aussi peut-on plutôt parler d'une trajectoire semi-complétée.

VII.B.1.h. La phase de réalisation

Le changement en cours est encore dans une phase de maturation et de déracinement. Les résultats de la visite et les suites de la visite devraient permettre l'enracinement de la démarche dans la culture de l'établissement.

Tableau VII.3 : La nature du changement

Modalité	Cible	Étendue	Vitesse
Intentionnelle	Acquérir une culture qualité	Ensemble de l'établissement	Assez lente
Rythme	Durée	Trajectoire	Phase
Soutenu	Trois ans et demi	Semi-complétée	Maturation et déracinement

VII.B.2. La conception

Pour définir la conception du changement, deux niveaux différents sont à considérer : le niveau national et le niveau de l'établissement pour lesquels des similitudes existent. Au niveau national, l'obligation de l'accréditation par l'Etat, a rendu cette mesure essentiellement déductive. Toutefois, la rédaction du manuel a été conduite en concertation directe avec les professionnels pour tenir compte des spécificités du système de soins hospitalier français.

De même, au niveau de l'établissement, la conception de l'implantation de la préparation a été préférentiellement de type « top/down » (Rocher, 2000). En effet, à aucun moment les professionnels de terrain, dans les services de l'établissement, n'ont été consultés sur leur conception de la préparation ou sur la manière de l'implanter et de choisir les outils. Le niveau opérationnel a établi ses propres conceptions de mise en œuvre de la préparation à l'accréditation et sans avoir les moyens de contraindre les professionnels a cherché à les faire adhérer d'une manière déductive. Ceci est d'autant plus vrai que la CEQSA n'a pas été consultée. Par contre, au moment de l'élaboration du RIAE et de son remplissage, il a été possible pour les professionnels de terrain d'intervenir de manière active en influant directement sur la rédaction de chacun des items et sur la présentation du référentiel. Cette démarche s'apparente donc à celle menée par l'ANAES qui reprend une conception de type « bottom/up ».

Simultanément à ce manque d'implication en amont des professionnels, on a pu mettre en évidence, surtout par l'intermédiaire des entretiens auprès des chefs de service et des questionnaires, que la procédure de préparation avait été vécue préférentiellement comme bureaucratique :

« Une fois encore la lourdeur administrative se manifeste. Comment peut-on parler de qualité de service, de mieux accueillir le patient, le prendre en charge, etc. quand la réalité quotidienne des services se résume à une course contre la montre ? Il me semble que les échos reçus de réunions de services ou autres démarches de ce genre se heurtent à l'incapacité pour une structure aussi lourde

que l'hôpital, aussi figée, d'évoluer. De plus les corporatismes en œuvre freinent encore plus toute évolution. Je m'interroge donc pour l'avenir d'une démarche encore une fois confrontée au fonctionnement administratif à la française où de réunions en réunions, de sondages en protocoles la prise en compte des réalités quotidiennes des services est oubliée » (extrait des remarques faites dans les questionnaires)

Est-ce qu'une implication plus importante des professionnels au dispositif aurait limité ce sentiment d'avoir participé à un exercice bureaucratique ? Probablement que le côté obligatoire et le manque d'implication des professionnels dans la conduite de la démarche ont favorisé la perception d'une démarche bureaucratique. En effet, comme nous l'avons vu tout au long de l'analyse des conditions favorables à la diffusion et à l'émergence du changement, ce qui caractérise et donne la tonalité particulière à cette dynamique de changement est la contrainte forte qui a été exercée et vécue par les professionnels au niveau des services et l'établissement dans son ensemble.

En effet, les structures qui favorisent une organisation de type « bottom/up » plutôt que « top/down » sont des organisations plus innovantes où le moral des professionnels est d'autant meilleur que le système hiérarchique est faible et la participation forte (Gilliland et al., 1998 ; Appleton, House & Dowell, 1998 ; Brickman et al., 1998 ; Thomas, 1999). De plus, comme le note Mintzberg (1979), la partie clé des bureaucraties professionnelles se situe au plus près du patient, là où les décisions critiques concernant le contenu du travail sont prises par des professionnels qui sont les seuls qualifiés pour déterminer les actions appropriées pour un patient donné. Aussi, des modèles favorisant *l'empowerment* permettrait-il de réduire ce sentiment.

VII.B.3. Les stratégies d'action

VII.B.3.a Écarts et convergences entre le souhaité et le réalisé

1. Le groupe de pilotage

L'ANAÉS (1999c, p18) préconisait une stratégie pour la préparation à l'accréditation qui portait sur la création d'un groupe de pilotage multiprofessionnel et multidisciplinaire comprenant des responsables des organes décisionnels et consultatifs, des professionnels impliqués directement dans la dispensation des soins et prestations et des professionnels compétents en matière d'évaluation et d'amélioration de la qualité. Ce groupe avait comme responsabilité de former et coordonner le travail réalisé par les groupes d'autoévaluation (GAEs)⁸². Le nombre de personnes était à considérer en fonction du contexte. Dans nos entretiens et dans les documents que nous avons analysés, le groupe de pilotage a été identifié comme le bureau qualité, celui-ci étant en charge de coordonner les GAETs. Cependant, sa constitution met en évidence une prédominance importante de personnes ayant une compétence en matière d'évaluation. Au niveau décisionnel, on retrouve le directeur des affaires médicales et le président de la CEQSA. Toutefois, le directeur général qui en faisait partie n'y a assisté que très rarement. Quant aux personnes de terrain, elles ont été représentées exclusivement par des médecins membres de la CME. Aussi, existe-il un écart dans la constitution du groupe de pilotage par rapport à ce qui était préconisé. La constitution du bureau qualité qui, au départ, avait comme mission de permettre aux trois référents qualité d'échanger leurs informations dans le domaine aurait probablement dû être revue pour la préparation à l'accréditation afin d'inclure de nouveaux objectifs. On peut, en effet, attribuer le malaise du président de la CEQSA à ce manque de transparence du bureau qualité par rapport à un véritable groupe de pilotage ou encore la remarque d'un des présidents de GAET qui remettait en cause la légitimité des personnes en charge d'assurer le secrétariat de ces groupes. Cependant, augmenter le nombre de personnes aurait pu conduire à refaire une « mini » commission qualité, ce qui n'était pas souhaité devant la lourdeur reconnue d'une telle structure.

⁸² Nous utiliserons le terme groupe d'autoévaluation (GAE) pour les groupes préconisés par l'Anaés et le terme groupe d'autoévaluation thématique (GAET) pour les groupes mis en place au sein de l'établissement.

2. Les groupes d'autoévaluation

La constitution des équipes d'autoévaluation a été effectuée, comme cela était préconisé par le bureau qualité. Le nombre de groupes s'est orienté dès le départ vers dix, soit un groupe par chapitre du manuel. Or, il aurait été possible de créer autant de groupes que souhaité, en particulier pour le chapitre « Organisation de la prise en charge des patients », où un regroupement par catégories homogènes de patients aurait pu être fait. A aucun moment cette possibilité n'a été discutée. Le nombre de personnes dans chaque groupe ne devait pas dépasser quinze membres, ce qu'il semblait être difficile à réaliser : tous les groupes ayant été au départ constitué de plus de personnes. La prise en compte d'une composition tri-partite (managérial, clinique et logistique) a aussi été bien respectée pour chaque GAET.

Les modalités de travail adoptées par les GAETs n'ont toutefois pas suivi les recommandations de l'ANAÉS qui privilégiaient une réflexion collective et réellement multiprofessionnelle sur chaque référence plutôt qu'une répartition du travail entre les différents membres, comme cela a été le cas. En ce qui concerne le travail d'objectivation des commentaires donnés pour chaque critère et référence ainsi que pour l'attribution d'un niveau de conformité, les GAETs ont tenu compte de l'ensemble des recommandations faites. La désignation d'un secrétariat pour les GAETs, assumé par l'un des trois référents qualité est une procédure originale qui n'était pas mentionnée par l'ANAÉS.

VII.B.3.b. Les stratégies d'accompagnement

Comme nous l'avons vu dans l'analyse du leadership, les stratégies d'accompagnement pour amener les personnes à participer à la préparation ont évolué au cours du temps. Tout d'abord, en l'absence de mesures incitatives, les stratégies favorisées ont été l'influence et l'engagement (Rocher, 1972). Par exemple, au niveau des services, les seuls facteurs qui pouvaient les influencer consistaient en l'effet d'entraînement et en la crainte d'être cité comme ayant été le seul service à n'avoir pas donné « sa copie ». Ces

stratégies ont d'ailleurs porté leur fruit puisque plus de 90% des services ont remis leur autoévaluation. Au niveau des GAETs, une même stratégie a été adoptée. Cependant, elle s'est heurtée à un désengagement progressif des professionnels, en particulier à l'absentéisme médical. Lorsque la direction a assumé pleinement le leadership de la préparation, les modalités d'action ont donné une place plus grande à l'autorité. Cela s'est fait sentir par l'absence de circulation de l'information de la direction vers les autres structures en charge de la préparation (CEQSA, BQ, UEQSA, DSII).

VII.B.3.c. Des foyers de résistance ?

Cette absence de plan stratégique n'a donc pas permis d'anticiper des problèmes, comme les résistances au changement, qui aurait pu faire l'objet de mesures préventives (Kennedy & al., 1992 ; JCAHO, 1992 ; Shortell et al., 1995a ; de Coninck, 1998 ; Vandangeon-Derumez, 1998). Le seul point identifié, dès le départ, est l'importance d'impliquer les médecins à la démarche en l'absence de mesures incitatives visibles (Shortell et al., 1995b&c ; Berwick, Entoven & Bunker, 1992a&b). Un absentéisme de plus en plus important au cours de la préparation, en particulier des médecins a été mis en évidence. Ce comportement peut être assimilé à un désintérêt progressif, dont nous essayerons d'analyser les causes dans le paragraphe suivant.

Quant aux autres professionnels, le manque d'informations au niveau individuel a aussi provoqué des craintes ne favorisant pas la participation active des personnels paramédicaux :

« Lors des visites (...) dans les services, on s'aperçoit qu'il y a des résistances des personnes qui n'ont absolument rien compris aux démarches qualité et qui vivent ça comme un contrôle qui vivent ça comme : « de toutes façons on a déjà fait tout ça donc c'est très, en fait ce que vous nous apportez c'est très technocratique » (extrait d'un entretien avec un membre de la DSSI)

Au niveau des syndicats, des stratégies de dissidence, voire même de refus se sont fait entendre en cherchant, d'une part, à boycotter l'autoévaluation dans les services et, d'autre part, en faisant la politique de la chaise vide au niveau de la CEQSA. Il n'a pas été aussi possible de les rencontrer pour cette recherche. Il semble toutefois que ce comportement cherchait surtout à sensibiliser la direction sur les moyens alloués dans les services pour la prise en charge des patients et la surcharge de travail occasionnée par la préparation.

VII.B.3.d. Le positionnement des médecins

Les médecins, dans le cadre de la procédure de préparation, y ont participé de manière variable en fonction du temps et de leurs catégories professionnelles.

Au niveau de l'établissement étudié, les médecins, que ce soit à titre individuel ou collectif (CME), n'ont pas eu de comportements de contestation ou de boycottage de la démarche. Bien que quelques chefs de service n'aient pas souhaité participer à l'autoévaluation dans les services, ce comportement est resté très marginal. Le seul élan d'humeur qui a pu être mis évidence a été la « colère » du président de la CEQSA qui ressentait un malaise concernant le positionnement de cette commission et le manque d'implication des médecins dans la démarche.

En effet, au départ, les médecins se sont intéressés à l'accréditation en espérant que celle-ci pourrait les « protéger » en cas de poursuites judiciaires. En effet, pour les médecins, parler de qualité des soins, revient - à prime abord - à parler de la qualité de l'acte médical et non de l'organisation ou de la reproductibilité de processus de soin. La qualité se situe au niveau du colloque singulier établi entre le patient et son médecin qui permet à celui-ci d'apporter une solution spécifique à chaque patient. A un autre niveau, le cursus des études médicales, le code de déontologie, les ordres professionnels, etc. sont d'autres éléments qui, aussi, contribuent directement à promouvoir la qualité de l'acte médical (Karpik, 1996). Fort de cette perception, les médecins ont pensé initialement que l'accréditation porterait en particulier sur l'acte médical. Cependant,

lorsqu'ils ont pris connaissance du contenu du manuel, ils se sont rendu compte que la qualité des soins, définie par l'ANAES, portait essentiellement sur l'organisation et le management. Or, les médecins, dans leurs cursus de formation initiale ou continue, sont très peu sensibilisés à la gestion et à l'administration des soins. Alors que pour assumer des fonctions d'encadrement, les infirmiers doivent suivre une formation spécifique (l'école des cadres), les médecins, même lorsqu'ils assument des responsabilités de chefs de service, ne sont pas obligés d'acquérir une formation *ad hoc*. Toutefois, ceci peut expliquer que ce sont les médecins chefs de service qui ont été les plus impliqués dans la préparation, car les plus sensibilisés à ces problèmes d'organisation des soins. En effet, pour certains, la préparation à l'accréditation a été perçue comme pouvant leur offrir des outils de management dont ils ne disposaient pas. En effet, la responsabilité d'un service hospitalier est complexe : les différents professionnels relevant de systèmes hiérarchiques différents qui ne se reconnaissent pas entre eux... la préparation à l'accréditation est alors un moment privilégié où chacun s'assoie autour d'une même table pour discuter des modalités de fonctionnement. Ceci peut aussi expliquer que les médecins, qui ont finalement le plus participé à la préparation, sont ceux qui avaient des activités administratives importantes et qui étaient donc, de par cette activité, plus sensibilisés à la gestion. De plus, l'envoi des RIAE ayant été fait aux chefs de service, ceux-ci ont été responsabilisés dès le départ.

Aussi, le manque de formation et de sensibilisation, encourage-t-il les médecins à renvoyer la responsabilité de l'organisation des soins sur les cadres infirmiers et à considérer que cette activité - considérée de nature administrative - est « dévoreuse » de temps et peu valorisante. Cela renforce ce que nous avons pu mettre en évidence : l'importance de l'implication des cadres dans l'accréditation.

De plus, l'autoévaluation réalisée dans le cadre de la préparation situe l'activité médicale au même niveau d'importance que celle des autres professionnels. Ceci peut être vu comme une menace pour certains médecins qui anticipent une dilution de leur expertise médicale face à l'expertise d'autres professionnels de santé et un renforcement du

du contrôle extérieur sur leurs pratiques médicales (Robelet, 2001) et ce d'autant lorsqu'il existe des divergences de perception dans la prise en charge.

Aussi, la participation de moins en moins importantes dans le temps peut aussi être analysée à partir des modes de coopération qui prennent place dans les établissements de santé (Denis et al., 1999 ; Lamothe, 1999). En effet, l'asymétrie d'informations qui existe, en particulier entre les médecins et les administratifs, est une source de pouvoir pour la profession médicale (Crozier & Friedberg, 1977). Or, la préparation à l'accréditation est un moment pour l'administration de chercher à accéder à cette information et à acquérir du pouvoir sur le corps médical. Aussi les médecins ont-ils développé un sentiment de suspicion quant à l'intérêt qu'ils ont à collaborer à l'accréditation. Ceci est renforcé par un contrôle administratif particulièrement dilué (Denis, Langley & Cazale, 1996) et par la possibilité dans le cadre de l'accréditation pour la direction de reprendre du pouvoir (Hassenteufel, 1999) et ce d'autant que la procédure d'accréditation est prioritairement destinée à servir les objectifs stratégiques de l'établissement (Robelet, 2001).

Ainsi, il semble qu'une des pistes pour amener les médecins à s'intéresser à l'accréditation soit de les sensibiliser au cours de leur formation à l'importance de la coordination des soins et à la place des différents professionnels dans le dispositif de prise en charge, afin qu'ils n'aient pas une vision truquée de leurs activités, déconnectées de toutes autres intervenants du système de soins.

VII.B.4. Les enjeux

VII.B.4.a. Transformation stratégique

Bien que l'établissement ait été sensibilisé à la qualité avant l'introduction des ordonnances de 1996, passer de programmes ad hoc, isolés⁴, à une politique globale

⁴ Ces programmes étaient les PAQ financés par l'ANAES mais aussi les quelques travaux d'évaluation menés grâce aux formations à l'audit clinique ou réalisés spontanément et mis en évidence lors du remplissage du RIAE.

dans un établissement est une étape difficile qui demande l'adoption d'une stratégie spécifique, impliquant des modalités de gestion différentes (ANDEM, 1996 ; Anaés, 1999a). En effet, cela revient à passer de l'implication de quelques personnes motivées autour de projets ciblés à l'implication de tous les professionnels d'un établissement autour d'une problématique imposée, ne répondant pas forcément aux préoccupations quotidiennes des professionnels. Aussi, si l'on regarde plus précisément les dimensions d'un management par la qualité (Berwick et al., 1990 ; Milakovich, 1991 ; Longest, Rakich & Darr, 2000), peut-on mettre en évidence que la préparation a permis l'introduction de nouvelles valeurs (Buenger et al., 1996). Tout d'abord, une prise de conscience de la place du consommateur, que ce soit le patient et sa famille ou les

prestataires externes au centre des activités hospitalières, a été effectuée permettant de redéfinir un certain nombre de concepts : le dossier médical est ainsi devenu le dossier patient. L'introduction d'une culture de l'autoévaluation, de l'écrit et de traçabilité a aussi contribué à partager de nouvelles valeurs communes, basées sur la capacité d'apprendre et d'anticiper les incidents. Enfin, un début de remise en question des systèmes hiérarchiques professionnels a permis de mettre à plat certaines barrières et de rendre le climat de travail plus convivial. Ce partage de nouvelles valeurs a ainsi créé du capital intellectuel partagé par les différents professionnels (McDonald & Gandz, 1992).

Cependant, si l'on a pu mettre en évidence, par les entretiens et les documents, une expertise de la part de certains référents qualité dans la conduite de programmes qualité de type audit clinique (assurance qualité), par contre aucune des personnes en charge de conduire la démarche n'avait d'expérience dans la conduite d'une politique d'amélioration continue de la qualité. De plus, l'établissement n'ayant pas fait appel à un cabinet conseil, les professionnels, sans avoir conscience des écueils à éviter, ont appris sur le terrain. Ce manque de connaissance des stratégies à mettre en place peut être une autre réponse à l'absence de discussion d'un plan stratégique au niveau du bureau qualité ou encore de la CEQSA (McLaughlin & Kaluzny, 1995).

Toutefois, l'obligation de l'accréditation et par conséquent la préparation a aidé à formaliser et à établir des priorités au niveau de l'établissement et des unités de soins, et ainsi à construire un programme d'amélioration continue de la qualité.

VII.B.4.b. Transformation organisationnelle

1. La structure symbolique

La mise en place de l'autoévaluation dans l'établissement peut être considérée, comme cela a été mis en évidence par certaines personnes interrogées, à une « révolution culturelle ». En effet, pour la première fois depuis sa création, l'établissement a mené un travail de réflexion touchant l'ensemble des professionnels sur un thème spécifique permettant de faire adopter progressivement une culture qualité. De nouveaux termes ont

été appris, et de nouvelles façons de penser, de se représenter l'établissement et de se projeter dans l'avenir ont aussi été progressivement intégrés. De nouvelles règles ont aussi été mises en place comme la nécessité de continuer à s'autoévaluer dans ses pratiques, de mieux prendre en compte la dimension sécurité des soins, enfin d'établir des objectifs dans le cadre d'un programme d'amélioration continue de la qualité et de suivre un certain nombre d'indicateurs permettant de voir son évolution dans le temps.

Cependant, réussir à mettre en place une culture de l'autoévaluation, qui ne soit pas confondue avec une politique de contrôle, nécessite un changement important dans les mentalités et surtout dans les relations qui existent entre les personnes. En effet, l'autoévaluation, en opposition au contrôle, est une manière de responsabiliser les professionnels dans leur pratique et de développer une nouvelle éthique (McIntyre & Popper, 1983). On peut ici faire une analogie avec les sciences de l'éducation, d'autant que l'introduction de démarches qualité dans les établissements fait appel à des stratégies d'apprentissage spécifiques et est un mode d'apprentissage. En effet, on oppose régulièrement les théories de la psychologie behavioriste à la psychologie cognitive (Brown, 1994). La première insiste sur l'association qui existe entre un ou des stimulus/stimuli et une ou des réponses (Goetz, Alexander & Ash, 1992). Au niveau pédagogique, cela revient à privilégier ce que l'élève produit au détriment des processus d'apprentissage qui sont au contraire à la base de la psychologie cognitive, celle-ci visant à objectiver des changements de mentalité. On perçoit d'ailleurs qu'à plusieurs niveaux les personnes en prennent conscience :

« L'accréditation c'est une étape ; ils ont demandé la visite d'accréditation pour 2001. Ce qui est important c'est ce qui s'est passé avant. On a une équipe qui s'est mobilisé sur les démarches qualité et j'espère, car je ne sais pas comment ils l'ont conduit exactement, qu'ils ont conduit leur démarche avec un maximum de participation, une démarche au sein de chaque service. L'objet est majeur pour un CHU car cela doit descendre au niveau de chaque agent et une démarche qualité n'a de sens que si chaque agent a été parfaitement informé, se sent concerné, accepte un auto-questionnement permanent sur ses pratiques. Il faut vraiment que les experts visiteurs aillent très loin, dans les procédures de

certification ISO 9000 on va directement interroger l'agent, l'agent de base. »
(extrait d'un entretien avec un des membres de la tutelle)

« L'accréditation en soi pour moi ne veut rien dire, ce qui compte c'est surtout toute la démarche qui a été effectuée avant d'arriver à la phase d'accréditation et c'est ça qui est important pour le directeur plus que de rechercher un bon classement. » (extrait d'un entretien avec un des membres de la direction)

De telles remarques débouchent aussi sur des stratégies pour motiver les professionnels. Si l'on poursuit l'analogie comparant les behavioristes aux cognitivistes, on peut mettre en évidence que les premiers insistent sur les renforcements, qu'ils soient positifs ou négatifs, comme sources cruciales de motivation et d'engagement. La motivation est alors conçue comme extrinsèque et ce sont les enseignants qui planifient les types de rétroactions à fournir à l'élève. Alors que pour les seconds, la motivation est intrinsèque bien que soumise à des événements extérieurs et « l'élève traite les informations de l'environnement et il en déduit des conclusions qui agissent sur son degré d'engagement » (Tardif, 1995). Il est donc important de prendre en considération les interprétations des personnes en situation d'apprentissage en fonction des situations vécues et des résultats obtenus tout en tenant compte de l'influence des interprétations, des jugements et des croyances sur leurs comportements (Dewey, 1989). D'où la nécessité de créer des lieux de discussion qui permettent aux individus d'exprimer comment ils perçoivent les démarches qualité et comment l'autoévaluation est ressentie afin d'établir un climat de confiance (Guilhon, 1998). En effet, la mise en place d'un climat de confiance permet aux professionnels de s'intéresser aux dysfonctionnements. Il permet de réduire l'appréhension de jugement de valeur ou de sanctions des différents acteurs en encourageant la transparence. Ceci procure un sentiment de participation active et permet une amélioration collective (Lauret, 2001). Cependant, on dispose de peu de moyens pour le mesurer.

2. La structure physique

La préparation à l'accréditation en elle-même n'a pas eu d'impact sur les ressources budgétaires allouées à l'établissement ou encore sur la redistribution en interne du budget hospitalier et ce, d'autant qu'aucune mesure incitative monétaire n'avait été prévu pour encourager les équipes à participer à la préparation. Toutefois, les résultats de l'accréditation et la réalisation d'objectifs qualité dans le cadre du COM pourront avoir des incidences importantes sur le budget octroyé à l'établissement. Même si la préparation à l'accréditation n'a pas redéfini directement les frontières de l'institution, elle a été l'occasion de réfléchir à ses missions et aux redéploiements de ses activités. Là encore, le COM s'est rajouté et a obligé à formaliser ses réflexions.

Cependant, la préparation a développé des compétences d'ordre conceptuel et méthodologique parmi les professionnels et ainsi a créé de nouvelles ressources dans le domaine de la qualité. En effet, les personnes directement impliquées ont acquis de nouveaux schémas mentaux, un nouveau vocabulaire, une autre façon de travailler qui progressivement, pourraient être utilisés comme des ressources pour poursuivre la mise en place du PACQ.

3. La structure organisationnelle

La gestion de la qualité : un métier qui se conjugue au féminin ?

La préparation à l'accréditation a créé de nouveaux métiers, de nouvelles structures et de nouveaux liens organisationnels. En particulier, elle a permis l'émergence de métiers orientés vers la qualité. Cependant, une particularité de ce domaine est la place des femmes... En effet, dans notre étude de cas, les trois responsables qualité sont des femmes... En effet, dans notre étude de cas, les trois responsables qualité sont des femmes et au niveau des services ce sont principalement des cadres infirmiers femmes qui se sont impliqués. Nous ne sommes pas, d'ailleurs, les seuls à faire cette constatation car comme l'écrit Lozeau dans son dernier article (2002) :

« Nous utiliserons le féminin pour qualifier les responsables de la gestion de la qualité, d'abord parce que la plupart de ces responsables étaient des femmes

provenant des soins infirmiers, mais aussi parce que les activités qu'elles ont été amenées à effectuer (travail de secrétariat, assistance technique, animation d'activités à caractère social, etc.) les ont parfois confinées malgré elles à des tâches traditionnellement réservées aux femmes. ».

Aussi cette tendance n'est-elle pas spécifiquement « française » mais semble être partagée plus largement dans d'autres pays. Alors même que ce sont des hommes qui ont théorisé dans le domaine de la gestion de la qualité (Deming, Juran, etc.), ce sont les femmes qui la mettent en pratique. On peut alors essayer d'analyser les raisons de cette implication féminine. Lozeau propose comme explication que les tâches qui incombent aux personnes en charge de la qualité sont surtout subalternes : travail de secrétariat, assistance technique, animation d'activités à caractère social, etc. Une deuxième piste serait les habilités des femmes dans la communication et leur capacité à fédérer ou encore que la qualité serait vécu par les gestionnaires comme un domaine « mou » comparé à celui des finances et du contrôle de gestion. Cependant, une telle constatation nécessiterait la réalisation de travaux complémentaires.

Le renforcement de la légitimité de la direction

L'obligation de l'accréditation et les répercussions de la visite d'accréditation mettent une pression importante sur les directeurs d'établissements de santé, même si certains s'en défendent⁸⁴ :

« Directement non, puisque je dépends d'un statut avec des grades des échelons et avec un principe fort qui est celui de la séparation du grade et de la fonction. Donc théoriquement non. Indirectement forcément, forcément dans le cadre du colloque singulier avec mon autorité hiérarchique d'une part et puis en interne forcément, en externe aussi éventuellement. C'est vrai que selon que vous avez mené à bien ou pas la démarche, vous pouvez avoir un rôle ou d'exemplarité ou au contraire de contre exemple pour d'autres établissements donc c'est, mais je dirais que c'est le propre de ces fonctions nouvelles où tout est à créer. Enfin,

⁸⁴ Réponse donnée à la question « Est-ce que les résultats de la visite d'accréditation peuvent avoir des répercussions sur votre carrière ? ».

cependant, je considère quand même qu'il est important de bien distinguer au niveau de la fonction qui est la mienne, ce qui relève de ma responsabilité qui est celui de la mise en place d'un dispositif de préparation et des résultats d'autoévaluation, qui ne dépendent pas de mon fait, donc je crois qu'il faut éviter quand même au maximum même si c'est pas toujours évident, éviter l'identification entre la personne et puis de ce qui ressortira du rapport. » Ou encore « À moi? Non, non, sauf si on considérait que l'établissement était particulièrement mal géré mais se ne sont pas des critères de qualité souvent, peut-être malheureusement, qui sont pris en compte pour évaluer un directeur général, ce sont plutôt des critères d'ordres économique et budgétaire. Ça va peut-être changer aussi, voilà ! » (citations de membres de la direction)

En effet, les résultats de la visite et ses conséquences ont des répercussions, d'une part, sur l'établissement lui-même (recrutement de malades, de personnels, allocation budgétaire, viabilité, etc.) mais aussi à titre individuel sur les directeurs eux-mêmes⁸⁵ (sur leur plan de carrière futur au sein de l'établissement ou à l'extérieur). Cette pression n'est pas ressentie par les médecins et les autres professions paramédicales de la même façon, car leur plan de carrière ne dépendra à aucun moment des résultats de la visite d'accréditation :

« Je ne pense pas. De toutes façons je suis praticien hospitalier et ça ne, sur ma carrière en tant que tel, non sûrement pas, sur ma fonction en tant que chargé de mission, oui, ça dépendra des résultats éventuels, mais sur la carrière en elle-même non, sûrement pas... » ; « Ma carrière personnelle ? Je ne pense pas... » ; « Sur ma carrière? Ah! non, je pense, non non je ne pense pas, je ne pense pas, non ça concerne l'établissement » (citations de médecins).

Aussi, la direction se sent-elle investie d'une légitimité importante pour intervenir dans le domaine clinique, ayant la responsabilité de s'assurer que des références reconnues (celles inscrites dans le manuel ANAÉS) sont bien appliquées. Et ce, d'autant plus que les établissements peuvent être poursuivis au niveau pénal dans le cas de non-respect de

⁸⁵ que ce soit le directeur d'établissement ou le directeur fonctionnel en charge de la qualité.

règles de sécurité. La mise en place de manière obligatoire de l'accréditation légitime donc, par ricochet, le contrôle par l'administration des pratiques effectuées par les professionnels de type hétéronome⁸⁶, alors même que celle-ci s'en défend. Or, dans le cadre d'une « bureaucratie professionnelle » (Mintzberg, 1982), l'évaluation et le contrôle du fonctionnement interne des services par la direction sont toujours suspects aux yeux des professionnels participant au fonctionnement de ces services, notamment si le contrôle porte sur la prise en charge des patients. La direction est illégitime à mener ce type de contrôle d'autant qu'elle ne connaît pas les pratiques des professionnels dont l'expertise individuelle a été principalement acquise à l'extérieur de la structure. Toutefois, le renforcement du contrôle s'opère au travers de quatre mécanismes (Lauret, 2001, p24) : le développement des audits internes de conformité réglementaire et de respect des normes de bonne pratique ; la supervision des activités qualité ; la vérification de la manière dont sont standardisées les pratiques et sont gérés les documents ; le renforcement de la technostructure par la multiplication des experts en qualité.

Aussi, l'accréditation est-elle une opportunité pour la direction d'exercer un contrôle sur les activités cliniques, ce qui peut être source de conflits et de désengagement des professionnels médicaux et paramédicaux aux démarches d'amélioration continue de la qualité.

Une hiérarchie bouleversée

La mise en place de programmes de gestion de la qualité entraîne simultanément la multiplication de personnes qui ont une expertise dans le domaine de la qualité. Ces personnes peuvent être d'origines professionnelles diverses, et surtout ne sont pas forcément des personnes reconnues pour leur positionnement dans le management. En effet, ces personnes, dans les services, ne sont pas forcément des cadres infirmiers, ni des chefs de service, alors même que les fonctions que ces personnes seront amenées à

⁸⁶ ce qui veut dire que le professionnel est soumis à la supervision directe et à des contrôles administratifs de manière routinière.

exercer recouper celles que légitimement les personnes en situation de management assument. Cela peut donc bouleverser et remettre en question le positionnement et les relations hiérarchiques hospitalières au niveau des services (Lewis, 1993).

De même au niveau stratégique, l'importance d'impliquer les médecins nécessitent de repenser les structures de management afin qu'elles intègrent les différents professionnels, en particulier les administratifs, les médecins et les paramédicaux autour de ces démarches. Ces nouveaux modes de management devraient réussir à dépasser les cloisonnements et les hiérarchies professionnelles, et s'articuler autour de l'amélioration du service rendu à tous les niveaux de l'établissement. C'est une étape essentielle si l'on souhaite que les démarches qualité s'intègrent dans la vie quotidienne des établissements de santé. L'adhésion du corps médical passe par une implication dans le management de la qualité et par un système d'information qui lui permettent d'apprendre des démarches qualité (McIntyre & Popper, 1983).

Enfin, le travail de préparation à l'accréditation montre qu'une des ces valeurs ajoutées, comme nous le verrons un peu plus loin, est sa capacité à réunir de manière non hiérarchique tous les professionnels autour de l'évaluation des procédures et des résultats. Permettre que cette philosophie de travail perdure dans le temps nécessite donc aussi que la philosophie de l'amélioration de la qualité soit intégrée à la celle du management.

On se retrouve donc devant une situation où deux logiques différentes s'affrontent et pour lesquelles une troisième voie reste à trouver qui permette de faire coïncider ce nouveau système de gestion avec les systèmes clinique, de financement et d'information (Contandriopoulos, 2002) et ceci, de manière cohérente.

4. Les processus

Le changement de pratiques qui a été le plus mis en avant est l'introduction d'une culture de l'écrit. En effet, dans beaucoup de services, la communication orale primait sur la communication écrite, à commencer par le dossier médical qui ne faisait pas l'objet d'une attention particulière et était au service des professionnels de santé et non de la personne soignée. D'une façon plus générale, tous les services de l'établissement, cliniques, médico-techniques, administratif, technique et logistique ont commencé soit à rédiger, soit à réactualiser des documents permettant de colliger les manières de travailler (fiches de postes, chartes, procédures, protocoles, etc.) et de remplir des supports papiers pour permettre de retracer les processus (dossier patient, bons d'examen, déclarations d'accidents et d'incidents, etc.). Cela a donc permis de remettre à plat les procédures écrites et une partie du système d'informations en permettant à l'établissement d'avoir des références reconnues et actualisées au niveau de l'établissement. Ces références permettront ensuite de réaliser des évaluations de pratiques. La rédaction de ces procédures s'est aussi accompagnée de la mise en œuvre d'un système de gestion documentaire et de la nécessité d'écrire les informations sur les supports papiers ou-informatiques adéquats. Aussi, un travail de gestion documentaire a-t-il été initié à tous les niveaux de l'établissement. Ceci a été réalisé d'autant plus que la rédaction de ces documents pouvait potentiellement être contrôlée par les experts-visiteurs lors de la visite d'accréditation (Duckett, 1983a ; Roberts, et al., 1987).

L'autoévaluation a aussi permis à l'échelle des services cliniques et médico-techniques d'identifier des processus de prise en charge non efficaces. La seule prise de conscience de ses dysfonctionnements, dans un certain nombre de cas, a entraîné des réajustements immédiats dans la pratique. De même, au niveau de l'établissement, des réflexions de grande envergure, comme celle du dossier patient unique dans l'établissement qui, jusque-là, s'était heurté aux oppositions des chefs de services cliniques, a pu bénéficier de cette préparation pour trouver des solutions et les mettre en œuvre. Cette réflexion commune sur les dysfonctionnements inter-services a ainsi favorisé l'intégration par de simples ajustements mutuels eu égard aux contraintes des uns et des autres. Cette

coordination a été permise grâce à la gestion de la qualité, c'est-à-dire « la mise en place d'un processus de type managérial qui implique l'ensemble des acteurs de l'organisation afin d'assurer la qualité des prestations et la satisfaction des clients externes et internes » (Anhoury & Viens, 1994).

Plus largement, l'autoévaluation a introduit de nouvelles manières de travailler, pluriprofessionnelle et non hiérarchique, ce qui a permis de discuter de modalités de prise en charge de manière plus consensuelle, dans une cohérence d'ensemble. Car, comme le dit Contandriopoulos et al. (2000) :

« L'expérience acquise dans le champ de l'évaluation suggère qu'elle est d'autant plus productive qu'elle permet à des acteurs en milieu organisé de repenser les liens entre les objectifs qu'ils se donnent, les pratiques qu'ils développent et leur contexte d'action. Ce travail de mise en cohérence est toujours à refaire et fait partie intégrante des conditions intrinsèques de l'action en milieu organisé. L'organisation peut avoir dans cette perspective un rôle privilégié d'autant qu'elle n'est pas utilisée pour légitimer de nouvelles formes de contrôle mais qu'elle favorise les débats et l'émergence de nouvelles pratiques ».

Même s'il y a eu création de groupes de travail pour la réalisation de l'autoévaluation, nous n'avons, toutefois, pas mis en évidence une augmentation du nombre de rencontres au niveau des services, mais plutôt un changement dans la conception des rencontres plus intégrée autour de la personne soignée et associant plus de catégories professionnelles.

5. Les acteurs

L'acquisition de nouveaux modèles et apprentissage de nouvelles activités

Lorsque la procédure a commencé à se mettre en œuvre, les personnes qui y ont participé, ont pu se confronter à de nouvelles façons de réfléchir (l'autoévaluation ; l'amélioration de la qualité ; etc.), de travailler (de manière pluriprofessionnelle et non

hiérarchique) et de se projeter dans l'avenir en ayant acquis de nouveaux concepts (qualité, évaluation, procédures, etc.). D'ailleurs, même les personnes en charge de la qualité ont, elles-mêmes, acquis de nouvelles connaissances sur la mise en place de programmes qualité et les modalités de fonctionnement de l'établissement.

En effet, la diffusion de l'autoévaluation au niveau des services (par le RIAE) et des GAETs (par le manuel ANAÉS) a été l'occasion de porter un regard réflexif sur les processus de travail de chaque service clinique et médico-technique, et plus globalement sur l'ensemble de l'établissement. Cette capacité critique a été possible par l'utilisation de références reconnues au niveau de l'établissement (RIAIE) et au niveau national (manuel ANAÉS). Jusque-là il n'existait qu'une approximation des processus mis en œuvre et des résultats. De plus, au niveau de l'ensemble de la communauté hospitalière, la préparation a permis de prendre conscience des interdépendances entre professionnels pour offrir des soins de qualité, de la nécessité de réfléchir à ses pratiques, de remettre en question certaines façons de faire « ancestrales », de progressivement introduire une vision d'autoévaluation de ses pratiques afin de les faire évoluer vers une meilleure conceptualisation des objectifs poursuivis. Ces nouveaux modèles ont été plus faciles à acquérir pour les médecins et les infirmiers.

De nouveaux acteurs ont aussi pu prendre leur place d'une manière plus visible grâce à la mise en place de la préparation à l'accréditation : la personne soignée et ses représentants. La personne soignée, par la nécessité dans le cadre de l'autoévaluation de placer le patient au centre de l'organisation des soins et des activités hospitalières. Cela a permis de développer une sensibilité plus importante sur la perception des personnes soignées sur leur prise en charge. Elle s'est traduite en premier lieu par une refonte totale des modes d'exploitation des questionnaires de satisfaction au niveau de la direction et sur leur distribution au niveau des services. Parallèlement, les représentants des usagers ont été intégrés totalement à la démarche de préparation dans la réalisation du référentiel interne et aux GAETs. De plus, une réorganisation du système des plaintes et de l'écoute des doléances a été menée permettant la création d'une commission de conciliation et la

mise en place d'une permanence assurée par les membres de la commission, comprenant les représentants des usagers.

La participation des professionnels : des mailles trop larges

Malgré la réalisation du référentiel, qui devait permettre d'impliquer tous les professionnels des services cliniques et médico-techniques à l'autoévaluation, les questionnaires ont montré que certaines catégories de professionnels ont été moins sensibilisées la préparation. Aussi dans le cadre d'une stratégie d'implantation de programme de GQ, avons-nous pu mettre en évidence que quatre populations requièrent une attention particulière : les personnes temps partiel, travaillant de jour ou de nuit, les personnes n'ayant pas un statut permanent (comme les internes et résidents en médecine) ou encore les personnels roulants.

Comme nous l'avons vu dans la revue de la littérature, la place des médecins est centrale dans la mise en place de programme de gestion de la qualité (Kennedy & al., 1992 ; JCAHO, 1992 ; Giraud & Jolly, 1992 ; Macpherson & Mann, 1992 ; Shortell et al., 1995a ; Berwick, Entoven & Bunker, 1992a&b ; ANAES, 1999a). Les résultats de notre étude montrent que parmi les médecins, ce sont les chefs de service qui ont le plus participé à la préparation au niveau des services destinataires du RIAE, avec parfois l'aide d'autres médecins qui se sont aussi impliqués. Toutefois, leur degré d'implication a été assez inégal. Au niveau des GAETs, on a mis en évidence une augmentation du taux d'absentéisme dans le temps. En effet, par exemple, l'implication des médecins au départ n'a pas été difficile mais la maintenir n'a pas été possible (Koska, 1992). Aussi, malgré une rémunération par salariat, les médecins ont-ils peu participé à la démarche. La raison principale qui peut être évoquée est celle que nous avons déjà mentionnée : la peur de la maîtrise de leur activité par l'administration.

Enfin, en ce qui concerne l'implication des paramédicaux et des autres catégories professionnelles, ce sont principalement les personnes en situation de management, les

cadres, qui se sont impliquées dans la démarche (Kennedy et al., 1992 ; JCAHO, 1992). Ainsi, les personnes de terrain se sont-elles investies de manière peu homogène dans les différents secteurs d'activités, avec toutefois une meilleure implication des services cliniques et médico-techniques.

Des acteurs privilégiés prévus et ... non prévus...

Les résultats des questionnaires ont mis en évidence des éléments qui n'avaient pas été anticipés lors de la réalisation de l'étude. En effet, pour de nombreuses questions ayant trait directement à la réalisation de la préparation et aux changements intervenus, des catégories de personnes sont apparues comme ayant été plus touchées que d'autres. C'est le cas des femmes, des personnes en situation hiérarchique inférieure ou encore les personnes travaillant dans des secteurs moins prestigieux. Ce qui est toutefois troublant pour ne pas paraître conjoncturel est la situation de « dominés » que présentent ces trois groupes

Dans le cas des femmes, en particulier dans le domaine de la médecine où s'exerce depuis toujours une domination masculine, celle-ci est tout d'abord liée à la position de pouvoir que les hommes exercent par leur métier de médecin en opposition à ceux occupés par les femmes en tant qu'infirmières, sage-femmes⁸⁷ ou aides soignantes. Mais au sein même de la profession, qui pourtant se féminise, les postes de pouvoir en tant que chefs de service et professeurs de médecine restent toujours essentiellement occupés par des hommes. Cette constatation a d'ailleurs fait l'objet de toute l'attention de Bourdieu (1998, p7) qui voit dans :

« La domination masculine, et la manière dont elle est imposée et subie, l'exemple par excellence de cette soumission paradoxale, effet de ce que j'appelle la violence symbolique, violence douce, insensible, invisible pour ses victimes mêmes, qui s'exerce pour l'essentiel par les voies purement

⁸⁷ Il est à peine nécessaire de souligner que le mot « infirmière » est utilisé de manière commune pour englober les hommes et les femmes et que le mot « sage-femme » n'a pas de masculin....

symboliques de la communication et de la connaissance ou, plus précisément, de la méconnaissance, de la reconnaissance ou, à la limite, du sentiment. »

De plus, la société française est connue pour exercer une domination masculine plus importante que celle que l'on peut retrouver dans des pays de même statut socio-économique. Un exemple important est la place des femmes en politique qui, jusqu'à la mise en place de la parité, était quasi nulle⁸⁸.

De même, les personnes en situation hiérarchique moins importante comme les aides pharmaciens, aides radiologies, aides laboratoires, aides soignantes, aides techniques, préparateurs pharmaciens, agents d'amphithéâtres, agent de surface hospitalier sont les personnes qui ont été les plus sensibilisées à la démarche d'autoévaluation dans les services par rapport aux autres catégories professionnelles. Ce phénomène s'applique aussi aux personnes travaillant dans des structures moins prestigieuses (moyen et long séjour) que le court séjour. Elles ont vécu plus de modifications organisationnelles et de pratique tout en ayant l'impression d'y participer.

Pour toutes ces personnes la préparation a été plus source de changements dans l'acquisition de nouvelles activités, de nouveaux modèles intellectuels et de nouveaux liens sociaux que pour les autres.

En ce sens, l'accréditation et plus particulièrement tout ce qui touche à la préparation est un moment privilégié permettant à des professionnels, en situation peu valorisée, de s'exprimer et de mettre en valeur le travail qu'ils font. La préparation leur a donc permis à ces professionnels de gagner en visibilité auprès des autres et de faire reconnaître leur travail. L'exercice a, par contre, été moins motivant pour ceux qui sont dans des situations de pouvoir, ils ont éventuellement plus perdu que gagné car l'autoévaluation

⁸⁸ Le parlement français comportait en 1999, moins de 5% de femmes, la France était donc un des pays d'Europe où les femmes étaient le moins représentées à ce niveau.

diminue les relations d'autorité et favorise la complémentarité autour de la prise en charge de la personne soignée.

Quant aux membres de commission ou aux personnes ayant participé à la rédaction du RIAE, elles ont répondu moins favorablement que les autres en ce qui a trait à la connaissance du dispositif. Cet effet paradoxal est probablement dû au fait que les personnes qui sont en contact avec la connaissance ont une meilleure appréhension de la complexité des choses et ont ainsi tendance à sous-estimer ce qu'ils connaissent.

La préparation à l'accréditation : un moment privilégié pour créer du capital social

Un des points importants qui ressort des entretiens et des questionnaires sont les nombreuses réunions de travail qui ont été organisées autour de la préparation à l'accréditation. On peut par exemple lire dans les commentaires écrits dans les questionnaires :

« Durant cette période de dialogues et d'échanges, nous avons trouvé une cohésion dans l'équipe pluridisciplinaire : tous les agents du service se sont exprimés, la parole était partagée et l'écoute était importante : chef de service, personnel, etc. Le remplissage du RIAE, bien que fastidieux dans la compréhension de certaines questions a permis d'engager une discussion, une évaluation de nos pratiques, nous envisageons à présent des réajustements que nous avons pointés. En trois mots : participation, adhésion, qualité ». « Une dynamique a été insufflée. Les réunions interdisciplinaires pour remplir le référentiel ont été positives. Pour l'instant cette dynamique est restée en suspend par manque de temps sûrement et à cause de l'ampleur de la tâche. Mais il faut continuer ». « Le travail sur le remplissage des RIAE a sans conteste mobilisé d'une manière novatrice l'ensemble des personnels. »

Ce qui a surtout été noté est la particularité de ces réunions qui étaient pluriprofessionnelles, pluridisciplinaires associant ainsi des personnes de divers services. C'était, en effet, la première fois qu'à une telle échelle l'établissement organisait des

lieux de discussion sur l'organisation des tâches et la prise en charge de la personne soignée. Le fait de travailler sur un outil, le RIAE ou le manuel ANAÉS, a aussi permis d'atténuer les relations hiérarchiques existantes entre les différents professionnels et au sein même des catégories de professionnels : chacun ayant la parole au même titre et pouvant exprimer son point de vue sur sa perception de l'organisation. Cette atmosphère conviviale a été relevée et a surtout été appréciée, comme nous l'avons vu plus haut, par des personnes en situation hiérarchique « inférieure » qui, au départ, n'avaient pas d'attentes particulières. Ces réunions ont ainsi permis à ces personnes, qui n'auraient jamais eu l'occasion de se rencontrer en dehors de la préparation, de se connaître et de s'apprécier et ainsi d'établir des liens professionnels formels et informels. Ces nouveaux liens ont renforcé le sentiment d'appartenance à une institution commune (Lauret, 2001) et ont permis d'accéder à certaines personnes plus facilement. La préparation à l'accréditation a donc été un moment privilégié pour créer des relations sociales et en cela on peut dire qu'elle a été créatrice de « capital social » au sens où Bourdieu (1980 ; Dictionnaire de sociologie, 1999) l'entend :

« Il désigne la possession durable d'un réseau de relations sociales ou à l'appartenance à un groupe stable que l'individu peut mobiliser dans ses stratégies. Ce capital est variable en volume et en potentialités selon les relations concernées. »

Même s'il est difficile de quantifier le capital social, d'autant que « le volume du capital social que possède un agent particulier dépend de l'étendue des liaisons qu'il peut effectivement mobiliser et du volume de capital (économique, culturel et symbolique) possédé en propre par chacun de ceux auxquels il est lié » (Bourdieu, 1980), on peut toutefois reconnaître que la préparation à l'accréditation a apporté une valeur ajoutée importante dans ce domaine. On peut d'ailleurs supposer que l'augmentation de ce capital social a contribué directement à de meilleurs échanges entre les professionnels, ce qui s'est répercuté directement sur la prise en charge des patients. Car comme l'écrivent Nahapiet & Ghoshal (1998), le capital social : « (...) increase the efficiency of information diffusion through minimizing redundancy » et « reduces the costs of transactions ».

De plus, comme Putnam (1993) l'a mis en évidence, il existe des organisations où l'acquisition de capital social est favorisée par l'épanouissement de la réciprocité mutuelle, la résolution de conflits et l'affermissement d'une identité. Ces organisations sont celles pour lesquelles les normes et les valeurs participent à la socialisation. Or, comme le décrit Donabedian (1973, p1), les établissements de santé sont au cœur de ces organisations :

« Social values permeate a society and of its institutions. Such values are responsible for the forms these institutions take, and the directions along which they may be acceptably modified. The institutionalized forms for the provision of health services are no exception to this rule. Social values may, in fact be more than usually relevant. This is because medical care touches upon the most vital concerns of people involves intimate and intensely personal relationships, and is surrounded by a variety of moral and ethical prescriptions ».

Il semble donc que la synergie soit profitable aux établissements de santé. D'autant plus que l'accroissement du capital social favorise l'acquisition d'un capital culturel où de nouveaux savoirs collectifs suscitent des démarches d'apprentissage au sein de l'organisation (Nahapiet & Ghoshal, 1998) et favorise ainsi une plus grande performance (Hickey, 2000).

VII.C. Quels sont les changements intervenus dans les relations entre l'établissement et son environnement directement en relation avec la préparation ?

La préparation à l'accréditation a directement obligé l'établissement à transformer ses relations avec son environnement. Tout d'abord, dans le cadre de la communauté d'établissement, où jusqu'à présent les liens avec les autres établissements étaient exclusivement concentrés sur, d'une part, le partage de postes médicaux et, d'autre part,

des collaborations obligatoires pour les hôpitaux locaux en cas de soins d'urgence. Les pressions exercées par l'ARH et les demandes formulées par les établissements de la Communauté d'établissement ont permis d'élargir ce partenariat au domaine de la qualité, que ce soit l'évaluation ou l'accréditation. Au départ le CHU s'est positionné en tant qu'expert du domaine mais progressivement il a dû prendre en considération les différents points de vue des autres établissements, confrontés à des contraintes et des contextes différents. Aussi, ce partenariat a-t-il évolué au cours du temps vers un échange d'informations et d'expériences autour de l'accréditation.

Dans le cadre du manuel, l'importance d'évaluer la satisfaction des patients et des partenaires extra-hospitaliers a incité l'établissement à mener des enquêtes auprès des médecins de la communauté urbaine du CHU afin de mieux cerner leurs besoins. De même, une conscience de l'importance de mieux appréhender la satisfaction de la population par rapport aux prestations offertes s'est développée. L'intégration de représentants des usagers à la préparation en sont témoins, de même que la création de lieux d'écoute sur les deux sites principaux de l'établissement.

Enfin, les relations avec les tutelles qui étaient, jusqu'à présent, basées uniquement sur les comptes rendus d'activités du PMSI et les points ISA, pour l'attribution des budgets, sont en train d'évoluer pour devenir plus dynamiques : la capacité à évoluer dans le temps et à améliorer la qualité des prestations offertes. Ces relations sont ainsi plus incitatives et donc plus stimulantes.

VII. D. Est-ce que la préparation à l'accréditation a permis à l'établissement de mieux répondre à ses missions

Pour répondre à cette question, nous analyserons si la trajectoire de l'établissement a été modifiée par la préparation à l'accréditation et si l'ensemble des changements a permis

de contribuer à améliorer la performance de l'établissement. Puis, nous essayerons d'évaluer l'impact de l'accréditation plus généralement comme outil permettant d'aider les établissements à mieux répondre à leur mission.

Tout d'abord, le changement qui est intervenu dans notre étude de cas, est un changement prévisible qui s'inscrit dans la trajectoire que l'établissement avait déjà auparavant. On ne peut donc pas parler ici d'un changement radical qui aurait amené l'établissement à revoir les bases mêmes de son existence et de ses modalités de fonctionnement.

Une des conséquences directes de la préparation à l'accréditation a été la réalisation d'un bilan de l'existant concernant les pratiques dans l'établissement. Ce bilan a été permis, d'une part, par le RIAE et, d'autre part, par le manuel ANAÉS. A chacun de ces niveaux, il a été mis en évidence non seulement les points forts mais aussi les points à améliorer et les moyens de suivre les améliorations à faire, en termes d'indicateurs. L'ensemble de cette réflexion a débouché sur la construction progressive d'un plan d'amélioration continue de la qualité pour l'établissement à double entrée : l'une, par services (par le RIAE) ; l'autre, transversale et thématique (par le manuel ANAÉS). Il est vrai qu'au cours de la préparation, ce programme n'a pas été adopté par la CEQSA, mais des réunions et des discussions à ce sujet ont eu lieu avant la visite des experts-visiteurs dans l'établissement. Ce mouvement a aussi été encouragé par l'ARH qui, dans le cadre du COM, souhaitait voir apparaître un suivi de la politique qualité menée dans l'établissement. Simultanément deux pressions fortes sont donc allées dans ce sens.

Toutefois, malgré la volonté affichée de mise en place d'un PACQ, quelle sera sa place réelle dans l'établissement ? En effet, devant l'absence de remise en question du management actuel, de la façon dont la direction générale s'est intéressée à la qualité (via les obligations uniquement) et l'absence d'incitation à y adhérer, on peut se demander si cela ne restera pas juste une déclaration d'intention. Un point majeur est aussi la capacité à intégrer les démarches d'autoévaluation dans la pratique quotidienne

des professionnels. Les tâches quotidiennes étant sans limites, les personnes ont du mal à insérer cette nouvelle tâche qui ne leur apparaît pas prioritaire par rapport à toutes celles qu'elles doivent entreprendre au quotidien. D'où la nécessité de réfléchir à des systèmes incitatifs et d'influence et ce, d'autant plus dans un contexte de réduction du temps de travail (Mossé & Arrowsmith, 1998).

Si l'on reprend le cadre d'analyse de la performance proposé par Sicotte et al. (1998), qui prend en considération quatre pôles (l'atteinte des buts ; l'adaptation ; la production et le maintien des valeurs et du climat organisationnel) et leurs interrelations, on peut tout d'abord souligner que l'impact le plus important apporté par la préparation à l'accréditation est sa capacité à mieux définir les valeurs partagées par les professionnels au sein de l'établissement. Grâce au travail non hiérarchique engagé, ce nouveau climat organisationnel a aussi contribué à renforcer une cohésion sociale et à créer du « capital social ». Mais cette préparation a aussi touché les autres pôles et leurs alignements. En effet, elle a permis de réfléchir à la coordination des soins et, plus largement, de l'ensemble des acteurs autour de la personne soignée afin d'assurer une meilleure continuité des soins et ainsi de mieux répondre aux besoins des usagers et des professionnels (pôle production). Elle a aussi permis une réflexion sur les besoins de la population et à inciter au développement d'une écoute client (pôle adaptation). Elle a développé une meilleure écoute de la communauté, en particulier de ses correspondants professionnels, et, enfin, elle a permis de réfléchir sur le choix d'indicateurs afin de mieux définir et suivre les objectifs poursuivis (pôle buts).

Aussi, même si l'objectif premier de l'accréditation est-il d'améliorer la fonction de production (ISQua, 2002), cette étude a mis en évidence que l'apport le plus important de la préparation à l'accréditation portait sur les valeurs et la culture en permettant un changement dans les mentalités avec l'acquisition d'une nouvelle philosophie sur soi, sur l'autre, sur l'établissement et son environnement tout en tenant compte des autres dimensions. L'organisation a fait, ainsi, l'objet d'un apprentissage organisationnel

(Koenig, 1994) : les acteurs ont acquis et élaboré de nouvelles compétences qui ont modifié la gestion des situations et les situations elles-mêmes.

VII.E Validité de l'étude

La validité interne et externe des études de cas est un souci important pour les chercheurs afin de s'assurer que les résultats de leur étude décrivent au mieux non seulement la réalité étudiée mais permettent aussi d'appréhender plus largement le problème étudié, même si nous avons conscience que le cas représente le cas, pas l'univers (Stake, 1994).

Dans le cas des études de cas, la validité interne, comme nous l'avons vu dans le chapitre IV, dépend, d'une part, de la capacité du modèle théorique à rendre compte de la réalité (Campbell, 1975 ; McClintock, Brannon & Maynard-Moody, 1979 ; Contandriopoulos et al., 1990 ; Leonard-Barton, 1990) et, d'autre part, dans la congruence des résultats obtenus lors de la triangulation des données (Pourtois et Desmet, 1989). Or, il se trouve que notre modèle nous a permis d'appréhender parfaitement notre phénomène à l'étude et ce degré de conformité entre nos propositions théoriques et nos résultats empiriques constitue donc la force explicative de notre modèle que l'on peut ici qualifier de robuste, alors même que nous nous sommes positionnés dans une démarche inductive et déductive. De même, la triangulation de nos données ne nous ont jamais apporté de réponses contradictoires. Au contraire, que ce soit les entretiens, les questionnaires ou les documents et les observations, nous sommes toujours arrivés aux mêmes résultats. De plus, la réalisation d'une étude en profondeur, touchant plus de 50% des professionnels travaillant dans l'établissement et d'une analyse multi-niveaux nous autorisent à penser que notre étude est robuste même si les personnes qui ont répondu au questionnaire 1, c'est-à-dire les personnes exerçant dans des services destinataires du référentiel interne d'évaluation, étaient sur-représentées pour les professions « infirmières sages-femmes » et « secrétaires ». Aussi fort de ces constatations, il nous semble que notre devis de recherche nous a permis d'appréhender une certaine réalité.

En ce qui concerne la validité externe, la question est de savoir jusqu'à quel point sommes-nous en mesure de transférer les résultats obtenus et les conclusions dégagées de cette étude à un autre contexte (Contandriopoulos et al. 1991) ? Notre modèle, qui se voulait capable de retracer le générique des établissements de santé, a permis démontrer, non seulement son caractère particulier mais surtout de dévoiler les dimensions fondamentales de tout établissement hospitalier. Or, comme il a été possible de mettre en évidence la robustesse de notre modèle, les résultats observés peuvent donc être extrapolables à d'autres contextes (Yin, 1994a & 1999). On peut ici faire l'analogie avec la recherche clinique qui, à partir de l'étude de l'efficacité d'un traitement sur un individu, part du principe que les effets trouvés dans ce contexte sont transposables à d'autres individus ayant le même système biologique. La compréhension des dynamiques de changement intervenues à la suite de la préparation à l'accréditation dans notre établissement particulier peut donc être transposée à d'autres établissements de santé soumis à cette même intervention.

Cependant, même si ce présent travail de recherche s'inscrit dans un courant post-positiviste qui opte pour un détachement de l'objet observé (Guba & Lincoln, 1994), nous avons bien conscience de la place que le chercheur a occupée initialement et donc de la nécessité pour celui-ci de prendre suffisamment de distance entre le sujet et l'objet à l'étude. Il nous apparaît donc nécessaire de réfléchir à sa capacité réflexive que l'on peut définir, grâce à Bourdieu (2001, p 180), ainsi :

« Lorsque j'entreprends d'objectiver un objet comme l'université française dans lequel je suis pris, j'ai pour objectif, et je dois le savoir, d'objectiver tout un pan de mon inconscient spécifique qui risque de faire obstacle à la connaissance de l'objet, tout progrès dans la connaissance de l'objet étant inséparablement in progrès dans la connaissance du rapport à l'objet, donc dans la maîtrise du rapport non analysé à l'objet. Autrement dit, j'ai d'autant plus de chances d'être objectif que j'ai plus complètement objectiver ma propre position (sociale, universitaire, etc.) et les intérêts, notamment les intérêts proprement universitaires, liés à cette position. »

Aussi pour reprendre la démarche proposée ci-dessus, voire la dépasser, tout d'abord, le chercheur tout au long de son travail de recherche, n'a pas travaillé dans l'établissement étudié ; il a aussi réalisé cette thèse à quelques milliers de kilomètres, limitant aussi les facteurs d'influence ; de plus, il a demandé à une personne extérieure à l'établissement de réaliser les entretiens et d'adresser les questionnaires pour ne pas interférer sur les réponses. Enfin, ses relations professionnelles avec cet établissement sont à présent terminées, lui permettant ainsi un véritable droit de parole.

De manière plus générale, il a été mis en évidence que la distance entre le sujet et l'objet diffère en fonction des outils et des modes de recueil des données (Rodriguez, 2000, p 342). L'analyse statistique, l'interprétation des documents, la construction des questionnaires, l'observation non participante et le déroulement d'entrevues peuvent ainsi être classés en fonction de la distance « maximale » à celle « minimale ». Aussi, les statistiques réalisées à partir des questionnaires sont les données qui comportent le moins de biais dans leur interprétation et ont été largement utilisées.

Tout au long de la recherche, le chercheur a aussi appliqué rigoureusement la stratégie des études de cas. Les méthodes employées ont ainsi pu limiter au maximum tous les biais possibles (Yin, 1994a).

Enfin, une prise de conscience du positionnement social a été réalisée par le chercheur et dès le départ l'identification de ses intérêts a été objectivée. Enfin, une recherche du positionnement occupée dans le champ des spécialistes a aussi été conduite.

Cet « effet boomerang » a ainsi permis au chercheur de se positionner le mieux possible par rapport à sa recherche en sachant qu'il est de toutes les façons impossibles, et non souhaitables, de considérer son positionnement comme neutre par rapport au domaine étudié.

*"It's so simple, Anjin-san.
Just change your concept of the world"
Tiré du film Shogun⁸⁹*

*But I shall let the little I have learnt go forth
into the day in order way prove and rebuke my error.
At this I shall rejoice that I was yet a means whereby this truth has come to light
Durer, 1513*

Notre recherche nous permet de dégager quatre grands enseignements qui, chacun, pose des questionnements.

Inspection ou accréditation ? Tout d'abord l'accréditation « à la française », est-elle une véritable accréditation ? La définition que nous avons retenue (Chapitre III), issue d'un consensus obtenu au niveau international, nous amène à considérer l'accréditation en France comme une forme hybride d'accréditation et d'inspection. En effet, trois éléments la distinguent des systèmes d'accréditation au sens générique : son caractère obligatoire et non confidentiel ainsi que l'association de la qualité à la sécurité. Or, même s'il paraît fondé d'associer les deux dimensions en partant du principe qu'il faut un environnement sécuritaire pour assurer des soins de qualité, l'état d'esprit même de ces démarches est différent. Dans le cas de la sécurité, la responsabilité morale incombe directement à l'État qui se porte garant de la sécurité de la population dont il a la charge. On retrouve d'ailleurs cela dans d'autres domaines : la sécurité routière, incendie, sociale, alimentaire qui se traitent au niveau régalién. Alors que la qualité, et en particulier la qualité des soins, est de la responsabilité des professionnels qui produisent des services et qui est confiée à des organismes professionnels. Ce risque de confusion peut être préjudiciable non seulement pour les établissements eux-mêmes mais aussi pour les experts-visiteurs et l'ANAES. En effet, pour les établissements, cela peut amener à réduire les démarches qualité à la recherche d'un environnement sécuritaire,

devant les risques de poursuite. Au niveau des experts-visiteurs, ils se retrouvent dans une position « schizoïde » où ils doivent simultanément contrôler/dénoncer et conseiller/aider. Enfin, au niveau de l'ANAES, son action se substitue à celle de l'État et peut ainsi être vécue comme inquisitrice. D'ailleurs, son statut d'organisme d'État encourage cette perception. Ainsi, la relation de confiance qui est à la base du contrat passé entre l'organisme accréditeur et l'établissement est-elle rompue. Cela nous permet de rebondir sur le caractère obligatoire de l'accréditation qui, là aussi, ne favorise pas la relation de confiance qui peut exister entre ces deux entités morales. Les potentialités même de changement que contient l'accréditation sont alors remises en cause. Celle-ci peut rapidement être considérée comme un exercice essentiellement bureaucratique ne permettant pas la mise à plat volontaire des processus organisationnels pour améliorer l'ensemble de la structure. De plus, les professionnels risquent d'être méfiants et de ne chercher à l'égard de leur remise en question. D'autant qu'il est reconnu internationalement que la mise en place de démarches d'amélioration continue de la qualité, qui permettent de s'améliorer continuellement et de tendre vers une meilleure prise en compte des besoins des personnes soignées et de leur famille, ne peuvent se faire que si les établissements de santé sont consentants et donc volontaires... Elle risque, sinon, d'être interprétée comme du contrôle et de passer à côté de la philosophie même de l'ACQ. C'est d'ailleurs ce que nous avons pu mettre en évidence. La participation des professionnels à la démarche a été assez faible et vécue prioritairement comme bureaucratique, alors même que simultanément, il existait une volonté d'apprendre et de se familiariser avec de nouveaux modes de pensée. Ce lien de confiance est enfin encore moins présent par la transmission du rapport d'accréditation aux autorités de tutelle dont l'utilisation des informations n'a pas été clairement discutée. De plus, les objectifs poursuivis par l'ANAES étant différents de ceux poursuivis par les ARH, celles-ci mesurent la qualité des prestations en fonction de leur propre système de référence intégré aux contrats d'objectifs et de moyens...

Il nous apparaît donc essentiel de poser la question ouvertement de la nécessité, à savoir de rendre l'accréditation obligatoire en France, ou dans d'autres pays, devant les risques

⁸⁹ Cette phrase est dite par la jeune femme japonaise à son amant anglais.

de dérive qui existent. De même, il nous semble souhaitable de réfléchir à la nature des organismes en charge de l'accréditation afin de savoir si ceux-ci doivent être des organismes d'État ou au contraire des organismes à caractère professionnel. Enfin, les niveaux de responsabilité de la sécurité et de la qualité nécessitent d'être clarifiés.

Qui gagne qui perd ? La préparation à l'accréditation a été un moment privilégié pour développer et tisser de nouveaux liens entre les personnes, d'introduire de nouveaux rapports de travail, moins basés sur un système hiérarchique et plus orientés vers la complémentarité. Ces lieux d'échanges ont ainsi permis de développer une plus grande conscience d'appartenance et en cela ont permis de créer du capital social. Cela a été d'autant plus vrai pour les femmes, les personnes en situation hiérarchique inférieure ou travaillant dans des structures moins prestigieuses. Ce moment leur a permis de prendre la parole et d'être mieux reconnues dans leur rôle au quotidien. Leur participation leur a aussi permis une reconnaissance et de tisser des liens sociaux, formels et informels, avec des professionnels avec lesquels ils n'ont pas l'occasion d'en établir. Un des principaux apports de cette étude a donc été de mettre en évidence la création de ces nouveaux liens. Cependant, il est important que l'accréditation ne soit pas uniquement un outil aux services de ces catégories, il faut aussi qu'elle prouve qu'elle apporte quelque chose aux autres catégories de professionnels. En effet, il existe sinon un risque de dévalorisation de la procédure non seulement par les médecins mais aussi par les administratifs et de rendre la participation à l'accréditation moins « prestigieuse » et valorisante. Ce risque est d'autant plus présent qu'il existe déjà une difficulté à impliquer les médecins dans ces démarches. Or, pour être conduite dans les meilleures conditions, la préparation à l'accréditation doit bénéficier d'un leadership partagé (Denis, Lamothe & Langlais, 2001). Si ce leadership n'est pas au rendez-vous, la légitimité même de la démarche et des nouveaux leaders risque alors d'être remise en question, ce qui revient à rentrer dans une spirale négative dévalorisant le processus d'accréditation...

Il est donc essentiel de réfléchir à ce que peut apporter la démarche d'accréditation aux professionnels en situation de pouvoir, en particulier les médecins, car il semble qu'ils aient plus à perdre qu'à gagner...

Pouvoir clinique ou administratif ? La préparation à l'accréditation est un moment privilégié pour la direction pour intervenir de manière légitime dans le domaine clinique et ce, d'autant que l'accréditation couvre le champ de la sécurité pour lequel l'administration est directement responsable. Or, cette ingérence dans le domaine clinique peut favoriser le désengagement des professionnels médicaux mais aussi paramédicaux à la démarche. Or, l'intérêt même de l'accréditation est de permettre à tous les professionnels de se remettre en question et de progresser dans un climat de confiance. Les stratégies de diffusion ainsi que le leadership ne peuvent se passer de ces professionnels. Ainsi, leur désengagement enlève-t-il à l'accréditation toutes ses capacités de changement.

Simultanément, un processus d'accréditation, déconnecté de la direction, ne peut être mis en place, l'implication au plus haut niveau étant essentielle. Il faut donc arriver à trouver un *modus vivendi* respectant les « territoires » et les complémentarités de chacun afin que personne n'ait l'impression d'être abusée ou lésée. Cela passe par la nécessité d'établir des lieux de débats au sein de l'établissement pour que soit trouvé de manière transparente un équilibre.

Amélioration des pratiques ou capitalisation des valeurs ? Enfin, cette étude nous a permis de mettre en évidence que l'apport le plus important de la préparation à l'accréditation n'a pas été l'amélioration des pratiques - objectif premier de cette démarche - mais plutôt de créer un moment au cours duquel sont discutés les valeurs, les savoir-faire, le patrimoine culturel, etc. partagés par les professionnels. Ce moment a permis d'agir sur les mentalités et de permettre l'acquisition de nouveaux schémas mentaux. Tout d'abord, les professionnels ont acquis une vision plus transversale de leur établissement, mais aussi de leurs activités. Ils ont pu mettre en perspective leurs

activités professionnelles avec celles d'autres intervenants dans les processus de prise en charge. Enfin, la participation à une autoévaluation a permis d'acquérir une nouvelle façon de penser différente du contrôle, de prendre du recul sur les pratiques et de les analyser dans un contexte ouvert et positif. L'apparition d'un état d'esprit constructif recherchant des solutions et non des coupables a pu émerger. En cela, l'accréditation permet d'améliorer une autre dimension de la performance, non prévue initialement, celle du maintien des valeurs et du développement du climat organisationnel. A partir de cette amélioration, des répercussions directes devraient exister sur les autres dimensions de la performance et ces alignements, en particulier les pratiques... Cet impact est d'autant plus important, que comme le souligne Guattari (1992) : « les recompositions d'une concertation collective capable de déboucher sur des pratiques novatrices » est une entreprise longue sur laquelle les décideurs ont peu de prises ; or « sans changement des mentalités il n'y aura pas de prise sur l'environnement et sans modification de l'environnement matériel et social il n'y aura pas de changement des mentalités ».

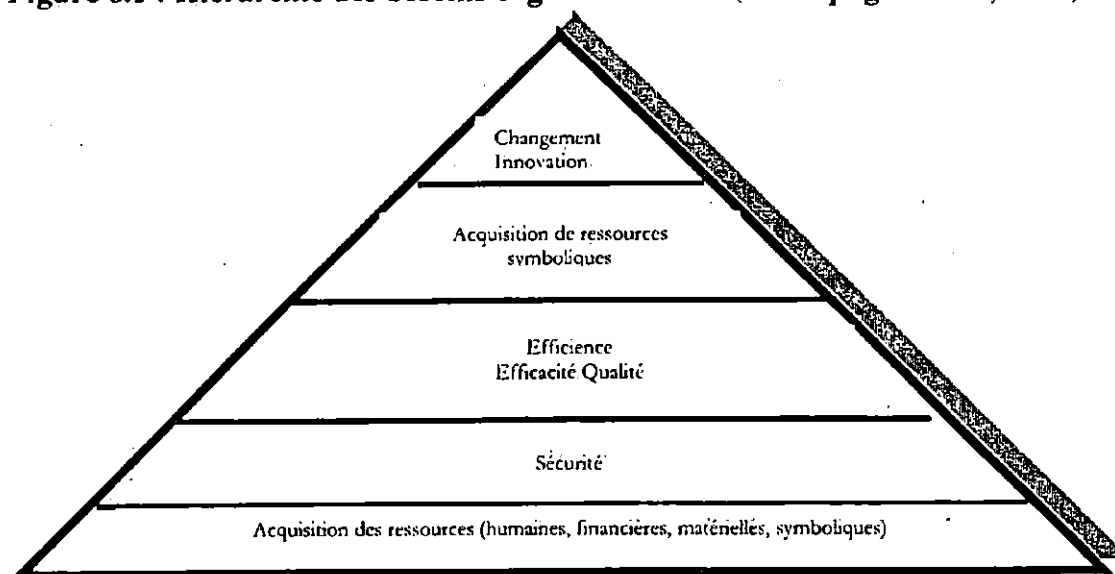
A la lumière de toutes ces tensions, il nous apparaît donc nécessaire que les professionnels, impliqués dans l'accréditation, que ce soit aux niveaux des établissements, de l'ANAES, des organismes de tutelle, ou encore de l'Etat, puissent en prendre conscience et en discuter afin de pouvoir éviter les écueils que nous avons soulevés. En effet, c'est grâce à ces échanges et à cette prise de conscience que l'accréditation pourra contribuer au mieux à favoriser non seulement le bien-être des personnes soignées et de leur famille mais aussi des professionnels dans leur établissement.

En effet, au niveau des Etats, comme nous l'avons vu précédemment, de nombreux pays implantent des systèmes d'accréditation ou réfléchissent à leur évolution. Il est donc important de comprendre les enjeux qui sous-tendent le choix d'adopter une accréditation obligatoire versus une accréditation facultative. Les dynamiques sont alors

totallement différentes. De même, associer la sécurité à la qualité peut entraîner des confusions et des difficultés de positionnement de l'agence « accréditrice ».

Au niveau français, l'ANAES, par le côté obligatoire de l'accréditation, le transfert du rapport aux autorités de tutelle et au rapprochement de la qualité avec la sécurité, doit prendre conscience qu'elle occupe une position délicate. Cette situation n'encourage pas un positionnement clair et transparent de ses experts-visiteurs qui, sur le terrain, peuvent être tentés de s'assurer en premier lieu de la conformité de l'établissement aux textes réglementaires et passer ainsi totalement à côté de la dynamique d'amélioration continue de la qualité. Ces deux démarches ne nécessitent pas les mêmes habilités et la même démarche intellectuelle. Les tutelles peuvent, d'ailleurs, en être déstabilisées dans leur rôle auprès des établissements, en particulier en ce qui a trait à la sécurité. Nous avons bien conscience de l'importance de disposer d'un environnement sécuritaire pour pouvoir pratiquer des prises en charge de qualité, comme nous le montre le schéma suivant (cf. figure 8.1), mais les deux domaines ne relèvent pas de la même logique et ne doivent donc pas être amalgamés.

Figure 8.1 : Hiérarchie des besoins organisationnels (Champagne et al., 2002)



Au niveau des tutelles, l'exercice d'accréditation doit être compris comme un moment privilégié de remise à plat des pratiques. Il est important que soient considérés non seulement les résultats de l'accréditation mais surtout l'apprentissage qui a pu avoir lieu tout au long de la procédure qui est porteuse de changement et d'acquisition de nouvelles connaissances et habilités.

Enfin, au niveau des établissements, les professionnels, en particulier les trois professions les plus impliquées dans le dispositif – les directeurs, les médecins et les infirmiers – doivent être en mesure de discuter entre eux de ce que leur apporte ou pas l'accréditation, ainsi que des enjeux symboliques et de pouvoirs liés à cette activité au sein de l'organisation et dans ses relations avec son environnement afin que puisse être trouvé un engagement « gagnant/gagnant ».

Finalement, tous ces questionnements et ces remarques nous amènent à entrevoir d'autres recherches empirique et théorique. Tout d'abord, nous n'avons analysé les dynamiques de changement intervenus qu'au cours des quatre des six phases de l'accréditation⁹⁰ (CCASS, 2001). Il est donc nécessaire de continuer à documenter les répercussions sur les organisations de santé des deux autres phases en sachant que des études ont montré que la phase suivant l'envoi du rapport d'accréditation (en particulier lorsqu'il y a des recommandations) est celle la plus propice à la mise en œuvre de changement (Duckett, 1983a ; Beaumont 2002). Un suivi de l'impact du rapport de visite dans notre établissement étudié ainsi qu'un suivi à long terme des différentes dimensions du changement dans le temps sont à mener, les établissements accrédités depuis plusieurs années introduisant plus de changement.

Il serait aussi souhaitable de faire des comparaisons entre système d'accréditation obligatoire et volontaire afin de mettre en évidence si les dynamiques de préparation

⁹⁰ Dans le manuel d'accréditation du CCASS (2001), celui-ci détermine 6 phases pour l'accréditation : 1) se renseigner 2) se préparer ; 3) effectuer l'autoévaluation ; 4) planifier et tenir la visite ; 5) utiliser le rapport ; 6) apporter les améliorations continues.

De même, étudier plus spécifiquement l'apport de l'accréditation auprès des différentes catégories professionnelles afin de s'assurer que tous les professionnels, et en particulier, médicaux, y trouvent leur compte nous semble prioritaire pour la survie et la crédibilité même de la démarche.

Notre étude a pu mettre en évidence les difficultés de mettre en place un leadership cohérent et légitime. Des études portant sur cette dimension seraient donc à conduire. En particulier, il serait intéressant d'étudier quel type de leadership est le plus propice à fédérer les professionnels autour de démarches qualité et ainsi à trouver un point d'équilibre... comme cela est actuellement mené en France (François et al., 2002).

Il serait aussi envisageable de comparer des établissements qui sont accrédités avec d'autres non accrédités afin de déterminer si les dynamiques de changement sont différentes et surtout si les établissements accrédités ont mis en place des processus de management plus innovants. En effet, ces recherches devraient permettre de mieux cerner les structures organisationnelles les plus favorables non seulement à la mise en œuvre de démarches qualité mais aussi à l'adoption de dynamiques de changement.

BIBLIOGRAPHIE

Agence Française de NORMalisation (AFNOR). (2002). La boutique AFNOR. <http://www.afnor.fr/>

Alspach, G. (1995). Accreditation Aches and Pains. Critical Care Nurse, 15 (13-15).

Ameline, M., Autret, C., Bacon, C., Riou, C., & Toullec, A.-G. (1999). Un magazine pour tous. Pulsations, 18 (Juillet).

American College of Surgeons. (1924). The minimum Standard. Bull Am Coll Surg, 8, 4.

ANAES. (1999a). Evaluation d'un programme d'amélioration de la qualité : les enseignements de 60 projets dans les établissements de santé français. Paris:Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé.

ANAES. (1999b). Manuel d'Accréditation des Etablissements de Santé. Paris:Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé.

ANAES. (1999c). Préparer et conduire votre démarche d'accréditation, un guide pratique. Paris : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé.

ANAES. (1999d). L'audit clinique. Bases méthodologiques de l'évaluation des pratiques professionnelles. Paris : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé.

ANAES. (1998). Manuel d'accréditation - Version expérimentale. Paris : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé.

ANDEM. (1996). Mise en place d'un programme d'amélioration de la qualité dans un établissement de santé - Principes méthodologiques. Paris : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé.

Anhoury, P., & Viens, G. (1994). Gérer la qualité et les risques à l'hôpital. Paris:ESF Ed.

Appleton, K., House, A., & Dowell, A. (1998). A survey of Job Satisfaction, Sources of Stress and Psychological Symptoms among General Practitioners in Leeds. British Journal of General Practice, 48 (428), 1059-63.

Arce, H.E. (1998). Hospital accreditation as a means of achieving international quality standards in health, Editorial. International Journal for Quality in Health Care, 10 (6), 469-472.

Argyris, C. (1982). Creating Long-term Organizational Change. In P. S. Goodman & al. (Ed.), Change in Organizations. (pp. 47-86). San Francisco : Jossey-Bass Pub.

Argyris, C. (1985). Strategy, Change and Defensive Routines. Boston : Pitman.

Armogathe, J.-F. (1989). Pour le développement de l'évaluation médicale. Paris : Rapport au ministre de la Solidarité de la Santé et de la Protection Sociale, La Documentation française.

Arnold III, W.I. (1993). The Leader's Role in Implementing Quality Improvement : Walking the Talk. Quality Review Bull., March, 79-82.

Bagozzi, R.P., & Philips, L.W. (1982). Representing and Testing Organizational Theories : A holistic Construal. Administrative Science Quarterly, 27, 459-489.

Barbin, B., Boissier Rambaud, Cl., Champion Daviller, M.-N., Fessler, J.-M., & Nebesarova, J. (1997). Hôpitaux, cliniques : de l'accréditation à la qualité. Accréditation, Gestion des risques, Normalisation, Assurance de la qualité, Certification. Ed. Lamarre.

Barthes, R. (1966). Introduction à l'analyse structurale des récits. Vol. 8. Ed Communication.

Bartoli, A., & Anaut, M. (1996). Les paradoxes du changement dans les hôpitaux. In A.-P. Contandriopoulos & Y. Souteyrand (Eds.), L'hôpital stratège. Dynamiques locales et offres de soins. (pp. 179-199). Paris: John Libbey Eurotext.

Beaumont, M. (2002). Recherche sur l'efficacité du programme d'agrément du CCASS. Méthodologie et résultats. Maîtrise en administration des services de santé : Faculté de médecine, Université de Montréal.

Beckhard, R. (1969). Organizational development : strategies and models. Reading, MA: Addison-Wesley.

Beckhard, R. Développement des organisations, stratégies et modèles. Paris: Dalloz; 1975.

Beer, M.R. (1976). The technology of organization development. In P. Dunnette (Ed.), Handbook of Industrial and Organizational Psychology. Chicago: Rand McNally.

Benson, J.K. (1975). The interorganizational network as a political economy. Administrative Science Quarterly, 20(2), 229-249.

Benson, J.K. (1977). Organizations: a dialectical view. Administrative Science Quarterly, 22 (March), 1-21.

Benson, J. K. (1983). A Dialectical Method for the Study of Organizations. in: Morgan G., (Ed.). Beyond Method. Beverly Hills: Sage Publications. pp. 331-346.

Béraud, C. (1992). La Sécurité c'est bien, en abuser ça craint. Paris: CNAMTS.

Béraud, C., & Amouretti, M. (1989) .Evaluer les activités hospitalières : une impérieuse nécessité. J. Econ. Med., 7, 147-160.

Bergman, P. (1980). Thinking about Programmed and Adaptive Implementation : Matching Strategies to Situations. In D. Mann & H. Ingram (Eds.), Why Policies Succeed and Fail. Beverly Hills, CA: Sage Publications.

Berman, S. (1998). Identifying and Addressing Sentinel Events : an interview with Richard Croteau. The Joint Commission Journal on Quality Improvement, 24 (8), 426-434.

Bernadou, A. (1998). Le praticien, le directeur et le président. Une éthologie de l'hôpital. Revue Hospitalière de France, 5 (Septembre), 490-497.

Bertrand, D., (2001). Accréditation et qualité des soins, Dossier spécial, Actualité et dossier en santé publique, Juin, n°35, 18-78.

Berwick, D.M. (1989). Sounding Board : Continuous Improvement as an Ideal Healthcare. New Engl. J. Med., 320 (1), 53-56.

Berwick, D.M. (1995). Continuous Improvement As an Ideal in Health Care. In N. O. Graham (Ed.), Quality in Health Care - Theory, Application and evolution. (pp 64-71). Gaithersburg, Ma: Aspen Publication.

Berwick, D.M. (1996). A primer on leading the improvement of systems. British Medical Journal, 312, 619-622.

Berwick, D.M., Blanton, G.A., & Roessner, J. (1990). Curing Health Care : New Strategies for Quality Improvement. San Francisco, Ca: Jossey-Bass.

Berwick, D.M., Entoven, A., & Bunker, J.P. (1992a). Quality management in the NHS : the doctor's role - I. British Medical Journal, 304, 235-9.

Berwick, D.M., Entoven, A., & Bunker, J.P. (1992b). Quality management in the NHS : the doctor's role - II. British Medical Journal, 304, 304-8.

Berwick, D.M., & Nolan, T.W. (1998). Physicians as Leaders in Improving Health Care : A New Series in Annals of Internal Medicine. American College of Physicians, 128 (4), 289-292.

Blaikie, N.W.H. (1991). A critique of the use of triangulation in social research. Quality & Quantity, 25, 115-136.

Blass, B.M. (1985). Leadership and performance beyond expectations. New York, NY: Harper & Row.

Bloch, O., & von Wartburg, W. (1964) Dictionnaire étymologique de la langue française. (4^{ème} éd.). Paris: PUF.

Blumenthal, D., & Epstein, A.M. (1996). Quality of Care. Part 6 : The Role of Physicians in the Future of Quality Management. New Engl. J. Med., 335, 1328-31.

Blumenthal, D., & Kilo, C.M. (1998). A report card on Continuous Quality Improvement. The Milbank Quarterly, 76, 625-648.

Bohigas, L., & Ansenjo, M.A. (1995). Hospital accreditation in Calatunya : an assessment of the performance in quality of hospitals. Int. J. Health Plann. Manage., 10, 201-208.

Bohigas, L., Brooks, T., Donahue, T., Donaldson, B., Heidemann, E., Shaw, C., & Smith, D. (1998). A comparative analysis of surveyors from six hospitals accreditation programs and a consideration of the related management issues. International Journal for Quality in Health Care, 10 (1), 7-13.

Bonnici, B. (1998). L'hôpital, enjeux politiques et réalités économiques. Paris: La documentation française.

Bouchard Jr., T.J. (1983). Field Research Methods : Interviewing, Questionnaires, Participant Observation, Systematic Observation. In Dunette M.D. (Ed.), Handbook of Industrial and Organizational Psychology. (pp. 363-413). New York, NY : John Wiley & Sons.

Bourdieu, P. (1980). Le sens pratique .Paris : Editions de Minuit.

Bourdieu, P. (1987). Choses dites. Collection Le Sens commun. Paris: Editions de Minuit.

- Bourdieu, P. (1998). La domination masculine. Paris: Ed. du Seuil.
- Bourdieu, P. (2001). Science de la science et réflexivité. Cours du collège de France, 2000 - 2001. Collection cours et travaux. Paris: Raisons d'agir éditions.
- Bourdieu, P. & Wacquant, L. (1992). Réponses : pour une anthropologie réflexive. Paris: Ed. du Seuil.
- Braun, B.I., Koss, R.G., & Loeb, J.M. (1999). Integrating performance measure data into the joint commission accreditation process. Evaluation and the health professions, 22 (3), 283-297.
- Brennan, T.A. (1998). The Role of Regulation in Quality Improvement. The Milbank Quarterly, 76 (4), 709-731.
- Brickman, R., Axelrod, R., Roberson, D., & Flanagan, C. (1998). Clinical Process Improvement as a Means of Facilitating Health Care System Integration. The Joint Commission Journal on Quality Improvement, 24 (3), 143-153.
- Brown, A. (1994). The Advancement of Learning. Educational Researcher, 23 (8), 4-13.
- Brunelle, Y. (1993). La qualité des soins et services : un cadre conceptuel. Québec: Collection Etudes et Analyses, planification évaluation santé services sociaux .
- Buchan, H., & Brook, C. (1997). Quality in Australian hospitals - Who cares ?, Editorial. International Journal for Quality in Health Care, 9 (7), 243-244.
- Buenger, V., Daft, R.L., Conlon, E.J., & Austin, J. (1996). Competing values in organizations: contextual influences and structural consequences. Organization Science, 7 (5), 557-576.
- Burns, J.M. (1978). Leadership. NY: Harper & Row.
- Cameron, K.S., & Whetten, D.A. (1983). Organizational Effectiveness, A Comparison of Multiple Models. Washington: Academic Press.
- Campbell, D.T. (1975). Degrees of freedom and the Case Study. Comparative Political Studies, 8 (2), 178-193.
- Carey, J.W. (1993). Linking Qualitative and Quantitative Methods : Integrating Cultural Factors Into Public Health. Qualitative Health Research, 3 (3), 298-318.

Centre Hospitalier Universitaire de Brest. (1997). Projet d'établissement. Brest: CHU Brest.

Centre Hospitalier Universitaire de Brest. (1999). Référentiel interne d'auto-évaluation du CHU de Brest. Brest: CHU Brest.

Centre Hospitalier Universitaire de Brest. (2000). 2000 en quelques chiffres. Brest: CHU Brest.

Champagne, F., Contandriopoulos, A.-P., Denis, J.-L., & Lamothe, L. Partie I : Des organisations complexes aux contours flous. (2001). Montréal: Département d'Administration de la Santé et GRIS, Faculté de médecine, Université de Montréal, Octobre.

Champagne, F., & Denis, J.-L. (1992). Pour une évaluation sensible à l'environnement des interventions : l'analyse de l'implantation. Service social : l'avenir des services ou services d'avenir, 41 (1), 143-163.

Chandernagor, P., & Dumond, J.-P. (1996). L'hôpital des années 1990 et ses médecins. In A.-P. Contandriopoulos & Y. Souteyrand (Eds.), L'hôpital stratégique. Dynamiques locales et offres de soins. (pp. 203-214). Paris: John Libbey Eurotext.

Chassin, M.R. (1996). Quality of Health Care, part 3 : Improving the Quality of Care. New Engl. J. Med., 335, 1060-1063.

Child, J. (1972). Organizational structure, environment and performance. Sociology, 6, 2-22.

Clancy, S.G. (1997). STJs and change : résistance, reaction or misunderstanding ? In C. Fitzgerald & K. Kirby (Eds.), Developing leaders : research and applications in psychological type and leadership development. (pp. 415-38). Palo Alto, Ca: Davis Black Publishing.

Code de la Santé Publique. (1991). Loi n° 91-748 portant réforme hospitalière. Paris: Journal officiel de la République Française.

Code de la santé publique. (1996a). Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée. (pp. 6325-6336). Paris : Journal Officiel de la République Française du 25 avril.

Code de la santé publique. (1996b). Décret n° 96-780 du 3 septembre 1996 portant création, auprès du ministre du travail et des affaires sociales, de directeurs chargés de la

mise en place des agences régionales de l'hospitalisation. (pp. 13431). Paris : Journal Officiel de la République Française du 8 septembre,

Code de la santé publique. (1996c). Ordonnance n° 96-344 du 24 avril 1996 portant mesures relatives à l'organisation de la sécurité sociale. (pp. 6301-6308). Paris : Journal Officiel de la République Française du 25 avril.

Code de la santé publique. (1996d). Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins. (pp. 6311-6320). Paris : Journal Officiel de la République Française du 25 avril.

Code de la santé publique. (1997). Décret n° 97-311 du 7 avril 1997, relatif à l'organisation et au fonctionnement de l'ANAES. (pp. 5328-5335). Paris : Journal Officiel de la République Française du 8 avril.

Cohen, M.D., & March, J.G. (1986). Leadership and Ambiguity. Boston : Harvard Business School Press.

Colin, C., & Gerbaud, L. (2000). L'évaluation de la qualité des soins. In M.-P. Pomey, J.-P. Poullier, & B. Lejeune (Eds.), Santé Publique. (pp. 209-230). Paris:Ellipses.

Collopy, B.T. (1995). Extending faculty accreditation to the evaluation of care : the Australian experience. Int. J. Health Plann. Manage., 10, 223-229.

Conger, J.A., & Kanungo, R.N. (1998). Charismatic Leadership in Organizations. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Coninck, F. de. (1998).Point de vue : les bonnes raisons de résister au changement. Revue Française de Gestion, Les organisations face au changement. Numéro spécial, 120 (Septembre-Octobre), 162-168.

Conseil Canadien d'Agrément des Services de Santé. (1995). Normes à l'intention des établissements de soins de courte durée. Une approche centrée sur le patient. Ottawa: CCASS.

Conseil Canadien d'Agrément des Services de Santé. (2001). MIRE. Mesures implantées pour le renouveau de l'évaluation. Programme d'agrément. Ottawa : CCASS.

Conseil Québécois d'Agrément d'Etablissements de Santé et de Services Sociaux. (1996). Document de présentation du système d'agrément. Montréal : CQAESSS.

Conseil Québécois d'Agrément d'Etablissements de Santé et de Services Sociaux. (1997). Dossier de l'établissement aux fins d'agrément, Mission CLSC. Montréal : CQAESSS.

Contandriopoulos, A.-P. (1994). Réformer le système de santé : Une utopie pour sortir d'un statu quo impossible. Ruptures, 1 (1), 8-26.

Contandriopoulos, A.-P. & Denis, J.-L., (2001). Matériel de cours « intégration et changement », maîtrise en administration de la santé, Département d'administration de la santé, Faculté de médecine, Université de Montréal

Contandriopoulos, A.-P. (2002), Pourquoi est-il si difficile de faire ce qui est souhaitable ?, document de travail, version 6, DASUM, GRIS.

Contandriopoulos, A.-P., Champagne, F., Denis, J.-L., & Avargues, M.-C. (2000). L'évaluation dans le domaine de la santé : concepts et méthodes. Rev. d'Epidém. et Santé Publ., 48, 517-539.

Contandriopoulos, A.-P., Champagne, F., Denis, J.-L., & Pineault, R. (1992). L'évaluation dans le domaine de la santé : Concepts et méthodes. GRIS, novembre.

Contandriopoulos, A.-P., Champagne, F., Potvin, L., Denis, J.-L., & Boyle, P. (1990). Savoir préparer une recherche : la définir, la structurer, la financer. Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal.

Contandriopoulos, A.-P., Pouvoirville, G., Poullier, J.-P., & Contandriopoulos, D. (2000). A la recherche d'une troisième voie : les systèmes de santé au XXI^e siècle. In M.-P. Pomey, J.-P. Poullier, & B. Lejeune (Eds.), Santé Publique. (pp. 637-667). Paris: Ellipses.

Contandriopoulos, A.-P., & Souteyrand, Y. (1996a). L'hôpital en mutation : d'un modèle à l'autre. In A.-P. Contandriopoulos et Y. Souteyrand, L'hôpital stratège. Dynamiques locales et offres de soins. Paris: John Libbey Eurotext.

Contandriopoulos, A.-P., & Souteyrand, Y. (1996b). L'hôpital stratège. Dynamiques locales et offres de soins. Paris: John Libbey Eurotext.

Cook, T.D., & Campbell, D.T. (1983). The Design and the Conduct of Quasi-Experiments and True Experiments in Field Settings. In M. D. Dunette (Ed.), Handbook of Industrial and Organizational Psychology. New York, NY: John Wiley & Sons.

Courpasson, D. (1998). Le changement est un outil politique. Revue Française de Gestion, Les organisations face au changement. Numéro spécial, 120, (Septembre-Octobre), 6-16.

Crémadez, M. (1997). Le management stratégique hospitalier. (2ème ed.). Paris: Masson.

Creswell, J.W. (1994). Research Design : Qualitative & Quantitative Approaches. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Crosby, P.B. (1979). Quality is free : the art of making quality certain. New York: McGraw-Hill.

Crozier, M. (1973). Communication à l'Académie des Sciences Morales et Politiques, 18 juin 1973. Paris : l'Académie des Sciences Morales et Politiques.

Crozier, M. (2000). Jeux des acteurs et dynamique du changement, entretien avec Michel Crozier. In P. Cabin & J.-F. Dortier (Eds.), La sociologie. Histoire et idées. (pp. 205-212). Paris: Editions Sciences Humaines.

Crozier, M., & Friedberg, E. (1977). L'acteur et le système, les contraintes de l'action collective. Paris: Ed. du Seuil.

Dassa, C., Lambert, J., Blais, R., Potvin, D., & Gauthier, N. (1997). Effects of a neutral answer choice on the reliability and validity of attitude and opinion items. The Canadian Journal of Program Evaluation, 12 (2), 61-80.

Demers, C. (1999). De la gestion du changement à la capacité de changer. L'évolution de la recherche sur le changement organisationnel de 1945 à aujourd'hui. Revue Internationale de Gestion, Numéro thématique : Transformer l'organisation, 24 (3), 131-139.

Deming, W.E. (1986). Out of crisis. Cambridge, MA :Center for Advanced Engineering Study.

Deming, W.E. (1991). Hors de la crise. Paris: Economica Ed.

Denis, J.-L., & Champagne, F. (1990a). Pour comprendre le changement dans les organisations. Gestion, Février, 44-55.

Denis, J.-L., & Champagne, F. (1990b). L'analyse de l'implantation : modèles et méthodes. Revue Canadienne d'Evaluation de Programme, 5 (2), 47-67.

Denis, J.-L., Contandriopoulos, A.-P., & al. (2000). Les processus de restructuration et leur gestion. Paris: Programme MIRE.

Denis, J.-L.; Lamothe, L., & Langley, A. (2001). The dynamics for collective leadership and strategic change in pluralistic organizations. Academy of Management Journal, 44 (4), 809-837.

Denis, J.-L., Langley, A., & Cazale, L. (1995). Peut-on transformer les anarchies organisées ? Leadership et changement radical dans un hôpital. Ruptures, 2 (2), 165-189.

Denis, J.-L., Langley, A., & Cazale, L. (1996). Leadership and strategic change under ambiguity. Organization Studies, 17 (4), 673-699.

Descombes, J.-P., & François, P. (1998). De l'effet de mode à un nouveau mode de service au patient. Revue Française de Gestion, 1 (Janvier/Février), 70-72.

Dictionnaire Hachette Encyclopédique. (2000). Paris: Hachette.

Dictionnaire Le Petit Robert, Dictionnaire alphabétique & analogique de la langue française. (1991). Paris: S.N.L.

Dictionnaire de sociologie. (1999). Sous la direction d'André Akoun et Pierre Ansart. Paris: Le Robert/Ed. du Seuil.

Di Stanislao, F., & Liva, C. (1996). Un modello per accreditamento. NAM, 1

Donabedian, A. (1973). An Examination of Some Directions in Health Care Policy. American Journal of Public Health, 63 (3), 243-246.

Donabedian, A. (1976a). Effects of Medicare and Medicaid on Access to and Quality of Health Care. Public Health Report, 91 (4), 322-331.

Donabedian, A. (1976b). A Frame of Reference. Quality Review Bull., June, 5-32.

Donabedian, A. (1976c). Measuring and Evaluating Hospital and Medical Care. Bulletin of The New York Academy of Medicine, 52 (1), 51-59.

Donabedian, A. (1982). Explorations in Quality Assessment and Monitoring : The Criteria and Standards of Quality. Ann Harbor, Mi: Health Administration Press.

Donabedian, A. (1991). Modalités de diffusion des démarches qualité dans les établissements de santé. Conférence donnée dans le cadre du Groupe de recherche interdisciplinaire en santé. Université de Montréal.

Downey, H.K., & Ireland, R.D. (1979). Quantitative versus Qualitative : Environmental Assessment in Organizational Studies. Administrative Science Quarterly, 24, 630-637.

Duckett, S.J. (1983a). Changing Hospitals : The Role of Hospital Accreditation. Soc. Sci. Med., 17 (20), 1573-1579.

Duckett, S.J. (1983b). Assuring hospital standards : the introduction of hospital accreditation in Australia. Australian Journal of Public Administration, XLII (3 September), 385-402.

Dwerck, C.S. (1989). Motivation. In A. Lesgold et R. Glaser(Ed.), Foundations for a Psychology of Education. (pp. 87-137). Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.

Ellis, R. & Whittington, D. (1993). Quality Assurance in Healthcare : a handbook. London: E. Arnold.

Ente, B.H. (1999). Joint Commission World Symposium on Improving Health Care Through Accreditation. The Joint Commission Journal on Quality Improvement, 25 (11), 602-613.

European Foundation for Quality Management, (2002). The European Quality Awards. <http://www.efqm.org>.

Faugerolas, P. (1999). Accréditation et responsabilité hospitalière. Revue Hospitalière de France, 6 (Nov-Déc), 6-21.

Favret-Saadat, J. (1977). Les mots, la mort, les sorts. Paris: Gallimard.

Fielding, N.G., & Fielding, J.L. (1986). Linking Data. Beverly Hills, CA: Sage Publications.

Firth-Cozens, J., & Mowbray, D. (2001). Leadership and quality of care. Quality in Health Care, 10 (suppl II), ii3-ii7.

Foissaud, S. (2001a). Suite à l'accréditation de l'établissement, quelle stratégie pour une démarche qualité intégrée et pérenne ? Mémoire de DES Quéops, Université de Montréal/ENSP/Université de Compiègne, (consultable sur le site www.queops.fr).

Foissaud, S. (2001b). L'usager, une force de mobilisation dans la démarche qualité. Soins Cadres, mars 37, 27-29.

Fontaine, A., Vinceneux, Ph., Pauchet Traversat, F., & Catala, C. (1997). Toward Quality Improvement in a French Hospital : Structure and Culture. International Journal for Quality in Health Care, 9 (3), 177-181.

Ford, J., & Ford, L. (1995). The role of conversations in producing intentional change in organizations. Academy of Management Review, 20 (3), 541-570.

Fourcade, A. (1995). Le programme d'audit d'organisation du King Edward's fund for London: un outil au service de l'assurance de la qualité dans les établissements de santé. Journal d'Economie Médicale, Juin-Juillet (3-4), 215-219.

Fourcade, A., & Maguerez, G. (2000). Evaluation d'une démarche qualité : Quels sont les méthodes, les objectifs et les conséquences des démarches existantes ? Gestions Hospitalières, Juin-Juillet, 441-449.

François, P., & Rhéaume, J. (2001). Les systèmes de gestion de la qualité des soins dans les hôpitaux du Québec. Ruptures, 8 (1), 6-26.

French, J.R.P., & Raven, B.H. (1959). The Basis for Social Power.. In Dorwin Cartwright (Ed.), Studies of Social Power. (pp. 150-167). Ann Arbor, MI: Institute for Social Research.

Friedberg, E. (1993). Le pouvoir et les règles. Paris: Ed. du Seuil.

Friedberg, E. (2000). La dynamique de l'action organisée, entretien avec Erhard Friedberg. In P. Cabin & J.-F. Dortier (Eds.), La sociologie. Histoire et idées. (pp. 295-298). Paris: Editions Sciences Humaines.

Gates, P.E. (1993). Clinical Quality Improvement : Getting Physicians Involved. Quality Review Bull., February, 56-65.

Gerbaud, L. (1999). Financement de soins hospitaliers et développement de l'évaluation de la qualité des soins. Thèse de Doctorat en vue de l'obtention du Doctorat ès Science Economique, Université de Bourgogne. Clermont-Ferrand: OBRESA.

Gerbaud, L., Biolay, S., Venet, M., Pomey, M.-P., Belgacem, B., Jacquetin, B., & al. (1998). Evaluation comparative des maternités en Auvergne. Cah. Socio. et démo.Méd. 38(4), 297-323.

Gerbaud, L., Marty, M., & Vibet, M.-N. (1998). Evaluation comparative des structures de soins hospitaliers et accréditation. Quelques repères. Revue Médicale de l'Assurance Maladie, 2, 60-65.

Gerbaud, L., & Pomey, M.-P. (1999). Visites tests du référentiel canadien d'agrément dans les maternités d'Auvergne et de Bretagne. J. d'économie médicale, 17 (2-3), 149-153.

Gilliland, A.E., Sinclair, H., Cupples, M.E., McSweeney, M., MacAuley, D., & O'Dowd, T.C. (1998). Stress and Morale in General Practice : A Comparison of Two Health Care Systems. British Journal of General Practice, 48 (435), 1663-7.

Giroux, A., & Jolly, D. (1992). How to induce physicians to engage in quality assurance activities in university hospital : a policy. Quality assurance in health care, 4 (1), 19-24.

Girin, J. (1986). L'objectivation des données subjectives ; éléments pour une théorie du dispositif dans la recherche interactive. In Actes du colloque Qualité des informations scientifiques en gestion. ISEOR-FNEGE.

Goetz, E.T., Alexander, P.A., & Ash, M.J. (1992). Educational Psychology : A Classroom Perspective. New York, NY: Mac Nillan.

Goldstein, J. (1994). The Unshackled Organization. Portland, OR: Productivity Press.

Grilli, R., & Lomas, J. (1994). Evaluating the message : the relationship between compliance rate and the subject of a practice guideline. Med Care, 32, 202-213.

Guba, E.G., & Lincoln, Y.S. (1994). Competing Paradigms in Qualitative Research. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), Handbook of Qualitative Research. (pp. 105-117). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Giddens, A. (1987). La constitution de la société. 1re édition. Paris: PUF.

Guilhon, A. (1998). Le changement organisationnel est un apprentissage. Revue Française de Gestion, Les organisations face au changement. Numéro spécial, 120 (Septembre-Octobre), 98-107.

Haddad, S., Roberge, D., & Pineault, R. (1997). Comprendre la qualité : en reconnaître la complexité. Ruptures, 4 (1), 59-78.

Harrison, S. (1985). Perspectives on Implementations. In S. Harrison (Ed.), Health Services Performance. (pp. 105-125). London: Croom Helm.

Hassenteufel, P. (1999). Vers un déclin du « pouvoir médical » ? Un éclairage européen (France, Allemagne, Grande-Bretagne). Pouvoirs, 89:51-64.

Hayes, J., & Shaw C. (1995). Implementing accreditation systems (23 May 1994, Treviso, Italy). International Journal for Quality in Health Care, 7 (2), 165-171.

Heidemann, E. (1995). Client-Centred Accreditation. Int. J. Health Plann. Manage., 10, 209-222.

Heidemann, E., (2001). Accreditation : projets internationaux. In Accréditation et qualité des soins hospitaliers, dossier coordonné par D Bertrand, Actualité et dossier en santé publique, Juin, n°35, 56-66.

Herman-Taylor, R.J. (1985). Finding new Ways of Overcoming Resistance to Change. In J. M. e. al. Pennings (Ed.), Organizational Strategy and Change. (pp. 383-411). San Francisco, CA: Jossey-Bass Pub.

Hertz, H., Reimann, C., & Bostwick, M. (1994). The Malcolm Baldrige National Quality Award concept : Could it help stimulate or accelerate health care quality improvement ? Quality Management in Health Care, 2, 63-72.

Hickey, M. (2000). The Real Issue Is Culture : Moving from Relationship to Results. Frontiers of Health Services Management, 16 (4), 35-38.

Hinings, C.R., & Greenwood, R. (1988). The Dynamics of Strategic Changes. New York, NY: Basil Blackwell.

Huang, P. (1995). An overview of hospital accreditation in Taiwan, Republic of China. Int. J. Health Plann. Manage., 10, 183-191.

ISQua. (2002). Accreditation and ALPHA. <http://www.isqua.org.au/>

International Organization for Standardization (ISO). (2002). ISO 8402. <http://www.iso.ch/>

Jackson, S. (1999). Achieving a culture of continuous improvement by adopting the principles of self-assessment and business excellence. International Journal of Health Care Quality Assurance, 12 (2), 59-64.

Jick, T.D. (1979). Mixing Qualitative and Quantitative Methods : Triangulation in Action. Administrative Science Quarterly, 24, 602-611.

Jick, T.D. (1991). Mixing Qualitative et Quantitative Methods : Triangulation in Action. Administrative Science Quarterly, 24, 602-611.

Jocou, P., & Lucas, F. (1992). Au cœur du changement. Une autre démarche de management : la qualité totale. Paris: Dunod.

Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. (1992). Striving Toward Improvement : Six Hospitals in Search of Quality. Chicago, IL: Oakbrook Terrace.

Joint Commission on Accreditation of Hospitals. (1971). 1970 Accreditation Manual for Hospitals. Chicago, IL: Oakbrook Terrace.

Juran, J.M. (1988). Juran on planning for quality. New York, NY: Free Press.

Juran, J.M. (1989). Juran on Leadership for Quality. New York, NY: Free Press.

Juran, J.M. (1994). Achieving Sustained Quantifiable Results in an Interdepartmental Quality Improvement Project. The Joint Commission Journal on Quality Improvement, 20 (3), 105-19.

Kaegi, L. (1999). Medical Outcomes Trust Conference Presents Dramatic Advances in Patient-Based Outcomes Assessment and Potential Applications in Accreditation. The Joint Commission Journal on Quality Improvement, 25 (4), 207-218.

Kaegi, L. (1996). From paper to practice to point of care : reports from a Zitter Group Conference on implementing practice guidelines. The Joint Commission Journal on Quality Improvement, 22 (8), 551-570.

Kaluzny, A.D., & McLaughlin, C.P. (1992). Managing Transitions : Assuring the Adoption and Impact of TQM. Quality Review Bull., November, 380-384.

Kaluzny, A.D., & McLaughlin, C.P. (1996). Managing Transitions : Assuring the Adoption and Impact of TQM. The Joint Commission Journal on Quality Improvement, 22 (11), 719-20.

Keeler, E.B., Rubenstein, S.J., Kahn, K.L., & al. (1992). Hospital characteristics and quality of care. JAMA, 268, 1709-14.

Kennedy, M., Prevost, J.A., Carr, M.P., & Dilley, J.W. (1992). A Roundtable Discussion : Hospital Leaders Discuss QI implantations Issues. Quality Review Bull., March, 78-96.

Kirk, J., & Miller, M.L. (1986). Reliability and Validity in Qualitative Research. Newbury Park, CA: Sage Publications.

Kleiber, C. (1997). Organisation du changement à l'hôpital. Ruptures, 4 (2), 218-229.

Koch, H.C.H. (1991). Total Quality Management in Health Care. Harlow, Essex: Longman.

Koenig, G. (1994). L'apprentissage organisationnel : repérage des lieux. Revue Française de Gestion, Janvier-Février, 76-83.

Koska, M.T. (1992). CEOs say hospitals must learn from each other for TQM success. Hospitals, June 20, 42-50.

Kritchevsky, S.B., & Simmons, B.P. (1991). Continuous Quality Improvement. Concepts and Applications for Physician Care. JAMA, 266 (13), 1817-1823.

Labarère, J., & François, P. (1999). Evaluation de la satisfaction des patients par les établissements de soins. Revue de la littérature. Rev. d'Epidém. et Santé Publ., 175-184.

Lamothe, L. (1999). La reconfiguration des hôpitaux : un défi d'ordre professionnel. Rupture, revue transdisciplinaire en santé, 6 (2), 132-148.

Langley, A. (1999). Strategies for Theorizing from Process Data. Academy of Management Review, 24 (4), 691-710.

Laperrière, A. (1997). Les critères de scientificité des méthodes qualitatives. In J. Poupart, L. H. Groulx, J. P. Deslauries, A. Laperrière, & Mayer & Pires (Eds.), La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques. (pp. 336-389). Montréal, Québec: Gaétan Morin Editeur.

Lauret, T. (2001). Comment développer une démarche qualité sans exercer d'autorité dans un établissement psychiatrique ? L'expérience du CH de Ste Anne. Mémoire de DES Quéops, Université de Montréal/ENSP/Université de Compiègne, (consultable sur le site www.queops.fr).

Le Niger, C., Vicariot, M., Pomey, M.-P., & Lépiouf, L. (2000). Evaluation de l'information transfusionnelle des patients par les médecins. Gazette de la Transfusion, 160, 25-28.

Leggat, S.G., Narine, L., Lemieux-Charles, L., Barnsley, J., Baker, G.R., Sicotte, C., Champagne, F., & Bilodeau, H. (1998). A review of organizational performance assessment in health care. Health Services Management Research, 11, 3-23.

Lemieux-Charles, L.; Gault, N.; Champagne, F.; Barnsley, J.; Trabut, I.; Sicotte, C., & Zitner, D. (2000). Use of Mid-Level Indicators in Determining Organizational Performance. Hospital Quarterly, Summer : 48-52.

Lengnick-Hall, C.A. (1995). The Patient as the Pivot Point for Quality in Health Care Delivery. Hospital & Health Services Administration, 40 (1), 25-39.

Lengnick-Hall, C.A. (1996). Customer contributions to quality : a different view of the customer-oriented firm. Academy of Management Review, 21 (3), 791-824.

Leonard-Barton, D. (1990). A Dual Methodology for Case Studies : Synergistic Use of a Longitudinal Single Site with Replicated Multiple Sites. Organization Science, 1 (3), 248-266.

Leroy, D. (1996). Le management par projets : entre mythes et réalités. Revue Française de Gestion, 107 (janvier-février), 109-120.

Lessard-Hébert, M., Goyette, G., & Boutin, G. (1995). La recherche qualitative : fondements et pratiques. (2ème éd.). Montréal, QC: Editions nouvelles.

Leteutre, H., & Patrelle, I. (1996). La qualité hospitalière. Collection "Audit hôpital". Paris: Berger Levrault.

Lewin, K. (1952). Group Decision and Social Change. In T. M. N. & E. L. H. Guy E. Swanson (Ed.), Readings in Social Psychology. New York, NY: Holt, Rinehart.

Lewin, K. (1978). Décisions de groupe et changement social . In A. Lévy (Ed.), Psychologie sociale : textes fondamentaux anglais et américains. Paris: Dunod.

Lewis, A. (1993). Too Many Managers : Major Threat to CQI in Hospitals. Quality Review Bull., March, 95-101.

Lin, S.H., & Yang, M.S. (1994). Standardization, accreditation and licensing of hospital services in Taiwan. Hospitals, 27 (6), 67-93.

Lloyd, P.J. (1997). The Australian model of hospital accreditation : a discussion. Australian Health Review, 10, 171-178.

Longest, Jr.B.B., Rackich, J.S., & Darr, K. (2000). Managing Health Services Organizations and Systems. (4ème éd.). Maltimore, MA: Health Professions Press.

Lozac'h, P., Vicariot, M., Le Niger, C., Pomey, M.-P., Lejeune, B., Ferec, C., Chapéron, J., & Sami, L.R. (2001). Evaluation du système de notification des incidents transfusionnels immédiats au CHU de Brest. Transfus.Clin.Biol., 8, 343-349.

Lozeau, D. (1996). L'effondrement tranquille de la gestion de la qualité : résultats d'une étude réalisée dans douze hôpitaux publics au Québec. Ruptures, 3 (2), 187-208.

Lozeau, D. (2002). Les chemins tortueux de la gestion de la qualité dans les hôpitaux publics du Québec. Gestion, 26 (4), (à paraître).

Macpherson, D., & Mann, T. Medical audit and quality of care - A new English initiative. Quality assurance in health care, 1992 (4) 2, 89-95.

Malcolm Baldrige National Quality Award Consortium. (1990). Malcolm Baldrige National Quality Award Application Guidelines. Milwaukee: Malcolm Baldrige National Quality Award Consortium.

Maly, R.C., & al. (1996). What influences physician practice behavior ? An interview study of physicians who received consultative geriatric assessment recommendations. Arch. Fam. Med., 5, 448-454.

Mandelbatt, J., & Kanetsky, P.A. (1995). Effectiveness of interventions to enhance physician screening for breast cancer. J Fam Pract, 40, 162-171.

Maruyama, M. (1963). The Second Cybernetics : Deviation Amplifying Mutual Causal Processes. American Scientist, 51, 164-179.

Maturana, H., & Varela, F. (1980). Autopoiesis and Cognition : The Realization of the Living. Londres: Reidl.

McCaffrey, D.P., Faerman, S.R., & Hart, D.W. (1995). The Appeal and Difficulties of Participative Systems. Organization Science, 6 (6), 603-627.

McCarthy, J., & Hicks, B. (1991). Quality in health care : application of the ISO 9000 standard. International Journal of Health Care Quality Assurance, 4 (4), 21-26.

McClintock, C.C., Brannon, D., & Maynard-Moody, S. (1979). Applying the Logic of Sample Surveys to Qualitative Case Studies : The Case Cluster Method. Administrative Science Quarterly, 24, 612-629.

McDonald, P., & Gandz, J. (1992). Getting value from shared values. Organizational Dynamics, Winter, 64-76.

McGlynn, E.A. (1998). Choosing and evaluating clinical performance measures. The Joint Commission Journal on Quality Improvement, 24 (9), 470-475.

McIntyre, N., & Popper, K. (1983). The critical attitude in medicine : the need for a new ethics. British Medical Journal, 287 (dec.), 1919-1923.

McLaughlin, C.P., & Kaluzny, A.D. (1995). Quality Management in Health Care : Successes and Lessons in Implementation. Journal of Continuing Education in the Health Professions, 15 (3), 165-74.

Milakovich, M.E. (1991). Creating a total quality health care environment. Health Care Management Review, 16 (2), 9-20.

Miles, M. B. & Weitzman, E. A. (1994). Choosing Computer Programs for Qualitative Data Analysis. in: M.B. Miles & A.M. Huberman, (Eds). Qualitative Data Analysis . (2nd ed). (pp. 311-317). Thousands Oaks, Ca: Sage Publications.

Miles, M., & Huberman, A.M. (1994). Qualitative Data Analysis. (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Miller, D., Greenwood, R., & Hinings, B. (1999). Miser sur le chaos ou évoluer dans la continuité. Le schisme entre les perspectives normatives et universitaire du changement organisationnel. Revue Internationale de Gestion. Numéro thématique : Transformer l'organisation, 24 (3), 158-164.

Mintzberg, H. (1982). Structure et dynamique des organisations. Paris: Les Editions d'Organisation.

Mintzberg, H. (1983a). Power In and Around Organizations. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall, Inc.

Mintzberg, H. (1983b). Structure in fives : designing effective organizations. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall, Inc.

Mintzberg, H. (1979). The Structuring of Organizations. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Mintzberg, H. (1997). Towards Healthier Hospitals. Health Care Manage Rev, 22 (4), 9-18.

Mintzberg, H., Ahlstrand, B., & Lampel, J. (1999). Transformer l'entreprise. Revue Internationale de Gestion. Numéro thématique : Transformer l'organisation, 24 (3), 122-130.

Mintzberg, H., & Westley, F. (1992). Cycles of organizational change. Strategic management journal, 13.

Minvielle, E. (1997). Beyond Quality Management Methods : Meeting the Challenges of Health Care Reform. International Journal for Quality in Health Care, 9 (3), 189-192.

Mitchell, E.S. (1986). Multiple triangulation : a methodology for nursing science. Advances in Nursing Science, 8 (3), 18-26.

Morgan, G. (1999). Images de l'organisation. (2ème ed.). Laval, QC:Les Presses de l'Université Laval.

Morin, E. (1977). La méthode I. - La nature de la nature. Paris: Ed. de Minuit.

Morin, E. (1984). Le nouveau défi industriel. Direction et gestion des entreprises, 20 (3), 7-16.

Mossé, Ph. & Arrowsmith, J.(1998). Les temps de travail dans les hôpitaux en France et au Royaume-Uni. Des temporalités emboîtées. Travail et Emploi.

Mossé, Ph. Gervasomi N. & Kerleau, M. (1999). Les restructurations hospitalières ; acteurs, enjeux et stratégies. Convention MiRe n° 6/99.Paris : Ministère des affaires sociales et de la santé.

Nadzam, D.M., Turpin, R., Hanold, L.S., & White, R.E. (1993). Data-driven performance improvement in health care : the joint commission's indicator measurement system (IMSystem). The Joint Commission Journal on Quality Improvement, 19 (11), 492-500.

Nahapiet, J., & Ghoshal, S. (1998). Social Capital Intellectual Capital, and the Organizational Advantage. Academy of Management Review, 23 (2), 242-266.

National Security and International Affairs Division. (1994). General Accounting Office. Management Practices : US companies Improve Performance [GA Report NSIAD-91-190], 15. Washington, DC: General Accounting Office, February 14.

Nelson, E.C. (1996). Improving health care, part I : the clinical value compass. The Joint Commission Journal on Quality Improvement, 22 (4), 243-258.

Nolan, T.W. (1998). Understanding Medical Systems. Ann Intern Med, 128 (4), 293-298.

Norman, R. (1985). Developing Capabilities for Organizational Learning. In J. M. Penning & al. (Ed.) Organizational Strategy and Change. (pp. 217-261). San Francisco, CA: Jossey-Bass Pub.

O'Connor, S.J., & Bowers, M.R. (1990). An Integrative Overview of the Quality Dimension : Marketing Implications for the Consumer-Oriented Health Care Organization. Medical Care Review, 47 (2), 193-219.

O'Leary, D.S. (1991). Accreditation in the quality improvement mold - A vision for tomorrow. Quality Review Bull., 17, 72-77.

Organisation de coopération et de développement économique (OCDE)...(1996). La réforme des systèmes de santé, La volonté de changement. coll. Etudes de politiques de santé n°8. Paris : OCDE.

Otton, P., & Fry, J. (1995). UK health care : the facts. Kluwer Academic Publishers.

Paillé, P. (1996). De l'analyse qualitative en général à l'analyse thématique en particulier. Revue De L'Association Pour La Recherche Qualitative, 15, 179-194.

Palmer, R.H., Hargraves, J.L., Orav, E.J., Wright, E.A., & Louis, T.A. (1996). Leadership for quality improvement in group practices. Med. Care, 34 (9 suppl.), S40-S51

Parsons, T. (1951). The Social System. New York, NY: Free Press.

Parsons, T. (1977). Social Systems and the Evolution of Action Theory. New York, NY: Free Press.

Patton, M.Q. (1997). Utilization-Focused Evaluation : The New Century Text (3rd ed.). Thousands Oaks, CA: Sage Publications.

Perret, V. (1994). Les difficultés de l'action intentionnelle de changement. Dualité de l'action et ambivalence des représentations. Thèse en économie, Université Paris Dauphine; Paris.

Perret, V., & Ramanantsoa, B. (1996). Un dirigeant-séducteur pour gérer le changement. Revue Française de Gestion, 111 (novembre-décembre), 143-151.

Pettigrew, A.M. (1990). Longitudinal field research on change : Theory and practice. Organization Science, 1(3).

Pettigrew, A. M., & Whipp, R. (1991). Managing change for competitive success. Oxford, England : Basil Blackwell.

Pomey, M.-P., Lejeune, V., Le Moigne, E., Mottier, D., & Borgnis-Desbordes, N. (1999). Pour une prise en charge diagnostique pertinente des patients présentant une suspicion de maladie veineuse thrombo-embolique : un programme d'assurance qualité [Abstract]. ISQUA, Pragues.

Pomey, M.-P., & Poullier, J.-P. (1997). In search of a philosophical stone : painless adjustment France's Health Policy Conundrum. In M. W. Raffel (Ed.), Health Care Reform in Industrialized Countries. Pittsburgh PA: Pennsylvania State University Press.

Porterfield, J.P. (1968). Mechanism for hospital standards. Bull. JCAH, 48, 1-4.

Pourtois, J.P., & Desmet, H. (1989). Pour une recherche qualitative et néanmoins scientifique. Réseaux, 55-56-57, 13-35.

Pouvourville, G. de (1996). L'héritage. In A.-P. Contandriopoulos & Y. Souteyrand (Eds.), L'hôpital stratégique. Dynamiques locales et offres de soins. (pp. 271-283). Paris: John Libbey Eurotext.

Pouvourville, G. de (1997). Quality of Care Initiatives in the French Context. International Journal for Quality in Health Care, 9 (3), 163-170.

Pouvourville, G. de, Comar, L., & Bouvier, V. (1994). Le paiement par Case-Mix des hôpitaux français. Rev. d'Epidém. et Santé Publ., 42, 68-78.

Putman, R.D. (1993). The Prosperous Community. Social Capital and Public Life. The American Prospect, 13 (Spring), 35-42.

Quinn, J.B., Anderson, P., & Finkelstein, S. (1996). Leveraging Intellect. Academy of Management Executive, 10 (3), 7-27.

Quivy, R., & Van Campenhoudt, L. (1988). Manuel de recherche en sciences sociales. Paris: Dunod, Bordas.

Revue Hospitalière de France. (1997). La gestion des risques, clé de l'assurabilité des établissements de santé. Première partie. Revue Hospitalière de France, 6 (Novembre/Décembre), 851-880.

Revue Hospitalière de France. (1998a). La gestion des risques, clé de l'assurabilité des établissements de santé. Quel programme de gestion des risques pour les hôpitaux français ? Revue Hospitalière de France, 1 (Janvier/Février), 42-61.

Revue hospitalière de France. (1998b). Les communautés hospitalières et les groupements de coopération sanitaire. 65ème congrès de l'UHSO. Revue Hospitalière de France, 1 (Janvier/Février), 12-33.

Richards, L. & Richards, T. (1991). Computing in Qualitative Analysis : A healthy Development ? Qualitative Health Research, 1 (2) : 234-262.

Roberts, J.M., & Schyve, P.M. (1990). From QA to QI : The views and role of the Joint Commission. Quality Letter for Healthcare Leaders, 2, 9-12.

Roberts, M.D., James, S., Jack, G., Coale, M.A., Rober, R., & Redman, M.A. (1987). A history of the Joint Commission on Accreditation of Hospitals. JAMA, 258 (7), 21 August

Rocher, G. (1972). Talcott Parsons et la sociologie américaine. Paris:Presse Universitaire de France.

Rocher, G. (2000). Le changement. Conférence donnée dans le cadre du Groupe de recherche interdisciplinaire en santé. Université de Montréal.

Rodriguez, R. (2000). Présentation de l'offre de soins vers l'intégration dans la région métropolitaine de Montréal. Thèse de doctorat en santé publique, Université de Montréal, Faculté de Médecine, Département d'administration de la santé.

Rogers, E. (1983). Diffusion of Innovation. New York, NY :Free Press.

Rooney, A., & van Ostenberg, P.R. (1999). Definitions of licensure, accreditation, and certification. In Quality Assurance Project : Licensure, Accreditation, and Certification. Bethesda, MD: Center for Human Services.

Sandelowski, R.N. (1986). The problem of rigor in qualitative research. Advances in Nursing Science, 8 (3), 27-37.

Saturno, P.J. (1995). Training health professionals to implement quality improvement activities. Results of a randomized controlled trial after one year of follow-up. International Journal for Quality in Health Care, 7 (2), 119-126.

Scheirer, M.A. (1981). Program implantation : the organizational context. Beverly Hills, CA: Sage Publications.

Schyve, P.M. (1994). New directions for the Joint Commission. J. of the Med. Ass. Georgia, 83, 575-578.

Schyve, P.M. (1995). Models for relating performance measurement and accreditation. Int. J. Health Plann. Manage., 10, 231-241.

Schyve, P.M. (1998). Accreditation and Globalization, Editorial. International Journal for Quality in Health Care, 10 (6), 467-468.

Scrivens, E. (1995a). Report : Recent developments in accreditation. International Journal for Quality in Health Care, 7 (4), 427-433.

Scrivens, E. (1995b). International trends in accreditation. Int. J. Health Plann. Manage., 10, 165-181.

Scrivens, E. (1996). A taxonomy of the dimension of accreditation systems. Soc. policy Admin., 114-124.

Scrivens, E. (1998a). Policy issues in accreditation, Editorial. International Journal for Quality in Health Care, 10 (1), 1-5.

Scrivens, E. (1998b). Widening the scope of accreditation - issues and challenges in community and primary care. International Journal for Quality in Health Care, 10 (3), 191-197.

Sechrest, L., & Sidani, S. (1995). Quantitative and Qualitative Methods : is There an Alternative ? Evaluation and Program Planning, 18 (1), 77-87.

Séguin, C. (1998). L'accréditation des établissements de santé : De l'expérience internationale à l'application française. Paris: Les dossiers de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris, Doin Editeurs.

Seidler, J. (1974). On using Informants : A technique for Collecting Quantitative Data and Controlling Measurement Error in Organizational Analysis. American Sociological Review, 39, 816-831.

Senge, P.M. (1990). The Fifth Discipline : The Art and Practice of the Learning Organization. New York, NY: Doubleday.

Shaw, C. (1997). Accreditation and ISO : international convergence on health standards. ISQua Position paper - October 1996. International Journal for Quality in Health Care, 9 (1), 11-13.

Shaw, C. (2000). The role of external assessment in improving health care. International Journal for Quality in Health Care, 12 (3), 167

Shortell, S.M. (1983). Organizational Theory and Health Services Delivery. In Conference American Public Health Association Annual Meeting, 16 November, Dallas, Texas.

Shortell, S.M., Bennett, C.L., & Byck, G.R. (1998). Assessing the Impact of Continuous Quality Improvement on Clinical Practice : What It Will Take to Accelerate Progress. The Milbank Quarterly, 76 (4), 593-624.

Shortell, S.M., Gillies, R.R., & Devers, K.J. (1995c). Reinventing the American Hospital. The Milbank Quarterly, 73, 131-60.

Shortell, S.M., Levin, J.L., O'Brien, J.L., & Hughes, E.F. (1995b). Assessing the Evidence on Continuous Quality Improvement : Is the Glass Half Empty or Half Full ? Hospital & Health Services Administration, 40 (1), 4-24.

Shortell, S.M., O'Brien, J.L., Carman, J.M., Foster, R.W., Hughes, F.X., Boerstler, H.R., & O'Connor, E.J. (1995a). Assessing the Impact of Continuous Quality Improvement/Total Quality Management : Concept versus Implementation. Health Services Research, 30 (2), 377-401.

Sicotte, C., Champagne, F., & Contandriopoulos, A.-P. (1999). La performance organisationnelle des organismes publics de santé. Ruptures, 6 (1), 34-46.

Sicotte, C., Champagne, F., Contandriopoulos, A.-P., Barnsley, J., Béland, F., Leggat, S.G., Denis, J.-L., Bilodeau, H., Langley, A., Brémond, M., & Baker, G.R. (1998). A conceptual framework for the analysis of health care organizations' performance. Health Services Management Research, 11, 24-48.

Siegel, M., & Donner, L. (1998). Marketing Public Health - Strategies to Promote Social Change. Haithersburg : Aspen Publishers.

Simon, J., & Ruiz, U. (1995). Accreditation trends in Spain. Int. J. Health Plann. Manage., 10, 193-200.

Snow, C.C., & Thomas, J.B. (1994). Field Research Methods in Strategic Management : Contribution to Theory Bulding and Testing. Journal of Management Studies, 31 (4), 457-480.

Société de Pneumologie de Langue Française. (1998). Contribution de la pneumologie à l'accréditation et à la gestion des risques. Prise en charge des patients hospitalisés porteurs d'affection respiratoire. IMOTHEP.

Stake, R.E. (1994). Case Studies. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), Handbook of Qualitative Research. (pp. 236-247). Thousand Oaks, CA: Sage.

Stake, R.E. (1997). Advocacy in evaluation. A necessary Evil ? In E. Chelimsky & W. R. Shadish (Eds.), Evaluation for the 21st century. A handbook. (pp. 470-475). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Strauss, A., & Corbin, J. (1990). Basic Qualitative Research. Newbury Park, CA: Sage Publications.

SV&GM. (1997). Mode d'emploi et fiche signalétique. Questionnaire en vue de l'accréditation hospitalière. Paris:SV&GM Conseil en management.

Tardif, J. (1995). Les influences de la psychologie cognitive sur les pratiques d'enseignement et d'évaluation. Revue québécoise de psychologie, 16 (2)

Thomas, J. (1996). L'amélioration de la qualité et le programme d'agrément centré sur le client. Ottawa: CCASS.

Thomas, R. (1999). Implementing Primary Care Reform and the Impact on Physicians and Their Practices. Healthcare Papers, 1 (1), 72-81.

Toussaint, E. (2000). L'impact du changement des standards qualité sur le management hospitalier. Etude au Centre Universitaire de Santé Mc Gill, Montréal, Québec. Mémoire réalisé dans le cadre du stage d'élève directeur à l'ENSP, Rennes, France.

U.S. General Accounting Office. (1990). Case study evaluations. Washington DC: Author.

Valette, A. (1994). Formation des trajectoires d'offres de soins : les interactions hôpital-environnement. Thèse en Sciences de Gestion, Université Paris-Dauphine, UFR de Sciences des organisations. Centre de Recherche en Gestion Ecole Polytechnique, Paris.

Van de Ven, A.H., & Poole, M.C. (1990). Methods for studying innovation development in the Minnesota Innovation Research Program. Organization Science, 1 (3), 313-335.

Vandangeon-Derumez, I. (1998). La dynamique des processus de changement. Revue Française de Gestion, Les organisations face au changement. Numéro spécial, 120 (Septembre-Octobre), 120-138.

Viswanathan, H.N., & Salmon, J.W. (2000). Accrediting Organizations and Quality Improvement. Am. J. of Manag. Care, 6 (10), 1117-1130.

Wakerfield, D.S., & Wakerfield, B.J. (1993). Overcoming the barriers to implementation of TQM/CQI in hospitals : myths and realities. Quality Review Bull., March, 83-88.

Walker, H.M. (1940). Degrees of Freedom. Journal of Educational Psychology, 31, 253-269.

Weinberg, N.S., & Stason, W.B. (1998). Managing quality in hospital practice. International Journal for Quality in Health Care, 10 (4), 295-302.

Weiner, B.J., Alexander, J.A., & Shortell, S.M. (1996). Leadership for Quality Improvement in Health Care : Empirical Evidence on Hospital Boards, Managers, and Physicians. Medical Care Research and Review, 53 (4), 397-416.

Wolfersteig, J., & Dunham, S. (1998). Performance improvement : a multidimensional model. International Journal for Quality in Health Care, 10 (4), 351-354.

Yin, R.K. (1981). The Case Study as a Serious Research Strategy. Creation, Diffusion, Utilization, 3(1 Sept.), 97-114.

Yin, R.K. (1989). Case Study Research. Design and Methods. (Revised Edition ed.). Newbury Park, CA: Sage Publications.

Yin, R.K. (1992). The Case Study Method as a Tool for Doing Evaluation. Current Sociology, 40 (1), 119-138.

Yin, R.K. (1994a). Case Study Research. Design and Methods. (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Yin, R.K. (1994b). Discovering the Future of the Case Study Method in Evaluation Research. Evaluation Practice, 15 (3), 283-290.

Yin, R.K. (1999). Enhancing the Quality of Case Studies in Health Services Research. Health Services Research, 35 (4), 1209-1224.

Zeithaml, V.A., Parasuraman, A., & Berry, L.L. (1990). Delivering Quality Service : Balancing Customer Perceptions and Expectations. New York, NY: Free Press.

Zürcher, K. (2000). Problématique soulevé par la démarche d'évaluation de la qualité des pratiques hospitalières. Mémoire de DE,A, Ethique médicale et biologique, Paris V:

Zürcher, K., & Pomey, M.-P. (2000). L'hospitalisation publique et privée. In M.-P. Pomey, J.-P. Poullier, & B. Lejeune (Eds.), Santé Publique. (pp. 412-447). Paris: Ellipses.

Annexe 1 : Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée

25 avril 1996

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

6225

Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée NOR: TASSX9600043R

Le Président de la République,
Sur le rapport du Premier ministre et du ministre du travail et des affaires sociales,
Vu la Constitution, notamment son article 38 ;
Vu le code de la santé publique ;
Vu le code de la sécurité sociale ;
Vu le code pénal ;
Vu le code des juridictions financières ;
Vu la loi n° 75-534 du 30 juin 1975 modifiée d'orientation en faveur des personnes handicapées ;
Vu la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 modifiée relative aux institutions sociales et médico-sociales ;
Vu la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 modifiée portant droits et obligations des fonctionnaires ;
Vu la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'Etat ;
Vu la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière ;
Vu la loi n° 89-474 du 10 juillet 1989 portant dispositions relatives à la sécurité sociale et à la formation continue des personnels hospitaliers ;
Vu la loi n° 91-738 du 31 juillet 1991 modifiée portant diverses mesures d'ordre social ;
Vu la loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale ;
Vu la loi n° 94-628 du 23 juillet 1994 relative à l'organisation du temps de travail, aux structures et aux orientations dans la fonction publique ;
Vu la loi n° 95-115 du 4 février 1995 d'orientation pour l'aménagement et le développement du territoire ;
Vu la loi n° 95-1348 du 30 décembre 1995 autorisant le Gouvernement, par application de l'article 38 de la Constitution, à réformer la protection sociale ;
Vu l'avis de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés en date du 11 avril 1996 ;
Vu l'avis du Conseil supérieur des hôpitaux en date du 12 avril 1996 ;
Le Conseil d'Etat entendu ;
Le conseil des ministres entendu.

Ordonne :

TITRE I°

LES DROITS DES MALADES

Art. 1°. - Sont insérés, à la section I du chapitre I° A du titre I° du livre VII du code de la santé publique, les articles L. 710-1-1 et L. 710-1-2 ainsi rédigés :

« Art. L. 710-1-1. - La qualité de la prise en charge des patients est un objectif essentiel pour tout établissement de santé. Celui-ci doit procéder à une évaluation régulière de leur satisfaction, portant notamment sur les conditions d'accueil et de séjour. Les résultats de ces évaluations sont pris en compte dans l'accréditation définie à l'article L. 710-5.

« Chaque établissement remet aux patients, lors de leur admission, un livret d'accueil auquel est annexée la charte du patient hospitalisé, conforme à un modèle type arrêté par le ministre chargé de la santé.

« Art. L. 710-1-2. - Les règles de fonctionnement des établissements de santé propres à faire assurer le respect des droits et obligations des patients hospitalisés sont définies par voie réglementaire.

« Dans chaque établissement de santé est instituée une commission de conciliation chargée d'assister et d'orienter toute personne qui s'estime victime d'un préjudice du fait de l'activité de l'établissement, et de lui indiquer les voies de conciliation et de recours dont elle dispose. »

TITRE II

L'ÉVALUATION, L'ACCREDITATION ET L'ANALYSE DE L'ACTIVITÉ DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Art. 2. - I. - Il est inséré, après le premier alinéa de l'article L. 710-4 du code de la santé publique, un alinéa ainsi rédigé :

« L'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, instituée à l'article L. 791-1, contribue au développement de cette évaluation. »

II. - L'article L. 710-6 du même code est abrogé.

III. - L'article L. 710-5 du même code devient l'article L. 710-6.

IV. - Il est inséré, au chapitre I° A du titre I° du livre VII du code de la santé publique, un article L. 710-5 ainsi rédigé :

« Art. L. 710-5. - Afin d'assurer l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, tous les établissements de santé publics et privés doivent faire l'objet d'une procédure externe d'évaluation dénommée accréditation.

« Cette procédure, conduite par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, vise à porter une appréciation indépendante sur la qualité d'un établissement ou, le cas échéant, d'un ou plusieurs services ou activités d'un établissement, à l'aide d'indicateurs, de critères et de référentiels portant sur les procédures, les bonnes pratiques cliniques et les résultats des différents services et activités de l'établissement.

« La procédure d'accréditation est engagée à l'initiative de l'établissement de santé, notamment dans le cadre du contrat qui le lie à l'agence régionale de l'hospitalisation instituée à l'article L. 710-17. Dans un délai de cinq ans à compter de la publication de l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996, tous les établissements de santé devront s'être engagés dans cette procédure.

« Les réseaux de soins mentionnés à l'article L. 712-3-2 ainsi que les groupements de coopération sanitaire mentionnés à l'article L. 713-11-1 sont également soumis à cette obligation.

« En l'absence de contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens mentionné à l'article L. 710-16, l'agence régionale de l'hospitalisation saisit le conseil d'administration de l'établissement public de santé ou le représentant de l'établissement de santé privé d'une demande tendant à ce que cette procédure soit engagée.

« L'agence régionale de l'hospitalisation se substitue à l'établissement de santé pour demander la mise en œuvre de la procédure d'accréditation si celui-ci s'en est abstenu pendant le délai de cinq ans susmentionné.

« Le rapport d'accréditation, qui est transmis à l'établissement de santé, est communiqué à l'agence régionale de l'hospitalisation compétente.

« Le directeur général de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé fournit au directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation toutes informations quantitatives et qualitatives sur les programmes d'accréditation en cours dans les établissements de santé de la région. »

Art. 3. - I. - La section II du chapitre I° A du titre I° du livre VII du code de la santé publique est ainsi intitulée :

Section II

« L'évaluation et l'accréditation des établissements de santé »

II. - Elle comprend les articles L. 710-4 et L. 710-5.

Art. 4. - Il est créé, au livre VIII du code de la santé publique, un chapitre IV ainsi rédigé :

Chapitre IV

L'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé

• **Art. L. 791-1.** - Il est créé un établissement public de l'Etat à caractère administratif dénommé Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, doté de la personnalité juridique et de l'autonomie financière et placé sous la tutelle du ministre chargé de la santé.

• Cet établissement public est soumis à un régime administratif, budgétaire, financier et comptable et à un contrôle de l'Etat adaptés à la nature particulière de ses missions, définies par le présent titre et précisés par voie réglementaire.

• L'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé a pour mission :

• 1° De favoriser, tant au sein des établissements de santé publics et privés que dans le cadre de l'exercice libéral, le développement de l'évaluation des soins et des pratiques professionnelles ;

• 2° De mettre en œuvre la procédure d'accréditation des établissements de santé mentionnée à l'article L. 710-5.

• L'Agence nationale peut également être chargée de l'évaluation d'actions et de programmes de santé publique.

• **Art. L. 791-2.** - Au titre de sa mission d'évaluation des soins et des pratiques professionnelles dans les secteurs hospitalier et des soins de ville, l'Agence nationale est chargée :

• 1° D'élaborer avec des professionnels, selon des méthodes scientifiquement reconnues, de valider et de diffuser les méthodes nécessaires à l'évaluation des soins et des pratiques professionnelles ;

• 2° D'élaborer et de valider des recommandations de bonnes pratiques cliniques et des références médicales et professionnelles en matière de prévention, de diagnostic et de thérapeutique ;

• 3° De donner un avis sur la liste des actes, prestations et fournitures qui sont pris en charge ou donnent lieu à remboursement par les organismes d'assurance maladie, à l'exception des médicaments ;

• 4° De réaliser ou de valider des études d'évaluation des technologies relatives à son domaine de compétence ;

• 5° De proposer toute mesure contribuant au développement de l'évaluation, notamment en ce qui concerne la formation des professionnels de santé ;

• 6° De diffuser ses travaux et de favoriser leur utilisation.

• **Art. L. 791-3.** - Au titre de sa mission d'accréditation des établissements de santé, l'Agence nationale est chargée, en s'appuyant notamment sur les méthodes, recommandations et références mentionnées aux 1° et 2° de l'article L. 791-2 :

• 1° D'élaborer avec des professionnels et des organismes concernés, selon des méthodes scientifiquement reconnues, ou de valider des référentiels de qualité des soins et des pratiques professionnelles fondés sur des critères multiples ;

• 2° De diffuser ces référentiels et de favoriser leur utilisation par tous moyens appropriés ;

• 3° De mettre en œuvre la procédure d'accréditation des établissements et d'accréditer ces établissements sur le rapport des experts visés à l'article L. 791-4 ;

• 4° De veiller, par tout moyen approprié, à la validation des méthodes et à la cohérence des initiatives relatives à l'amélioration de la qualité dans le domaine de la prise en charge des patients.

• **Art. L. 791-4.** - Pour développer l'évaluation des soins et des pratiques professionnelles et mettre en œuvre la procédure d'accréditation, l'Agence nationale s'assure de la collaboration des professionnels par la constitution et l'animation d'un réseau national et local d'experts.

• Les personnes collaborant, même occasionnellement, aux travaux de l'Agence nationale ne peuvent, sous les peines prévues à l'article 432-12 du code pénal, prêter leur concours à une mission relative à une affaire dans laquelle elles auraient un intérêt direct ou indirect.

• Elles sont tenues au secret et à la discrétion professionnels dans les mêmes conditions que celles définies à l'article 26 de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires.

• **Art. L. 791-5.** - L'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé est administrée par un conseil d'administration et dirigée par un directeur général.

• Le conseil d'administration de l'Agence est composé :

• 1° De personnels médicaux, paramédicaux, techniques et administratifs des établissements de santé ;

• 2° De représentants des unions des médecins exerçant à titre libéral et des autres professionnels de santé libéraux ;

• 3° De représentants de l'Etat ;

• 4° De représentants des organismes d'assurance maladie ;

• 5° De représentants des organismes mutualistes ;

• 6° De personnalités qualifiées.

• Les catégories mentionnées aux 3°, 4° et 5° ne peuvent détenir ensemble plus du quart des voix délibératives au sein du conseil d'administration. La moitié au moins des membres de ce conseil sont des médecins.

• Les modalités de désignation des membres sont définies par voie réglementaire.

• Les membres du conseil d'administration sont nommés par le ministre chargé de la santé pour une durée de quatre ans.

• Le président du conseil d'administration de l'Agence est nommé par le ministre chargé de la santé, après avis du conseil d'administration, au sein des catégories mentionnées aux 1°, 2° et 6° du présent article.

• Le directeur général de l'Agence est nommé par le ministre chargé de la santé après avis du conseil d'administration, pour une durée de cinq ans.

• Le directeur général de l'Agence et les présidents du conseil scientifique des deux sections de ce conseil et du collège de l'accréditation visés aux articles L. 791-7 et L. 791-8 assistent au conseil d'administration avec voix consultative.

• **Art. L. 791-6.** - I. - Le conseil d'administration :

• 1° Adopte le budget de l'Agence et approuve les comptes ;

• 2° Adopte le règlement intérieur de l'Agence ;

• 3° Fixe le programme, annuel et pluriannuel, des travaux d'évaluation et d'accréditation et en suit l'exécution.

• II. - Le directeur général prépare et exécute les délibérations du conseil d'administration et met en œuvre la politique définie par ce dernier. Il est compétent pour régler les affaires de l'Agence autres que celles énumérées au I ci-dessus et aux articles L. 791-7 et L. 791-8.

• Il représente l'Agence en justice et dans tous les actes de la vie civile.

• **Art. L. 791-7.** - Un conseil scientifique, dont la composition et le mode de désignation sont fixés par voie réglementaire, veille à la cohérence de la politique scientifique de l'Agence. Il assiste le président du conseil d'administration et le directeur général.

• Ses membres, parmi lesquels figurent des personnalités étrangères, sont choisis pour leur compétence notamment dans le domaine de la qualité des soins et des pratiques professionnelles, de l'évaluation et de la recherche médicale.

• Le conseil scientifique comprend deux sections : une section de l'évaluation et une section de l'accréditation.

• **Art. L. 791-8.** - Un collège de l'accréditation, dont la composition est fixée par voie réglementaire, est placé auprès du conseil d'administration et du directeur général de l'Agence.

• Le collège de l'accréditation valide le rapport d'accréditation et accrédite les établissements de santé.

• Les membres de ce collège sont désignés, sur proposition du conseil scientifique, après avis des membres du conseil d'administration mentionnés aux 1°, 2° et 6° de l'article L. 791-5, pour une durée de trois ans, par arrêté du ministre chargé de la santé.

• Les règles de son fonctionnement garantissant l'indépendance de ses membres et l'absence de conflit d'intérêts sont fixées par voie réglementaire.

• **Art. L. 791-9.** - Les ressources de l'Agence sont constituées notamment par :

• 1° Des subventions de l'Etat ;

• 2° Une dotation globale versée dans les conditions prévues par l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale ; un décret en Conseil d'Etat détermine notamment les modalités de fixation et de révision de cette dotation globale par l'autorité compétente de l'Etat ;

• 3° Le produit des redevances pour services rendus établies par décret en Conseil d'Etat ;

• 4° Des taxes créées à son bénéfice ;

• 5° Des produits divers, des dons et legs.

« Art. L. 791-10. - L'agence peut employer des agents contractuels recrutés, le cas échéant, par contrat à durée indéterminée. »

Art. 5. - Il est inséré, au chapitre I^{er} A du titre I^{er} du livre VII du code de la santé publique, un article L. 710-7 ainsi rédigé :

« Art. L. 710-7. - I. - Les établissements de santé publics et privés transmettent aux agences régionales de l'hospitalisation mentionnées à l'article L. 710-17, ainsi qu'à l'Etat et aux organismes d'assurance maladie, les informations relatives à leurs moyens de fonctionnement et à leur activité qui sont nécessaires à l'élaboration et à la révision de la carte sanitaire et du schéma d'organisation sanitaire, à la détermination de leurs ressources et à l'évaluation de la qualité des soins.

« Les destinataires des informations mentionnées à l'alinéa précédent mettent en œuvre, sous le contrôle de l'Etat au plan national et des agences au plan régional, un système commun d'informations respectant l'anonymat des patients, dont les conditions d'élaboration et d'accessibilité aux tiers, notamment aux établissements de santé publics et privés, sont définies par voie réglementaire dans le respect des dispositions du présent titre.

« II. - Les informations relatives aux honoraires des professionnels de santé exerçant leur activité dans les établissements mentionnés à l'article L. 710-16-2 sont transmises aux agences régionales de l'hospitalisation par les organismes d'assurance maladie. »

Art. 6. - I. - Il est créé, au chapitre I^{er} A du titre I^{er} du livre VII du code de la santé publique, une section III ainsi libellée :

« Section III

« L'analyse de l'activité et les systèmes d'information »

II. - Elle comprend les articles L. 710-6 et L. 710-7.

Art. 7. - Le dernier alinéa de l'article L. 713-12 du code de la santé publique est remplacé par les dispositions suivantes :

« Ces prévisions d'activité doivent être communiquées à l'agence régionale de l'hospitalisation selon les modalités définies par le contrat prévu aux articles L. 710-16 et L. 710-16-2. »

TITRE III

LES CONTRATS D'OBJECTIFS ET DE MOYENS

Art. 8. - Il est créé, au chapitre I^{er} A du titre I^{er} du livre VII du code de la santé publique, une section IV ainsi rédigée :

« Section IV

« Les contrats pluriannuels entre les agences régionales de l'hospitalisation et les établissements de santé »

« Art. L. 710-16. - Les agences régionales de l'hospitalisation, mentionnées à l'article L. 710-17, concluent avec les établissements de santé publics ou privés des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens.

« La durée du contrat ne peut être inférieure à trois ans ni supérieure à cinq ans.

« Le contrat est signé par le directeur de l'agence régionale et le représentant de l'établissement de santé concerné. Pour les établissements publics de santé, ces contrats sont conclus après délibération du conseil d'administration prise après avis de la commission médicale d'établissement et du comité technique d'établissement.

« Des organismes concourant aux soins, des professionnels de santé exerçant à titre libéral, des instituts de recherche ou des universités peuvent être appelés au contrat, pour tout ou partie de ses clauses.

« Le contrat fixe son calendrier d'exécution et mentionne les indicateurs de suivi et de résultats nécessaires à son évaluation périodique. L'établissement adresse un rapport annuel d'étape ainsi qu'un rapport final à l'agence régionale.

« Art. L. 710-16-1. - Les contrats mentionnés à l'article L. 710-16 conclus avec les établissements publics de santé et les établissements de santé privés à but non lucratif mentionnés aux articles L. 715-6 et L. 715-13 déterminent les orientations stratégiques des établissements, en tenant compte des objectifs du schéma d'organisation sanitaire, et définissent les conditions de

mise en œuvre de ces orientations, notamment dans le cadre du projet médical et du projet d'établissement approuvé.

« A cet effet, ils décrivent les transformations que l'établissement s'engage à opérer dans ses activités, son organisation, sa gestion et dans ses modes de coopération.

« Ils définissent, en outre, des objectifs en matière de qualité et de sécurité des soins ainsi que de mise en œuvre des orientations adoptées par la conférence régionale de santé prévue à l'article L. 767. Ils prévoient les délais de mise en œuvre de la procédure d'accréditation visée à l'article L. 710-5.

« Ils favorisent la participation des établissements aux réseaux de soins et aux communautés d'établissements de santé mentionnés aux articles L. 712-3-2 et L. 712-3-3 ainsi qu'aux actions de coopération prévues au présent titre.

« Ils précisent les dispositions relatives à la gestion des ressources humaines nécessaires pour la réalisation des objectifs.

« Ils fixent les éléments financiers, tant en fonctionnement qu'en investissement, ainsi que les autres mesures nécessaires à leur mise en œuvre et prévoient pour l'établissement co-contractant, le cas échéant et compte tenu de son activité, les objectifs pluriannuels de réduction des inégalités de ressources mentionnées à l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale. Ils précisent également les critères en fonction desquels les budgets de l'établissement peuvent évoluer selon le degré de réalisation des objectifs fixés.

« En cas d'inexécution du contrat, le directeur de l'agence peut, après mise en demeure restée sans effet, mettre en œuvre les sanctions, notamment à caractère financier, prévues au contrat.

« En l'absence de conclusion du contrat prévu au présent article, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation en tient compte dans l'exercice de ses compétences budgétaires.

« Art. L. 710-16-2. - Les contrats mentionnés à l'article L. 710-16 conclus avec les établissements de santé privés autres que ceux mentionnés à l'article L. 710-16-1 déterminent par discipline les tarifs des prestations d'hospitalisation. Ils sont conclus dans le respect des dispositions des articles L. 162-22-1 et L. 162-22-2 du code de la sécurité sociale et compte tenu des objectifs mentionnés à l'alinéa ci-dessous.

« Ces contrats définissent des objectifs en matière de qualité et de sécurité des soins ainsi que de mise en œuvre des orientations adoptées par la conférence régionale de santé prévue à l'article L. 767. Ils prévoient les délais de mise en œuvre de la procédure d'accréditation visée à l'article L. 710-5.

« Les contrats peuvent, en outre, favoriser la constitution des réseaux de soins mentionnés à l'article L. 712-3-2 et les actions de coopération prévues au présent titre.

« Les contrats sont conformes à un contrat type annexé au contrat tripartite national visé à l'article L. 162-22-1 du code de la sécurité sociale.

« La demande de renouvellement des contrats est déposée auprès de l'agence régionale de l'hospitalisation un an avant leur échéance. En cas d'absence de réponse huit mois avant l'échéance, les contrats sont réputés renouvelés par tacite reconduction. Le refus de renouvellement doit être motivé.

« Sans préjudice des dispositions du contrat tripartite national visé à l'article L. 162-22-1 du code de la sécurité sociale, le contrat détermine les pénalités applicables à l'établissement au titre des deuxième et troisième alinéas ci-dessus en cas d'inexécution partielle ou totale des engagements dont les parties sont convenues.

« Les contrats peuvent être résiliés ou suspendus avant leur terme par l'agence régionale de l'hospitalisation en cas de manquement grave de l'établissement à ses obligations législatives, réglementaires ou contractuelles.

« Les litiges relatifs à l'application de ces contrats sont portés devant les juridictions compétentes en matière de sécurité sociale.

« Les conditions d'application du présent article sont définies par voie réglementaire. »

Art. 9. - I. - Les sections IV et V du chapitre IV du titre I^{er} du livre VII du code de la santé publique deviennent respectivement les sections V et VI.

II. - Il est créé, au sein du même chapitre, une section IV rédigée comme suit :

« Section IV

« La contractualisation interne

« Art. L. 714-26-1. — Les établissements publics de santé peuvent mettre en place des procédures de contractualisation interne.

« A cette fin, les équipes médicales et paramédicales peuvent à leur initiative proposer au directeur de l'établissement la création de centres de responsabilité. Ces propositions sont soumises pour avis à la commission médicale d'établissement et au comité technique d'établissement. La décision du directeur est motivée.

« Le directeur peut également décider de créer un centre de responsabilité après avis de la commission médicale d'établissement, du comité technique d'établissement et des équipes médicales et paramédicales concernées.

« Le responsable de chaque centre de responsabilité est proposé par les structures médicales qui le composent parmi les médecins, biologistes, odontologistes et pharmaciens membres des unités, services, départements et fédérations concernés. Le responsable est désigné par le directeur. La décision du directeur est motivée.

« Les centres de responsabilité bénéficient de délégations de gestion de la part du directeur.

« Ces délégations de gestion sont l'objet d'un contrat négocié par le responsable du centre avec le directeur. Ce contrat définit également les objectifs, les moyens et les indicateurs de suivi des centres de responsabilité, les modalités de leur intéressement aux résultats de leur gestion, ainsi que les conséquences en cas d'inexécution du contrat. »

III. — L'article L. 714-13 du code de la santé publique est abrogé.

TITRE IV

LES AGENCES RÉGIONALES DE L'HOSPITALISATION

Art. 10. — Il est créé, au titre I^{er} du livre VII du code de la santé publique, un chapitre I^{er} B ainsi rédigé :

« Chapitre I^{er} B

« Les agences régionales de l'hospitalisation

« Art. L. 710-17. — Il est créé dans chaque région et dans la collectivité territoriale de Corse une agence régionale de l'hospitalisation, personne morale de droit public dotée de l'autonomie administrative et financière, constituée sous la forme d'un groupement d'intérêt public entre l'Etat et des organismes d'assurance maladie, dont au moins la caisse régionale d'assurance maladie, ainsi que l'union régionale de caisses d'assurance maladie à compter de la création de celle-ci. Ces agences sont placées sous la tutelle des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale dans les conditions prévues au présent titre.

« Elles sont soumises au contrôle de la Cour des comptes dans les conditions prévues à l'article L. 133-2 du code des juridictions financières et au contrôle de l'inspection générale des affaires sociales. Leur fonctionnement est soumis au contrôle économique et financier de l'Etat.

« Un décret peut conférer à certaines agences une compétence interrégionale.

« Elles sont administrées par une commission exécutive et dirigées par un directeur.

« Les conventions constitutives de ces groupements doivent être conformes à une convention type qui précise notamment l'organisation financière et comptable des agences, ainsi que la nature des concours de l'Etat et des organismes d'assurance maladie à leur fonctionnement. Cette convention type est élaborée en concertation avec les organismes nationaux d'assurance maladie et arrêtée par décret en Conseil d'Etat.

« Les délibérations portant sur le budget et le compte financier ne deviennent définitives qu'après approbation expresse par les ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et du budget.

« Art. L. 710-18. — Les agences régionales de l'hospitalisation ont pour mission de définir et de mettre en œuvre la politique régionale d'offre de soins hospitaliers, d'analyser et de coordonner l'activité des établissements de santé publics et privés et de déterminer leurs ressources. A cette fin et sous réserve des compétences dévolues au ministre chargé de la santé par les

articles L. 712-5, L. 712-16 et L. 712-18, elles exercent les attributions définies au présent titre ainsi qu'à la section 5 du chapitre 2 du titre VI et au chapitre 4 du titre VII du livre I^{er} du code de la sécurité sociale.

« Les pouvoirs des agences sont exercés par leur commission exécutive et par leur directeur dans les conditions définies aux articles L. 710-20 et L. 710-21.

« Art. L. 710-19. — Outre son président, la commission exécutive de l'agence régionale de l'hospitalisation est composée à parité :

« 1^o De représentants de l'Etat, désignés par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale ;

« 2^o De représentants administratifs et médicaux des organismes d'assurance maladie, désignés par les organismes parties à la convention constitutive.

« Le directeur de l'agence est nommé par décret. Il préside la commission exécutive. Il assure le fonctionnement de l'agence dans le cadre des orientations définies par la commission exécutive dont il prépare et exécute les délibérations.

« En cas de partage égal des voix au sein de la commission exécutive, celle du président est prépondérante.

« Art. L. 710-20. — La commission exécutive de l'agence délibère sur :

« 1^o Les autorisations visées à la section II du chapitre II du présent titre, à l'exception de leur suspension ou de leur retrait dans les conditions prévues par l'article L. 712-18 ;

« 2^o Les orientations qui président à l'allocation des ressources aux établissements de santé, après avis du comité régional de l'organisation sanitaire et sociale ;

« 3^o Les contrats pluriannuels mentionnés aux articles L. 710-16, L. 710-16-1 et L. 710-16-2, après avis des organismes d'assurance maladie intéressés.

« Les délibérations mentionnées au 1^o ci-dessus sont susceptibles de recours administratif dans les conditions prévues à l'article L. 712-16.

« Art. L. 710-21. — Le directeur exerce, au nom de l'Etat, les compétences mentionnées à l'article L. 710-18, à l'exception de celles exercées par la commission exécutive en application de l'article L. 710-20.

« Le directeur prend l'avis de la commission exécutive lorsqu'il :

« 1^o Fixe les limites des secteurs sanitaires et des secteurs psychiatriques mentionnées au 1^o de l'article L. 712-2 ;

« 2^o Arrête la nature et l'importance des installations et des activités de soins mentionnées au 2^o de l'article L. 712-2 ;

« 3^o Arrête le schéma régional d'organisation sanitaire et son annexe prévues aux articles L. 712-3 et L. 712-3-1 ;

« 4^o Se prononce à titre définitif sur le retrait d'autorisation ou sur la modification de son contenu dans les conditions prévues à l'article L. 712-18 ;

« 5^o Exerce les compétences définies à l'article L. 712-20 ;

« 6^o Crée les établissements publics de santé, autres que nationaux, dans les conditions prévues à l'article L. 714-1 ;

« 7^o Approuve les délibérations des établissements publics de santé mentionnées au 2^o de l'article L. 714-5 ;

« 8^o Exerce les compétences définies à l'article L. 714-7 ;

« 9^o Conclut les contrats de concession pour l'exécution du service public hospitalier dans les conditions définies à l'article L. 715-10.

« Le directeur rend compte à la commission exécutive des décisions qu'il prend sur les matières autres que celles énumérées à l'alinéa précédent. Il la tient informée de toute suspension d'autorisation en application du premier alinéa de l'article L. 712-18.

« Dans l'exercice des compétences définies au présent article, le directeur est soumis à l'autorité des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

« Le directeur peut déléguer sa signature dans les conditions définies par voie réglementaire.

« Art. L. 710-22. — Les délibérations mentionnées à l'article L. 710-20 sont exécutoires dès leur réception par le représentant de l'Etat dans la région, auquel elles sont transmises dans un délai de quinze jours. Le représentant de l'Etat défère les délibérations mentionnées aux 2^o et 3^o de l'article L. 710-20 qu'il estime contraires à la légalité, devant le juge administratif, dans les deux mois suivant leur réception.

« Art. L. 710-23. - Les services départementaux et régionaux de l'Etat compétents en matière sanitaire et dont l'intervention est nécessaire à l'exercice des pouvoirs et responsabilités dévolus aux agences régionales de l'hospitalisation sont mis à la disposition de celles-ci. Le directeur de l'agence adresse directement aux chefs de service concernés les instructions nécessaires à l'exécution des tâches qu'il confie auxdits services.

« Dans les conditions prévues par la convention constitutive, conformément aux stipulations de la convention constitutive type arrêtée par décret en Conseil d'Etat, des services régionaux mentionnés au précédent alinéa peuvent être placés pour partie sous l'autorité directe du directeur de l'agence.

« En outre, le personnel de l'agence régionale de l'hospitalisation comprend :

« 1° Des fonctionnaires régis par le statut général de la fonction publique de l'Etat, de la fonction publique territoriale ou de la fonction publique hospitalière, placés en position de détachement ;

« 2° Des agents mis à disposition par les parties à la convention constitutive à la demande des agents concernés ou par tout service de l'Etat ;

« 3° A titre exceptionnel et subsidiaire, des agents contractuels de droit public, recrutés par l'agence et soumis aux dispositions applicables aux agents non titulaires de l'Etat.

« Les personnes collaborant aux travaux de l'agence ne peuvent détenir un intérêt direct ou indirect dans un établissement de santé de son ressort. En cas de méconnaissance de cette règle, les peines prévues au premier alinéa de l'article 432-12 du code pénal leur sont applicables.

« Art. L. 710-24. - L'agence régionale de l'hospitalisation transmet chaque année un rapport d'activité à la conférence régionale de santé mentionnée à l'article L. 767. Ce rapport présente notamment les actions des établissements de santé correspondant aux priorités de santé publique établies par ladite conférence.

« Art. L. 710-25. - Les conditions d'application des dispositions du présent chapitre sont définies par voie réglementaire. »

Art. 11. - Les conventions constitutives des agences régionales de l'hospitalisation mentionnées à l'article L. 710-17 du code de la santé publique sont signées au plus tard le 31 décembre 1996 par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale et les représentants des organismes concernés visés au premier alinéa du même article. Elles sont publiées au Journal officiel de la République française.

Les compétences définies à l'article L. 710-18 du même code sont exercées par les agences régionales de l'hospitalisation à la date mentionnée dans leur convention constitutive, et au plus tard le 1^{er} juillet 1997.

A défaut de signature dans les conditions prévues ci-dessus, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent, pour l'agence concernée, le contenu de la convention constitutive conformément aux dispositions de la convention type, et fixent notamment les concours de l'Etat et des organismes d'assurance maladie prévus à l'article L. 710-17.

Art. 12. - I. - Aux articles L. 712-8 et L. 712-16 du code de la santé publique, les mots : « du représentant de l'Etat » et les mots : « le représentant de l'Etat » sont remplacés respectivement par les mots : « de l'agence régionale de l'hospitalisation » et par les mots : « l'agence régionale de l'hospitalisation ».

II. - Aux autres articles du titre I^{er} du livre VII du code de la santé publique, à l'exception des articles L. 710-19, L. 710-22, L. 712-6, L. 714-10, L. 714-29, L. 714-33, L. 714-35, L. 714-37 et L. 716-1, les mots : « représentant de l'Etat », « représentant de l'Etat dans le département », « représentant de l'Etat dans la région » ou « préfet » sont remplacés par les mots : « directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation », et les mots : « le ministre ou son représentant » sont remplacés par les mots : « le ministre ou le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation ».

III. - A l'article L. 714-1 du même code, les mots : « arrêté préfectoral » sont remplacés par les mots : « décision du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation ».

IV. - A l'article 201 du code de la famille et de l'aide sociale, après les mots : « le représentant de l'Etat dans le département » sont insérés les mots : « le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation ».

V. - A l'article 201-1 du code de la famille et de l'aide sociale, après les mots : « par les organismes de sécurité sociale » sont insérés les mots : « , par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation ».

Art. 13. - Jusqu'aux dates prévues par les conventions constitutives des agences régionales de l'hospitalisation mentionnées à l'article L. 710-17 du code de la santé publique, et au plus tard jusqu'au 30 juin 1997, les compétences attribuées aux directeurs et aux commissions exécutives desdites agences par la présente ordonnance sont exercées par le représentant de l'Etat dans la région ou dans le département, à l'exception de celles prévues à l'article L. 710-16-2 du même code.

Pendant la même période, les contrats prévus à l'article L. 710-16-1 du code de la santé publique sont signés par le représentant de l'Etat dans la région, et les dispositions de l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale demeurent applicables.

Art. 14. - I. - L'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale est abrogé à compter du 1^{er} juillet 1997.

Dans le délai de dix-huit mois à compter des dates prévues par leurs conventions constitutives, et au plus tard avant le 1^{er} janvier 1999, les agences régionales de l'hospitalisation concluent avec les établissements de santé privés bénéficiaires d'une convention passée en vertu de l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale avant le 1^{er} juillet 1997 les contrats mentionnés aux articles L. 710-16 et L. 710-16-2 du code de la santé publique, qui se substituent de plein droit aux conventions précitées.

Avant la conclusion des contrats dans les conditions définies à l'alinéa précédent, les conventions dont sont bénéficiaires les établissements sont modifiées par voie d'avenants conclus entre les agences régionales et les établissements.

II. - Le contrat tripartite national mentionné à l'article L. 162-22-1 du code de la sécurité sociale est conclu avant le 31 décembre 1996.

III. - A compter du 1^{er} juillet 1997, à l'article L. 162-21-1 du code de la sécurité sociale, les mots : « l'article L. 162-22 » sont remplacés par les mots : « l'article L. 710-16-2 du code de la santé publique ».

TITRE V

LE FINANCEMENT DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

CHAPITRE I^{er}

Etablissements financés par dotation globale

Art. 15. - L'article L. 174-1 du code de la sécurité sociale est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. L. 174-1. - Dans les établissements publics de santé et dans les établissements de santé privés à but non lucratif admis à participer à l'exécution du service public hospitalier, ainsi que dans les établissements de santé à but non lucratif ayant opté, dans des conditions fixées par voie réglementaire, pour ce mode de financement, la part des dépenses prises en charge par les régimes d'assurance maladie est financée sous la forme d'une dotation globale annuelle.

« Le montant de la dotation globale annuelle de chaque établissement est arrêté par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation, conformément au budget approuvé dans les conditions prévues par l'article L. 714-7 du code de la santé publique et précisées par voie réglementaire. »

Art. 16. - Il est inséré, après l'article L. 174-1 du code de la sécurité sociale, un article L. 174-1-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 174-1-1. - Chaque année, les ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale, du budget et de l'économie déterminent, en fonction de l'objectif national d'évolution des dépenses d'assurance maladie voté par le Parlement, l'objectif prévisionnel d'évolution des dépenses des établissements visés à l'article L. 174-1 prises en charge par les régimes d'assurance maladie et, corrélativement, le montant total annuel des dépenses hospitalières prises en compte pour le calcul de la dotation globale et des tarifs de prestations des établissements susvisés.

« Ce montant total annuel est fixé par application d'un taux d'évolution aux dépenses de l'année précédente, au plus tard

dans les quinze jours qui suivent la publication de la loi de financement de la sécurité sociale.

« Le montant total annuel ainsi calculé des dépenses hospitalières autorisées est constitué en dotations régionales. Le montant des dotations régionales, qui présente un caractère limitatif, est fixé par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, en fonction des besoins de la population, des orientations des schémas d'organisation sanitaire et des priorités nationales ou locales, en matière de politique sanitaire, en tenant compte de l'activité et des coûts des établissements appréciés selon les modalités prévues aux articles L. 710-6 et L. 710-7 du code de la santé publique, et en ayant pour objectif la réduction progressive des inégalités de ressources entre régions et établissements.

« Le montant des dotations régionales peut être minoré à concurrence des financements affectés au fonctionnement des structures régies par les articles L. 174-7 à L. 174-10.

« Le montant des dotations régionales peut également être majoré ou minoré en cours d'année pour prendre en compte les évolutions de toute nature à l'issue desquelles des établissements de santé, ou des services et activités de ces établissements :

« a) Se trouvent placés, pour tout ou partie, sous le régime de financement prévu par l'article L. 174-1 du code de la sécurité sociale alors qu'ils étaient auparavant régis par l'article L. 710-16-2 du code de la santé publique ;

« b) Se trouvent placés, pour tout ou partie, sous le régime de financement prévu par l'article L. 710-16-2 du code de la santé publique, alors qu'ils étaient auparavant régis par l'article L. 174-1 du code de la sécurité sociale. »

Art. 17. — L'article L. 714-7 du code de la santé publique est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. L. 714-7. — L. — Le budget et les décisions modificatives mentionnés au 3° de l'article L. 714-4 sont préparés et présentés par le directeur. Le budget de l'année est voté par le conseil d'administration au plus tard le 15 octobre de l'année précédente. Il est établi en cohérence avec les éléments financiers figurant au contrat mentionné aux articles L. 710-16 et L. 710-16-1.

« Les autorisations de dépenses et les prévisions de recettes qui figurent au budget sont présentées et votées par groupes fonctionnels, dont la composition est conforme à une nomenclature fixée par décret. Les décisions modificatives sont présentées et votées dans les mêmes formes.

« Les délibérations relatives au budget et aux décisions modificatives sont transmises sans délai au directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation en vue de leur approbation.

« Le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation peut modifier le montant global des dépenses et des recettes prévues ainsi que leur répartition entre les groupes fonctionnels compte tenu, d'une part et prioritairement, du montant de la dotation régionale définie à l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale et, d'autre part, des orientations du schéma régional d'organisation sanitaire et des priorités de la politique de santé, du projet d'établissement mentionné à l'article L. 714-11, du contrat pluriannuel défini aux articles L. 710-16 et L. 710-16-1 et de son exécution, ainsi que de l'activité et des coûts de l'établissement, appréciés selon les modalités prévues aux articles L. 710-6 et L. 710-7 et comparés à ceux des autres établissements de la région et de la France entière.

« Le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation dispose d'un délai de quarante-cinq jours à compter de la réception du budget ou des décisions modificatives pour faire connaître les modifications qu'il estime nécessaires. Ce délai est fixé à trente jours pour les décisions modificatives qui ne modifient pas le montant total des dépenses et des recettes du budget. Dans un délai de quinze jours à compter de la réception de ces observations, le conseil d'administration peut faire de nouvelles propositions. Le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation dispose d'un délai de trente jours à compter de la publication de la loi de financement de la sécurité sociale pour arrêter définitivement les autorisations de dépenses et les prévisions de recettes du budget de l'année et, en conséquence, le montant de la dotation globale annuelle et les tarifs de prestation mentionnés respectivement aux articles L. 174-1 et L. 174-3 du code de la sécurité sociale. S'agissant des décisions modificatives, ce dernier délai est fixé à quinze jours à compter de la réception des propositions du conseil d'administration.

« Au vu de la décision motivée du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation arrêtée dans les conditions ci-dessus, le directeur procède, dans un délai de quinze jours suivant cette décision, à la répartition des autorisations de dépenses et des prévisions de recettes approuvées entre les comptes de chaque groupe fonctionnel. En sa plus prochaine séance, le conseil d'administration est informé de cette répartition. Le budget ainsi réparti est exécutoire à compter de la date de sa transmission au directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation.

« II. — Le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation peut demander à chacun des établissements de délibérer sur une décision modificative prenant en compte les corrections budgétaires ainsi que l'ajustement de la dotation globale et des tarifs de prestations, rendus nécessaires pour permettre le respect du montant de la dotation régionale en cas de révision de son montant.

« A défaut d'adoption par le conseil d'administration de la décision modificative mentionnée à l'alinéa précédent dans un délai de trente jours à compter de la réception de cette demande, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation arrête la décision modificative du budget, la rend exécutoire et arrête, en conséquence, le montant de la dotation globale annuelle et les tarifs de prestations. »

Art. 18. — La deuxième phrase du premier alinéa de l'article L. 714-14 du code de la santé publique est remplacée par les dispositions suivantes :

« Les recettes dégagées par ces activités donnent lieu à l'inscription au budget de dépenses non comprises dans la dotation régionale prévue à l'article L. 714-7 du présent code et à l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale. »

Art. 19. — L'article L. 174-5 du code de la sécurité sociale est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. L. 174-5. — La prise en charge, par les régimes d'assurance maladie ou par l'aide sociale, des dépenses afférentes aux prestations dispensées par les unités ou centres mentionnés à l'article L. 716-5 du code de la santé publique est régie par l'article L. 716-6 du même code. Le montant annuel des dépenses à la charge de l'assurance maladie est inclus dans le montant total annuel défini à l'article L. 174-1-1. »

Art. 20. — L'article L. 174-12 du code de la sécurité sociale est modifié comme suit :

1° A la fin du premier alinéa est ajoutée la phrase suivante : « Le montant des dépenses correspondantes est inclus dans le montant total annuel défini à l'article L. 174-1-1. » ;

2° Dans la première phrase du deuxième alinéa, les mots : « l'antépénultième alinéa de l'article 22 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 » sont remplacés par les mots : « l'article L. 714-7 du code de la santé publique ».

CHAPITRE II

Hospitalisation privée non financée par dotation globale

Art. 21. — Les articles L. 162-22-1 à L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale sont remplacés par les articles L. 162-22-1 et L. 162-22-2 ainsi rédigés :

« Art. L. 162-22-1. — Un contrat tripartite national est conclu, pour cinq ans, entre, d'une part, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, d'autre part, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et au moins une autre caisse nationale de l'assurance maladie et, enfin, une ou plusieurs organisations syndicales membres du comité professionnel national de l'hospitalisation privée mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 162-22-2. Il détermine :

« 1° Les obligations respectives des agences régionales de l'hospitalisation, des organismes d'assurance maladie et des établissements de santé privés régis par l'article L. 710-16-2 du code de la santé publique ;

« 2° La classification des prestations d'hospitalisation tenant compte des traitements par pathologie ou par groupes de pathologies ;

« 3° Les modalités de prise en compte financière des évolutions de toute nature à l'issue desquelles des établissements de santé, ou des services et activités de ces établissements :

a) Se trouvent placés, pour tout ou partie, sous le régime de financement prévu à l'article L. 174-1 du code de la sécurité sociale au cours de l'année au titre de laquelle l'accord est

conclu, alors qu'ils étaient auparavant régis par l'article L. 710-16-2 du code de la santé publique ;

• b) Se trouvent placés, pour tout ou partie, sous le régime de financement prévu par l'article L. 710-16-2 du code de la santé publique au cours de l'année au titre de laquelle l'accord est conclu, alors qu'ils étaient auparavant régis par l'article L. 174-1 du code de la sécurité sociale ;

• 4° Les modalités de gestion des montants régionaux des frais d'hospitalisation définis au 3° de l'article L. 162-22-2 ;

• 5° Les modalités de transmission par les établissements aux agences régionales de l'hospitalisation et aux organismes d'assurance maladie des informations relatives d'une part aux frais d'hospitalisation, d'autre part aux honoraires des professionnels de santé y exerçant leur activité ; sur la base de ces informations, l'agence régionale de l'hospitalisation procède à un suivi régulier du coût total pour l'assurance maladie de chaque établissement ou structure ;

• 6° Les modalités de contrôle, par les agences régionales de l'hospitalisation, de l'exécution des obligations contractuelles qui s'imposent aux établissements ;

• 7° Les sanctions applicables en cas de manquement par les établissements à leurs obligations législatives et réglementaires ou aux stipulations des contrats mentionnés à l'article L. 710-16-2 du code de la santé publique, et leurs modalités de mise en œuvre ;

• 8° Les prestations pour exigence particulière des patients sans fondement médical qui donnent lieu à facturation sans prise en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale.

• A défaut de conclusion du contrat tripartite national avant l'échéance du contrat en cours, un arrêté interministériel fixe, après information par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et des organisations syndicales les plus représentatives des établissements privés de santé, le contenu des 1° à 8° ci-dessus.

• Un arrêté interministériel détermine les tarifs de responsabilité applicables aux établissements de santé privés n'ayant pas conclu de contrat avec l'agence régionale de l'hospitalisation.

• Art. L. 162-22-2. - Chaque année est conclu, entre les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et au moins une autre caisse nationale d'assurance maladie, ainsi qu'une ou plusieurs des organisations syndicales nationales les plus représentatives des établissements privés de santé régis par l'article L. 710-16-2 du code de la santé publique, un accord fixant :

• 1° La répartition par discipline du montant total annuel, arrêté par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale en fonction de l'objectif national d'évolution des dépenses d'assurance maladie voté par le Parlement, des frais d'hospitalisation pris en charge par les régimes d'assurance maladie des établissements ayant passé contrat avec les agences régionales de l'hospitalisation en application des articles L. 710-16 et L. 710-16-2 du code de la santé publique ;

• 2° La prise en compte financière, dans le montant total annuel mentionné au 1°, des évolutions mentionnées au 3° de l'article L. 162-22-1 ;

• 3° A compter du 1^{er} janvier 1998, la répartition, par région, des montants visés au 1° ; en vue de résorber progressivement les inégalités de dotations entre régions, la fixation de ces montants tient compte des besoins de la population, des orientations des schémas régionaux d'organisation sanitaire et des priorités nationales ou locales en matière de politique sanitaire, ainsi que des informations sur l'activité des établissements visées aux articles L. 710-6 et L. 710-7 du code de la santé publique ;

• 4° Les tarifs des prestations servant de base au calcul de la participation de l'assuré ;

• 5° Les modalités de la détermination des sommes dues aux établissements de santé privés compte tenu, d'une part, du nombre et de la nature des prestations prises en charge par l'assurance maladie et, d'autre part, des modalités de cette prise en charge ;

• 6° Les modalités de versement de ces sommes.

• La ou les organisations syndicales signataires de cet accord constituent le comité professionnel national de l'hospitalisation privée, et sont habilitées à conclure et à gérer le contrat tripartite national visé à l'article L. 162-22-1.

• Toutefois, cette ou ces organisations peuvent proposer aux organisations syndicales nationales les plus représentatives non signataires d'entrer dans le Comité professionnel national de l'hospitalisation privée avec une représentation minoritaire.

• Les organisations syndicales nationales les plus représentatives non signataires de l'accord peuvent y adhérer en cours d'année. Elles deviennent alors membres du Comité professionnel national de l'hospitalisation privée.

• L'accord visé au premier alinéa du présent article est applicable à compter du 1^{er} janvier de l'année au titre de laquelle il est conclu. A défaut de conclusion de cet accord dans un délai de quinze jours après la date de publication de la loi de financement de la sécurité sociale, un arrêté interministériel fixe le contenu des 1° à 6° ci-dessus.

CHAPITRE III

Etablissements relevant du régime du prix de journée

Art. 22. - Il est inséré à la section III du chapitre V du titre I^{er} du livre VII du code de la santé publique un article L. 715-13 ainsi rédigé :

• Art. L. 715-13. - Les établissements de santé privés à but non lucratif ne participant pas à l'exécution du service public hospitalier mentionnés à l'article L. 174-1 du code de la sécurité sociale sont, pour ce qui concerne leurs activités définies par les articles L. 711-1 et L. 711-2 et la procédure budgétaire applicable, soumis aux dispositions fixées à l'article L. 714-7 et au deuxième alinéa de l'article L. 715-7.

• Ces établissements sont assimilés aux établissements publics de santé en ce qui concerne l'accès des assurés sociaux et des personnes bénéficiaires de l'aide sociale.

• Ils doivent satisfaire aux conditions fixées par le premier alinéa de l'article L. 715-8 et relèvent des dispositions de l'article L. 710-16-1.

Art. 23. - Il est créé au chapitre 4 du titre VII du livre I^{er} du code de la sécurité sociale une section 7 ainsi rédigée :

Section 7

• Dépenses afférentes aux soins dispensés dans les maisons d'enfants à caractère sanitaire

• Art. L. 174-14. - Pour les maisons d'enfants à caractère sanitaire privées à but non lucratif ayant opté, dans des conditions fixées par voie réglementaire, pour ce mode de financement, la part des dépenses prises en charge par les organismes d'assurance maladie fait l'objet d'une dotation globale déterminée selon les modalités fixées par l'article L. 174-1.

• Elles sont soumises à ce titre aux dispositions fixées par l'article L. 715-13 du code de la santé publique.

• Le montant des dépenses correspondantes est inclus dans le montant total annuel défini à l'article L. 174-1-1.

Art. 24. - I. - Les établissements de santé privés à but lucratif ainsi que les maisons d'enfants à caractère sanitaire privées à but lucratif mentionnées à l'article L. 199 du code de la santé publique relevant du régime du prix de journée prévu aux articles L. 162-23 et L. 162-25 du code de la sécurité sociale ou à l'article L. 203 du code de la santé publique, y compris les établissements de soins relevant de l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale soumis à titre dérogatoire, à la date de publication de la présente ordonnance, à ce régime financier, sont régis par les articles L. 710-16-2 du code de la santé publique et L. 162-22-1 et L. 162-22-2 du code de la sécurité sociale à compter du 1^{er} janvier 1997.

II. - A titre transitoire, par dérogation aux dispositions de l'article L. 162-22-2 du code de la sécurité sociale et jusqu'à la mise en place de la classification des prestations mentionnée au 2° de l'article L. 162-22-1 du même code, les établissements visés au I ci-dessus sont l'objet des dispositions suivantes.

Un accord annuel entre les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et au moins une autre caisse nationale d'assurance maladie, ainsi qu'une ou plusieurs organisations syndicales nationales parmi les plus représentatives des établissements de santé privés visés à l'article L. 162-22-1 du code de la sécurité sociale, est conclu dans les conditions prévues par l'article L. 162-22-2 du même code.

Les tarifs mentionnés au 4° de l'article L. 162-22-2 du code de la sécurité sociale comprennent l'ensemble des frais pris en

charge par l'assurance maladie à l'occasion de l'hospitalisation des patients, y compris la rémunération du personnel médical.

Dans chaque établissement, ces tarifs sont établis, pour la première année d'application des présentes dispositions, par référence aux tarifs moyens d'hospitalisation de l'exercice 1996, selon des modalités fixées par voie réglementaire.

A défaut de conclusion de l'accord mentionné au deuxième alinéa du présent II dans un délai de quinze jours après la date de publication de la loi de financement de la sécurité sociale, un arrêté interministériel s'y substitue dans les conditions prévues au dernier alinéa de l'article L. 162-22-2 du code de la sécurité sociale.

Art. 25. - Les établissements de santé privés à but non lucratif ainsi que les maisons d'enfants à caractère sanitaire privées à but non lucratif mentionnées à l'article L. 199 du code de la santé publique relevant du régime du prix de journée prévu aux articles L. 162-23, L. 162-23-1 et L. 162-25 du code de la sécurité sociale ou à l'article L. 203 du code de la santé publique sont régis soit par le régime de financement fixé par les articles L. 710-16-2 du code de la santé publique, L. 162-22-1 et L. 162-22-2 du code de la sécurité sociale à compter du 1^{er} janvier 1997, soit par le régime de financement fixé par l'article L. 174-1 du code de la sécurité sociale à compter du 1^{er} janvier 1998.

Lesdits établissements optent, avant le 1^{er} septembre 1996, pour l'un ou l'autre de ces régimes dans des conditions fixées par voie réglementaire.

Les établissements ayant opté pour le régime du conventionnement sont régis par les dispositions de l'article 24 de la présente ordonnance. Ceux ayant opté pour la dotation globale de financement sont régis, à titre transitoire, par l'article 26.

Art. 26. - I. - Jusqu'au 31 décembre 1997, le tarif d'hospitalisation et le tarif de responsabilité applicables aux établissements de santé privés à but non lucratif visés à l'article 25 de la présente ordonnance ayant opté pour le régime de financement fixé par l'article L. 174-1 du code de la sécurité sociale sont fixés dans les conditions suivantes :

- 1^o Le prix de journée tient lieu de tarif d'hospitalisation ;
- 2^o Le tarif de responsabilité est fixé comme au 1^o ci-dessus.

II. - Pour la première année de mise en œuvre de la dotation globale visée par l'article L. 174-1 du code de la sécurité sociale dans les établissements de santé privés à but non lucratif mentionnés à l'article 25 de la présente ordonnance ayant opté pour ce mode de financement, la part des dépenses prises en charge par les organismes d'assurance maladie est établie par référence aux produits de la facturation des frais de séjour de l'année 1996, actualisés notamment en fonction du taux d'évolution des dépenses hospitalières de l'exercice 1997, selon des modalités fixées par voie réglementaire.

Art. 27. - I. - Les articles L. 162-23, L. 162-23-1, L. 162-24, L. 162-25 et L. 162-26 du code de la sécurité sociale sont abrogés à compter du 1^{er} janvier 1997.

II. - L'article L. 203 du code de la santé publique est abrogé à compter du 1^{er} janvier 1997.

TITRE VI

L'ORGANISATION ET L'ÉQUIPEMENT SANITAIRES

Art. 28. - I. - L'article L. 712-3-1 du code de la santé publique est modifié comme suit :

- 1^o Au premier alinéa, le mot : « indique » est remplacé par le mot : « détermine » ;
- 2^o Le deuxième alinéa est supprimé.

II. - Le 2^o de l'article L. 712-9 du même code est complété par les mots : « ainsi qu'avec l'annexe du schéma mentionnée à l'article L. 712-3-1 ».

III. - Les annexes aux schémas d'organisation sanitaire mentionnées à l'article L. 712-3-1 du code de la santé publique, élaborées avant la publication de la présente ordonnance, sont des documents à caractère indicatif.

Art. 29. - Il est créé, à la section I du chapitre II du titre I^{er} du livre VII du code de la santé publique, un article L. 712-3-2 ainsi rédigé :

« Art. L. 712-3-2. - En vue de mieux répondre à la satisfaction des besoins de la population tels qu'ils sont pris en

compte par la carte sanitaire et par le schéma d'organisation sanitaire, les établissements de santé peuvent constituer des réseaux de soins spécifiques à certaines installations et activités de soins, au sens de l'article L. 712-2, ou à certaines pathologies.

« Les réseaux de soins ont pour objet d'assurer une meilleure orientation du patient, de favoriser la coordination et la continuité des soins qui lui sont dispensés et de promouvoir la délivrance de soins de proximité de qualité. Ils peuvent associer des médecins libéraux et d'autres professionnels de santé et des organismes à vocation sanitaire ou sociale.

« Les établissements de santé peuvent participer aux actions expérimentales visées à l'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale.

« La convention constitutive du réseau de soins est agréée par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation. »

Art. 30. - Il est créé, à la même section du code de la santé publique, deux articles L. 712-3-3 et L. 712-3-4 ainsi rédigés :

« Art. L. 712-3-3. - Les communautés d'établissements de santé sont constituées, au sein d'un secteur sanitaire, entre établissements assurant le service public hospitalier, mentionnés à l'article L. 711-4.

« Toutefois, une communauté d'établissements de santé peut être constituée entre des établissements relevant de plusieurs secteurs sanitaires d'une même région sanitaire, dès lors qu'ils sont situés dans le même pays au sens de l'article 22 de la loi n^o 95-115 du 4 février 1995 d'orientation pour l'aménagement et le développement du territoire.

« Les communautés d'établissements ont pour but de :

« 1^o Favoriser les adaptations des établissements de santé aux besoins de la population et les redéploiements des moyens qu'elles impliquent ;

« 2^o Mettre en œuvre des actions de coopération et de complémentarité, notamment celles prévues par le schéma régional d'organisation sanitaire et son annexe ;

« 3^o Répondre aux besoins de services de proximité non satisfaits dans le domaine médico-social, notamment pour les personnes âgées et les personnes handicapées.

« Une charte fixe les objectifs de la communauté et indique les modalités juridiques de mise en œuvre choisies par les établissements parmi celles fixées à l'article L. 713-12. La charte est agréée par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation.

« Art. L. 712-3-4. - A l'issue d'un délai de trois ans à compter de la date de publication de l'ordonnance n^o 96-346 du 24 avril 1996, les établissements publics de santé qui n'ont adhéré à aucune communauté d'établissements sont tenus d'en justifier dans un rapport adressé au directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation.

« Le directeur de l'agence peut, au vu des termes de ce rapport, mettre en œuvre les dispositions prévues à l'article L. 712-20. »

Art. 31. - I. - L'article L. 712-6 du code de la santé publique est modifié ainsi qu'il suit :

1^o Le quatrième alinéa est complété par la phrase suivante :

« Ils comprennent en outre le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation. »

2^o Il est inséré, après le cinquième alinéa, un alinéa ainsi rédigé :

« Un collège régional d'experts est créé auprès de chaque comité régional de l'organisation sanitaire et sociale. Ses missions, sa composition et les modalités de sa coopération avec l'agence régionale de l'hospitalisation sont fixées par décret. »

3^o Au dernier alinéa, les mots : « les services de l'Etat et les organismes d'assurance maladie » sont remplacés par les mots : « l'agence régionale de l'hospitalisation ».

II. - L'article L. 712-6-1 du code de la santé publique est abrogé.

Art. 32. - L'article L. 712-11 du code de la santé publique est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. L. 712-11. - Le regroupement mentionné à l'article L. 712-8 consiste, pour un ou plusieurs établissements de santé, à réunir en un même lieu tout ou partie des lits ou des places précédemment autorisés sur des sites distincts à l'intérieur de la même région sanitaire.

« La conversion mentionnée à l'article L. 712-8 consiste, pour un établissement de santé, à transformer pour tout ou partie de ses lits ou places, la nature de ses installations ou activités de soins, au sens de l'article L. 712-2.

« Par dérogation au 1° de l'article L. 712-9, l'autorisation de regroupement ou de conversion peut être accordée à des établissements situés dans une zone sanitaire dont les moyens excèdent les besoins de la population tels qu'ils sont pris en compte par la carte sanitaire. Cette autorisation, outre les conditions prévues aux 2° et 3° de l'article L. 712-9, est subordonnée aux conditions suivantes :

« 1° Chaque opération de regroupement ou de conversion, même simultanée, doit être assortie d'une réduction du nombre des lits ou des places autorisés. Cette réduction tient compte des excédents de moyens constatés dans la zone considérée ; elle ne peut dépasser un plafond. Elle est plus importante lorsque le regroupement concerne des lits ou des places ne relevant pas tous du même secteur ou groupe de secteurs sanitaires ou psychiatriques.

« Lorsque, dans la zone sanitaire où s'opère le regroupement ou la conversion, l'excédent de moyens constaté dépasse un certain seuil, le plafond est majoré. Un décret fixe les modalités de calcul de la réduction et du plafond.

« 2° L'opération ne peut être autorisée si elle a pour effet, dans une des zones sanitaires concernées, de rendre les moyens déficitaires dans la ou les disciplines en cause.

« 3° Lorsque le projet tend à réunir des lits ou des places précédemment autorisés dans des secteurs ou groupes de secteurs sanitaires ou psychiatriques différents, le regroupement doit se réaliser dans celui de ces secteurs ou groupes de secteurs qui présente le taux d'excédent le moins élevé ou dans tout autre secteur ou groupe de secteurs de la région sanitaire présentant un taux d'excédent inférieur.

« Lorsqu'un tel projet porte sur des installations de nature différente, le secteur ou groupe de secteurs pris en considération pour l'application de cette condition est celui qui présente le taux d'excédent le plus bas à l'égard de celle des installations à regrouper qui est la plus importante en nombre de lits ou de places.

« Le regroupement ou la conversion est subordonné, s'il y a lieu, au retrait de l'autorisation relative à la partie des installations ou activités de soins insuffisamment occupées, utilisées ou mises en œuvre dans les conditions d'appréciation prévues à l'article L. 712-17-1. Dans ce cas, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation ou le ministre chargé de la santé, dans le cas mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 712-16, informe le titulaire de l'autorisation de son intention de procéder à son retrait partiel dans le respect d'une procédure contradictoire définie par voie réglementaire.

« Les dispositions du présent article ne sont pas applicables aux cessations d'établissements ne donnant pas lieu à une augmentation de capacité ou à un regroupement d'établissements. »

Art. 33. - L'article L. 712-12-1 du code de la santé publique est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. L. 712-12-1. - L'autorisation mentionnée à l'article L. 712-8 est subordonnée au respect d'engagements relatifs, d'une part, aux dépenses à la charge de l'assurance maladie ou au volume d'activité et, d'autre part, à la réalisation d'une évaluation dans des conditions fixées par décret. »

Art. 34. - La première phrase du troisième alinéa de l'article L. 712-14 du code de la santé publique est remplacée par les dispositions suivantes :

« Le renouvellement de cette autorisation est subordonné aux conditions prévues aux 2° et 3° de l'article L. 712-9, à celles fixées à l'article L. 712-12-1 et aux résultats de l'évaluation appréciés selon des modalités arrêtées par le ministre chargé de la santé. »

Art. 35. - Il est ajouté à l'article L. 712-15 du code de la santé publique un second alinéa ainsi rédigé :

« Dans le mois qui précède le début de chaque période, pour chaque installation ou activité de soins pour lesquelles les besoins de la population sont mesurés par un indice, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation ou le ministre chargé de la santé, selon les cas, publie un bilan de la carte sanitaire faisant apparaître les zones sanitaires dans lesquelles les besoins de la population ne sont pas satisfaits. Les demandes tendant à obtenir une autorisation de création, d'extension d'un établisse-

ment de santé ou d'une installation au sens de l'article L. 712-2 ou de mise en œuvre ou extension d'une activité de soins ne sont recevables, pour la période considérée, que pour des projets intéressant ces zones sanitaires.

« Toutefois, dans l'intérêt de la santé publique, des demandes peuvent être reçues lorsqu'elles visent à satisfaire des besoins exceptionnels. »

Art. 36. - L'article L. 712-17 du code de la santé publique est remplacé par les dispositions suivantes :

« Toute autorisation est réputée caduque si l'opération n'a pas fait l'objet d'un commencement d'exécution dans un délai de trois ans.

« L'autorisation est également réputée caduque pour la partie de l'établissement, de l'installation ou de l'activité de soins dont la réalisation, la mise en œuvre ou l'implantation n'est pas achevée dans un délai de quatre ans.

« De même, sauf accord préalable du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation sur demande justifiée du titulaire de l'autorisation, de l'administrateur judiciaire ou du liquidateur nommé par le tribunal de commerce, la cessation d'exploitation d'un établissement, d'une installation ou d'une activité de soins d'une durée supérieure à six mois entraîne la caducité de l'autorisation.

« Cette caducité est constatée par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation ou par le ministre chargé de la santé. »

Art. 37. - L'article L. 712-17-1 du code de la santé publique est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. L. 712-17-1. - Lorsqu'il est constaté que les taux d'occupation des installations, ou d'utilisation des équipements, ou le niveau des activités de soins, appréciés et calculés selon des critères identiques entre établissements publics et privés prenant en compte les caractéristiques des patients hospitalisés, sont durablement inférieurs, pendant une période déterminée, à des taux ou niveaux correspondant à une occupation, une utilisation ou une capacité normales déterminées par décret, l'autorisation mentionnée à l'article L. 712-8 donnée à un établissement, une installation, un équipement matériel lourd ou une activité de soins peut être retirée, totalement ou partiellement, par l'agence régionale de l'hospitalisation ou par le ministre chargé de la santé, dans le cas mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 712-16, dans la limite des besoins de la population et de l'intérêt des malades.

« Les critères d'appréciation et de calcul des taux d'occupation des installations, d'utilisation des équipements ou du niveau des activités de soins, ainsi que la période mentionnée au premier alinéa, sont fixés par voie réglementaire. Cette période peut varier en fonction de la nature des installations, équipements ou activités de soins, sans pouvoir être inférieure à deux ans. Il est tenu compte, pour la période antérieure à la date de publication de l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996, des taux d'occupation, niveau d'utilisation, niveau d'activité et capacité publiés dans les statistiques officielles du ministère des affaires sociales prenant en compte les déclarations faites par les établissements.

« L'établissement dispose d'un délai de trois mois pour présenter ses observations à compter de la date de notification, par l'agence régionale de l'hospitalisation ou le ministre chargé de la santé, des motifs du projet de retrait d'autorisation. La décision de retrait est motivée. Elle est prise après consultation, selon le cas, du comité régional ou du Comité national de l'organisation sanitaire et sociale, auquel aura été préalablement communiqué l'ensemble des éléments de procédure contradictoire. »

Art. 38. - 1. - Il est créé, à la section II du chapitre II du titre I^{er} du livre VII du code de la santé publique, un article L. 712-20 ainsi rédigé :

« Art. L. 712-20. - 1. - En vue d'adapter le système hospitalier aux besoins de la population et de préserver leur qualité dans l'intérêt des malades au meilleur coût, par un redéploiement de services, activités ou équipements hospitaliers, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation peut demander à deux ou plusieurs établissements publics de santé :

- « 1° De conclure une convention de coopération ;
- « 2° De créer un syndicat interhospitalier ou un groupement d'intérêt public ;

« 3° De prendre une délibération tendant à la création d'un nouvel établissement public de santé par fusion des établissements concernés.

« La demande du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation doit être motivée. Les conseils d'administration des établissements concernés se prononcent dans un délai de trois mois sur cette création ou cette convention. Dans la mesure où sa demande ne serait pas suivie d'effet, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation peut, après avoir recueilli l'avis du comité régional de l'organisation sanitaire et sociale, prendre les mesures appropriées pour que les établissements concluent une convention de coopération, adhèrent à un réseau de soins ou créent un syndicat interhospitalier ou un groupement d'intérêt public, ou prononcer la fusion des établissements publics de santé concernés.

« II. — Le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation peut demander, dans le cadre d'une opération de restructuration ou de coopération, la suppression d'emplois médicaux et des crédits y afférents ainsi que la création d'emplois médicaux et l'ouverture des crédits correspondants dans le ou les établissements publics de santé appelés à recevoir les patients des services supprimés ou convertis.

« A défaut de l'adoption de ces mesures dans un délai de deux mois par les conseils d'administration des établissements concernés, le directeur de l'agence régionale prend les décisions qui rendent ces mesures exécutoires de plein droit dès leur réception par les établissements. Les praticiens hospitaliers titulaires demeurent nommés sur les emplois transférés. »

II. — L'article 40 de la loi du 18 janvier 1994 susvisée est abrogé.

TITRE VII

LA COOPÉRATION ENTRE ÉTABLISSEMENTS PUBLICS ET PRIVÉS DE SANTÉ

Art. 39. — I. — Au chapitre III du titre I^{er} du livre VII du code de la santé publique, la section III devient la section IV.

II. — Il est créé au même chapitre une section III ainsi rédigée :

« Section III

« Les groupements de coopération sanitaire

« Art. L. 713-11-1. — Un groupement de coopération sanitaire peut être constitué par deux ou plusieurs établissements de santé qui ne remplissent pas les conditions prévues à l'article L. 713-5 pour constituer entre eux un syndicat interhospitalier.

« Le groupement de coopération sanitaire réalise et gère, pour le compte de ses membres, des équipements d'intérêt commun y compris des plateaux techniques tels des blocs opératoires ou des services d'imagerie médicale, ou constitue le cadre d'interventions communes des professionnels médicaux et non médicaux.

« Le groupement, qui n'est pas un établissement de santé, est doté de la personnalité morale. Son but n'est pas de réaliser des bénéfices. Il n'est pas employeur.

« Le groupement peut détenir des autorisations d'équipements matériels lourds visées au 2° de l'article L. 712-8.

« Art. L. 713-11-2. — L'assemblée générale des membres du groupement est habilitée à prendre toute décision intéressant le groupement ; elle élit, en son sein, un administrateur qui est chargé de la mise en œuvre de ses décisions.

« La convention constitutive du groupement doit être approuvée et publiée par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation.

« Le groupement peut être créé avec ou sans capital. Les charges d'exploitation sont couvertes exclusivement par les participations de ses membres.

« Les conditions d'intervention des personnels sont précisées dans la convention constitutive.

« Les membres du groupement sont responsables de sa gestion proportionnellement à leurs apports ou à leurs participations.

« Les conditions d'application de la présente section sont définies par voie réglementaire. »

Art. 40. — La première phrase de l'article L. 713-5 du code de la santé publique est complétée par les mots : « dont un au moins doit être un établissement public de santé. »

TITRE VIII

L'ORGANISATION DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ

Art. 41. — Le troisième alinéa de l'article L. 714-1 du code de la santé publique est remplacé par les dispositions suivantes :

« Ils sont administrés par un conseil d'administration et dirigés par un directeur nommé, après avis du président du conseil d'administration :

« — par décret du Premier ministre, pour les établissements figurant sur une liste fixée par décret ;

« — par arrêté du ministre chargé de la santé pour les autres établissements. »

Art. 42. — L'article L. 714-2 du code de la santé publique est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. L. 714-2. — Le conseil d'administration des établissements publics de santé comprend six catégories de membres :

« 1° Des représentants des collectivités territoriales ;

« 2° Des représentants du personnel médical, odontologique et pharmaceutique ;

« 3° Un représentant de la commission du service de soins infirmiers prévue à l'article L. 714-26 ;

« 4° Des représentants du personnel relevant du titre IV du statut général des fonctionnaires ;

« 5° Des personnalités qualifiées ;

« 6° Des représentants des usagers.

« En outre, dans les établissements comportant des unités de soins de longue durée, un représentant des familles de personnes accueillies en long séjour peut assister, avec voix consultative, aux réunions du conseil d'administration.

« Les catégories mentionnées au 2° d'une part, et aux 3° et 4° d'autre part, comptent un nombre égal de membres ; elles ne peuvent détenir ensemble un nombre de sièges supérieur à la catégorie mentionnée au 1°.

« La catégorie mentionnée au 5° comporte au moins un médecin et un représentant des professions paramédicales non hospitalières.

« Le président et le vice-président de la commission médicale d'établissement sont membres de droit du conseil d'administration de l'établissement au titre de la catégorie mentionnée au 2° ci-dessus.

« Dans les centres hospitaliers régionaux faisant partie d'un centre hospitalier et universitaire, le directeur de l'unité de formation et de recherche de médecine ou le président du comité de coordination de l'enseignement médical est, en outre, membre de droit du conseil d'administration.

« La présidence du conseil d'administration des établissements communaux est assurée par le maire, celle du conseil d'administration des établissements départementaux par le président du conseil général.

« Toutefois, le président du conseil général ou le maire peut renoncer à la présidence du conseil d'administration pour la durée de son mandat électif. Dans ce cas, il désigne son remplaçant au sein de l'une des catégories mentionnées au 1° et au 5° ci-dessus.

« Le président du conseil d'administration désigne, parmi les représentants des catégories mentionnées au 1° ou au 5° ci-dessus, celui qui le supplée en cas d'empêchement.

« Les représentants mentionnés au 1° ci-dessus sont désignés par les assemblées des collectivités territoriales qu'ils représentent.

« Pour les établissements intercommunaux et interdépartementaux, l'acte de création désigne le président du conseil d'administration parmi les représentants des catégories mentionnées au 1° ou au 5° ci-dessus.

« Les modalités d'application du présent article sont définies par voie réglementaire. »

Art. 43. — L'article L. 714-4 du code de la santé publique est ainsi modifié :

a) Le 1° est remplacé par les dispositions suivantes :

« 1° Le projet d'établissement, y compris le projet médical, et le contrat pluriannuel visé aux articles L. 710-16 et L. 710-16-1, après avoir entendu le président de la commission médicale d'établissement ; » ;

b) Le 8° est remplacé par les dispositions suivantes :

« 8° La constitution d'un réseau de soins mentionné à l'article L. 712-3-2, d'une communauté d'établissements de santé men-

tionnée à l'article L. 712-3-3, les actions de coopération visées aux sections II, III et IV du chapitre III du présent titre en ce qu'elles concernent la création d'un syndicat interhospitalier, d'un groupement de coopération sanitaire, d'un groupement d'intérêt public, d'un groupement d'intérêt économique, l'affiliation ou l'adhésion à ces structures ou le retrait de l'une d'elles, et les conventions concernant les actions de coopération internationale ; » ;

c) Au 13° après les mots : « règlement intérieur » sont ajoutés les mots : « dans le respect des dispositions prévues à l'article L. 710-1-2 » ;

d) Il est ajouté un 18° ainsi rédigé :

« 18° La création d'une structure prévue à l'article L. 714-36. »

Art. 44. - Au 2° de l'article L. 714-5 du code de la santé publique, les mots : « mentionné à l'article L. 712-4 » sont remplacés par les mots : « mentionné aux articles L. 710-16 et L. 710-16-1. »

Art. 45. - L'article L. 714-6 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa est complété par les mots : « conformément aux engagements pris au contrat pluriannuel mentionné aux articles L. 710-16 et L. 710-16-1. » ;

2° Au deuxième alinéa du même article, les mots : « et aux organismes de sécurité sociale » sont supprimés.

Art. 46. - L'article L. 714-16 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« Art. L. 714-16. - Dans chaque établissement public de santé est instituée une commission médicale d'établissement composée des représentants des personnels médicaux, odontologiques et pharmaceutiques qui élit son président et dont la composition et les règles de fonctionnement sont fixées par voie réglementaire.

« La commission médicale d'établissement :

« 1° Prépare avec le directeur le projet médical de l'établissement qui définit, pour une durée maximale de cinq ans, les objectifs médicaux compatibles avec les objectifs du schéma d'organisation sanitaire ;

« 2° Prépare avec le directeur les mesures d'organisation des activités médicales, odontologiques et pharmaceutiques de l'établissement, conformément à la section III du présent chapitre ;

« 3° Prépare avec le directeur la définition des orientations et les mesures relatives à la politique d'amélioration continue de la qualité visée à l'article L. 710-4 ;

« 4° Organise la formation continue des praticiens visés au 2° de l'article L. 714-27 et, à cet effet, prépare avec le directeur les plans de formation correspondants ; exerce, en formation restreinte, les compétences relatives à la formation médicale continue des praticiens dans les conditions prévues à l'article L. 367-2 ;

« 5° Emet un avis sur le projet d'établissement, sur les programmes d'investissement relatifs aux travaux et équipements matériels lourds, sur le projet de contrat pluriannuel mentionné aux articles L. 710-16 et L. 710-16-1, sur le rapport prévu à l'article L. 714-6, sur le projet de budget, sur les comptes de l'établissement, ainsi que sur tous les aspects techniques et financiers des activités médicales, odontologiques et pharmaceutiques ;

« 6° Emet un avis sur la constitution d'un réseau de soins mentionné à l'article L. 712-3-2, d'une communauté d'établissements de santé mentionnée à l'article L. 712-3-3 ainsi que sur les actions de coopération visées aux sections II, III et IV du chapitre III du présent titre en ce qu'elles concernent la création d'un syndicat interhospitalier, d'un groupement de coopération sanitaire, d'un groupement d'intérêt public, d'un groupement d'intérêt économique, l'affiliation ou l'adhésion à ces structures ou le retrait de l'une d'elles, et les conventions concernant les actions de coopération internationale ;

« 7° Emet un avis sur le fonctionnement des services autres que médicaux, odontologiques et pharmaceutiques, dans la mesure où ils intéressent la qualité des soins ou la santé des malades ;

« 8° Emet un avis sur le projet des soins infirmiers, tel qu'il est défini à l'article L. 714-26 ;

« 9° Emet un avis sur le bilan social, les plans de formation, et notamment ceux intéressant les personnels paramédicaux, et

les modalités de mise en œuvre d'une politique d'intérêt commun ;

« 10° Est régulièrement tenue informée de l'exécution du budget et des créations, suppressions ou transformations d'emplois de praticiens hospitaliers ;

« 11° Emet un avis sur les modalités de constitution des centres de responsabilité dans les conditions prévues à l'article L. 714-26-1 et sur la désignation des responsables de ces centres.

« En outre, à la demande du président du conseil d'administration, du directeur de l'établissement, de son propre président, du tiers de ses membres, ou du chef de service, ou du chef de département, ou du coordonnateur concerné, ou du responsable d'une structure médicale telle que définie à l'article L. 714-25-2, la commission délibère sur les choix médicaux de l'année à venir dans le respect de la dotation budgétaire allouée et compte tenu de décisions prises par le conseil d'administration et le directeur en application des articles L. 714-4 et L. 714-12.

« La commission médicale d'établissement peut mandater son président pour préparer les décisions visées aux 1° et 2° du présent article.

« Le président de la commission médicale d'établissement est associé à la préparation du contrat pluriannuel prévu aux articles L. 710-16 et L. 710-16-1. »

Art. 47. - L'article L. 714-18 du code de la santé publique est ainsi modifié :

a) Au 1°, après les mots : « le projet d'établissement, » sont insérés les mots : « le projet de contrat pluriannuel mentionné aux articles L. 710-16 et L. 710-16-1 » ;

b) Les 4° à 9° deviennent respectivement les 5° à 10° ;

c) Il est inséré un 4° ainsi rédigé :

« 4° Emet un avis sur les modalités de constitution des centres de responsabilité dans les conditions prévues à l'article L. 714-26-1 ; » ;

d) Au 10°, les mots : « sections II et III » sont remplacés par les mots : « sections II, III et IV » et après les mots : « la création ou l'adhésion » sont insérés les mots : « à un groupement de coopération sanitaire, ».

Art. 48. - Le deuxième alinéa de l'article L. 714-25-2 du code de la santé publique est remplacé par les dispositions suivantes :

« Cette décision est prise à l'initiative du président du conseil d'administration, du président de la commission médicale d'établissement ou du directeur de l'établissement, après avis conforme de la commission médicale d'établissement siégeant en formation restreinte aux praticiens titulaires. Le comité technique d'établissement est consulté. »

Art. 49. - L'article L. 714-36 du code de la santé publique est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. L. 714-36. - Dans le respect des dispositions relatives au service public hospitalier édictées à la section II du chapitre I° du présent titre, et dans les conditions et sous les garanties fixées par voie réglementaire, les centres hospitaliers autres que les centres hospitaliers régionaux peuvent être autorisés à créer et faire fonctionner une structure médicale dans laquelle les malades, blessés et femmes enceintes admis à titre payant peuvent faire appel aux médecins, chirurgiens, spécialistes ou sages-femmes de leur choix autres que ceux exerçant leur activité à titre exclusif dans l'établissement.

« Par dérogation aux dispositions de l'article L. 162-2 du code de la sécurité sociale, les intéressés perçoivent leurs honoraires, minorés d'une redevance, par l'intermédiaire de l'administration hospitalière.

« Sans préjudice des dispositions de l'article L. 712-8, la création ou l'extension d'une telle structure est soumise à l'autorisation du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation après avis du comité régional de l'organisation sanitaire et sociale. L'autorisation est accordée pour une durée déterminée. Elle peut être suspendue ou retirée en cas de non-respect par l'établissement de la réglementation applicable à ces structures.

« Pour chaque discipline ou spécialité, l'établissement ne peut réserver à cette structure plus du tiers de la capacité d'accueil, en lits et places, dont il dispose pour ladite discipline ou spécialité. »

TITRE IX

DISPOSITIONS DIVERSES

Art. 50. - 1. - Il est inséré, après le troisième alinéa de l'article L. 710-2 du code de la santé publique, un alinéa ainsi rédigé :

« Les médecins membres de l'inspection générale des affaires sociales, les médecins inspecteurs de la santé publique et les médecins conseils des organismes d'assurance maladie ont accès, dans le respect des règles de déontologie médicale, à ces informations lorsqu'elles sont nécessaires à l'exercice de leurs missions. »

II. - Il est inséré, à la section 5 du chapitre 2 du titre VI du livre 1^{er} du code de la sécurité sociale, un article L. 162-30-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 162-30-1. - Conformément aux dispositions du quatrième alinéa de l'article L. 710-2 du code de la santé publique, les médecins membres de l'inspection générale des affaires sociales, les médecins inspecteurs de la santé publique et les médecins conseils des organismes d'assurance maladie ont accès, dans le respect des règles de déontologie médicale, aux informations médicales visées audit article lorsqu'elles sont nécessaires à l'exercice de leurs missions. »

Art. 51. - L'article L. 711-2-1 du code de la santé publique est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. L. 711-2-1. - Les établissements de santé publics et privés peuvent créer et gérer les services et établissements sociaux et médico-sociaux visés à l'article 3 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales et à l'article 46 de la loi n° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées. »

« Les services et établissements créés en application de l'alinéa précédent doivent répondre aux conditions de fonctionnement et de prise en charge et satisfaire aux règles de procédure énoncées par les lois susmentionnées. »

Art. 52. - Le deuxième alinéa de l'article L. 711-5 du code de la santé publique est complété par la phrase suivante : « Toutefois, lorsque ce plateau technique appartient à un centre hospitalier et est destiné à l'accomplissement d'actes qui requièrent l'hospitalisation des patients, son accès aux médecins et sages-femmes non hospitaliers s'effectue dans les conditions définies à l'article L. 714-36. »

Art. 53. - Les articles L. 712-4 et L. 712-7 du code de la santé publique sont abrogés.

Art. 54. - Au deuxième alinéa de l'article L. 715-8, les mots : « et qui est consultée notamment sur le projet d'établissement » sont remplacés par les mots : « et qui est consultée notamment sur le projet de contrat pluriannuel visé aux articles L. 710-16 et L. 710-16-1, sur le projet d'établissement ».

Art. 55. - A l'article L. 715-10 du code de la santé publique, les mots : « à l'article L. 715-6 » sont remplacés par les mots : « aux articles L. 715-6 et L. 715-13 ».

Art. 56. - A la section II du chapitre VI du titre 1^{er} du livre VII du code de la santé publique, l'article L. 716-3 est ainsi modifié :

- 1^{er} Le premier alinéa devient le I ;
- 2^e Le deuxième alinéa devient le III ;
- 3^e Il est inséré un II ainsi rédigé :

« II. - Les compétences de l'agence régionale énumérées aux articles L. 710-16, L. 710-16-1, au 3^e de l'article L. 710-20 et aux 7^e et 8^e de l'article L. 710-21 sont, en ce qui concerne l'Assistance publique-hôpitaux de Paris, exercées par les ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale, du budget et de l'intérieur, après avis de la commission exécutive de l'agence régionale de l'hospitalisation et après examen par un conseil de tutelle. »

« Le directeur de cette agence régionale est membre de ce conseil de tutelle. »

« Les conditions d'application du présent II sont déterminées par voie réglementaire. »

Art. 57. - A l'article L. 115-1 du code de la sécurité sociale, les mots : « ou au domicile des assurés sociaux débiteurs » sont remplacés par les mots : « au domicile des assurés sociaux débiteurs, au nom et à l'adresse de leur employeur et des éta-

blissements ou organismes auprès desquels un compte de dépôt est ouvert à leur nom ».

Art. 58. - Il est créé, au chapitre 4 du titre VII du livre 1^{er} du code de la sécurité sociale, une section 8 ainsi rédigée :

« Section 8

- Dépenses afférentes aux soins dispensés par le service de santé des armées et l'Institution nationale des invalides

« Art. L. 174-15. - Les modalités des relations entre les organismes d'assurance maladie et le service de santé des armées ainsi que l'Institution nationale des invalides, en ce qui concerne la prise en charge des soins qu'ils dispensent, sont définies par voie réglementaire. »

Art. 59. - A la dernière phrase du II de l'article 7 de la loi du 31 juillet 1991 susvisée, les mots : « le 31 décembre 1995 » sont remplacés par les mots : « le 31 décembre 1997 ».

Art. 60. - Les praticiens hospitaliers mentionnés à l'article 11 de la loi n° 89-474 du 10 juillet 1989 susvisée peuvent bénéficier, dans des conditions définies par voie réglementaire, d'aides à la mobilité et d'aides à l'adaptation à l'emploi. Pour la couverture de ces dépenses, il est instauré une contribution des établissements publics de santé assise sur la masse salariale brute hors charges de ces personnels. Son taux, qui ne peut excéder 0,5 p. 100, est fixé par décret.

Le fonds pour l'emploi hospitalier mentionné à l'article 14 du chapitre III de la loi n° 94-628 du 25 juillet 1994 relative à l'organisation du temps de travail, aux structures et aux orientations dans la fonction publique prend en charge le financement des aides ci-dessus ainsi que le recouvrement de la contribution des établissements.

Les modalités d'application du présent article sont fixées par voie réglementaire.

Art. 61. - Il peut être institué, dans un délai de cinq ans courant à compter de la publication de la présente ordonnance, un ou des régimes expérimentaux relatifs à l'organisation et à l'équipement sanitaires des établissements de santé ainsi qu'aux règles de prise en charge, par les régimes d'assurance maladie, des dépenses afférentes aux soins médicaux dispensés dans ces établissements. A cet effet, il peut être dérogé aux dispositions du 2^e de l'article L. 712-2 du code de la santé publique relatives aux conditions d'implantation et aux modalités de fonctionnement des installations où s'exercent les activités de soins, aux conditions d'autorisation prévues aux 1^{er} et 2^e de l'article L. 712-9 du même code ainsi qu'à celles de l'article L. 162-22-2 du code de la sécurité sociale et du premier alinéa de l'article L. 710-16-2 du code de la santé publique.

Ces expérimentations peuvent être instituées, dans le respect des droits des assurés sociaux :

1^{er} Afin de mettre en œuvre dans l'ensemble des établissements de santé d'une ou plusieurs régions sanitaires de nouveaux modes d'organisation de l'offre de soins concourant à l'amélioration de la prise en charge du patient et à une meilleure maîtrise des dépenses de santé ; des arrêtés des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixent la liste des installations et des activités de soins concernées ainsi que la ou les régions dans lesquelles chaque expérimentation sera mise en œuvre ;

2^e Afin de fixer les modalités particulières permettant de prendre en compte les conséquences des innovations technologiques et thérapeutiques.

Les projets d'expérimentation présentés à ce titre sont autorisés par arrêtés des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Les conditions d'application des régimes expérimentaux mentionnés aux 1^{er} et 2^e ci-dessus, les modalités de leur évaluation ainsi que leur durée, qui ne peut excéder trois ans, sont fixées par voie réglementaire.

Art. 62. - Le Premier ministre, le garde des sceaux, ministre de la justice, le ministre de la défense, le ministre du travail et des affaires sociales, le ministre de l'économie et des finances, le ministre de l'agriculture, de la pêche et de l'alimentation, le ministre de la fonction publique, de la réforme de l'Etat et de la décentralisation, le ministre délégué aux anciens combattants et victimes de guerre, le ministre délégué au budget, porte-parole du Gouvernement et le secrétaire d'Etat à la santé et à la sécurité sociale sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de

l'exécution de la présente ordonnance, qui sera publiée au *Journal officiel de la République française*.

Fait à Paris, le 24 avril 1996.

JACQUES CHIRAC

Par le Président de la République :

Le Premier ministre,

ALAIN JUPPÉ

Le ministre du travail et des affaires sociales,

JACQUES BARROT

Le garde des sceaux, ministre de la justice,

JACQUES TOUBON

Le ministre de la défense,

CHARLES MILLON

Le ministre de l'économie et des finances,

JEAN ARTHUIS

*Le ministre de l'agriculture, de la pêche
et de l'alimentation,*

PHILIPPE VASSEUR

*Le ministre de la fonction publique,
de la réforme de l'Etat et de la décentralisation,*

DOMINIQUE PERBEN

*Le ministre délégué aux anciens combattants
et victimes de guerre,*

PIERRE PASQUINI

*le ministre délégué au budget,
porte-parole du Gouvernement,*

ALAIN LAMASSOURE

*Le secrétaire d'Etat à la santé
et à la sécurité sociale,*

HERVE GAYMARD

Annexe 2 : Décret n°97-311 du 7 avril 1997 relatif à l'organisation et au fonctionnement de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé instituée à l'article L. 791-1 du code de la santé publique et modifiant ce code.

5328

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

8 avril 1997

MINISTÈRE DU TRAVAIL ET DES AFFAIRES SOCIALES

Décret n° 97-311 du 7 avril 1997 relatif à l'organisation et au fonctionnement de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé instituée à l'article L. 791-1 du code de la santé publique et modifiant ce code (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat)

NOR: TASP97204900

Le Premier ministre,

Sur le rapport du ministre du travail et des affaires sociales, du ministre de l'économie et des finances et du ministre de l'agriculture, de la pêche et de l'alimentation,

Vu le code de la santé publique, notamment les articles L. 710-1-1, L. 710-4, L. 710-5 et L. 791-1 à L. 791-10;

Vu le code de la sécurité sociale, notamment les articles L. 162-1-7, L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-12-15, L. 174-2 et R. 174-1-4;

Vu le code rural;

Vu le code du travail;

Vu la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 modifiée relative aux droits et obligations des fonctionnaires;

Vu la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'Etat;

Vu la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale;

Vu la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière;

Vu la loi n° 93-8 du 4 janvier 1993 relative aux relations entre les professions de santé et l'assurance maladie;

Vu le décret du 23 octobre 1935 organisant le contrôle financier des offices et des établissements publics autonomes de l'Etat;

Vu le décret n° 53-1227 du 10 décembre 1953 modifié relatif à la réglementation comptable applicable aux établissements publics nationaux à caractère administratif;

Vu le décret n° 62-1587 du 29 décembre 1962 modifié portant règlement général sur la comptabilité publique;

Vu le décret n° 74-431 du 14 mai 1974 abrogeant certaines dispositions du code de la santé publique et fixant les conditions de la coopération du service de santé des armées et du service public hospitalier;

Vu le décret n° 86-416 du 12 mars 1986 modifié fixant les conditions et les modalités de prise en charge par l'Etat des frais de voyage et de changement de résidence à l'étranger ou entre la France et l'étranger des agents civils de l'Etat et des établissements publics à caractère administratif;

Vu le décret n° 89-271 du 12 avril 1989 fixant les conditions et modalités de règlement des frais de déplacement des personnels civils à l'intérieur des départements d'outre-mer, entre la métropole et ces départements, et pour se rendre d'un département d'outre-mer à un autre;

Vu le décret n° 90-437 du 28 mai 1990 fixant les conditions et les modalités de règlement des frais occasionnés par les déplacements des personnels civils sur le territoire métropolitain de la France lorsqu'ils sont à la charge des budgets de l'Etat, des établissements publics nationaux à caractère administratif et de certains organismes subventionnés;

Vu le décret n° 92-681 du 20 juillet 1992 relatif aux régies de recettes et aux régies d'avances des organismes publics, modifié par le décret n° 92-1368 du 23 décembre 1992 et le décret n° 97-33 du 13 janvier 1997;

Vu le décret n° 95-833 du 6 juillet 1995 relatif à l'exercice d'activités privées par des agents non titulaires des collectivités et établissements publics;

Vu le décret n° 95-1000 du 6 septembre 1995 portant code de déontologie médicale;

Vu l'avis du conseil d'administration de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés en date du 21 janvier 1997;

Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu,

Décret:

Art. 1^{er}. - Il est créé au livre VIII du code de la santé publique (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat) un chapitre IV ainsi rédigé:

« CHAPITRE IV

« L'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé

« Section 1

« Dispositions générales

« Art. R. 791-1-1. - L'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé a pour mission de favoriser, tant au sein des établissements de santé publics et privés que dans le cadre de l'exercice libéral, le développement de l'évaluation des soins et des pratiques professionnelles et de mettre en œuvre la procédure d'accréditation mentionnée à l'article L. 710-5.

« L'évaluation de la qualité des soins et des pratiques professionnelles porte notamment sur leur utilité, leur continuité, la satisfaction des patients ainsi que sur leur sécurité; à ce titre, elle vise notamment à évaluer les mesures mises en œuvre afin de réduire les accidents, incidents et infections liés aux soins, susceptibles d'entraîner un risque pour la santé du patient ou la santé publique.

« Elle est mise en œuvre par les professionnels et les établissements de santé publics et privés en s'appuyant sur les méthodes d'évaluation des soins et des pratiques professionnelles et sur les recommandations de bonne pratique clinique élaborées ou validées par l'agence nationale.

« Art. R. 791-1-2. - Le programme annuel et pluriannuel des travaux d'évaluation et d'accréditation prévu à l'article L. 791-6 est établi en prenant en compte notamment:

« A. - Au titre de l'évaluation:

« 1^{re} La fréquence et la gravité des problèmes de santé et de leurs facteurs de risque;

« 2^e L'évolution des techniques préventives, diagnostiques, thérapeutiques et de réadaptation;

« 3^e Les différences de pratique selon les modes d'exercice, les établissements ou les zones géographiques, compte tenu des éventuelles recommandations de bonne pratique existantes;

« 4^e La fréquence et la gravité des accidents iatrogènes et des infections nosocomiales;

« 5^e L'importance du nombre d'actes, prestations ou fournitures non validés au plan sanitaire;

« B. - Au titre de l'accréditation:

« 1^{re} Les éléments indiqués au A du présent article pour ce qui concerne les méthodes, recommandations et référentiels;

« 2^e S'agissant de la procédure d'accréditation, les demandes d'engagement adressées à l'agence nationale et toute demande dont l'objet est d'améliorer la qualité et la sécurité des soins.

« Le programme d'évaluation de l'agence tient compte des travaux et études menés par les unions des médecins exerçant à titre libéral dans le domaine de l'évaluation des comportements et des pratiques professionnelles des médecins en vue d'améliorer la qualité et la sécurité des soins.

« Il comporte également des thèmes et actions de formation que l'agence développe par elle-même ou en partenariat. Il précise les modalités de diffusion des études et travaux de l'agence nationale.

« Art. R. 791-1-3. - En fonction des données de la science, l'agence élabore et actualise, de sa propre initiative, les références médicales, les références professionnelles et les recommandations de bonne pratique mentionnées à l'article L. 162-12-15 du code de la sécurité sociale et au 2^e de l'article L. 791-2 du présent code. Elle propose aux partenaires des conventions nationales prévues au titre VI du livre 1^{er} du code de la sécurité sociale toute modification, suppression ou création de références médicales ou professionnelles opposables mentionnées aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2 et L. 162-12-9 dudit code.

• Pour les thèmes de référence, à l'égard desquels l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé et l'agence du médicament sont l'une et l'autre compétentes, ces deux agences établissent et actualisent conjointement les recommandations et références dans les conditions prévues à l'article L. 162-12-15 susmentionné et à l'alinéa ci-dessus du présent article.

• **Art. R. 791-1-4.** — L'agence diffuse les recommandations de bonne pratique clinique qui accompagnent, pour chaque thème autre que ceux concernant le médicament, les références mentionnées à l'article L. 162-12-15 du code de la sécurité sociale, aux unions régionales de médecins exerçant à titre libéral, aux établissements de santé publics ou privés et aux professionnels de santé concernés autres que les médecins exerçant à titre libéral. Chaque union régionale transmet ces recommandations aux médecins exerçant à titre libéral dans la région.

• Les recommandations de bonnes pratiques cliniques mentionnées au 2° de l'article L. 791-2 du présent code qui ne relèvent pas de l'article L. 162-12-15 du code de la sécurité sociale sont diffusées par l'agence aux établissements et professionnels de santé concernés. Ces recommandations peuvent être diffusées aux médecins libéraux par les unions de médecins exerçant à titre libéral dans le cadre de conventions passées avec l'agence.

• **Art. R. 791-1-5.** — Pour l'exercice de leurs missions en matière d'évaluation, les unions de médecins exerçant à titre libéral peuvent demander à l'agence d'élaborer ou de valider ces méthodes, recommandations ou référentiels en matière d'évaluation des pratiques professionnelles ; elles peuvent avoir recours aux experts et agents de l'agence.

• Chaque union transmet la synthèse régionale des résultats de ses études à la direction régionale des affaires sanitaires et sociales et à l'agence régionale de l'hospitalisation concernées, en vue de leur prise en compte en matière d'organisation et de planification des soins, ainsi qu'à l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé en vue de l'amélioration des recommandations de bonne pratique et des méthodes d'évaluation.

• **Art. R. 791-1-6.** — Pour l'exercice de ses missions définies aux articles L. 791-1 à L. 791-4, l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé peut notamment :

- 1° Acquérir les biens meubles ou immeubles nécessaires ;
- 2° Attribuer, sur son budget propre, des subventions, prêts ou avances à des personnes publiques ou privées qui réalisent des études, recherches, travaux, ouvrages ou équipements concourant à l'accomplissement de ses missions ;
- 3° Coopérer, en particulier par la voie de convention ou de participation à des groupements d'intérêt public ou des groupements d'intérêt économique, avec toute personne publique ou privée, française ou étrangère, et notamment avec des établissements d'enseignement, de recherche ou de santé qui ont des missions identiques ou complémentaires des siennes ou lui apportent leur concours.

• **Art. R. 791-1-7.** — L'agence participe et a accès au système commun d'informations prévu à l'article L. 710-7, dans les conditions fixées par les dispositions réglementaires prévues par cet article.

• Ce système commun d'informations inclut notamment les données issues du recueil des accidents iatrogènes et des infections nosocomiales mis en place dans chaque établissement de santé, ainsi que les données concernant l'accréditation issues des informations quantitatives et qualitatives prévues à l'article L. 710-5.

• Section 2

• Organisation de l'Agence

• Sous-section 1

• Le conseil d'administration

• **Art. R. 791-2-1.** — Le conseil d'administration de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé comprend :

- 1° Au nombre de dix, des personnels médicaux, paramédicaux, techniques et administratifs des établissements de santé compétents dans le domaine de l'évaluation ou de l'accréditation, parmi lesquels figurent :

- a) Un médecin désigné par le président de la conférence des présidents de commission médicale d'établissement des centres hospitaliers universitaires ;

- b) Un médecin désigné par le président de la conférence des présidents de commission médicale d'établissement des centres hospitaliers généraux ;

- c) Un médecin désigné par le président de la conférence des présidents de commission médicale d'établissement des centres hospitaliers spécialisés ;

- d) Deux professionnels de santé, dont un paramédical, proposés par la Fédération hospitalière de France (FHF) ;

- e) Trois professionnels de santé, dont un médecin, un paramédical et un autre professionnel de santé, proposés conjointement par la Fédération des établissements hospitaliers et d'assistance privés à but non lucratif (FEHAP) et l'Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux (UNIOSS) ;

- f) Un médecin et un autre professionnel de santé proposés conjointement par la Fédération intersyndicale des établissements d'hospitalisation privée (FIEHP) et l'Union hospitalière privée (UHP) ;

- 2° Huit représentants des unions des médecins exerçant à titre libéral et des autres professionnels de santé libéraux compétents dans le domaine de l'évaluation ou de l'accréditation, parmi lesquels figurent :

- a) Quatre médecins, dont deux généralistes et deux spécialistes, nommés après avis des présidents des unions des médecins exerçant à titre libéral sur proposition des présidents des sections desdites unions ;

- b) Quatre professionnels de santé, autres que médecins, proposés par le Centre national des professions de santé ;

- 3° Deux représentants de l'Etat :

- a) Le directeur général de la santé ou son représentant ;
- b) Le directeur des hôpitaux ou son représentant ;

- 4° Quatre représentants des organismes d'assurance maladie, dont deux proposés par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, un proposé par la Caisse centrale de la Mutualité sociale agricole et un proposé par la Caisse nationale d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles, dont au moins un médecin-conseil national d'une caisse nationale d'assurance maladie ;

- 5° Deux représentants des organismes mutualistes, dont un médecin, proposés par la Fédération nationale de la mutualité française ;

- 6° Six personnalités, parmi lesquelles figurent au moins cinq médecins, dont un proposé par le Conseil national de l'ordre des médecins, qualifiées dans les domaines de l'évaluation, l'accréditation, la qualité et la sécurité des soins.

- Le contrôleur financier et l'agent comptable assistent aux réunions du conseil d'administration avec voix consultative.

- Un représentant du personnel de l'agence, élu par ce personnel selon des modalités fixées par le règlement intérieur de l'agence, assiste au conseil d'administration avec voix consultative.

- Le directeur général de l'agence peut se faire assister de toute personne de son choix.

- Le conseil d'administration peut entendre toute personne dont il estime l'audition utile à son information.

- **Art. R. 791-2-2.** — Les membres du conseil d'administration sont nommés par arrêté du ministre chargé de la santé pour une durée de quatre ans renouvelable une fois.

- Les organismes appelés à faire des propositions en vue de la nomination de ces membres, ou à émettre un avis sur les nominations envisagées, disposent pour se prononcer, seules ou conjointement, d'un délai d'un mois à compter de leur saisine par le ministre. En l'absence de proposition ou d'avis à l'expiration de ce délai, le ministre procède à la nomination de son choix.

- Pour chacun des membres du conseil d'administration mentionnés aux 1°, 2°, 4°, 5° et 6° de l'article R. 791-2-1, il est nommé un suppléant désigné dans les mêmes conditions. Le suppléant ne siège au conseil d'administration qu'en cas d'absence ou d'empêchement du titulaire.

- Le président du conseil d'administration est nommé par arrêté du ministre chargé de la santé, après avis du conseil d'administration, au sein des membres du conseil appartenant aux catégories mentionnées aux 1°, 2° et 6° de l'article R. 791-2-1, pour une durée de quatre ans. Le conseil d'administration dispose pour se prononcer sur la nomination envisagée d'un délai de trois semaines à compter de sa saisine par le ministre chargé

de la santé. En l'absence d'avis à l'expiration de ce délai, le ministre procède à la nomination de son choix.

• En cas de vacance du poste de président ou de membre du conseil d'administration, pour quelque cause que ce soit, le ministre chargé de la santé procède au remplacement de l'intéressé dans les mêmes conditions pour la durée du mandat restant à courir.

• **Art. R. 791-2-3.** - Les fonctions de président et de membre du conseil d'administration ne donnent pas lieu à rémunération. Elles ouvrent droit aux indemnités pour frais de déplacement et de séjour dans les conditions prévues à l'article R. 791-3-5.

• **Art. R. 791-2-4.** - Le conseil d'administration se réunit au moins trois fois par an sur convocation de son président ou, en cas d'empêchement du président, du directeur général, si l'urgence le justifie.

• Il est également réuni, dans un délai d'un mois, en cas de demande du ministre chargé de la santé, ou du quart des membres du conseil d'administration.

• Le président fixe l'ordre du jour sur proposition du directeur général.

• Les questions dont le ministre chargé de la santé, le ministre chargé de la sécurité sociale, le directeur général, le président du conseil scientifique, les présidents des sections de ce conseil, le président du collège de l'accréditation de l'agence nationale, le quart des membres du conseil d'administration ou les personnes siégeant à titre consultatif demandent l'inscription à l'ordre du jour, quarante-huit heures au moins avant l'ouverture de la séance, sont également inscrites de droit à l'ordre du jour.

• En outre, le conseil d'administration examine en séance les questions qui lui sont soumises par les membres du conseil d'administration et les personnes assistant avec voix consultative au conseil d'administration.

• **Art. R. 791-3-5.** - Le conseil ne peut délibérer valablement que si la moitié au moins des membres en exercice ayant voix délibérative sont présents. Si le quorum n'est pas atteint, le conseil est à nouveau convoqué avec le même ordre du jour dans un délai maximum de vingt jours. Il délibère alors valablement quel que soit le nombre d'administrateurs présents.

• En cas d'empêchement ou d'incapacité à siéger du président, le conseil d'administration est présidé par le plus âgé des membres du conseil appartenant aux catégories mentionnées aux 1^{er}, 2^e et 6^e de l'article R. 791-2-1.

• Les délibérations du conseil d'administration sont adoptées à la majorité simple des membres présents. La voix du président est prépondérante en cas de partage égal des voix.

• Le vote au scrutin secret est de droit sur demande d'un membre présent.

• **Art. R. 791-2-6.** - Sous réserve des dispositions prévues au deuxième alinéa ci-après, les délibérations du conseil d'administration sont exécutoires quinze jours après la transmission du procès-verbal au ministre chargé de la santé, à moins que ce ministre n'y fasse opposition pendant ce délai. En cas d'urgence, le ministre chargé de la santé peut autoriser l'exécution immédiate.

• Les délibérations portant sur le budget, le compte financier et l'affectation des résultats ne sont exécutoires qu'après leur approbation expresse par le ministre chargé de la santé et le ministre chargé du budget.

• Toutefois, le directeur général de l'agence prend, sous réserve de l'accord du contrôleur financier et d'une ratification par le conseil d'administration lors de sa plus prochaine séance, les décisions modificatives du budget autres que celles qui ont pour objet une augmentation des dépenses ou des virements de crédit entre la section de fonctionnement et la section des opérations en capital, ou entre les chapitres de personnel et les chapitres de matériels.

• **Art. R. 791-2-7.** - Le conseil d'administration reçoit pour information communication par le directeur général des avis et des décisions donnés au nom de l'agence nationale.

• Sous-section 2

• Le directeur général

• **Art. R. 791-2-8.** - Le directeur général de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé est nommé par

arrêté du ministre chargé de la santé après avis du conseil d'administration pour une durée de cinq ans. Le conseil d'administration dispose pour se prononcer d'un délai d'un mois à compter de sa saisine par le ministre. En l'absence d'avis, à l'expiration de ce délai, le ministre procède à la nomination de son choix.

• **Art. R. 791-2-9.** - Le directeur général assure la gestion et la conduite générale de l'agence.

• Il prépare et exécute les délibérations du conseil d'administration.

• Il agit et est en justice au nom de l'agence.

• Il a autorité sur l'ensemble des personnels de l'agence.

• Il recrute, nomme et gère les agents contractuels de l'agence nationale dans le respect du tableau des emplois fixés par le conseil d'administration.

• Il passe au nom de l'agence les contrats, les marchés, les baux, les conventions et les actes d'acquisition, de vente et de transaction; toutefois, ses décisions relatives aux acquisitions, échanges et aliénations d'immeubles ne sont exécutoires qu'après approbation expresse du ministre chargé de la santé et du ministre chargé du budget.

• Le directeur général est ordonnateur des recettes et des dépenses du budget de l'agence. Il peut désigner des ordonnateurs secondaires, sous réserve de l'accord du conseil d'administration.

• Il est assisté d'un secrétaire général nommé par arrêté du ministre chargé de la santé pour une durée de cinq ans après avis du directeur général.

• Il peut déléguer sa signature, dans le cadre de leurs missions respectives, à ceux de ses collaborateurs qui exercent une fonction de direction au sein de l'agence.

• Le directeur général prépare le projet de budget de l'agence, qui comporte notamment une présentation par secteurs d'activités, et le soumet au conseil d'administration.

• Il élabore le programme annuel et pluriannuel prévu à l'article L. 791-6, qu'il soumet à l'assemblée plénière du conseil scientifique et, pour la partie relative à l'accréditation, au collège de l'accréditation; il le soumet ensuite au conseil d'administration.

• Il élabore le rapport annuel d'activité de l'agence, qu'il présente au conseil d'administration, à l'assemblée plénière du conseil scientifique et au collège de l'accréditation, ainsi qu'au ministre chargé de la santé. Ce rapport, qui fait apparaître un bilan financier par secteur d'activités, retrace l'évolution de l'activité de chacun des secteurs et la mesure de l'impact des études et travaux de l'agence sur la pratique des professionnels et établissements de santé.

• Le directeur général consulte le conseil scientifique sur les avis demandés à l'agence et sur les études ou travaux qu'elle rédige ou valide, à l'exception des décisions relevant du collège de l'accréditation.

• Il accomplit tous les actes qui ne sont pas réservés au conseil d'administration, au conseil scientifique et au collège de l'accréditation en vertu de dispositions législatives ou réglementaires.

• A la demande du ministre chargé de la santé ou du ministre chargé de la sécurité sociale, et dans un délai fixé par ceux-ci, le directeur général de l'agence leur communique toute information et fait réaliser toute étude que les ministres jugent utiles à l'exercice de leur compétence.

• **Art. R. 791-2-10.** - Lorsqu'une disposition législative ou réglementaire prévoit l'intervention d'une décision ou d'un avis de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, ces décisions et avis sont prononcés par le directeur général sauf s'il en est disposé autrement par le texte prévoyant la décision ou l'avis.

• Sous-section 3

• Le conseil scientifique

• **Art. R. 791-3-11.** - Le conseil scientifique de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé comprend, outre son président, deux sections composées de membres reconnus pour leur compétence dans les domaines définis à l'article L. 791-7.

• 1. - La section de l'évaluation comprend quinze membres :

• 1^o Un membre nommé sur proposition du directeur général de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale ;

• 2° Un médecin de santé publique nommé sur proposition du directeur de l'Ecole nationale de la santé publique ;

• 3° Un membre nommé sur proposition du directeur général du Centre national de la recherche scientifique ;

• 4° Un membre nommé sur proposition du président de la conférence des doyens des facultés de médecine ;

• 5° Onze personnes qualifiées, parmi lesquelles figurent un pharmacien, un ingénieur biomédical, un kinésithérapeute, un infirmier, un économiste de la santé et six professionnels relevant du titre 1^{er} du livre IV du présent code, dont au moins un médecin nommé après avis des présidents des unions des médecins exerçant à titre libéral, sur proposition des présidents des sections desdites unions et un médecin expérimenté en biostatistique.

• II. - La section de l'accréditation comprend quinze membres :

• 1° Un membre nommé sur proposition du président de la conférence des présidents de commission médicale d'établissement des centres hospitaliers universitaires ;

• 2° Un membre nommé sur proposition du président de la conférence des présidents de commission médicale d'établissement des centres hospitaliers non universitaires ;

• 3° Un membre nommé sur proposition du président de la conférence des présidents de commission médicale d'établissement des centres hospitaliers spécialisés ;

• 4° Un membre nommé sur proposition du président de la conférence des présidents de commission médicale d'établissements de santé privés participant au service public ;

• 5° Un membre nommé sur proposition du président de la conférence nationale des présidents de conférence médicale d'établissements de l'hospitalisation privée ;

• 6° Un membre nommé après avis des présidents des unions des médecins exerçant à titre libéral, sur proposition des présidents des sections desdites unions ;

• 7° Un membre nommé sur proposition du président de la conférence des directeurs généraux de centre hospitalier universitaire ;

• 8° Un membre nommé sur proposition du président de la conférence des directeurs de centre hospitalier ;

• 9° Un membre nommé sur proposition du collège national d'experts mentionné à l'article L. 712-6 ;

• 10° Six personnes qualifiées notamment dans les domaines des activités paramédicales, de l'accréditation, de la qualité, de l'organisation, de la gestion financière ou de l'hygiène hospitalière ; deux d'entre elles sont des personnalités étrangères, dont au moins un ressortissant de l'Union européenne, exerçant au sein d'un organisme d'accréditation d'établissements de santé.

• Les personnes qualifiées sont choisies en tenant compte de leurs titres, fonctions et travaux. Elles peuvent être désignées à la fois au titre de la section de l'évaluation et de la section de l'accréditation.

• Les membres du conseil scientifique sont nommés pour une durée de trois ans, renouvelable une fois, par arrêté du ministre chargé de la santé.

• Les organismes sur la proposition desquels intervient la nomination de membres du conseil scientifique proposent au ministre chargé de la santé trois fois plus de noms qu'il y a de membres à désigner au titre de la ou des catégories considérées. Elles disposent, pour émettre leur proposition, d'un délai d'un mois à compter de leur saisine par le ministre. En l'absence de proposition à l'expiration de ce délai, le ministre procède à la nomination de son choix.

• Pour chacun des membres, il est nommé un suppléant désigné dans les mêmes conditions. Le suppléant ne siège au conseil scientifique qu'en cas d'absence ou d'empêchement du titulaire.

• Le président du conseil scientifique est nommé par arrêté du ministre chargé de la santé pour une durée de trois ans, après avis du conseil scientifique réuni en assemblée plénière.

• Les présidents des sections de l'évaluation et de l'accréditation sont élus au sein de leur section respective à la majorité simple des membres présents. La durée de leur mandat est de trois ans.

• En cas de vacance d'un poste de président, de président de section ou de membre du conseil scientifique, pour quelque cause que ce soit, il est procédé au remplacement de l'intéressé dans les mêmes conditions pour la durée du mandat restant à courir.

• Art. R. 791-2-12. - Le conseil scientifique est une instance d'expertise, de conseil et de proposition.

• La section de l'évaluation est compétente dans les domaines mentionnés à l'article L. 791-2. La section de l'accréditation est compétente dans les domaines mentionnés aux 1^{er}, 2^e et 4^e de l'article L. 791-3, notamment en ce qui concerne l'élaboration ou la validation des documents d'analyse définis à l'article R. 710-6-1.

• L'assemblée plénière du conseil scientifique est compétente dans les domaines communs aux deux sections, notamment pour ce qui concerne :

• 1° Les méthodes, recommandations et référentiels prévus aux 1^{er} et 2^e de l'article L. 791-2 et susceptibles d'être utilisés au cours de la procédure d'accréditation ;

• 2° La constitution de groupes de travail à caractère scientifique ;

• 3° Les méthodes de travail à caractère scientifique utilisées au sein de l'agence.

• L'assemblée plénière donne un avis sur le programme annuel et pluriannuel des travaux d'évaluation et d'accréditation de l'agence, préparé par le directeur général. Celui-ci la consulte sur les avis demandés à l'agence et sur les études ou travaux qu'elle réalise ou valide, à l'exception des décisions relevant du collège de l'accréditation.

• L'assemblée plénière peut en outre, de sa propre initiative, formuler toute observation ou recommandation dans les domaines de l'évaluation en santé et de l'accréditation, sur les travaux menés par l'agence nationale ainsi que sur les critères de sélection des membres et les méthodes de travail du réseau national d'experts mentionné à l'article L. 791-4. Il en est de même pour les deux sections dans leur domaine de compétences respectif.

• L'assemblée plénière élabore un rapport annuel relatif aux aspects scientifiques et techniques de l'évaluation et de l'accréditation et à la formation dans ces domaines.

• Les présidents des sections peuvent porter devant l'assemblée plénière toute question relevant des champs de compétence respectifs des sections.

• Art. R. 791-2-13. - Le président du conseil scientifique assiste aux séances des sections avec voix délibérative.

• Le directeur général de l'agence, ou son représentant, participe avec voix consultative aux séances de l'assemblée plénière et des sections du conseil scientifique ; il peut s'y faire assister par tout collaborateur de son choix.

• Le président du collège de l'accréditation participe avec voix consultative aux séances de la section de l'accréditation du conseil scientifique ainsi qu'aux séances de l'assemblée plénière de ce conseil lorsque des questions relevant de l'accréditation y sont débattues.

• Le conseil scientifique ou chacune de ses sections peuvent s'adjoindre le concours de toute personne compétente.

• Art. R. 791-2-14. - Le conseil scientifique se réunit au moins deux fois par an en assemblée plénière sur convocation de son président ou, en cas d'empêchement du président, d'un des deux présidents de section.

• Chacune des deux sections du conseil scientifique se réunit au moins trois fois par an, sur convocation de son président ou du président du conseil scientifique.

• Lorsqu'elles sont appelées à rendre des avis, l'assemblée plénière et les sections ne peuvent valablement délibérer que si la moitié au moins de leurs membres sont présents.

• Les avis, observations et recommandations formulés par le conseil scientifique sont transmis au directeur général de l'agence.

• Art. R. 791-2-15. - Les fonctions de membre du conseil scientifique ne donnent pas lieu à rémunération. Elles ouvrent droit aux indemnités pour frais de déplacement et de séjour dans les conditions prévues à l'article R. 791-3-5.

• Sous-section 4

• La collégialité de l'accréditation

• Art. R. 791-2-16. - Le collège de l'accréditation de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé comprend onze membres :

• 1° Trois membres nommés en raison de leur compétence et de leur expérience dans le domaine de la gestion des établissements de santé ;

• 2° Trois membres nommés en raison de leur compétence et de leur expérience dans le domaine des soins médicaux en établissement de santé, dont un au moins compétent en matière d'hygiène hospitalière ;

• 3° Trois membres nommés en raison de leur compétence et de leur expérience dans les domaines de la pharmacie ou des soins paramédicaux en établissement de santé ;

• 4° Deux médecins nommés en raison de leur compétence et de leur expérience dans le domaine de la qualité et de la sécurité des soins, de l'évaluation ou de l'accréditation.

• Les membres du collège de l'accréditation sont nommés par le ministre chargé de la santé pour une durée de trois ans renouvelable une fois. Ils sont renouvelés par moitié tous les dix-huit mois. Lors du premier renouvellement, les noms des membres sortants sont désignés par tirage au sort.

• L'assemblée plénière du conseil scientifique fait une proposition de nomination des membres du collège de l'accréditation. Cette proposition est soumise à l'avis des membres du conseil d'administration mentionnés aux 1°, 2° et 6° de l'article L. 791-3 par le directeur général de l'agence nationale.

• A l'issue de cette procédure, une liste de noms est proposée au ministre chargé de la santé : elle comporte trois fois plus de noms qu'il y a de membres à nommer au titre de chacun des domaines considérés. En l'absence de proposition faite au ministre, à la date d'échéance de nomination, pour quelque cause que ce soit, le ministre procède à la nomination des membres du collège de l'accréditation.

• Pour chacun des membres, il est nommé un suppléant désigné dans les mêmes conditions. Le suppléant ne siège au collège de l'accréditation qu'en cas d'absence ou d'empêchement du titulaire.

• En cas de vacance d'un siège de membre du collège de l'accréditation pour quelque cause que ce soit, il est procédé à une nouvelle nomination selon les mêmes modalités pour la durée du mandat restant à courir. En cas d'absence de proposition faite au ministre chargé de la santé dans un délai de deux mois à compter de la vacance du poste, le ministre procède à la nomination.

• Les fonctions de membre du collège de l'accréditation peuvent donner lieu à rémunération.

• Art. R. 791-2-17. — Le président du collège de l'accréditation est élu au sein du collège pour une durée de trois ans.

• En cas de vacance du poste de président du collège de l'accréditation pour quelque cause que ce soit, il est procédé à l'élection d'un nouveau président selon les mêmes modalités pour la durée du mandat restant à courir.

• Art. R. 791-2-18. — Le président du collège de l'accréditation convoque les membres du collège et fixe l'ordre du jour des séances.

• Sous réserve des dispositions de l'alinéa ci-après, le collège de l'accréditation peut valablement délibérer si la moitié au moins de ses membres sont présents dans au moins un membre de chacune des catégories mentionnées à l'article R. 791-2-16.

• Lorsqu'il se prononce sur les questions mentionnées aux articles R. 791-2-19 et R. 710-6-5, le collège ne peut valablement délibérer que si au moins huit de ses membres sont présents dont au moins deux membres de chacune des catégories mentionnées à l'article R. 791-2-16.

• Les délibérations du collège de l'accréditation sont adoptées à la majorité simple des membres présents. La voix du président est prépondérante en cas de partage égal des voix.

• Lors des délibérations relatives à la validation de rapports d'accréditation et à l'accréditation des établissements de santé ou des organismes cités à l'article L. 710-5, leurs représentants ne peuvent être présents.

• Les votes sur la validation de rapports d'accréditation ont lieu au scrutin secret.

• Art. R. 791-2-19. — Le collège de l'accréditation établit chaque année un rapport d'activité qu'il transmet au directeur général de l'agence. Ce dernier le communique au conseil d'administration et au conseil scientifique.

• Ce rapport, qui est ensuite rendu public par le directeur général de l'agence, comporte les informations relatives aux procédures d'accréditation sur lesquelles le collège s'est prononcé et, notamment :

— le nombre d'établissements ou d'organismes, et le cas échéant, de services ou d'activités, en cours de procédure d'accréditation ;

— le nombre d'établissements ou d'organismes, et le cas échéant, de services ou d'activités, dont le rapport d'accréditation a été examiné par le collège au cours de l'année, en précisant leur durée d'accréditation ;

— l'évolution de la qualité et de la sécurité des soins dans les établissements de santé.

• Sous-section 5

• Le réseau national et local d'experts

• Art. R. 791-2-20. — Les membres du réseau national et local d'experts participent aux missions de l'agence nationale mentionnées aux articles L. 791-1, L. 791-2 et L. 791-3, à des aides méthodologiques, à des expérimentations et à des évaluations sur site dans les établissements de santé et, pour les soins de ville, en liaison notamment avec les unions de médecins exerçant à titre libéral.

• Art. R. 791-2-21. — Le réseau d'experts est composé :

• 1° De membres des professions médicales, paramédicales et pharmaceutiques mentionnées aux livres IV et V du présent code ;

• 2° De personnels administratifs ou techniques des établissements de santé publics ou privés ;

• 3° De personnes qualifiées dans le domaine de la santé en raison de leurs titres, fonctions ou travaux.

• Les membres du réseau d'experts peuvent être des membres du personnel de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé.

• Art. R. 791-2-22. — La liste des membres du réseau d'experts est établie par le directeur général de l'agence après avis de l'assemblée plénière du conseil scientifique.

• Le collège national d'experts et les collèges régionaux d'experts mentionnés à l'article L. 712-6 ainsi que les unions des médecins exerçant à titre libéral peuvent proposer au directeur général de l'agence des personnes susceptibles d'être désignées comme membres du réseau d'experts.

• Les membres du réseau sont nommés au titre de l'évaluation ou de l'accréditation en fonction de leur profession et de leur domaine de compétence. En matière d'évaluation, ils sont nommés au niveau national pour ce qui concerne l'ensemble des missions d'évaluation énoncées à l'article L. 791-2 et à l'article R. 791-2-20 et au niveau local pour ce qui concerne l'aide méthodologique, l'expérimentation et l'évaluation sur site.

• Les professionnels qui participent au réseau d'experts ne peuvent consacrer à cette fonction un temps supérieur au tiers de leur activité professionnelle annuelle exercée à d'autres titres. Cette règle n'est pas opposable aux retraités ni aux membres du personnel de l'agence.

• La formation des membres du réseau d'experts est placée sous la responsabilité de l'agence nationale.

• Section 3

• Dispositions financières et comptables

• Sous-section 1

• Dispositions générales

• Art. R. 791-3-1. — Les dépenses de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé comprennent les frais de personnel, de fonctionnement et d'équipement ainsi que, d'une manière générale, les dépenses que justifie l'activité de l'établissement.

• Les opérations financières et comptables de l'agence sont effectuées conformément aux dispositions des décrets n° 53-1227 du 10 décembre 1953 modifié relatif à la réglementation comptable applicable aux établissements publics nationaux à caractère administratif et n° 62-1587 du 29 décembre 1962 modifié portant règlement général sur la comptabilité publique.

• Art. R. 791-3-2. — L'agent comptable de l'agence est nommé par arrêté conjoint du ministre chargé de la santé et du ministre chargé du budget.

• Des comptables secondaires peuvent être désignés par le directeur général après avis de l'agent comptable et avec l'agrément du ministre chargé du budget.

• Art. R. 791-3-3. — Des régies de recettes et d'avances peuvent être instituées conformément aux dispositions du décret n° 92-681 du 20 juillet 1992 relatif aux régies de recettes et aux régies d'avances des organismes publics.

• **Art. R. 791-3-4.** - L'agence est soumise au contrôle financier de l'Etat dans les conditions prévues par le décret du 25 octobre 1935 instituant les contrôles financiers des offices et des établissements publics autonomes de l'Etat.

• Les modalités particulières de l'exercice de ce contrôle sont fixées en tant que de besoin par arrêté conjoint des ministres chargés du budget et de la santé.

• **Art. R. 791-3-5.** - En ce qui concerne l'indemnisation des frais de déplacement, l'agence est soumise aux dispositions du décret n° 86-416 du 12 mars 1986 fixant les conditions et modalités de prise en charge par l'Etat des frais de voyage et de changement de résidence à l'étranger ou entre la France et l'étranger des agents civils de l'Etat et des établissements publics de l'Etat à caractère administratif, du décret n° 89-271 du 12 avril 1989 fixant les conditions et modalités de règlement des frais de déplacement des personnels civils à l'intérieur des départements d'outre-mer, entre la métropole et ces départements, et pour se rendre d'un département d'outre-mer à un autre, et du décret n° 90-437 du 28 mai 1990 fixant les conditions et les modalités de règlement des frais occasionnés par les déplacements des personnels civils sur le territoire métropolitain de la France lorsqu'ils sont à la charge des budgets de l'Etat, des établissements publics nationaux à caractère administratif et de certains organismes subventionnés.

• Sous-section 2

• La dotation globale de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé

• **Art. R. 791-3-6.** - La dotation globale prévue à l'article L. 791-9 est fixée par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et du budget. Elle est révisée selon les mêmes modalités.

• Elle est versée à l'agence par la caisse primaire du régime d'assurance maladie des travailleurs salariés dans la circonscription de laquelle se trouve le siège de l'établissement, sous forme de versements mensuels égaux au douzième de la dotation globale.

• **Art. R. 791-3-7.** - L'arrêté fixant ou révisant la dotation globale, accompagné du budget approuvé, est notifié à l'agence, à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et à la caisse primaire chargée du versement de la dotation globale.

• Si la caisse primaire d'assurance maladie chargée du versement de la dotation globale n'a pas reçu notification de la décision fixant cette dotation avant le 1^{er} janvier de l'exercice en cause, elle règle, jusqu'à ce qu'une telle décision lui soit notifiée, des acomptes mensuels égaux aux sommes allouées pour la période correspondante de l'année précédente.

• **Art. R. 791-3-8.** - La répartition de la charge de la dotation globale de l'agence entre les différents régimes d'assurance maladie se fait selon les taux fixés annuellement en application de l'article R. 174-14 du code de la sécurité sociale.

• Section 4

• Dispositions relatives aux personnels et collaborateurs de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé

• **Art. R. 791-4-1.** - Outre les agents contractuels recrutés en application de l'article L. 791-10, le personnel de l'agence peut comprendre des agents régis par le titre II, le titre III ou le titre IV du statut général des fonctionnaires, ainsi que des personnels médicaux et pharmaceutiques mentionnés à l'article L. 714-27, dans le respect des dispositions qui les régissent.

• **Art. R. 791-4-2.** - Tout membre du conseil d'administration, du conseil scientifique ou du collège de l'accréditation, tout agent, tout membre de groupe de travail, tout membre du réseau d'experts de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé est soumis aux obligations énoncées aux deuxième et troisième alinéas de l'article L. 791-4.

• Ils demeurent astreints au respect des obligations énoncées au troisième alinéa de l'article L. 791-4 lorsqu'ils cessent leurs fonctions au sein de l'agence.

• Ils doivent, lors de leur nomination ou de leur prise de fonctions, adresser une déclaration au directeur général de l'agence et, pour le directeur général de l'agence, au ministre chargé de la santé, mentionnant les liens ou intérêts directs ou indirects qu'ils peuvent avoir avec tout établissement ou orga-

nisme mentionné à l'article L. 710-5, avec tout fabricant ou distributeur de dispositifs médicaux mentionnés à l'article L. 665-3 et avec tout établissement pharmaceutique mentionné à l'article L. 596, et mentionnant d'une manière plus générale toute activité personnelle ou professionnelle en rapport direct ou indirect avec les missions de l'agence. Ils s'engagent à signaler toute modification concernant cette situation. Tout manquement aux dispositions mentionnées au présent alinéa entraîne une radiation de la fonction exercée.

• Les membres du conseil d'administration, du conseil scientifique et du collège de l'accréditation ne peuvent prendre part ni aux délibérations ni au vote s'ils ont un intérêt direct ou indirect à l'affaire considérée.

• **Art. R. 791-4-3.** - Les fonctions de membre du conseil d'administration, du conseil scientifique, du collège de l'accréditation, d'un groupe de travail ou de membre du personnel de l'agence sont incompatibles entre elles et avec toute autre activité ou fonction au sein de l'agence.

• **Art. R. 791-4-4.** - Les personnels exerçant une fonction de direction au sein de l'agence ne peuvent exercer simultanément une activité dans un établissement ou un organisme mentionné à l'article L. 710-5, ni chez un fabricant ou distributeur de dispositifs médicaux mentionnés à l'article L. 665-3, ni dans un des établissements pharmaceutiques mentionnés à l'article L. 596.

• Les personnels scientifiques et techniques de l'agence, le président du conseil scientifique, les membres de la section de l'évaluation du conseil scientifique ne peuvent exercer simultanément une activité chez un fabricant ou distributeur de dispositifs médicaux mentionnés à l'article L. 665-3, ni dans un des établissements pharmaceutiques mentionnés à l'article L. 596.

• **Art. R. 791-4-5.** - Les membres du collège de l'accréditation ne peuvent, avant l'expiration d'un délai de trois ans, travailler pour ou entretenir des relations professionnelles rémunérées avec un des établissements ou organismes mentionnés à l'article L. 710-5 à l'accréditation duquel ils ont participé par une délibération ou un vote.

• Les membres du réseau d'experts et les membres du personnel de l'agence ne peuvent, avant l'expiration d'un délai de trois ans, travailler pour ou entretenir des relations professionnelles rémunérées avec un des établissements ou organismes mentionnés à l'article L. 710-5 pour lequel ils ont participé à une procédure d'accréditation.

• Le président du conseil scientifique, les membres de la section de l'évaluation de ce conseil, les personnels scientifiques et techniques et ceux exerçant une fonction de direction au sein de l'agence ne peuvent, dans un délai de cinq ans suivant la cessation de leurs fonctions, travailler pour ou entretenir des relations professionnelles rémunérées avec un fabricant ou distributeur de dispositifs médicaux mentionnés à l'article L. 665-3 ou avec un des établissements pharmaceutiques mentionnés à l'article L. 596.

• **Art. R. 791-4-6.** - Les experts et agents de l'agence ne peuvent participer à la procédure d'accréditation d'un des établissements ou organismes mentionnés à l'article L. 710-5 dans lequel ils travaillent ou ont travaillé, avec lequel ils entretiennent ou ont entretenu au cours des cinq années précédentes des relations professionnelles rémunérées, ou dans lequel ils ont ou ont eu des intérêts directs ou indirects au cours des cinq années précédentes.

• Les membres du collège de l'accréditation ne peuvent prendre part à aucune délibération ni vote relatif à un établissement ou organisme mentionné à l'article L. 710-5 pour lequel ils travaillent ou ont travaillé, ou avec lequel ils entretiennent ou ont entretenu au cours des cinq années précédentes des relations professionnelles rémunérées, ou dans lequel ils ont ou ont eu des intérêts directs ou indirects au cours des cinq années précédentes.

• Les membres de la section de l'évaluation du conseil scientifique ne peuvent prendre part à aucune délibération ni vote relatif à un fabricant ou distributeur de dispositifs médicaux mentionnés à l'article L. 665-3 ou à un établissement pharmaceutique mentionné à l'article L. 596 du livre V, pour lequel ils ont travaillé, ou avec lequel ils entretiennent ou ont entretenu au cours des cinq années précédentes des relations professionnelles, ou dans lequel ils ont ou ont eu des intérêts directs ou indirects au cours des cinq années précédentes.

• **Art. R. 791-4-7.** - Les dispositions du décret n° 95-833 du 6 juillet 1995 relatif à l'exercice d'activités privées par des

agents non titulaires des collectivités et établissements publics sont applicables au personnel de l'agence lorsqu'ils ont cessé définitivement leurs fonctions.

Art. 2. - Il est ajouté au chapitre I^{er} (A) du titre VII du livre I^{er} du code de la santé publique (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat) une section 3 ainsi rédigée :

Section 3

« L'évaluation et l'accréditation des établissements de santé »

Art. R. 710-6-1. - Les documents d'analyse utilisés lors de la procédure d'accréditation décrivent notamment les méthodes, indicateurs, critères, référentiels, recommandations de bonne pratique clinique, références médicales et professionnelles mentionnées aux articles L. 710-5, L. 791-2 et L. 791-3 du code de la santé publique et à l'article L. 163-12-15 du code de la sécurité sociale.

Art. R. 710-6-2. - La demande d'engagement de la procédure d'accréditation est adressée au directeur général de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, sous pli recommandé avec demande d'avis de réception, par le représentant légal de l'établissement ou de l'organisme mentionné à l'article L. 710-5, accompagnée d'un dossier dont la composition est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé après avis de la section de l'accréditation du conseil scientifique de l'agence.

Le directeur général de l'agence nationale veille à ce que le représentant légal de l'établissement ou de l'organisme engage l'ensemble des services et activités de l'établissement ou de l'organisme dans la procédure d'accréditation dans le délai fixé à l'article L. 710-5. Si tel n'est pas le cas, il en informe le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation.

Chaque agence régionale de l'hospitalisation est tenue régulièrement informée par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé de l'engagement de chaque établissement ou organisme de la région considérée dans la procédure d'accréditation, ainsi que de la date et du lieu d'une visite sur site dès que celle-ci est décidée.

Art. R. 710-6-3. - A partir des documents d'analyse mentionnés à l'article R. 710-6-1, qui leur sont transmis par le directeur général de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, les établissements et organismes procèdent à une auto-évaluation, le cas échéant par service et activité, dans le cadre des articles L. 710-1-1 et L. 710-5. Les résultats de l'auto-évaluation sont communiqués par l'établissement ou l'organisme au directeur général de l'agence nationale. Il est alors procédé à une visite d'accréditation sur site.

Les personnes chargées d'effectuer cette visite sont désignées par le directeur général de l'agence nationale parmi les membres du personnel de celle-ci et parmi les professionnels nommés en tant qu'experts, au titre de l'accréditation, du réseau national ou local mentionné à l'article L. 791-4 et exerçant ou ayant exercé dans les trois années précédentes dans un établissement ou un organisme mentionné à l'article L. 710-5. Les désignations faites sont portées à la connaissance de l'établissement ou de l'organisme intéressé.

Les visites sur site ne peuvent être effectuées par des experts ou agents exerçant une activité professionnelle dans la région de l'établissement ou de l'organisme concerné. Toute récusation d'expert ou d'agent par l'établissement de santé ou l'organisme ne peut être motivée que par ce motif ou par un conflit d'intérêt. Elle est formulée par le représentant légal de l'établissement ou de l'organisme auprès du directeur général de l'agence nationale.

Art. R. 710-6-4. - Les visites sont conduites dans le respect du secret professionnel. L'établissement ou l'organisme qui en est l'objet communique aux experts et agents chargés de ces visites tout document nécessaire à leur analyse. Les experts et agents médicaux peuvent consulter sur leur demande les dossiers ou documents médicaux rendus anonymes.

Chacun des services ou activités des établissements ou des organismes cités à l'article L. 710-5 fait l'objet d'une analyse spécifique par les experts ou agents mentionnés à l'article R. 710-6-3. Cette analyse, portant sur l'ensemble des domaines mentionnés à l'article L. 710-5, est effectuée à partir des documents d'analyse correspondant aux services et activités de l'établissement ou de l'organisme mentionnés à l'article L. 710-5.

Le rapport des experts est établi à partir des documents d'analyse et de ceux des visites sur site et des résultats de

l'auto-évaluation mentionnés respectivement aux articles R. 710-6-1 et R. 710-6-3. Il rend compte de la qualité et de la sécurité des soins et de l'ensemble des prestations délivrées, par services ou par activités, en tenant compte notamment de leur organisation interne ainsi que de la satisfaction des patients. Lorsque la procédure concerne l'ensemble de l'établissement ou organisme, ou lorsqu'elle concerne les derniers services ou activités de l'établissement ou organisme à faire l'objet d'une procédure d'accréditation, le rapport porte également sur l'incidence de l'organisation interne de l'établissement sur la qualité et la sécurité des soins.

Le rapport des experts est transmis par le directeur général de l'agence nationale au représentant légal de l'établissement ou de l'organisme, dans le délai de deux mois après la visite. Ce dernier dispose d'un délai d'un mois à compter de la réception du rapport pour faire ses observations.

Art. R. 710-6-5. - Le collège de l'accréditation procède à l'examen du rapport des experts. Il peut demander une autre visite d'accréditation.

A l'issue de son examen, le collège de l'accréditation décide s'il a été satisfait à la procédure d'accréditation. Si tel est le cas, il valide un rapport d'accréditation qui comporte :

1^{er} D'une part,

a) L'ensemble des constatations pertinentes du rapport des experts pour chacun des services et activités ayant fait l'objet d'une analyse et le cas échéant, pour l'établissement ou l'organisme mentionné à l'article L. 710-5 ;

b) L'intégralité des observations de l'établissement ou de l'organisme et des informations complémentaires ;

2^o D'autre part, les conclusions du collège qui :

a) Formule ses propres appréciations des services, activités, établissements ou organismes concernés ;

b) Détermine, compte tenu des propositions des experts, les recommandations à suivre par chacun des services et activités et le cas échéant, par l'établissement ou l'organisme ;

c) Fixe les modalités du suivi de ces recommandations par l'établissement ou l'organisme et par l'agence nationale ;

d) Arrête le délai au terme duquel l'établissement ou l'organisme doit avoir engagé une nouvelle procédure d'accréditation au titre des services et activités ayant fait l'objet du rapport susmentionné.

Art. R. 710-6-6. - Le directeur général de l'agence nationale transmet le rapport d'accréditation à l'établissement ou à l'organisme concerné, ainsi qu'au directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation compétente.

Art. R. 710-6-7. - En cas de contestation des conclusions du collège de l'accréditation, une deuxième délibération du collège peut être demandée par les parties intéressées dans un délai d'un mois après réception du rapport d'accréditation.

Art. R. 710-6-8. - Le directeur général de l'agence nationale remet à l'établissement ou à l'organisme mentionnés à l'article L. 710-5 un compte rendu d'accréditation comportant au moins le délai et les recommandations mentionnés à l'article R. 710-6-5. Ce compte rendu peut être consulté sur demande par le public ou les professionnels de santé intéressés.

Art. R. 710-6-9. - L'agence nationale rend publics les indicateurs, critères et référentiels mentionnés à l'article L. 710-5 qui visent à améliorer la qualité et la sécurité des soins.

Art. R. 710-6-10. - Lorsqu'au cours de la procédure d'accréditation sont constatés des faits ou manquements mettant en jeu la sécurité des patients, les agents et les personnes collaborant même occasionnellement aux travaux de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé doivent le signaler immédiatement au directeur général de l'agence nationale. Celui-ci en informe sans délai les autorités compétentes.

Art. R. 710-6-11. - A la demande du ministre chargé des armées, l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé procède à l'accréditation des hôpitaux des armées que ce ministre désigne.

Art. 3. - Le budget de l'exercice 1997 de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé sera fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et du budget.

Art. 4. - Quelle que soit la date d'installation du conseil d'administration de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, et par dérogation aux dispositions du deuxième

alinéa de l'article R. 791-3-6, la dotation globale relative à l'exercice 1997 sera répartie sur la base de douze allocations mensuelles de même montant. Les allocations dues au titre des mois antérieurs à la date de fixation de la dotation globale et l'allocation afférente au mois en cours à cette date sont versées simultanément.

Art. 5. - Dans le respect des dispositions législatives et réglementaires en vigueur, et sous réserve d'une délibération dans ce sens du conseil d'administration de l'Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale :

1° L'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé reprend la propriété intellectuelle des études et travaux réalisés ou en cours de réalisation de l'Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale ; le recouvrement des créances liées à ces études et travaux reste à la charge de l'Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale ;

2° L'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé a l'usage des biens détenus par l'Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale.

Ces dispositions s'appliquent jusqu'à l'entrée en vigueur des dispositions prévues à l'article 6 du présent décret.

Art. 6. - Dans les mêmes conditions qu'à l'article 5 du présent décret, et sous réserve d'inventaire approuvé par arrêté du ministre chargé de la santé et du ministre chargé du budget, l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé reprend de plein droit l'ensemble des biens, des droits et obligations, des créances et des dettes de l'Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale.

Art. 7. - Le ministre de la défense, le ministre du travail et des affaires sociales, le ministre de l'économie et des finances, le ministre de l'agriculture, de la pêche et de l'alimentation, le ministre délégué au budget, porte-parole du Gouvernement, et le secrétaire d'Etat à la santé et à la sécurité sociale sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le 7 avril 1997.

ALAIN JUPPÉ

Par le Premier ministre :

Le ministre du travail et des affaires sociales,
JACQUES BARROT

Le ministre de la défense,
CHARLES MILLON

Le ministre de l'économie et des finances,
JEAN ARTHUIS

Le ministre de l'agriculture, de la pêche
et de l'alimentation,
PHILIPPE VASSEUR

Le ministre délégué au budget,
porte-parole du Gouvernement,
ALAIN LAMASSOURE

Le secrétaire d'Etat à la santé
et à la sécurité sociale,
HERVE GAYMARD

Annexe 3 : Contrat d'accréditation entre l'Anaés et l'établissement de santé

Contrat conclu entre :

d'une part, l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES)
représenté par son Directeur Général, le Professeur Yves MATILON,

d'autre part, (désignation de l'établissement)

représenté par

(titre)

ayant qualité pour engager l'établissement dans la procédure d'accréditation.

Titre I. DISPOSITIONS GENERALES - OBJET

Vu les articles :

- L 710.5 du Code de la Santé Publique,
- L 791.1 du Code de la Santé Publique,
- L 791.3, 4, 8 du Code de la Santé Publique,
- les dispositions du décret n° 97-311 du 11 avril 1997 portant modification du Code de la Santé Publique.

L'accréditation est une procédure d'évaluation externe visant à porter une appréciation indépendante sur la qualité des établissements de santé portant sur les procédures, les bonnes pratiques cliniques et les résultats.

Cette procédure, conduite par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé a pour objectif de s'assurer que les établissements développent une démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins délivrés aux patients.

La procédure d'accréditation est conduite à l'aide de documents de recueil et d'analyse composés du Manuel d'accréditation, de guides pédagogiques ainsi que d'outils de recueil des appréciations servant lors de l'autoévaluation puis de la visite ; elle nécessite l'implication des professionnels à tous les stades de la démarche, dans un esprit de partenariat avec l'ANAES.

Compte tenu des dispositions qui précèdent, la mise en œuvre de la procédure d'accréditation requiert le respect, par chacun des intervenants, d'engagements réciproques définis au présent contrat et matérialisés par la signature des deux parties.

Titre II. LES ENGAGEMENTS DE L'ANAES

Article 1 : Documents mis à disposition

L'ANAES s'engage à adresser à l'établissement de santé, dès la signature du présent contrat, les documents d'analyse permettant le démarrage de la procédure. Ces documents sont composés respectivement, du manuel d'accréditation, du guide « Préparer et conduire votre démarche d'accréditation », ainsi que des grilles de recueil des résultats de l'autoévaluation.

L'ANAES s'engage à adresser à l'établissement de santé des outils pédagogiques lui permettant de conduire ses actions de communication et de formation auprès des professionnels.

Article 2 : Intervention des experts-visiteurs

L'ANAES s'engage à faire assurer la visite d'accréditation par des experts-visiteurs, agissant en son nom et sous sa responsabilité et formés à l'exercice de cette mission. Les experts-visiteurs interviennent en équipe multiprofessionnelle dont la composition et la durée d'intervention sont fixées par le présent contrat.

Dans l'éventualité de l'indisponibilité de l'un des experts-visiteurs prévus avant le commencement de la visite, l'ANAES s'engage à en assurer le remplacement.

A l'issue de l'intervention des experts-visiteurs, l'ANAES demande à l'établissement de santé de procéder à une évaluation de l'équipe des experts-visiteurs.

Article 3 : Obligation de signalement

L'ANAES s'engage à informer sans délai le directeur ou le responsable de l'établissement de santé, de tout événement ou fait survenu lors de la visite signalé par les experts-visiteurs, susceptible donnant lieu à signalement auprès des autorités compétentes.

Article 4 : Respect des échéances par l'ANAES

L'ANAES s'engage à respecter les échéances fixées à l'article 11 du présent contrat et à transmettre à l'établissement de santé :

- le rapport des experts, dans un délai de 2 mois suivant la fin de la visite,
- le rapport d'accréditation, dans un délai de 2 mois suivant la réception des observations de l'établissement sur le rapport des experts.

Article 5 : Communication des résultats de l'accréditation

Le compte rendu d'accréditation est transmis par l'ANAES à l'établissement de santé pour consultation à la demande du public et des professionnels.

L'ANAES n'entend pas donner suite aux demandes de communication de comptes rendus d'accréditation d'établissements de santé effectuées auprès d'elle, par le public ou des professionnels. Cependant, l'ANAES pourra communiquer la liste des établissements de santé ayant conclu leur procédure d'accréditation.

Article 6 : Règles de confidentialité à respecter par l'ANAES

Les experts-visiteurs, les membres du Collège de l'accréditation et les personnels de l'ANAES sont tenus au respect de la confidentialité des informations dont ils ont eu connaissance à l'occasion de leur mission.

Article 7 : Conservation des documents issus des procédures d'accréditation

L'ANAES s'engage à détruire, à l'issue de la procédure d'accréditation et après exploitation des éléments d'information requis par sa mission, tous les documents de travail utilisés, lors de la procédure.

S'agissant des autres documents, ils seront conservés par l'ANAES en perspective de la prochaine occurrence de la procédure d'accréditation.

Titre III. LES ENGAGEMENTS DE L'ETABLISSEMENT DE SANTE

Article 8 : Transparence, accessibilité aux informations

L'établissement s'engage à communiquer fidèlement à l'ANAES et aux personnes mandatées pour assurer les visites, les informations en sa possession pour apprécier l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins.

L'établissement de santé facilite l'accessibilité des personnes mandatées par l'ANAES, aux informations requises.

L'établissement de santé s'engage à informer l'ANAES des évolutions ou des faits (ex. : changement de statut, investigations en cours...) susceptibles de modifier le déroulement de la procédure d'accréditation.

Article 9 : Respect des échéances par l'établissement de santé

L'établissement s'engage à assurer le respect des échéances fixées à l'article 11 du présent contrat notamment quant à l'envoi des résultats de l'autoévaluation et de la proposition de planning de visite.

A défaut, si les experts-visiteurs ne peuvent recevoir les résultats de l'autoévaluation dans un délai minimum d'un mois avant le commencement de la visite, l'ANAES se réserve la possibilité de reprogrammer une nouvelle visite, selon un calendrier tenant compte des échéances des autres procédures en cours.

L'établissement s'engage à transmettre ses observations sur le rapport des experts dans un délai maximum d'un mois suivant réception de ce rapport.

Article 10 : Règles de confidentialité à respecter par l'établissement

Le Directeur ou le responsable de l'établissement de santé s'organise avec l'ensemble des professionnels pour veiller au respect de la confidentialité des appréciations formulées par les experts-visiteurs et ce jusqu'à ce que le Collège de l'accréditation ait réalisé le rapport d'accréditation et que soit adressé à l'établissement de santé le compte rendu d'accréditation.

Titre IV MISE EN ŒUVRE DE LA PROCÉDURE

Article 11 : Calendrier de la procédure

La procédure d'accréditation de (*désignation de l'établissement*) sera conduite selon le calendrier suivant :

- Autoévaluation :
 - ⇒ durée : commençant le / _ / _ / _ / et s'achevant le / _ / _ / _ / ;
 - ⇒ envoi par l'établissement des résultats de l'autoévaluation et de la proposition de planning de visite à l'ANAES au plus tard le / _ / _ / _ / ;
- Visite :
 - ⇒ durée : commençant le / _ / _ / _ / et s'achevant le / _ / _ / _ / soit / _ / jours :
 - ⇒ envoi du rapport des experts à l'établissement au plus tard le / _ / _ / _ / ;
- Observations sur le rapport des experts :
 - ⇒ envoi des observations au rapport des experts à l'ANAES au plus tard le / _ / _ / _ / ;
- Rapport d'accréditation :
 - ⇒ envoi du rapport d'accréditation à l'établissement au plus tard le / _ / _ / _ / .

Article 12 : Dimensionnement de la visite

La durée de la visite et la composition de l'équipe d'experts-visiteurs tiennent compte tant de la taille que de la diversité du nombre d'activités cliniques voire du nombre de sites concernés par la procédure.

La visite d'accréditation de (*désignation de l'établissement*) est dimensionnée comme suit :

- durée : /__ / jours ;
- composition : /__ / experts-visiteurs.

Article 13 : Contribution financière due par l'établissement

L'établissement s'engage à assurer le paiement de la contribution financière due au titre de l'accréditation.

Cette contribution est établie conformément au dimensionnement de la visite établi à l'article 12.

Cette contribution est calculée en appliquant le tarif de la journée d'intervention défini par voie d'arrêté ministériel, au nombre de jours requis pour la visite (nombre de jours de visite X par le nombre d'experts-visiteurs).

Un avenant tarifaire au présent contrat fixera le montant de cette contribution.

Article 14 : Durée du contrat – clauses suspensives

Le présent contrat prend effet dès sa signature par les parties intéressées et prend fin dès transmission par l'ANAES à l'établissement du compte rendu d'accréditation.

Le présent contrat peut être suspendu par voie de lettre recommandée avec accusé de réception, en cas de non-respect par l'une des parties des engagements susvisés.

Le Directeur Général de l'ANAES

Mr Yves MATILLON

Le (*titre du représentant ayant qualité
pour engager l'établissement*)
(*désignation de l'établissement*)

Mr

Annexe 4 : Etapes de la procédure et échéancier

Le choix des échéances et de la durée des phases et étapes initiales revient à l'établissement de santé, qui l'effectuera en fonction notamment de sa taille, de sa complexité, de sa stratégie en matière d'amélioration de la qualité et de la sécurité, des champs et de l'antériorité des démarches qualité entreprises.

PHASE	Étape	Actions	Responsabilités	Chronologie
PREPARATION		Analyse des conditions d'opportunité pour l'engagement de l'établissement dans la procédure d'accréditation (projet d'établissement, conformité réglementaire, culture qualité...)	Direction + Structures institutionnelles	Variable
		• Éventuellement, formalisation du projet d'établissement et du contrat d'objectifs, mise en conformité • Premières actions de communication et de formation interne • Le cas échéant : entraînement à l'auto évaluation	Direction + Structures institutionnelles Responsable formation Professionnels Équipes volontaires ?	
		Décision formelle relative à la date à laquelle l'établissement s'engagera officiellement dans la procédure d'accréditation	Direction + Structures institutionnelles	12 -18 mois avant la visite
ENGAGEMENT		Constitution, validation par les structures institutionnelles de l'établissement et envoi au Directeur général de l'ANAES du dossier de demande d'engagement dans la procédure d'accréditation et du dossier de présentation de l'établissement	Représentant légal de l'établissement, Structures institutionnelles	6-12 mois avant la visite
		Echanges entre l'établissement et l'ANAES concernant notamment les grandes lignes de l'organisation de l'auto évaluation, puis signature du contrat d'engagement dans la procédure d'accréditation. L'ANAES transmet à l'établissement les référentiels et l'ensemble des documents d'analyse pour l'auto évaluation	Représentant légal de l'établissement, Groupe de Pilotage	Durée: 2 mois
AUTO ÉVALUATION	1	Désignation d'un groupe de pilotage, définition de ses missions et responsabilités	Direction + Structures institutionnelles	
	2	Constitution des équipes d'auto évaluation	Groupe de Pilotage, validation par Structures institutionnelles	
		Elaboration et mise en place d'un plan de formation des équipes	Direction Groupe de Pilotage, Responsable formation, intervenants à définir	
		Elaboration et mise en place d'un plan de communication interne à l'établissement pour la préparation à l'auto évaluation, à la visite et aux étapes ultérieures	Direction Groupe de Pilotage	
	3	Début de l'auto évaluation : étude du référentiel, référence par référence ; identification des problèmes ; recherche des informations et des documents nécessaires.	Equipes d'auto évaluation, encadrement éventuel par le groupe de pilotage	Durée: 3 à 6 mois
	4	Rédaction des commentaires pour chaque référence		
	5	Détermination du niveau de conformité pour chaque référence à l'aide de l'échelle d'appréciation		
	6	Synthèse du travail des équipes d'auto évaluation pour l'établissement	Groupe de pilotage	
7	Version finale des documents d'auto évaluation: note méthodologique, synthèse des commentaires par référence, niveau global de conformité par référence, synthèse par référentiel et indicateurs de suivi proposés.			

PHASE	Étape	Actions	Responsabilités	Chronologie
	8	Communication éventuelle de la version finale des documents d'auto évaluation avant envoi à l'ANAES	Direction + Structures institutionnelles	
		Elaboration d'une proposition de planification de la visite	Direction Groupe de Pilotage	
		Envoi de la version finale des documents d'auto évaluation et de la proposition de planification de la visite à l'ANAES	Représentant légal de l'établissement	6 semaines avant la visite
PRÉPARATION DE LA VISITE		Echanges entre l'établissement de santé et l'ANAES concernant la préparation de la visite; conférence téléphonique avec l'expert visiteur coordinateur. • élaboration du programme détaillé de la visite • choix des secteurs d'activité devant faire l'objet de rencontres spécifiques avec les experts visiteurs	Direction Groupe de pilotage	1 mois avant la visite
		Communication interne et formation spécifiques à la préparation de la visite	Direction Groupe de Pilotage, Responsable formation, intervenants à définir	30-15 jours avant la visite
		Préparation de la visite : • préparation des présentations des équipes d'autoévaluation • préparation des documents mis à disposition des experts visiteurs • mises en situation	Groupe de pilotage équipes d'autoévaluation professionnels de terrain	Dernière quinzaine avant la visite
VISITE		Visite d'accréditation	Les professionnels de l'établissement et les experts visiteurs se rencontrent et discutent	
CONCLUSION ET SUIVI		Bilan de la visite : • synthèse des notes d'entretien • analyse critique des difficultés éventuelles rencontrées • remerciements à tous les participants	Direction Groupe de pilotage équipes d'autoévaluation professionnels	Première quinzaine après la visite
		Réception du rapport des experts	Représentant légal de l'établissement	1-2 mois après la visite
		Analyse du rapport des experts, rédaction des observations de l'établissement et transmission à l'ANAES	Représentant légal de l'établissement, groupe de pilotage, équipes d'auto évaluation au besoin	Au plus tard 1 mois après réception du rapport des experts
		Réception du rapport d'accréditation validé par le Collège d'accréditation	Représentant légal de l'établissement	3-4 mois après la visite
		Analyse du rapport d'accréditation (et recours éventuel).	Représentant légal de l'établissement, Structures institutionnelles, groupe de pilotage, équipes d'auto évaluation au besoin	En cas de recours : au plus tard 1 mois après réception du rapport
		Diffusion du rapport d'accréditation	Représentant légal de l'établissement	A réception, en l'absence de recours
		Elaboration d'un plan de suivi en fonction des actions d'amélioration identifiées lors de l'auto évaluation et des recommandations formulées par le Collège d'accréditation	Structures institutionnelles, groupe de pilotage	Après réception du rapport d'accréditation
		Décision concernant la communication externe de l'établissement et la diffusion du compte rendu d'accréditation	Direction + Structures institutionnelles	
		Suivi des recommandations formulées par le Collège d'accréditation	Structures institutionnelles, Groupes de projet d'amélioration de la qualité	En fonction des modalités prévues par le rapport
		Engagement de l'établissement dans une nouvelle procédure d'accréditation	Direction + Structures institutionnelles	En fonction du délai prévu par le rapport

Annexe 5 : Tableau chronologique des différents événements réalisés au cours de la préparation à l'accréditation

Dates	Evénements
Janvier 95	Appel d'offres n°1 ANDEM/DH sur le Programme d'assurance qualité
Mai 95	Création de la Commission de la Qualité des Soins et de l'Evaluation (CQSE1)
Mai 96	Appel d'offres n°2 ANDEM/DH sur le Programme d'assurance qualité
9 juin	CQSE1
19 juin	CQSE2
28 juin	CQSE3
10 juillet	CQSE4
Septembre	Deux études retenues par l'ANDEM et une financée par l'établissement
10 mars 97	CEQSA1
17 et 18 mars	Tenue des IVème assises nationales des hôpitaux hospitalo-universitaires
Septembre 97	Prise de fonction du médecin de santé publique en tant que MCU-PH
14 octobre	CEQSA2
Octobre	Création de l'UEQSA
17 décembre	CEQSA3 entrée des vigilances
19 décembre	Conférence « inaugurale » dans l'établissement sur la préparation à l'accréditation faite par le directeur général
Janvier 1998	Entrée en fonction de l'infirmière de l'UEQSA
	Prise de fonction de l'infirmière générale en charge de la qualité
Janvier	Installation du conseil des relations avec les usagers
Janvier à Mai	pré-rédaction du RIAE Constitution et réalisation des groupes de travail
19 février	CEQSA1
Février	Constitution d'une commission de conciliation
	Prise de fonction de la secrétaire de l'UEQSA
Mars	Création d'une commission qualité dans l'établissement psychiatrique
1 ^{er} avril	Prise de fonction de l'attaché de direction en charge de la qualité à la direction des affaires financières
3 avril	BQ1 (Création du bureau qualité)
22 avril	BQ2
30 avril	Journée ANAES : venue d'un représentant de l'ANAES, Présentation des trois PAQ
18 mai	BQ3
20 mai	CEQSA2
10-11 juin	Session 1 : formation évaluation/accréditation
15 juin	BQ4
22 septembre	BQ5
29 septembre	Réunion avec les syndicats et discussion pour leur entrée à la CEQSA
4 novembre	Conférences évaluation/accréditation (site Court séjour)
13 novembre	Conférences évaluation/accréditation (site Court séjour)
16 novembre	Conférences évaluation/accréditation (site Court séjour)
	Conférences évaluation/accréditation (site Psychiatrie)

17 novembre	BQ6
24-25 novembre	Session 2 : formation évaluation/accréditation
17 décembre	Session 1 : suivi formation
18 décembre	BQ7
Janvier 99	Modification composition de la CEQSA entrée des syndicats
Janvier	Diffusion de la première lettre des vigilances
6 Janvier	CEQSA1 et Validation du RIAE services de soins et de la charte du bureau qualité
Janvier	Sortie du catalogue des actes de laboratoire
27 janvier	BQ1
Février	Parution de la version définitive du manuel ANAES
24 février	BQ2
25 février	Session 2 : suivi formation
Mars	Changement de CME
5 mars	Envoi du RIAE dans les services de soins
23 mars	BQ3
24 mars et 29 mars	Réunions d'aide méthodologique au remplissage du référentiel interne d'auto-évaluation
29 mars	CEQSA2
30 et 31 mars	Session 3 : formation évaluation/accréditation
Avril	Validation des RIAE : laboratoire, imagerie médicale et blocs opératoires
Avril	Arrivée d'un nouveau médecin de santé publique à l'UEQSA
Avril	Changement de CME
28 avril	BQ4
Mai	Envoi du classeur qualité dans les services
10 Mai	Date prévu de retour des RIAE
Mai	Installation des nouveaux membres CEQSA suite au changement de CME Changement de présidence de la CEQSA
20 mai	CEQSA3 et élection d'un nouveau président
21 mai	Journée de formation à l'audit clinique par le réseau évaluation de l'ANAES
7 juin	BQ5
11 juin	Première journée qualité. Présentation des travaux d'évaluation dans les services,
15 juin	CEQSA4
Juin	Début du GAET- droit information du patient
17 juin	Session 3 : suite
21 juin	Journée accréditation pour les médecins venu d'un expert-visiteur médecin
24 juin	Journée qualité en psychiatrie
25 juin	Début du GAET – dossier du patient
	Début du GAET – VST
30 juin	BQ6
Juin	Installation de la commission de conciliation à la suite du conseil des relations avec les usagers et création de permanences sur site
Juillet	Départ du médecin responsable de l'UEQSA
Eté	Evaluation du dossier patient et soins infirmiers / DSSI et DIM
Eté	Appel d'offres ANAES
3 septembre	BQ7
14 septembre	CEQSA5
24 septembre	Début du GAET Fonction logistique

22 novembre	BQ8
23/24 novembre	Session 4 : formation évaluation/accréditation et ouverture aux établissements de Crozon, Landerneau et Morlaix
Décembre	Sélection de deux dossiers par l'ANAES : - appropriation des protocoles - dynamique de changement
1 ^{er} décembre	BQ9
22 décembre	CEQSA6 présentation dispositif de gestion des risques
6 janvier 2000	Session 4 : suite formation
11 janvier	BQ1
27/28 janvier	Session 5 : formation évaluation/accréditation
Début février	Début des visites dans les services
9 février	BQ2
18 février	Début GAET OPC
29 février	BQ3
13 mars	CEQSA1 officialisation du comité des responsables qualité des laboratoires
30/31 mars	Session 6 : formation évaluation/accréditation
5 avril	BQ4
10 avril	Début du GAET SPI (infections nosocomiales)
21 avril	Session 5 : suivi formation
3 mai	Début GAET QPR (Gestion de la qualité et prévention des risques)
Mai	Formation proposée par un médecin de santé publique pour les médecins annulée par manque d'effectifs
Mai	Création de la cellule de gestion des risques sous la responsabilité de la direction qualité
7 juin	CEQSA2
16 juin	Session 6 : suivi formation
Août	Enquête auprès des médecins généralistes (réalisé par la direction qualité et le DIM)
Octobre 2000	Lancement de la Lettre Qualité
?????	Création de la direction qualité
5 octobre	BQ 5
9 octobre	CEQSA3
12 octobre	Formation organisée spécifiquement pour les médecins par un professeur de santé publique externe à l'établissement
12 octobre	Formation évaluation et gestion de la qualité dans la pratique médicale, quels enjeux
Novembre	Formation audit clinique, annulée faute de participants
8 novembre	Formation sur la responsabilité médicale à l'hôpital évolution de la jurisprudence information patient et gestion des risques
23 novembre	BQ 6
4 décembre	Avis positif de la CME pour l'engagement du CHU dans l'accréditation
13 décembre	Envoi du dossier d'engagement du CHU dans la procédure d'accréditation à l'ANAES
13 décembre	Sélection des projets pour la présentation lors de la deuxième journée qualité
19 décembre	CEQSA 4
16 janvier 2001	Deuxième journée qualité ouverte aussi aux établissements du secteur sanitaire
25 et 26 janvier	Formation à l'audit clinique (session 7)
14 mars	BQ 7

28 mars	Lettre du président de la CEQSA au Directeur Général et au Président de la CME
26 et 27 avril	Formation à l'audit clinique (session 8)
18 mai	Réunion commission d'établissement
21 mai	Formation procédures de rédaction et gestion documentaires 1
23 mai	BQ 8
31 mai	Formation procédures de rédaction et gestion documentaires 2
5 juin	Formation procédures de rédaction et gestion documentaires 3
8 juin	Formation procédures de rédaction et gestion documentaires 4
11 juin	BQ 9
18 juin	CEQSA 1 Présentation de l'autoévaluation finale
21 juin	Formation procédures de rédaction et gestion documentaires 5
25 juin	Présentation de l'auto-évaluation en CME
26 juin	Formation procédures de rédaction et gestion documentaires 6
8 août	BQ 10
20 août 2001	Envoi disquette à l'ANAES
7 septembre	CEQSA 2
20 septembre	BQ 11
Septembre	Création du comité de coordination des vigilances
Octobre	Visite de l'Anaes du 1 au 5 pour le court séjour et du 15 au 19 pour la psychiatrie, le moyen et le long séjour
Novembre/Décembre	Réunions de « restitution »

Annexe 6 : Composition et évolution de la CEQSA de 1997 à l'an 2000

	CEQSE 1995	CEQSA 1997 ¹	CEQSA 1998	CEQSA 2000
Président	le président de la CME	Le président de la CME	Le président de la CME	Le président de la CME et par délégation le chargé de mission auprès du président de la CME
Représentants délibératifs	16 membres	23 membres	26 membres	31 membres
• De droit :	- le président de la CME, - le directeur général, - le coordonnateur du collège médical, - le responsable de la discipline universitaire de santé publique, - le directeur du service de soins infirmiers, - 1 médecin du Département d'Information Médicale - 1 assistante hospitalo-universitaire en santé publique	- Le président de la CME - Le directeur général - Le doyen de la Faculté de Médecine - Le coordonnateur du collège médical - Le responsable universitaire de la santé publique - Le président du CLIN - Le directeur de la DSSI ou son représentant - Le président de la commission de recherche biomédicale - Le président du Comité d'Ethique - Le président du comité de matériovigilance - Le responsable du Comité de Pharmacovigilance - Le responsable du Comité d'hémovigilance et de sécurité transfusionnelle	- Le président de la CME - Le directeur général, - Le président du comité d'éthique - 1 représentant du service de soins infirmiers - 1 représentant du comité d'hémovigilance - 1 représentant du CHSCT - 1 représentant du CTE - Le responsable de la discipline universitaire de santé publique - 1 représentant du comité de pharmacovigilance - Le président du CLIN - Le directeur assurances contentieux - Le correspondant de matériovigilance - Le doyen de la faculté - Le président du collège médical - Le président de la commission de recherche biomédicale	- Le président de la CME, - Le directeur général - Le président du Comité d'Ethique - Le responsable du Comité d'hémovigilance et de sécurité transfusionnelle - Le représentant du Comité de Pharmacovigilance - Le président du CLIN - Le directeur assurances et contentieux - Le directeur de la DSSI ou son Représentant - Le responsable universitaire de la santé publique - Le correspondant local de matériovigilance - Le doyen de la Faculté de Médecine - Le président de la commission de recherche biomédicale - Le président du collège médicale

¹ Composition à partir d'octobre 1997.

				- Le responsable de l'information médicale - 1 représentant du CTE - 1 représentant du CHSCT
• Elus par la CME :	- 4 médecins - 1 psychiatre - 1 pharmacien	- 5 médecins - 1 psychiatre - 1 pharmacien	- 5 médecins - 1 psychiatre - 1 pharmacien	- 6 médecins - 1 psychiatre représentant de la Commission consultative de psychiatrie - 1 pharmacien
• Elus par la commission de soins infirmiers	- 3 représentants de la commission de soins infirmiers (un cadre infirmier, un infirmière et un aide soignant),	- 1 représentant des sages-femmes - 1 Représentant des Infirmiers - 1 Représentant des Aides-Soignants	- 1 représentant des sages-femmes - 1 Représentant des cadres Infirmiers - 1 Représentant des Infirmiers - 1 Représentant des Aides-Soignants	- 1 représentant des sages-femmes - 1 représentant des cadres infirmiers - - 1 représentant des Aides-Soignants - 1 représentant des Infirmiers
• Autres	- 1 représentant du service social, - 1 représentant du conseil d'administration	- 1 représentant du service social	- 1 représentant du service social	- 1 représentant du service social
Représentants consultatifs	2 membres - 1 représentant de la cellule d'analyse de gestion, - le directeur des affaires médicales - toute personne compétente sur une question à l'ordre du jour	- Le praticien responsable de l'information médicale - Le directeur des affaires médicales - Une sage-femme cadre - Le médecin responsable de l'UEQSA - Toute personne compétente sur une question à l'ordre du jour	- Le directeur des affaires médicales, - Les membres de l'UEQSA, - L'attachée de direction en charge de la qualité, - Le responsable de l'information médicale, - Toute personne compétente sur une question à l'ordre du jour	- Le directeur des affaires médicales - Le médecin responsable de l'UEQSA - L'infirmière de l'UEQSA - Le directeur qualité - Toute personne compétente sur une question à l'ordre du jour
Total	18 membres	28 membres	31 membres	35 membres

Annexe 7 : Composition de la commission qualité « Psy »

Le directeur de l'établissement	1
1 représentant médical de chaque secteur psychiatrique	7
4 représentants cadres supérieurs de secteur psychiatrique	4
L'infirmière générale en charge de la psychiatrie	1
Le pharmacien responsable de l'établissement	1
1 cadre socio-éducatif	1
1 représentant des secrétariat	1
Les trois référents qualité	3
Le médecin DIM responsable de la psychiatrie	1
Total	20 personnes

Annexe 8 : Lettre du président de la CEQSA

Président de la CEQSA

Brest, le 28 mars 2001

Monsieur le Directeur Général
Monsieur le Président de la C.M.E.
En l'Etablissement

Monsieur le Directeur Général,
Monsieur le Président,

A six mois de la visite d'Accréditation, alors que la tension commence à monter, il m'a semblé important de vous faire part de quelques réflexions.

La préparation de cet événement bat son plein et pourtant, le corps médical ne semble pas du tout concerné. Les dossiers avancent certes, la Direction Qualité et l'Infirmière Générale en charge de la Qualité des Soins Infirmiers, tout comme l'UEQSA, ne ménagent pas leurs efforts. Mais les praticiens ont apparemment d'autres soucis.

En octobre dernier, au cours d'un Bureau Qualité, j'avais déjà tiré la sonnette d'alarme. J'avais alors expliqué, avec Monsieur le Professeur , quelles étaient, à mon avis, les causes de ce désintéressement et proposé quelques pistes pour y remédier.

Si vous le voulez bien, je vais reprendre les principaux éléments qui avaient motivé cette intervention.

I/ LE CONSTAT

En premier lieu, il faut être clair sur ce constat. De nombreux médecins de cet hôpital ne considèrent l'Evaluation et la Qualité, que comme des concepts totalement abstraits qu'ils ne relient pas à leur pratique quotidienne. Si le personnel paramédical semble, globalement, s'être investi dans la démarche Qualité, le corps médical est très loin de l'avoir fait : les preuves en sont nombreuses et n'ont cessé d'affluer depuis plusieurs mois.

1- Les causes

Pendant un certain temps j'ai cru que cette réticence était liée uniquement à un défaut de communication. Aujourd'hui, j'ai plutôt le sentiment que les médecins rejettent la démarche parce qu'ils ne se reconnaissent pas dans l'organisation et le système en place, notamment la CEQSA. Pourquoi ?

-) l'urgence de l'accréditation (depuis au moins 3 ans !) permet difficilement aux membres de cette commission de débattre des grandes orientations de la démarche Qualité. La CEQSA a, actuellement, un rôle symbolique. Elle ne fait, la plupart du temps, qu'enregistrer les décisions prises au Bureau Qualité ou au niveau administratif (Cap Qualité, création de comités...),

-) les missions actuelles de la CEQSA ne lui donnent aucun regard sur la globalité et la cohérence de la démarche, d'où un manque de lisibilité certain,

-) l'accréditation, procédure réglementaire est gérée de manière très administrative. Elle constitue pour l'instant le seul thème de travail de cette commission, au détriment de toutes les autres thématiques en lien avec la Qualité.

2- Les conséquences

Les conséquences de cette désaffection se traduisent par :

⇒ un absentéisme important du corps médical en CEQSA, mais aussi dans d'autres groupes de travail, comme les GAET. Certains allant même jusqu'à démissionner de leur mandat ou envisager cette démission.

⇒ la propagation d'un état d'esprit négatif, ou pour le moins, pessimiste ; de nombreux médecins ne font pas de lien entre les mesures proposées sur le plan institutionnel et leur activité professionnelle quotidienne, alors que, chaque jour, ils sont confrontés à des situations relevant directement de la Qualité des soins, de l'évaluation, de la sécurité.

⇒ une tendance, pour certains, à vouloir ignorer la CEQSA, puisqu'elle n'a, pratiquement, aucun rôle. Il faut remarquer que cette pratique est, de plus en plus souvent, le fait de l'Administration elle-même : création de comités, réalisations d'enquêtes, rétention d'informations... Parfois même, les chefs de service reçoivent certaines informations avant la Commission ! Ces déviations ne font que contribuer davantage à la frustration médicale.

Ces conséquences sont très graves, car la démarche engagée ne pourra s'inscrire dans le temps et être significative sans la participation effective du corps médical.

Nous observons donc, que la CEQSA est décrédibilisée, ceci étant dû à la fois à un manque de politique formalisée et à un mauvais fonctionnement des structures.

En un mot, aujourd'hui, la CEQSA ne sert à rien !

3- Et pourtant...

Tout ceci ne signifie pas que rien n'est fait. Les trois « référentes » pour l'Accréditation, les GAET, différents comités ou groupes de travail travaillent de façon intensive, font avancer les dossiers. Mais où est la transparence ? où est la lisibilité ? où est la participation ?

Le corps médical s'impliquera massivement dans le processus le jour où il aura le sentiment qu'il peut prendre part de façon effective aux modalités de décision, le jour où il se reconnaîtra dans l'organisation du système.

Vous pourriez me dire, qu'en tant que Président de la CEQSA, je peux influencer sur la motivation médicale. Après deux années à cette fonction, il m'apparaît que cela n'est pas possible, tant que restera figé le mode de fonctionnement actuel.

Comme je l'ai déjà souligné plusieurs fois en CME, la Qualité ne se décrète pas. Elle doit être mise en œuvre par les équipes de terrain, avec le soutien et la confiance des instances de l'établissement. L'accréditation n'est que la première étape devant nous conduire à un programme

d'amélioration continue de la Qualité qui aura deux faces : institutionnelle et de terrain. Ces deux aspects ne peuvent être dissociés. Or aujourd'hui, le côté institutionnel l'emporte largement sur l'autre. La CEQSA devrait être le point de rencontre de ces deux démarches, pour permettre à tous de s'exprimer, proposer et, pourquoi pas, décider.

C'est pourquoi l'on doit s'interroger sur plusieurs points :

-) les missions et objectifs de la CEQSA et du bureau Qualité, de façon à retrouver les principes qui ont présidé à sa constitution. Son premier Président, le Professeur [nom] ne devait pas s'imaginer qu'elle deviendrait un simple lieu d'enregistrement de décisions venues d'ailleurs,
-) la composition de cette commission, au moins sur le plan quantitatif. Il n'est pas possible qu'un groupe de 35 personnes puisse travailler de façon sereine. Ceci explique, en partie seulement, le rôle de plus en plus prépondérant du Bureau Qualité dans l'organisation actuelle,
-) les méthodes de travail de la CEQSA, afin d'introduire une participation réelle de ses différents membres.

Ces interrogations sont intimement liées à une autre, plus fondamentale : quelle est la Politique Qualité de l'établissement ? Il n'existe aucun document institutionnel formalisant celle-ci. Seules existent des décisions ponctuelles exprimant plus une volonté qu'une réelle politique.

II/ LES PROPOSITIONS

1- Les missions

Les missions officielles actuelles de la CEQSA sont limitées, pour l'essentiel, à la communication et la formation. D'autre part, elle est chargée d'aider les équipes hospitalières dans leurs efforts d'amélioration de la Qualité. Ce rôle est actuellement rempli, sur le plan opérationnel, par l'UEQSA.

Voici quelles devraient être les missions de la CEQSA, dans le cadre d'une politique Qualité cohérente :

⇒ Proposer aux instances de l'établissement les objectifs et moyens à mettre en œuvre pour le développement d'une politique d'amélioration continue de la Qualité (ACQ) et les futures préparations à l'Accréditation.

⇒ Coordonner les démarches entreprises au CHU dans le cadre de l'ACQ :

-) émettre un avis sur la pertinence de la création de toute nouvelle démarche ou structure de nature transversale ou institutionnelle allant dans le sens d'une ACQ. Eventuellement, susciter ou favoriser leur émergence.

-) coordonner l'action des différentes structures impliquées (commissions, comités, fédérations, groupes de travail...) dès lors que leurs champs d'action se chevauchent.

⇒ Enregistrer toutes les démarches entreprises de façon à établir un état des lieux permanent de la démarche Qualité dans l'établissement. Ce bilan sera publié périodiquement.

⇒ Définir et mettre en œuvre une politique d'évaluation et élaborer et proposer, grâce aux compétences spécifiques de l'UEQSA, les outils méthodologiques correspondants.

⇒ Développer et formaliser une politique de communication en vue de faire connaître au plus grand nombre les actions et expériences des uns et des autres dans les domaines de l'évaluation, l'accréditation et l'ACQ.

⇒ Etablir, en collaboration avec la direction de la Formation Continue et la FMC, un plan de formations à l'évaluation des pratiques professionnelles et aux démarches Qualité.

Les missions actuelles du Bureau Qualité sont, pour l'essentiel, cohérentes avec celles proposées ci-dessus :

- Outre le croisement des différentes informations liées aux démarches Qualité, il aura la possibilité, comme actuellement, d'instruire des dossiers que la Commission lui aura confiés.
- La mission de synthèse pour le positionnement de la démarche d'ensemble de l'établissement en vue de l'accréditation devra, dans l'avenir, appartenir à la CEQSA. Le rôle du Bureau Qualité devant consister à aider la Commission dans cette tâche.

Il ne faut pas perdre de vue que ce Bureau n'est pas une structure autonome et ne peut donc prendre seul des décisions. Il travaille en lien direct avec la CEQSA et sa fonction principale est de faciliter le travail de celle-ci. Il doit donc lui rendre compte de ses travaux, ce qui n'est pas toujours le cas aujourd'hui.

Toutes ces missions devront être validées par la CME et le CA, instances auxquelles la Commission devra rendre compte de ses activités. Il serait probablement judicieux qu'au moment de cette validation soit attribuée à la commission une autre appellation : Commission Qualité ou Commission de l'Amélioration Continue de la Qualité.

2- La composition

La CEQSA est une commission pléthorique. Le souci des instances de l'établissement a été d'associer à ses débats un grand nombre d'élus (choisis par la CME, mais aussi le CTE et le Comité Infirmier) et de représentants de différents comités. Cette volonté traduit bien l'importance accordée à cette Commission par les personnes qui ont présidé à sa création.

Ce souci de représentations multiples a cependant des conséquences très négatives. Il est très rare que 75 % des membres soient présents ; le pourcentage des absents se situe volontiers aux alentours de 50 %. Une autre conséquence réside en la difficulté d'obtenir des débats de qualité avec la présence d'un grand nombre de personnes.

C'est pourquoi je propose de ramener à 25 le nombre des membres de cette commission, tout en conservant les proportions actuelles entre médecins, paramédicaux et administratifs. Il est peut-être prématuré, à ce stade de la réflexion, d'aller plus avant dans les détails.

3- Le fonctionnement

Les méthodes de travail découlent directement des missions attribuées à la CEQSA et au Bureau Qualité, mais sont également dépendantes du nombre de membres de la commission.

Si la CME et le CA, ainsi que vous-même, acceptent les propositions énoncées ci-dessus, il faudra, et je m'y engage, que la Commission se fixe un plan de travail annuel, un programme, en accord avec les objectifs institutionnels.

Ceci impliquera un plus grand nombre de réunions (au moins deux fois plus qu'actuellement) ainsi que des liens plus étroits avec le Bureau Qualité. Des groupes de travail, chargés d'élaborer des propositions sur certains thèmes, ouverts à tous et pouvant intégrer des personnalités extérieures à la Commission, devront être constitués.

La Commission, comme c'est le cas actuellement, confiera à l'UEQSA des missions précises, en rapport avec l'évaluation et la formation.

Sans remettre en cause le rôle et le travail, très importants, fournis par les « référentes » en vue de l'Accréditation, dans le cadre du Bureau Qualité, il faudra que celui-ci prenne davantage en compte

les vœux de la Commission. Il devra, aussi souvent que possible, associer à ses travaux, toute personne, jugée compétente dans un domaine particulier.

Les convocations et l'ordre du jour de la Commission Qualité, devront, comme le compte-rendu des séances, être signés conjointement par la Direction Qualité et le Président de cette Commission.

IV/ CONCLUSION

Ces propositions n'ont qu'un seul but : donner aux professionnels de l'hôpital, ceux qui ont en charge d'accueillir et de soigner le patient, et au premier rang d'entre eux, les médecins, la possibilité d'être des interlocuteurs à part entière dans les débats fondamentaux qui se font jour actuellement.

Leur permettre de proposer, de débattre, de construire, devrait constituer, à n'en pas douter, l'objectif premier des responsables hospitaliers. Les experts visiteurs de l'ANAES, en octobre prochain, ne manqueront pas d'analyser les motivations et implications réelles des uns et des autres.

Si des modifications significatives, rejoignant celles proposées dans ce courrier, n'étaient pas apportées avant l'été, je pourrai considérer que je ne dispose pas des moyens de lever le blocage actuel. Il sera alors logique que je présente ma démission de la CEQSA et cesse d'encourager mes collègues, élus de la CME, à ne pas le faire.

Je vous prie d'accepter, Monsieur le Directeur Général, Monsieur le Président, l'assurance de mes plus sincères salutations.



PS : une copie de ce courrier est adressée, pour information, à chaque membre de la CEQSA.

Annexe 9 : mise en correspondance des concepts à l'étude avec les sources de données

I Conditions favorables à l'émergence	Questionnaire 1 et 2²	Questionnaire 3³	Entretiens⁴	Documents et Observations
Environnement OB explicite : projet ouvert	Q1, P1,I : 6,7,8,9,10 Q2, P1,I : 6,7,8,9,10		Partie 7	
OB avenir : capacité à se projeter dans l'avenir	Q1, P1,I : 9,10 Q2, P1,I : 9,10		Partie 7	
CB environnement : pressions fortes extérieures	Q1, P1,I : 1,2,3,4,5 Q1, P1,I : 1,2,3,4,5		Partie 7	- Ordonnances, Lois et décrets
Condition de base CB excédentaire : acteurs légitimes, insatisfaits			Partie 3 et 4	
CB autonomie : espaces discrétionnaires	Q1, P1,I : 10 Q2, P1,I : 10		Partie 3 et 4	
CB relation : capacités cognitives et relationnelles	Q1, P2,I : 19 Q2, P2,I : 19		Partie 3 et 4	
CB informations partagées	Q1, P1 : 10 Q2, P1 : 10	P1 : 4	Partie 3 et 4	

² Nous présenterons les correspondances en mentionnant tout d'abord le numéro du questionnaire, ensuite la partie et la section et enfin le numéro de la question.

³ Nous présenterons les correspondances en mentionnant la partie et le numéro de la question.

⁴ Nous prendrons comme exemple l'entretien 3 qui est l'entretien "maître" en mentionnant les parties.

Stratégies ST diffusion : promoteurs initiateurs légitimes, capacité de prendre des risques	Q1, P1, II : 1 à 8 Q2, P1, II : 1 à 9	P1 : 1,2	Partie 3 et 4	- journal interne, lettre qualité, classeur qualité
ST apprentissage : lieux de formation de débats	Q1, Introduction : H,I,J Q1, P1, I:10 Q2, Introduction : G,H Q2, P1, I:10	Introduction : H,I,J	Partie 3 et 4	- séances de formation, conférences
ST adhésion	Q1, P2, I : 17,18,20,21 Q1, P2, IV:7 Q2, P2, I : 17,18,20,21 Q2, P2, IV:7		Partie 3 et 4	
ST résistance			Partie 3 et 4	
Conception CO modèle : acquisition de nouveaux modèles intellectuels , capacité d'appréhender la complexité	Q1, P2, IV :5 Q2, P2, IV :5		Partie 7	
CO critique : capacité réflexive, fonctionnement du système, des valeurs de l'histoire			Partie 7	
CO intervention : connaissance de l'intervention	Q1, P2, III :1 Q2, P2, III :1	P1 :10	Partie 7	

II Caractéristiques du changement				Comptes-rendus et documents des différentes instances
Changement CH cible			Partie 5	
CH étendu	Q1, Conclusion :4 Q2, Conclusion :4		Partie 5	
CH Vitesse			Partie 5	
CH rythme			Partie 5	
CH durée			Partie 5	
CH trajectoire	Q1, Conclusion :7 Q2, Conclusion :7		Partie 5	
CH appartenance	Q1, P2,IV :16,20 Q2, P2,IV :16,20		Partie 5	
CH organisationnel	Q1, P3,I :1 Q2, P3,I :1	P2 :15	Partie 5	
CH métier	Q1, P2,IV :17,18 Q2, P2,IV :17,18		Partie 5	

Ch relation entre les acteurs	Q1, P2,IV :1,2 Q1, P3,I :6,7 Q2, P2,IV :1,2 Q2, P3,I :6,7		Partie 5	
CH relation patient			Partie 5	
CH relation avec autres services	Q1, P3, I : 11 à 15 Q2, P3, I : 11 à 15		Partie 5	
CH relation tutelle	Q1, P3, II :7 Q2, P3, II :7		Partie 5	
CH relation service/direction	Q1, P3,I :16 Q2, P3,I :16		Partie 5	
CH relation partenaire : médecins généralistes, spécialistes, autres professionnels médicaux	Q1, P3,I :17 Q2, P3,I :17		Partie 5	
CH relation avec l'environnement : bassin d'attraction pour les patients pour les professionnels pour venir travailler au CHU	Q1, P3,I :18 Q2, P3,I :18		Partie 5	
CH relation professionnelle	Q1, P2,IV :5,6 et 12 Q2, P2,IV :5,6 et 12		Partie 5	

CH acteur			Partie 5	
CH gestion		P2 :16	Partie 5	
CH performance de l'établissement			Partie 5	
CH satisfaction auprès des patients et de leur famille	Q1, P3,I :9 Q2, P3,I :9	P2 :11,14	Partie 5	
CH évaluation pratique et mise en place de PAQ	Q1, P3,I :5 Q2, P3,I :9	P2 :13	Partie 5	
CH indicateurs : mise en place d'indicateurs	Q1, P3,I :6 Q2, P3,I :6	P2 :12	Partie 5	
CH pratiques cliniques	Q1, P2,IV :4,5 Q1, P3,I :2 Q2, P2,IV :4,5 Q2, P3,I :2		Partie 5	
CH mentalité			Partie 5	
CH information : système d'information			Partie 5	
CH stratégique		P2 :21	Partie 5	

CH pouvoir entre les différentes directions ou au sein de l'établissement		P2 :20	Partie 5	
CH gestion des risques	Q1, P2,IV :11 Q2, P2,IV :11		Partie 5	
CH coût : prise en compte des coûts des soins		P2 :19	Partie 5	
CH hiérarchique dans les services	Q1, P2,IV :1,2,16 Q2, P2,IV :1,2,16 Q1, P3,I :3 Q2, P3,I :3		Partie 5	
CH structure		P2 :17	Partie 5	
CH formation continue		P2 :18	Partie 5	
Action/accompagnement AC incitations	Q1, P2,II Q2, P2,II		Ensemble questionnaire	Comptes-rendus et documents des différentes instances
AC influence	Q1, P2,IV :13,14,15 Q2, P2,IV :13,14,15 Q1, P2,II Q2, P2,II		Ensemble questionnaire	
AC autorité	Q1, P2,II		Ensemble questionnaire	

	Q2, P2,II			
AC engagement	Q1, P2,II Q2, P2,II		Ensemble questionnaire	
Action/résistance RE indifférence	Q1, P2,II Q2, P2,II	P1 :3	Ensemble questionnaire	
RE dissidence	Q1, P2,II Q2, P2,II	P1 :3	Ensemble questionnaire	
RE refus de participer	Q1, P2,II Q2, P2,II	P1 :3	Ensemble questionnaire	
Conception CP déductive : top down			Ensemble questionnaire	Comptes-rendus et documents des différentes instances
CP inductive : bottom/up			Ensemble questionnaire	
III Le CHU				Projet d'établissement, documents présentant l'établissement
Activités AC bureau qualité	Q1, P2,I :1 à 5 Q2, P2,I :1 à 5		Partie 3 et 4	Comptes-rendus du BQ

AC UEQSA			Partie 3 et 4	Comptes-rendus et documents émis par l'UEQSA
AC DSSI			Partie 3 et 4	Comptes-rendus et documents émis par la DSSI
AC DQ			Partie 3 et 4	Comptes-rendus et documents émis par la DQ
AC GAET	Q1, P2,I :10 à 14 Q2, P2,I :10 à 14	P1 :5 à 15	Partie 3 et 4	Comptes-rendus et documents émis par les GAETs
AC CEQSA	Q1, P2,I :6 à 9 Q2, P2,I :6 à 9	P2 :1 à 27	Partie 3 et 4	Comptes-rendus et documents émis par la CEQSA
Caractéristiques CHU CACHU valeur, projet d'établissement			Partie 2	Ensemble des documents émis par l'établissement
CACHU : climat social			Partie 2	
CACHU : contrainte budgétaire			Partie 2	
CACHU : enjeux pour l'établissement de l'accréditation	Q1, P3,II :1 à 8 Q2, P3,II :1 à 8	P1 :8,9 P2 :25,26	Partie 2	

CACgénéral			Partie 2	
CACHU : points forts			Partie 2	
CACHU : points faibles			Partie 2	
CACHU fierté de travailler au CHU			Partie 2	
IV L'intervention	Q1, P2,I :1 Q2, P2,I :1		Partie 3	Comptes-rendus et documents des différentes instances
Politique qualité PQ structure	Q1, P2,I :2 à 9 Q2, P2,I :2 à 9		Partie 3	
PQ politique			Partie 3	
PQ accréditation : relation politique qualité et accréditation			Partie 3	
PQ plainte			Partie 3	
PQ satisfaction	Q1, P1,II :6 Q2, P1,II :6		Partie 3	

PQ gestion des risques			Partie 3	
PQ dysfonctionnement			Partie 3	
PQ évaluation des pratiques	Q1, P1,II :2,3 Q2, P1,II :2,3		Partie 3	
PQ coût			Partie 3	
PQ participation			Partie 3	
PQ protocoles	Q1, P1,II :4 Q2, P1,II :4		Partie 3	
PQ valorisation			Partie 4	
Préparation accréditation PA : les valeurs développées			Partie 4	
PA : quand à eu lieu l'émergence			Partie 4	
PA : entrée			Partie 4	

PA : les outils utilisés pour l'accréditation	Q1, P2,I :15,16 Q1, P2,III :1 à 11 Q2, P2,I :15,16 Q, P2,III :1 à 5		Partie 4	
PA : les moyens mis pour la préparation			Partie 4	
PA : personnes soignées	Q1, P3,I :9 Q2, P3,I :9		Partie 4	
PA : autoévaluation			Partie 4	
PA : critiques	Q1, conclusion 1 à 7 Q2, conclusion 1 à 7		Partie 4	
PA : points forts	Q1, conclusion 1 à 7 Q2, conclusion 1 à 7		Partie 4	
PA : points faibles	Q1, conclusion 1 à 7 Q2, conclusion 1 à 7		Partie 4	
PA : stratégie	Q1, P2,III :1 à 11 Q2, P2,III :1 à 5		Partie 4	
PA : attente par rapport au visite	Q1, P3,II :1 à 8 Q2, P3,II :1 à 8		Partie 4	
PA : quand fin de la	Q1, P3,II :1 à 8		Partie 4	

préparation	Q2, P3,II :1 à 8			
PA : politique	Q1, P2,I :15,16 Q2, P2,I :15,16		Partie 4	
PA structures	Q1, P2,I :10 à 14 Q2, P2,I :10 à 14		Partie 4	
Evolution EV de la médecine et système de soins			Partie 4	Comptes-rendus et documents des différentes instances
EV société			Partie 4	
EVChu			Partie 4	
Attente AT par rapport à l'accréditation	Q1, P1, I :9 Q2, P1, I :9		Partie 7	Comptes-rendus et documents des différentes instances
Opinion OP sur l'accréditation			Ensemble questionnaire	
Valorisation VA en interne	Q1, P3,I :10 Q2, P3,I :10 Q1, P2,IV :8 Q2, P2,IV :8	P2 :25	Partie 3 et 4	Comptes-rendus et documents des différentes instances
VA en externe	Q1, P3,II :4 à 8 Q2, P3,II :4 à 8	P2 :25	Partie 3 et 4	

Moyens MO supplémentaire : manque de moyens...			Partie 3 et 4	Comptes-rendus et documents des différentes instances Observation sur site
V Données personnelles	Q1, introduction Q2, introduction	Introduction	Introduction	
Implication personnelle	Q1, P2,II Q1, P2, IV :19 Q1, Conclusion :2 Q2, P2,II Q2, P2, IV :19 Q2, Conclusion :2	P1 :3,13 à 15 P2 :2,7	6. implication	

Annexe 10 : Charte de confidentialité et d'exploitation du RIAE

Objet

L'objectif de cette charte est :

- d'établir les règles de confidentialité concernant les référentiels internes d'auto-évaluation des secteurs d'activités cliniques et médico-techniques du CHU de, produits dans le cadre de la démarche d'auto-évaluation, et des résultats de leurs exploitation.
- de définir les grandes lignes de l'exploitation des référentiels internes d'auto-évaluation.

Comme tous documents de travail les référentiels internes sont non communicables à des tiers (Loi du 17 juillet 1978 instituant le CADA).

Domaine d'application

Les personnels des secteurs d'activité concernés par la démarche d'auto-évaluation et les professionnels chargés de l'exploitation des référentiels internes d'auto-évaluation.

Responsabilités

Les professionnels chargés de l'exploitation des référentiels interne d'auto-évaluation, et / ou, ayant accès aux données, s'engagent à respecter la confidentialité des données et à ne pas les reproduire ou les diffuser, sauf faits ou manquements mettant en jeu la sécurité des personnes soignées engageant la responsabilité de l'Etablissement après autorisation du Directeur Général du CHU.

L'engagement écrit de ces professionnels figure en Annexe.

Confidentialité

Les personnes chargées de l'exploitation des résultats sont :

- ♦ Le médecin responsable du Service de Santé Publique
- ♦ Les membres de l'UEQSA
- ♦ L'Infirmière Générale chargée de la Qualité

La Direction des Systèmes d'Information et d'Organisation (DSIO) collaborent à cette exploitation

Les personnes ayant accès aux données sont :

- ♦ L'Attachée de Direction en charge de la Qualité
- ♦ Le président de la CEQSA

Méthodologie d'exploitation

1. Lors de la réception des référentiels interne d'auto-évaluation :

- ♦ Le document émanant du Service fait l'objet d'un tirage papier supplémentaire et la disquette informatique est conservée pour exploitation des données
- ♦ les documents écrits sont rangés sous la responsabilité des membres de l'UEQSA
- ♦ les documents informatisés sont protégés par un code d'accès
- ♦ ils ne sont consultables que, sur place, dans le Service de Santé Publique (SP), par les personnes sus mentionnées

2. Le traitement de l'information est réalisé par les membres de l'Unité d'Evaluation de la Qualité des Soins et de l'Accréditation (UEQSA) en collaboration avec la DSSI et la Direction des Systèmes d'Information et d'Organisation (DSIO) :

- ♦ Une synthèse est envoyée au Chef de Service et au Cadre Supérieur Infirmier du Service concerné
- ♦ Le chef d'Etablissement est destinataire d'une synthèse globale et anonymisée

La procédure technique d'exploitation des référentiels internes d'auto-évaluation est décrite dans un document intitulé *Procédure d'exploitation des référentiels internes d'auto-évaluation* (SP/UEQSA – M – 01)

3. Pour l'utilisation de l'information par les Groupes d'Auto-Evaluation Thématiques (GAET) :

- ♦ les résultats de l'exploitation des référentiels internes d'auto-évaluation sont rendus anonymes selon le manuel de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES)
- ♦ Les GAET ont la possibilité de lever l'anonymat sur les points positifs après information, et accord des responsables des Services concernés
- ♦ si l'appréciation est différente entre l'évaluation du GAET et les résultats de l'auto-évaluation réalisée dans les secteurs d'activités de l'Etablissement, le GAET se réserve la possibilité de demander des compléments d'information auprès des Services ou d'Experts

4. Lors de la visite d'accréditation dans les Services, les Experts Visiteurs seront en droit d'avoir accès à tout document de travail ayant servi au remplissage du Manuel ANAES, et de confronter cette information par des observations et des entretiens auprès des personnes soignées et des professionnels dans les secteurs d'activités

5. Après la visite d'accréditation l'ensemble des auto-évaluations sera archivé à l'Unité d'Evaluation de la Qualité des Soins et de l'Accréditation en vue de la mise en place du Plan d'Amélioration Continue de la Qualité des soins, et seront consultables sur place par les Services demandeurs concernés.

6. Pour chaque Service, le référentiel interne d'auto-évaluation pourra être utilisé pour l'élaboration du Plan d'Amélioration Continue de la Qualité, en collaboration avec la Commission Médicale d'Etablissement (CME), la Direction du Service de Soins Infirmiers (DSSI) et le Service de Santé Publique (UEQSA)

Validation / Gestion documentaire / Diffusion

Ce document est validé par la Commission d'Evaluation de la Qualité des Soins et de l'Accréditation (CEQSA)

Un exemplaire est conservé :

Par l'UEQSA avec l'engagement écrit des professionnels chargés de l'exploitation et / ou ayant accès aux données

par chaque professionnel chargé de l'exploitation et / ou ayant accès aux données dans le classeur « évaluation – accréditation » de chaque Service

Révisions / modifications

Ce document peut être, si nécessaire, révisé à tout moment.

Dans le cas où aucune modification n'est apportée, une période de 2 ans est autorisée avant sa révision systématique.

Annexe 11 : Charte de fonctionnement du bureau qualité

⇒ MISSIONS

Le Bureau Qualité, constitue une structure de concertation permanente permettant :

- Le croisement des informations concernant les démarches d'évaluation dans l'établissement et à l'extérieur de l'établissement
- Une vision de synthèse pour le positionnement de la démarche d'ensemble de l'établissement en vue de l'accréditation
- La valorisation des études et des projets réalisés en interne
- La mise en œuvre et le suivi des orientations prises par la Commission d'Evaluation de la Qualité des Soins et de l'Accréditation (notamment le Programme d'Amélioration Continue de la Qualité)
- Prépare l'ordre du jour de la C. E. Q. S. A.

⇒ COMPOSITION

- le Directeur Général, représenté par :
 - le Directeur des Affaires Médicales
 - le Directeur QUALITE
- le Président de la C. M. E., représenté par :
 - le chargé de mission du bureau de la C. M. E.
- la Direction des Services de Soins Infirmiers, représentée par :
 - l'infirmière générale en charge de la qualité
- L'attachée de Communication
- l'Unité d'Evaluation de la Qualité des Soins et de l'Accréditation, représentée par :
 - Le médecin responsable de l'UF
 - L'infirmière
 - La secrétaire médicale

⇒ METHODES de TRAVAIL

- Le Bureau Qualité se réunit mensuellement,
- Un ordre du jour structure la séance, il est établi par les trois responsables qualité
- L'Unité d'Evaluation prend en charge l'organisation et le secrétariat des réunions du Bureau Qualité,
- L'animation des réunions de travail est assurée de manière tournante,
- Le procès-verbal du Bureau Qualité est consultable par les membres de la CEQSA.

Annexe 12 : Charte de fonctionnement des GAETs

I- Missions

L'autoévaluation a pour but d'aider l'établissement à réaliser son diagnostic qualité. Il doit lui servir à définir sa politique d'amélioration de la qualité. L'autoévaluation porte sur l'ensemble des activités de l'établissement et utilise les référentiels d'accréditation élaborés par l'ANAES.

Les équipes d'autoévaluation sont consultées pour :

- évaluer la conformité de l'établissement aux références et critères du manuel
- évaluer la procédure d'autoévaluation (méthodes)
- définir les axes d'amélioration
- le cas échéant, mettre en œuvre les recommandations à l'issue de la visite d'accréditation

II- Organisation

• Composition :

L'implication de tous les professionnels est un des principes importants de l'amélioration continue de la qualité. Les équipes d'autoévaluation seront multiprofessionnelles, intégrant systématiquement :

- un noyau « managérial », associant l'équipe de direction, le président de CME et les médecins dans la gestion de l'établissement
- un noyau « logistique » associant les professionnels des secteurs d'activité non cliniques
- un noyau « clinique » associant les médecins et professionnels paramédicaux des secteurs d'activité cliniques et médico-techniques

• Présidence-Modération-Secrétariat

La présidence est assurée par une personne dont la fonction, l'expérience, ou l'expertise lui confèrent l'autorité et la légitimité nécessaires à la bonne tenue des débats.

Selon les groupes, la désignation d'un modérateur pourra être décidée.

Le secrétaire assume une mission :

De retranscription des débats

De recadrage méthodologique autant que nécessaire

• Engagement des membres

Les membres des groupes d'autoévaluation s'engagent à assister aux réunions. En cas d'impossibilité à assister à toutes les séances, ils en informent préalablement le secrétaire et se font représenter.

Ils assurent une diffusion de la démarche au sein de l'établissement, dans le respect des règles de confidentialité minimales.

Ils peuvent être mandatés par le groupe pour recueillir et fournir certaines informations utiles à la rédaction des commentaires.

Les membres des groupes d'autoévaluation s'engagent à travailler dans un climat de confiance, de respect de la parole de chacun, et à éviter les éventuels conflits pouvant émerger à l'occasion des débats.

Une évaluation régulière du fonctionnement des équipes d'autoévaluation sera effectuée.

- **Engagement du secrétariat de séance**

Chaque membre du groupe d'autoévaluation recevra avant sa participation le manuel de l'ANAES dans son intégralité afin de disposer d'une vision globale de la démarche d'accréditation.

Une formation méthodologique aux concepts et méthodes sera assurée lors de la première réunion de chaque groupe d'autoévaluation, et les principes seront rappelés autant que de besoin.

Les procès verbaux de réunion seront adressés aux membres des groupes au moins une semaine avant la tenue de la réunion suivante.

La programmation des séances se fait en concertation entre le secrétaire et le président de séance.

III- Méthodologie

Chaque équipe d'autoévaluation définit les réponses appropriées pour atteindre l'objectif fixé par les références applicables dans le secteur d'activités concerné.

- Les groupes d'autoévaluation doivent s'interroger sur les points suivants :

1. Les bases documentaires : - externe : textes, recommandations, etc.
- interne : référentiel interne d'autoévaluation, et autres.
2. Lorsqu'il existe un risque particulier (sécurité, exigence réglementaire...) ou une complexité particulière : - existe-t-il des documents actualisés d'aide à la décision (procédures, fiches techniques, cahiers de garde, etc.)
- une formation adaptée a t-elle été conduite ?
- une évaluation régulière est-elle menée ?
3. Les documents attestant de la planification de la prise en charge du patient : que dit le référentiel interne sur les critères du manuel ANAES correspondants :
- échange d'informations entre secteurs
- relations entre établissements (conventions, etc.)
- relations avec les usagers (registres, plaintes, etc.)
4. Existe-t-il des indicateurs évaluant la prise en charge des patients :
- délais, fréquence des incidents, indicateurs de résultats, mesure de satisfaction des usagers, etc.

Ces indicateurs s'ils existent, sont-ils utilisés pour mettre en œuvre des actions d'amélioration ?

5. Si nous imaginons le parcours type du patient.. le dossier.. l'accueil
Le tout devant objectiver l'autoévaluation

- Rédaction de l'autoévaluation

Expliquer en préambule la méthode adoptée :

- composition du groupe de travail, nombre de réunions, durées, etc.

Se donner pour chaque critère :

- que signifie ce critère ? Qu'existe t-il déjà ? Comment apportons-nous la preuve que nous sommes en conformité avec ce critère ?

Principes de rédactions des commentaires :

- reflètent précisément la situation présente
- reposent sur les faits vérifiables
- sont rédigés de manière synthétique
- joindre les documents de preuve
- étayer par des données chiffrées

Présentation pour chaque critère :

Description de l'existant : actions réalisées, points forts, points à améliorer

Perspectives d'amélioration : objectifs, calendrier

Synthèse réalisée par référence :

Repérer les principaux écarts par rapport aux critères du référentiel

Indiquer les éléments sur lesquels il semble important de faire porter les efforts

Indiquer les actions qui paraissent utiles, et/ou réalisables avec un échéancier

Les informations fournies par les différents groupes d'autoévaluation sont rassemblées et validées, puis une synthèse portant sur l'ensemble de l'établissement est effectuée et soumise à la CEQSA, puis à la CME et au CA.

Annexe 13 : Grilles des questionnaires utilisés

- Questionnaire 1 :** Questionnaire destiné aux personnes travaillant, temps plein, dans les services destinataires du référentiel interne d'autoévaluation
- Questionnaire 2 :** Questionnaire destiné aux personnes travaillant, temps plein, dans les services non destinataires du référentiel interne d'autoévaluation
- Questionnaire 3 :** Questionnaire destiné aux personnes membres d'un groupe d'auto-évaluation thématique et/ou de la commission d'évaluation de la qualité des soins et de l'accréditation



PREPARATION D'UN ETABLISSEMENT DE SANTE A L'ACCREDITATION ET DYNAMIQUE DE CHANGEMENT

Questionnaire destiné aux personnes travaillant, temps plein,
dans les services destinataires du Référentiel Interne d'Auto-Evaluation

IMPORTANT : Ce questionnaire sera lu par un lecteur optique.
Il est important d'inscrire vos réponses dans les cases de la façon suivante :

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

ou de noircir à l'aide d'un stylo à l'encre noire ou bleue, les cercles ainsi :

Note : Dans le but d'alléger le questionnaire, le masculin englobe le féminin

A. Date à laquelle vous répondez au questionnaire :

				2	0	0	0
jour		mois		année			

B. Sexe :

☐ Homme

☐ Femme

C. Age :

☐ < 30 ans ☐ 30 - 40 ans ☐ 41 - 50 ans ☐ 51 - 60 ans ☐ > 60 ans

D. Profession :

(Noircir un seul cercle)

☐ Aide-Soignant

☐ Manipulateur radio

☐ Autre (préciser) : _____

☐ ASH

☐ Médecin

☐ Diététicien

☐ Sage-femme

☐ Infirmier

☐ Secrétaire

☐ Kinésithérapeute

☐ Technicien de Laboratoire

Ne rien inscrire ici	

E. Spécialités :

(Possibilité de noircir plusieurs cercles)

☐ Chirurgie

☐ Psychiatrie

☐ Autre (préciser) : _____

☐ Biologie

☐ Radiologie

☐ Médecine

☐ Urgence

☐ Gynécologie-obstétrique

☐ Pharmacie

Ne rien inscrire ici	
Ne rien inscrire ici	

F. Hôpital où vous travaillez :

G. Nombre d'années où vous êtes au poste que vous occupez actuellement :

H. Avez-vous participé à l'élaboration du référentiel interne d'auto-évaluation de l'établissement ?

☐ Oui ☐ Non

I. Avez-vous participé à l'élaboration du référentiel interne d'auto-évaluation du service de soins infirmiers ?

☐ Oui ☐ Non

J. Etes-vous membre de commissions au sein de l'établissement ?

(Possibilité de noircir plusieurs cercles)

☐ Conseil d'Administration

☐ Commissions de Vigilance (ex : matério-, hémio-)

☐ CME

☐ CLIN

☐ CEQSA

☐ Commission de conciliation

☐ CTE

☐ Autre (préciser) : _____

Ne rien inscrire ici	



PARTIE 1 : AVANT LA PREPARATION

Les questions, de cette partie, portent sur la période précédant la préparation effective de l'établissement à l'accréditation, c'est-à-dire **AVANT LE DEBUT DE L'ANNEE 1999**. Elles concernent l'émergence de la préparation de l'établissement à l'accréditation et les modalités de travail qui existaient à ce moment là.

Depuis combien d'années travaillez-vous au CHU de Brest ?

an(s)

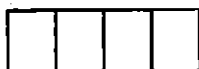
Si vous êtes arrivé après 1998, passez à la partie 2 ; sinon poursuivez.

I- Suite à la parution des ordonnances de 1996, ...

	Oui	Non	Ne sais pas / Sans Objet
1. Vous avez eu connaissance de la mise en place de l'accréditation	☐	☐	☐
2. Vous avez eu connaissance de la création de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES)	☐	☐	☐
3. Vous avez su que le CHU de Brest devait s'y préparer	☐	☐	☐
4. Vous avez su dans quel délais	☐	☐	☐
5. Vous avez envisagé les enjeux de l'accréditation pour l'établissement	☐	☐	☐
6. Vous avez envisagé que l'accréditation pourrait être une source de changement pour le CHU de Brest	☐	☐	☐
7. Vous avez discuté de l'accréditation dans votre service	☐	☐	☐
8. Vous avez discuté de l'accréditation avec d'autres collègues	☐	☐	☐
9. Vous avez envisagé les répercussions de l'accréditation sur votre pratique	☐	☐	☐
10. Vous avez été invité à participer à la réflexion concernant la préparation de l'établissement à l'accréditation	☐	☐	☐

II- Avant 1999, les pratiques en relation avec la qualité dans votre service comportaient...

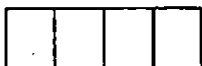
	Oui	Non	Ne sais pas / Sans Objet
1. Des réunions pluriprofessionnelles (associant plusieurs catégories professionnelles) portant sur la prise en charge des personnes soignées	☐	☐	☐
2. Une réflexion concernant la qualité de la prise en charge des patients	☐	☐	☐
3. Des études d'évaluation de pratiques professionnelles	☐	☐	☐
4. Des procédures/protocoles de prise en charge	☐	☐	☐
5. Le suivi d'indicateurs qualité	☐	☐	☐
6. La prise en compte des résultats des questionnaires de satisfaction des patients	☐	☐	☐
7. Un conseil de service qui discute de la qualité des prestations offertes	☐	☐	☐
8. Une réflexion concernant la gestion des risques	☐	☐	☐
9. Des travaux d'évaluation commun à plusieurs services	☐	☐	☐

**PARTIE 2 : LA PREPARATION**

Les questions, de cette partie, concerne la mise en œuvre, **AU COURS DE L'ANNEE 1999 ET 2000**, de la préparation de l'établissement à la visite d'accréditation.

I- Concernant la préparation de l'établissement à la visite d'accréditation, ...

	Pas du tout / Non	Dans une faible mesure	Dans une bonne mesure	Totalement / Oui	Ne sais pas / Sans Objet
1. Vous connaissez le dispositif mis en place au niveau de l'établissement	☐	☐	☐	☐	☐
2. Vous connaissez l'existence du bureau qualité	☐	☐	☐	☐	☐
3. Vous connaissez les missions de ce bureau	☐	☐	☐	☐	☐
4. Le bureau qualité est constitué des personnes directement en charge de la qualité, de représentants de la CME et du Directeur des affaires médicales	☐	☐	☐	☐	☐
5. Le bureau qualité est le groupe de pilotage de la préparation à l'accréditation	☐			☐	☐
6. Vous avez connaissance de l'existence d'une commission d'évaluation de la qualité des soins et de l'accréditation (CEQSA)	☐	☐	☐	☐	☐
7. Vous connaissez les missions de cette commission	☐	☐	☐	☐	☐
8. La CEQSA permet d'établir une politique cohérente pour l'ensemble des vigilances	☐			☐	☐
9. La CEQSA est chargée de mettre en œuvre un programme d'amélioration continue de la qualité sur l'établissement	☐	☐	☐	☐	☐
10. Vous avez connaissance de l'existence de groupes d'auto-évaluation thématiques (GAET)	☐	☐	☐	☐	☐
11. Vous connaissez les missions de ces groupes	☐	☐	☐	☐	☐
12. Les GAET sont des groupes pluriprofessionnels	☐	☐	☐	☐	☐
13. Les GAET sont chargés de remplir le manuel ANAES	☐	☐	☐	☐	☐
14. Les GAET utilisent les données du référentiel interne d'auto-évaluation pour remplir le manuel	☐	☐	☐	☐	☐
15. Le référentiel interne d'auto-évaluation (RIAE) est le résultat d'un travail pluriprofessionnel mené au sein de l'établissement	☐	☐	☐	☐	☐
16. Le remplissage du référentiel interne d'auto-évaluation permet de répondre au manuel ANAES	☐	☐	☐	☐	☐
17. Les informations, que vous avez reçues, concernant l'accréditation, étaient en accord avec vos attentes	☐	☐	☐	☐	☐
18. Les informations, que vous avez reçues, concernant la procédure de préparation à l'accréditation pour l'établissement étaient en accord avec vos attentes	☐	☐	☐	☐	☐
19. Les personnes en charge de l'organisation de la préparation étaient les mieux placées dans l'établissement pour le faire	☐	☐	☐	☐	☐
20. Vous avez été convaincu de l'intérêt de participer à la procédure	☐	☐	☐	☐	☐
21. Vous avez l'impression qu'il vous a été laissé assez de marge de manœuvre pour participer à la préparation	☐	☐	☐	☐	☐

**II- Concernant votre participation à la
préparation de l'établissement à****l'accréditation, ... Vous avez l'impression d'y avoir participé ?**☐ OUI☐ NON**Si oui, votre participation à la préparation relève plus de****Oui****Non**(Possibilité de
répondre
plusieurs "Oui")

- La volonté d'apprendre ☐
- L'obligation d'y participer ☐
- La nécessité de faire comme les autres ☐
- La possibilité de pouvoir acquérir une meilleure insertion hospitalière ☐
- La volonté de participer à la défense des intérêts de l'établissement ☐

Si non, votre non-participation à la préparation peut être caractérisée par**Oui****Non**(Possibilité de
répondre
plusieurs "Oui")

- Un manque d'intérêt ☐
- Un manque de temps ☐
- Un sentiment de n'être pas concerné ☐
- Un refus délibéré d'y participer ☐
- Une absence de proposition d'y participer ☐
- Une certaine appréhension concernant les enjeux ☐

**III- Pour préparer l'établissement à la
visite d'accréditation, des outils ont été
utilisés :**

	Pas du tout	Dans une faible mesure	Dans une bonne mesure	Totalement	Ne sais pas / Sans Objet
1. Une stratégie de communication a été menée au sein de l'établissement pour expliquer le déroulement de la procédure	☐	☐	☐	☐	☐
2. Une stratégie de communication a été menée au sein de votre service pour expliquer le déroulement de la procédure	☐	☐	☐	☐	☐
3. Le référentiel d'auto-évaluation a pris en compte l'ensemble des activités de votre service	☐	☐	☐	☐	☐
4. Le classeur évaluation/accréditation est utilisé dans votre service	☐	☐	☐	☐	☐
5. Vous avez participé au remplissage du référentiel dans votre service	☐	☐	☐	☐	☐
6. Ce document vous a permis de mieux connaître votre service	☐	☐	☐	☐	☐
7. Le glossaire du classeur évaluation/accréditation vous a été utile pour comprendre les termes liés à l'accréditation	☐	☐	☐	☐	☐
8. Vous lisez les articles de la revue " Pulsation " ayant trait à la qualité pour vous tenir informé	☐	☐	☐	☐	☐
9. Vous avez participé à l'une des conférences de sensibilisation à l'accréditation réalisées dans l'établissement	☐	☐	☐	☐	☐
10. Vous avez participé à l'une des réunions d'aide méthodologique pour le remplissage du référentiel dans les services	☐	☐	☐	☐	☐
11. Vous avez suivi une formation en relation avec la qualité, l'évaluation, ou l'accréditation	☐	☐	☐	☐	☐

**IV- Au cours de la procédure de
préparation à l'accréditation, dans
votre service :**

	Pas du tout	Dans une faible mesure	Dans une bonne mesure	Totalement	Ne sais pas / Sans Objet
1. Il a été mis en place un travail pluriprofessionnel	☐	☐	☐	☐	☐
2. Il a été possible de travailler de manière non hiérarchique	☐	☐	☐	☐	☐
3. Vous avez réfléchi aux modalités de travail du service	☐	☐	☐	☐	☐
4. Vous avez été amené à réfléchir sur vos propres modalités de travail	☐	☐	☐	☐	☐
5. Vous avez acquis de nouveaux raisonnements concernant la prise en charge des personnes soignées	☐	☐	☐	☐	☐
6. Vous avez pu mieux connaître le travail effectué par les autres professionnels de votre service	☐	☐	☐	☐	☐
7. Vous avez contribué à faire adhérer des personnes à la démarche	☐	☐	☐	☐	☐
8. Une reconnaissance du travail effectué par les différents professionnels au sein du service a eu lieu	☐	☐	☐	☐	☐
9. Des divergences sur la façon de voir comment les personnes sont prises en charge dans le service sont apparues	☐	☐	☐	☐	☐
10. Une réflexion a été menée sur le rôle de chacun dans la prise en charge des patients	☐	☐	☐	☐	☐
11. Cela a été l'occasion de réfléchir sur la gestion des risques	☐	☐	☐	☐	☐
12. Il a existé des échanges de points de vue avec d'autres services	☐	☐	☐	☐	☐
13. Le chef de service s'est engagé dans la démarche de préparation	☐	☐	☐	☐	☐
14. Le cadre supérieur s'est engagé dans la démarche de préparation	☐	☐	☐	☐	☐
15. Le cadre s'est engagé dans la démarche de préparation	☐	☐	☐	☐	☐
16. La préparation a renforcé un sentiment d'appartenance au service	☐	☐	☐	☐	☐
17. La responsabilité de la qualité des soins est exclusivement du ressort d'une catégorie professionnelle du service	☐	☐	☐	☐	☐
18. La responsabilité de la qualité des soins est partagée par l'ensemble des professionnels du service	☐	☐	☐	☐	☐
19. Toutes les catégories professionnelles du service ont adhéré à la démarche	☐	☐	☐	☐	☐
20. La préparation a renforcé un sentiment d'appartenance à l'établissement	☐	☐	☐	☐	☐



PARTIE 3 : LES CONSEQUENCES DE LA PREPARATION A L'ACCREDITATION

Cette dernière partie cherche à mettre en évidence les changements intervenus au cours de la période de préparation à la visite d'accréditation au niveau des services et de l'établissement.

III- En conséquence de cette procédure de préparation à la visite d'accréditation, dans votre service :

	Pas du tout	Dans une faible mesure	Dans une bonne mesure	Totalement	Ne sais pas / Sans Objet
1. Des modifications dans l'organisation du service ont été mises en place	☐	☐	☐	☐	☐
2. Des changements de pratiques professionnelles ont eu lieu	☐	☐	☐	☐	☐
3. Des modifications dans les relations hiérarchiques entre personnes ont eu lieu	☐	☐	☐	☐	☐
4. De nouvelles fonctions ont été intégrées par certains professionnels	☐	☐	☐	☐	☐
5. Des études d'évaluation de pratiques professionnelles ont été mises en place	☐	☐	☐	☐	☐
6. De nouveaux sujets ont été traités en conseil de service en lien avec la démarche de préparation à l'accréditation	☐	☐	☐	☐	☐
7. Une réflexion sur la mise en place d'objectifs "qualité" est en cours	☐	☐	☐	☐	☐
8. Des indicateurs qualité ont été déterminés	☐	☐	☐	☐	☐
9. Les résultats des questionnaires de sortie sont pris en compte systématiquement	☐	☐	☐	☐	☐
10. Le travail entrepris dans votre service est mieux reconnu au sein de l'établissement	☐	☐	☐	☐	☐
11. Une réflexion concernant la continuité des soins a été menée avec d'autres services	☐	☐	☐	☐	☐
12. Des procédures de prise en charge transversales à plusieurs services ont été mises en place	☐	☐	☐	☐	☐
13. Des indicateurs qualité sont identifiés en concertation avec d'autres services	☐	☐	☐	☐	☐
14. Des études d'évaluation sont initiées en concertation avec d'autres services	☐	☐	☐	☐	☐
15. Des modifications dans les relations entre votre service et des services cliniques de l'établissement ont eu lieu	☐	☐	☐	☐	☐
16. Des modifications dans les relations entre votre service et des services administratifs de l'établissement ont eu lieu	☐	☐	☐	☐	☐
17. Des modifications dans les relations entre votre service et d'autres établissements de santé ont eu lieu	☐	☐	☐	☐	☐
18. Des modifications dans les relations entre votre service et les médecins de ville ont eu lieu	☐	☐	☐	☐	☐



II- L'impact de l'accréditation sur le CHU de Brest :

	Pas du tout	Dans une faible mesure	Dans une bonne mesure	Totalement	Ne sais pas / Sans Objet
1. L'accréditation permet d'améliorer la prise en charge des personnes soignées	☐	☐	☐	☐	☐
2. L'accréditation permet de développer des valeurs partagées par l'ensemble des professionnels de l'établissement	☐	☐	☐	☐	☐
3. L'accréditation permet de mieux utiliser les ressources en interne dans l'établissement	☐	☐	☐	☐	☐
4. L'accréditation permet à l'établissement de mieux répondre aux attentes de la population	☐	☐	☐	☐	☐
5. L'accréditation permet à l'établissement de mieux répondre aux attentes des professionnels de ville	☐	☐	☐	☐	☐
6. L'accréditation contribue à développer le travail en réseau avec les autres partenaires du système de soins	☐	☐	☐	☐	☐
7. L'accréditation permet à l'établissement de mieux répondre aux attentes de la tutelle	☐	☐	☐	☐	☐
8. L'accréditation peut permettre à l'établissement d'acquérir plus de ressources	☐	☐	☐	☐	☐

En conclusion

	Pas du tout	Dans une faible mesure	Dans une bonne mesure	Totalement	Ne sais pas / Sans Objet
1. La réalisation de cette procédure a été un moment important pour l'établissement	☐	☐	☐	☐	☐
2. La stratégie pour mobiliser les professionnels était adaptée	☐	☐	☐	☐	☐
3. Cette procédure a touché tous les domaines d'activités de l'établissement	☐	☐	☐	☐	☐
4. Cette procédure a touché l'ensemble des professionnels de l'établissement	☐	☐	☐	☐	☐
5. Cette procédure était :					
- Participative	☐	☐	☐	☐	☐
- Rigide	☐	☐	☐	☐	☐
- Concrète	☐	☐	☐	☐	☐
- Bureaucratique	☐	☐	☐	☐	☐
- Consensuelle	☐	☐	☐	☐	☐
6. Vous avez appris au cours de cette préparation sur :					
- vous-même	☐	☐	☐	☐	☐
- d'autres professionnels	☐	☐	☐	☐	☐
- votre service	☐	☐	☐	☐	☐
- d'autres services	☐	☐	☐	☐	☐
- l'établissement	☐	☐	☐	☐	☐
- les démarches qualité	☐	☐	☐	☐	☐
- l'accréditation	☐	☐	☐	☐	☐
7. Cette procédure va entraîner des changements irréversibles au niveau :					
- de votre service	☐	☐	☐	☐	☐
- de l'établissement	☐	☐	☐	☐	☐



Si vous souhaitez faire des commentaires ou remarques, n'hésitez pas à nous les faire partager.

[illegible]

Nous vous remercions d'avoir répondu à ce questionnaire.



PREPARATION D'UN ETABLISSEMENT DE SANTE A L'ACCREDITATION ET DYNAMIQUE DE CHANGEMENT

Questionnaire destiné aux personnes travaillant, temps plein,
dans les services non destinataires du Référentiel Interne d'Auto-Evaluation

IMPORTANT : Ce questionnaire sera lu par un lecteur optique.
Il est important d'inscrire vos réponses dans les cases de la façon suivante :

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

ou de noircir à l'aide d'un stylo à l'encre noire ou bleue, les cercles ainsi : ● ○

Note : Dans le but d'alléger le questionnaire, le masculin englobe le féminin

A. Date à laquelle vous répondez au questionnaire :

				2	0	0	0
jour		mois		année			

B. Sexe :

☐ Homme

☐ Femme

C. Age :

☐ < 30 ans ☐ 30 - 40 ans ☐ 41 - 50 ans ☐ 51 - 60 ans ☐ > 60 ans

D. Profession :

E. Nombre d'années où vous êtes au poste que vous occupez actuellement :

F. Hôpital où vous travaillez :

Ne rien inscrire ici
Ne rien inscrire ici

G. Avez-vous participé à l'élaboration du référentiel interne d'auto-évaluation de l'établissement ? ☐ Oui ☐ Non

H. Etes-vous membre de commissions au sein de l'établissement ?

(Possibilité de noircir
plusieurs cercles)

☐ Conseil d'Administration

☐ Commissions de Vigilance (ex : matério-, hém-)

☐ CME

☐ CLIN

☐ CEQSA

☐ Commission de conciliation

☐ CTE

☐ Autre (préciser) :

Ne rien inscrire ici



PARTIE 1 : AVANT LA PREPARATION

Les questions, de cette partie, portent sur la période précédant la préparation effective de l'établissement à l'accréditation, c'est-à-dire **AVANT LE DEBUT DE L'ANNEE 1999**. Elles concernent l'émergence de la préparation de l'établissement à l'accréditation et les modalités de travail qui existaient à ce moment là.

Depuis combien d'années travaillez-vous au CHU de Brest ?

an(s)

Si vous êtes arrivé après 1998, passez à la partie 2 ; sinon poursuivez.

I- Suite à la parution des ordonnances de 1996, ...

	Oui	Non	Ne sais pas / Sans Objet
1. Vous avez eu connaissance de la mise en place de l'accréditation	☐	☐	☐
2. Vous avez eu connaissance de la création de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES)	☐	☐	☐
3. Vous avez su que le CHU de Brest devait s'y préparer	☐	☐	☐
4. Vous avez su dans quel délais	☐	☐	☐
5. Vous avez envisagé les enjeux de l'accréditation pour l'établissement	☐	☐	☐
6. Vous avez envisagé que l'accréditation pourrait être une source de changement pour le CHU de Brest	☐	☐	☐
7. Vous avez discuté de l'accréditation dans votre service	☐	☐	☐
8. Vous avez discuté de l'accréditation avec d'autres collègues	☐	☐	☐
9. Vous avez envisagé les répercussions de l'accréditation sur votre pratique	☐	☐	☐
10. Vous avez été invité à participer à la réflexion concernant la préparation de l'établissement à l'accréditation	☐	☐	☐

II- Avant 1999, les pratiques en relation avec la qualité dans votre service comportaient...

	Oui	Non	Ne sais pas / Sans Objet
1. Des réunions pluriprofessionnelles (associant plusieurs catégories professionnelles)	☐	☐	☐
2. Une réflexion concernant la qualité des prestations offertes	☐	☐	☐
3. Des études d'évaluation de la qualité des prestations offertes	☐	☐	☐
4. La mise en place de procédures/protocoles	☐	☐	☐
5. Le suivi d'indicateurs	☐	☐	☐
6. Une réflexion client/fournisseur pour répondre au mieux à la demande	☐	☐	☐
7. Un conseil de service qui discute de la qualité des prestations offertes	☐	☐	☐
8. Une réflexion concernant la gestion des risques	☐	☐	☐



PARTIE 2 : LA PREPARATION

Les questions, de cette partie, concerne la mise en œuvre, **AU COURS DE L'ANNEE 1999 ET 2000**, de la préparation de l'établissement à la visite d'accréditation.

I- Concernant la préparation de l'établissement à la visite d'accréditation, ...

	Pas du tout / Non	Dans une faible mesure	Dans une bonne mesure	Totalement / Oui	Ne sais pas / Sans Objet
1. Vous connaissez le dispositif mis en place au niveau de l'établissement	☐	☐	☐	☐	☐
2. Vous connaissez l'existence du bureau qualité	☐	☐	☐	☐	☐
3. Vous connaissez les missions de ce bureau	☐	☐	☐	☐	☐
4. Le bureau qualité est constitué des personnes directement en charge de la qualité, de représentants de la CME et du Directeur des affaires médicales	☐	☐	☐	☐	☐
5. Le bureau qualité est le groupe de pilotage de la préparation à l'accréditation	☐			☐	☐
6. Vous avez connaissance de l'existence d'une commission d'évaluation de la qualité des soins et de l'accréditation (CEQSA)	☐	☐	☐	☐	☐
7. Vous connaissez les missions de cette commission	☐	☐	☐	☐	☐
8. La CEQSA permet d'établir une politique cohérente pour l'ensemble des vigilances	☐			☐	☐
9. La CEQSA est chargée de mettre en œuvre un programme d'amélioration continue de la qualité sur l'établissement	☐	☐	☐	☐	☐
10. Vous avez connaissance de l'existence de groupes d'auto-évaluation thématiques (GAET)	☐	☐	☐	☐	☐
11. Vous connaissez les missions de ces groupes	☐	☐	☐	☐	☐
12. Les GAET sont des groupes pluriprofessionnels	☐	☐	☐	☐	☐
13. Les GAET sont chargés de remplir le manuel ANAES	☐	☐	☐	☐	☐
14. Les GAET utilisent les données du référentiel interne d'auto-évaluation pour remplir le manuel	☐	☐	☐	☐	☐
15. Le référentiel interne d'auto-évaluation (RIAE) est le résultat d'un travail pluriprofessionnel mené au sein de l'établissement	☐	☐	☐	☐	☐
16. Le remplissage du référentiel interne d'auto-évaluation permet de répondre au manuel ANAES	☐	☐	☐	☐	☐
17. Les informations, que vous avez reçues, concernant l'accréditation, étaient en accord avec vos attentes	☐	☐	☐	☐	☐
18. Les informations, que vous avez reçues, concernant la procédure de préparation à l'accréditation pour l'établissement étaient en accord avec vos attentes	☐	☐	☐	☐	☐
19. Les personnes en charge de l'organisation de la préparation étaient les mieux placées dans l'établissement	☐	☐	☐	☐	☐
20. Vous avez été convaincu de l'intérêt de participer à la procédure	☐	☐	☐	☐	☐
21. Vous avez l'impression qu'il vous a été laissé assez de marge de manœuvre pour participer à la préparation	☐	☐	☐	☐	☐



II- Concernant votre participation à la préparation de l'établissement à

l'accréditation, ... Vous avez l'impression d'y avoir participé ?

☐ OUI

☐ NON

Si oui, votre participation à la préparation relève plus de

Oui

Non

(Possibilité de
répondre
plusieurs "Oui")

- La volonté d'apprendre ☐ Oui ☐ Non
- L'obligation d'y participer ☐ Oui ☐ Non
- La nécessité de faire comme les autres ☐ Oui ☐ Non
- La possibilité de pouvoir acquérir une meilleure insertion hospitalière ☐ Oui ☐ Non
- La volonté de participer à la défense des intérêts de l'établissement ☐ Oui ☐ Non

Si non, votre non-participation à la préparation peut être caractérisée par

Oui

Non

(Possibilité de
répondre
plusieurs "Oui")

- Un manque d'intérêt ☐ Oui ☐ Non
- Un manque de temps ☐ Oui ☐ Non
- Un sentiment de n'être pas concerné ☐ Oui ☐ Non
- Un refus délibéré d'y participer ☐ Oui ☐ Non
- Une absence de proposition d'y participer ☐ Oui ☐ Non
- Une certaine appréhension concernant les enjeux ☐ Oui ☐ Non

III- Pour préparer l'établissement à la visite d'accréditation, des outils ont été utilisés :

1. Une stratégie de communication a été menée au sein de
l'établissement pour expliquer le déroulement de la
procédure

Pas du tout

Dans une
faible mesure

Dans une
bonne mesure

Totalement

Ne sais pas /
Sans Objet

☐

☐

☐

☐

☐

2. Une stratégie de communication a été menée au sein de
votre service pour expliquer le déroulement de la
procédure

☐

☐

☐

☐

☐

3. Vous lisez les articles de la revue " Pulsation " ayant trait à la
qualité pour vous tenir informé

☐

☐

☐

☐

☐

4. Vous avez participé à l'une des conférences de sensibilisation
à l'accréditation réalisées dans l'établissement

☐

☐

☐

☐

☐

5. Vous avez suivi une formation en relation avec la qualité,
l'évaluation, ou l'accréditation

☐

☐

☐

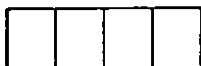
☐

☐



**IV- Au cours de la procédure de
préparation à l'accréditation, dans
votre service :**

	Pas du tout	Dans une faible mesure	Dans une bonne mesure	Totalement	Ne sais pas / Sans Objet
1. Il a été mis en place un travail pluriprofessionnel	☐	☐	☐	☐	☐
2. Il a été possible de travailler de manière non hiérarchique	☐	☐	☐	☐	☐
3. Vous avez réfléchi aux modalités de travail du service	☐	☐	☐	☐	☐
4. Vous avez été amené à réfléchir sur vos propres modalités de travail	☐	☐	☐	☐	☐
5. Vous avez acquis de nouveaux raisonnements concernant la prise en charge des personnes soignées	☐	☐	☐	☐	☐
6. Vous avez pu mieux connaître le travail effectué par les autres professionnels de votre service	☐	☐	☐	☐	☐
7. Vous avez contribué à faire adhérer des personnes à la démarche	☐	☐	☐	☐	☐
8. Une reconnaissance du travail effectué par les différents professionnels au sein du service a eu lieu	☐	☐	☐	☐	☐
9. Des divergences sur la façon de voir comment les personnes sont prises en charge dans le service sont apparues	☐	☐	☐	☐	☐
10. Une réflexion a été menée sur le rôle de chacun dans la prise en charge des patients	☐	☐	☐	☐	☐
11. Cela a été l'occasion de réfléchir sur la gestion des risques	☐	☐	☐	☐	☐
12. Il a existé des échanges de points de vue avec d'autres services	☐	☐	☐	☐	☐
13. Le chef de service s'est engagé dans la démarche de préparation	☐	☐	☐	☐	☐
14. Le cadre supérieur s'est engagé dans la démarche de préparation	☐	☐	☐	☐	☐
15. Le cadre s'est engagé dans la démarche de préparation	☐	☐	☐	☐	☐
16. La préparation a renforcé un sentiment d'appartenance au service	☐	☐	☐	☐	☐
17. La responsabilité de la qualité des soins est exclusivement du ressort d'une catégorie professionnelle du service	☐	☐	☐	☐	☐
18. La responsabilité de la qualité des soins est partagée par l'ensemble des professionnels du service	☐	☐	☐	☐	☐
19. Toutes les catégories professionnelles du service ont adhéré à la démarche	☐	☐	☐	☐	☐
20. La préparation a renforcé un sentiment d'appartenance à l'établissement	☐	☐	☐	☐	☐



PARTIE 3 : LES CONSEQUENCES DE LA PREPARATION A L'ACCREDITATION

Cette dernière partie cherche à mettre en évidence les changements intervenus au cours de la période de préparation à la visite d'accréditation au niveau des services et de l'établissement.

I- En conséquence de cette procédure de préparation à la visite d'accréditation, dans votre service :

	Pas du tout	Dans une faible mesure	Dans une bonne mesure	Totalement	Ne sais pas / Sans Objet
1. Des modifications dans l'organisation du service ont été mises en place	☐	☐	☐	☐	☐
2. Des changements de pratiques professionnelles ont eu lieu	☐	☐	☐	☐	☐
3. Des modifications dans les relations hiérarchiques entre personnes ont eu lieu	☐	☐	☐	☐	☐
4. De nouvelles fonctions ont été intégrées par certains professionnels	☐	☐	☐	☐	☐
5. Des études d'évaluation de pratiques professionnelles ont été mises en place	☐	☐	☐	☐	☐
6. De nouveaux sujets ont été traités en conseil de service en lien avec la démarche de préparation à l'accréditation	☐	☐	☐	☐	☐
7. Une réflexion sur la mise en place d'objectifs "qualité" est en cours	☐	☐	☐	☐	☐
8. Des indicateurs qualité ont été déterminés	☐	☐	☐	☐	☐
9. Les résultats des questionnaires de sortie sont pris en compte systématiquement	☐	☐	☐	☐	☐
10. Le travail entrepris dans votre service est mieux reconnu au sein de l'établissement	☐	☐	☐	☐	☐
11. Une réflexion concernant la continuité des soins a été menée avec d'autres services	☐	☐	☐	☐	☐
12. Des procédures de prise en charge transversales à plusieurs services ont été mises en place	☐	☐	☐	☐	☐
13. Des indicateurs qualité sont identifiés en concertation avec d'autres services	☐	☐	☐	☐	☐
14. Des études d'évaluation sont initiées en concertation avec d'autres services	☐	☐	☐	☐	☐
15. Des modifications dans les relations entre votre service et des services cliniques de l'établissement ont eu lieu	☐	☐	☐	☐	☐
16. Des modifications dans les relations entre votre service et des services administratifs de l'établissement ont eu lieu	☐	☐	☐	☐	☐
17. Des modifications dans les relations entre votre service et d'autres établissements de santé ont eu lieu	☐	☐	☐	☐	☐
18. Des modifications dans les relations entre votre service et les médecins de ville ont eu lieu	☐	☐	☐	☐	☐



II- L'impact de l'accréditation sur le CHU de Brest :

	Pas du tout	Dans une faible mesure	Dans une bonne mesure	Totalement	Ne sais pas / Sans Objet
1. L'accréditation permet d'améliorer la prise en charge des personnes soignées	☐	☐	☐	☐	☐
2. L'accréditation permet de développer des valeurs partagées par l'ensemble des professionnels de l'établissement	☐	☐	☐	☐	☐
3. L'accréditation permet de mieux utiliser les ressources en interne dans l'établissement	☐	☐	☐	☐	☐
4. L'accréditation permet à l'établissement de mieux répondre aux attentes de la population	☐	☐	☐	☐	☐
5. L'accréditation permet à l'établissement de mieux répondre aux attentes des professionnels de ville	☐	☐	☐	☐	☐
6. L'accréditation contribue à développer le travail en réseau avec les autres partenaires du système de soins	☐	☐	☐	☐	☐
7. L'accréditation permet à l'établissement de mieux répondre aux attentes de la tutelle	☐	☐	☐	☐	☐
8. L'accréditation peut permettre à l'établissement d'acquérir plus de ressources	☐	☐	☐	☐	☐

En conclusion

	Pas du tout	Dans une faible mesure	Dans une bonne mesure	Totalement	Ne sais pas / Sans Objet
1. La réalisation de cette procédure a été un moment important pour l'établissement	☐	☐	☐	☐	☐
2. La stratégie pour mobiliser les professionnels était adaptée	☐	☐	☐	☐	☐
3. Cette procédure a touché tous les domaines d'activités de l'établissement	☐	☐	☐	☐	☐
4. Cette procédure a touché l'ensemble des professionnels de l'établissement	☐	☐	☐	☐	☐
5. Cette procédure était :					
- Participative	☐	☐	☐	☐	☐
- Rigide	☐	☐	☐	☐	☐
- Concrète	☐	☐	☐	☐	☐
- Bureaucratique	☐	☐	☐	☐	☐
- Consensuelle	☐	☐	☐	☐	☐
6. Vous avez appris au cours de cette préparation sur :					
- vous-même	☐	☐	☐	☐	☐
- d'autres professionnels	☐	☐	☐	☐	☐
- votre service	☐	☐	☐	☐	☐
- d'autres services	☐	☐	☐	☐	☐
- l'établissement	☐	☐	☐	☐	☐
- les démarches qualité	☐	☐	☐	☐	☐
- l'accréditation	☐	☐	☐	☐	☐
7. Cette procédure va entraîner des changements irréversibles au niveau :					
- de votre service	☐	☐	☐	☐	☐
- de l'établissement	☐	☐	☐	☐	☐



Si vous souhaitez faire des commentaires ou remarques, n'hésitez pas à nous les faire partager.

[illegible]

Nous vous remercions d'avoir répondu à ce questionnaire.



PREPARATION D'UN ETABLISSEMENT DE SANTE A L'ACCREDITATION ET DYNAMIQUE DE CHANGEMENT

Questionnaire destiné aux personnes, travaillant au CHU de Brest, membres d'un groupe d'auto-évaluation thématique et/ou de la commission d'évaluation de la qualité des soins et de l'accréditation

IMPORTANT : Ce questionnaire sera lu par un lecteur optique.
Il est important d'inscrire vos réponses dans les cases de la façon suivante :

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

ou de noircir à l'aide d'un stylo à l'encre noire ou bleue, les cercles ainsi :



Note : Dans le but d'alléger le questionnaire, le masculin englobe le féminin

A. Date à laquelle vous répondez au questionnaire :

				2	0	0	0

B. Sexe :

☐ Homme

jour

mois

année

☐ Femme

C. Age :

☐ < 30 ans ☐ 30 - 40 ans ☐ 41 - 50 ans ☐ 51 - 60 ans ☐ > 60 ans

E. Nom de l'établissement où vous travaillez :

D. Profession :

(Noircir un seul cercle)

☐ Aide-Soignant

☐ Manipulateur radio

☐ Autre (préciser) : _____

☐ ASH

☐ Médecin

☐ Diététicien

☐ Sage-femme

☐ Infirmier

☐ Secrétaire

☐ Kinésithérapeute

☐ Technicien de Laboratoire

Ne rien inscrire ici

F. Spécialités :

(Possibilité de noircir plusieurs cercles)

☐ Chirurgie

☐ Psychiatrie

☐ Autre (préciser) : _____

☐ Biologie

☐ Radiologie

☐ Médecine

☐ Urgence

☐ Gynécologie-obstétrique ☐ Pharmacie

Ne rien inscrire ici

Ne rien inscrire ici

G. Nombre d'années où vous êtes au poste que vous occupez actuellement :

H. Avez-vous participé à l'élaboration du référentiel interne d'auto-évaluation de l'établissement ?

☐ Oui ☐ Non

I. Avez-vous participé à l'élaboration du référentiel interne d'auto-évaluation du service de soins infirmiers ?

☐ Oui ☐ Non

J. Etes-vous membre de commissions au sein de l'établissement ?

(Possibilité de noircir plusieurs cercles)

☐ Conseil d'Administration

☐ Commissions de Vigilance (ex : matério-, hém-)

☐ CME

☐ CLIN

☐ CEQSA

☐ Commission de conciliation

☐ CTE

☐ Autre (préciser) : _____

Ne rien inscrire ici



I- Concernant votre participation à un groupe d'auto-évaluation thématique :

1. Vous êtes membre d'un Groupe d'auto-évaluation thématique (GAET) ? ☐ Oui ☐ Non
2. Si oui, de quel GAET êtes-vous membre ? (Noircir un seul cercle)
- | | |
|--|--|
| ☐ Droits et information du patient (DIP) | ☐ Gestion des fonctions logistiques (GFL) |
| ☐ Dossier du patient (DPA) | ☐ Gestion du système d'information (GSI) |
| ☐ Organisation de la prise en charge du patient (OPC) | ☐ Qualité et prévention des risques (QPR) |
| ☐ Management de l'établissement et des secteurs d'activité (MEA) | ☐ Vigilances sanitaires et sécurité transfusionnelle (VST) |
| ☐ Gestion des ressources humaines (GRH) | ☐ Surveillance et prévention du risque infectieux (SPI) |

<i>Si vous êtes membre, répondre aux questions suivantes :</i>	<i>Pas du tout / Non</i>	<i>Dans une faible mesure</i>	<i>Dans une bonne mesure</i>	<i>Totalement / Oui</i>	<i>Ne sais pas / Sans Objet</i>
3. Vous avez accepté facilement de participer à ce GAET	☐	☐	☐	☐	☐
4. Les renseignements qui vous ont été fournis au départ sur le rôle du GAET étaient en accord avec ce qui s'est déroulé	☐	☐	☐	☐	☐
5. La composition du GAET était adaptée à ses missions	☐	☐	☐	☐	☐
6. La méthodologie de travail retenue était adaptée aux objectifs	☐	☐	☐	☐	☐
7. Les résultats du référentiel interne d'auto-évaluation ont été utiles pour le remplissage du manuel ANAES dont votre GAET avait la charge	☐	☐	☐	☐	☐
8. Votre GAET a proposé de mettre en oeuvre des changements dans l'établissement	☐	☐	☐	☐	☐
9. Votre GAET a participé à la mise en oeuvre de changements dans l'établissement	☐	☐	☐	☐	☐
10. Votre participation au GAET vous a permis de mieux connaître le fonctionnement du CHU	☐	☐	☐	☐	☐
11. Le temps alloué à votre GAET était suffisant	☐	☐	☐	☐	☐
12. Vous pensez que votre GAET devrait continuer à travailler après la visite d'accréditation	☐	☐	☐	☐	☐
13. Vous pouvez mettre à profit cette expérience dans votre travail	☐	☐	☐	☐	☐
14. Cette expérience peut vous servir dans le cadre de votre carrière	☐	☐	☐	☐	☐
15. Si c'était à refaire, vous accepteriez d'y participer à nouveau	☐	☐	☐	☐	☐

Commentaires : _____





II- Concernant votre participation à la Commission d'évaluation de la qualité des soins et de l'accréditation (CEQSA) :

1. Quel est votre statut par rapport à la CEQSA : ☐ Membre actuellement ☐ Membre antérieurement
☐ Jamais membre

- Si vous avez été membre de quelle date de

 à

 à quelle date :

 mois

 année

 mois

 année

- Si vous êtes membre actuellement, depuis combien de temps :

 mois

 année

<i>Si vous êtes ou avez été membre, répondre aux questions suivantes :</i>	Pas du tout / Non	Dans une faible mesure	Dans une bonne mesure	Totalement / Oui	Ne sais pas / Sans Objet
2. Vous avez l'impression que la commission a vu son rôle renforcé au sein de l'établissement par la préparation à l'accréditation	☐	☐	☐	☐	☐
3. La CEQSA a participé à la décision concernant l'engagement de l'établissement dans la procédure	☐	☐	☐	☐	☐
4. Vous pensez que la CEQSA a été suffisamment partie prenante dans la mise en oeuvre de la préparation à l'accréditation	☐	☐	☐	☐	☐
5. Vous pensez que la CEQSA est une commission stratégique de l'établissement	☐	☐	☐	☐	☐
6. Vous pensez que ses missions sont suffisamment précises	☐	☐	☐	☐	☐
7. Vous pensez que ses missions sont suffisamment connues dans l'établissement	☐	☐	☐	☐	☐
8. Vous pensez que la composition de la CEQSA est en accord avec ses missions	☐	☐	☐	☐	☐
9. Les changements de composition de la commission ont été judicieux en fonction de l'évolution des missions de la CEQSA	☐	☐	☐	☐	☐
10. La CEQSA a proposé de mettre en oeuvre des changements dans l'établissement (si vous répondez non, passer à la question 23)	☐	☐	☐	☐	☐
11. Les changements proposés ont porté sur la prise en charge des patients	☐	☐	☐	☐	☐
12. Les changements ont porté sur la mise en place d'indicateurs qualité	☐	☐	☐	☐	☐
13. Les changements ont porté sur la mise en place d'un programme d'amélioration continue de la qualité	☐	☐	☐	☐	☐



PREPARATION D'UN ETABLISSEMENT DE SANTE A L'ACCREDITATION
ET DYNAMIQUE DE CHANGEMENT / 4

	Pas du tout / Non	Dans une faible mesure	Dans une bonne mesure	Totalement / Oui	Ne sais pas / Sans Objet
14. Les changements ont porté sur l'évaluation de la satisfaction des usagers	☐	☐	☐	☐	☐
15. Les changements ont touché l'organisation de l'établissement	☐	☐	☐	☐	☐
16. Ils ont eu des répercussions sur le management de l'établissement	☐	☐	☐	☐	☐
17. Ils ont abouti à la création de nouvelles structures ou comités dans l'établissement	☐	☐	☐	☐	☐
18. Des changements proposés ont porté sur le contenu de la formation continue	☐	☐	☐	☐	☐
19. Les changements ont porté sur l'utilisation des ressources (humaines, matérielles, etc.)	☐	☐	☐	☐	☐
20. Les changements ont permis de développer des contacts avec d'autres partenaires du système de soins (hôpitaux, cliniques, cabinets médicaux, etc.)	☐	☐	☐	☐	☐
21. Certains changements ont modifié les objectifs institutionnels de l'établissement	☐	☐	☐	☐	☐
22. La CEQSA s'est impliquée dans la mise en oeuvre des changements dans l'établissement	☐	☐	☐	☐	☐
23. La CEQSA réalise un rapport annuel de ses activités	☐	☐	☐	☐	☐
24. Vous pensez que la commission prend des décisions qui ont un impact important sur l'établissement	☐	☐	☐	☐	☐
25. Vous pensez qu'après la visite d'accréditation la commission aura un rôle important à jouer pour continuer à développer les axes d'amélioration de la qualité dans l'établissement	☐	☐	☐	☐	☐
26. Vous pensez que le rôle de la CEQSA ne peut qu'être de plus en plus important, au sein de l'établissement	☐	☐	☐	☐	☐
27. Comment caractériseriez-vous la participation de la CEQSA à la préparation à l'accréditation :					

Commentaires :



Annexe 14 : traitement statistique des questionnaires 1 et 2 avec résultats des commentaires

Questionnaire 1 :

personnes travaillant temps plein dans un service destinataire du référentiel

Traitement statistique

Il a été réalisé pour chacune des réponses testées, une analyse statistique simple et dans certains cas une analyse de la variance de type ANOVA en fonction du métier, du sexe, de l'établissement où la personne exerçait, de l'appartenance à une commission de l'établissement et de la participation à la rédaction du référentiel interne d'auto-évaluation (infirmier ou d'établissement). Ces statistiques ont été effectuées lorsque les effectifs de personnes ayant répondu étaient supérieurs à un tiers, soit 388 personnes. A la suite de chacun des résultats, des commentaires discutent les résultats.

Partie 1 :

Pour les questions de la partie 1, il était possible de répondre « oui », « non », ou « ne sait pas/sans objet ». Pour l'élaboration de scores, il a été attribué 1 point si la personne répondait « oui » et 2 si la personne répondait « non ». Les réponses « ne sait pas/sans objet » ont été éliminées. Aussi, plus la moyenne est-elle basse plus les personnes ont répondu positivement. Suite au manque d'espace pour répondre à la question « vous avez été invité à participer à la réflexion concernant la préparation à l'établissement à l'accréditation », cette question et la précédente (« vous avez envisagé les répercussions de l'accréditation sur votre pratique ») ont été supprimées de l'analyse.

I- Suite à la parution des ordonnances.

Parmi les questions posées, la connaissance de la mise en place de l'accréditation au niveau national (q16=82,1%) et le fait de savoir que le CHU devait s'y préparer (q18=82,6%) ont recueilli le plus de réponses positives, tandis que la question concernant les délais pour s'y préparer a eu le taux le plus faible (q19=45%).

% de réponse favorable	<70%	70%-50%	49%-20%
Questions	16, 17, 18, 20, 21	22, 23	19

Il a ensuite été réalisé un score appelé « accréditation », qui additionnait les questions q16 à q24, 26% des répondants ont répondu oui à tous les items, de plus une analyse de la variance a été réalisée qui montre une différence significative pour les personnes membres d'une commission ($F=2,766$; $\alpha=0,003$) et pour celles ayant participé à la rédaction du référentiel ($F=8,230$; $\alpha=0,000$). Les personnes membres d'une commission ont une meilleure connaissance du dispositif ayant trait à la mise en œuvre de l'accréditation au niveau national et local (10,37 vs 11,56), de même les personnes ayant participé à l'élaboration du référentiel (10,43 vs 11,9) et pour ces derniers de manière très significative.

II- avant 1999, les pratiques en relation avec la qualité dans votre service comportaient...

En priorité un conseil de service qui discute de la qualité (q31=71,2%) puis des réunions pluriprofessionnelles portant sur la prise en charge (q25=68,4%), des protocoles/procédures de prise en charge (q28=66,5%), une réflexion concernant la qualité de la prise en charge des patients (q26=63,3%), la prise en compte des questionnaires de sortie (q30=54,4%), une réflexion concernant la gestion des risques (q32=54,2%) et des études d'évaluation de pratiques professionnelles (q27=39,9%), enfin la réalisation de travaux d'évaluation commun à plusieurs services (q33=24,5%).

% de réponse favorable	<70%	70%-50%	49%-20%
Questions	31	25, 26, 28, 30, 32	27, 33

Il a été créé un score appelé « pratique avant 1999 dans le service », qui additionnait les questions q25 à q33. L'analyse de la variance met en évidence une différence significative pour le métier ($F= 2,343$; $\alpha=0,014$). Ce sont les aides et agents puis les infirmières/sage-femmes qui ont principalement trouvé qu'il existait des pratiques en relation avec la qualité dans leur service avant 1999, viennent ensuite les médicaux, les paramédicaux et les secrétaires.

Partie 2 :

Pour les questions de la partie 2, il était laissé 5 choix possible aux répondants : « non/pas du tout », « dans une faible mesure », « dans une bonne mesure »

« oui/totalement » et enfin « ne sait pas/sans objet ». Pour l'élaboration de scores, il a été attribué 1 point si la personne répondait « non/pas du tout », « dans une faible mesure », et 2 si la personne répondait « dans une bonne mesure » « oui/totalement ». Les réponses « ne sait pas/sans objet » ont été éliminées. Aussi, plus la moyenne est haute plus les personnes ont répondu positivement. Puis, afin de faire plus de discrimination dans les réponses, il a été attribué 1 point pour les personnes répondant « non/pas du tout », 2 pour « dans une faible mesure », 3 pour « dans une bonne mesure » et 4 pour « oui/totalement ».

I- Concernant la préparation de l'établissement à la visite d'accréditation

Deux questions n'ont pas obtenu suffisamment de réponses, q48 « les GAET utilisent les données du RIAE pour remplir le manuel ANAES » (316 réponses) et q47 « les GAET sont chargés de remplir le manuel » (327 réponses) pour être analysées.

Parmi les structures et activités mises en place pour l'accréditation, ce sont les modalités de réalisation du RIAE qui sont les moins connues (q49=17,2%), puis ensuite la CEQSA (q40=50,1%), le bureau qualité (q36=62,1%) et enfin les GAET (q44=74%).

Il existe parmi les réponses, des résultats paradoxaux. C'est le cas pour la CEQSA et les GAET. Les personnes ont répondu connaître globalement les missions mais lorsque l'on leur a proposé des exemples, ils ont répondu d'une manière plus nuancée. Par exemple, pour les GAET, 83% des personnes répondaient connaître ces groupes pluriprofessionnels (q45) tandis que 35% connaissait leur constitution (q46).

% de réponse favorable	<70%	70%-50%	49%-20%	>20%
Questions	39 42 43 49 50 53	38 46	35 36 37 40 41 44 51 52 54 55	45

Pour les questions ayant trait aux activités développées dans l'établissement dans le cadre de la préparation à l'accréditation, 4 scores différents ont été créés :

- un score « connaissance du dispositif interne à l'établissement » qui regroupait les questions q35 à q43, et 53 (score mn = 10, max=20).
- un score « connaissance du bureau qualité » qui regroupait les questions q 36 à 39 (score mn=4, max=8)

- un score « connaissance de la CEQSA » qui regroupait les questions q40 à 43 (score mn=4, max=8)
- un score « connaissance GAET » qui regroupait les questions q44 à q46 (score mn=3, max=6).
- un score « connaissance RIAE » qui regroupait les questions q49 et q50 (score mn=2, max=4).
- un score « informations spécifiques » qui regroupait les questions q51 et 52 (score mn=2, max=4).
- un score « participation » qui regroupait les questions q54 et q55 (score mn=2, max=4).

« connaissance du dispositif interne à l'établissement »

14,9% des répondants ont répondu « non » à toutes les questions et 27,7% « oui » à toutes les questions. Il existe une différence significative uniquement en fonction des personnes ayant participé au référentiel ($F=2,281$; $\alpha=0,017$), ces derniers ayant une meilleure connaissance du dispositif interne ($m=17,6$ vs $15,6$).

« connaissance du bureau qualité »

19,2% des personnes ont répondu « non » à toutes les questions ayant trait au bureau qualité et 35,4% « oui ». Il existe une différence significative en fonction du métier ($F=3,926$; $\alpha=0,004$), de l'appartenance à une commission ($F=5,7$; $\alpha=0,000$), et de la participation au référentiel ($F=4,586$; $\alpha=0,000$). Ce sont les paramédicaux et les médicaux, ainsi que les membres d'une commission ou les personnes ayant participé au référentiel qui le connaissent le mieux.

« connaissance de la CEQSA »

14,2% des répondants ont répondu « non » à toutes les questions ayant trait à la CEQSA et 35,3% « oui » à toutes les questions. Il existe une différence significative pour les personnes membre d'une commission ($F=6,530$; $\alpha=0,000$), et ayant participé au référentiel ($F=9,254$; $\alpha=0,000$).

« connaissance GAET »

33,1% ont répondu totalement « non » et 29,4% totalement « oui ». Il existe une différence très importante en fonction du métier ($F=6,144$; $\alpha=0,000$), de l'appartenance

à une commission ($F=7,689$; $\alpha=0,000$), et de la participation au référentiel ($F=11,101$; $\alpha=0,000$). Ce sont les médicaux ($m=4,8$) qui connaissent le mieux les GAET, puis les paramédicaux ($m=4,7$), les infirmières/sage-femmes ($m=4,6$) , les secrétaires ($m=4,42$) et enfin les aides et agents ($m=3,9$). Les personnes membres d'une commission ou encore ayant participé au référentiel ($m=4,95$ vs $4,2$) ont une connaissance plus importante du rôle des GAET dans l'établissement.

« connaissance RIAE »

76,8% ont répondu positivement à toutes les questions concernant la connaissance du RIAE, contre 15,2% de réponses toutes négatives. Les personnes ayant participé au référentiel ($m=3,7$ vs $3,49$) ont une meilleure connaissance de 'ce qu'il représente ($F=7,629$ et $\alpha=0,001$). Il existe une différence presque significative en fonction des métiers ($F=2,746$; $\alpha=0,065$), et se sont les infirmières/sage-femmes ($m=3,7$) ainsi que les médicaux ($m=3,6$) qui le connaissent le mieux le RIAE et les aides/agents le moins bien (3,4).

« informations spécifiques »

37,8% des répondants ont répondu « oui » à toutes les questions et 53% « non ». Il existe une différence significative en fonction du lieu d'exercice ($F=4,315$; $\alpha=0,014$), les personnes travaillant en psychiatrie et en moyen séjour ayant eu de meilleures informations, et pour les personnes ayant participé au référentiel ($F=11,147$; $\alpha=0,000$).

« participation »

44,1% des répondants ont répondu « non » à toutes les questions et 27,6% « oui » à toutes les questions. Ce sont les personnes travaillant en moyen et long séjour ($m=3,06$ vs $2,8$) ($F=3,289$; $\alpha=0,038$) et celles ayant participé au référentiel ($m=3,05$ vs $2,68$) ont le plus eu l'impression de pouvoir y participer ($F=16,214$; $\alpha=0,000$).

Scores	« oui » à toutes les questions (%)	« non » à toutes les questions (%)
Connaissance du dispositif interne	27,7	14,9
Bureau qualité	19,2	35,4
CEQSA	14,2	35,3
Connaissance GAET	29,4	33,1
Connaissance RIAE	76,8	15,2
Informations spécifiques	53	37,8

Participation	44,1	27,6

II- Concernant votre participation à la préparation de l'établissement à l'accréditation

Vous avez l'impression d'y avoir participé ?

Il était proposé de répondre « oui » ou « non » et, en fonction de la réponse, de choisir parmi un certain nombre de raisons. Pour cette première question, on retrouve une différence significative en fonction du métier ($F= 3,924$; $\alpha=0,048$), en fonction de l'appartenance à une commission ($F= 23,244$; $\alpha=0,000$) et de la participation à la rédaction du référentiel ($F= 193,884$; $\alpha=0,000$).

Ce sont d'abord les infirmières/sage-femmes, puis les médicaux, les paramédicaux les aides/agents et enfin les secrétaires qui ont eu l'impression d'y participer. Et se sont les personnes membre de commission ou ayant participé à la rédaction qui ont eu l'impression de plus y participer. On retrouve les mêmes résultats lorsque l'on effectue des X^2 . En effet, pour les professionnels ($X^2=30,484$; $ddl=4$; $\alpha=0,000$), se sont les infirmières/sage-femmes (51,2%) et les médicaux (46,1%) qui ont eu le plus l'impression d'y participer puis viennent les paramédicaux (45,8%), les aides/agents (32,7%) et les secrétaires (28,4%). Se sont aussi les personnes membres (64,3%) et les personnes qui ont participé à la rédaction du référentiel (73,2%) qui ont le plus eu l'impression d'y participer.

L'analyse des raisons qui ont motivé la participation montre :

- la volonté d'apprendre : 86% des répondants ont répondu « oui » à cette question. Les résultats sont significatifs pour le métier ($F=3,990$; $\alpha=0,046$) (se sont tout d'abord les secrétaires, les aides et agents, les paramédicaux, les infirmières/sage-femmes puis les médicaux qui ont répondu à cette affirmation), le sexe ($F= 9,036$; $\alpha=0,003$) (femmes plus que les hommes), et les non membre d'une commission ($F= 5,216$; $\alpha=0,023$).
- l'obligation d'y participer : 62,3% des répondants ont coché cette réponse. Malgré l'absence de différence significative, on peut toutefois dire que ce sont surtout les infirmières/sage-femmes et les médicaux qui ont répondu ainsi.
- la nécessité de faire comme les autres : 34,7% ont répondu positivement à cette question. Il n'existe pas de différence significative. Toutefois ce sont les aides et

agents et les infirmières/sage-femmes qui ont surtout répondu positivement à cette question et les paramédicaux en dernier..

- la possibilité de pouvoir acquérir une meilleure insertion : 66,5% ont répondu positivement. Les résultats sont significatifs pour le métier ($F=17,352$; $\alpha=0,000$), le sexe ($F=4,54$; $\alpha=0,034$) et dans le cas des personnes ayant participé au référentiel ($F=4,1$; $\alpha=0,044$). Ce sont les aides et agents qui ont le plus répondu puis les secrétaires, les paramédicaux, les infirmières et sage-femmes et loin derrière les médicaux. Et ce sont les femmes plus que les hommes et les personnes qui n'ont pas participé au référentiel qui ont répondu positivement à cette question.
- la possibilité de participer à la défenses des intérêts de l'établissement : 86,7% des répondants ont répondu positivement à cette question. Bien qu'il n'existe pas de différence significative, se sont surtout les secrétaires qui ont répondu positivement et les paramédicaux le plus négativement.

Un score globale de participation a ensuite été fait, additionnant les 5 propositions faites ci-dessus. Le métier ($F= 3,227$; $\alpha=0,008$) et le fait d'être membre d'une commission ($F= 3,393$ et $\alpha=0,005$) révèlent une différence significative. Pour les métiers se sont d'abord les aides et agents qui ont eu l'impression d'y participer puis les secrétaires, les infirmières/sage-femmes, les médicaux et les paramédicaux. Ce sont les personnes non membres d'une commission qui ont plus eu l'impression de participer.

Tableau croisé score participation/métier

Score participation	Aides et Agents	Paramédicaux	Infirmières et Sage-Femmes	Médicaux	Secrétaires	Total
5	3	1				4
6	1				1	2
7			1		1	2
8	1	1	1	3	2	8
9	5	2	2	3	4	16
10	3	1				4
Total	1				1	2

En ce qui concerne les raisons qui ont motivé la non participation, il était proposé :

le manque d'intérêt : 37,4% ont répondu positivement et aucune différence significative n'a été mise en valeur. Ce sont toutefois les secrétaires (puis les paramédicaux, les infirmières/sage-femmes, les aides/agents et enfin les médicaux) qui ont surtout répondu positivement à cette question.

la manque de temps : 67,4% ont répondu positivement et aucune différence significative n'a été mise en valeur. Ce sont les secrétaires et les aides/agents (puis les infirmières/sage-femmes, les médicaux et les paramédicaux) qui ont surtout répondu positivement à cette question.

le sentiment de n'être pas concerné : 37,3% ont répondu positivement et aucune différence significative n'a été mise en valeur. Ce sont encore les secrétaires et les paramédicaux qui ont répondu en premier positivement à cette réponse, puis les infirmières/sage-femmes, les aides/agents et les médicaux.

le refus délibéré : 12,8% ont répondu positivement et aucune différence significative n'a été mise en valeur. Ce sont là aussi les secrétaires et les paramédicaux qui ont répondu en premier positivement à cette réponse, puis les aides et agents et infirmières/sage-femmes et médicaux.

l'absence de proposition d'y participer : 70,2% ont répondu positivement et les résultats sont significatifs pour le métier ($F=8,371$; $\alpha=0,004$) et les personnes ayant participé au référentiel ($F=7,408$; $\alpha=0,007$). Ce sont les médicaux qui ont répondu le plus souvent oui à cette proposition, puis les infirmières/sage-femmes, les secrétaires, les paramédicaux et enfin les aides et agents, puis les paramédicaux, les infirmières/sage-femmes, les secrétaires et les médicaux et ce sont les personnes qui n'ont pas participé à la rédaction du référentiel qui ont répondu le plus souvent oui.

l'appréhension concernant les enjeux : 38,2% ont répondu positivement et les résultats sont significatifs pour le métier ($F=27,104$ et $\alpha=0,000$) et l'établissement ($F=6,755$ et $\alpha=0,010$). Ce sont les aides et agents qui ont plus particulièrement répondu à cet item et ce sont les personnes des établissements de moyen et long séjour.

Un score globale de non participation a ensuite été construit, additionnant les 5 items proposés ci-dessus. Seul le métier montre une différence significative ($F=3,097$;

$\alpha=0,010$). Ce sont les secrétaires en tête puis les médicaux et aides/agents ex aequo et ensuite les infirmières et les paramédicaux.

Tableau croisé score non participation/métier

Score non participation.	Aides et Agents	Paramédicaux	Infirmières et SFemmes	Médicaux	Secrétaires	Total
5,00	1		6		2	9
6,00	7	1	14	5	5	32
7,00	20	3	12	5	8	48
8,00	27		43	22	6	98
9,00	38	5	52	25	10	130
10,00	12	3	5	1		21
Total	105	12	132	58	31	338

III Pour préparer l'établissement à la visite d'accréditation, des outils ont été utilisés

Parmi les questions posées, celle, concernant la prise en compte par le RIAE de l'ensemble des activités du service (q71=75,3%), a récolté le plus de réponse positive (« dans une bonne mesure »/ « totalement »), et ceux quelque soit le métier. Puis se sont les articles dans le journal interne qui sont lus pour s'informer de la démarche (q76=60%), l'existence d'une stratégie de communication pour expliquer le déroulement de la procédure au niveau de l'établissement (q69=53%) et du service (q70= 46,3%), la participation au remplissage du référentiel (q73=41,8%), l'intérêt du glossaire dans le classeur qualité (q75=40,2%), l'utilisation du classeur qualité dans le service (q72= 36,6%), le RIAE qui a permis de mieux connaître le service (q74=31,8%) et enfin la participation à des conférences de sensibilisation (q77= 22,4%). Tandis que celles concernant la participation à des réunions méthodologiques (q78=19,7%) et la participation à des séances de formation sur la qualité, l'évaluation ou l'accréditation (q79=17,3%) ont recueilli moins de 20% de réponse positive, quelque soit le métier.

% de réponse favorable	<70%	70%-50%	49%-20%	>20%
Questions	71	69 76	70 72 73 74 75 77	78 79

Tableau croisé RIAE pris en compte l'ensemble des activités de votre service *Métier sur une échelle de 4

Score	Aides et Agents	Paramédicaux	Infirmières et SFemmes	Médicaux	Secrétaires	Total
1	14	2	21	11	1	49
2	29	8	53	19	9	118
3	75	15	163	46	15	314
4	50	10	88	20	19	187
Total	168	35	325	96	44	668

Tableau croisé RIAE pris en compte l'ensemble des activités de votre service *Métier sur une échelle de 2

Score	Aides et Agents	Paramédicaux	Infirmières et SFemmes	Médicaux	Secrétaires	Total
1	43	10	74	30	10	167
2	125	25	251	66	34	501
Total	168	35	325	96	44	668

Une analyse de la variance a été faite pour les questions ayant eu plus de 50% de réponse favorable. Aussi, en ce qui concerne le journal interne de l'établissement (q76), il existe une différence significative en fonction du métier ($F=6,588$; $\alpha=0,000$) et du sexe ($F=4,441$; $\alpha=0,001$). Ce sont surtout les aides et agents puis les infirmières et les paramédicaux qui lisent les articles dans le journal interne pour se tenir informé de ce qui a trait à la qualité dans l'établissement. De même, se sont surtout les femmes qui utilisent ce médium pour récupérer de l'information. Pour la prise en compte des activités dans votre service par le RIAE (q71), il existe une différence significative en faveur des femmes ($F=3,418$; $\alpha=0,009$), des personnes non membres d'une commission ($F=3,378$; $\alpha=0,009$) et n'ayant pas participé au référentiel ($F=33,493$; $\alpha=0,000$). Pour la stratégie de communication (q69), ce sont les personnes ayant participé à l'élaboration du référentiel ($F=15,428$; $\alpha=0,000$) pour lesquels une différence significative a été mise en évidence.

Ensuite il a été réalisé un score « outils généraux » qui additionnent toutes les questions «(q69 à q79) et deux sous-scores :

un score « remplissage du RIAE » qui regroupait les questions q73 et q74.

un score « participation à des conférences ou des réunions » qui regroupait les questions q77 et q78.

un score « classeur » qui regroupait les questions q72 et q75.

« outils généraux »

Il existe une différence significative pour les personnes ayant participé à l'élaboration du référentiel ($F=2,898$; $\alpha=0,001$).

« remplissage du RIAE »

Il existe une différence significative en fonction du métier ($F=7,446$; $\alpha=0,001$), de la participation à une commission ($F=10,154$; $\alpha=0,000$) et de la participation au référentiel ($F=66,618$; $\alpha=0,000$). Ce sont tout d'abord les médicaux qui ont répondu à ces questions, puis ensuite viennent les infirmières/sage-femmes, les paramédicaux, les secrétaires et les aides et agents. Ce sont les membres de commission et les personnes ayant participé au référentiel qui ont aussi plus répondu dans ce sens.

« participation à des conférences ou des réunions »

Il existe une différence significative en fonction du métier ($F=4,330$; $\alpha=0,013$), de l'établissement ($F=6,082$; $\alpha=0,002$), de la participation à une commission ($F=10,698$; $\alpha=0,000$) et de la participation au référentiel ($F=55,742$; $\alpha=0,000$). Ce sont les médicaux et les paramédicaux qui ont répondu à ces questions, puis ensuite viennent les infirmières/sage-femmes, les secrétaires et les aides et agents. Ce sont les personnes travaillant en psychiatrie, puis en moyen et long séjour et enfin en court séjour et les membres de commission et les personnes ayant participé au référentiel qui ont aussi plus répondu dans ce sens.

« classeur »

Il existe une différence significative en fonction de la participation au référentiel ($F=6,008$; $\alpha=0,003$), ce sont les personnes qui ont participé à la rédaction qui en ont la meilleure connaissance.

scores	« oui » à toutes les questions (%)	« non » à toutes les questions (%)
Remplissage du RIAE	27,2	48,4
Participation conférences/réunions	12,6	71,4
Classeur	25,3	37,9

IV Au cours de procédure de préparation à l'accréditation, dans votre service

Les questions pour lesquelles les personnes ont répondu plus de 70% positivement sont celles concernant l'engagement du cadre (q94=88,6%) et du cadre supérieur (q95=89,6%) à la démarche ainsi que le fait que la responsabilité de la qualité des soins est partagé par l'ensemble des professionnels du service (q98=85,8%), quelque soit la catégorie professionnelle. Celles ayant recueilli entre 50 et 70% sont les questions q81=68,3% (travail pluriprofessionnel), q82=59,3 (travailler de manière non hiérarchique), q83=55,8% (modalités de travail), q84=59% (propre modalités de travail), q93=69,3% (engagement du chef de service) et q99=67,9% (adhésion de toutes les catégories professionnelles). Puis, entre 20 et 49%, on retrouve, les questions q85=38,3% (acquisition de nouveaux raisonnements), q86=33,1% (connaissance du travail fait par d'autres professionnels), q88=34,4% (reconnaissance du travail fait), q89=33,5% (divergence dans la façon de voir), q90=46,3% (rôle de chacun dans la prise en charge), q91=49,5% (réflexion sur la gestion des risques), q96=39,9% (renforcement de sentiment d'appartenance au service). Enfin les questions ayant obtenu moins de 20% sont : q87=18% (contribuer à faire adhérer à la démarche), q92=16,9% (échanges de point de vus avec d'autres services) et q97=16,3% (responsabilité de la qualité des soins exclusivement du ressort d'une catégorie professionnelle du service).

% de réponse favorable	<70%	70%-50%	49%-20%	>20%
Questions	94, 95, 98	81, 82, 83, 84, 93, 99	85, 86, 88, 89, 90, 91, 96	87, 92, 97

Pour les questions ayant trait aux activités développées au niveau des services dans le cadre de la préparation à l'accréditation, 7 scores différents ont été créés :

- un score « modalités de travail » qui regroupait les questions q81 à q83 ;
- un score « nouveaux raisonnements » qui regroupait les questions q84 à q87 ;
- un score « travail en commun » qui regroupait les questions q88 à 91 et q99 ;
- un score « engagement de la hiérarchie » qui regroupait les questions q93 à q95 ;
- un score « appartenance » qui regroupait les questions q96 à q100 ;
- un item « échanges avec autres services » qui représente la question q92 ;
- un item « responsabilité de la qualité des soins » qui représente la question q98.

« modalités de travail »

Ce sont les personnes membres d'une commission ($F=5,888$; $\alpha=0,001$) et ceux qui ont participé à l'élaboration du RIAE ($F=12,213$; $\alpha=0,000$) qui ont surtout répondu favorablement à ces questions.

« nouveaux raisonnements »

Il existe une différence significative en fonction du lieu de travail ($F=3,283$; $\alpha=0,011$) et de la participation au référentiel ($F=7,716$; $\alpha=0,000$). Ce sont les personnes travaillant en moyen et long séjour, puis en psychiatrie et en court séjour qui ont le plus eu l'impression d'acquérir de nouveaux raisonnements, de même ce sont les personnes ayant participé au référentiel.

« travail en commun »

Il existe une différence significative en fonction du métier ($F=3,020$; $\alpha=0,011$) et du sexe ($F=3,834$ et $\alpha=0,002$). Ce sont les aides et agents, puis les infirmières/sage-femmes, les secrétaires, les médicaux et enfin les paramédicaux qui ont le plus trouvé qu'il y avait eu un travail commun de réaliser lors de la préparation. De même, se sont les femmes plus que les hommes.

« engagement de la hiérarchie »

Il existe une différence significative en fonction de l'établissement ($F=5,132$; $\alpha=0,002$) et de la participation au référentiel ($F=2,811$; $\alpha=0,039$). Ce sont les personnes travaillant en moyen et long séjour, puis en psychiatrie et en court séjour qui ont le plus eu l'impression qu'un engagement de la hiérarchie a eu lieu à cette occasion, de même ce sont les personnes ayant participé au référentiel.

« appartenance »

Il existe une différence significative en fonction du métier ($F=9,985$ et $\alpha=0,000$), du sexe ($F=8,659$; $\alpha=0,000$) et de la participation au référentiel ($F=3,374$ et $\alpha=0,035$). Ce sont les aides et agents surtout puis ensuite les paramédicaux, les infirmières, les secrétaires et enfin les médicaux. Ce sont sinon surtout les femmes et les personnes qui ont participé au référentiel qui ont eu l'impression que la préparation à l'accréditation permettait de renforcer un sentiment d'appartenance à l'établissement.

« échanges avec autres services »

Il existe une différence significative en fonction de l'établissement ($F=20,583$ et $\alpha=0,000$) et de membre d'une commission ($F=7,261$ et $\alpha=0,007$). Ce sont les personnes travaillant en moyen et long séjour, viennent ensuite les personnes travaillant en psychiatrie et en courte durée et ceux participant à une commission, qui ont le plus eu l'impression d'échanger entre services à cette occasion.

« responsabilité de la qualité des soins »

Il existe une différence significative pour les personnes ayant participé à la rédaction du RIAE ($F=6,346$ et $\alpha=0,012$).

Scores	« oui » à toutes les questions (%)	« non » à toutes les questions (%)
Modalités de travail	47,2	16,1
Nouveaux raisonnements	11	35
Travail en commun	13,6	16,5
Engagement de la hiérarchie	67,2	7,4
Appartenance	29,2	52,3
Echanges avec autres services	16,9	83,1
Responsabilité de la qualité des soins	85,8	14,2

Partie 3 : Les conséquences de la préparation à l'accréditation

1- En conséquence de cette procédure de préparation à la visite d'accréditation, dans votre service :

Ce sont, à la suite de la préparation, les questionnaires de sortie qui ont été les mieux pris en compte systématiquement ($q110=58,7\%$) ainsi une réflexion sur l'introduction d'indicateurs qualité au niveau des services a été menée ($q108=50,7\%$). On retrouve ensuite l'introduction au niveau du conseil de service de nouveaux sujets ($q107=40,3\%$), des modifications dans l'organisation du service ($q102=34,8\%$), la mise en place d'indicateurs qualité ($q109=33,8\%$), des changements dans les pratiques professionnelles ($q103=30,5\%$), la mise en place d'études d'évaluation de pratiques professionnelles ($q106=29,5\%$), d'une réflexion concernant la qualité des soins ($q112=22,4\%$), de procédures transversales à plusieurs services ($q113=21,1\%$). Le

travail entrepris dans le service a été mieux reconnu dans l'établissement (q111=21%) et enfin ce qui a le moins changé touche les modifications hiérarchiques (q104=9,5%), l'intégration de nouvelles fonctions (q105=12%), l'identification d'indicateurs qualité avec d'autres services (q114=15,1%) ou encore la réalisation d'études d'évaluation avec ces derniers (q115=15,5%). Puis tout ce qui a trait aux modifications des relations ont obtenu moins de 20% de réponses positives que cela soit les relations entre services (q116=11%), avec l'administration (q117=7,8%), avec les autres établissements (q118=8,2%) et les médecins de ville (q119=10,3%).

% de réponse favorable	70%-50%	49%-20%	>20%
Questions	110 108	102 103 106 107 109 111 112 113	104 105 114 115 116 117 118 119

Pour les questions ayant trait aux conséquences de la procédure de préparation au niveau des services, 5 scores différents ont été créés :

- un score « modifications organisation » qui regroupait les questions q102 à q105 ;
- un score « modifications pratiques » qui regroupait les questions q106 à q110 ;
- un score « reconnaissance » qui reprend la question q111 ;
- un score « modifications transversales » qui regroupait les questions q112 à q115 ;
- un score « modifications relations » qui regroupait les questions q116 à q119.

« modifications organisation »

Il existe une différence significative en fonction du métier ($F=6,257$ et $\alpha=0,000$). Ce sont les aides et agents surtout puis les médicaux, les paramédicaux, les infirmières et enfin les secrétaires.

« modifications pratiques »

Il existe une différence significative en fonction du métier ($F=5,023$; $\alpha=0,000$), de l'établissement ($F=4,599$; $\alpha=0,000$) et d'être membre d'une commission ($F=2,330$; $\alpha=0,042$). Ce sont les aides et agents surtout puis ensuite les médicaux, les infirmières, les secrétaires, et enfin les paramédicaux. En ce qui concerne l'établissement, ce sont surtout les personnes travaillant en moyen et long séjour et beaucoup moins ceux de

courte durée et de psychiatrie qui ont eu l'impression que la préparation à l'accréditation permettait de modifier les pratiques.

« reconnaissance »

Il existe une différence significative en fonction du métier ($F=24,362$; $\alpha=0,000$) et du sexe ($F=5,318$; $\alpha=0,022$). Ce sont les aides et agents surtout qui ont eu l'impression d'avoir une meilleure reconnaissance puis ensuite les infirmières, les médicaux, les secrétaires, quant aux paramédicaux, ils n'ont trouvé presque aucune reconnaissance. En ce qui concerne le sexe, ce sont surtout les femmes qui ont eu l'impression que la préparation à l'accréditation permettait une meilleure reconnaissance.

« modifications transversales »

Il existe une différence significative en fonction du métier ($F=24,362$ et $\alpha=0,000$). Ce sont les aides et agents qui ont surtout trouvé des modifications dans transversales puis les infirmières, les secrétaires, les médicaux et très peu les paramédicaux.

« modifications relations »

Il existe une différence significative pour les membres d'une commission ($F=2,438$ et $\alpha=0,047$) qui sont ceux qui ont plus trouvé que les relations entre personnes avaient changées. Toutefois, les scores sont très faibles, même pour les personnes membres de commission il est donc difficile d'en tirer des conclusions.

Scores	« oui » à toutes les questions (%)	« non » à toutes les questions (%)
Modifications organisations	3,2	61,7
Modifications pratiques	13,4	29,2
Reconnaissance	21	79
Modifications transversales	6,1	76,3
Modifications relations	2,1	87,2

II- L'impact de l'accréditation sur le CHU de Brest

Pour cette partie du questionnaire, les résultats sont plus positifs précédemment. C'est la question concernant l'impact de l'accréditation comme permettant à l'établissement de mieux répondre aux attentes de la tutelle qui a recueilli le plus de réponses positives (q127=75,3%), puis la possibilité d'acquérir plus de ressources (q128=73%), la

possibilité d'améliorer la prise en charge des personnes soignées (q121=71,6%), de répondre aux attentes de la population (Q124=70,3%), de développer des valeurs partagées par l'ensemble des professionnels de l'établissement (q122=67,6%), de contribuer à développer le travail en réseau avec les autres partenaires du système de soins (q126=66,4%), de mieux utiliser les ressources (q123=65,4%), et enfin de mieux répondre aux professionnels de ville (q125=59,8%).

% de réponse favorable	<70%				70%-50%				49%-20%				>20%			
Questions	121	124	127	128	122	123	125	126								

Trois scores ont ensuite été créés un score général et deux sous-scores. Le score « général » additionne toutes les questions allant de q121 à q128. Les deux sous-scores sont :

- un score « impact établissement » qui regroupait les questions q121 à q123 et q128 ;
- un score « impact relations extérieurs » qui regroupait les questions q124 à q127

« général »

47% des répondants ont répondu favorablement à toutes les questions concernant l'impact, ce qui représente une proportion très importante pour un score général, qui n'a jamais été retrouvé par ailleurs ; et 13,9% ont répondu négativement à toutes les questions. Lorsque l'on fait des analyses de variances, on met en évidence une différence significative en fonction du métier ($F=5,415$ et $\alpha=0,000$), du sexe ($F=5,078$ et $\alpha=0,000$) et d'être membre d'une commission ($F=2,433$ et $\alpha=0,014$). Ce sont les aides et agents (avec une moyenne très haute de 15 sur 16 maximum) puis ensuite les paramédicaux et infirmières, les secrétaires, et enfin les médicaux (11,77), qui pour l'ensemble des questions concernant l'impact ont répondu favorablement. Les femmes plus que les hommes (14,04 vs 12) et les personnes membres d'une commission (13,6 vs 13,2) trouvent aussi que l'accréditation va avoir un impact important sur l'établissement et ses relations avec l'extérieur.

« impact établissement »

55% des répondants ont répondu favorablement à toutes les questions ayant trait à l'établissement. Il existe une différence significative en fonction du métier ($F=7,028$ et $\alpha=0,000$), du sexe ($F=13,171$ et $\alpha=0,000$) et d'être membre d'une commission ($F=2,397$ et $\alpha=0,049$). Ce sont les aides et agents ($m=7,33$) puis ensuite les secrétaires, les infirmières, les paramédicaux et enfin les médicaux ($m=6$). Les femmes plus que les hommes (7 vs 6) et les personnes non membres d'une commission (6,9 vs 6,6) qui trouvent que l'accréditation va avoir un impact important sur l'établissement.

« impact relations extérieurs »

Il existe une différence significative en fonction du métier ($F=5,415$ et $\alpha=0,000$) et du sexe ($F=5,078$ et $\alpha=0,000$). Ce sont toujours les aides et agents ($m=7,43$) qui estiment que l'impact a été important puis ensuite les secrétaires, les infirmières, les paramédicaux et enfin les médicaux ($m=5,88$). Les femmes plus que les hommes trouvent que l'accréditation va avoir un impact important sur les relations de l'établissement avec l'extérieur.

Scores	« oui » à toutes les questions (%)	« non » à toutes les questions (%)
Général	47	13,9
Impact établissement	55	15,5
Impact relations extérieurs	56,5	18,9

Partie 4 : En conclusion

La réalisation de cette procédure a été un moment important pour l'établissement

80% des aides et agents ont trouvé en effet que la préparation à l'accréditation avait été un moment important, 57,2% des paramédicaux, 70% des infirmières et sage-femmes, 98,75% des secrétaires. De plus il a été mis en évidence une différence significative pour les femmes ($F=22,382$ et $\alpha=0,000$).

La stratégie de mobilisation des professionnels était adaptée

Seulement 35,4% des professionnels ont estimé que la stratégie de mobilisation des professionnels avait été adaptée. Ce sont les aides et agents qui ont été les plus positifs (43%) et les infirmières/sages-femmes le moins (30,6%). Il a été mis en évidence une différence significative pour les personnes travaillant en moyen et long séjour ($F=4,154$;

$\alpha=0,042$), pour les personnes membres de commission ($F=4,631$; $\alpha=0,032$) et pour ceux ayant participé à la rédaction du référentiel ($F=24,143$; $\alpha=0,000$).

Cette procédure a touché tous les domaines d'activités de l'établissement

72,7% des professionnels ont répondu positivement à cette question. Ce sont les paramédicaux d'abord (80%) puis ensuite les infirmières/sage-femmes (76%), les aides et agents (73%), les médicaux (70%) et finalement les secrétaires (54%). L'analyse de la variance met en évidence une différence significative uniquement pour les personnes ayant participé à l'élaboration du référentiel ($F=6,667$; $\alpha=0,010$).

Cette procédure a touché l'ensemble des professionnels de l'établissement

72,7% des répondants ont été en accord avec cette proposition : 80,8% de paramédicaux, 76% d'infirmières/sage-femmes, 73% d'aides et agents, 69,7% de médicaux et 53,8% de secrétaires. L'analyse de la variance met en évidence des différences significatives pour le métier ($F=4,713$; $\alpha=0,030$), le sexe ($F=5,307$; $\alpha=0,022$) et le référentiel ($F=16,637$; $\alpha=0,000$). Ce sont le paramédicaux ($m=1,74$), puis ensuite les infirmiers, les aides et agents, les médicaux et enfin les secrétaires ($m=1,46$). Ce sont ensuite les femmes et les personnes ayant participé au référentiel qui ont trouvé que la procédure avait touché le plus de professionnels.

La nature de la procédure

Ce qui ressort le plus fortement c'est que celle-ci a été vécue comme bureaucratique par 78,2% des personnes, et ceci est particulièrement vrai pour les paramédicaux et les infirmières ($F=2,719$; $\alpha=0,029$) (et non pour les médicaux), ainsi que pour les personnes non membres de commission ($F=4,537$; $\alpha=0,033$) et n'ayant pas participé au référentiel ($F=3,957$; $\alpha=0,047$). Sinon elle a été vécue comme rigide ($q134=55,5\%$), puis participative ($q133=53,2\%$), concrète ($q135=45,3\%$) et enfin consensuelle ($q137=46,5\%$). Ce sont surtout les femmes ($F=19,133$; $\alpha=0,000$) qui ont trouvé qu'elle était consensuelle ainsi que les personnes ayant participé au référentiel ($F=6,897$; $\alpha=0,009$) et se sont les membres de commission ($F=7,284$; $\alpha=0,007$) et les personnes ayant participé au référentiel ($F=26,992$; $\alpha=0,000$) qui ont trouvé que la procédure était participative.

Les connaissances acquises au cours de la procédure

La procédure a surtout permis d'apprendre sur l'accréditation (q144=47,1%), ceci de manière très significative pour les membres de commission (F=26,954 ; $\alpha=0,000$) et les personnes ayant participé au référentiel (F=39,102 ; $\alpha=0,000$) ainsi que sur les démarches qualité (q143=45,3%), là aussi de manière significative pour les membres de commission (F=26,249 ; $\alpha=0,000$) et les personnes ayant participé au référentiel (F=25,068 ; $\alpha=0,000$). Cela a été moins vrai concernant la possibilité d'apprendre sur son propre service (q140=30,8%), les autres professionnels (q139=26,2%) et l'établissement (q142=22,1%) et finalement a peu permis d'apprendre sur soi-même (q138=19,4%) et sur les autres services (q141=12,8%).

Les changements irréversibles

Enfin, 70,1% pensent que des changements irréversibles au niveau de l'établissement ont eu lieu et 52,7% au niveau du service. Il a été mis en évidence une différence significative pour les changements irréversibles au niveau de l'établissement et du service pour les métiers (F=6,816 ; $\alpha=0,009$ établissement / F=11,978 ; $\alpha=0,001$ service) et le sexe (F=14,416 ; $\alpha=0,000$ établissement / F=17,126 ; $\alpha=0,000$ service). Ce sont surtout les aides/agents et les secrétaires qui partagent cette opinion ainsi que les femmes.

Tableau : récapitulatif des pourcentages de réponses favorables.

% de réponse favorable	<70%	70%-50%	49%-20%	>20%
Numéro des questions	129 131 136 146	132 133 134 145	130 135 137 139 140 142 143 144	138 141

Elaboration de scores

Trois scores ont été définis :

- un score « changement irréversible » qui regroupait les questions q129 et q145 à q146.
- un score « impact positif procédure » qui regroupait les questions q130 à q133 et q135 et q137.
- un score « appris préparation » qui regroupait les questions q138 à q144

« changement irréversible »

Il existe une différence significative en fonction du métier ($F=3,488$ et $\alpha=0,016$) et du sexe ($F=11,637$ et $\alpha=0,000$). Ce sont les aides et agents ($m=5,5/6$) surtout puis ensuite les secrétaires, les infirmières, les médicaux et enfin les paramédicaux ($m=4,3$). Les femmes plus que les hommes ($m=5,2$ vs $4,6$) trouvent que l'accréditation va entraîner des changements irréversibles dans l'établissement.

« impact positif procédure »

Il existe une différence significative en fonction du métier ($F=2,303$; $\alpha=0,035$), le sexe ($F=2,373$; $\alpha=0,030$), l'établissement ($F=2,651$; $\alpha=0,016$) et enfin le référentiel ($F=3,198$; $\alpha=0,005$). Ce sont les aides et agents en grande majorité qui ont trouvé que la procédure avait eu un impact positif ($m=10,21/12$) puis ensuite les infirmières/sage-femmes, les paramédicaux, les médicaux et enfin les secrétaires ($m=8,68$). Les femmes plus que les hommes ($m=9,8$ vs $8,8$), les personnes travaillant en moyen séjour ($m=10,6$) et enfin les personnes ayant participé à la rédaction du référentiel ($m=10,8$) qui trouvent que la procédure a eu un impact sur l'établissement.

« appris préparation »

Il existe une différence significative en fonction de l'établissement ($F=2,488$ et $\alpha=0,016$), du sexe ($F=2,023$ et $\alpha=0,050$), d'être membre d'une commission ($F=4,178$ et $\alpha=0,000$) et d'avoir participé au référentiel ($F=4,385$ et $\alpha=0,000$). Ce sont les aides et agents et les médicaux ($m=8,9/14$) de la même manière qui ont le plus appris puis ensuite les infirmières, les secrétaires et les paramédicaux ($m=8,4$). Ce sont ensuite les femmes plus que les hommes, ceux ayant participé à une commission ($m=9,7$) et enfin ceux ayant participé au référentiel ($m=9,3$) qui trouvent que la préparation leur a appris des choses à différents niveaux.

Scores	« oui » à toutes les questions (%)	« non » à toutes les questions (%)
Changement irréversible	54,8	14,7
Impact positif procédure	2,7	23,3
Appris préparation	46,2	5,8

Questionnaire 2 :

personnes travaillant temps plein dans un service destinataire du référentiel

Traitement statistique

Il a été réalisé pour chacune des réponses testées, une analyse statistique simple et dans certains cas une analyse de la variance de type ANOVA en fonction du métier, du sexe, de l'établissement où la personne exerçait, de l'appartenance à une commission de l'établissement et de la participation à la rédaction du référentiel interne d'auto-évaluation (infirmier ou d'établissement). Ces statistiques ont été effectuées lorsque les effectifs de personnes ayant répondu étaient supérieurs à un tiers, soit 107 personnes. A la suite de chacun des résultats, des commentaires discutent les résultats.

Partie 1 :

Pour les questions de la partie 1, il était possible de répondre « oui », « non », ou « ne sait pas/sans objet ». Pour l'élaboration de scores, il a été attribué 1 point si la personne répondait « oui » et 2 si la personne répondait « non ». Les réponses « ne sait pas/sans objet » ont été éliminées. Aussi, plus la moyenne est-elle basse plus les personnes ont répondu positivement. Suite au manque d'espace pour répondre à la question « vous avez été invité à participer à la réflexion concernant la préparation à l'établissement à l'accréditation », cette question et la précédente (« vous avez envisagé les répercussions de l'accréditation sur votre pratique ») ont été supprimées de l'analyse.

I- Suite à la parution des ordonnances.

Parmi les questions posées, la connaissance de la mise en place de l'accréditation au niveau national (q12/16R=80,9%) et le fait de savoir que le CHU devait s'y préparer (q14/18R=81,1%) ont recueilli le plus de réponses positives. Ensuite on retrouve q16/20R=66,6%, q13/17R=66,1%, q17/21R=60,1%, q18/22R=54,7%, q19/23R=47,3% tandis que la question concernant les délais pour s'y préparer (q15/19R=33,8%) a recueilli le moins de réponses positives.

% de réponse favorable	<70%	70%-50%	49%-20%
Questions	12/16R 14/18R 17/21R	13/17R 16/20R 18/22R 19/23R	15/19R 20/24R

Il a ensuite été réalisé un score appelé « accréditation », qui additionnait les questions q12/16R à q20/24R, 14,7% des répondants ont répondu oui à tous les items, de plus une analyse de la variance a été réalisée qui montre une différence significative pour le sexe ($F=2,319$; $\alpha=0,017$), les femmes ayant une meilleure connaissance, ainsi que pour les personnes ayant participé à l'élaboration du référentiel ($F=5,082$; $\alpha=0,000$).

II- avant 1999, les pratiques en relation avec la qualité dans votre service comportaient...

En priorité la mise en place de procédures (q24/28R =53,1 %), puis une réflexion concernant la qualité des prestations offertes (q22/26R=51,4%), un conseil de service qui discute de la qualité des prestations offertes (q27/31R =47,4%), des réunions pluriprofessionnelles portant sur la prise en charge (q21/25R =42,5%), une réflexion concernant la gestion des risques (q28/32R =37,8%), des études d'évaluation de pratiques professionnelles (q23/27R =34,3%), une réflexion client/fournisseur pour répondre au mieux à la demande (q26=30,2%), et enfin le suivi d'indicateurs (q25/29R =27%).

% de réponse favorable	<70%	70%-50%	49%-20%
Questions		24/28R 22/26R	27/31R 21/25R 28/32R 23/27R 26 25/29R

Il a été créé un score appelé « pratique avant 1999 dans le service », qui additionnait les questions q21 à q28. L'analyse de la variance met en évidence une différence significative pour les personnes ayant participé au référentiel ($F=2,100$; $\alpha=0,038$).

Partie 2 :

Pour les questions de la partie 2, il était laissé 5 choix possible aux répondants : « non/pas du tout », « dans une faible mesure », « dans une bonne mesure » « oui/totalement » et enfin « ne sait pas/sans objet ». Pour l'élaboration de scores, il a été

attribué 1 point si la personne répondait « non/pas du tout », « dans une faible mesure », et 2 si la personne répondait « dans une bonne mesure » « oui/totalement ». Les réponses « ne sait pas/sans objet » ont été éliminées. Aussi, plus la moyenne est haute plus les personnes ont répondu positivement. Puis, afin de faire plus de discrimination dans les réponses, il a été attribué 1 point pour les personnes répondant « non/pas du tout », 2 pour « dans une faible mesure », 3 pour « dans une bonne mesure » et 4 pour « oui/totalement ».

I- Concernant la préparation de l'établissement à la visite d'accréditation

Parmi les structures et activités mises en place pour l'accréditation, le bureau qualité comme groupe de pilotage de la démarche est le mieux connu (q34/39r=73,9%), ensuite c'est la CEQSA comme commission chargée de mettre en œuvre un PACQ dans l'établissement (q38/43R). Viennent ensuite, le remplissage du RIAE qui permet de répondre au manuel ANAES (q45/50R=67,2%), le RIAE est le résultat d'un travail pluriprofessionnel (q44/49R=63,2%), les GAET utilisent les données du RIAE pour remplir le manuel (q43/48R=58,1%), la CEQSA permet d'établir une politique cohérente des vigilances (q42=56,9%), les GAET sont des groupes pluriprofessionnels (q46=56,8%), la connaissance de la constitution du bureau qualité (q38=54,7%), l'existence du bureau qualité (q31=47,1%), les GAET sont chargés de remplir le manuel ANAES (q47=43,8%), la connaissance de l'existence de la CEQSA (q35/40R=40,3%), des GAET (q39/44r=q29,4%), les missions du bureau qualité (q32/37r=28%) et les missions des GAET (q40/45R=23%).

69,3% des répondants ont trouvé que les personnes qui étaient en charge de la préparation étaient les mieux placés pour le faire et 21,5% (q30/35r) qu'ils connaissaient le dispositif général mis en place.

Pour les informations, 36,6% (q46/51R) ont trouvé qu'ils avaient eu une information adéquate concernant l'accréditation et 35,4% (q47/52R) sur la préparation à l'accréditation. En ce qui concerne la participation, 41,4% (q49/54R) ont été convaincu de la nécessité d'y participer et 31,1% (q50/55R) ont eu l'impression d'avoir eu assez de marge de manœuvre pour le faire.

% de réponse favorable	<70%	70%-50%	49%-20%
Questions	34/39R 38/43R	33/38R 37/42R 41/46R 43/48R 44/49R 45/50R	30/35R 31/36R 32/37R 35/40R 36/41R 39/44R 40/45R 42/47R 46/51R 47/52R 48/53R 49/54R 50/55R

Pour les questions ayant trait aux activités développées dans l'établissement dans le cadre de la préparation à l'accréditation, 4 scores différents ont été créés :

- un score « connaissance du dispositif interne à l'établissement » qui regroupait les questions q30/35R à 38/43R et 48/53R.
- un score « connaissance du bureau qualité » qui regroupait les questions q31/36r à 34/39r.
- un score « connaissance de la CEQSA » qui regroupait les questions q35/40r à 38/43r.
- un score « connaissance GAET » qui regroupait les questions q39/44r à 43/48r.
- un score « connaissance RIAE » qui regroupait les questions q44/49R et q45/50R
- un score « informations spécifiques » qui regroupait les questions q46/51R et q47/52R
- un score « participation » qui regroupait les questions q49/54R et q50/55r.

« connaissance du dispositif interne à l'établissement »

Il n'a pas été mis en évidence de différence significative.

« connaissance du bureau qualité »

Il existe une différence significative en fonction du sexe (($F=2,977$; $\alpha=0,023$), ce sont les femmes plus que les hommes, et ce sont les personnes ayant participé au référentiel qui ont une meilleure connaissance globale du bureau qualité ($F=3,132$; $\alpha=0,018$).

« connaissance de la CEQSA »

On retrouve une différence significative pour les personnes participant à une commission ($F= 3,630$ et $\alpha=0,008$) et pour les personnes ayant participé au référentiel ($F=3,133$; $\alpha=0,018$).

« connaissance GAET »

Il a pas été mis en évidence une différence significative pour les personnes ayant participé au référentiel ($F=2,518$; $\alpha=0,034$).

« connaissance RIAE »

On retrouve une différence significative pour les personnes participant à une commission ($F=3,072$ et $\alpha=0,050$).

« informations spécifiques »

on retrouve une différence significative pour les personnes ayant participé au référentiel ($F=8,651$; $\alpha=0,000$).

« Participation »

on retrouve une différence significative pour les personnes participant à des commissions ($F=4,665$; $\alpha=0,011$) et ayant participé au référentiel ($F=5,849$; $\alpha=0,004$).

Scores	« oui » à toutes les questions (%)	« non » à toutes les questions (%)
Connaissance du dispositif interne	16,7	31
Bureau qualité	26,4	21,7
CEQSA	42,9	31,4
Connaissance GAET	31,7	42,3
Connaissance RIAE	58,8	34,2
Informations spécifiques	59,6	32,9
Participation	49,7	25,2

II- Concernant votre participation à la préparation de l'établissement à l'accréditation

Vous avez l'impression d'y avoir participé ?

Il était proposé de répondre « oui » ou « non » et, en fonction de la réponse, de choisir parmi un certain nombre de raisons. Seulement 27,5% des répondants ont eu l'impression de participé à la préparation. On retrouve une différence significative en fonction de l'établissement ($F=14,118$; $\alpha=0,000$), des commissions ($F=22,002$; $\alpha=0,000$), et de la participation au RIAE ($F=64,638$; $\alpha=0,000$). Ce sont les personnes travaillant en long et moyen séjour qui ont eu le plus l'impression d'y participer, puis ceux travaillant en psychiatrie et enfin ceux de court séjour. Et ce sont les personnes membres de commission ou encore ceux ayant participé au référentiel qui ont répondu positivement à cette question....

Pour les personnes qui ont répondu positivement, les raisons qui ont principalement motivé ou permis leur participation est la volonté de participer à la défense des intérêts de l'établissement (83,2%) et la volonté d'apprendre (77,9%). Les autres raisons sont : la possibilité d'acquérir une meilleure insertion hospitalière (64,9%), l'obligation d'y participer (57,7%) et la nécessité de faire comme les autres (40%). Pour les 72,5% qui n'ont pas eu l'impression d'y participer les deux raisons majeurs sont le manque d'intérêt (70,9%) et l'absence de proposition d'y participer (70,8%). Viennent ensuite, le manque de temps (51,1%), le sentiment de n'être pas concerné (43,9%) et très loin derrière le refus délibéré d'y participer (8,8%).

En ce qui concerne les raisons qui ont motivé les personnes à y participer, il a été mis en évidence une différence significative pour « la participation à la défense des intérêts de l'établissement » et ceci pour les membre de commission ($F=4,066$; $\alpha=0,046$). Le score globale de participation qui additionne les 5 propositions faites ci-dessus ne met en évidence aucune différence significative.

Tableau croisé score participation/métier*

Score partici- pation	Aides et Agents	Para médicaux	Infirmières et Sage- Femmes	Médicaux	Secrétaires	Techniciens Ingénieurs Ouvriers	Admini stratifs	Total
5,00	3	1				7	2	13
6,00	1				1	7		9
7,00			1		1	14	3	19
8,00	1	1	1	3	2	6	1	15
9,00						5		5
10,00						5	1	6
Total	5	2	2	3	4	44	7	67

*Plus le score est bas plus les personnes ont répondu oui

En ce qui concerne les raisons qui ont motivé la non participation, il a été mis en évidence une différence significative seulement pour « le manque de temps » et « le manque d'intérêt ». Pour le manque de temps se sont les personnes membres de commission ($F=4,914$; $\alpha=0,028$) et ayant participé au référentiel ($F=11,146$; $\alpha=0,001$). Quant au manque d'intérêt se sont les hommes plus que les femmes qui y ont répondu ($F=4,921$; $\alpha=0,028$). Le score globale de non participation additionnant les 5 items

montre une différence significative pour les personnes n'ayant pas participé à l'élaboration du référentiel ($F=3,863$; $\alpha=0,003$).

Tableau croisé score non participation/métier

Score partici- pation	Aides et Agents	Para Médicaux	Infirmières et Sage- Femmes	Médicaux	Secrétaires	Techniciens Ingénieurs Ouvriers	Admini stratifs	Total
5,00						5		5
6,00						5		5
7,00	2	1	1		2	12	3	21
8,00		2		2	2	18	3	27
9,00	2	3	2	1	3	27	6	44
10,00	5	2				13	3	23
Total	9	8	3	3	7	80	15	125

Plus le score est bas plus les personnes ont répondu oui

III Pour préparer l'établissement à la visite d'accréditation, de outils ont été utilisés

Ce sont surtout les articles parus dans le journal interne de l'établissement qui a permis aux personnes de se tenir informé de la démarche (54,1%). Sinon, 41,3% pensent qu'une stratégie de communication a été menée au niveau de l'établissement, par contre beaucoup moins au niveau des services (26,1%). Seulement 25,6% ont participé aux conférences de sensibilisation et 12% à des formations sur la qualité.

% de réponses favorable	<70%	70%- 50%	49%-20%	>20%
Questions		66/76R	64/69R 65/70R 67/77R	68/79R

Tableau croisé lecture du journal interne de l'établissement *Métier

	Aides et Agents	Paramédicaux	Infirmières et SFemmes	Médicaux	Secrétaires	Total
1	7	7	3	6	12	35
2	10	17	8	4	8	47
Total	17	24	11	10	20	82

Une analyse de la variance a été faite pour les questions ayant eu plus de 50% de réponse favorable. Aussi, en ce qui concerne le journal interne de l'établissement (q66/76r), une analyse de la variance a-t-elle été réalisée et a mis en évidence une

différence significative de la participation au RIAE ($F=4,373$; $\alpha=0,037$), les personnes ayant participé s'informant plus par le journal interne.

Ensuite il a été réalisé un score global « outils généraux » (q64/69R à q68/79R) et deux sous-scores :

un score « communication » qui regroupait les questions q64/69R et q65/70R.

un score « participation à des conférences ou des réunions » qui regroupait les questions q67/77R et q68/79R.

« outils généraux »

Il existe une différence significative pour les personnes membres d'une commission qui sont ceux qui connaissent le mieux les outils ($F=4,512$; $\alpha=0,001$)!

« Communication »

Il existe une différence significative en fonction du métier ($F=4,001$; $\alpha=0,02$), et d'être membre d'une commission ($F=5,985$; $\alpha=0,003$) : ce sont les infirmières et les administratifs qui ont le plus trouvé (puis les médicaux, les paramédicaux, les aides/agents et les infirmières/sage-femmes) qu'il avait été mis en place une stratégie de communication ainsi que les membres d'une commission.

« Participation à des conférences ou des réunions »

De même il existe une différence significative en fonction de la participation à une commission ($F=9,588$; $\alpha=0,000$) : les membres de commission ayant plus participé à des conférences ou des formations. Toutefois on retrouve une différence presque significative pour les personnes ayant participé au RIAE ($\alpha=0,054$).

Scores	« oui » à toutes les questions (%)	« non » à toutes les questions (%)
Outils généraux	1,9	22,7
Participation conférences/réunions	7,8	68,9
Communication	23,3	52,1

IV Au cours de procédure de préparation à l'accréditation, dans votre service

Deux questions ressortent de cette série. Tout d'abord que la responsabilité de la qualité est partagée par l'ensemble des professionnels du service (79,5%) et que seulement 13,2% des personnes ont fait adhérer d'autres à la démarche. Ensuite, l'engagement de

la hiérarchie a la aussi été mise en évidence que ce soit le chef de service (q82/93R=68,6%), le cadre supérieur (q83/94R=65,5%) ou le cadre (q84/95R=69,5%). Dans les autres questions ayant reçu des réponses positives on retrouve que 56,5% (q88/99R) des gens ont trouvé que toutes les catégories professionnelles du service avaient adhéré à la démarche et que 46,3% (q73/84R) ont été amené à réfléchir sur leur propres modalités de travail. Sinon, 35,7% pensent qu'il a été mis en place un travail pluriprofessionnel, 39,6 qu'il a été possible de travailler de manière non hiérarchique, 38,4% de réfléchir aux modalités de travail du service, 23,6% d'acquérir de nouveaux raisonnements, 25,2% de mieux connaître le travail effectué par les autres professionnels du service, 23,2% de développer une reconnaissance du travail effectué par les différents professionnels au sein du service, 21,5% qu'une réflexion a été menée sur le rôle de chacun dans la prise en charge des patients, 38,5% que cela a été l'occasion de réfléchir à la gestion des risques, 29,7% de renforcer le sentiment d'appartenance, 35,3% de renforcer le sentiment d'appartenance à l'établissement.

% de réponse favorable	<70%	70%-50%	49%-20%	>20%
Questions	87/98R	82/93R 83/94R 84/95R 88/99R	70/81R 71/82R 72/83R 73/84R 74/85R 75/86R 77/88R 78/81R 79/82R 80/91R 81/92R 85/96R 86/97R 89/100R	76/87R

Pour les 7 scores différents qui ont été créés :

- un score « modalités de travail » qui regroupait les questions q70/81R à q72/83R ;
- un score « nouveaux raisonnements » qui regroupait les questions q73/84R à q76/87R ;
- un score « travail en commun » qui regroupait les questions q77/88R à 80/91R et q88R/99R ;
- un score « engagement de la hiérarchie » qui regroupait les questions q82/93R à q84/95R ;
- un score « appartenance » qui regroupait les questions q85/96R à q89/100R ;
- un item « échanges avec autres services » qui représente la question q81/92R ;
- un item « responsabilité de la qualité des soins » q77/98R.

« modalités de travail »

Il existe une différence significative en fonction du métier ($F=3,052$; $\alpha=0,031$), et de la participation à des commissions ($F=2,812$; $\alpha=0,041$). Ce sont les infirmières, les administratifs et les médicaux qui ont surtout répondu positivement à ces questions (puis les techniciens, les paramédicaux, les secrétaires et enfin les aides et agents) et ceux qui participent à des commissions.

« nouveaux raisonnements »

Il existe une différence significative en fonction du sexe ($F=0,027$; $\alpha=0,027$), les hommes ayant répondu plus favorablement.

« travail en commun »

Il existe une différence significative en fonction de l'établissement ($F=2,420$; $\alpha=0,045$) et de la participation au RIAE ($F=2,410$ et $\alpha=0,045$). Ce sont les personnes travaillant en long et moyen séjour, court séjour, puis en psychiatrie qui ont eu le plus l'impression qu'un travail en commun avait été réalisé ainsi que les personnes ayant participé au RIAE

« engagement de la hiérarchie »

Il existe pas de différence significative.

« appartenance »

Il n'existe pas de différence significative.

« échanges avec autres services »

Il existe une différence significative en fonction de l'établissement ($F=4,826$ et $\alpha=0,029$). Ce sont les personnes travaillant en courte durée qui ont le plus eu l'impression d'échanger entre services à cette occasion, viennent ensuite les personnes travaillant en moyen et longue durée et enfin en psychiatrie

« responsabilité de la qualité des soins »

Il n'a pas été mis en évidence de différence significative.

Scores	« oui » à toutes les questions (%)	« non » à toutes les questions (%)
Modalités de travail	27,3	27,3
Nouveaux raisonnements	4,5	53,9

Travail en commun	11,8	31,6
Engagement de la hiérarchie	63,6	26,9
Appartenance	30,5	36,2
Echanges avec autres services	21,3	78,7
Responsabilité de la qualité des soins	79,5%	20,5%

Partie 3 : Les conséquences de la préparation à l'accréditation

1- En conséquence de cette procédure de préparation à la visite d'accréditation, dans votre service :

La réflexion sur mise en place d'objectifs qualité est la principale modification qui a eu lieu lors de la préparation (q97/108R=50%). Sinon, 30,6% ont répondu que des modifications dans l'organisation des services avaient lieu, 30,7% dans les pratiques professionnelles, 15% dans les relations hiérarchiques, 19,7% que de nouvelles fonctions avaient été intégrées, 28,7% que des études d'évaluation de pratiques professionnelles avaient été mise en place, 33,5% que de nouveaux sujets ont été traités en conseil de service en lien, 30,3% que des indicateurs qualité avaient été déterminés, 48,3% que les résultats des questionnaires de sortie étaient pris en compte systématiquement, 24,1% que le travail entrepris dans le service était mieux reconnu au sein de l'établissement, 15,8% qu'une réflexion concernant la continuité des soins a été menée avec d'autres services, 21,4% que des procédures transversales à plusieurs services ont été mises en place, 20,8% que des indicateurs de qualité avaient été déterminés en concertation avec d'autres services, 27,8% que des études d'évaluation étaient réalisées avec d'autres services (q104/115r), 14,5% que des modifications étaient intervenues dans les relations entre services (q105/116r), 6% avec l'administration (q106/117r), 6,7% avec les autres établissements (q107/118r) et 1,2% les médecins de ville (q108/119r).

% de réponse favorable	70%-50%	49%-20%	>20%
Questions	97/108R	91/102R 92/103R 95/106R 96/107R 98/109R 99/110R 100/111R 102R/113R 103/114R 104/115R	93/104R 94/105R 101/112R 105/116R 106/117R 107/118R 108/119R

Pour les questions ayant trait aux conséquences de la procédure de préparation au niveau des services, 5 scores différents ont été créés :

- un score « modifications organisation » qui regroupait les questions q91/102R à q94/105R
- un score « modifications pratiques » qui regroupait les questions q95/106R à q99/110R
- un score « reconnaissance » qui reprend la question q100/111R
- un score « modifications transversales » qui regroupait les questions q101/112R à q104/115R
- un score « modifications relations » qui regroupait les questions q105/116R à q108/119R

« modifications organisation »

Il n'existe pas de différence significative. Toutefois il existe une différence presque significative en fonction de l'établissement ($\alpha=0,056$), les personnes travaillant en moyen et long séjour ayant plus répondu que les personnes travaillant en psychiatrie ou en courte durée.

« modifications pratiques »

Il existe une différence significative pour les personnes membres d'une commission ($F=5,026$; $\alpha=0,001$), et pour celles ayant participé au RIAE ($F=6,253$; $\alpha=0,000$).

« reconnaissance »

Il n'existe pas de différence significative.

« modifications transversales »

Il n'existe pas de différence significative.

« modifications relations »

Il n'existe pas de différence significative.

Scores	« oui » à toutes les questions (%)	« non » à toutes les questions (%)
Modifications organisations	9,4	60
Modifications pratiques	18,2	41,8
Reconnaissance	24,1	75,9
Modifications transversales	8,9	73,3
Modifications relations	1,5	80,9

II- L'impact de l'accréditation sur le CHU de Brest

Pour cette partie du questionnaire, les résultats sont beaucoup plus positifs que dans les autres. C'est la question concernant la capacité pour l'accréditation d'améliorer la prise en charge des personnes soignées qui a été le plus mis en évidence (q110/121R=82,5%), puis 80,6% pensent que cela va permettre à l'établissement de mieux répondre aux attentes de la tutelle (q116/127R=75,3%), 77% une meilleure utilisation des ressources (q112/123R), 76,7% de répondre aux attentes de la population (q113/124R), 76,6% de développer des valeurs partagées par l'ensemble des professionnels de l'établissement (q111/122R), 75,8% de développer le travail en réseau avec les autres partenaires du système de soins (q115/126R), 72,7% de mieux répondre aux professionnels de ville (q114/125R) et d'acquérir plus de ressources (q117/128R).

% de réponse favorable	<70%	70%-50%	49%-20%	>20%
Questions	110/121R 111/122R 112/123R 113/124R 114/125R 115/126R 116/127R 117/128R			

Trois scores ont ensuite été créés un score général et deux sous-scores. Le score « général » additionne toutes les questions allant de q110/121R à q117/128R. Les deux sous-scores sont :

- un score « impact établissement » qui regroupait les questions q111/121R à q112/123R et q117/128R
- un score « impact relations extérieurs » qui regroupait les questions q113/124R à q116/127R

« général »

63% des répondants ont répondu favorablement à toutes les questions concernant l'impact ; et 12,33% ont répondu négativement à toutes les questions. Lorsque l'on fait des analyses de variances, on met en évidence une différence significative pour les personnes ayant participé au RIAE ($F=3,477$ et $\alpha=0,003$).

« impact établissement »

65% des répondants ont répondu favorablement à toutes les questions ayant trait à l'établissement et aucune différence significative n'a été mise en évidence.

« impact relations extérieurs »

70% ont répondu favorablement à toutes les questions et il existe une différence significative en fonction de l'établissement ($F=2,892$ et $\alpha=0,040$) et cela est surtout vrai pour les personnes travaillant en moyen et long séjour, moins pour les personnes travaillant en psychiatrie et enfin en court séjour.

Scores	« oui » à toutes les questions (%)	« non » à toutes les questions (%)
Général	63	12,3
Impact établissement	65	9,4
Impact relations extérieurs	70	17

Partie 4 : En conclusion

La réalisation de cette procédure a été un moment important pour l'établissement (q118/129R)

77,6% des professionnels ont estimé que la procédure avait été importante pour l'établissement et il a été mis en évidence une différence significative pour les personnes membres d'une commission ($F=4,349$; $\alpha=0,039$).

La stratégie de mobilisation des professionnels était adaptée (q119/130R)

Seulement 40,7% des professionnels ont estimé que la stratégie de mobilisation des professionnels avaient été adaptée. Ce sont les paramédicaux qui ont été les plus positifs (55,6%) et les secrétaires le moins (30,8%). Il n'a pas été mis en évidence de différence significative.

Cette procédure a touché tous les domaines d'activités de l'établissement (q120/131R)

66,4% des professionnels ont répondu positivement à cette question dont 75% des aides et agents, des infirmières/sage-femmes et des administratifs.

L'analyse de la variance met en évidence une différence significative en fonction de l'établissement ($F=8,377$; $\alpha=0,004$), d'être membre d'une commission ($F=6,063$; $\alpha=0,015$) et d'avoir participé au référentiel ($F=12,172$; $\alpha=0,001$). Ce sont les personnes

de moyen et long séjour puis de psychiatrie et enfin de court séjour qui ont répondu ainsi que les membres de commission ou ayant participé au référentiel.

Cette procédure a touché l'ensemble des professionnels de l'établissement (q121/132R)

65,1% des répondants ont été en accord avec cette proposition : 100% des aides et agents, 87,5% d'infirmières/sage-femmes, 71,4% de médicaux, 65,1% des administratifs, 64% des techniciens, 61,5% de secrétaires et 40% de paramédicaux.

L'analyse de la variance met en évidence des différences significatives pour les établissements ($F=8,547$; $\alpha=0,004$) et le référentiel ($F=7,396$; $\alpha=0,007$). Ce sont le moyen et long séjour ($m=2$), puis la psychiatrie et enfin le court séjour ($m=1,6$) et ce sont les personnes ayant participé au référentiel qui ont trouvé que la procédure avait touché le plus de professionnels.

La nature de la procédure (q122/133R)

Ce qui ressort le plus fortement c'est que celle-ci a été vécue comme bureaucratique par 76,2% des personnes sans qu'il ait été mis en évidence de différence significative. Sinon elle a été vécue comme participative par 50,3% (q133/122R), rigide par 55,4% (q134/123R), concrète par 47,9% (q135/124R) et consensuelle par 44,2% (q137/126R). Ce sont surtout les personnes ayant participé au référentiel ($F=4,686$; $\alpha=0,033$) qui ont trouvé que la procédure était consensuelle.

Les connaissances acquises au cours de la procédure

La procédure a surtout permis d'apprendre sur l'accréditation (q133/144R=41,1%) et sur les démarches qualité (q132/143R=39,9%). Dans les deux cas de manière très significative pour les membres de commission (q133/144R $F=21,020$; $\alpha=0,000$ / q132/143R $F=16,984$; $\alpha=0,000$) et les personnes ayant participé au référentiel (q133/144R $F=11,996$; $\alpha=0,001$ / q132/143R $F=14,203$; $\alpha=0,000$). Sinon, 16,7% ont répondu que cela leur avait permis d'apprendre sur eux même et cela de manière significative pour les membres de commission (q127/138, $F=10,447$; $\alpha=0,001$), 22,9% sur les autres professionnels (q128/139R), avec une différence significative pour les membres de commission ($F=16,497$; $\alpha=0,000$) et les participants au RIAE ($F=14,710$; $\alpha=0,000$). 22,4% sur son propre service (q129/140R), avec une différence significative pour les membres de commission ($F=6,645$; $\alpha=0,011$). 13,3% sur les autres services

(q130/141R), avec une différence significative pour les participants au RIAE ($F=7,718$; $\alpha=0,006$). 25,6% sur l'établissement (q131/141R), avec une différence significative pour les membres de commission ($F=4,912$; $\alpha=0,028$).

Les changements irréversibles

Enfin en ce qui concerne les changements irréversibles, 49,3% des professionnels pensent que cela va se passer au niveau de leur service et 66,4% sur l'ensemble de l'établissement. Il a été mis en évidence qu'il existait une différence significative pour les deux questions pour les personnes ayant participé au RIAE (q134/145R $F=4,797$; $\alpha=0,03$ / q135/146R $F=4,118$; $\alpha=0,044$).

Tableau : récapitulatif des pourcentages de réponses favorables.

% de réponse favorable	<70%	70%-50%	49%-20%	>20%
Numéro des questions	125/136R	122/133R 123/134R 128/137R	124/135R 126/137R 127/138R 130/141R 131/142R 133/144R 134/145R 135/146R	129/140R 132/143R

Elaboration de scores

Trois scores ont été définis :

- un score « changement irréversible » qui regroupait les questions q118/129R et q134/145R à q135/146R.
- un score « impact positif procédure » qui regroupait les questions q119/130R à q122/133R et q124/135R et q126/137R.
- un score « appris préparation » qui regroupait les questions q127/138R à q133/144R

« changement irréversible »

Il existe une différence significative pour les personnes ayant participé au RIAE ($F=3,155$ et $\alpha=0,028$).

« impact positif procédure »

Il n'existe pas de différence significative.

« appris préparation »

Il existe une différence significative en fonction de la participation au référentiel ($F=2,655$ et $\alpha=0,014$) et se sont ceux qui ont participé qui ont le plus appris ($m=9,8$ vs $8,2$).

Scores	« oui » à toutes les questions (%)	« non » à toutes les questions (%)
Changement irréversible	48,5	16,5
Impact positif procédure	28,9	9,6
Appris préparation	51,5	5,3

Comparaison des deux questionnaires

Pour comparer les résultats en fonction des personnes travaillant temps plein destinataires du référentiel ou pas, nous avons réalisé des tests de khi2. Nous avons d'une part comparé chacune des questions qui étaient posées aux deux populations et d'autre part comparé les scores qui avaient été réalisés et qui étaient comparables.

Partie I : avant la préparation

I- Suite à la parution des ordonnances :

Toutes les questions sont identiques entre les deux questionnaires. Toutes les questions montrent une différence significative en faveur des personnes qui travaillaient dans des services destinataires du référentiel, aussi les personnes ayant été destinataire du référentiel ont une connaissance globale du dispositif d'accréditation meilleure que les autres.

Numéro question		% de réponses Q1		% de réponses Q2		Khi 2	Signification
Q1	Q2	positive	négative	positive	négative		
16	12	93	7	80,9	19,1	39,902	0,000
17	13	83,2	16,8	66,1	33,9	41,788	0,000
18	14	93,2	6,8	81,1	18,9	40,797	0,000
19	15	45	55	33,8	66,2	11,115	0,001
20	16	77,9	22,1	66,6	33,4	15,133	0,000
21	17	76,7	23,3	60,1	39,9	32,384	0,000
22	18	67,2	32,8	54,7	45,3	16,607	0,000
23	19	60,9	39,1	47,3	52,7	17,332	0,000
24	20	49,2	50,8	29,9	70,1	36,486	0,000

II- Avant 1999, les pratiques en relation avec la qualité dans votre service comportaient...

Pour cette partie du questionnaire un certain nombre de questions différents. En effet, les personnes non destinataires du référentiel n'ont pas eu à répondre aux questions 26, 30 et 33. Deux questions ont été posées uniquement à ceux non destinataires du référentiel q22 et 26.

Il a été mis en évidence des différences significatives pour toutes les questions en faveur des personnes ayant été destinataires du référentiel, à l'exception de la question concernant le suivi d'indicateurs qualité où aussi peu de personnes ont répondu qu'il n'en existait pas avant la préparation.

Numéro question		% de réponses Q1		% de réponses Q2		Khi 2	Signification	Sens de la signification
Q1	Q2	positive	negative	positive	negative			
25	21	78,2	21,8	51,4	48,6	76,554	0,000	R>NR
27	23	51,9	48,1	34,3	65,7	25,518	0,000	R>NR
28	24	80,6	19,4	53,1	46,9	85,293	0,000	R>NR
29	25	29,9	70,1	27	73	0,724		NS
31	27	71,2	28,8	47,4	52,6	52,066	0,000	R>NR
32	28	54,2	45,8	37,8	62,2	21,286	0,000	R>NR

Le score « pratique avant 1999 » met en évidence une différence significative en faveur des personnes destinataires du référentiel ($X^2=92,006$; $\alpha=0,000$).

Partie 2 : La préparation

I- Concernant la préparation à l'établissement à la visite d'accréditation

Toutes les questions sont identiques pour les deux questionnaires. Toutes les questions ont montré des différences significatives sauf pour 6 d'entre elles. Et les différences significatives ne sont pas toutes dans le même sens (cf. tableau).

pas de différence significative

cela concerne la connaissance des missions du bureau qualité et sa constitution ; la connaissance de l'existence des GAET ; l'utilisation par les GAET du RIAE ; l'adéquation des informations reçues par rapport aux attentes ; la légitimité des personnes en charge de la préparation et enfin en ce qui concerne l'intérêt de participer à la procédure

différence significative dans le sens des personnes destinataires du référentiel

Se sont les questions suivantes pour lesquelles les personnes ayant été destinataires du référentiel ont répondu plus positivement que celles non destinataires : connaissance du dispositif mis en place au niveau de l'établissement, existence du bureau qualité, bureau qualité groupe de pilotage de la préparation à l'accréditation, connaissance CEQSA,

connaissance des missions de la CEQSA, CEQSA en charge du PACQ, CEQSA politique cohérente pour les vigilances, GAET groupes pluriprofessionnels, GAET en charge de remplir le manuel ANAES, RIAE résultat d'un travail pluriprofessionnel mené au sein de l'établissement, RIAE outil permettant de répondre au manuel ANAES, informations reçues en adéquation par rapport aux attentes, impression d'avoir eu assez de marge de manœuvre pour participer à la préparation

différence significative dans le sens des personnes non destinataires du référentiel

Pour une seule question, les personnes non destinataires ont répondu plus favorablement et cela concerne la connaissance des missions des GAET.

Numéro question		Khi 2	Signification	Sens de la signification
Q1	Q2			
35	30	17,674	0,001	R>NR
36	31	10,004	0,019	R>NR
37	32	2,530	0,470	NS
38	33	0,952	0,813	NS
39	34	9,597	0,002	R>NR
40	35	17,094	0,001	R>NR
41	36	9,352	0,025	R>NR
42	37	11,176	0,001	R>NR
43	38	9,189	0,027	R>NR
44	39	5,840	0,120	NS
45	40	8,831	0,032	NR>R
46	41	14,471	0,002	R>NR
47	42	9,376	0,025	R>NR
48	43	5,733	0,125	NS
49	44	38,5	0,000	R>NR
50	45	19,875	0,000	R>NR
51	46	6,284	0,099	NS
52	47	8,072	0,045	R>NR
53	48	4,604	0,203	NS
54	49	5,126	0,163	NS
55	50	10,724	0,013	R>NR

Seul le score « connaissance RIAE » a mis en évidence une différence significative ($\text{Khi}^2=21,379$; $\alpha=0,000$) en faveur des destinataires du référentiel. Les scores « structure général », « connaissance du bureau qualité », « connaissance de la CEQSA », « connaissance des GAET », « informations spécifiques » et « participation » n'en ont pas mis en évidence.

II- Concernant votre participation à la préparation de l'établissement à l'accréditation

Les personnes ayant été destinataires du référentiel (43,5%) ont eu plus l'impression de participer à la préparation ($\alpha=0,000$) que les autres (27,5%). De même se sont ces personnes qui ont plus participé dans un objectif de volonté d'apprendre. Il n'existe pas de différence significative concernant les raisons pour lesquelles les personnes n'ont pas participé.

Numéro question		% de réponses Q1		% de réponses Q2		Khi 2	Signification	Sens de la signification
Q1	Q2	positive	negative	positive	negative			
58	53	86,2	13,8	77,9	22,1	4,420	0,036	R>NR
59	54	62,3	37,7	57,7	42,3	0,680	0,409	NS
60	55	34,7	65,3	40	60	0,862	0,353	NS
61	56	66,5	33,5	64,9	35,1	0,082	0,774	NS
62	57	86,7	13,3	83,2	16,8	0,982	0,322	NS
63	58	37,4	62,6	29,1	70,9	3,634	0,057	NS
64	59	67,4	32,6	51,1	48,9	0,862	0,353	NS
65	60	37,3	62,7	43,9	56,1	2,273	0,132	NS
66	61	12,8	87,3	8,8	91,2	1,648	0,199	NS
67	62	70,2	29,8	70,8	29,2	0,019	0,890	NS
68	63	38,2	61,8	34,0	66	0,886	0,347	NS

Pour le score « non participation » se sont les personnes non destinataires du référentiel qui ont le plus répondu aux raisons ayant motivé leur non participation ($\alpha=0,000$). Il n'a pas été mis en évidence de différence significative pour le score « participation ».

III- Pour préparer l'établissement à la visite d'accréditation, des outils ont été utilisés

Pour cette partie du questionnaire 5 questions seulement ont été posées de manière identique aux deux populations. Trois questions ont mis en évidence des différences significatives. Ce sont donc les personnes destinataires du référentiel interne qui ont une meilleure appréciation sur la stratégie de communication menée au sein de l'établissement pour expliquer le déroulement de la procédure, qui ont une meilleure stratégie de communication au sein de leur service pour expliquer le déroulement de la

procédure, et enfin qui ont le plus lu les articles paru dans le journal interne afin de s'informer.

Numéro question		Khi 2	Signification	Sens de la signification
Q1	Q2			
69	64	20,384	0,000	R>NR
70	65	46,034	0,000	R>NR
76	66	9,590	0,023	R>NR
77	67	1,319	0,725	NS
79	68	3,296	0,348	NS

En ce qui concerne le score « stratégie de communication », ce sont les personnes destinataires du référentiel qui ont répondu plus positivement ($\alpha=0,000$).

IV- Au cours de la procédure de préparation à l'accréditation, dans votre service :

Pour cette partie du questionnaire toutes les personnes interrogées avaient les mêmes questions. La mise en évidence de différence de modalités de réponses entre les deux populations montrent pour ces questions des différences excessivement significatives pour les personnes ayant été destinataires du référentiel et cela surtout en ce qui concerne la mise en place d'un travail pluriprofessionnel au cours de la procédure, la possibilité de travailler de manière non hiérarchique, sur la mise en place d'une réflexion concernant la place de chacun dans la prise en charge des patients, l'engagement du cadre supérieur et du cadre.

Seul les questions concernant le fait d'avoir contribué à l'adhésion de personnes à la démarche, les échanges avec d'autres services, la responsabilité de la qualité des soins est partagée par l'ensemble des membres du service et enfin la préparation a renforcé un sentiment d'appartenance à l'établissement n'ont pas montré de différence significative. Une seule question a mis en évidence une différence significative pour les personnes non destinataires du référentiel celle concernant la responsabilité de la qualité qui est du ressort d'une catégorie de professionnelle.

Numéro question		Khi 2	Signification	Sens de la signification
Q1	Q2			
81	70	118,854	0,000	R>NR
82	71	41,091	0,000	R>NR
83	72	34,840	0,000	R>NR
84	73	18,346	0,000	R>NR
85	74	19,112	0,000	R>NR
86	75	18,472	0,000	R>NR
87	76	4,938	0,176	NS
88	77	15,022	0,002	R>NR
89	78	20,488	0,000	R>NR
90	79	62,852	0,000	R>NR
91	80	38,768	0,000	R>NR
92	81	4,436	0,218	NS
93	82	7,850	0,049	R>NR
94	83	55,921	0,000	R>NR
95	84	50,041	0,000	R>NR
96	85	11,606	0,009	R>NR
97	86	10,662	0,014	NR>R
98	87	4,115	0,249	NS
99	88	13,682	0,003	R>NR
100	89	0,551	0,907	NS

Il a été mis en évidence des différences très significative ($\alpha=0,000$) en faveur des personnes destinataires du référentiel en ce qui concerne les scores « modalités de travail », « nouveaux raisonnements », « travail en commun » et « engagement de la hiérarchie ». Par contre il n'a pas été retrouvé de différence pour les scores « appartenance » et « échanges avec d'autres services ».

Partie 3 : Les conséquences de la préparation à l'accréditation

I- En conséquence de cette procédure de préparation à la visite d'accréditation dans votre service.

Il a été mis en évidence des différences significatives pour les personnes destinataires du référentiel en ce qui concerne : des modifications dans l'organisation du service ; des changements dans les pratiques professionnelles.

Les 2 autres différences qui ont été mises en évidence sont en faveur des personnes non destinataires du référentiel et portent sur : l'intégration de nouvelles fonctions ; la mise en œuvre d'études d'évaluation conjointement avec d'autres services

Numéro question		Khi 2	Signification	Sens de la signification
Q1	Q2			
102	91	11,094	0,011	R>NR
103	92	8,437	0,038	R>NR
104	93	5,855	0,119	NS
105	94	8,546	0,036	NR>R
106	95	1,598	0,660	NS
107	96	6,432	0,092	NS
108	97	1,404	0,705	NS
109	98	4,257	0,235	NS
110	99	4,444	0,217	NS
111	100	3,576	0,311	NS
112	101	Effectif insuffisant		
113	102	Effectif insuffisant		
114	103	3,917	0,271	NS
115	104	17,037	0,001	NR>R
116	105	Effectif insuffisant		
117	106	Effectif insuffisant		
118	107	Effectif insuffisant		
119	108	Effectif insuffisant		

Seul le score « modifications organisation » met en évidence une différence significative en faveur des personnes non destinataires du référentiel ($\alpha=0,001$), ce qui n'est pas retrouvé pour les scores « modifications pratiques », « reconnaissance », « modifications transversales », « modifications relations » et « changements irréversibles ».

II- L'impact de l'accréditation sur le CHU de Brest

Les mêmes questions ont été posées aux deux populations et il a été mis en évidence que pour 4 questions, les personnes non destinataires du référentiel pensaient que l'impact serait plus important pour l'établissement que les autres. Cela est donc vrai en ce qui concerne : l'amélioration de la prise en charge des personnes soignées ; le développement de valeurs partagées par l'ensemble des professionnels de l'établissement ; de mieux utiliser les ressources en interne de l'établissement ; de mieux répondre aux attentes des médecins de ville.

Numéro question		Khi 2	Signification	Sens de la signification
Q1	Q2			
121	110	9,685	0,021	NR>R
122	111	6,423	0,093	NR>R
123	112	10,420	0,015	NR>R
124	113	3,668	0,300	NS
125	114	9,194	0,027	NR>R
126	115	6,200	0,102	NS
127	116	3,358	0,340	NS
128	117	5,513	0,138	NS

Les scores « impact général » et « impact établissement » n'ont pas montré de différence significative et le score « impact relations extérieurs » présente des effectifs insuffisants pour effectuer des statistiques.

En conclusion

Là aussi les mêmes questions ont été posées aux deux populations. 3 questions ont mis en évidence des différences de réponses significatives entre les deux groupes. Ce sont les personnes destinataires du référentiel qui ont surtout trouvé que la procédure était participative et que la préparation leur a permis d'apprendre sur leur service. Par contre se sont les personnes non destinataires du référentiel qui ont surtout trouvé que la préparation leur avait permis mieux connaître d'autres professionnels.

Numéro question		Khi 2	Signification	Sens de la signification
Q1	Q2			
129	118	1,698	0,637	NS
130	119	2,510	0,474	NS
131	120	3,157	0,368	NS
132	121	1,530	0,675	NS
133	122	9,123	0,028	R>NR
134	123	5,534	0,137	NS
135	124	2,194	0,533	NS
136	125	2,828	0,419	NS
137	126	2,431	0,488	NS
138	127	2,025	0,567	NS
139	128	8,404	0,038	NR>R
140	129	7,822	0,050	R>NR
141	130	0,273	0,965	NS
142	131	2,620	0,454	NS
143	132	2,554	0,466	NS

144	133	1,549	0,671	NS
145	134	2,938	0,401	NS
146	135	5,392	0,145	NS

Il n'a pas été mis en évidence de différence significative pour les scores « changement irréversible » et « appris préparation ». En ce qui concerne le score « impact procédure », les effectifs sont insuffisants pour pouvoir faire des tests du Khi2.

Analyse des commentaires des questionnaires

Sur l'ensemble des questionnaires recueillis, 274 personnes ont inséré des commentaires à la fin de celui-ci, comme cela leur était proposé. Les remarques faites ont été regroupées autour 14 thématiques, ne reprenant pas systématiquement le cadre théorique (cf. Tableau suivant).

Parmi tous les questionnaires renvoyés, 10 personnes ont clairement mentionné qu'elles ne pouvaient répondre aux questionnaires car elles étaient actuellement absentes de l'établissement (cf nombre de personnes en congés). Vingt huit ont mis en évidence qu'elles avaient intégré ou réintégré leur fonction actuelle depuis peu et par conséquent ne se sentaient pas capable de répondre aux questionnaires dans les meilleures conditions.

La lourdeur et la bureaucratie de la procédure d'accréditation ont été soulignées par 19 personnes. On peut ainsi lire : *« Encore une fois la lourdeur administrative se manifeste, [...] je m'interroge donc sur l'avenir d'une démarche encore une fois confrontée au fonctionnement administratif à la française où de réunions en réunions, de sondages en protocoles, la prise en compte des réalités quotidiennes des services est oubliée », « [...] démarche bureaucratique de gestion de pénurie », « C'est beaucoup de masturbation intellectuelle pour un résultat médiocre sur le terrain », « Elle (l'accréditation) est totalement inutile. Rien ne commence avec cette bureaucratie sauf peut être quelques emplois pour quelques choses d'inutiles »* ou encore *« [...] trop bureaucratique, éloigné par certains aspects de la réalité des services et de leurs difficultés », « le remplissage du référentiel a été trop lourd, trop robotisé brisant la réflexion pour obliger à une réponse réductrice », « je perçois de façon très négative la façon dont l'accréditation est faite : beaucoup de paperasses, de réunions, d'énergies mobilisées pour arriver à une incompréhension des soignants quant aux préoccupations que peut avoir l'administration »*. L'accréditation est ainsi réduite à *« beaucoup de papiers administratifs »* et *« est ce que les écrits feront que les patients seront satisfaits de leur hospitalisation ? »*

Sept personnes ont évoqué à partir de l'accréditation des idées qui montrent des craintes ou encore une certaine confusion, renvoyant ici à la clarté du message. En effet, l'accréditation est évoquée comme pouvant être un frein dans l'évolution de la carrière : *« avec l'accréditation certains membres du personnels sont retardés dans leur carrière »*, une menace aux conditions de travail : *« l'accréditation est perçue comme une menace aux bonnes conditions de travail. Elle est souvent associée à une crainte de suppression de personnels, dégradation des conditions de travail ainsi qu'aux restrictions budgétaires »* ou encore une critique du travail effectué *« cela n'a pas été vécu comme un outil de travail mais une critique du travail déjà effectué. Les personnes ont eu peur de s'y investir »*. Une personne est même allée jusqu'à dire que c'est le *« domaine de l'inhumanité pour le personnel »*.

Les remarques les plus importantes, en nombre, ont porté les carence en informations concernant l'accréditation en général et sa préparation au niveau de l'établissement en particulier. Certains ont évoqué que leur service n'avait pas participé à la préparation d'autres que les choses se sont faites sans eux : *« où je suis je n'ai pas participé et je n'en ai pas entendu parlé (en réanimation) »*, *« il ne me semble pas avoir entendu parlé d'accréditation dans mon service »*, *« Je ne connais pas toutes les commissions, les groupes qu'elle (la préparation) comprend ainsi leurs missions sont parfois un peu flous »*. En effet, pour 82 personnes cette information ne leur était pas parvenue ou n'était pas adaptée à leurs attentes. Ce qui est mis en avant est un manque d'information concernant les objectifs : *« La notion d'accréditation reste floue car les explications à ce sujet n'ont pas été claires mais plutôt diffuses »*.. Qu'il fallait y mettre du sien pour récupérer de l'information qui était transmise par voie de notes, de conférences, etc. ce qui n'était pas particulièrement adapté aux personnels de nuit. Ces personnels ainsi que les personnels roulants, les personnes nouvellement recrutées et les internes se sont aussi considérés comme totalement *« oubliés »* (sic) non seulement en ce qui concerne l'information mais aussi en ce qui concerne la participation à la démarche. De même, en ce qui concerne l'administration : *« les personnels administratifs ne paraissent pas concernés et sont peu associés à l'accréditation. »* et *« les services administratifs ont été*

très peu concernés par l'accréditation ». Les cadres ont été identifiés par 5 personnes comme n'ayant pas suffisamment relayé l'information dans les services et une personne a même émis l'hypothèse que : *« la hiérarchie a peur de la participation qui aurait pu être plus active du personnel »*. Pour un certain nombre d'entre eux ce manque d'informations ne leur a pas permis de répondre aux questionnaires ou alors ils ont répondu NSP en majorité aux questions posées. A travers toutes ces remarques, ressort un souhait important de disposer de plus d'information, que celle-ci soit la moins abstraite et confuse possible : *« Je pense qu'une information plus claire et accessible concernant l'accréditation devrait parvenir au niveau de l'anesthésie et peut être alors je me sentirais plus concerné »* et qu'elle soit aussi personnalisée : *« Une information concrète et individuelle pourrait-elle être envisagée lors de la venue de la visite d'accréditation ? »*. Le questionnaire a d'ailleurs été considéré par une personne comme un excellent moyen de faire passer l'information : *« Il était temps qu'une information même sous forme de questionnaire me soit parvenu car l'accréditation fait l'objet d'enjeu très important mais jusqu'à présent j'étais plus dans l'ignorance que dans le domaine de la connaissance »*.

Des remarques (11) ont porté plus particulièrement sur l'implication des médecins. Une personnes a émis comme hypothèse que la faible participation des médecins aux GAET venait de ce que *« les médecins ne sont pas intéressés par ces problèmes, qu'ils n'ont pas le temps à y consacrer voir pire que ceux qui participent ne sont pas ceux qui pratiquent réellement car ceux là n'ont pas le temps à consacrer aux problèmes de l'accréditation »*. Quelques internes ont mis en évidence qu'ils n'avaient pas été du tout impliqués, comme dit précédemment : *« c'est à se demander si les internes font vraiment parti de l'établissement dans lequel ils travaillent... »*.

Le manque de moyens, humains et matériels, a été mis en évidence 25 fois. Cela porte sur les conditions de la préparation : *« cela donne une charge supplémentaire de travail au secrétariat, de papasseries, au détriment des soins »*, l'impossibilité de faire de la qualité sans un minimum de moyens : *« on travaille de plus en plus avec de moins en moins de moyens. Comment voulez-vous parler de qualité ? Quand arrêtera t-on cette*

hypocrisie ? », « mise en évidence d'un idéal de qualité de travail de soins mais aussi sans les moyens pour les atteindre. Intéressant mais au final décevant ! », le manque de temps en relation avec la pénurie de personnels : « le handicap des soignants pour participer à autre chose que les soins aux malades proprement dit est le manque de temps et l'effectif réduit en personnel », « il n'y a pas eu suffisamment de temps dégagé pour que l'ensemble des personnels puisse s'intéresser, analyser, évaluer, discuter la procédure de préparation. » enfin sur les effets attendus de l'accréditation : « on ne peut demander aux gens de faire un travail fastidieux pour se faire entendre dire ensuite que n'importe comment les moyens ne suivront pas. »

Un autre thème abordé est la procédure de préparation, menée au niveau des services ou de l'établissement. C'est ainsi que des remarques ont été faites concernant les conditions de remplissage du référentiel dans les services : *« je regrette que le remplissage du RIAE et son analyse aient été bâclés. En effet dans mon service ce remplissage a été effectué le dernier jour avant de le rendre, en équipe restreinte », « difficultés à réunir toutes les personnes concernées pour procéder à l'auto-évaluation. Manque de motivation de certains groupes professionnels »* et *« Dans le service où je suis seulement quelques personnes y ont participé et pourtant une communication intense avait été réalisée, je souhaite que cela soit mieux ailleurs »*. En ce qui concerne le RIAE : *« je trouve que les référentiels ont demandé beaucoup de travail, de temps, de réflexion et que les résultats n'ont pas été visibles »*. Enfin, les remarques n'ont pas toutes été accablées sur des critiques négatives : *« durant cette période de dialogues et d'échanges, nous avons trouvé une cohésion dans l'équipe pluridisciplinaire : tous les agents du service se sont exprimés, la parole était partagée et l'écoute était importante : chef de service, personnel, etc. »* ou encore *« une dynamique a été insufflée, les réunions interdisciplinaires pour remplir le référentiel ont été positives »*. En lien avec la procédure, 18 personnes ont évoqué l'absence de retour après le remplissage du Référentiel dans les services, un an après que celui-ci ait été envoyé : *« il n'y a pas eu de suite », « peu de retour », « l'analyse ne nous a pas encore été communiquée », « la mobilisation initiale n'est pas suivie d'information suffisante pour maintenir certaine pression salutaire », « délai imparti au*

remplissage du référentiel trop court et par ailleurs, 6 mois après, la synthèse n'est toujours pas transmises = effet démobilisateur ».

Des remarques plus générales ont ensuite été faites concernant la procédure et qui peuvent être intéressante à analyser et à mettre en perspective. Certaines visent directement les forces d'inertie qui freine le changement dans un établissement tel qu'un CHU : « ... Il me semble que les échos reçus de réunions de services ou autres démarches de ce genre se heurtent à l'incapacité pour une structure aussi lourde que l'hôpital, aussi figée, d'évoluer. De plus les corporatismes en œuvre freinent encore plus toute évolution. Je m'interroge donc pour l'avenir d'une démarche encore une fois confronté au fonctionnement administratif à la française où de réunions en réunions, de sondages en protocoles, la prise en compte des réalités quotidiennes des services est oubliée », « Malgré l'ampleur de l'information intra et extra services des membres du personnel restent sourds à cette démarche qui peut modifier des repères solidement ancrés » ou encore le faible recul que l'on a : « il est bien trop tôt pour mesurer l'impact des décisions et organisation tant au niveau de l'Unité Fonctionnelle que sur le plan macroscopique de l'établissement » Les remarques ont aussi permis d'apprendre que les aumôniers des établissements de santé avaient des activités spécifiques dans le domaine de l'accréditation et de la qualité : « le service d'aumônerie s'est intéressé à l'accréditation : formation de trois jours au niveau régional avec la participation d'établissements hospitaliers et du responsable régional (ARH) et une journée de formation à destination des aumôneries hospitalières du département » et « il existe un projet de travail dans notre équipe d'aumônerie en psychiatrie : projet qualité sur les visites, la transmission, le suivi du deuil, la formation ». Certains mettent en évidence que des choses existaient avant la préparation à l'accréditation : « Il y avait une vie, une qualité de soins, une réflexion sur le travail, sur la qualité des soins et une écoute des patients avant l'accréditation. Il ne fait pas croire que cette accréditation a changé la vie de l'hôpital. Elle est parfaitement inutile. Rien ne commence avec cette bureaucratie sauf peut être quelques emplois pour quelques choses d'inutiles » et « si depuis les ordonnances de 96 nous avons l'ANAES, bien avant nous parlions de l'amélioration de la qualité des soins, nous avons commencé 20 ans avant ! ». Dans certains services il

existait aussi des initiatives importantes dans le domaine de la qualité : « *Les changements intervenus dans mon service ne sont pas en lien direct avec la procédure de préparation à l'accréditation mais découlent de l'analyse des pratiques pluriprofessionnels et d'une réévaluation périodique des modalités de travail. Le travail d'évaluation fait au sein du service est une démarche de l'équipe qui le trouve nécessaire, accréditation ou pas* » et « *Notre service a travaillé sur l'accueil des patients, nous avons été informés par une personne de Rennes sur l'accréditation. Nous nous sommes aperçus que nous avons déjà mis par nous même des choses en place (livret d'accueil, explication des examens par écrit, signalisation du service par un plan)* » Des personnes ont été déçues par la démarche : « *Je m'attendais à une dynamique collective plus imposante face à cet enjeu qu'est l'accréditation* », « *La montagne a accouché d'une souris* », « *Un temps énorme investi pour peu de modifications* », « *Difficulté à répondre à ce questionnaire car beaucoup d'espoir dans la démarche d'accréditation oblige les différents professionnels à mieux travailler ensemble mais pour l'instant l'impact de cette démarche ne se fait pas encore sentir...* », « *Beaucoup d'argent dépensé pour peu de résultat à attendre* ». alors que d'autres sont profondément sceptiques : « *Les objectifs de la procédure d'accréditation sont certainement louables. L'efficacité à long terme de cette procédure reste à démontrer* », ou bien « *Le travail sur le remplissage des référentiels a, sans conteste, mobilisé d'une manière novatrice l'ensemble des personnels. Mais la machine mise en branle est si vaste, son mouvement implique de tels délais que l'on assiste à une dilution de l'intérêt, et à une retombée.* »

L'intérêt de l'accréditation ne semble pas évident pour certains : « *A quoi cela sert-il ?* », « *L'accréditation n'a pas apporté d'éléments nouveaux en ce qui concerne la réflexion sur le travail mené par les différents professionnels et la meilleure connaissance de chacun* ». Pour d'autres au contraire cela a été l'occasion de réfléchir : « *Néanmoins il est très intéressant de se pencher et de réfléchir sur ses pratiques* », d'espérer : « *j'imagine toutefois que l'accréditation et plus simplement le travail pour y parvenir sera profitable tant à la qualité des soins qu'à une meilleure considération de tous au travail de chacun* », ou de s'y intéresser : « *Après avoir rempli ce questionnaire*

je me sens plus motivée pour m'y intéresser et pour me tenir au courant de cet outil ». Certaines personnes ont manifesté leur intérêt pour la démarche : *« J'ai apprécié de participer aux réflexions sur le référentiel et souhaiterais continuer à recevoir des informations sur son application et sur l'accréditation. Les indicateurs de qualité, les études d'évaluation de pratiques professionnelles », « En tant que Cadre Infirmier, mon souci a toujours été d'améliorer la qualité. Ce sont les réunions multidisciplinaires par catégories professionnelles qui sont les outils majeurs des modifications par la prise en compte effective des différents partenaires, de leurs idées, points de vue »,* et on mis en évidence que des effets étaient déjà perceptibles : *« pour moi personnellement l'accréditation peut fait bouger les choses dans certains services mais là où je suis il y a un énorme travail qui avait déjà été fait », « Je pense que le service de radiologie au total fonctionne mieux », « Le remplissage du référentiel bien que fastidieux dans la compréhension de certaines questions a permis d'engager une discussion une évaluation de nos pratiques, nous envisageons à présent des réajustements que nous avons pointés. En trois mots : participation, adhésion, qualité »,* et *« cet exercice nous a permis de commencer l'écriture du projet de service cela constituant un événement important », « Point positif création de toutes les vigilances et mises en place de protocoles ».*

Soixante (60) remarques ont été faites concernant le questionnaire. Tout d'abord, en ce qui concerne les questionnaires destinés aux personnels temps plein, les personnes ont mis en évidence que dans la première partie il manquait un espace pour répondre à l'une des questions. Ensuite d'une manière général (pour l'ensemble des personnels), 14 personnes ont trouvé que le questionnaire n'était pas adapté à leur domaine d'activité car trop orientés vers les services cliniques *« une grande partie du questionnaire concerne le personnel soignant et très peu pour le personnel administratif ou technique ».* Les personnes qui ont fait cette remarque travaillaient en particulier dans les laboratoires, les services logistiques et l'administration. Le questionnaire a été trouvé trop long par 21 personnes : *« ce questionnaire est trop long et ennuyeux pour être rempli correctement par la majorité des professionnels intéressés ».* Les questions ne sont pas apparues pour tout le monde compréhensibles et à la portée de toutes les personnes visées *« ce questionnaire n'est pas à la portée de tous ».* Deux personnes ont mis en doute

l'anonymat du questionnaire et l'une d'entre elle à refuser d'y répondre en invoquant cette raison.

Toutes ces remarques obligent donc à prendre en considération dans le cadre de l'exploitation des questionnaires d'une part qu'il a été difficile de répondre au questionnaire pour l'ensemble des professionnels par manque d'informations et pour les professionnels en dehors des services de soins par une orientation trop clinique du questionnaire. Aussi dans ce contexte, il semble important de bien prendre en compte les réponses NSP.

Fréquence des thèmes traités dans les remarques

Sigle	Thèmes	Nombre	Fréquence
A	absent au moment de l'enquête	13	3,1%
B	procédure bureaucratique	19	4,6%
DP	depuis peu au CHU	28	6,8%
FI	fausses idées	7	1,17%
IF	manque d'information sur la procédure	82	20%
M	remarques concernant les médecins	4	0,9%
MI	remarques concernant les internes	6	1,4%
MY&T	pas assez de moyens et/ou de temps	25	6,1%
N	pas de commentaires	5	1,2%
NU	personnel travaillant la nuit	5	1,2%
P	remarques concernant la procédure	44	10,75%
Q	remarques concernant le questionnaire	60	14,66%
R	personnels ou en contrat à durée déterminée	11	2,6%
RT	retard dans le retour d'information à la suite du remplissage du RIAE	18	4,4%
X	réflexion générale sur la démarche	81	19,8%
		409	100%

Annexe 15 : Formulaire de consentement pour les personnes vues en entretien**LETTRE D'INFORMATION***Préparation d'un établissement de santé à l'accréditation et dynamique de changement*

Merci d'accepter de participer à notre étude qui vise à comprendre les phénomènes de changement liés à la préparation à l'accréditation dans les établissements de santé français, dont le CHU, et d'en mesurer l'impact en terme de dynamiques sociales et organisationnelles.

Cette recherche comporte des entretiens et l'envoi de questionnaires. Les questions portent sur la période de préparation de l'établissement à l'accréditation, allant de janvier 1999 à avril 2000. Le directeur général du CHU a donné son accord pour ce travail, ainsi que le Président de la CME et la Directrice des services de soins infirmiers.

Toutes les informations recueillies seront strictement confidentielles et anonymes. Votre nom n'apparaîtra nulle part dans l'étude et, par conséquent, il ne sera pas possible de faire de liens entre les opinions rapportées et l'identité des personnes interviewées. Seuls les membre de l'équipe de recherche auront accès aux données. L'information que vous fournirez ne sera utilisée pour aucun autre motif que cette recherche.

Nous souhaiterions, si vous n'avez pas d'objections, pouvoir enregistrer cette entretien afin de ne pas perdre d'informations et faire une meilleure analyse de l'entrevue. Les enregistrements seront détruits à la fin du projet.

Si vous avez des questions qui permettraient d'éclaircir certains points, n'hésitez pas à les poser dès à présent, avant que ne débute l'entretien. Les résultats de cette recherche seront publiés dans le journal interne de l'établissement.

Au moment où vous serez prêt, et avant de commencer l'entrevue, pourriez-vous avoir l'obligeance de signer le formulaire de consentement ci-joint.

Merci pour votre temps précieux et votre collaboration.

L'équipe de recherche

Préparation d'un établissement de santé à l'accréditation et dynamique de changement

**Formulaire de consentement pour une entrevue réalisée
auprès des professionnels du CHU**

Je soussigné(e) avoir pris connaissance du contenu de la lettre d'information ci-jointe et d'avoir eu la possibilité de poser toutes les questions au sujet de l'étude, à la personne qui m'a interviewé(e), et d'avoir obtenu des réponses satisfaisantes. Ma participation à ce projet se fait à titre volontaire.

J'autorise l'enregistrement de l'entrevue sous les conditions décrites dans la lettre.

Signature :

Date :

Préparation d'un établissement de santé à l'accréditation et dynamique de changement

**Formulaire de consentement pour une entrevue réalisée
auprès de personnes travaillant dans des organismes partenaires du CHU**

Je soussigné(e) avoir pris connaissance du contenu de la lettre d'information ci-jointe et d'avoir eu la possibilité de poser toutes les questions au sujet de l'étude, à la personne qui m'a interviewé(e), et d'avoir obtenu des réponses satisfaisantes. Ma participation à ce projet se fait à titre volontaire.

J'autorise l'enregistrement de l'entrevue sous les conditions décrites dans la lettre.

Signature :

Date :

Annexe 16 : Grilles d'entretiens

Entretien 1 : Auprès des chefs de service des services cliniques

Entretien 2 : Auprès des Président(e)s des GAET

Entretien 3 : Auprès des personnes ayant en charge la gestion de la qualité au CHU

Entretien 4 : Auprès des membres du Bureau Qualité du CHU

Entretien 5 : Auprès des représentants syndicaux siégeant à la CEQSA du CHU

Entretien 6 : Auprès des représentants des usagers du CHU

Entretien 7 : Auprès de la chargée de communication du CHU

Entretien 8 : Auprès de la Directrice des Services de Soins Infirmiers

Entretien 9 : Auprès du Président de la CME du CHU

Entretien 10 : Auprès du Directeur Général du CHU

Entretien 11 : Auprès des responsables qualité des établissements membres de la
communauté d'établissement

Entretien 12 : Auprès des personnes des organismes de tutelle du CHU

Entretien 1 : Auprès des chefs de service des services cliniques

Comment avez-vous rempli le référentiel interne d'auto-évaluation ?

nombre de réunions

Nombre d'heures consacrées approximativement

Quelles sont les personnes qui ont participé au remplissage ?

Y avait-il lors de chaque réunion une équipe pluri-professionnelle ? OUI/NON

Quelle a été l'ambiance au cours de l'auto-évaluation ?

Conviviale / Chaleureuse / Détendue / Tendue / autre

L'équipe a-t-elle adhéré à la démarche ?

Chef de service	OUI/NON
Médecins	OUI/NON
Cadres	OUI/NON
IDE	OUI/NON
AS	OUI/NON
ASH	OUI/NON
Secrétaires	OUI/NON
Assistants Sociaux	OUI/NON
Diététiciennes	OUI/NON
Kinésithérapeute	OUI/NON
Autres	OUI/NON

Par qui a été validé le référentiel ?

Le conseil de service OUI/NON

Le groupe d'auto-évaluation OUI/NON

Le chef de service OUI/NON

Autre OUI/NON

Le référentiel d'auto-évaluation vous a-t-il paru représentatif de votre activité ?

OUI/NON

La démarche AE vous a-t-elle apporté une meilleure connaissance de l'organisation et du fonctionnement de votre service ? OUI/NON

Cette AE a-t-elle permis une réflexion de votre service sur la prise en charge de la personne soignée ? OUI/NON

Cette AE vous a-t-elle révélé des problèmes : dysfonctionnements ou difficultés, que vous ignoriez ? OUI/NON

Ce travail vous a-t-il apporté des éléments de réflexion pour votre pratique ? OUI/NON

Les réunions de travail ont-elles permis des discussions au sein du service ? OUI/NON

Existait-il des divergences d'opinion ? OUI/NON

Si oui, dans quels domaines :

Le remplissage du manuel a-t-il été difficile ? OUI/NON

Certains critères vous ont-ils paru imprécis ? OUI/NON

Si oui, lesquels vous reviennent en mémoire ?

Souhaiteriez-vous apporter des modifications au référentiel interne d'auto-évaluation ? OUI/NON

Souhaiteriez-vous apporter des modifications au référentiel interne d'AE ? OUI/NON

Plus court / A compléter / Autre

Globalement quels sont les points positifs et négatifs

Du document

De la démarche

Quelles sont vos suggestions pour la prochaine AE ?

Entretien 2 : Auprès des Président(e)s des GAET

Introduction

Quel est votre poste actuel ? Depuis combien de temps l'occupez-vous ?

Depuis combien de temps travaillez-vous au CHU ?

Quelles sont les raisons pour lesquelles vous avez été contacté(e) pour être président(e) d'un GAET ?

Pourquoi avez-vous accepté ?

Est-ce que vous êtes membre de la Commission d'Evaluation de la Qualité des Soins et de l'Accréditation ? Si oui, depuis combien de temps ?

En quoi l'accréditation peut-elle être source de changement pour le CHU ?

Quels sont pour vous les enjeux de l'accréditation pour le CHU ?

Dispositif général de préparation à la visite d'accréditation

Est-ce que vous avez participé à la décision concernant le moment d'engagement de l'établissement dans la procédure de préparation ?

Est-ce que vous avez participé à la décision concernant le dispositif à mettre en place en vu de la visite d'accréditation dans l'établissement ?

Pourriez-vous me décrire le dispositif mis en place pour l'organisation et le déroulement de cette procédure de préparation ?

Est-ce que les personnes qui ont été en charge de mener cette procédure étaient les mieux placées pour le faire dans l'établissement ? Pourquoi ?

Qu'elle a été la stratégie employée pour mobiliser les professionnels à la préparation ? Pensez-vous qu'elle était-elle adéquate ?

Comment avez-vous contribué à diffuser, auprès des professionnels de l'établissement, l'importance de participer à la procédure d'accréditation ?

Qu'est ce qu'a apporté le Référentiel Interne d'Auto-Evaluation à la préparation ?

Fonctionnement du GAET

De quelles informations avez-vous disposé, au départ, concernant le rôle des GAET ?

En quoi la méthodologie de travail employée était-elle appropriée ou pas aux objectifs poursuivis ?

Avez-vous participé aux choix des membres du GAET ? A posteriori, est-ce que vous trouvez que le choix des membres était judicieux par rapport aux objectifs ?

Quels étaient les avantages et inconvénients d'avoir un groupe pluriprofessionnel ?

Avez-vous disposé d'assez de temps pour répondre à la mission qui était confiée au GAET ?

Pendant combien de temps le GAET a-t-il travaillé ?

Quels changements importants le GAET a-t-il proposés de mettre en œuvre au sein du CHU ?

A-t-il participé à la mise en application de ces propositions ?

Pouvez-vous me donner des exemples de changements proposés qui sont en cours d'application ?

Comment caractériseriez-vous l'atmosphère qui a régné dans le GAET ?

Pensez-vous souhaitable que ce GAET continue d'exister et de travailler après la visite d'accréditation ?

Si oui, souhaiteriez-vous continuer à en assurer la présidence ?

Comment sa constitution devrait-elle évoluer ?

Les changements induits par cette préparation

Je souhaiterais aborder maintenant les changements qui sont intervenus dans l'établissement en relation avec la préparation à l'accréditation.

Transformation des pratiques

Tout d'abord en ce qui concerne les pratiques, pourriez-vous me donner des exemples de changement de pratiques ou de comportements, directement en relation avec la préparation à la visite d'accréditation ? dans les services de soins, dans les directions ou dans d'autres secteurs de l'établissement ?

Est-ce que de nouvelles fonctions ou de nouveaux métiers sont apparus ?

Est-ce que vous avez l'impression que les personnes ont acquis une nouvelle réflexion sur leurs pratiques ?

Est-ce que les relations entre les professionnels autour de la prise en charge des personnes soignées ont évolué ?

Est-ce que vous avez l'impression que les services sont plus sensibilisés à la qualité des prestations qu'ils offrent ?

Est-ce que des pratiques cliniques ont été modifiées ?

Est-ce que vous avez l'impression que cette préparation à contribuer à améliorer la prise en charge des personnes soignées ?

Est-ce que des structures hiérarchiques au sein des services ont été modifiées ? si oui, exemples

Est-ce que certaines directions ont acquis une autorité plus importantes ? si oui, exemples

Est-ce que des pratiques de gestion ont été modifiées ? si oui, lesquelles

Transformation de l'organisation

Concernant à présent l'organisation au sein de l'établissement, quels changements ont eu lieu ?

Quelles instances ou structures ont été modifiées ou créées ?

Est-ce que de nouveaux organigrammes ont été mis en place ?

De quelle manière les systèmes d'informations se sont-ils adaptés aux nouvelles exigences ? (mise en place d'un réseau intranet, le recueil d'autres données sur l'établissement, etc.)

Est ce des relations hiérarchiques au sein de
l'établissement ont été modifiées (entre par
exemple les services et les directions)

En quoi cette préparation pourrait-elle permettre de renforcer le sentiment
d'appartenance des professionnels au CHU ? ou d'inciter des
professionnels à venir travailler dans cet établissement ?

Quel est l'impact de cette préparation sur la satisfaction des patients ?

En ce qui concerne la politique qualité et de gestion des risques de l'établissement, de
quelle manière a-t-elle été modifiée par cette préparation ?

mise en place d'indicateurs, d'études d'évaluation, de
comités, d'un programme formalisé
d'amélioration continue de la qualité, etc.

meilleure prise en compte des coûts des soins dans les
stratégies thérapeutiques

Plus généralement, quels nouveaux objectifs ont été intégrés par l'établissement ?

Est-ce que cela a modifié la réflexion stratégique de l'établissement ?

Transformation des relations entre l'organisation et son environnement

Je souhaiterais à présent vous demander comment vous voyez l'impact de cette
préparation sur les relations du CHU avec son environnement.

Est-ce que vous pensez que cette préparation peut avoir un impact sur la clientèle à
venir ? par exemple en développant une plus grande confiance auprès du
public

De quelle manière cette préparation peut aider l'établissement à être plus à l'écoute
de son environnement ? (exemple adaptation aux besoins de la population
et création de nouveaux services)

Quelles sont les impacts principaux de cette préparation sur les relations entre
l'établissement et :

les autres établissements de la région ?

la médecine de ville ?

les organismes de tutelle, en particulier l'ARH ? Pensez-vous que cela peut aider l'établissement pour l'acquisition de ressources ?

Votre implication dans la procédure de préparation à l'accréditation

Qu'avez-vous appris au cours de cette préparation ?

Comment caractériseriez-vous votre participation - à titre personnel - à la préparation ?

Si c'était à refaire, est-ce que vous préconiseriez la même stratégie ? Est-ce que vous y participeriez de nouveau ?

De quelle manière votre participation au GAET vous a-t-elle permis de mieux connaître le fonctionnement du CHU ?

Si cela était à refaire, est-ce que vous accepteriez de nouveau la présidence de ce GAET ? Pourquoi ?

Comment pensez-vous valoriser l'expérience que vous avez acquise au cours de cette présidence ?

Des commentaires généraux sur la préparation et perspectives d'avenir

Comment caractériseriez-vous cette expérience pour l'établissement ?

Quelles sont - pour vous - les points forts de cette préparation ? Quelles sont les principaux problèmes qui ont été rencontrés (corporatisme, manque de temps, syndicalisme, lutte de pouvoir, surcharge de travail, etc.) ?

En quoi la préparation peut-elle rendre l'établissement plus performant ?

Comment pensez-vous que peut-être valorisé à l'avenir tout le travail qui a été fait ?
(en interne et en externe)

Quand pensez-vous que la procédure de préparation sera terminée ? Quand est prévue la visite de l'ANAES ? La date a-t-elle été modifiée ? Si oui, pourquoi ?

Est-ce que les résultats de la visite d'accréditation peuvent avoir des répercussions sur votre carrière ?

Qu'attendez-vous de la visite ?

Entretien 3 : Auprès des personnes ayant en charge la gestion de la qualité au CHU

Introduction

Qu'est ce qui vous a conduit à occuper vos fonctions actuelles ? Depuis combien de temps travaillez-vous au CHU ?

Le CHU

Quelles sont les particularités de cet établissement ? Quelles sont ses points forts ? Ses points à améliorer ?

Dans cet hôpital, quelles sont les valeurs organisationnelles les plus marquantes ?

Existe-t-il un code d'éthique ? un engagement du directeur, des professionnels autour d'un projet commun ?

Comment caractériseriez-vous le climat social ?

stabilité des professionnels, fierté de travailler au CHU, grève dur, bonne communication avec les syndicats, etc. ?

Comment se sont traduits les contraintes budgétaires sur l'établissement au cours de ces dernières années ?

Quels sont les principaux enjeux de l'accréditation pour l'établissement ?

La politique de gestion de la qualité dans l'établissement

Pourriez-vous me raconter comment ont évolué les démarches qualité dans l'établissement ?

depuis quand existent-elles ?

les grandes étapes ?

quelle est ou quelles sont les personnes qui ont pris l'initiative ?

comment elles évoluent actuellement ?

Quelles sont les structures actuelles qui gèrent le système qualité ?

Qui en est à l'origine ?

De qui relève les structures : administratif, médical, infirmier

Depuis quand sont-elles mises en place

Existe-t-il des structures de pilotage, des structures d'exécution

Comment fonctionne ces structures

Quels sont leur nom

Quelles sont les activités développées ?

Qui en est à l'origine ?

Qui dirige quoi ? Comment cela fonctionne concrètement ? Depuis quand ?

Comment se fait l'évaluation de la satisfaction de la clientèle ? depuis quand ? par qui ?

Comment le système de gestion des plaintes s'intègre-t-il dans le dispositif qualité ? qui est en à la charge ?

Comment sont mises en place les évaluations de pratiques professionnelles ?

Existe-t-il une formalisation des pratiques avec l'utilisation de protocoles de soins, de procédures administratives et de gestion ?

Comment marche le système de recueil d'incidents, d'accidents ou de dysfonctionnement ?

Quel est le niveau de participation des différents acteurs aux démarches qualité ?

Quels sont les intervenants qui sont impliqués : est ce des médecins, des administratifs, des infirmiers, autres ?

Comment s'impliquent les différents acteurs ? existe-t-il des résistances, des systèmes incitatifs ?

La réalisation de la préparation de l'établissement à l'accréditation

Comment s'articule la démarche qualité avec la préparation à l'accréditation de l'établissement ?

Est-ce que les structures sont les mêmes ? si non, quels sont les autres structures, leurs noms et leurs liens entre elles ?

Quel est le dispositif mis en place ?

Qui est responsable de quoi ?

Quelles sont les valeurs qui sous-tendent ce dispositif ?

Pourriez-vous me raconter comment a commencé la préparation à la visite ?

Quand a émergé l'idée ?

Qui a décidé de débiter la procédure ? (le Directeur Général seul ? en concertation avec les instances ? avec d'autres personnes ?)

A-t-il été envisagé plusieurs scénarios ? Si oui, lesquelles et comment s'est opéré le choix ?

Quelle est la stratégie qui a été menée pour réaliser cette préparation ?

Vous êtes vous inspiré de documents (ex celui de

l'ANAES d'aide à la préparation d'un établissement) ou d'expériences ?

Quelles sont les outils qui ont été utilisés ?

Si parle du RIAE demander ce qui a motivé ce travail et si le recommanderait à d'autres établissements

Si parle de Groupes d'Auto-Evaluation Thématiques demander comment ont été choisis les présidents et leurs membres

Si parle du Bureau qualité demander si équivalent à un groupe de pilotage

Quelles commissions ou structures ont été mises en place spécialement ?

Quel est votre rôle dans cette préparation

Quelle stratégie de diffusion a été adoptée auprès des professionnels pour qu'ils aient l'information ? pour qu'ils y participent ? (personnes relais, documents, conférences, formation, etc.)

Quels sont les professionnels qui ont le plus participé ? Est-ce que certains professionnels ont été difficiles à mobiliser, voir non mobilisés ?

Quels sont les moyens humains et matériels qui ont été alloués ? Existe-t-il une estimation du coût ?

Est-ce que les personnes soignées ou leur famille ont été intégrées à la préparation ?

Les changements induits par cette préparation

Je souhaiterais aborder maintenant les changements qui sont intervenus dans l'établissement en relation avec la préparation à l'accréditation.

Transformation des pratiques

Tout d'abord en ce qui concerne les pratiques, pourriez-vous mes donner des exemples de changement de pratiques ou de comportements, directement en relation avec la préparation à la visite d'accréditation ? dans les services de soins, dans les directions ou dans d'autres secteurs de l'établissement ?

Est-ce que de nouvelles fonctions ou de nouveaux métiers sont apparus ?

Est-ce que vous avez l'impression que les personnes ont acquis une nouvelle réflexion sur leurs pratiques ?

Est-ce que les relations entre les professionnels autour de

la prise en charge des personnes soignées ont évolué ?

Est-ce que vous avez l'impression que les services sont plus sensibilisés à la qualité des prestations qu'ils offrent ?

Est-ce que des pratiques cliniques ont été modifiées ?

Est-ce que vous avez l'impression que cette préparation à contribuer à améliorer la prise en charge des personnes soignées ?

Est-ce que des structures hiérarchiques au sein des services ont été modifiées ? si oui, exemples

Est-ce que certaines directions ont acquis une autorité plus importantes ? si oui, exemples

Est-ce que des pratiques de gestion ont été modifiées ? si oui, lesquelles

Transformation de l'organisation

Concernant à présent l'organisation au sein de l'établissement, quels changements ont eu lieu ?

Quelles instances ou structures ont été modifiées ou créées ?

Est-ce que de nouveaux organigrammes ont été mis en place ?

De quelle manière les systèmes d'informations se sont-ils adaptés aux nouvelles exigences ? (mise en place d'un réseau intranet, le recueil d'autres données sur l'établissement, etc.)

Est-ce que des relations hiérarchiques au sein de l'établissement ont été modifiées (entre par exemple les services et les directions)

En quoi cette préparation pourrait-elle permettre de renforcer le sentiment d'appartenance des professionnels au CHU ? ou d'inciter des professionnels à venir travailler dans cet établissement ?

Quel est l'impact de cette préparation sur la satisfaction des patients ?

En ce qui concerne la politique qualité et de gestion des risques de l'établissement, de quelle manière a-t-elle été modifiée par cette préparation ?

mise en place d'indicateurs, d'études d'évaluation, de comités, d'un programme formalisé d'amélioration continue de la qualité, etc.

meilleure prise en compte des coûts des soins dans les stratégies thérapeutiques

Plus généralement, quels nouveaux objectifs ont été intégrés par l'établissement ?

Est-ce que cela a modifié la réflexion stratégique de l'établissement ?

Transformation des relations entre l'organisation et son environnement

Je souhaiterais à présent vous demander comment vous voyez l'impact de cette préparation sur les relations du CHU avec son environnement.

De quelle façon cette préparation peut avoir un impact sur la clientèle à venir ? par exemple en développant une plus grande confiance auprès du public

De quelle manière cette préparation peut aider l'établissement à être plus à l'écoute de son environnement ? (exemple adaptation aux besoins de la population et création de nouveaux services)

Quelles sont les impacts principaux de cette préparation sur les relations entre l'établissement et les autres établissements de la région ? la médecine de ville ?

les organismes de tutelle, en particulier l'ARH ? Pensez-vous que cela peut aider l'établissement pour l'acquisition de ressources ?

Votre implication dans la procédure de préparation à l'accréditation

Comment caractériseriez-vous votre participation - à titre personnel - à la préparation ?

Si c'était à refaire, est-ce que vous préconiseriez la même stratégie ? Est-ce que vous y participeriez de nouveau ?

Qu'avez-vous appris au cours de cette préparation ?

Des commentaires généraux sur la préparation et perspectives d'avenir

Comment caractériseriez-vous cette expérience pour l'établissement ?

Quelles sont - pour vous - les points forts de cette préparation ? Quelles sont les principaux problèmes qui ont été rencontrés (corporatisme, manque de temps, syndicalisme, lutte de pouvoir, surcharge de travail, etc.) ?

En quoi la préparation peut-elle rendre l'établissement plus performant ?

Comment pensez-vous valoriser en interne et en externe tout le travail qui a été fait ?

Quand pensez-vous que la procédure de préparation sera terminée ? Quand est prévue la visite de l'ANAES ? La date a-t-elle été modifiée ? Si oui, pourquoi ? Est-ce que les résultats de la visite d'accréditation peuvent avoir des répercussions sur votre carrière ? Qu'attendez-vous de la visite ?

Si vous avez des documents émis par votre direction ou d'une autre provenance qui vous paraîtraient utiles pour cette étude, nous serions très intéressés par en avoir une copie. Merci par avance.

Entretien 4 : Auprès des membres du Bureau Qualité du CHU

Introduction

Qu'est ce qui vous a conduit à devenir membre du bureau qualité ? Depuis combien de temps travaillez-vous au CHU ?

Le CHU

Quelles sont les particularités de cet établissement ? Quelles sont ses points forts? Ses points à améliorer ?

Dans cet hôpital, quelles sont les valeurs organisationnelles les plus marquantes ?

Existe-t-il un code d'éthique ? un engagement du directeur, des professionnels autour d'un projet commun ?

Comment caractériseriez-vous le climat social ?

stabilité des professionnels, fierté de travailler au CHU, grève dur, bonne communication avec les syndicats, etc. ?

Comment se sont traduits les contraintes budgétaires sur l'établissement au cours de ces dernières années ?

Quels sont les principaux enjeux de l'accréditation pour l'établissement ?

La politique de gestion de la qualité dans l'établissement

Pourriez-vous me raconter comment ont évolué les démarches qualité dans l'établissement ?

depuis quand existent-elles ?

les grandes étapes ?

quelle est ou quelles sont les personnes qui ont pris l'initiative ?

comment elles évoluent actuellement ?

Quelles sont les structures actuelles qui gèrent le système qualité ?

Qui en est à l'origine ?

De qui relève les structures : administratif, médical, infirmier

Depuis quand sont-elles mises en place

Existe-t-il des structures de pilotage, des structures d'exécution

Comment fonctionnent ces structures
Quels sont leur nom

Quelles sont les activités développées ?

Qui en est à l'origine ?
Qui dirige quoi ? Comment cela fonctionne concrètement ? Depuis quand ?
Comment se fait l'évaluation de la satisfaction de la clientèle ? depuis quand ? par qui ?
Comment le système de gestion des plaintes s'intègre-t-il dans le dispositif qualité ? qui est en à la charge ?
Comment sont mises en place les évaluations de pratiques professionnelles ?
Existe-t-il une formalisation des pratiques avec l'utilisation de protocoles de soins, de procédures administratives et de gestion ?
Comment marche le système de recueil d'incidents, d'accidents ou de dysfonctionnement ?

Quel est le niveau de participation des différents acteurs aux démarches qualité ?

Quels sont les intervenants qui sont impliqués : est ce des médecins, des administratifs, des infirmiers, autres ?
Comment s'impliquent les différents acteurs ? existe-t-il des résistances, des systèmes incitatifs ?

La réalisation de la préparation de l'établissement à l'accréditation

Comment s'articule la démarche qualité avec la préparation à l'accréditation de l'établissement ?

Est-ce que les structures sont les mêmes ? si non, quels sont les autres structures, leurs noms et leurs liens entre elles ?
Quel est le dispositif mis en place ?
Qui est responsable de quoi ?
Quelles sont les valeurs qui sous-tendent ce dispositif ?

Pourriez-vous me raconter comment a commencé la préparation à la visite ?

Quand a émergé l'idée ?
Qui a décidé de débiter la procédure ? (le Directeur Général seul ? en concertation avec les instances ? avec d'autres personnes ?)

A-t-il été envisagé plusieurs scénarios ? Si oui, lesquelles et comment s'est opéré le choix ?

Quelle est la stratégie qui a été menée pour réaliser cette préparation ?

Vous êtes vous inspiré de documents (ex celui de l'ANAES d'aide à la préparation d'un établissement) ou d'expériences ?

Quelles sont les outils qui ont été utilisés ?

Si parle du RIAE demander ce qui a motivé ce travail et si le recommanderait à d'autres établissements

Si parle de Groupes d'Auto-Evaluation Thématiques demander comment ont été choisis les présidents et leurs membres

Si parle du Bureau qualité demander si équivalent à un groupe de pilotage

Quelles commissions ou structures ont été mises en place spécialement ?

Quel est votre rôle dans cette préparation

Quelle stratégie de diffusion a été adoptée auprès des professionnels pour qu'ils aient l'information ? pour qu'ils y participent ? (personnes relais, documents, conférences, formation, etc.)

Quels sont les professionnels qui ont le plus participé ? Est-ce que certains professionnels ont été difficiles à mobiliser, voir non mobilisés ?

Quels sont les moyens humains et matériels qui ont été alloués ? Existe-t-il une estimation du coût ?

Est-ce que les personnes soignées ou leur famille ont été intégrées à la préparation ?

Comment avez-vous contribué à diffuser, auprès des professionnels de l'établissement, l'importance de participer à la procédure d'accréditation ?

Les changements induits par cette préparation

Je souhaiterais aborder maintenant les changements qui sont intervenus dans l'établissement en relation avec la préparation à l'accréditation.

Transformation des pratiques

Tout d'abord en ce qui concerne les pratiques, pourriez-vous me donner des exemples de changement de pratiques ou de comportements, directement en relation avec la préparation à la visite d'accréditation - dans les services de soins, dans les directions ou dans d'autres secteurs de l'établissement - ?

Est-ce que de nouvelles fonctions ou de nouveaux métiers sont apparus ?

Est-ce que vous avez l'impression que les personnes ont acquis une nouvelle réflexion sur leurs pratiques ?

Est-ce que les relations entre les professionnels autour de la prise en charge des personnes soignées ont évolué ?

Est-ce que vous avez l'impression que les services sont plus sensibilisés à la qualité des prestations qu'ils offrent ?

Est-ce que des pratiques cliniques ont été modifiées ?

Est-ce que vous avez l'impression que cette préparation à contribuer à améliorer la prise en charge des personnes soignées ?

Est-ce que des structures hiérarchiques au sein des services ont été modifiées ? si oui, exemples

Est-ce que certaines directions ont acquis une autorité plus importantes ? si oui, exemples

Est-ce que des pratiques de gestion ont été modifiées ? si oui, lesquelles

Transformation de l'organisation

Concernant à présent l'organisation au sein de l'établissement, quels changements ont eu lieu ?

Quelles instances ou structures ont été modifiées ou créées ?

Est-ce que de nouveaux organigrammes ont été mis en place ?

De quelle manière les systèmes d'informations se sont-ils adaptés aux nouvelles exigences ? (mise en place d'un réseau intranet, le recueil d'autres données sur l'établissement, etc.)

Est ce des relations hiérarchiques au sein de l'établissement ont été modifiées (entre par exemple les services et les directions)

En quoi cette préparation pourrait-elle permettre de renforcer le sentiment d'appartenance des professionnels au CHU ? ou d'inciter des professionnels à venir travailler dans cet établissement ?

Quel est l'impact de cette préparation sur la satisfaction des patients ?

En ce qui concerne la politique qualité et de gestion des risques de l'établissement, de quelle manière a-t-elle été modifiée par cette préparation ?

mise en place d'indicateurs, d'études d'évaluation, de comités, d'un programme formalisé d'amélioration continue de la qualité, etc.

meilleure prise en compte des coûts des soins dans les stratégies thérapeutiques

Plus généralement, quels nouveaux objectifs ont été intégrés par l'établissement ?

Est-ce que cela a modifié la réflexion stratégique de l'établissement ?

Transformation des relations entre l'organisation et son environnement

Je souhaiterais à présent vous demander comment vous voyez l'impact de cette préparation sur les relations du CHU avec son environnement.

Est-ce que vous pensez que cette préparation peut avoir un impact sur la clientèle à venir ? par exemple en développant une plus grande confiance auprès du public

De quelle manière cette préparation peut aider l'établissement à être plus à l'écoute de son environnement ? (exemple adaptation aux besoins de la population et création de nouveaux services)

Quelles sont les impacts principaux de cette préparation sur les relations entre l'établissement et :

les autres établissements de la région ?

la médecine de ville ?

les organismes de tutelle, en particulier l'ARH ? Pensez-vous que cela peut aider l'établissement pour l'acquisition de ressources ?

Votre implication dans la procédure de préparation à l'accréditation

Comment caractériseriez-vous votre participation - à titre personnel - à la préparation ?

Si c'était à refaire, est-ce que vous préconiserez la même stratégie ? Est-ce que vous y participeriez de nouveau ?

Qu'avez-vous appris au cours de cette préparation ?

Des commentaires généraux sur la préparation et perspectives d'avenir

Comment caractériseriez-vous cette expérience pour l'établissement ?

Quelles sont - pour vous - les points forts de cette préparation ? Quelles sont les principaux problèmes qui ont été rencontrés (corporatisme, manque de temps, syndicalisme, lutte de pouvoir, surcharge de travail, etc.) ?

En quoi la préparation peut-elle rendre l'établissement plus performant ?

Comment pensez-vous qu'il est possible de valoriser en interne et en externe tout le travail qui a été fait ?

Quand pensez-vous que la procédure de préparation sera terminée ? Quand est prévue la visite de l'ANAES ? La date a-t-elle été modifiée ? Si oui, pourquoi ?

Est-ce que les résultats de la visite d'accréditation peuvent avoir des répercussions sur votre carrière ?

Qu'attendez-vous de la visite ?

Entretien 5 : Auprès des représentants syndicaux siégeant à la CEQSA du CHU

Introduction

Qu'est ce qui vous a conduit à occuper vos fonctions actuelles ? Quelles sont ses fonctions ?

Depuis combien de temps êtes-vous au CHU ?

Le CHU

Quelles sont les particularités de cet établissement ? Quelles sont ses points forts ? Ses points à améliorer ?

Dans cet hôpital, quelles sont les valeurs organisationnelles les plus marquantes ?

Existe-t-il un code d'éthique ? un engagement du directeur, des professionnels autour d'un projet commun ?

Comment caractériseriez-vous le climat social ?

stabilité des professionnels, fierté de travailler au CHU, grève dur, bonne communication avec la direction, etc. ?

Comment se sont traduits les contraintes budgétaires sur l'établissement au cours de ces dernières années ?

Quels sont les principaux enjeux de l'accréditation pour l'établissement ?

La politique qualité et la réalisation de la préparation de l'établissement à l'accréditation

Quelles sont les caractéristiques de la politique qualité menées dans l'établissement ?

Pourriez-vous me raconter comment a commencé la préparation à la visite ?

Quand a émergé l'idée ?

Qui a décidé de débiter la procédure ? (le Directeur Général seul ? en concertation avec les instances ? avec d'autres personnes ?) Est-ce que vous avez été consulté pour la prise de décision concernant le moment où l'établissement devait rentrer dans la procédure de préparation à l'accréditation ?

Qui détient le leadership de la préparation ?

Quelle est la stratégie qui a été menée pour réaliser cette préparation ?

Quelles sont les personnes qui ont en charge la préparation ? Pensez-vous que ces personnes sont les mieux placées pour le faire dans l'établissement ?

Quelles sont les outils qui ont été utilisés ?

Si parle du RIAE demander ce qui a motivé ce travail et si le recommanderait à d'autres établissements

Si parle de Groupes d'Auto-Evaluation Thématiques demander comment ont été choisis les présidents et leurs membres

Si parle du Bureau qualité demander si équivalent à un groupe de pilotage

Quel a été le rôle de la Commission d'Evaluation de la Qualité des Soins et de l'Accréditation dans cette préparation ?

Quel est votre rôle dans cette préparation ? Avez-vous participé à des activités concernant la préparation à l'accréditation ?

Quelle stratégie de diffusion a été adoptée auprès des professionnels pour qu'ils aient l'information ? pour qu'ils y participent ? (personnes relais, documents, conférences, formation, etc.)

Est-ce que vous avez l'impression que l'ensemble des professionnels de l'établissement ont participé à cette procédure ? certains ont-ils plus participé ? voir certains ont été difficile à mobiliser ?

Quels sont les moyens humains et matériels qui ont été alloués ? Existe-t-il une estimation du coût ?

De quelle manière votre syndicat s'est-il impliqué dans la préparation à l'accréditation ?

Est-ce que les personnes soignées ou leur famille ont été intégrées à la préparation ?

Comment avez-vous contribué à diffuser, auprès des professionnels de l'établissement, l'importance de participer à la procédure d'accréditation ?

Les changements induits par cette préparation

Je souhaiterais aborder maintenant les changements qui sont intervenus dans l'établissement en relation avec la préparation à l'accréditation.

Transformation des pratiques

Tout d'abord en ce qui concerne les pratiques, pourriez-vous me donner des exemples de changement de pratiques ou de comportements, directement en relation avec la préparation à la visite d'accréditation ? dans les services de soins, dans les directions ou dans d'autres secteurs de l'établissement ?

Est-ce que de nouvelles fonctions ou de nouveaux métiers sont apparus ?

Est-ce que vous avez l'impression que les personnes ont acquis une nouvelle réflexion sur leurs pratiques ?

Est-ce que les relations entre les professionnels autour de la prise en charge des personnes soignées ont évolué ?

Est-ce que vous avez l'impression que les services sont plus sensibilisés à la qualité des prestations qu'ils offrent ?

Est-ce que des pratiques cliniques ont été modifiées ?

Est-ce que vous avez l'impression que cette préparation à contribuer à améliorer la prise en charge des personnes soignées ?

Est-ce que des structures hiérarchiques au sein des services ont été modifiées ? si oui, exemples

Est-ce que certaines directions ont acquis une autorité plus importantes ? si oui, exemples

Est-ce que des pratiques de gestion ont été modifiées ? si oui, lesquelles

Transformation de l'organisation

Concernant à présent l'organisation au sein de l'établissement quels changements ont eu lieu ?

Quelles instances ou structures ont été modifiées ou créées ?

Est-ce que de nouveaux organigrammes ont été mis en place ?

De quelle manière les systèmes d'informations se sont-ils adaptés aux nouvelles exigences ? (mise en

place d'un réseau intranet, le recueil d'autres données sur l'établissement, etc.)
 Est-ce que des relations hiérarchiques au sein de l'établissement ont été modifiées (entre par exemple les services et les directions)

En quoi cette préparation pourrait-elle permettre de renforcer le sentiment d'appartenance des professionnels au CHU ? ou d'inciter des professionnels à venir travailler dans cet établissement ?

Quel est l'impact de cette préparation sur la satisfaction des patients ?

En ce qui concerne la politique qualité et de gestion des risques de l'établissement, de quelle manière a-t-elle été modifiée par cette préparation ?

mise en place d'indicateurs, d'études d'évaluation, de comités, d'un programme formalisé d'amélioration continue de la qualité, etc.

meilleure prise en compte des coûts des soins dans les stratégies thérapeutiques

Plus généralement, quels nouveaux objectifs ont été intégrés par l'établissement ?

Est-ce que cela a modifié la réflexion stratégique de l'établissement ?

Transformation des relations entre l'organisation et son environnement

Je souhaiterais à présent vous demander comment vous voyez l'impact de cette préparation sur les relations du CHU avec son environnement.

Est-ce que vous pensez que cette préparation peut avoir un impact sur la clientèle à venir ? par exemple en développant une plus grande confiance auprès du public

De quelle manière cette préparation peut aider l'établissement à être plus à l'écoute de son environnement ? (exemple adaptation aux besoins de la population et création de nouveaux services)

Quelles sont les impacts principaux de cette préparation sur les relations entre l'établissement et :

les autres établissements de la région ?

la médecine de ville ?

les organismes de tutelle, en particulier l'ARH ? Pensez-vous que cela peut aider l'établissement pour l'acquisition de ressources ?

Votre implication dans la procédure de préparation à l'accréditation

Comment caractériseriez-vous votre participation - à titre personnel - à la préparation ?

Si c'était à refaire, est-ce que vous préconiseriez la même stratégie ? Est-ce que vous y participeriez de nouveau ?

Qu'avez-vous appris au cours de cette préparation ?

Des commentaires généraux sur la préparation et perspectives d'avenir

Comment caractériseriez-vous cette expérience pour l'établissement ?

Quelles sont - pour vous - les points forts de cette préparation ? Quelles sont les principaux problèmes qui ont été rencontrés (corporatisme, manque de temps, syndicalisme, lutte de pouvoir, surcharge de travail, etc.) ?

En quoi la préparation peut-elle rendre l'établissement plus performant ?

Pensez-vous que l'objectif de préparation à l'accréditation en terme d'amélioration de la qualité des prestations de soins a été atteint ?

Quand pensez-vous que la procédure de préparation sera terminée ? Quand est prévue la visite de l'ANAES ? La date a-t-elle été modifiée ? Si oui, pourquoi ?

Est-ce que les résultats de la visite d'accréditation peuvent avoir des répercussions sur votre carrière ?

Qu'attendez-vous de la visite ?

Entretien 6 : Auprès des représentants des usagers du CHU

Introduction

Qu'est ce qui vous a conduit à occuper vos fonctions actuelles ?

Concernant le CHU

Quelles sont les particularités de cet établissement ? Quelles sont ses points forts? Ses points à améliorer ?

Dans cet hôpital quelles sont les valeurs organisationnelles les plus marquantes ?

Existe-t-il un code d'éthique ? un engagement du directeur, des professionnels autour d'un projet commun ?

Comment caractériseriez-vous le climat social ?

stabilité des professionnels, fierté de travailler au CHU, grève dur, bonne communication avec les syndicats, etc. ?

Comment se sont traduits les contraintes budgétaires sur l'établissement au cours de ces dernières années ?

Quels sont les principaux enjeux de l'accréditation pour l'établissement ?

Concernant la politique qualité et l'accréditation

Que pensez-vous du dispositif mis en place pour :

La gestion des plaintes

L'évaluation de la satisfaction de la clientèle

L'évaluation de la qualité des soins

La gestion des risques

De quelle manière êtes-vous impliquées dans la politique qualité et de gestion des risques de l'établissement ?

Concernant l'organisation de la préparation à l'accréditation

Emergence et diffusion

Quelles étaient vos attentes par rapport à cette préparation / par rapport à l'accréditation ?

Quand et comment a été prise la décision de rentrer dans la procédure de préparation à l'accréditation ?

Mise en œuvre / déroulement

Quel est le dispositif mis en place dans l'établissement pour la préparation à l'accréditation ?

Quelles sont les structures ?

Quelle est ou quelles sont la ou les personnes en charge de l'organisation de cette procédure ?

Qui détient le leadership/la responsabilité de la préparation ?

Pensez-vous que les personnes en charge de la préparation sont les mieux placées pour le faire dans l'établissement ?

Est-ce que vous avez l'impression que l'ensemble des professionnels de l'établissement ont participé à cette procédure ?

Quels sont les moyens humains et matériels qui ont été alloués à cette préparation ?

Qu'est ce que vous a apporté de participer à la rédaction du Référentiel Interne d'Auto-Evaluation ?

Avez-vous participé à d'autres activités concernant la préparation à l'accréditation ?

Est-ce que vous trouvez que les usagers, leurs représentants ou les familles ont été suffisamment intégrés dans la procédure ?

De quelle manière avez-vous communiqué sur la préparation à l'accréditation auprès des usagers ?

Quand et comment a été prise la décision de rentrer dans la procédure de préparation à l'accréditation ?

Enjeux

Quels sont les principaux changements que vous avez pu identifier qui sont intervenus au cours de cette préparation ? (par exemple concernant les modalités de travail (exemples), les pratiques professionnels, les relations hiérarchiques entre chaque personne, le sens donné à son travail, la satisfaction des patients et des professionnels)

Est-ce que vous avez l'impression que la préparation à l'accréditation a permis :

- de mieux prendre en charge les personnes
- de mener une réflexion sur la satisfaction des patients
- des modifications dans la politique qualité au niveau de l'établissement
- de réfléchir aux valeurs fondamentales de l'organisation
- de renforcer votre participation au sein de l'établissement

Votre implication dans la procédure de préparation à l'accréditation

Comment caractériseriez-vous votre participation - à titre personnel - à la préparation ?

Si c'était à refaire, est-ce que vous préconiserez la même stratégie ? Est-ce que vous y participeriez de la même façon ?

Qu'avez-vous appris au cours de cette préparation ?

Des commentaires généraux sur la préparation et perspectives d'avenir

Comment caractériseriez-vous cette expérience pour l'établissement ?

Quelles sont - pour vous - les points forts de cette préparation ? Quelles sont les principaux problèmes qui ont été rencontrés (corporatisme, manque de temps, syndicalisme, lutte de pouvoir, surcharge de travail, etc.) ?

En quoi la préparation peut-elle rendre l'établissement plus performant ? Pensez-vous que l'objectif de préparation à l'accréditation en terme d'amélioration de la qualité des prestations de soins a été atteint ?

Est-ce que vous pensez que les ressources (mains d'œuvre, qualité et nombre / temps consacré / ...) mobilisées pour cette préparation étaient suffisantes ?

Savez-vous quand est prévue la visite d'accréditation ?

Est-ce que les résultats de la visite d'accréditation peuvent avoir des répercussions sur votre rôle dans l'établissement ?

Qu'attendez-vous de la visite ?

Entretien 7 : Auprès de la chargée de communication du CHU

Introduction

Qu'est ce qui vous a conduit à occuper vos fonctions actuelles ? Depuis combien de temps travaillez-vous au CHU ?

Concernant le CHU

Quelles sont les particularités de cet établissement ? Quelles sont ses points forts ? Ses points à améliorer ?

Dans cet hôpital quelles sont les valeurs organisationnelles les plus marquantes pour vous ?

Qu'est ce qui caractérise le climat social ?

Est-ce que la communication occupe une place importante dans l'établissement en interne et en externe ? Quels sont les outils utilisés en communication au sein de l'établissement ?

Concernant la politique qualité et l'accréditation

Est-ce que vous trouvez que vous êtes suffisamment impliquée dans la politique qualité et de gestion des risques de l'établissement ?

Est-ce que vous participez à des commissions en liaison avec ces thématiques ?

Concernant l'organisation de la préparation à l'accréditation

Emergence et diffusion

Est-ce que vous avez participé à la prise de décision concernant le moment où l'établissement devait rentrer dans la procédure de préparation à l'accréditation ?

Est-ce que vous aviez des attentes particulières par rapport à cette préparation / par rapport à l'accréditation ?

Est-ce qu'il a existé une réflexion sur la communication au sein de l'établissement pour avertir les professionnels que l'établissement rentrait dans la procédure de préparation ?

Mise en œuvre / déroulement

Quel est le dispositif mis en place dans l'établissement pour la préparation à l'accréditation ? pouvez-vous le décrire ?

Qui détient le leadership de la préparation ?

Est-ce que vous avez travaillé avec les personnes en charge du dossier pour la mise en œuvre de la procédure de préparation ? si oui, à quels travaux avez-vous participé ?

Quelles sont vos relations avec les personnes en charge de cette préparation ?

Est-ce que vous avez l'impression que l'ensemble de l'établissement a participé à cette procédure ?

Enjeux

Quels sont les principaux changements que vous avez pu identifier qui sont intervenus au cours de cette préparation ?

Est-ce que vous avez l'impression que la préparation à l'accréditation a permis de renforcer votre participation au sein de l'établissement ?

Satisfaction envers la procédure de préparation à l'accréditation

Est-ce que vous pensez avoir été suffisamment impliquée dans la préparation de l'établissement à l'accréditation ?

Comment caractérisiez-vous votre participation à la préparation ?

Quelles sont les points forts et faibles de cette préparation ?

Commentaires généraux sur la préparation et perspectives d'avenir

Qu'est ce que vous avez appris au cours de cette préparation ?

Comment caractériseriez-vous cette expérience ?

Est ce qu'il est prévu une communication particulière autour de la visite d'accréditation et à la suite ?

Entretien 8 : Auprès de la Directrice des Services de Soins Infirmiers

Introduction

Qu'est ce qui vous a conduit à occuper vos fonctions actuelles ? Depuis combien de temps travaillez-vous au CHU ?

Le CHU

Quelles sont les particularités de cet établissement ? Quelles sont ses points forts ? Ses points à améliorer ?

Dans cet hôpital quelles sont les valeurs organisationnelles les plus marquantes ?

Existe-t-il un code d'éthique ? un engagement du directeur, des professionnels autour d'un projet commun ?

Comment caractériseriez-vous le climat social ?

stabilité des professionnels, fierté de travailler au CHU, grève dur, bonne communication avec les syndicats, etc. ?

Comment se sont traduits les contraintes budgétaires sur l'établissement au cours de ces dernières années ?

Quels sont les principaux enjeux de l'accréditation pour l'établissement ?

En quoi l'obligation pour les établissements de se faire accréditer a des répercussions sur le rôle de Directeur des Services de Soins Infirmiers ?

La politique de gestion de la qualité dans l'établissement

Pourriez-vous me raconter comment ont évolué les démarches qualité dans l'établissement ?

depuis quand existent-elles ?

les grandes étapes ?

quelle est ou quelles sont les personnes qui ont pris l'initiative ?

comment elles évoluent actuellement ?

Quelles sont les structures actuelles qui gèrent le système qualité ?

Qui en est à l'origine ?

De qui relève les structures : administratif, médical, infirmier

Depuis quand sont-elles mises en place
 Existe-t-il des structures de pilotage, des structures
 d'exécution
 Comment fonctionnent ces structures
 Quels sont leur nom

Quelles sont les activités développées ?

Qui en est à l'origine ?
 Qui dirige quoi ? Comment cela fonctionne
 concrètement ? Depuis quand ?
 Comment se fait l'évaluation de la satisfaction de la
 clientèle ? depuis quand ? par qui ?
 Comment le système de gestion des plaintes s'intègre-t-il
 dans le dispositif qualité ? qui est en à la
 charge ?
 Comment sont mises en place les évaluations de
 pratiques professionnelles ?
 Existe-t-il une formalisation des pratiques avec
 l'utilisation de protocoles de soins, de
 procédures administratives et de gestion ?
 Comment marche le système de recueil d'incidents,
 d'accidents ou de dysfonctionnement ?

Quel est le niveau de participation des différents acteurs aux démarches qualité ?

Quels sont les intervenants qui sont impliqués : est ce des
 médecins, des administratifs, des infirmiers,
 autres ?
 Comment s'impliquent les différents acteurs ? existe-t-il
 des résistances, des systèmes incitatifs ?

La réalisation de la préparation de l'établissement à l'accréditation

Comment s'articule la démarche qualité avec la préparation à l'accréditation de
 l'établissement ?

Est-ce que les structures sont les mêmes ? si non, quels
 sont les autres structures, leurs noms et leurs
 liens entre elles ?
 Quel est le dispositif mis en place ?
 Qui est responsable de quoi ?
 Quelles sont les valeurs qui sous-tendent ce dispositif ?

Pourriez-vous me raconter comment a commencé la préparation à la visite ?

Quand a émergé l'idée ?

Qui a décidé de débiter la procédure ? (le Directeur Général seul ? en concertation avec les instances ? avec d'autres personnes ?)

A-t-il été envisagé plusieurs scénarios ? Si oui, lesquelles et comment s'est opéré le choix ?

Quelle est la stratégie qui a été menée pour réaliser cette préparation ?

Vous êtes vous inspiré de documents (ex celui de l'ANAES d'aide à la préparation d'un établissement) ou d'expériences ?

Quelles sont les outils qui ont été utilisés ?

Si parle du RIAE demander ce qui a motivé ce travail et si le recommanderait à d'autres établissements

Si parle de Groupes d'Auto-Evaluation Thématiques demander comment ont été choisis les présidents et leurs membres

Si parle du Bureau qualité demander si équivalent à un groupe de pilotage

Quelles commissions ou structures ont été mises en place spécialement ?

Quel est votre rôle dans cette préparation

Quelle stratégie de diffusion a été adoptée auprès des professionnels pour qu'ils aient l'information ? pour qu'ils y participent ? (personnes relais, documents, conférences, formation, etc.)

Quels sont les professionnels qui ont le plus participé ? Est-ce que certains professionnels ont été difficiles à mobiliser, voir non mobilisés ?

Quels sont les moyens humains et matériels qui ont été alloués ? Existe-t-il une estimation du coût ?

Est-ce que les personnes soignées ou leur famille ont été intégrées à la préparation ?

Comment avez-vous contribué à diffuser, auprès des professionnels de l'établissement, l'importance de participer à la procédure d'accréditation ?

Les changements induits par cette préparation

Je souhaiterais aborder maintenant les changements qui sont intervenus dans l'établissement en relation avec la préparation à l'accréditation.

Transformation des pratiques

Tout d'abord en ce qui concerne les pratiques, pourriez-vous mes donner des exemples de changement de pratiques ou de comportements, directement en relation avec la préparation à la visite d'accréditation ? dans les services de soins, dans les directions ou dans d'autres secteurs de l'établissement ?

Est-ce que de nouvelles fonctions ou de nouveaux métiers sont apparus ?

Est-ce que vous avez l'impression que les personnes ont acquis une nouvelle réflexion sur leurs pratiques ?

Est-ce que les relations entre les professionnels autour de la prise en charge des personnes soignées ont évolué ?

Est-ce que vous avez l'impression que les services sont plus sensibilisés à la qualité des prestations qu'ils offrent ?

Est-ce que des pratiques cliniques ont été modifiées ?

Est-ce que vous avez l'impression que cette préparation à contribuer à améliorer la prise en charge des personnes soignées ?

Est-ce que des structures hiérarchiques au sein des services ont été modifiées ? si oui, exemples

Est-ce que certaines directions ont acquis une autorité plus importantes ? si oui, exemples

Est-ce que des pratiques de gestion ont été modifiées ? si oui, lesquelles.

Transformation de l'organisation

Concernant à présent l'organisation au sein de l'établissement quels changements ont eu lieu ?

Quelles instances ou structures ont été modifiées ou créées ?

Est-ce que de nouveaux organigrammes ont été mis en place ?

De quelle manière les systèmes d'informations se sont-ils adaptés aux nouvelles exigences ? (mise en place d'un réseau intranet, le recueil d'autres données sur l'établissement, etc.)

Est ce des relations hiérarchiques au sein de l'établissement ont été modifiées (entre par exemple les services et les directions)

En quoi cette préparation pourrait-elle permettre de renforcer le sentiment d'appartenance des professionnels au CHU ? ou d'inciter des professionnels à venir travailler dans cet établissement ?

Quel est l'impact de cette préparation sur la satisfaction des patients ?

En ce qui concerne la politique qualité et de gestion des risques de l'établissement, de quelle manière a-t-elle été modifiée par cette préparation ?

mise en place d'indicateurs, d'études d'évaluation, de comités, d'un programme formalisé d'amélioration continue de la qualité, etc.

meilleure prise en compte des coûts des soins dans les stratégies thérapeutiques

Plus généralement, quels nouveaux objectifs ont été intégrés par l'établissement ?

Est-ce que cela a modifié la réflexion stratégique de l'établissement ?

Transformation des relations entre l'organisation et son environnement

Je souhaiterais à présent vous demander comment vous voyez l'impact de cette préparation sur les relations du CHU avec son environnement.

Est-ce que vous pensez que cette préparation peut avoir un impact sur la clientèle à venir ? par exemple en développant une plus grande confiance auprès du public

De quelle manière cette préparation peut aider l'établissement à être plus à l'écoute de son environnement ? (exemple adaptation aux besoins de la population et création de nouveaux services)

Quelles sont les impacts principaux de cette préparation sur les relations entre l'établissement et :

les autres établissements de la région ?

la médecine de ville ?

les organismes de tutelle, en particulier l'ARH ? Pensez-vous que cela peut aider l'établissement pour l'acquisition de ressources ?

Votre implication dans la procédure de préparation à l'accréditation

Comment caractériseriez-vous votre participation - à titre personnel - à la préparation ?

Si c'était à refaire, est-ce que vous préconiserez la même stratégie ? Est-ce que vous y participeriez de nouveau ?

Qu'avez-vous appris au cours de cette préparation ?

Des commentaires généraux sur la préparation et perspectives d'avenir

Comment caractériseriez-vous cette expérience pour l'établissement ?

Quelles sont - pour vous - les points forts de cette préparation ? Quelles sont les principaux problèmes qui ont été rencontrés (corporatisme, manque de temps, syndicalisme, lutte de pouvoir, surcharge de travail, etc.) ?

En quoi la préparation peut-elle rendre l'établissement plus performant ?

Comment pensez-vous valoriser en interne et en externe tout le travail qui a été fait ?

Quand pensez-vous que la procédure de préparation sera terminée ? Quand est prévue la visite de l'ANAES ? La date a-t-elle été modifiée ? Si oui, pourquoi ?

Est-ce que les résultats de la visite d'accréditation peuvent avoir des répercussions sur votre carrière ?

Quelles sont vos attentes par rapport à cette visite ?

Entretien 9 : Auprès du Président de la CME du CHU

Introduction

Qu'est ce qui vous a conduit à occuper vos fonctions actuelles ? Depuis combien de temps travaillez-vous au CHU ?

Le CHU

Quelles sont les particularités de cet établissement ? Quelles sont ses points forts ? Ses points à améliorer ?

Dans cet hôpital quelles sont les valeurs organisationnelles les plus marquantes ?

Existe-t-il un code d'éthique ? un engagement du directeur, des professionnels autour d'un projet commun ?

Comment caractérisez-vous le climat social ?

stabilité des professionnels, fierté de travailler au CHU, grève dur, bonne communication avec les syndicats, etc. ?

Comment se sont traduits les contraintes budgétaires sur l'établissement au cours de ces dernières années ?

Quels sont les principaux enjeux de l'accréditation pour l'établissement ?

Est-ce que l'obligation pour les établissements de se faire accréditer a eu des répercussions sur le rôle du Président de la CME ?

La politique de gestion de la qualité dans l'établissement

Pourriez-vous me raconter comment ont évolué les démarches qualité dans l'établissement ?

depuis quand existent-elles ?

les grandes étapes ?

quelle est ou quelles sont les personnes qui ont pris l'initiative ?

comment elles évoluent actuellement ?

Quelles sont les structures actuelles qui gèrent le système qualité ?

Qui en est à l'origine ?

De qui relève les structures : administratif, médical, infirmier

Depuis quand sont-elles mises en place
 Existe-t-il des structures de pilotage, des structures
 d'exécution
 Comment fonctionnent ces structures
 Quels sont leur nom

Quelles sont les activités développées ?

Qui en est à l'origine ?
 Qui dirige quoi ? Comment cela fonctionne
 concrètement ? Depuis quand ?
 Comment se fait l'évaluation de la satisfaction de la
 clientèle ? depuis quand ? par qui ?
 Comment le système de gestion des plaintes s'intègre-t-il
 dans le dispositif qualité ? qui est en à la
 charge ?
 Comment sont mises en place les évaluations de
 pratiques professionnelles ?
 Existe-t-il une formalisation des pratiques avec
 l'utilisation de protocoles de soins, de
 procédures administratives et de gestion ?
 Comment marche le système de recueil d'incidents,
 d'accidents ou de dysfonctionnement ?

Quel est le niveau de participation des différents acteurs aux démarches qualité ?

Quels sont les intervenants qui sont impliqués : est ce des
 médecins, des administratifs, des infirmiers,
 autres ?
 Comment s'impliquent les différents acteurs ? existe-t-il
 des résistances, des systèmes incitatifs ?

La réalisation de la préparation de l'établissement à l'accréditation

Comment s'articule la démarche qualité avec la préparation à l'accréditation de
 l'établissement ?

Est-ce que les structures sont les mêmes ? si non, quels
 sont les autres structures, leurs noms et leurs
 liens entre elles ?
 Quel est le dispositif mis en place ?
 Qui est responsable de quoi ?
 Quelles sont les valeurs qui sous-tendent ce dispositif ?

Pourriez-vous me raconter comment a commencé la préparation à la visite ?

Quand a émergé l'idée ?

Qui a décidé de débiter la procédure ? (le Directeur Général seul ? en concertation avec les instances ? avec d'autres personnes ?)

A-t-il été envisagé plusieurs scénarios ? Si oui, lesquelles et comment s'est opéré le choix ?

Quelle est la stratégie qui a été menée pour réaliser cette préparation ?

Vous êtes vous inspiré de documents (ex celui de l'ANAES d'aide à la préparation d'un établissement) ou d'expériences ?

Quelles sont les outils qui ont été utilisés ?

Si parle du RIAE demander ce qui a motivé ce travail et si le recommanderait à d'autres établissements

Si parle de Groupes d'Auto-Evaluation Thématiques demander comment ont été choisis les présidents et leurs membres

Si parle du Bureau qualité demander si équivalent à un groupe de pilotage

Quelles commissions ou structures ont été mises en place spécialement ?

Quel est votre rôle dans cette préparation

Pensez-vous que les personnes en charge de la préparation sont les

mieux placées pour le faire dans l'établissement ?

Quelle stratégie de diffusion a été adoptée auprès des professionnels pour qu'ils aient l'information ? pour qu'ils y participent ? (personnes relais, documents, conférences, formation, etc.)

Quels sont les professionnels qui ont le plus participé ? Est-ce que certains professionnels ont été difficiles à mobiliser, voir non mobilisés ?

Quels sont les moyens humains et matériels qui ont été alloués ? Existe-t-il une estimation du coût ?

Est-ce que les personnes soignées ou leur famille ont été intégrées à la préparation ?

Comment avez-vous contribué à diffuser, auprès des professionnels de l'établissement, l'importance de participer à la procédure d'accréditation ?

Les changements induits par cette préparation

Transformation des pratiques

Tout d'abord en ce qui concerne les pratiques, pourriez-vous me donner des exemples de changement de pratiques ou de comportements, directement en relation avec la préparation à la visite d'accréditation ? dans les services de soins, dans les directions ou dans d'autres secteurs de l'établissement ?

Est-ce que de nouvelles fonctions ou de nouveaux métiers sont apparus ?

Est-ce que vous avez l'impression que les personnes ont acquis une nouvelle réflexion sur leurs pratiques ?

Est-ce que les relations entre les professionnels autour de la prise en charge des personnes soignées ont évolué ?

Est-ce que vous avez l'impression que les services sont plus sensibilisés à la qualité des prestations qu'ils offrent ?

Est-ce que des pratiques cliniques ont été modifiées ?

Est-ce que vous avez l'impression que cette préparation à contribuer à améliorer la prise en charge des personnes soignées ?

Est-ce que des structures hiérarchiques au sein des services ont été modifiées ? si oui, exemples

Est-ce que certaines directions ont acquis une autorité plus importantes ? si oui, exemples

Est-ce que des pratiques de gestion ont été modifiées ? si oui, lesquelles

Transformation de l'organisation

Concernant à présent l'organisation au sein de l'établissement quels changements ont eu lieu ?

Quelles instances ou structures ont été modifiées ou créées ?

Est-ce que de nouveaux organigrammes ont été mis en place ?

De quelle manière les systèmes d'informations se sont-ils adaptés aux nouvelles exigences ? (mise en place d'un réseau intranet, le recueil d'autres données sur l'établissement, etc.)

Est ce des relations hiérarchiques au sein de

l'établissement ont été modifiées (entre par exemple les services et les directions)

En quoi cette préparation pourrait-elle permettre de renforcer le sentiment d'appartenance des professionnels au CHU ? ou d'inciter des professionnels à venir travailler dans cet établissement ?

Quel est l'impact de cette préparation sur la satisfaction des patients ?

En ce qui concerne la politique qualité et de gestion des risques de l'établissement, de quelle manière a-t-elle été modifiée par cette préparation ?

mise en place d'indicateurs, d'études d'évaluation, de comités, d'un programme formalisé d'amélioration continue de la qualité, etc.

meilleure prise en compte des coûts des soins dans les stratégies thérapeutiques

Plus généralement, quels nouveaux objectifs ont été intégrés par l'établissement ?

Est-ce que cela a modifié la réflexion stratégique de l'établissement ?

Transformation des relations entre l'organisation et son environnement

Je souhaiterais à présent vous demander comment vous voyez l'impact de cette préparation sur les relations du CHU avec son environnement.

Est-ce que vous pensez que cette préparation peut avoir un impact sur la clientèle à venir ? par exemple en développant une plus grande confiance auprès du public

De quelle manière cette préparation peut aider l'établissement à être plus à l'écoute de son environnement ? (exemple adaptation aux besoins de la population et création de nouveaux services)

Quelles sont les impacts principaux de cette préparation sur les relations entre l'établissement et :

les autres établissements de la région ?

la médecine de ville ?

les organismes de tutelle, en particulier l'ARH ? Pensez-vous que cela peut aider l'établissement pour l'acquisition de ressources ?

Votre implication dans la procédure de préparation à l'accréditation

Comment caractériseriez-vous votre participation - à titre personnel - à la préparation ?

Si c'était à refaire, est-ce que vous préconiserez la même stratégie ? Est-ce que vous y participeriez de la même façon ?

Qu'avez-vous appris au cours de cette préparation ?

Des commentaires généraux sur la préparation et perspectives d'avenir

Comment caractériseriez-vous cette expérience pour l'établissement ?

Quelles sont - pour vous - les points forts de cette préparation ? Quelles sont les principaux problèmes qui ont été rencontrés (corporatisme, manque de temps, syndicalisme, lutte de pouvoir, surcharge de travail, etc.) ?

En quoi la préparation peut-elle rendre l'établissement plus performant ?

Comment pensez-vous valoriser en interne et en externe tout le travail qui a été fait ?

Quand pensez-vous que la procédure de préparation sera terminée ? Quand est prévue la visite de l'ANAES ? La date a-t-elle été modifiée ? Si oui, pourquoi ?

Est-ce que les résultats de la visite d'accréditation peuvent avoir des répercussions sur votre carrière ?

Qu'attendez-vous de la visite ?

Entretien 10 : Auprès du Directeur Général du CHU

Introduction

Qu'est ce qui vous a conduit à occuper vos fonctions actuelles ? Depuis combien de temps travaillez-vous au CHU ?

Le CHU

Quelles sont les particularités de cet établissement ? Quelles sont ses points forts ? Ses points à améliorer ?

Dans cet hôpital, quelles sont les valeurs organisationnelles les plus marquantes ?

Comment caractériseriez-vous le climat social ?

Comment se sont traduits les contraintes budgétaires sur l'établissement au cours de ces dernières années ?

Quels sont les principaux enjeux de l'accréditation pour l'établissement ?

En quoi l'obligation pour les établissements de se faire accréditer a des répercussions sur le rôle de Directeur Général ?

La politique de gestion de la qualité dans l'établissement

Pourriez-vous me raconter comment ont évolué les démarches qualité dans l'établissement ?

Quelles sont les structures actuelles qui gèrent le système qualité ?

Quelles sont les activités développées ?

Quel est le niveau de participation des différents acteurs aux démarches qualité ?

La réalisation de la préparation de l'établissement à l'accréditation

Comment s'articule la démarche qualité avec la préparation à l'accréditation de l'établissement ?

Pourriez-vous me raconter comment a commencé la préparation à la visite ?

Quelle est la stratégie qui a été menée pour réaliser cette préparation ?

Concernant le GAET que vous avez présidé, en quoi la méthodologie de travail employée était-elle appropriée ou pas aux objectifs poursuivis ?

Avez-vous participé aux choix des membres du GAET ? A posteriori, est-ce que vous trouvez que le choix des membres était judicieux par rapport aux objectifs ?

Quels étaient les avantages et inconvénients d'avoir un groupe pluriprofessionnel ?

Avez-vous disposé d'assez de temps pour répondre à la mission qui était confiée au GAET ?

Pendant combien de temps le GAET a-t-il travaillé ?

Quels changements importants le GAET a-t-il proposés de mettre en œuvre au sein du CHU ?

A-t-il participé à la mise en application de ces propositions ?

Pouvez-vous me donner des exemples de changements proposés qui sont en cours d'application ?

Comment caractériseriez-vous l'atmosphère qui a régné dans le GAET ?

Pensez-vous souhaitable que ce GAET continue d'exister et de travailler après la visite d'accréditation ?

Si oui, souhaiteriez-vous continuer à en assurer la présidence ?

Comment sa constitution devrait-elle évoluer ?

Les changements induits par cette préparation

Transformation des pratiques

Tout d'abord en ce qui concerne les pratiques, pourriez-vous me donner des exemples de changement de pratiques ou de comportements, directement en relation avec la préparation à la visite d'accréditation ? dans les services de soins, dans les directions ou dans d'autres secteurs de l'établissement ?

Transformation de l'organisation

Concernant à présent l'organisation au sein de l'établissement quels changements ont eu lieu ?

En quoi cette préparation pourrait-elle permettre de renforcer le sentiment d'appartenance des professionnels au CHU ? ou d'inciter des professionnels à venir travailler dans cet établissement ?

Quel est l'impact de cette préparation sur la satisfaction des patients ?

En ce qui concerne la politique qualité et de gestion des risques de l'établissement, de quelle manière a-t-elle été modifiée par cette préparation ?

Plus généralement, quels nouveaux objectifs ont été intégrés par l'établissement ?

Est-ce que cela a modifié la réflexion stratégique de l'établissement ?

Transformation des relations entre l'organisation et son environnement

Est-ce que vous pensez que cette préparation peut avoir un impact sur la clientèle à venir ? par exemple en développant une plus grande confiance auprès du public

De quelle manière cette préparation peut aider l'établissement à être plus à l'écoute de son environnement ? (exemple adaptation aux besoins de la population et création de nouveaux services)

Quelles sont les impacts principaux de cette préparation sur les relations entre l'établissement et :

les autres établissements de la région ?

la médecine de ville ?

les organismes de tutelle, en particulier l'ARH ? Pensez-vous que cela peut aider l'établissement pour l'acquisition de ressources ?

Votre implication dans la procédure de préparation à l'accréditation

Comment caractériseriez-vous votre participation - à titre personnel - à la préparation ?

Si c'était à refaire, est-ce que vous préconiserez la même stratégie ? Est-ce que vous y participeriez de nouveau ?

Qu'avez-vous appris au cours de cette préparation ?

Des commentaires généraux sur la préparation et perspectives d'avenir

Comment caractériseriez-vous cette expérience pour l'établissement ?

Quelles sont - pour vous - les points forts de cette préparation ? Quelles sont les principaux problèmes qui ont été rencontrés (corporatisme, manque de temps, syndicalisme, lutte de pouvoir, surcharge de travail, etc.) ?

En quoi la préparation peut-elle rendre l'établissement plus performant ?

Comment pensez-vous valoriser à l'avenir tout le travail qui a été fait ? (en interne et en externe)

Quand pensez-vous que la procédure de préparation sera terminée ? Quand est prévue la visite de l'ANAES ? La date a-t-elle été modifiée ? Si oui, pourquoi ?

Est-ce que les résultats de la visite d'accréditation peuvent avoir des répercussions sur votre carrière ?

Quelles sont vos attentes par rapport à cette visite ?

Entretien 11 : Auprès des responsables qualité des établissements membres de la communauté d'établissement

Introduction

Qu'est ce qui vous a amené à remplir vos fonctions actuelles ?
profession, depuis combien de temps travail dans le domaine de la santé, à ce poste

Concernant votre établissement

Quelles sont les particularités de votre établissement ? Quelles sont ses points forts ?

Ses points à améliorer ?

Dans votre hôpital, quelles sont les valeurs organisationnelles les plus marquantes ?

Quels sont les principaux enjeux de l'accréditation pour votre établissement ?

Quelles sont les personnes et les structures en charge de la préparation à l'accréditation dans votre établissement ?

Comment s'articule la démarche qualité de l'établissement et la préparation à l'accréditation ?

Quand avez-vous prévu de demander votre visite d'accréditation à l'ANAES ?

Existe-t-il un partenariat avec le CHU en dehors de l'évaluation et de l'accréditation ?

Relation entre votre établissement et le CHU concernant la préparation à l'accréditation ?

Connaissez-vous les modalités de préparation à l'accréditation du CHU ? Pouvez-vous les décrire ?

Est-ce que vous considérez le CHU comme un modèle/moteur pour la procédure de préparation ? pourquoi ?

Comment se traduit le partenariat avec le CHU pour l'évaluation et/ou l'accréditation ?

Quelle(s) est (sont) votre (vos) personne(s) contact(s) au CHU ?

Quels sont les outils ou autres partagés

Depuis quand

Vous êtes-vous inspirés du CHU pour mener votre propre démarche de préparation ?

Qu'attendez-vous du CHU dans le cadre de votre préparation à l'accréditation ?

Quels changements sont intervenus dans votre établissement depuis la mise en œuvre de ce partenariat avec le CHU ?

Comment le CHU a-t-il répondu, jusqu'à présent, à vos attentes ?

Quelles sont vos attentes de ce partenariat pour l'après visite d'accréditation ?

Entretien 12 : Auprès des personnes des organismes de tutelle du CHU

Introduction

Qu'est ce qui vous a conduit à occuper vos fonctions actuelles ? Depuis combien de temps travaillez-vous avec le CHU ?

Le CHU

Quelles sont les particularités du CHU par rapport aux autres établissements du département ? (question DDASS et CPAM) / de la région ? (question ARH)

En terme d'activités, de relations privilégiées, etc.

Quelles sont les particularités de cet établissement ? Quelles sont ses points forts ? Ses points à améliorer ?

Dans cet hôpital quelles sont les valeurs organisationnelles les plus marquantes ? code d'éthique ? engagement du directeur, des professionnels autour d'un projet commun ?

Comment caractériseriez-vous le climat social ?

stabilité des professionnels, fierté de travailler au CHU, grève dur, bonne communication avec les syndicats, etc. ?

Comment se sont traduits les contraintes budgétaires sur l'établissement au cours de ces dernières années ?

Quels sont les répercussions de l'accréditation sur votre activité ou celle de l'organisme pour lequel vous travaillez ?

Quels sont les principaux enjeux de l'accréditation pour l'établissement ?

Les démarches qualité

Quelles sont les démarches qualité dont vous avez eu connaissance qui ont été mises en place au CHU au cours de ces dernières années ?

Quel a été le dispositif mis en place pour la réalisation de ces démarches ?

Le dispositif mis en place pour la préparation à l'accréditation

Avez-vous connaissance que le CHU s'est engagé dans la préparation de la visite d'accréditation ?

Quelle est la procédure qui a été mise en place ?

Quelles interventions ont été menées ? quelles en sont les principales particularités/caractéristiques ?

Quel a été le principal promoteur de la préparation de l'établissement ?

Quelles sont les principales structures qui animent cette préparation ?

De quelle manière la procédure menée par le CHU diffère de celle mise en place dans d'autres établissements ?

Comment caractériseriez-vous cette procédure de préparation par rapport à d'autres réalisées dans d'autres établissements que vous connaissez ?

Les enjeux en terme de changement

Quels sont les principaux changements que cette préparation a entraînés dans l'établissement ?

Sur les individus : acquisition de nouveaux raisonnements, de nouvelles réflexions, etc.

Sur les pratiques professionnels : médicales et de gestion

Sur l'organisation : nouveaux organigrammes

Sur la stratégie de l'établissement : son positionnement dans la région ou le département, la mise en place d'objectifs, etc..

Sur les relations avec l'environnement : la clientèle, les autres établissements, la médecine de ville et les organismes de tutelle, dont vous-même

En quoi l'accréditation peut aider l'établissement à être plus performant ?

Est-ce que d'une manière ou d'une autre vous avez été mêlé(e) à cette procédure (conseils, financement, autres) ?

Les résultats

Est-ce que la préparation à l'accréditation réalisée peut servir de modèle pour d'autres établissements ?

l'évaluation des pratiques professionnels

la préparation à l'accréditation

Comment allez-vous prendre en compte les résultats de la procédure de préparation de l'établissement à l'accréditation ?

Quelles informations vous intéressent ? Comment pensez-vous utiliser ces informations ?

Quelles modifications dans les relations entre votre organisme et le CHU peuvent avoir lieu à court et moyen terme après l'envoi du rapport d'accréditation ?

Pour l'allocation budgétaire y aura-t-il prise en compte du travail effectué au cours de la préparation à l'accréditation ? ou seulement des résultats de la visite d'accréditation ?

Pensez-vous que les contrats d'objectifs et de moyens sont un outil plus performant pour améliorer la qualité et la sécurité des soins de l'établissement ? pourquoi ?

Annexe 17 : Analyse des entretiens semi-structurés

Le format primaire des données collectées à travers les entretiens réalisés au niveau 2 et plus représente 30 enregistrements d'une heure et demi environ qui exploraient en profondeur les modalités d'implantation de la préparation à l'accréditation et les effets en terme de dynamique de changement.

Ces entretiens ont été tout d'abord tout retranscrit sur le logiciel de traitement de textes – Microsoft Word 1998- et ont constitué la base de données primaire pour analyse. Chaque entrevue a été ensuite sauvegardé en format .txt –texte seulement- et reporté sur le logiciel Atlas TI 4.1 for Windows 95. Ce logiciel permet la gestion des données à travers le développement d'une structure hiérarchiques des codes théoriques. Ces codes sont reliés à des segments de texte, ou « unité de sens » du matériel à analyser, ce qui aide, par la suite, à réaliser de multiples connexions entre les codes et de tester des propositions de recherche (Richards & Richards, 1991 ; Miles et Weitzman, 1994).

Une analyse thématique du matériel des entrevues a été réalisée (Paillé, 1996). Dans notre recherche nous sommes partis de notre cadre théorique en laissant toutefois ouvert la possibilité d'introduire d'autres éléments en fonction du matériel empirique – démarches déductives et inductives. Puis une thématisation séquentielle a alors été adoptée (Paillé, 1996).

Ceci a donc abouti à la création d'une grille de codification composée de 4 grands domaines : (1) les conditions favorables à l'émergence du changement ; (2) les caractéristiques du changement ; (3) les caractéristiques de l'établissement ; (4) les caractéristiques de l'intervention ; et (5) les spécificités personnelles.

I Conditions favorables à l'émergence			
Environnement			
Pressions externe fortes	CB	CBenviro	CB environnement : pressions fortes extérieures
Objet	OB	OBexpli	OB explicite : projet ouvert

		OBaven	OB avenir : capacité à se projeter dans l'avenir
Condition de base		CBexced	CB excédentaire : acteurs légitimes, insatisfaits
		CBauto	CB autonomie : espaces discrétionnaires
		CBrela	CB relation : capacités cognitives et relationnelles
		CBinfo	CB informations partagées
Stratégies	ST	STdiff	ST diffusion : promoteurs initiateurs légitimes, capacité de prendre des risques
		STappr	ST apprentissage : lieux de formation de débats
		STadhé	ST adhésion
		STré	ST résistance
Conception	CO	COmod	CO modèle : acquisition de nouveaux modèles intellectuels, capacité d'appréhender la complexité
		COcriti	CO critique : capacité réflexive, fonctionnement du système, des valeurs de l'histoire
		COinterv	CO intervention : connaissance de l'intervention
II Caractéristiques du changement			
Changement	CH	CHcible	CH cible
		CHéten	CH étendu
		CHvite	CH Vitesse
		CHryth	CH rythme
		Chdur	CH durée
		CHtraj	CH trajectoire
		CHapp	CH appartenance
		CHmét	CH métier
		CHrela/act	Ch relation entre les acteurs
		CHrelapa	CH relation patient
		CHrelatut	CH relation tutelle
		CHreladir	CH relation service/direction
		Chrelapart	CH relation partenaire : médecins généralistes, spécialistes, autres professionnels médicaux
		CHrelaenv	CH relation avec l'environnement : bassin d'attraction pour les patients pour les professionnels pour venir travailler au CHU
		CHrelapro	CH relation professionnelle
		CHact	CH acteur
		CHgest	CH gestion
		CHperfo	CH performance de l'établissement
		CHsati	CH satisfaction auprès des patients et

			de leur famille
		CHindi	CH indicateurs : mise en place d'indicateurs
		CHprati	CH pratiques cliniques
		CHment	CH mentalité
		CHInfo	CH information : système d'information
		CHstrat	CH stratégique
		CHpouv	CH pouvoir entre les différentes directions ou au sein de l'établissement
		CHgdr	CH gestion des risques
		CHcoût	CH coût : prise en compte des coûts des soins
		Chhier	CH hiérarchique dans les services
		CHstru	CH structure
Action/accompagnement	AC	ACincit	AC incitation
		ACinfl	AC influence
		ACauto	AC autorité
		ACenga	AC engagement
Action/résistance	RE	REindi	RE indifférence
		REdissi	RE dissidence
		RErefu	RE refus de participer
Conception	CP	CPdedu	CP déductive : top down
		CPindu	CP inductive : bottom/up
III Le CHU			
Activités	AC	ACburQ	AC bureau qualité
		ACueqsa	AC UEQSA
		ACdssi	AC DSSI
		ACdq	AC DQ
		ACGAET	AC GAET
		ACceqsa	AC CEQSA
Caractéristiques CHU	CAC	CACval	CACHU : valeur, projet d'établissement
	CAC	CACsoc	CACHU : climat social
		CACbudg	CACHU : contrainte budgétaire
		CACenj	CACHU : enjeux pour l'établissement de l'accréditation
		CACgéné	CACgénéral
	CAC	CACpoinf	CACHU : points forts
	CAC	CACpoinb	CACHU : points faibles
	CAC	CACfier	CACHU fier de travailler au CHU
IV L'intervention			
Politique qualité	PQ	PQstru	PQ structure
		PQpoli	PQ politique
		PQaccr	PQ accréditation : relation politique qualité et accréditation
		PQplain	PQ plainte
		PQsatisf	PQ satisfaction

		PQgdr	PQ gestion des risques
		PQdys	PQ dysfonctionnement
		PQprati	PQ évaluation des pratiques
		PQcout	PQ coût
		PQparti	PQ participation
		PQproto	PQ protocoles
		PQval	PQ valorisation
Préparation accréditation	PA	PAval	PA : les valeurs développées
		PAEmer	PA : quand à eu lieu l'émergence
		PAEntr	PA : entrée
		PAOut	PA : les outils utilisés pour l'accréditation
		PAmoy	PA : les moyens mis pour la préparation
		PAps	PA : personnes soignées
		PAauto	PA : autoévaluation
		PAcriti	PA : critiques
		PApoinf	PA : points forts
		PApoinb	PA : points faibles
		PAstrat	PA : stratégie
		PAvisi	PA : attente par rapport au visite
		PAfin	PA : quand fin de la préparation
		PApoli	PA : politique
		PAstru	PA structures
Evolution	EV	EVméd	EV de la médecine et système de soins
		Evsoci	EV société
		EVchu	EVChu
Attente	AT	ATacc	AT par rapport à l'accréditation
Opinion	OP	OPacc	OP sur l'accréditation
Valorisation	VA	VAint	VA en interne
		VAext	VA en externe
Moyens	MO	MOsupp	MO supplémentaire : manque de moyens...
V Données personnelles			
Caractéristiques perso	CAP	CAPt1	CAPersonnelle : nombre d'années à Brest < 5 ans
		CAPt2	CAPersonnelle : nombre d'années à Brest 5 à 10 ans
		CAPt3	CAPersonnelle : nombre d'années à Brest > 10 ans
		CAPméd	CAPersonnelle : métier médecin
		CAPinf	CAPersonnelle : métier infirmier
		CAPdirec	CAPersonnelle : métier directeur
		CAPfier	CAPfierié de travailler au CHU
		CAPmoti	CAPmotivation
		CAPsecr	CAPersonnelle : métier secrétaire
Implication personnelle	IP	IPcara	IP caractéristiques

		IPstrat	IP stratégiques
		IPappr	IP apprentissage
		IPimpa	IP impact de l'accréditation sur la carrière

L'utilisation du logiciel Atlas TI nous a permis : (1) le stockage d'un volume important de matériel à analyser ; (2) la structuration cohérente des données pour un repérage rapide ; et (3) la codification dans des unités de sens favorisant l'élaboration d'une information riche en contenue.