

QUALITÉ FONCTIONNELLE

N.Ref: DC/06358/043/0D

Une certification utile et motivante, c'est possible !

Version du mercredi 19 novembre 2008

I.	Liminaire :	2
II.	Résumé	2
III.	Introduction :	3
III.1	Quel est l'objectif ?	3
III.2	Remarque : La notion de qualité :	4
III.3	La situation actuelle dans la Santé :	5
IV.	Les erreurs à éviter :	5
IV.1	La confusion entre qualité et conformité :	5
IV.2	Le manque de participation et d'adhésion des médecins :	8
IV.3	Le manque de formation des responsables qualité :	9
IV.4	Le refus des remises en cause :	10
IV.5	C'est le patient, et non le personnel, qui doit être placé au centre de la démarche : 10	
IV.6	On peut imposer la qualité :	11
IV.7	La qualité peut être obtenue sans la résolution des problèmes de fond de l'établissement :	12
IV.8	La qualité ne rapporte pas à court terme :	12
IV.9	Pour la pérennité d'un établissement, le retour à l'équilibre financier est plus important que la qualité des soins :	13
IV.10	On peut se débrouiller tous seuls... :	13
IV.11	Faut-il des documents ? :	14
IV.12	Le traitement des risques.....	16
IV.13	Une organisation peut très bien fonctionner sans démarche qualité :	16
IV.14	La qualité peut être obtenue sans une forte impulsion du haut management :	17
IV.15	Les obstacles courants :	17
V.	La méthode proposée : la démarche « fonctionnelle » :	19
V.1	Les règles de base :	19
V.2	Les principales démarches :	20
V.3	Les conditions de base pour réussir :	20
V.4	Les étapes de l'amélioration :	21
VI.	La démarche qualité globale, dans le cadre d'une certification :	22
VI.1	Les étapes de la démarche :	22
VI.2	Le diagnostic participatif d'amélioration :	22
VI.3	Le lancement de la démarche :	22
VI.4	La phase d'amélioration :	23
VI.5	Mise en place de l'animation qualité : "Comité" qualité, indicateurs, traitement des problèmes, audits internes.....	23
VI.6	L'auto-évaluation :	23
VI.7	La certification : 23	
VI.8	L'avis de la commission de certification.....	23
VI.9	Phase d'après certification	23
VI.10	Conclusion : du bon emploi de la certification :	24
VII.	Les groupes de projet qualité :	24
VIII.	Les indicateurs	26
VIII.1	Les principes : 26	
VIII.2	Les différents types d'indicateurs :	28
VIII.3	Un obstacle : Le manque de volonté d'améliorer la situation	28
IX.	Références complémentaires :	29

Modifications associées à la version D

Les chapitres de présentation de la démarche fonctionnelle ont été relus et améliorés : chapitres V et VI
Les chapitres VII (groupes de projet qualité) et VIII ont été complétés.

QUALITÉ FONCTIONNELLE

I. Liminaire :

Ce fascicule a été préparé par Christian DOUCET, auteur du Que Sais-Je « La qualité » et de divers ouvrages, dans le cadre du groupe de travail « qualité fonctionnelle » de l'AFQHO, avec la participation notamment des personnes suivantes : (merci de compléter par vos références...)

- **Le Dr Alain BRAILLON**, Responsable Amélioration des Pratiques Professionnelles, Service du Professeur Gérard Dubois, CHU Amiens
- **Le Dr Mireille CHABAUD-MAYER**, Praticien Hygiéniste/Présidente de l'ICSLIN, Service d'hygiène, Les hôpitaux de Chartres
- **Le Dr Monique VIGUIER**, Médecin coordonnateur, CH Montélimar
- **Le Dr Geneviève ROBLES**, CHRU Montpellier
- **Le Dr Henri BONFAIT**, Chirurgien orthopédiste, Coordonnateur Qualité et Risques, Hôpital Notre Dame du perpétuel secours, Paris
- **Karine HOTTIN-THOREAU**, Ingénieur Qualité-Gestionnaire des risques, CH La FERTE BERNARD
- **Annette SALCZYNSKI**, Cadre de Santé, Cellule Qualité, CH DENAIN
- **Nathalie SAC-VANDERWILDT**, Responsable Qualité, Groupe Hospitalier Saint Vincent

Ce fascicule a pour but d'aider les établissements de santé à préparer la certification de façon utile, en évitant que celle-ci ne dégénère en démarche formelle et de peu de valeur ajoutée.

Le fascicule est divisé essentiellement en trois parties :

- Un résumé : § II
- Une introduction (§ III) qui présente la problématique liées à cette démarche
- La partie IV analyse les causes de ces problèmes
- Les parties V et suivantes montrent comment recentrer la démarche sur l'amélioration concrète en utilisant la méthode fonctionnelle. Elle développe pour l'hôpital un concept décrit dans le QUE SAIS-JE « La qualité » (voir § 0 in fine).

II. Résumé

La certification est aujourd'hui surtout vécue comme une contrainte ce qui la stérilise en grande partie.

Pourtant elle peut être l'occasion d'améliorer en profondeur l'organisation et le fonctionnement des établissements, devenant ainsi une démarche riche et utile.

Pour cela il faut se dégager de la simple recherche de la conformité au référentiel, qui conduit à une impasse, et lancer une démarche interne d'amélioration, de façon à parvenir à un fonctionnement mieux optimisé, plus efficace et plus agréable pour tous.

La démarche qualité est un excellent moyen pour cela car elle est participative et le bon fonctionnement ne peut provenir que de la volonté de tous de mieux coopérer. Beaucoup de problèmes peuvent être réglés de cette façon.

Un meilleur fonctionnement rend également le travail plus agréable, évite les accidents (et donc les litiges), permet un meilleur soin, entraîne un meilleur usage des ressources et contribue à fidéliser le personnel.

Mais une démarche qualité efficace demande le respect de quelques règles :

- Comme nous l'avons vu, il faut éviter le piège de la conformité. Le certificat doit arriver de surcroît, comme la cerise sur le gâteau. C'est un challenge qu'on doit atteindre par une réelle démarche qualité et non par la conformité.
- Les médecins doivent s'y associer, voire donner l'exemple, sinon l'organisation se fait sans eux, et leurs propres contraintes ne sont pas prises en compte. Ils se retrouvent isolés alors qu'ils sont et doivent rester la tête de pont du soin.
- La direction doit soutenir fortement car les améliorations demandent de surmonter des réticences et des déviances. Si la direction n'adhère pas, elle encourage au contraire les déviants.
- Les soins aux patients doivent être certes placés au centre des préoccupations, mais ensuite, c'est le personnel qui doit être placé au centre de la démarche. Le but est de le mettre en situation de faire le meilleur travail possible, au service du soin et de l'établissement. Il faut donc partir des problèmes et des besoins du personnel pour mieux soigner.
- La démarche doit toujours chercher à optimiser. On fera par exemple la chasse aux documents

QUALITÉ FONCTIONNELLE

inutiles, aux lourdeurs administratives... L'impact des réglementations et autres contraintes doit être minimisé quand il ne va pas dans le sens de la qualité et de l'efficacité, de façon à redonner la priorité au soin sur le terrain. On voit trop souvent l'inverse, soit l'accumulation des obligations diverses au détriment du soin, sans optimisation et en réduisant alors celui-ci au minimum obligatoire.

Ceci est détaillé dans la partie IV.

La mise en place d'une démarche qualité demande ensuite un certain savoir faire. 3 étapes possibles en partant de zéro :

- Une sensibilisation à l'utilité de la démarche, par exemple par un séminaire de direction, par la résolution de premiers problèmes... Il est essentiel que la Direction adhère. C'est le point de départ incontournable.
- Il faut ensuite structurer l'action et la meilleure solution est de mener une démarche globale, en commençant par un diagnostic précis (le Diagnostic Participatif d'Amélioration). Ceci est détaillé au § VI. Ceci permet d'aboutir notamment à la certification.
- Il faut enfin maintenir une démarche d'amélioration permanente, ceci est décrit en VI.9.

La mise en œuvre demande les dispositions suivantes :

- des animateurs qualité de valeur et bien formés : une démarche qualité est une opération difficile. Elle ne réussit que si elle a des résultats rapides avec des actions efficaces. Pour cela, il faut une bonne compétence (non pas en référentiel ou en qualitatif, mais en pilotage de démarche et en management). Il faut aussi éviter les nombreuses erreurs courantes : formalisme, lenteur, multiplication des réunions, pointillisme...
- la mise en place d'un comité de pilotage confondu avec le comité exécutif, regroupant soignants et administratifs
- des groupes de travail d'amélioration bien pilotés : les groupes de projet qualité (cf § VII)
- la mise en place de « documents-outils » correspondant exactement aux besoins des opérationnels, en proscrivant les classeurs qui dorment sur les étagères
- des audits d'amélioration sur les problèmes de fonctionnement rémanents
- des indicateurs en nombre réduit, bien choisis et demandant un travail minimisé.

III. Introduction :

III.1 Quel est l'objectif ?

La certification et les autres dispositions associées (FMC, EPP, T2A...), ont pour but d'améliorer la qualité des soins et le fonctionnement des établissements de soin. Un fort potentiel d'amélioration d'organisation existe dans la plupart des activités

Pourquoi définir spécifiquement des démarches qualité en plus du management courant ? Les particularités des démarches qualité par rapport au management habituel sont les suivantes :

1. D'abord le traitement des problèmes « au fond », en améliorant durablement l'organisation. Par exemple, si on manque de brancardier à un instant au bloc, l'action immédiate est d'aller chercher soi-même le patient, l'action qualité sera, si l'incident est répétitif, d'améliorer l'organisation afin que ce manque ne se produise plus qu'exceptionnellement.

Il existe bien entendu de nombreuses contraintes incontournables (manque de personnel ou de moyens par exemple), mais l'expérience montre aussi que, dans le cadre de ces contraintes, de nombreuses améliorations et optimisations sont généralement possibles.

Mais il faut en prendre le temps et les moyens. Ce temps est très vite rentabilisé par les gains obtenus chaque jour.

2. Ensuite, la qualité implique des démarches participatives. Beaucoup de problèmes de fonctionnement proviennent soit d'incompréhensions aux interfaces (exemple : les urgences ont besoin de lits et comprennent mal les contraintes des services de séjour, inversement, ceux-ci ne prennent pas en compte ceux des urgences), soit de comportements (exemple : une personne n'accepte pas de respecter la ponctualité indispensable pour le bon fonctionnement de l'équipe).

La réflexion en groupe permet une meilleure compréhension réciproque et cette compréhension permet à la fois de trouver des solutions et de faire évoluer les comportements.

QUALITÉ FONCTIONNELLE

La consultation des personnes du terrain permet aussi de trouver des solutions mieux adaptées et mieux acceptées.

Plus généralement le fait de consulter les personnes leur redonne confiance et les redynamise pour le travail. On peut ainsi obtenir une nette amélioration des états d'esprit.

3. Qui dit qualité dit aussi contrôle, audits, évaluations... A condition que ceux-ci soient bien centrés sur les points essentiels, l'action qualité peut ainsi avoir un apport significatif en renforçant la rigueur, l'esprit de méthode et l'ordre.

Chacun peut ainsi travailler dans la sérénité, en confiance par rapport aux autres partenaires.

On constate également que les probabilités d'accidents sont réduites, et donc notamment la probabilité de litiges.

4. Enfin, la démarche qualité peut aussi être orientée vers la chasse aux dépenses inutiles, l'optimisation des processus, l'amélioration de l'image de marque de l'établissement, etc... Chaque fois, il s'agit de mobiliser le personnel sur les objectifs à atteindre, de lui faire confiance et d'utiliser au maximum son intelligence.

On peut ainsi obtenir rapidement des améliorations de performances, des réductions substantielles de dépenses, des progressions de fréquentation...

III.2 **Remarque : La notion de qualité :**

Nous définirons la qualité comme la propriété d'un item (un service, une opération, un processus...) qui fonctionne parfaitement, c'est-à-dire qui satisfait à ses objectifs et cela de façon optimale, sans pertes en lignes.

Inversement, la « non-qualité » est ce qui sépare la situation réelle de la situation idéale précédente : ce sont les erreurs, les pertes de temps, les défauts de coordination, les manques de produits, les sources de démotivation, etc...

La démarche qualité consiste à lutter contre les non-qualités de façon à se rapprocher le plus possible (ou en tant que nécessaire) de la qualité « parfaite ».

On peut faire un parallèle avec la médecine et le soin :

- La qualité est la bonne santé de l'établissement.
- L'objectif du soignant est que le patient se porte mieux après son intervention qu'avant, l'objectif du « qualicien » doit être que l'établissement soit plus performant et fonctionne mieux grâce à son intervention.
- Le soignant fait un diagnostic, choisit un traitement et surveille l'évolution. Le qualicien dispose aussi d'un éventail de méthodes diagnostiques et thérapeutiques. La différence est toutefois que la discipline est beaucoup plus récente que la médecine et la plupart des outils n'ont pas encore été assez adaptés aux spécificités de la santé (la meilleure preuve est l'évolution récurrente du référentiel). De même qu'en médecine, le soignant doit faire avec des traitements qui ne sont pas toujours aussi efficaces qu'il le souhaiterait, le qualicien doit donc faire avec des outils souvent imparfaits.

Sa réussite repose surtout et avant tout sur son intelligence et sa capacité à améliorer les dysfonctionnements rencontrés.

- La psychologie joue un rôle essentiel en médecine, le soignant doit être un bon psychologue et doit savoir s'adapter à chaque patient. Le « prêt à porter » n'existe pas en médecine. Il en est de même en « qualitique » : la qualité ne peut provenir que de la volonté de l'individu de s'impliquer. L'action doit donc d'abord susciter et renforcer cette envie (qu'on peut assimiler à l'envie de guérir). La création d'un bon état d'esprit est déterminante, l'amélioration vient ensuite.

Ainsi, de même que la mission du soignant est d'améliorer l'état du patient, celle du qualicien est donc d'améliorer le fonctionnement de l'établissement. Il doit ensuite faire au mieux dans le contexte et les contraintes qui lui sont imposées.

En résumé...

La qualité est tout simplement le bon travail.

En remédiant à ce qui s'oppose à ce bon travail, le responsable qualité est en quelque sorte le soignant de l'organisation de l'établissement.

Sa réussite repose surtout et avant tout sur son intelligence et sa capacité à améliorer les dysfonctionnements rencontrés.

III.3 La situation actuelle dans la Santé :

Les professionnels de santé ont de tout temps été attachés à la guérison de leurs patients et à l'excellence de leurs soins.

Les démarches qualité, destinées à améliorer l'organisation et les soins, devraient donc recueillir le soutien des professionnels de santé.

Pourtant on n'en est pas là, que cela concerne le dispositif FMC/EPP ou la certification. Sauf exceptions ponctuelles :

- Le dispositif apparaît rarement comme un succès et la valorisation des retours d'expérience reste l'exception. Surtout l'impact est limité et incertain¹.
- Les améliorations du soin sont loin d'être avérées, en particulier en termes de morbidité, et l'apport du dispositif reste à démontrer.
- Les acteurs rencontrent de nombreuses difficultés : manque de soutien par la direction ou les services, manque de moyens, lourdeur documentaire... Qui n'a pas entendu le « fais de la qualité, mais laisse nous bosser »
- Même pour la direction générale, la certification est vécue comme une contrainte surtout administrative. Les établissements s'y engagent généralement à la dernière minute. Et la aussi, les résultats sont loin d'être avérés : le fonctionnement et l'équilibre financier des établissements ne semblent pas avoir été améliorés.

Il est indispensable de chercher à expliquer ces problèmes afin d'en tirer les leçons utiles pour que la certification soit un moteur et non une contrainte stérilisante.

Les principales raisons de ces problèmes sont les suivantes :

- d'abord une confusion entre conformité au référentiel et qualité
- ensuite une importance exagérée attribuée au formalisme et à la traçabilité, avec une sous-estimation du facteur humain, pourtant fondamental en qualité
- enfin, la prise en compte insuffisante des problèmes concrets que rencontrent les établissements et les professionnels : manques de personnels, multiplication des réformes en même temps, manque de moyens, judiciarisation de l'activité qui encourage sa « fonctionnarisation »....

Analysons dans un premier temps ces erreurs avant d'essayer d'en tirer des leçons pour la suite.

IV. Les erreurs à éviter :

IV.1 La confusion entre qualité et conformité :

Il ne faut pas confondre la qualité et la conformité au référentiel :

La démarche qualité consiste à faire en sorte que le patient soit mieux soigné, que le personnel soit plus motivé, que l'on économise les dépenses inutiles... Il s'agit de traiter de façon collective les dysfonctionnements. La démarche doit être permanente pour réussir.

La certification est un examen à passer par rapport à un référentiel donné.

Le référentiel contient des règles valables, raisonnables et justifiées, du moins dans leurs grandes rubriques : il est donc logique de croire que, en s'y conformant, le fonctionnement de l'établissement va s'améliorer.

¹ Schouten LM, Hulscher ME, van Everdingen JJ, Huijsman R, Grol RP. Evidence for the impact of quality improvement collaboratives: systematic review. BMJ 2008;336:1491-4 & Snyder C, Anderson G. Do quality improvement organizations improve the quality of hospital care for Medicare beneficiaries? JAMA. 2005;293:2900-7

QUALITÉ FONCTIONNELLE

Mais ce n'est que partiellement vrai, pour plusieurs raisons :

D'abord parce que lorsqu'on cherche simplement à se mettre en conformité à un référentiel, on se borne au chemin le plus court et le plus logique apparemment, soit l'écriture des documents demandés : organigrammes, descriptions des postes, des processus, de la stratégie... Ce faisant on se limite aux remises en cause minimales.

Les faibles améliorations internes apportées, comparées à l'énormité des travaux fournis, donnent de la démarche une image d'inefficacité, qui est à la source des rejets par beaucoup de professionnels. Ceci provient du fait que la formalisation systématique fait passer beaucoup de temps sur ce qui fonctionne bien tandis que les « vrais » problèmes ne sont pas résolus.

La solution est donc de garder son bon sens pour faire progresser la prise en charge des patients, le bon fonctionnement interne, la motivation des personnels, l'optimisation financière... sans se focaliser sur le référentiel.

On est en réalité (et paradoxalement) alors assuré d'être conforme à tous les référentiels qualité « sur le fond », car ceux-ci reprennent en réalité toujours les mêmes éléments et la même logique de base, et diffèrent seulement par leur structure, leur terminologie et les documents demandés.

L'essentiel est alors fait et il ne reste plus qu'à apporter quelques compléments formels pour atteindre la conformité aux exigences formalistes particulières du référentiel concerné. Ceci peut généralement se faire sous la forme d'une grille de correspondance, qui correspond à la grille d'auto-évaluation exigée par la Haute Autorité.

Par exemple, si l'établissement a le souci du développement durable, il répondra facilement au critère correspondant. S'il ne l'a pas, tout un habillage formel sera nécessaire pour en donner l'illusion aux auditeurs.

La meilleure solution est donc, pour le responsable qualité, de mettre en place une démarche qualité qui réponde au référentiel sur le fond. La conformité doit être abordée après, lorsque la « mayonnaise » a pris.

La crainte que cette démarche laisse subsister des non-conformités au moment des audits de certifications est erronée. Si l'auditeur constate que l'« esprit » y est, les non-conformités formelles seront vénielles. Les auditeurs sont conscients que les quelques non-conformités éventuelles seront faciles à corriger dans une institution dont l'état d'esprit « qualité » est visible en profondeur.

Sinon, le débat portera uniquement sur le formalisme, avec toujours un renforcement de celui-ci, avec l'espoir erroné que cela améliorera la situation.

Mener une réelle démarche qualité sans se cantonner à rechercher la conformité présente par ailleurs d'autres avantages :

- Si le référentiel évolue, ce qui est un cas fréquent, il suffira de traiter les évolutions sur le fond, sans devoir tout refaire.
- Centrée sur les améliorations, la « démarche qualité fonctionnelle » intéresse les services, qui s'y impliquent car elle correspond à leurs préoccupations. Elle est donc acceptée par les acteurs de terrain (cela ne veut toutefois pas dire que son animation ne demande pas d'énergie, mais c'est de l'énergie « positive »...). Elle se pérennise naturellement (si la direction continue de la soutenir) et y trouve donc une place reconnue.

Inversement, la démarche de conformité met la documentation en conformité avec la norme, mais non les états d'esprit et la réalité de terrain. Elle est laborieuse et expose à des non-conformités graves et difficiles à corriger. C'est la conformité « apparente » qui ne dure que le temps de la visite.

- Cela évite les aberrations formalistes, le danger de la conformité étant que les efforts se focalisent sur les détails formels et non sur le bon fonctionnement.

Ainsi, par exemple, il est exigé dans le référentiel que les prescriptions des médecins soient écrites et signées. Cette règle a pour but de sécuriser les transmissions entre médecins et infirmiers, ce qui est normal. Mais cela fait partie d'un problème plus général que les simples prescriptions, celui du dialogue indispensable entre soignants. L'amélioration de ce dialogue est le véritable objectif de la qualité.

Pourtant on rencontre des responsables qualité qui se bornent à vérifier les signatures, parce que c'est l'exigence du référentiel, sans se préoccuper si les soignants collaborent bien ou non. De même, certains infirmiers peuvent en profiter pour refuser d'appliquer la consigne donnée par un médecin au téléphone...

Une « bonne » démarche va donc d'abord chercher à améliorer la chaîne de soin, via la constitution d'équipes soudées, des réunions périodiques de concertation, etc... sans se focaliser sur les documents. Ensuite, l'amélioration des transmissions découlera de source et les signatures seront mieux acceptées.

QUALITÉ FONCTIONNELLE

Cet exemple est bien représentatif des périls que fait courir la recherche de la conformité à un référentiel et qu'on peut résumer ainsi : Afin d'être certifié, l'établissement se centre sur la conformité stricte et perd de vue les objectifs réels.

- Le référentiel doit être utilisé comme une check-list de contrôle : il permet de passer en revue les différentes composantes de l'organisation. Les critères d'acceptation ne doivent pas être la conformité mais la bonne adéquation de l'organisation aux résultats poursuivis (ici la qualité des soins)

Cela suppose toutefois que les audits des experts-visiteurs s'axent sur la vérification de la qualité des soins et du bon fonctionnement de l'hôpital, et non sur la seule conformité formelle :

Prenons quelques remarques prélevées dans des comptes-rendus de certification :

- Droits et information du patient : « l'évaluation du respect des droits du patient doit être inscrite dans les objectifs de l'établissement ».
- Dossier du patient : « Les médecins rédigent et signent leurs prescriptions, mais un risque d'erreur persiste en raison de leur transcription par les infirmières même si les médecins les contresignent avant administration. La traçabilité de la réflexion bénéfico-risque n'existe pas et celle du consentement du patient reste aléatoire ».

Ces remarques sont purement formelles et « théoriques » : le rapport ne signale aucun manquement grave concret : aucune mauvaise information des patients n'a été constatée, aucune erreur de soin due aux erreurs de transmission entre soignants n'a été notée, et les prescriptions sont rédigées et contresignées par les médecins, ce qui est déjà rigoureux. On peut supposer qu'ils ont analysé les risques lors de la prescription, ce qui est le b-a-ba de leur métier (aucun constat précis contraire n'a été fait).

Le postulat implicite est que, pour que l'organisation fonctionne, il faut que tout soit écrit, sans exception. Mais on aboutit alors à des écrits volumineux, que personne n'a le temps de lire, ni de tenir à jour. Ce postulat est donc un leurre.

Le terme « qualité des soins » traduit d'ailleurs cette anomalie. Le but du soin est la guérison. Il faut mesurer les résultats : la survie ou la morbidité. Les professionnels le font en ajustant sur les facteurs de risque, comme ils le font dans les essais cliniques. C'est par exemple le cas d'EuroSCORE pour la chirurgie cardiothoracique². La littérature scientifique médicale rappelle également régulièrement le peu de relation entre processus et résultats cliniques³.

En réalité, la seule façon de vérifier si une organisation est de qualité, c'est à dire permet d'atteindre son but de façon sûre, c'est de vérifier ses résultats et plus précisément l'absence d'incidents externes et internes sur une durée suffisante :

- Constate-t-on une morbidité ou des accidents de soin anormaux ?
- La performance globale (équilibre financier, taux de fréquentation, turn-over du personnel...) de l'établissement est-elle bonne ?

Au vu des anomalies constatées sur les résultats, l'auditeur approfondira l'organisation et le fonctionnement de l'établissement et l'amènera à prendre les actions de progrès utiles. Il engagera alors un dialogue constructif et œuvrera utilement à l'amélioration de l'établissement.

Il assurera également une bonne image de la certification.

Nota : les craintes de procès en cas d'erreur de soin conduisent à ne pas tracer ces erreurs. Pour permettre cela, il faudrait que la puissance publique statue clairement que la médecine est aussi une science de l'incertain et que seules les fautes délibérées (ou l'absence de traitement des fautes connues) peuvent entraîner une responsabilité.

Les indicateurs doivent par contre être choisis judicieusement. Les infections liées aux soins en sont un exemple révélateur avec lcalin, indicateur composite hétérogène dont la validité métrologique est contestable ainsi que l'inflation de la collecte annuelle de données telles que le nombre de réunions des sous groupes de travail du Clin. Par contre, les infections graves à Clostridium difficile ont nettement progressé en 2006 (BEH

² Nashef SA, Roques F, Michel P, Gauducheau E, Lemeshow S, Salamon R. European system for cardiac operative risk evaluation (EuroSCORE). Eur J Cardiothorac Surg 1999; 16: 9-13. <http://www.euroscore.org/9f11.pdf>. Les résultats de cet indicateur sont disponibles en ligne pour chacun des établissements de Grande-Bretagne (<http://www.heartsurgery.healthcommission.org.uk>.)

³ Werner RM, Bradlow ET. Relationship between Medicare's hospital compare performance measures and mortality rates. JAMA. 2006;296:2694-702. & Mangione CM, Gerzoff RB, Williamson DF et al. The association between quality of care and the intensity of diabetes disease management programs. Ann Intern Med. 2006;145:107-16. & [Horn SD. Performance measures and clinical outcomes. JAMA. 2006;296:2731-2](#)

QUALITÉ FONCTIONNELLE

2008 juillet sous presse).

Les indicateurs doivent porter sur des paramètres signifiants des résultats essentiels à atteindre ou à améliorer. Ils ne sont que des éléments du diagnostic initial à mener dans le but d'améliorer. Ils doivent être choisis cas par cas de façon compétente, en fonction de chaque situation, et non fixés une fois pour toutes au plan national (hormis les quelques indicateurs ayant des fins statistiques). Leur utilité se mesure aux améliorations réellement apportées.

Si on respecte ces éléments, on profite des avantages de la certification sans en avoir les inconvénients :

Avantages :

- Elle permet un « check-up de l'établissement » : on peut en profiter pour améliorer le maximum de choses
- Elle fixe un objectif et peut forcer les « résistants » à bouger, c'est un challenge mobilisateur.

Inconvénients évités :

- L'action est concentrée sur les améliorations à apporter. Elle ne se dilue pas dans une formalisation détaillée de tous les processus, notamment ceux qui fonctionnent bien.
- Le formalisme et la traçabilité sont optimisés, la qualité des soins restant la priorité.

En résumé...

Pour être certifié, la meilleure solution est, de loin, de mener une démarche qualité permanente dans l'établissement, c'est-à-dire en profitant de la démarche pour améliorer au maximum les soins et le fonctionnement, et non en se cantonnant à la seule conformité.

On y gagne alors à la fois un certificat plus facile et des améliorations concrètes des soins, du fonctionnement interne et des performances de l'établissement..

L'audit des experts-visiteurs devrait évaluer davantage la gravité des écarts en fonction des risques pour les patients, et non par rapport à la lettre du référentiel.

IV.2 Le manque de participation et d'adhésion des médecins :

Beaucoup de médecins ont du mal à s'associer aux démarches qualité, d'une part parce que leur emploi du temps ne le leur permet pas toujours, d'autre part par un manque de sensibilisation —ou un certain sentiment de désenchantement— vis-à-vis des problèmes d'organisation.

Or, s'ils ne s'associent pas, l'organisation se fait sans eux et leurs contraintes ne sont pas prises en compte. Ils se retrouvent alors en porte-à-faux alors qu'ils demeurent les responsables du soin.

Par ailleurs, en établissement, l'organisation est indispensable car chaque médecin ne peut pas disposer de l'ensemble des personnels et des moyens à son seul service. Il doit accepter de se coordonner avec les autres unités et accepter les règles de fonctionnement de l'établissement.

Qui dit groupe humain important dit aussi nécessité de soigner la rigueur et les méthodes, afin que chacun puisse travailler en confiance vis-à-vis des autres.

Cela implique aussi d'améliorer sans cesse les détails du fonctionnement afin d'optimiser au mieux le travail de chacun.

Si le médecin veut continuer à exercer son art agréablement, il doit donc s'impliquer dans l'organisation détaillée et dans le management des équipes.

Il doit aussi donner l'exemple et travailler avec rigueur et méthode, en étant ponctuel, en gérant son équipe et en traitant ses problèmes...

Il faut qu'il accepte aussi l'autorité de l'établissement. Sinon aucune organisation et aucune coordination sérieuses ne sont possibles.

Mais il faut aussi, réciproquement, que la démarche qualité soit bien menée, traite les « vraies » problèmes et y apporte de « vraies » solutions, sans se perdre en multiples réunions de peu de valeur ajoutée ou en une documentation foisonnante. Ce qui nous amène au § suivant.

En résumé...

L'amélioration de l'organisation de l'établissement doit permettre aux praticiens d'exercer leur art plus agréablement et plus efficacement.

Mais pour cela, il faut qu'ils s'y investissent...

IV.3 Le manque de formation des responsables qualité :

Une démarche qualité est une opération difficile. Elle ne réussit que si elle a des résultats rapides avec des actions rapides et efficaces. Il faut aussi éviter les nombreuses erreurs courantes : formalisme, lenteur, multiplication des réunions, pointillisme...

Pour cela, il faut une équipe qualité de bon niveau, avec une bonne compétence (non pas en référentiel ou en qualité, mais en organisation, en pilotage de démarche et en management).

Or on désigne à ce poste souvent des personnes de peu d'expérience ou d'un trop faible « niveau » pour pouvoir discuter valablement avec les chefs de service et prendre en compte tous les facteurs techniques, financiers, humains, stratégiques...

C'est la première cause d'échec des démarches.

De prime abord, on peut avoir l'impression que la démarche qualité ressort du simple bon sens. Il est effectivement facile de diagnostiquer ce qui ne fonctionne pas bien.

Mais y remédier est une autre paire de manche !

La majorité du personnel de l'établissement s'efforce en effet déjà de travailler correctement et passe beaucoup de temps à résoudre les problèmes qui surviennent, les « managers » et les encadrants surveillent et s'assurent du bon travail, les organes dirigeants prennent les décisions « lourdes » d'amélioration nécessaires... Que peut faire la démarche qualité de plus ?

Plusieurs choses :

D'abord elle apporte de l'autorité, du temps et des moyens pour traiter les problèmes « au fond ». Face aux difficultés rencontrées, les « opérationnels » (ceux qui « font ») n'ont pas toujours le temps ni les pouvoirs de rectifier l'organisation.

La démarche qualité a pour but de traiter ces problèmes, en faisant des études plus approfondies, en prenant le temps de consulter les acteurs et de rechercher des solutions en consensus.

Une bonne méthode pour entamer une démarche qualité est donc de faire une enquête interne sur les problèmes de fonctionnement qui gênent les personnels. Cela donne le « cahier des charges » de la démarche.

Notons que ces problèmes seront forcément difficiles puisqu'ils n'ont pas pu être résolus jusqu'ici.

Exemple : l'accueil médical a du mal à travailler avec les médecins, qui respectent mal les plannings de rendez-vous. La démarche qualité consistera à examiner ensemble le problème et à en rechercher les solutions.

Toutefois, si le problème n'a pas pu être réglé par le passé, c'est qu'un obstacle important s'y oppose : résistance d'un cadre, organisation générale de l'établissement... Menée sous l'autorité de la direction générale, la démarche qualité va souvent permettre de surmonter ces résistances alors qu'on « vivait avec » jusqu'ici.

Toutefois, pour cela, il faut engager une véritable démarche d'amélioration et s'en donner les moyens :

- La Direction (administrative et médicale) doit avoir la ferme résolution d'améliorer le fonctionnement
- Désigner un responsable qualité de « qualité ». Une bonne solution : choisir un bon opérationnel qui a une grande expérience du terrain et qui est bien admis par les services. L'action qualité lui permettra de connaître l'établissement dans tous ses replis et ce peut être une bonne étape pour des responsabilités plus importantes.
- Le responsable qualité doit avoir des pouvoirs suffisants
- Il doit avoir été formé à la qualité « fonctionnelle » (et non à la qualité « qualicienne »)
- Il doit être aidé si nécessaire par un consultant spécialisé confirmé et bien choisi, notamment pour le diagnostic initial puis pour stimuler la démarche.
- La direction doit épauler résolument son action

En résumé...

La démarche qualité a pour but de traiter les problèmes d'organisation qui n'ont pas pu être résolus par les circuits « normaux » et qui demeureraient donc en l'absence d'une démarche ad-hoc.

Pour qu'elle réussisse, il faut se donner des moyens suffisants :

- Avoir la ferme résolution d'améliorer le fonctionnement
- Désigner un responsable qualité de « qualité ».
- Lui donner des pouvoirs suffisants
- L'envoyer en formation sur la qualité « fonctionnelle »
- Le faire aider si nécessaire par un consultant spécialisé confirmé.
- Épauler résolument son action

IV.4 Le refus des remises en cause :

La difficulté principale de la démarche qualité est qu'elle exige une certaine remise en cause, notamment de la part de ceux qui, involontairement ou non, sont à la source des dysfonctionnements. Et c'est parfois la haute hiérarchie.

On peut penser que c'est irrémédiable. Toutefois il faut réaliser que, dans le cas d'un dysfonctionnement, toutes les parties en pâtissent généralement, y compris ceux qui en sont la cause.

Ainsi, un directeur qui a pris une décision inadaptée (cela peut arriver à tout le monde) crée un mécontentement, qui dégrade le bon fonctionnement. Mais il perçoit en retour la résistance des personnels et son management comme sa vie dans l'entreprise s'en trouvent rendus plus difficiles.

La démarche qualité peut alors être l'occasion de rectifier le tir sans se déjuger. Tout le monde y gagne, notamment le manager dont la compréhension du problème sera appréciée par le personnel.

Un exemple : la nouvelle organisation d'un service, décrétée par le management. Ne pas accepter la discussion peut conduire à une résistance des personnels. Examiner les problèmes en concertation peut permettre d'affiner les méthodes de fonctionnement et de rétablir l'adhésion des intéressés.

En résumé...

La capacité de remise en cause est un signe d'intelligence : « Il n'y a que les sots qui n'évoluent pas ».

IV.5 C'est le patient, et non le personnel, qui doit être placé au centre de la démarche :

Dans le domaine de la qualité, il est traditionnel de placer le « client-patient » au centre de la démarche. Mais en rester là conduit à négliger la satisfaction du personnel. Avec la seule vision du patient, on peut en effet être conduit à multiplier les contraintes, le formalisme, les contrôles... au détriment du personnel.

Or, c'est bien le personnel qui réalise la qualité finale du soin et cela repose sur son esprit de service, son amabilité, son sourire... Et seul un personnel qui se sent bien aura une telle disponibilité.

Un personnel démotivé ne soignera pas ce qu'il fait, sera désagréable, peu attentionné, peu serviable...

La démarche qualité doit donc avoir pour but de placer le personnel dans les meilleures conditions possibles (compte-tenu des contraintes), au service du patient.

C'est donc à la fois le patient et le personnel qui doivent être au centre de la démarche.

En résumé...

Pour que l'établissement remplisse sa mission, il faut que les patients soient bien soignés

**Pour que les patients soient bien soignés,
il faut que le personnel soit attentionné**

Pour que le personnel soit attentionné, il faut qu'il se sente bien au travail...

IV.6 On peut imposer la qualité :

Dans le droit fil de ce qui précède, on pense souvent que la solution la plus simple pour obtenir la qualité est de mettre en place une procédure ou un protocole puis de l'imposer et de contrôler, sans tenir compte des problèmes du personnel. C'est le grand YAKAFOKON : qu'ils se débrouillent !

Ceci peut fonctionner ponctuellement, mais les limites sont vite atteintes :

- Une contrainte non approuvée par le personnel exécutant sera assurée à minima
- Le mécontentement du personnel se traduira par des dysfonctionnements ailleurs
- Le contrôle consommera une ressource qui aurait été plus utile ailleurs
- Une tâche injustifiée se fera au détriment d'une autre plus utile, exemple : un formalisme inutile consommera du temps au détriment du soin.

On arrive à de bien meilleurs résultats dans la concertation :

- La décision sera mieux adaptée au terrain
- On pourra déceler les obstacles et y remédier au mieux
- La solution sera plus durable et demandera peu de contrôle.

En réalité, dans un domaine aussi complexe que le soin, une bonne qualité demande un personnel ayant la volonté de réussir et décidé à prendre toutes les initiatives pour cela, et non des personnes passives appliquant strictement les ordres...

Une illusion constante est de croire que rédiger une note de service ou une procédure règle un problème. On pense que les personnels vont être bien disciplinés et suivre à la lettre.

En réalité cela ne se passe pas comme cela :

D'une part les problèmes ont en général des causes profondes et se borner à diffuser la bonne parole sans traiter les causes est rarement efficace.

Ensuite les règles et procédures ne peuvent pas refléter la complexité de la réalité. La vie réelle ne se déroule pas comme dans les documents : un tel est absent, le matériel est en panne, le produit manque, le patient a fait une crise... La qualité ne consiste alors pas à s'arrêter et à attendre, puisque la procédure est inapplicable, mais à faire en sorte d'atteindre l'objectif malgré les obstacles.

Prenons l'exemple simple d'une imposition de la règle évidente du lavage des mains avant tout acte médical : si le personnel concerné adhère, la règle sera largement acceptée et conduira à une mise en œuvre utile et intelligente.

Sinon, ce peut être l'occasion d'une multiplication des résistances : blocage du soin pour cause de manque de solution désinfectante (on n'ira pas en chercher), absence de lavage dès qu'il n'y a pas de contrôle, entretien d'une guérilla avec la hiérarchie sur le sujet...

Et si on sévit, la protestation apparaîtra sous d'autres formes, dont l'issue classique, l'absentéisme « bidon », le personnel utilisant l'arrêt maladie comme moyen de protestation.

Dans ce dernier cas, l'imposition d'une règle pourtant simple et de bon sens aura conduit à une aggravation de la situation et à une détérioration du soin.

Ainsi, ce ne sont pas les règles imposées qui font la qualité, mais en premier lieu l'état d'esprit du personnel. L'imposition de règles, lorsque celles-ci ne sont pas ressenties comme justifiées, peut aboutir au résultat inverse de celui visé. C'est ce que l'on constate aujourd'hui souvent avec les procédures écrites.

Pour améliorer réellement et durablement le fonctionnement d'une organisation, il faut donc d'abord renforcer l'« esprit qualité » des acteurs, c'est à dire leur volonté de bien faire. Ensuite, la mise en place de règles de références, comprises et approuvées par la majorité des acteurs, devient une simple clarification.

En résumé...

La qualité résulte avant tout de la motivation et de la compétence du personnel.

La bonne méthode est donc de commencer par renforcer la motivation du personnel au bon travail et à la réussite de l'établissement.

Les documents seront ensuite rédigés en fonction des besoins des acteurs, sous la forme la plus pratique possible. Ils doivent être conçus pour les aider.

IV.7 La qualité peut être obtenue sans la résolution des problèmes de fond de l'établissement :

On constate fréquemment que les démarches qualité pinaillent les détails et esquivent les « vrais » problèmes de l'établissement. Quelques exemples :

- On vérifie la bonne écriture et la signature des prescriptions, mais non la bonne mise en œuvre de celles-ci et le bon fonctionnement de l'équipe de soin.
- La prise de rendez-vous fonctionne mal suite au manque de temps et de coordination entre eux des services et des médecins, mais on schématise le processus comme de si rien n'était, sans rien résoudre
- Les urgences sont submergées et les temps d'attente démesurés, mais on se borne à décrire une organisation théorique qui ne peut fonctionner compte-tenu des circonstances...
- On manque de personnel, mais on renforce malgré cela le formalisme et on multiplie les réunions et les travaux qui aggravent encore la situation en diminuant le temps disponible auprès des patients

Il est clair que les responsables et personnels de l'hôpital ne peuvent pas comprendre une démarche dite « qualité » et qui consiste surtout à écrire ce qui fonctionne bien sans toucher à ce qui va mal... Il est clair qu'ils ne peuvent pas être d'accord pour y consacrer un potentiel qui leur manque cruellement par ailleurs.

La solution est donc de bien considérer que la « mise à plat » de l'organisation et des processus imposée par la certification est la bonne occasion pour améliorer les dysfonctionnements existants et de s'en donner les moyens.

Sinon, la certification est très peu utile et se résume à beaucoup de travail pour peu de résultat.

Surtout, une fois la certification atteinte, les documents établis rendront tout changement plus difficile et l'action qualité sera dépréciée pour longtemps.

Profiter de la certification pour résoudre au mieux le maximum de problèmes doit donc être l'état d'esprit de la démarche de certification pour qu'elle réussisse.

En résumé...

Se faire certifier sans en profiter pour résoudre les principaux problèmes de fonctionnement de l'établissement est pur gâchis.

IV.8 La qualité ne rapporte pas à court terme :

En ces temps où l'accent est mis sur les économies et l'équilibre des dépenses, la démarche qualité peut apparaître comme une simple dépense, non prioritaire par exemple par rapport au renforcement des effectifs ou à l'achat d'équipements.

Il semble également logique que les personnels se consacrent d'abord à leurs malades avant de participer aux réunions et travaux dits « qualité ».

En réalité, c'est la « non-qualité » qui coûte cher : pertes de temps, formalisme excessif, accidents de soins, litiges, démotivation du personnel, absentéisme, turn-over, manque à gagner au niveau de la facturation, gâchis divers, etc...

Dans l'industrie, on peut raisonnablement estimer que, en l'absence de démarche qualité efficace, cette non-qualité représente de 10 à 30 % des dépenses. Il en est certainement au moins de même dans les établissements de soin.

Comparés à ces coûts de non-qualité, la démarche qualité coûte peu :

QUALITÉ FONCTIONNELLE

- Surtout du temps interne, faible par rapport aux pertes journalières de temps (à combien peut-on estimer les pertes de temps dues au formalisme superflu, à la rectification des problèmes, aux attentes, aux manques de coordination entre services, aux réunions inutiles... ?
- Le coût d'un consultant, souvent nécessaire pour aider l'établissement à accepter ses problèmes et à se remettre en cause.

Si la démarche est menée de façon compétente, les gains seront rapides et amortiront largement les dépenses.

Toutefois, elle n'est rentable qu'à condition de l'axer sur les réels problèmes puis d'agir vite et efficacement.

Inversement, une démarche axée sur la seule conformité et la certification n'est généralement pas amortie par des gains suffisants.

En résumé...

La démarche qualité est un investissement qui permet d'optimiser les autres dépenses et de réduire le « gaspi ».

L'« hôpital caché » peut être estimé entre 10 à 30 % de son budget.

Toutefois la démarche qualité n'est effectivement rentable qu'à condition de l'axer sur les réels problèmes puis d'agir vite et efficacement.

IV.9 Pour la pérennité d'un établissement, le retour à l'équilibre financier est plus important que la qualité des soins :

Ceci est un corollaire de l'idée fausse précédente, soit que la démarche qualité est coûteuse et aggrave le déficit.

On oublie un facteur essentiel : l'impact très fort de l'image de l'établissement sur sa fréquentation et donc, T2A oblige, sur ses recettes et sa rentabilité.

Or la qualité des soins et plus généralement de la prise en charge a une influence directe sur cette image. Citons les facteurs associés :

- Le taux de guérison ou, inversement, le taux d'accidents : c'est évidemment l'information essentielle que recherchent les patients et qui circule de bouche à oreille
- L'amabilité des personnels, l'agrément des chambres et des repas...

Tous éléments directement liés à une bonne démarche qualité.

Ajoutons que, négliger la qualité conduit à s'engager dans une spirale de désagrégation : lorsque l'organisation se dégrade, les soins se dégradent aussi, les conditions de travail du personnel se détériorent, le turn-over s'accroît (les meilleurs partent) et on a du mal à recruter. L'image de l'établissement se dégradant, sa fréquentation baisse et donc ses recettes. Peu à peu, moins de patients, moins d'investissements, la justification de l'établissement peut alors être remise en cause.

En résumé...

La meilleure façon d'assurer la pérennité d'un établissement est de renforcer la qualité des soins et de la prise en charge.

IV.10 On peut se débrouiller tous seuls... :

C'est encore une idée fausse qui freine considérablement les démarches.

Il est en effet très difficile de faire bouger un établissement de l'intérieur : l'une des raisons en est que les

QUALITÉ FONCTIONNELLE

responsables et les personnels acceptent difficilement les critiques internes. D'autant que cela conduit parfois à remettre en cause des rapports de force internes et des blocages.

C'est difficile venant de la part des supérieurs hiérarchiques mais encore davantage de la part des collègues et des inférieurs.

De nombreux responsables qualité ont ainsi vu leur carrière compromise par des critiques mal acceptées, qui ont fait naître des inimitiés durables.

La meilleure solution est de faire appel à un expert extérieur (consultant externe ou audit croisé avec un autre établissement), dont le rôle sera double :

- N'étant pas mêlé aux querelles internes et n'ayant pas sa carrière dans l'établissement, il peut mettre à net les différents dysfonctionnements et les différentes responsabilités, sans en craindre des répercussions personnelles. La démarche qualité interne pourra ainsi se consacrer à la mise en œuvre des solutions, ce qui est constructif et valorisant.
- Pour la mise en œuvre de ces solutions, son intervention sera souvent utile pour stimuler les énergies.

Attention, deux points importants :

- Ceci n'est pas à confondre avec les démarches de réorganisation. Il faut rester dans la démarche qualité : le consultant doit être surtout un « accoucheur » des bonnes idées. Ce sont aux acteurs de trouver et de mettre en place les améliorations. Il peut simplement, de par sa compétence, aider à trouver les solutions les meilleures.
- Les résultats dépendront essentiellement de la compétence et de l'expérience de l'expert. Il faut donc le choisir avec soin...

En résumé...

Une bonne méthode est de faire faire le diagnostic par un consultant extérieur spécialisé. Celui-ci doit analyser les dysfonctionnements avec les intéressés et définir avec eux les pistes de solutions.

IV.11 Faut-il des documents ? :

Face à un problème de qualité : erreur de soin, défaut d'hygiène, dysfonctionnement... le premier réflexe des services qualité est souvent aujourd'hui de renforcer les règlements, procédures et contrôles.

La certification, avec l'imposition d'un référentiel qui impose lui-même un vaste ensemble de règles de travail, fait partie de cette tendance et entraîne une inflation de procédures et modes opératoires sans se soucier suffisamment de leur valeur ajoutée ou de leur applicabilité. Ainsi un chemin clinique sur l'allaitement maternel a-t-il été publié, plus de 150 pages qui n'apportent pas de réponse pratique au déficit qui existe.

De façon simplifiée, on part du principe que les acteurs se plieront de gré ou de force aux règles édictées, qui sont d'ailleurs généralement dans l'ensemble justifiées. Et le problème est donc réglé par les procédures : l'établissement est « programmé » et son fonctionnement doit devenir parfait sauf manquement du personnel, le non-respect des procédures devenant une faute professionnelle (ou à la limite de celle-ci).

Nous avons vu qu'il n'en est rien : si les personnels ne veulent pas s'investir et soigner leurs travaux, la mise en place de procédures comme de contrôles ne résoudra rien.

Alors, faut-il revenir à un fonctionnement purement oral ?

Ce serait une erreur, car les paroles sont imprécises et ne sont pas pérennes.

Il faut par contre faire des documents utiles, qui aident les personnels : on y précisera notamment ce qu'ils maîtrisent mal, les points essentiels auxquels ils doivent veiller... Inutile de détailler ce que chacun connaît déjà bien...

C'est la notion de « document-outil » : un bon document est celui qui permet à son utilisateur de faire rapidement et efficacement son travail, en évitant les erreurs et avec l'apprentissage le plus court possible.

En résumé...

Un bon document est celui qui permet à son utilisateur de réaliser le travail sans erreur et avec un apprentissage minimal.

Le document doit être conçu comme un « outil » au service de son utilisateur.

Les effets indésirables des procédures :

En outre, les procédures écrites ont aussi leurs effets indésirables : elles peuvent servir d'alibi pour les mauvaises volontés. Elles focalisent souvent l'attention sur des points secondaires et font oublier l'essentiel.

La littérature médicale donne de nombreux exemples de ces dérives. Ainsi, citons l'exemple des praticiens pour les pancréatites post ERCP. Après ajustement sur l'âge, les comorbidités ... une analyse en régression logistique multivariée a montré que la stratégie à base de protocole de gestion était significativement plus souvent associée à la maladie moins sévère⁴.

Autre exemple, plus grave encore, le circuit du médicament. Les erreurs sont indiscutables et trop nombreuses. L'informatisation du circuit est devenue la panacée, en plus elle diminue le nombre d'erreurs. Pourtant, une (seule) étude a analysé les conséquences de l'informatisation du circuit du médicament sur un critère clinique, c'était dans un service de réanimation pédiatrique : la mortalité a plus que doublé⁵. Les pédiatres de cette équipe, après une analyse multivariée (personnels, charge de travail, gravité des pathologies ...) ont conclu qu'ils devaient passer plus de temps auprès de l'ordinateur que de leurs malades.

Enfin, le dogme de la taylorisation et de l'hyperspécialisation, quand il est appliqué, ne fait pas la preuve de son efficacité. Une étude (25 000 malades diabétiques suivi pendant en moyenne 5 ans) a montré que la survie était significativement meilleure, même après ajustement sur les comorbidités, lors d'une prise en charge par un généraliste que par un spécialiste qui pourtant respectait mieux les processus⁶.

Le processus d'élaboration des recommandations est également souvent défaillant : défaut de mise à jour, absence d'outils d'accompagnement et pas de mesure d'impact⁷.

Rappelons que les fondateurs de L'Evidence Based Medicine ont proclamé qu'ils "rejoindraient sur les barricades" ceux qui voudraient transformer leur approche rationnelle mais humaniste de la décision médicale en "recettes de cuisine"⁸.

La standardisation de la prise en charge n'est pas possible sur le plan humain ou social, c'est aussi le cas pour l'indication des traitements médicamenteux, comme par exemple les anti-viraux⁹.

Et surtout, il faut que chacun continue à se sentir tenu par une obligation de résultat et non pas par le seul respect des procédures. Il faut aussi que chacun continue à avoir la volonté de rendre service, d'être aimable et disponible, de résoudre les problèmes, de bien ranger, etc... Et ceci implique que la personne se sente bien elle-même au travail et le fasse avec un certain plaisir.

Or, sauf cas particuliers, les sanctions et les contrôles mal acceptés vont exactement dans le sens contraire et

4 Bhasin DK, Rana SS, Nadkarni N. Protocol-based management strategy for post-endoscopic retrograde cholangiopancreatography pancreatitis: can it make a difference? *J Gastroenterol Hepatol.* 2008 ;23:344-7

5 Han YY, Carcillo JA, Venkataraman ST, Clark RS, Watson RS, Nguyen TC, Bayir H, Orr RA. Unexpected increased mortality after implementation of a commercially sold computerized physician order entry system. *Pediatrics.* 2005;116 :1506-12

6 McAlister FA, Majumdar SR, Eurich DT, Johnson JA. The effect of specialist care within the first year on subsequent outcomes in 24 232 adults with new-onset diabetes mellitus: population-based cohort study. *Quality and Safety in Health Care* 2007;16:6-11

7 Brailion A, Gignon M, Dubois G. G-I-N must adopt the WHISKY statement. *Qual Saf Health Care.* 2005;14:391

8 David L Sackett, William M C Rosenberg, J A Muir Gray, R Brian Haynes, W Scott Richardson Evidence based medicine: what it is and what it isn't *sBMJ* 1996;312:71-72 . "Evidence based medicine is not "cookbook" medicine. Because it requires a bottom up approach that integrates the best external evidence with individual clinical expertise and patients' choice, it cannot result in slavish, cookbook approaches to individual patient care. External clinical evidence can inform, but can never replace, individual clinical expertise, and it is this expertise that decides whether the external evidence applies to the individual patient at all and, if so, how it should be integrated into a clinical decision. Similarly, any external guideline must be integrated with individual clinical expertise in deciding whether and how it matches the patient's clinical state, predicament, and preferences, and thus whether it should be applied. Clinicians who fear top down cookbooks will find the advocates of evidence based medicine joining them at the barricades."

9 Nguyen-Khac E, Capron D, Castelain S, François C, Brailion A. Personalized therapy for chronic viral hepatitis C in the naive patient: How can we optimize treatment duration as a function of viral genotype? *Eur J Intern Med.* 2007 ;18:510-5

découragent au lieu de motiver.

Pour obtenir la qualité, il est plus efficace de motiver vers les résultats que de faire peur par des contrôles et sanctions, qui doivent simplement rester des garde-fous.

En résumé...

Chacun doit continuer à se sentir tenu par une obligation de résultat et non pas par le seul respect des procédures.

Sauf dans les cas critiques, il doit prendre les initiatives nécessaires et non s'en tenir à la lettre des procédures.

IV.12 Le traitement des risques

On peut rétorquer qu'il peut exister des risques alors qu'aucun incident ne s'est produit et qu'il est important de les détecter.

C'est exact, mais trois éléments sont à prendre en compte :

- Avant de traiter les risques (ou au moins en parallèle), il faut traiter les problèmes réels. Faire l'inverse n'est pas raisonnable ni efficace et ne peut pas être compris des services opérationnels.
- Les risques importants ne résident généralement pas dans les insuffisances documentaires mais dans l'état d'esprit, la compétence, la rigueur de travail, la bonne entente des équipes et le bon fonctionnement des moyens. La meilleure méthode pour les réduire est de constater que le service a le souci de traiter les « presque-accidents » (les événements indésirables) et les problèmes de fonctionnement, c'est à dire maintenir une démarche d'amélioration permanente vivace.
- il n'est pas évident que l'accroissement du formalisme réduise les risques. Il peut même les aggraver. Ainsi, si on constate que les perfusions sont mal faites, ce n'est pas en élaborant un nouveau guide détaillé, que personne n'aura le temps de lire, que l'on résoudra le problème, mais en apportant un complément de formation aux infirmiers.
- Dans les cas critiques, pour lesquels on veut une sécurité parfaite, on pourra demander un HACCP ou un AMDEC, mais il ne faut pas croire que ces méthodes apportent une sécurité absolue : les défaillances humaines n'y sont généralement pas prises en compte.
- Les analyses de risques doivent se limiter à des risques « raisonnables », sans tomber dans la « risquite ». Sinon, elles débouchent sur des précautions peu utiles qui alourdissent et créent de nouveaux risques. Par exemple, une traçabilité utile en théorie peut, face à des personnels qui n'ont déjà pas le temps suffisant pour s'occuper correctement de leurs patients, soit se faire au détriment de ceux-ci, soit aboutir au remplissage automatique des cases a posteriori...

Il faut donc rester réaliste dans la prévention des risques et préserver une vision globale des problèmes, en prenant en compte tous les paramètres.

En résumé...

L'analyse et la prévention des risques doivent demeurer une préoccupation constante pour les professionnels, mais avec la recherche du meilleur compromis entre bénéfiques et coûts (au sens large) de la prévention, en s'appuyant en tant qu'utile sur des analyses détaillées.

La meilleure prévention des risques réside souvent dans la mise en place d'une équipe motivée, compétente et rigoureuse.

IV.13 Une organisation peut très bien fonctionner sans démarche qualité :

On peut comparer une organisation à un corps : Ce dernier lutte en permanence contre les agressions extérieures. Tant que les anticorps ont le dessus, tout va bien. Il en est de même dans une organisation : tant que les actions courantes des personnels suffisent, le fonctionnement est bon.

Puis survient l'« agresseur », en l'occurrence une mauvaise décision, l'arrivée d'une personne qui ne partage pas les objectifs de qualité, une réduction de moyens, des désaccords avec d'autres services... L'organisation se dérègle, avec des conséquences en cascade. Elle fonctionne moins bien. On peut comparer

QUALITÉ FONCTIONNELLE

cette dégradation à une maladie.

En l'absence de traitement de ces problèmes, qui sont souvent véniels au début mais qui prennent de plus en plus d'importance avec le temps, le fonctionnement va devenir de plus en plus difficile et de moins en moins efficace.

A la manière du corps humain : une bronchite mal soignée se complique très vite.

En résumé...

La démarche qualité permet de prévenir le vieillissement de l'organisation,

IV.14 La qualité peut être obtenue sans une forte impulsion du haut management :

On constate fréquemment que la direction générale et les instances ne s'intéressent pas assez à la certification, se limitant à suivre les comités périodiques et, dans le meilleur des cas, à traiter ponctuellement des problèmes rencontrés par la cellule qualité.

La démarche ne peut pas réussir dans ce contexte, et cela pour deux raisons essentielles :

D'abord, parce que le couperet de la réussite commerciale et de la rentabilité qui, dans les entreprises, impose une certaine efficacité, n'existe pas dans l'administration. Si la Direction ne veut pas corriger les dysfonctionnements existants, aucune contrainte forte de survie n'y incite.

Dans ce contexte, le responsable qualité n'étant pas mandaté pour améliorer, la démarche ne peut que se limiter au formalisme et à des améliorations mineures.

Ensuite, la qualité est avant tout un état d'esprit et celui-ci dépend en premier lieu du type de management de la Direction et de sa stratégie interne. Promouvoir la qualité en interne implique en effet un certain type de management dont on peut sans doute résumer les principales orientations ainsi :

- Promouvoir les valeurs du bon travail en interne et en faire l'axe central de la gestion des ressources humaines pour les appréciations, notes, primes, carrières...
- Maintenir à la fois de la rigueur pour le respect des méthodes et une bonne compréhension vis-à-vis des problèmes, qui doivent servir à progresser
- Mettre en œuvre un management participatif avec les meilleurs, en les incitant à se responsabiliser et à s'investir
- Donner soi-même l'exemple.

On constate malheureusement que les responsables sont rarement formés au management. Ils sont généralement d'excellents techniciens et/ou gestionnaires, mais le management est un autre métier, auquel ils ne sont pas toujours préparés.

En sus, les structures administratives elles-mêmes s'apparentent souvent à des machines à démotiver et la qualité du travail et le bon soin aux patients reposent souvent surtout sur la seule conscience personnelle des personnels, qui doivent se battre avec le système pour y arriver.

Dans ces conditions, si le management ne commence pas par s'affiner lui-même, mobiliser le personnel vers l'amélioration devient mission impossible, ce que l'on constate effectivement.

En résumé...

La démarche qualité exige un mode de management particulier, qui valorise le mérite des individus et maintient de la rigueur tout en restant à l'écoute des problèmes.

IV.15 Les obstacles courants :

Les obstacles les plus souvent opposés à l'action qualité sont les manques de temps, de personnels ou le désintérêt de la Direction :

- Le manque de temps, exemple : il faut aller vite pour la certification car l'audit a lieu dans 6 mois et nous n'avons pas le temps de faire de la qualité :

En réalité, la démarche fonctionnelle va beaucoup beaucoup plus vite que la démarche de conformité car les personnels et la direction sont motivés. On peut ainsi faire beaucoup de choses en peu de temps.

QUALITÉ FONCTIONNELLE

- Le manque de personnels dans les services : s'il ne peut être rectifié, le manque de personnel est moins pénalisant si on est bien organisé et si une bonne entraide existe entre les personnels.
- Le désintérêt de la Direction : La Direction et les dirigeants évaluent les activités au vu de leur valeur ajoutée concrète, et c'est normal. Une démarche qualité qui n'a pas de résultats visibles n'est donc pas soutenue, et c'est normal. Axée sur les problèmes, la démarche fonctionnelle a des résultats rapides et c'est cela qui crée l'adhésion.

V. La méthode proposée : la démarche « fonctionnelle » :

V.1 Les règles de base :

Il faut d'abord revenir à ce que la qualité est simplement le travail bien fait, le bon fonctionnement, de façon optimale.

L'objectif à atteindre est donc de résoudre tout ce qui s'y oppose : formalisme excessif, défauts de compétence, moyens insuffisants, erreurs de management, conflits, démotivations... soit les ennuis quotidiens qui gênent le travail...

En fait, on ne traitera par la démarche qualité qu'une catégorie précise de problèmes :

1. La qualité du soin aux patients et, plus généralement, du travail, résulte avant tout de la volonté du personnel de s'investir, c'est-à-dire de sa motivation.
2. On suppose que les personnels (à tous échelons) veulent bien faire et on analyse ce qui les en empêche au niveau des structures et de l'organisation : s'ils veulent bien travailler (au service des patients et de l'établissement), le peuvent-ils de façon optimale ? On peut par exemple améliorer la formation, les postes de travail, l'organisation des équipes, les méthodes de management, la circulation de l'information...¹⁰.

Le principe de base consiste à se mettre à la place des personnels et à examiner ce qui, de leur point de vue, les empêche de se consacrer pleinement à leurs travaux et à obtenir l'« excellence ».

La sanction des mauvaises volontés et indisciplines relèvent des responsables opérationnels et non de la démarche qualité. Il ne s'agit pas de se mêler de la vie courante des équipes et, en cas de problème, de rechercher les responsabilités et de sanctionner les fautes.

On exclue également les problèmes ponctuels et occasionnels, qui ne justifient pas une amélioration de fond.

3. Tout le monde fait de la qualité dans l'établissement, et surtout tous les « opérationnels » qui se donnent généralement beaucoup de mal pour réussir leurs tâches. Il ne s'agit donc pas de les contester mais de compléter leur action pour qu'ils puissent travailler mieux et plus vite, en améliorant les problèmes qu'ils ne peuvent pas résoudre eux-mêmes.

La démarche qualité doit donc intervenir en appui et en complément du travail courant des opérationnels.

4. Le management de la qualité est un équilibre entre dynamisme et sécurité, entre motivation et rigueur. On peut le caractériser ainsi :
 - D'une part de la rigueur vis-à-vis du respect des règles de travail de base, afin que chacun réalise correctement les tâches qui lui sont confiées et puisse avoir confiance dans les autres. Cette rigueur se traduit par une surveillance, des contrôles réguliers, des audits internes, et des sanctions vis-à-vis des déviants.

Cette rigueur doit toutefois être « intelligente », c'est-à-dire se centrer sur les points importants pour le soin et le bon fonctionnement et non pinailler les détails sans importance.
 - D'autre part une compréhension active vis-à-vis des problèmes. Il faut faire preuve de compréhension vis-à-vis des ennuis et difficultés des personnels. Un problème ne doit pas être une faute, il doit être une base de travail pour améliorer. Il n'y a faute que si les intéressés refusent de progresser.

Plusieurs corollaires s'en déduisent :

- Le premier enjeu de la démarche qualité est d'améliorer la motivation du personnel. Pour cela on identifie les obstacles qui s'opposent à cette motivation et on travaille à les réduire et à remotiver. Il faut avant tout « donner envie de faire bien ».
- L'action qualité implique 80 % de psychologie et 20 % d'éléments matériels.

A contrario, les méthodes qui ont tendance à démotiver le personnel sont des pis-allers en qualité. Exemples :

¹⁰ Voir par exemple : Vincent C, Taylor-Adams S, Chapman EJ, Hewett D, Prior S, Strange P et al. How to investigate and analyse clinical incidents: Clinical Risk Unit and Association of Litigation and Risk Management protocol. BMJ 2000;320:777-81 traduction fr de Michel SFEZ : Ann Fr Anesth Réanim 2002 ; 21 : 509-16

QUALITÉ FONCTIONNELLE

- il vaut mieux obtenir que le personnel travaille bien de son propre gré que par des contrôles, qui le passiveront et le mécontenteront. Une fois un bon niveau de qualité obtenu à la source, une surveillance par des contrôles épisodiques sera bien acceptée.
- Il vaut mieux que le personnel connaisse bien les opérations à faire (et soit donc bien formé) que de lui imposer de suivre des procédures. La documentation doit être simplement une aide et non une contrainte (sauf cas spéciaux où le respect du protocole est impératif).
- De même, la recherche de la conformité à un référentiel ou à une réglementation s'apparente à une contrainte et va donc dans le mauvais sens. Il vaut bien mieux revenir aux besoins réels associés à la réglementation et les satisfaire. Ensuite les contraintes seront mieux acceptées. Ainsi, si le référentiel exige l'écriture des transmissions, il faut d'abord améliorer globalement les transmissions (orales et écrites), puis limiter l'écrit à ce qui est indispensable pour la traçabilité externe au service.

En résumé...

L'objectif final de la démarche qualité est de mettre en place des équipes motivées, compétentes, travaillant dans un environnement optimisé, au service du patient et de l'établissement.

V.2 Les principales démarches :

La mise en place d'une démarche qualité demande un certain savoir faire. 3 étapes possibles en partant de zéro :

- Une sensibilisation à l'utilité de la démarche, par exemple par un séminaire de direction, par la résolution de premiers problèmes...
- Il faut ensuite structurer l'action et la meilleure solution est de mener une démarche globale, en commençant par un diagnostic précis (le Diagnostic Participatif d'Amélioration). Ceci est détaillé au § VI. Ceci permet d'aboutir notamment à la certification.
- Il faut ensuite maintenir une démarche d'amélioration permanente, ceci est décrit à partir du § VI.9.

Remarque : ce qui suit est un résumé. Une formation détaillée est nécessaire pour une mise en œuvre correcte.

V.3 Les conditions de base pour réussir :

- Afficher clairement les objectifs :
 - L'objectif implicite (et principal) doit être de
 - améliorer le fonctionnement et les conditions de travail du personnel, au service des patients, des personnels et de la prospérité de l'établissement.
 - renforcer l' « esprit qualité » et les valeurs dans l'établissement.
 - Améliorer en conséquence les résultats (qualité des soins, audience régionale, image, équilibres financiers, fidélisation du personnel...)
 - L'obtention d'un certificat, la conformité à une réglementation, même s'ils consistent un challenge mobilisateur, ne doivent être qu'un résultat accessoire qui découle du reste
- Mettre en place une équipe d'animation de valeur et bien formée
- Faire un diagnostic initial soigné, recourir aux compétences nécessaires pour définir la solution, mettre en œuvre celle-ci de façon méthodique en veillant à son bon fonctionnement.
- Agir rapidement : les démarches qualité ont une sorte de tradition de lenteur et de réunionite. Il faut au contraire traiter les questions rapidement et par les voies les plus efficaces (tout en restant dans la concertation (cf suite).
- Agir dans la concertation : l'objectif n'est en effet pas d'imposer de nouvelles règles, mais de faire évoluer les états d'esprit et les comportements. On recherchera donc le consensus le plus large possible, on expliquera les points d'incompréhension, on cherchera à comprendre les raisons des oppositions (qui signaleront souvent des difficultés non vues)...

QUALITÉ FONCTIONNELLE

Qui dit concertation ne dit toutefois pas lenteur et réunionite. On bâtit souvent rapidement un projet avec les plus compétents avant de le soumettre aux autres pour finalisation.

Cela nécessite un vrai savoir faire et de la psychologie, en n'oubliant pas l'équilibre délicat entre autorité et persuasion.

- Trouver chaque fois le meilleur équilibre entre sécurité et efficacité : la qualité se singularise aujourd'hui souvent par des précautions et un formalisme exagérés qui, in fine, entravent le fonctionnement au lieu de le faciliter. Il faut donc s'efforcer au contraire de trouver le compromis le plus efficace pour obtenir le meilleur niveau de qualité possible, quitte à prendre quelques libertés au niveau des risques secondaires.

Exemple : on multiplie les fiches et les compte-rendus à des fins de traçabilité et de statistiques. Toutefois, ce faisant, les soignants vont devoir réduire le temps consacré à tous les patients, ce qui amoindrit la qualité générale des soins. L'arbitrage est donc mauvais : on diminue la qualité des soins, qui est l'objectif essentiel, au profit d'un objectif secondaire.

La bonne solution est de trouver une méthode qui ne pénalise pas les soins courants, par exemple l'informatique ou des formulaires simples et non redondants. Si on n'en a pas la possibilité, il faut alors conserver la priorité à la qualité des soins courants.

- Adopter une attitude d'aide. Le dispositif qualité est là pour aider les acteurs sur les problèmes qu'ils rencontrent, et non ni pour les contrôler, ni pour les gêner par des procédures inadaptées ou inconfortables
- Les documents doivent être conçus comme des « outils », pour faciliter le travail des acteurs. On améliore d'abord, on écrit ensuite ce qui est utile pour que la solution mise en place fonctionne bien.

La bonne adaptation des documents doit ensuite être suivie dans le temps, et les modifications nécessaires apportées rapidement.

- Les référentiels extérieurs interviennent comme des contraintes à respecter au mieux, mais non au détriment de la qualité.
- Ne pas hésiter à faire appel à « l'œil extérieur » : un expert extérieur sera souvent la meilleure solution pour faire le diagnostic et sortir des dysfonctionnements difficiles sans drames. Un établissement peut difficilement s'améliorer de l'intérieur, à cause des multiples blocages, enjeux de pouvoir, conflits... existants.

Le consultant doit être choisi avec soin. On évitera les contrats au forfait qui « fonctionnarisent » les démarches.

- Les animateurs qualité doivent se remettre en cause en cas de difficulté : si la démarche qualité ne « prend » pas ou ne donne pas de résultats rapides, il faut se remettre en cause. Sans doute n'a-t-on pas adopté les bonnes méthodes.

V.4 Les étapes de l'amélioration :

- 1- D'abord identifier ce qui ne fonctionne pas bien de façon récurrente (les problèmes ponctuels ne sont pas du ressort de cette démarche mais du suivi hiérarchique), exemples : mauvaise répartition du travail, perte de temps, manque de moyens, démotivation, conflit, manque de discipline et de rigueur...
- 2- Il faut ensuite analyser les causes « organisationnelles » des problèmes identifiés et les solutions possibles. Pour cela on suppose que chaque personne veut bien travailler et on examine ce qui l'en empêche. Exemples :

Constat	Solutions possibles
Un manque de formation : elle ne sait pas faire	Une formation, des guides écrits, un auto-contrôle ou un contrôle extérieur, un parrainage par une personne expérimentée...
Un manque d'information : on ne lui a pas donné toutes les données utiles	Réunions de coordination, affichages, échanges de consignes à la prise de poste, dossier du patient...
Un manque de motivation : la personne ne s'investit pas et ne cherche pas à bien faire	Formation des managers aux mécanismes de la motivation, amélioration du système primes / sanctions

Ce travail doit être réalisé de façon participative avec les équipes : ce sont elles qui doivent dire ce qui

QUALITÉ FONCTIONNELLE

les gêne et ce qu'elles proposent. L'animateur doit toutefois vérifier la faisabilité et la validité des solutions proposées. Il doit vérifier que les acteurs concernés sont d'accord ou trouver le plus grand terrain d'entente possible.

Si les solutions proposées ne sont pas réalistes, l'expliquer aux intéressés fait partie de la démarche.

Ceci permet de dresser une liste de propositions d'actions d'améliorations qui sera proposée à la direction.

- 3- Étape suivante : Mise en œuvre, en suivant attentivement et en accompagnant le personnel. Dans les démarches qualité, on ne peut pas savoir à l'avance ce qui va se passer : une excellente procédure sur le papier peut se révéler inapplicable en pratique pour des causes diverses : oppositions de certains, manque de temps, etc...

Il ne faut pas rester bloqué sur la théorie, mais adapter jusqu'à obtenir la solution qui fonctionne bien.

- 4- Etape finale : mesurer les résultats, communiquer, valoriser la réalisation et les acteurs...

VI. La démarche qualité globale, dans le cadre d'une certification :

VI.1 Les étapes de la démarche :

- Un diagnostic fonctionnel initial (le diagnostic participatif d'amélioration).
- Une phase de lancement
- La phase d'amélioration et de mise au point
- La phase de rodage
- La certification
- L'après-certification

VI.2 Le diagnostic participatif d'amélioration :

La première étape est un diagnostic détaillé. Il sera participatif car c'est la meilleure méthode pour mobiliser le personnel. On s'apercevra dans la quasi-totalité des cas, que les suggestions des personnels de terrain sont très raisonnables et rejoignent bien les projets de la direction. La démarche d'amélioration sera toutefois bien mieux acceptée et appropriée si elle répond aux attentes exprimées du personnel.

Un tel diagnostic demande un expert expérimenté, car il faut savoir créer la dynamique, éviter le « bureau des pleurs » et les dérives. Il est très souhaitable de le faire faire par un consultant extérieur si on veut résoudre les problèmes essentiels de l'organisme.

Le diagnostic listera les améliorations envisageables et proposera les solutions jugées les mieux adaptées, à partir des suggestions recueillies, approfondies et validées. La conformité aux référentiels sera abordée mais elle sera intégrée de façon aussi transparente que possible dans les dispositions organisationnelles proposées.

Le diagnostic a les étapes suivantes :

- Une enquête interne par questionnaire afin de permettre à chacun d'exprimer ses suggestions sur les points à améliorer. Ceci est essentiel pour commencer à mobiliser le personnel.
- Des entretiens avec les intéressés pour rechercher les solutions en consensus
- La proposition d'un plan de travail précis, établi avec les responsables.

L'objectif est d'apporter le maximum d'améliorations. Il faut profiter du passage en revue et de la formalisation des différentes activités (les « processus »), exigé pour la certification, pour apporter ces améliorations.

Remarque : si on ne le fait pas à ce moment-là, ce sera plus difficile ensuite car il faudra remobiliser les personnels et un certain formalisme aura été mis en place. La certification est donc une occasion irremplaçable pour améliorer en profondeur le fonctionnement.

VI.3 Le lancement de la démarche :

- Mise en place des bases de la démarche : définition de l'organisation et des responsabilités pour la démarche, forme des documents, logiciel ou Intranet, désignation des animateurs...
- Mobilisation des personnels sur le plan de travail, formation courte aux travaux à réaliser.
- Formation détaillée du ou des animateurs si nécessaire.

VI.4 La phase d'amélioration :

Les travaux à réaliser sont globalement les suivants :

- Mise en place des groupes de travail (groupes de projet qualité, méthode détaillée au § VII) destinés à définir dans le détail le nouveau fonctionnement
- Mise en place des améliorations.
- Formalisation, en tant que nécessaire, sous la forme de « documents-outils »..
- Mise en place de l'animation qualité : "Comité" qualité, indicateurs, traitement des problèmes, audits internes, manuel qualité...

Exemple : le circuit du médicament fonctionne mal : des erreurs surviennent parfois, des manques, des gâchis... on consulte toute l'équipe sur les solutions qu'elle propose, on essaye de trouver les mieux adaptées et on les propose. Une fois acceptées, elles sont mise en œuvre rapidement (cette rapidité est l'une des clefs du succès).

Une fois les problèmes résolus, on résume dans les documents ad-hoc ce qui est utile pour les intéressés, afin qu'ils continuent à mettre en œuvre les pratiques améliorées

VI.5 Mise en place de l'animation qualité : "Comité" qualité, indicateurs, traitement des problèmes, audits internes...

On met en place une gestion décentralisée de la démarche :

- Chaque comité gère également la qualité des travaux de son domaine.
- Des indicateurs sont placés sur les objectifs essentiels (exemple : la morbidité et tout ce qui peut permettre d'évaluer directement la qualité des soins –ou les coûts on s'intéresse au redressement financier de l'établissement–). Ces indicateurs permettront de suivre le bon fonctionnement et de détecter les problèmes qui pourraient apparaître encore. Ceci est détaillé au § 0.
- Des fiches d'amélioration sont mises à la disposition du personnel. Une bonne solution est de les mobiliser fortement par service, par exemple en exigeant un minimum de suggestions régulièrement — tant que cela n'est pas rentré dans les mœurs—.
- Des audits internes sont pratiqués lorsque des problèmes de fonctionnement surviennent, avec le même objectif que le diagnostic participatif initial : améliorer l'organisation en concertation avec les acteurs.
- Les différents documents sont gérés par les services correspondants avec l'aide du responsable qualité. Les documents inutiles sont supprimés.

Toutefois l'essentiel reste de maintenir la motivation du personnel, en respectant les règles de management définies au § IV.14 :

- Promouvoir les valeurs du bon travail en interne et en faire l'axe central de la gestion des ressources humaines pour les appréciations, notes, primes, carrières...
- Maintenir à la fois de la rigueur pour le respect des méthodes et une bonne compréhension vis-à-vis des problèmes, qui doivent servir à progresser
- Mettre en œuvre un management participatif avec les meilleurs, en les incitant à se responsabiliser et à s'investir
- Donner soi-même l'exemple.

Pour cela, des formations des encadrants au management peuvent être nécessaires.

VI.6 L'auto-évaluation :

Avant la visite des experts-visiteurs, il est bon de refaire le tour des services et de vérifier avec eux leur position par rapport aux critères qui les concernent et définir la conduite à tenir pendant l'audit.

VI.7 La certification :

- Préparation "pédagogique" de la visite des experts visiteurs
- Visite, réponse aux remarques

VI.8 L'avis de la commission de certification

L'établissement doit faire part de ses observations, voire contester le rapport de certification si besoin est. Le débat doit porter sur le fond, c'est-à-dire sur les risques réels pour le soin, et non sur la conformité formelle.

VI.9 Phase d'après certification

Une fois la certification obtenue (et en dehors d'elle), la démarche reposera essentiellement sur les bases

QUALITÉ FONCTIONNELLE

suivantes :

- Un système de collecte et d'exploitation des suggestions des personnels avec une certaine obligation de signalement
- Les audits internes sur les points à problèmes
- Les opérations de suivi, les indicateurs et remontées diverses d'information qualité (dont les fiches d'amélioration), permettant de surveiller le maintien de la qualité dans les services
- Des groupes de travail, les groupes de projet qualité, respectant une méthodologie simple, pour résoudre les problèmes rencontrés. Ceci est détaillé au § VII.

Ces éléments ayant été mis en place lors de la phase précédente.

VI.10 Conclusion : du bon emploi de la certification :

Bien utilisée, la certification peut être très utile :

- Pour forcer les réticences et les oppositions, de façon à pouvoir réellement améliorer, et cela sur les principaux problèmes de l'établissement.
- Pour lever les obstacles plus souvent opposés à l'action qualité : les manques de temps, de personnels ou le désintérêt de certains cadres.
- Vis-à-vis des personnes réticentes, le système requis met en œuvre un système de maîtrise :
 - Les indicateurs, qui doivent porter sur les aspects essentiels et qui permettent de surveiller le maintien de la qualité
 - Les contrôles et audits internes sur les points sensibles

Toutefois, si la démarche est réellement utile, les résistances seront généralement faibles. Par ailleurs, en organisation, on ne raisonne pas comme en mathématiques : le 100 % n'existe que rarement. Si plus de 50 % de l'établissement s'investit dans les premiers mois c'est déjà beaucoup. Ensuite, l'effet de masse conduira les autres à adhérer progressivement.

VII. Les groupes de projet qualité :

Le but de la démarche qualité est d'impliquer les personnels dans la résolution des problèmes constatés. Toutefois, afin que cette action ne parte pas dans tous les sens, il est nécessaire de bien la cadrer.

Une bonne méthode est d'appliquer les principes de la gestion de projet avec des étapes de validation claires et progressives, permettant d'éviter les erreurs et les dérives.

Par ailleurs, le travail collectif en groupe par les acteurs eux-mêmes comporte de nombreux avantages :

- Les changements tiendront mieux compte du contexte du terrain et seront mieux adaptés
- Ils seront mieux acceptés et les comportements évolueront plus facilement.
- Les problèmes seront mieux compris par les acteurs et leur esprit d'entreprise amélioré

Remarque : cette méthode s'écarte des pratiques « qualitiennes » classiques telles que les 5M, la roue de Deming, etc... qui sont centrées que la recherche des causes. Elles alourdissent généralement inutilement la démarche dans la mesure où les causes sont en général bien connues, la difficulté essentielle étant l'amélioration. Cette méthode se centre donc sur cette dernière.

Deux grandes lignes d'actions :

- 1- Créer au préalable un cadre général propice
- 2- Mettre en œuvre efficacement les groupes.

Pour plus de détails, voir le livre « certification utile » page 166, dans lequel la méthode est expliquée.

Le cadre général :

Il faut d'abord déblayer le terrain afin que l'action de ces groupes soit reconnue et soutenue :

- Adhésion du Comité de Direction, qui doit accepter les remises en causes et les changements, en accordant les moyens nécessaires. Sur ce plan, on pourra fixer utilement un seuil en-dessous duquel les demandes des groupes seront appliquées directement (sous réserve d'acceptation par le tuteur et les services intéressés).
- Chaque groupe aura un « tuteur » de niveau direction, qui pourra répondre à ses questions et qui l'orientera afin d'éviter les erreurs.

QUALITÉ FONCTIONNELLE

- Les animateurs recevront une formation, essentiellement axée sur la conduite de groupes de travail et la présente méthodologie. Tout le monde pourra devenir animateur sous réserve de réussite à cette formation.
- Une émulation sera créée : recueil des suggestions et récompense des meilleures, prix annuel aux groupes ayant réalisé les meilleures améliorations...

Toutefois, dans les cas où le fonctionnement est perturbé de façon globale, où la motivation des personnels s'est affaiblie et où la coopération des services s'est détériorée, il peut être nécessaire de mener au préalable une démarche qualité d'ensemble telle que présentée au § VI précédent afin d'assainir globalement l'organisation. Sinon, les groupes risquent fort de se trouver face à de multiples obstacles ne permettant pas d'aboutir : rivalités entre les services, oppositions insurmontables, manque de motivation des acteurs eux-mêmes... Il faut alors assainir la situation au préalable.

La méthode : 7 étapes

Les étapes qui suivent sont des étapes logiques. Dans la pratique, selon le problème, certaines peuvent être très courtes, voire implicites ou confondues avec la suivante. Il est toutefois important de bien garder le cheminement du raisonnement. Des groupes de travail pourront ainsi durer ½ journée, d'autres des semaines selon la difficulté (ces délais ne portent que sur la définition des solutions, la mise en place et le suivi de celles-ci étant naturellement plus longs)

Une concertation avec la direction aura lieu en fin de chaque étape et en cas de difficulté (via le tuteur).

Remarque importante : les analyses doivent toujours demeurer dans le domaine de l'organisation, sans recherche de coupable. On part du principe que chacun a voulu faire bien et on analyse ce qui l'en a empêché, l'objectif étant de mettre en place une organisation qui permette de faire bien du premier coup, dans des conditions normales. Si certains ont commis ou commettent des fautes, ce n'est pas à l'action qualité de s'en occuper mais à la hiérarchie.

Étape 1 : le recueil des problèmes : il faut favoriser le recueil des problèmes, même passagers. En démarche qualité, un problème avoué est une base de travail, un problème caché est une faute. Lorsque les gens peuvent parler librement de leurs problèmes, un progrès culturel très important est réalisé. Les moyens classiques de recueil sont le suivi journalier, les fiches de signalement, une boîte à suggestions...

Étape 2 : la pré-étude : avant d'engager les travaux, le responsable qualité doit vérifier la nature du problème, sa gravité réelle, ses causes probables, la faisabilité des solutions, les obstacles éventuels. Ceci va permettre de décider :

1. Le fait-on ? Ne se lancer que si la faisabilité est avérée. Inutile d'envoyer le groupe de travail dans le mur... Fixer également la priorité en fonction des besoins, de la faisabilité, de la meilleure stratégie globale...
2. Qui le fait ? On choisira un chef de projet capable de mener la médiation nécessaire, adapté au niveau des problèmes à examiner et aux personnes avec qui il devra traiter.
3. Comment on le fait ? Lorsqu'il y a des obstacles, il faut déterminer la stratégie gagnante : comment procéder, comment communiquer... Le responsable qualité peut éventuellement « déminer » le terrain lui-même.
4. Avec qui ? On envisagera les membres du groupe de travail (c'est toutefois le chef de projet qui les choisira). Ce seront en principe tous ceux qui sont concernés directement par le problème ou par les décisions que les solutions impliqueront.
Nota : un groupe de travail n'implique pas que tout le monde participe à toutes les réunions. Pour être efficace, il vaut en général mieux travailler en groupe restreint et ne se réunir que pour faire circuler l'information et valider les propositions retenues.
5. Avec quels moyens ? Dans certains cas, un financement ou des moyens particuliers pourront être nécessaires.

Étape 3 : La mise en place du groupe : il faut « officialiser » le groupe afin qu'il puisse agir. On désignera simultanément son tuteur, généralement du groupe de direction. Ce dernier suivra les travaux, aidera en cas de difficulté et s'assurera que les travaux vont dans la bonne direction.

Étape 4 : La caractérisation du problème : il est important que le groupe de travail commence par faire le tour du problème : de quoi s'agit-il (quel est le processus, comment se déroule-t-il, qui est impliqué...) ? Quelle est l'importance réelle du problème (mesurer précisément : occurrences, natures, fréquences, conséquences...) ? Quelles sont les causes probables et les solutions associées en termes d'organisation (quels dysfonctionnements ont empêché les acteurs de réussir, comment améliorer) ? Quelles sont les contraintes à prendre en compte (réglementation, limitations des moyens et des effectifs, règles internes...) ? Quels sont les décideurs et leaders impliqués (il faudra impérativement les consulter) ?

Cette caractérisation doit comprendre une enquête de terrain, en rencontrant tous les acteurs du processus sur leur poste de travail. C'est cette enquête qui permettra d'examiner avec eux les solutions possibles à leur

QUALITÉ FONCTIONNELLE

niveau.

Cette étude est essentielle pour que les différents acteurs du terrain comprennent bien tous les aspects du problème, y compris les contraintes éventuelles, par exemple financières, sociales, réglementaires... et évitent les erreurs. Elle peut d'ailleurs déboucher sur le constat de l'impossibilité d'améliorer. Elle joue un rôle pédagogique essentiel.

Etape 5 : La présentation du projet : Un projet clair doit être présenté à la Direction, expliquant ce qui est proposé, mais aussi toutes les implications : coûts, volume de travail, conséquences sur le fonctionnement des services, méthode de mise en œuvre, problèmes résiduels...

La plupart des lenteurs de décision sont en effet dues à l'insuffisance des éléments apportés, qui fait que la Direction ne peut pas prendre de décision.

Etape 6 : La mise en œuvre : Il est souhaitable que le groupe de travail (au moins en partie) soit associé à la mise en œuvre. Celle-ci doit être menée avec psychologie, en tenant compte des problèmes légitimes des intéressés pour changer leurs façons de travailler. Il faut aussi suivre pour adapter le nouveau système prévu en tant que de besoin. La mise en œuvre ne doit s'arrêter que lorsque tout fonctionne de façon satisfaisante.

Pendant cette phase, on codifiera en tant que de besoin la nouvelle organisation, afin que les nouvelles règles soient claires et que toutes les aides utiles au travail soient en place.

Etape 7 : Le bilan : Il est utile de dresser un rapide bilan, montrant en particulier les gains associés à la nouvelle organisation.

Les signes de la réussite ?

- Un fonctionnement assaini.
- Des personnels plus conscients des problématiques et à la motivation renforcée (on leur a fait confiance !).

VIII. Les indicateurs

Un grand nombre d'indicateurs sont actuellement exigés de la part des établissements, auxquels il faut rajouter les tableaux de bord déjà existants, ceux prévus par les EPP. Par ailleurs, le milieu professionnel médical surveille déjà beaucoup d'indicateurs en routine. Le tout apparaît parfois inutilement redondant et compliqué, sans apporter réellement de valeur ajoutée.

VIII.1 Les principes :

a) Les indicateurs sont indispensables :

En qualité et en organisation, les indicateurs sont indispensables, pour plusieurs raisons :

- Ils permettent un diagnostic précis des problèmes rencontrés. Ils sont indispensables car, sans eux on peut faire des erreurs d'appréciation considérables. Ainsi, un incident qui fait beaucoup de « bruit » peut être en réalité mineur car son occurrence et ses conséquences réelles sont très faibles et il ne nécessite pas de lourdes mesures de prévention.
- Ils permettent de bien évaluer l'importance de chaque problème et donc de fixer les priorités et les moyens à mettre en œuvre de façon rationnelle
- Ils permettent de vérifier l'efficacité des mesures prises.

On peut ainsi dire que les indicateurs distinguent la qualité d'autrefois de la qualité moderne, qui a une approche objective et pragmatique (on peut faire le parallèle avec la médecine moderne qui a fait de gros progrès grâce aux possibilités de mesure apportées par les moyens techniques actuels).

b) Les indicateurs ne sont toutefois que l'un des éléments à prendre en compte :

Un indicateur n'est qu'« indicatif » comme son nom l'indique et n'a pas de sens par lui-même.

L'indicateur doit donc être considéré comme la prise de tension ou de température, soit une simple indication, qui doit ensuite être approfondie et corrélée aux autres observations afin de découvrir la réalité du problème suspecté, ses causes et les solutions possibles. Parfois un dysfonctionnement patent n'est que la réponse adaptative et donc adaptée d'une organisation à un problème survenu bien en amont

Exemple : un temps d'attente excessif aux urgences peut signifier plusieurs choses :

- un afflux exceptionnel dû à un accident
- la panne ponctuelle du service de radiologie embouteillant toute la chaîne de production

QUALITÉ FONCTIONNELLE

Dans ces deux cas le problème est conjoncturel et, s'il reste isolé, n'appelle pas de mesures particulières

Mais cette attente peut être aussi liée :

- au refus du médecin d'urgence d'examiner le patient
- à l'attente d'un spécialiste pour avis
- au goulot d'étranglement que constitue la radio parce qu'un seul manipulateur est prévu dans cette tranche horaire
- à l'absence de service de garde libéral

Dans ces derniers exemples il peut s'agir d'un problème structurel, et les dysfonctionnements sont à traiter.

Enfin, les délais d'attente peuvent être dus à un afflux lié à la bonne image de l'établissement : dans ce cas, même si ce n'est pas idéal, c'est une marque de la qualité des soins !

L'indicateur ne doit donc bien être considéré que comme une indication, à approfondir chaque fois pour en déduire la réalité de la situation et les mesures à prendre.

c) Un corollaire : les indicateurs ne doivent pas servir à juger ou à classer les établissements ou les activités

Si on le fait, cela amènera en effet l'entité à privilégier l'amélioration de l'indicateur par lui-même et on peut aboutir au contraire de l'objectif recherché, c'est-à-dire à une dégradation de la qualité. Exemples :

Ainsi, un taux de morbidité élevé, dans un hôpital donné peut simplement signaler une affluence de patients très gravement atteints et non pas une baisse de la qualité des soins. Si on en fait un indicateur de référence, cela poussera l'établissement à éviter les patients graves au lieu d'améliorer son soin...

Ainsi, dans le cadre de la T2a, les GHM médicaux ne sont plus acceptés en chirurgie car « plombant la T2A ». Mais où surveiller un patient qui a des côtes cassées, un petit volet costal, une lame d'épanchement ?

Ailleurs le patient sera « expédié » à domicile ou dans une structure d'aval sans que les bilans et traitements ne soient terminés, obligeant à des allers retours incessants sources de redondances, de surcoûts indirects non évalués, voire parfois à des réhospitalisations itératives.

Ainsi d'un indicateur à priori pertinent, « rémunérer les hôpitaux à partir de leur activité et non sur la base de coûts historiques », on peut faire un indicateur pervers générant de la non-qualité s'il est mal utilisé ou utilisé comme une fin et non comme un moyen

Un indicateur doit donc être simplement considéré comme un outil de gestion et d'amélioration, un « thermomètre », sans plus.

d) Les indicateurs doivent être choisis judicieusement :

Les indicateurs doivent être choisis judicieusement en fonction de l'objectif recherché. On les fait porter soit sur des paramètres critiques que l'on veut surveiller, soit pour caractériser un problème constaté (voir § VIII.2). C'est l'analyse fine et compétente de la question qui permet de déterminer chaque fois le ou les indicateurs les plus adéquats, en fonction de divers critères : leur bonne caractérisation du phénomène, la faisabilité de la mesure, la culture du service...

Pour un même objet, les indicateurs seront donc généralement spécifiques à chaque contexte. Les indicateurs fixés de façon générale et imposés se révèlent généralement inadaptés. ...ainsi du temps d'attente aux urgences qui doit être affiné en fonction du problème sous-jacent soupçonné.

e) Il faut minimiser le temps nécessaire à leur établissement et à leur analyse :

Les indicateurs doivent par ailleurs être optimisés de façon à consommer le moins de temps de travail possible, qui serait pris sur le soin et diminuerait donc sa qualité, soit l'inverse de l'objectif recherché.

On privilégiera l'informatique, les fiches de relevé simples, avec une exploitation facile, les indicateurs robustes. On optimisera également l'ensemble des indicateurs afin d'éviter les doublons et de réduire au maximum le travail de l'établissement.

Une pratique utile : documenter (succinctement) chaque incident avec un court résumé présentant ce qui s'est passé, les causes et les solutions envisageables. Cela simplifie grandement l'exploitation de l'indicateur.

f) Les indicateurs qualité doivent entrer dans une stratégie de motivation des personnels.

Il faut les accompagner d'une sensibilisation à l'importance des paramètres mesurés, suivre leur appropriation, leur associer des incitations « positives » (récompenses en cas de succès, éviter les sanctions,

QUALITÉ FONCTIONNELLE

cf § 0 précédent), équilibrer les indicateurs "négatifs" par des indicateurs "positifs" (afin de ne pas décourager) et surtout suivre les réactions et les comportements... On n'est jamais à l'abri d'une surprise dans ce domaine.

Sans cela, ils risquent de rester lettre morte. Ainsi, si les personnels des urgences ne sont sensibilisés qu'au traitement rapide des cas critiques, les attentes pour les cas courants peuvent devenir rédhibitoires et l'indicateur rester sans effet (ou inversement, afin d'améliorer le délai moyen, on privilégiera les traitements les plus rapides...).

On examinera aussi si la motivation actuelle des personnels et des services n'est pas contraire à l'objectif recherché, auquel cas il faudra prendre les mesures idoines pour la rectifier. Exemple : si la radiographie veut réduire la présence en week-end ou ses horaires pour des raisons financières, cela peut réduire à néant toute tentative de réduction des attentes à ces moments-là.

VIII.2 Les différents types d'indicateurs :

On peut distinguer 3 grands types d'indicateurs, dont la nature et le traitement sont différents :

- **Les indicateurs destinés à la surveillance générale de l'activité, sous ses différents aspects :**
 - quantitatifs (nombres d'opérations réalisées, de patients, de journées d'hospitalisation...)
 - qualitatifs (taux de maladies nosocomiales, d'accidents de soin, d'événements indésirables...)
 - financiers (taux de non-recouvrement, coût réel d'un passage aux urgences...)
 - sociaux (taux d'absentéisme, turn-over du personnel.. ;)

Il est important de considérer tous les paramètres à la fois afin d'éviter les erreurs de jugement.

Exemple : un service peut être rentable justement parce qu'il « expédie » rapidement ses patients, avec un soin minimal...

Ces indicateurs de surveillance doivent :

- **Etre globaux**, en faible nombre et porter sur les points essentiels : on les approfondira ensuite en tant que de besoin en fonction des problèmes relevés. Exemple : un indicateur de morbidité et d'incidents postopératoires peut suffire pour détecter les anomalies, que l'on approfondira ensuite par des indicateurs détaillés en tant que de besoin.
 - **Etre « significatifs »** : éliminer les indicateurs non significatifs. Exemple : pour mesurer la satisfaction des patients, le taux de réponse aux questionnaires ne peut être intéressant que s'il est très faible, mettant ainsi en doute la valeur des résultats. Le véritable indicateur est le taux de satisfaction, sachant que cet indicateur est lui-même peu significatif sur le plan médical : s'agit-il de plainte parce que le patient en cancer terminal est mort, parce que l'enfant à naître est mort ou parce qu'il y a eu un conflit avec le médecin ou un brancardier, chute d'un brancard, erreur d'opération ou maladie nosocomiales... ?? Mettre toutes ces plaintes sur le même niveau d'indicateur revient à ajouter des pois, des plumes et des pommes).
 - **Etre si possible obtenus automatiquement** (par informatique) à partir des données déjà enregistrées.
- **Les indicateurs destinés à l'évaluation et au suivi de problèmes particuliers** : exemples : temps d'attente pour un rendez-vous aux consultations (lorsque celui-ci apparaît excessif), taux de prothèses de tel type posant problèmes dans les deux ans, taux d'absentéisme dans tel service...

Leur objectif est de permettre l'analyse fine du problème rencontré puis le suivi de l'efficacité des actions correctives.

Ces indicateurs d'amélioration doivent :

- être bien significatifs du problème et de ses causes. Ils doivent donc être choisis après une étude fine et compétente des phénomènes en jeu
 - être suivis jusqu'à ce que le problème soit résolu (ils peuvent ensuite être abandonnés)
 - procéder d'une réelle volonté d'amélioration. Il faut « agir » : l'objectif n'est pas d'avoir des chiffres ou de beaux graphiques, mais de mettre en œuvre les améliorations nécessaires. En l'absence d'actions, les indicateurs sont inutiles et ne seront plus tenus à jour.
- **Les indicateurs réalisés pour d'autres besoins**, tels que demandes nationales pour des statistiques ou les tutelles. Leur impact sur l'activité doit être minoré sauf si ce sont des impératifs prévus dans le com et dans l'autoévaluation des établissements.

VIII.3 Un obstacle : Le manque de volonté d'améliorer la situation

QUALITÉ FONCTIONNELLE

« il n'y a pas pire sourd que celui qui ne veut pas entendre » dit le proverbe. Si les décideurs ne veulent pas améliorer une situation détériorée, mettre en place des indicateurs sera sans effet, voire risque au contraire d'attiser les mécontentements... Il faut d'abord créer cette volonté.

Il peut y avoir des facteurs que nous n'avons pas perçus et qui empêche l'amélioration ou créent des résistances vis-à-vis de l'indicateur souhaité. Le cas le plus fréquent est un indicateur mal choisi, qui n'intéresse pas les décideurs. Il nous faut alors identifier les causes réelles des oppositions et les prendre en compte.

Sinon, une méthode pour intéresser les décideurs peut ensuite être de mesurer les nuisances provoquées par le dysfonctionnement pour les décideurs eux-mêmes, en se situant dans leurs propres motivations.

Prenons l'exemple des prises de rendez-vous pour les consultations et du cas où les praticiens, pris par leurs multiples occupations, n'acceptent pas de se discipliner. Les annulations répétées désorganisent le service et gênent considérablement les patients. Pourtant, personne ne veut résoudre le problème.

Les décideurs étant supposés être d'une part les médecins eux-mêmes, d'autre part la direction du pôle, pour créer la motivation à améliorer, on peut essayer de mettre en évidence l'impact négatif sur la guérison des patients (préoccupation des médecins...) ou bien sur l'image de l'établissement, et donc ses recettes dans le cadre de la T2A (préoccupation de la direction et du responsable de pôle) et non pas seulement le taux de reports de rendez-vous par exemple.

Ceci aura également pour avantage de situer les véritables conséquences du dysfonctionnement. On peut ainsi s'apercevoir que, pour certaines pathologies, c'est moins grave alors que la rapidité du rendez-vous est essentielle pour d'autres : cela permettra de bien cibler les améliorations à apporter.

Les indicateurs

- Il faut distinguer indicateurs de surveillance et indicateurs de travail :
- Indicateurs de surveillance :
 - En faible nombre, globaux
 - Ils ne sont qu'un élément du diagnostic, ils ne signifient rien en soi
 - Le travail nécessaire pour leur élaboration doit être minimisé
 - Il faut les traiter comme des outils de motivation et se méfier de leurs effets indésirables
- Les indicateurs de travail (approfondissement d'un problème) :
 - Nécessaires pour faire un diagnostic bien établi
 - Ils ne sont qu'un élément du diagnostic
 - Ils doivent être définis cas par cas en fonction du contexte, avec compétence, afin d'être significatifs.

IX. Références complémentaires :

Nous avons désigné ces méthodes sous le nom de « démarche qualité fonctionnelle ». Elles sont décrites en détail sur :

- le site Internet : <http://www.qualite-info.net> (vous pourrez y consulter en particulier les appréciations des usagers et des visiteurs du site : rubrique site/avis des visiteurs),
- le blog QUALITIS : <http://qualitis1.blogspot.com/>
- dans le **Que Sais-je « la qualité »** (PUF), qui est une présentation résumée qui montre comment mener une démarche qualité utilement et sans formalisme
- dans le livre : "**Certification utile : sortir du formalisme, remettre la qualité au service du développement de l'entreprise**" (éditions INSEP) qui approfondit les méthodes associées.