

Université de Montréal

Marie-catherine ESCOLAN

Université de technologie de Compiègne

Ecole Nationale de la Santé Publique.

Human Resources Management

&

Total Quality Management

-

A propos d'une étude de cas hospitalière.

Projet d'intégration encadré par Monsieur Claude SICOTTE

Diplôme d'études Supérieures en

« Qualité, Evaluation, Organisation et Performance dans les établissements de santé » :

QUEOPS.

Année universitaire 2000 - 2001

Sommaire

Introduction

Le passage de l'ère de la machine à l'ère de l'information.

La nécessité du changement au sein du système hospitalier.

Le facteur humain, cœur de la qualité et de la performance à l'hôpital.

L'évolution du concept de « gestion de la qualité » :

Problématique : comment croiser les champs des ressources humaines et de la gestion de la qualité dans les hôpitaux.

Méthode de l'étude : deux niveaux d'analyse.

Première partie : H.R.M. et T.Q.M., approche croisée des référentiels français, canadiens et américains.

1.1 - Vers un but ultime : prévenir la non qualité à l'hôpital et passer de la conformité à l'excellence.

1.1.1. Etat des lieux.

1.1.2. Points forts des référentiels de management par la qualité totale.

1.2 - Analyse des référentiels et situation des ressources humaines dans chacun d'entre eux.

1.2.1. Les référentiels américains.

1.2.2. Les référentiels canadiens.

1.2.3. Le référentiel européen.

1.2.4. Le référentiel international.

1.2.5. Les référentiels français.

1.3 - Synthèse : quel choix de référentiel pour les ressources humaines ?

1.3.1. Points communs et points de divergences.

1.3.2. Un socle commun : la pyramide qualité

Deuxième partie : H.R.M. et T.Q.M. , mise en œuvre du méta modèle intégré à la stratégie d'un établissement de santé.

2.1 – De l'analyse stratégique à l'analyse de l'intervention : modèle opérationnel déployé au Centre hospitalier de Cognac.

2.1.1. Contexte sanitaire du cognacais.

2.1.2. Présentation de la structure organisationnelle du C.H. de Cognac, selon la classification de Henry Mintzberg.

2.1.3. Situation des ressources humaines dans le processus d'affaires.

2.1.4. Logique et structuration des programmes d'amélioration de la qualité en ressources humaines au Centre hospitalier de Cognac : management participatif et gestion de projet, leviers méthodologiques de la gestion du changement.

2.1.4.1. Synoptique, acteurs et objectifs.

2.1.4.2. Un organigramme des tâches comme support à l'ensemble de la démarche.

2.1.5. Analyse stratégique de l'intervention.

2.2 - De la stratégie à la performance : cohérence entre environnement, stratégie, structure et performance.

2.2.1. Le management des ressources humaines par QT : élément stratégique de l'hôpital.

2.2.2. La quête de la performance.

2.2.2.1. Identifier les paramètres de conception de l'organisation pour en améliorer la performance.

2.2.2.2. Les facteurs RH favorables à la bonne implantation de la démarche.

2.3 – De la performance à la quête du sens.

2.3.1. L'existence d'un consensus : la place centrale du facteur humain dans le management par la qualité totale.

2.3.2. Le sens du changement : qualité exogène et changement endogène de l'organisation.

Conclusion

Epilogue : Le paradoxe d'Icare.

Glossaire des termes utilisés

Bibliographie

Annexes

Table des matières

Remerciements

Ce projet d'intégration est le résultat d'un travail mené en collaboration avec de nombreuses personnes.

Je tiens à remercier tout particulièrement **Monsieur Claude SICOTTE**, Professeur agrégé à l'Université de Montréal, qui m'a conseillée et orientée dans mon travail de recherche et dans l'élaboration de ma réflexion sur l'impact de la gestion de la qualité dans le domaine de l'humain.

J'exprime ma profonde reconnaissance à **Monsieur Gilbert FARGES**, Professeur à l'Université technologique de Compiègne, pour ses précieux conseils et sa disponibilité à toute épreuve.

Ces remerciements s'adressent également à :

- **M. André LABAT**, Directeur du Centre hospitalier de Quimperlé,
- **M. André BIDOLET**, Directeur du Centre hospitalier de Cognac,
- au personnel de la Direction des ressources humaines du Centre hospitalier de Cognac,
- à la première cohorte de quéopsiens, membres de l'association « **Queops partenaires** »,

pour leur soutien, leur aide précieuse et leur grande disponibilité.

Que toutes ces personnes veuillent trouver ici l'expression de ma reconnaissance et de ma gratitude.

Marie-catherine ESCOLAN.

Liminaire

Le présent projet a été réalisé à l'occasion de la formation préparant au Diplôme d'Etudes Supérieures Canadien « Qualité, Evaluation, Organisation et Performance dans les Etablissements de Santé » pendant l'année universitaire 2000-2001. Il est le fruit d'une réflexion tridimensionnelle puisque trois organisations sont impliquées dans la démarche :

- l'Université de Montréal,
- l'Université technologique de Compiègne,
- et l'Ecole Nationale de la Santé Publique.

Ce partenariat intelligent a permis de produire une synthèse issue d'univers riches de leurs différences, sur le croisement de deux domaines stratégiques pour les hôpitaux : les ressources humaines et le management par la qualité totale. Les objectifs poursuivis relèvent de plusieurs ordres.

Un objectif personnel tout d'abord, puisque l'opportunité d'un changement d'affectation sur une direction des ressources humaines, m'a permis d'appréhender cette matière par le biais du management par la qualité, en sachant que les hôpitaux auront à satisfaire au référentiel de l'ANAES au plus tard dans les cinq prochaines années.

Un double objectif professionnel ensuite. D'une part, l'analyse brossée dans le projet permet d'utiliser le cadre défini comme outil didactique auprès d'une direction des ressources humaines en cours de réorganisation et plus largement, auprès des autres secteurs hospitaliers. Or, à la veille de se lancer dans un projet social, le Centre hospitalier de Cognac peut tirer profit d'une réflexion et d'une mise en place de programmes d'amélioration de la qualité après une phase diagnostique préalable. L'action entreprise dans le cadre de l'aménagement et de la réduction du temps de travail bénéficie par exemple de cette démarche pédagogique. D'autre part, la sensibilisation des directeurs de ressources humaines aux pratiques de management par la qualité totale doit être généralisée si l'on souhaite le succès de telles démarches et leur reconnaissance institutionnelle. En effet, si l'engagement de la direction est essentiel, l'implication de la direction des ressources humaines occupe la première place. Elle aide à garantir la légitimité de telles démarches et favorise l'utilisation des outils de la formation et leur déploiement à tous les niveaux de l'hôpital. Sur ce point, l'ambition du présent travail de recherche est d'offrir une synthèse des méta modèles d'excellence sous l'angle spécifique des ressources humaines. Le but est d'enrichir la réflexion sur le croisement de ces deux domaines et de proposer un outil aux directions des ressources humaines.

Le dernier objectif relève du domaine de la recherche, car des questions majeures se posent aujourd'hui aux hôpitaux français à l'aube de l'accréditation et aux systèmes de santé contraints au changement. Dans ce cadre, comment intégrer dans le management des ressources humaines la démarche du management par la qualité totale pour arriver à l'amélioration de la qualité des soins offerts aux patients ? Dans le contexte de l'accréditation en France, est-il pertinent d'utiliser le référentiel ANAES en GRH comme support d'une politique d'amélioration continue de la qualité ? Faut-il étendre la réflexion aux autres référentiels promouvant les modèles d'excellence ? Si oui, lesquels et peut-on en faire une synthèse dans le but de les adapter à chaque contexte particulier ? Quelle importance donner au leadership et comment développer le potentiel humain des hôpitaux ? Comment utiliser les outils issus du T.Q.M. dans le processus de changement qui s'impose au monde hospitalier français, à l'instar des tentatives des systèmes de santé d'outre atlantique ? Toutes ces questions introduisent les aspects protéiformes de la gestion des hôpitaux comme bureaucratie professionnelle dans l'accompagnement du changement à venir. L'intention n'est pas de donner une réponse exhaustive à toutes les problématiques identifiées mais de tenter

d'illustrer ce domaine par une double analyse à la fois conceptuelle et pragmatique. La logique du texte s'articule donc autour de deux parties se situant à deux niveaux d'analyse :

- un cadre d'analyse formel qui tente une approche croisée des principaux référentiels qualité existants dans le domaine des ressources humaines, dans le but d'en dégager certaines lignes directrices et de proposer des éléments d'application concrète.
- un cadre d'analyse spécifique qui porte sur l'étude du Centre hospitalier de Cognac, hôpital de proximité à l'aube d'un choix stratégique radical, et intégrant :
 - ✓ les quatre fonctions génériques des ressources humaines influant sur les résultats de l'hôpital: la sélection, l'évaluation des performances, les récompenses, le développement :
 - développer la prise de conscience
 - apprendre à faire un diagnostic et à offrir une vision motivante
 - faire accepter le changement.
 - ✓ les aspects stratégiques de l'hôpital, dans un contexte de changement de cap fondamental pour la satisfaction des besoins de santé de la population desservie.

A partir de ce travail, on pourrait envisager un élargissement de la réflexion à partir d'une enquête élargie à un plus grand nombre d'établissements de santé.

Résumé

En 2001, à l'instar du Canada et des Etats Unis, les hôpitaux français se lancent dans le processus d'accréditation sur la base d'un référentiel spécifique. Concomitamment, le phénomène de normalisation internationale produit des référentiels qualité qui s'appliquent également au domaine hospitalier. Ces méta modèles tendent tous plus ou moins explicitement à promouvoir l'excellence et la performance des organisations professionnelles que sont les hôpitaux, selon la classification d'Henry Mintzberg. Parallèlement, les contraintes budgétaires et la crise avérée des systèmes de santé obligent les instances de planification à restructurer et à rendre cohérent les réseaux de soins. Dès lors, comment concilier qualité et rentabilité, dans un domaine où existe la notion de missions du service public hospitalier ? Est-il possible de respecter un engagement éthique au delà des aspects de rendement ? De quelle façon les gestionnaires hospitaliers pourront-ils se positionner face aux nouvelles normes de qualité dans un contexte de pénurie de ressources ? La place des ressources humaines dans la réflexion est centrale. Il s'agit d'un levier important dans l'accompagnement du changement. C'est ce que tentent de démontrer d'une part, l'analyse des méta modèles d'excellence ; et d'autre part, l'étude de la position du facteur humain dans un Centre hospitalier en cours de restructuration lourde. En conclusion, cette analyse met en exergue les recommandations à suivre pour favoriser l'implantation d'un management par la qualité totale dans le domaine hospitalier en s'appuyant sur les ressources humaines.

Mots clés : Management par la qualité totale, Ressources humaines, Hôpitaux, Santé, Restructuration, Référentiels, Excellence, Amélioration continue.

Abstract

In 2001, as Canadian and American done, French hospitals are engaged in an agreement process with specific standards. Concomitantly, international standardization product systems of quality reference which are applicable to health care organizations. All those patterns aim more or less to promote HCOS excellence and performance, as Henry Mintzberg classified. At the same time, financial barriers and health care system open crisis, force control authorities to rationalize and be more consistent in health care network. Consequently, how fit quality and profitability well together in health public service area ? Is ethical belief still possible beyond efficiency goals ? How health care managers could deal with new quality standards in very limited resources environment ? Human resources position is central. Human resources is one of the most important mean to reach change. It's the sense of the purpose, which first give an analysis of excellence models ; and then, study human resources hospital place in an evolutive context. In conclusion, this research point up recommendations to follow so that total quality management well fit with human resources managers in hospitals.

Key word : Total quality management, Human Resources, Hospitals, Health, Restructuration, Standards, Excellence, Quality improvement.

Introduction

Le passage de l'ère de la machine à l'ère de l'information.

Au début du XX^{ème} siècle, les doctrines de Taylor, Ford et Fayol, posèrent les bases d'une organisation scientifique puis administrative du travail, et tentaient déjà de répondre aux problèmes d'efficacité des organisations. Illustrées par plusieurs courants de pensée, l'école du management classique et l'école des relations humaines décrivent une approche fonctionnaliste de l'organisation. Pour les uns, le postulat est celui de l'irrationalité illimitée qui permet de trouver les meilleures façons de produire et de gérer efficacement les organisations. Ici, la rationalité de l'organisation coïncide avec les objectifs de l'organisation tels que définis par ses dirigeants et avec les moyens (techniques, administratifs) mis en œuvre pour les atteindre. Toute activité contraire est irrationnelle. Pour les autres, le postulat est celui de l'existence d'une harmonie entre les individus et les groupes de l'organisation, principalement entre la direction et ses employés. Tant les dirigeants que les employés ont un comportement rationnel, en fonction des objectifs propres qu'ils poursuivent. Dans les deux cas, les organisations sont conçues comme des entités rationnelles et légitimes, à l'intérieur desquelles les individus et les groupes partagent des objectifs communs et peuvent les réaliser grâce à l'existence d'une structure de coordination et d'autorité. Si les différentes rationalités qui s'affrontent peuvent être source de dysfonctionnements, ces dernières ne remettent jamais en cause l'unité fonctionnelle et l'équilibre de l'organisation. Elles obligent tout au plus à adopter des techniques visant à mieux intégrer les individus à l'organisation.

Puis, dans les années 60, le doute s'est introduit. L'image du monde sur laquelle les économistes raisonnaient n'était-elle par fort éloignée du monde réel ? Si les populations, souvent suivies des politiques, résistaient aux injonctions les mieux assises des technocrates, n'était-ce pas parce que les modèles de ces derniers ignoraient bien des choses qui comptent dans la vie des hommes, et non en raison de l'obscurantisme des masses ? L'augmentation du « bien-être » tel que les économistes le mesurent ne paraissait pas rendre l'existence réellement meilleure. Il fallait donc enrichir la vision des économistes et leurs modèles en y intégrant plus d'éléments de la réalité, et au premier chef une appréhension plus riche des effets de l'économie sur la qualité de l'existence.

Mais, une fois engagé dans cette voie, le tâtonnement restait entier.

La nécessité du changement au sein du système hospitalier face à un statu quo impossible.

Les années 2000 imposent un changement de paradigme aux systèmes de santé européens et nord américains. Les contraintes budgétaires pèsent sur les hôpitaux publics et les acteurs libéraux. Les obligations liées à l'accréditation et à la pression croissante de l'opinion publique et des patients, mettent en exergue la crise annoncée du système de soins.

Le statu quo est impossible pour plusieurs raisons : la crise du système de santé est simultanément une crise du financement, de la régulation, des savoirs et des valeurs.

La crise du système de santé.

Crise du financement : le coût marginal d'opportunité des dépenses de santé est, pour la collectivité, très élevé, d'autant plus qu'à partir d'un certain niveau, l'efficacité des services de santé à améliorer la santé des populations devient très faible voire négative. Cette crise amène à la nécessité de contrôler les dépenses de santé et rationaliser le système de soins.

Crise de la régulation du système de soins évoluant en trois actes depuis cent ans :

Acte 1 : le triomphe de la médecine (XVIII^{ème}, XIX^{ème}, début XX^{ème}) correspond à l'approche scientifique dans les sciences fondamentales et à l'apprentissage clinique dans les hôpitaux universitaires ; puis, au développement de la logique professionnelle supplantée par la logique technocratique (années 60) lors de la mise en place de l'assurance maladie et de la logique de maximisation de l'offre de services.

Acte 2 : la médecine contestée (milieu années 70) : logique de régulation visant à accroître la santé de la population au moindre coût à l'aide d'arbitrages politiques. Le système de santé est décrit comme l'interaction, au sein d'un environnement, de deux sous-systèmes : le système des états de santé et le système de soins.

Acte 3 : transition vers une médecine renouvelée (questionnement fondamental des connaissances), où aucun groupe d'acteurs ne peut revendiquer en fonction de sa logique spécifique, le monopole de la régulation du système de santé. La régulation du système de soins est en permanence la conséquence de la tension qui existe entre quatre logiques de régulation : la logique du marché (population), la logique technocratique (organismes payeurs & gouvernement), la logique professionnelle (professionnels & organisations de travail) et la logique politique (Etat).

Crise des connaissances : La santé recouvre des réalités diverses qui ne se recoupent que partiellement. Deux questions fondamentales : la définition du normal et du pathologique, donc celle de la santé et de la maladie pour les individus, les professionnels, la société. La santé c'est un ensemble «de sécurités et d'assurances, sécurités dans le présent et assurance pour l'avenir... il y a une assurance biologique qui n'est pas excès et qui est la santé. Etre en bonne santé c'est pouvoir tomber malade et s'en relever, c'est un luxe biologique.» L'amélioration de la santé de la population dépend ainsi, dans des proportions inconnues, de la qualité de l'environnement, de la prospérité générale du pays et des services de santé dispensés par le système de soins.

Crise des valeurs : la crise oblige à faire des choix reposant sur des valeurs morales.

Fondement pour une utopie.

Comment une médecine renouvelée pourrait participer à une véritable politique de santé ? Comment bâtir une utopie pouvant servir à mobiliser l'imagination ? L'utopie du système de soins ne pourra espérer éliminer les contradictions mais les reconnaître et trouver les moyens de les mettre en tension.

Ces paradoxes sont : l'existence simultanée de plusieurs conceptions de la santé et de la maladie ; les variations dans les délais de réaction des différentes interventions ; savoir comment gérer une information probabiliste clinique pour gérer la qualité d'une décision individuelle dans laquelle la marge d'incertitude a priori reste élevée ; la logique professionnelle en perpétuelle tension avec la logique technocratique pour s'adapter à la contrainte globale qui découle de l'arbitrage de l'Etat ; l'opposition de la vision linéaire, à causalité simple, appréhendable par la méthode scientifique, à la vision systémique, caractérisée par l'existence de systèmes complexes de causalités.

Potentiellement, les bénéfices pour l'humanité sont énormes : l'espèce humaine va-t-elle être l'objet d'un usinage en règle ?

Les Etats unis, le Canada et les Etats européens cherchent, en fonction de leur culture, des voix d'avenir pour le système de santé mis en place durant le siècle dernier. En France, l'histoire montre que l'institution hospitalière s'est adaptée en permanence à l'évolution des techniques et des thérapeutiques. L'ère des « bâtisseurs » des années 50 à 70 est révolue. Les années 80 ont vu naître de nouvelles préoccupations gestionnaires en contrepoint de l'évolution des modalités de prise en charge des malades (soins ambulatoires, soins à domicile, activité de jour) et de la nécessaire maîtrise de l'évolution des dépenses de santé. Chacun sait que la gestion repose, au-delà des techniques financières, sur la participation des hommes et des femmes qui travaillent, au sein de l'hôpital, à atténuer la souffrance de ceux qui y séjournent, et sur la qualité des relations sociales et du fonctionnement interne de l'institution. Les années 90 traduisent cette exigence de qualité dans la prestation fournie aux malades et la conviction qu'elle ne peut être satisfaite sans l'implication réelle de tous les personnels dans le fonctionnement de l'institution. Ces nouvelles attentes conduisent à une remise en cause d'un système de relations sociales parfois figé sur une hiérarchie traditionnelle et des modes de communication entre les différents acteurs de l'hôpital. Michel Rocard, Premier ministre, traduisait cette volonté dans un discours prononcé à l'Ecole nationale d'administration le 15 janvier 1991 :

« L'efficacité du service public requiert un fonctionnement impliqué, motivé, qualifié et créatif. Elle porte en elle l'exigence d'une véritable démocratie sur les lieux de travail, celle qui contribue à élaborer la bonne décision économique et sociale.[...] La confiance doit devenir la valeur de base du fonctionnement des services publics ; le principe de base de notre organisation constitutionnelle et administrative, et cela se lit dans tous les textes, est la méfiance. [...] C'est la confiance qui permet le développement des responsabilités à tous les niveaux en matière d'exécution comme de décision. [...] La gestion des ressources humaines dans l'administration ne peut en appeler aux seules techniques importées de l'entreprise privée. Nous sommes en train d'inventer une autre pratique d'encadrement, une pratique fondée sur la responsabilité publique. »

Le facteur humain, cœur de la qualité et de la performance à l'hôpital.

Dans cet état d'esprit, la loi du 31 juillet 1991 énonce le principe de l'évaluation dans les activités de soins, crée l'obligation pour l'ensemble des établissements de soins publics et privés français de procéder à l'évaluation de leur activité et consacre l'Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale (ANDEM) transformée en Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) depuis les ordonnances de 1996. Le défi devient alors celui du management relayant la nouvelle dynamique de fonctionnement interne traduite dans la logique de projet d'établissement. En effet, les établissements publics de santé doivent présenter un projet d'établissement qui conduit à la signature d'un contrat d'objectifs et de moyens avec les Agences Régionales de l'Hospitalisation. Ces contrats tentent de conjuguer à la fois la rationalité budgétaire et la volonté de s'engager dans une démarche qualité débouchant sur le processus d'accréditation créé en 1996. Les modes de management hospitalier ne sont pourtant pas suffisamment préparés à l'accompagnement des démarches de changement et d'amélioration de la qualité du service. Le domaine de la gestion des ressources humaines est révélateur de ce malaise. En effet, rares sont les processus de gestion qui permettent d'influer sur le comportement des hommes et sur les performances de l'entreprise avec autant d'efficacité que la gestion des ressources humaines. Cependant, les directeurs d'hôpitaux continuent de n'accorder que très peu de leur temps et de leur attention à cette activité. Cela est vrai en dépit de l'intérêt intellectuel et des débats suscités par les

nombreux livres parus sur la gestion à la japonaise, le leadership et les choix stratégiques, le management par la qualité totale véhiculé par les modèles d'excellence des entreprises. Le courant de la performance des H.C.O.s.' (Health care organization's) définit une approche du management ciblée sur quatre fonctions principales et interdépendantes qui sont : les buts de l'organisation ; l'adaptation des ressources à l'environnement ; la production ; le maintien des valeurs. Une organisation performante est celle qui maintient une dynamique équilibrée entre ces quatre fonctions. Le thème de la gestion de la qualité correspond davantage à la fonction de production et de façon variable à chacune des trois autres fonctions déclinées selon les problématiques suivantes :

- Les buts ou la satisfaction des **stakeholders**¹ permet de se poser la question : quel est le niveau de satisfaction résultant de l'organisation de la prise en charge du patient ?
- L'adaptation à l'environnement :
 - o à long terme : quelle est la capacité de l'H.C.O. de se transformer elle-même ?
 - o à moyen terme :
 - Quelle est sa capacité à identifier et à répondre aux besoins de la population ?
 - Quelle est la capacité de l'H.C.O. d'attirer la clientèle ?
- La production : la fonction de production doit inclure la dimension de la gestion de la qualité des soins et des services délivrés. Cette dimension s'est accrue depuis ces dernières années. Traditionnellement vue comme relevant du domaine des professionnels, elle est de plus en plus considérée comme relevant d'une responsabilité collective de toute l'organisation. Le focus sur les patients en tant que clients et la notion de services associés aux soins donne la preuve de cette nouvelle priorité. Quelle est la capacité à coordonner la fonction de production ? Quelle est la qualité des soins et des services produits ? humanisation, accessibilité, continuité, compréhension/compassion, qualité technique, habilités, appropriation, satisfaction des patients.
- La culture : elle se modifie pour y intégrer les aspects innovants de la gestion de la qualité découlant de l'évolution de la fonction de production de l'HCO.

Beaucoup d'ouvrages offrent des suggestions concrètes pour améliorer les performances manageriales ; mais, tout en s'affirmant souvent convaincus que les hommes sont leur principal atout, la plupart des entreprises et encore moins les hôpitaux ne sont en mesure d'étayer cette conviction par un comportement qui en tienne réellement compte. Dans la plupart des organisations, les directeurs disposent du pouvoir de choisir les hommes, d'en évaluer les performances, de les récompenser et d'assurer leur développement. Des problèmes surgissent soit parce qu'on n'a pu consacrer suffisamment de temps à ces fonctions, soit parce qu'on ne tient pas compte de leur impact sur les stratégies de l'organisation. En outre, beaucoup de directeurs n'ont pas reçu de formation appropriée dans ce domaine important. Un système de planification des ressources humaines peut les aider à développer et à conserver une main d'œuvre de haut niveau dont la création a souvent nécessité la mise en œuvre de ressources considérables. Comment préparer une nouvelle génération de leaders dont les qualités intègrent cette nouvelle conception du management ? L'objectif n'est pas de former une petite élite. Il est plutôt de développer au maximum les aptitudes au leadership pour permettre à l'hôpital de survivre dans un contexte de crise. Il s'agit en fait d'un comportement qui peut être appris et géré, grâce notamment à des systèmes qui développent la capacité de se prendre en charge et d'être responsable jusqu'aux niveaux les plus bas de l'entreprise. Le management par la qualité totale peut jouer un rôle non négligeable dans

¹ Stakeholders : actionnaires, sociétaires, acteurs internes et externes à l'organisation.

l'évolution du comportement managerial des leaders hospitaliers. Selon **Mary Anne Devanna et Noel Tiry** dans « The Transformational Leader », le leader doit imaginer comment faire prendre conscience à son personnel des défis à relever ; il doit lui proposer une nouvelle vision des choses et mobiliser les énergies autour d'elle ; l'équipe dirigeante doit trouver comment faire entrer le changement dans les mœurs, notamment en mettant au point des systèmes de management capables de soutenir la nouvelle réalité de l'entreprise. L'étude du croisement des champs des ressources humaines et de la qualité totale apporte des éléments à la réflexion sur l'accompagnement du changement des établissements de santé, tant dans les aspects rhétoriques que dans les outils concrets qui s'en dégagent.

L'évolution du concept de « gestion de la qualité » :

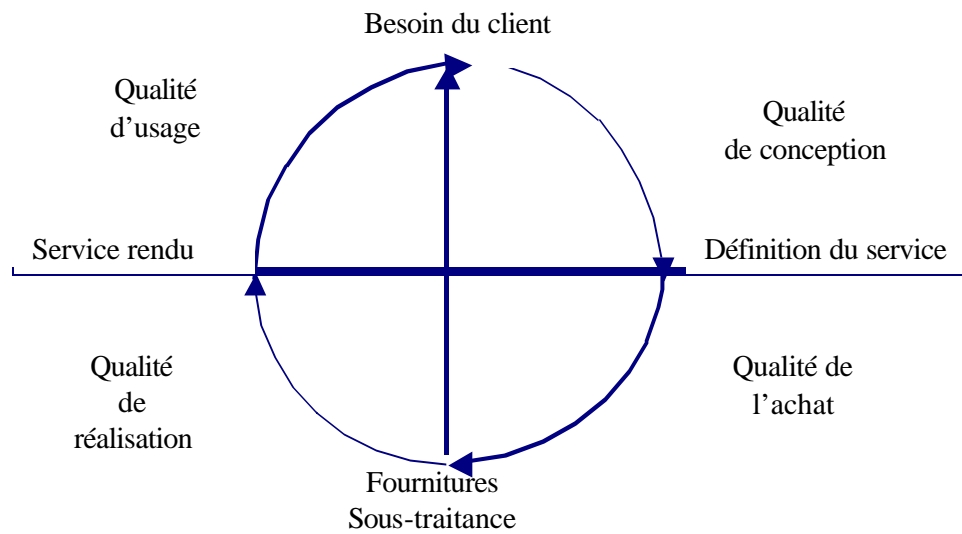
La clarification des concepts utilisés est un préalable à la clarté du propos. Quatre étapes peuvent être chronologiquement dessinées dans l'évolution de la gestion de la qualité.

Le contrôle de la qualité est l'étape du partage des tâches entre ceux qui produisent (les ouvriers, les soignants) et ceux qui sont responsables de la qualité (les contrôleurs). Ces derniers sont chargés de la définition de normes de qualité (définition des pratiques médicales puis infirmières). L'évaluation de la qualité à l'hôpital correspond à cette étape, centrée sur les aspects techniques des métiers hospitaliers, tout en mettant en avant la responsabilité individuelle des acteurs.

La gestion préventive de la qualité ou « Assurance Qualité » est la seconde étape où l'organisation ne se contente plus de constater la bonne ou la mauvaise qualité du produit/service. Elle se donne les moyens, par l'organisation du travail, de « produire de la qualité » en même temps que l'on produit le bien ou le service, du « premier coup ». La démarche hospitalière reste cependant a posteriori alors que l'assurance qualité industrielle veut gérer les difficultés ex ante, de façon anticipée.

La qualité totale est la troisième étape et correspond à la généralisation de l'approche préventive à toutes les stades du processus de production, y compris les services administratifs, et à tous les stades de vie d'un produit ou d'un service (cf. « **Cycle de la qualité** »). Au cours des dernières années, l'hôpital a lui aussi évolué vers une conception plus globale de la qualité, en insistant sur les deux points suivants : la prise en compte de l'usager et la place importante accordée aux dimensions organisationnelles (coordination entre services, analyse de processus transversaux...).

La qualité, système de management ou QM (Quality Management) constitue la quatrième étape où la qualité n'est plus un objectif en soi, un moyen d'assurer la compétitivité de l'organisation vis-à-vis de concurrents, mais un système de management, une façon de faire progresser l'organisation. En résumé, Hill & Wilkinson (1995) décrivent trois principes centraux du Total Quality Management (T.Q.M.) : une approche centrée sur le client ; l'identification des processus de base et l'amélioration continue (recherche permanente de la meilleure façon de travailler centrée sur l'implication du personnel).

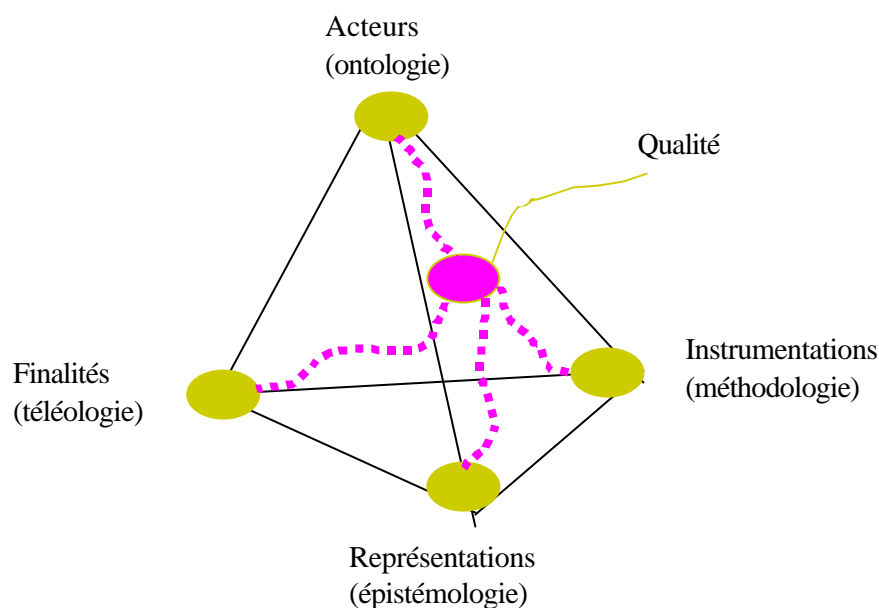


Le cycle de la qualité.

Problématique : comment croiser les champs des ressources humaines et de la gestion de la qualité dans les hôpitaux.

La qualité d'un service de santé est une notion protéiforme et évolutive en fonction de l'équilibre obtenu entre l'association complexe des quatre champs définis par **Slim Haddad, Danièle Roberge et Raynald Pineault** en 1997 dans « Comprendre la qualité : en reconnaître la complexité », article publié dans la revue transdisciplinaire en santé « Ruptures ». Selon ces auteurs, « la qualité d'un service de santé est autant l'expression dans un contexte particulier, de constructions individuelles ou collectives que des propriétés intrinsèques de ce service. Plutôt que de rechercher d'utopiques consensus sur ce qu'est la qualité, il est proposé de reconnaître puis d'intégrer dans le management, la diversité des lectures possibles de la qualité. Cette perspective se veut à l'opposé de certaines approches technocratiques normatives que les auteurs jugent faussement désincarnées. » Le schéma suivant illustre cette lecture de la qualité :

La qualité, produit d'associations complexes.



Les auteurs se sont inspirés du procédé que Levy (1994) utilise pour caractériser les paradigmes scientifiques. Dans chaque paradigme, quatre champs sont distingués et inter reliés : les représentations pour le champ épistémologique, les finalités pour le champ téléologique, les acteurs pour le champ ontologique et les instrumentations pour le champ méthodologique. Les auteurs ont donc raisonné par analogie pour tenter d'approcher la notion de qualité et d'en décrire la complexité. Ainsi, ces quatre champs sont perçus en interaction constante, ce qui participe à la construction de ce qu'est la qualité. Le modèle est dépendant du temps et de l'espace dans lesquels il trouve et retrouve un équilibre. Il peut être utilisé pour décrire une réalité particulière.

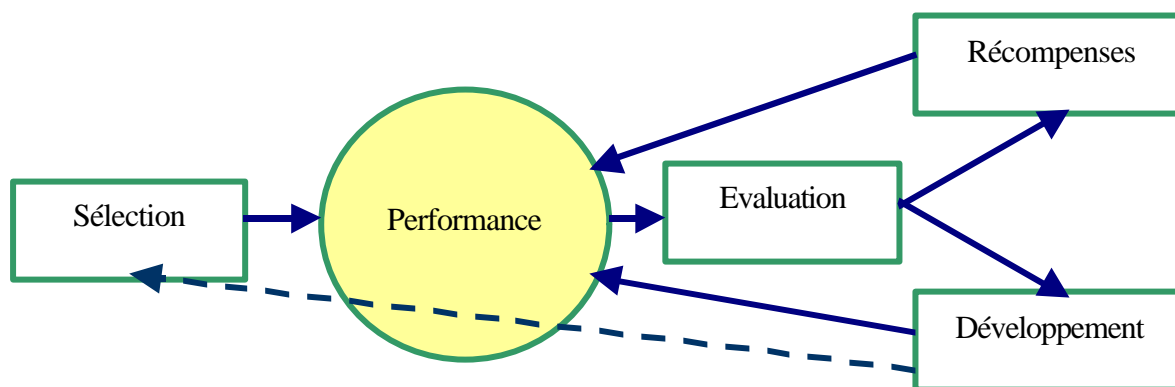
On retrouve les aspects humains au centre des préoccupations de chacun des champs décrits :

- le champ téléologique : utilisation rationnelle des ressources humaines, maintien de l'emploi et des compétences professionnelles, développement des technologies et d'un haut niveau de compétences
- le champ épistémologique : compétence professionnelle, efficacité et efficience, niveau des ressources humaines
- le champ ontologique : rôle des syndicats professionnels et des instances consultatives de l'hôpital, opinion du personnel et dialogue social, implication de tous les acteurs à la gestion de la qualité
- le champ méthodologique : système d'évaluation entre les finalités et les objectifs, accréditation sur le référentiel « GRH », évaluation des performances, enquêtes de

satisfaction du personnel, plans de formation individuels et collectifs, processus de recrutement...

Le cycle des ressources humaines en tant que processus se décompose en quatre fonctions essentielles : la sélection, l'évaluation des performances, les récompenses et le développement. La figure suivante montre comment ces fonctions génériques influent sur les résultats de toute organisation.

Le cycle des ressources humaines.



Dans ce modèle, la variable est le comportement. Cette série de tâches managériales influence les performances tant au niveau des individus qu'à celui de l'entreprise. Une personne est choisie pour un poste donné dans un hôpital en partant du principe qu'il ou elle sera capable d'en assumer les responsabilités. Afin de s'assurer que cet objectif est atteint, l'hôpital teste les performances de cette personne dans ce poste et évalue son aptitude à faire face à ses responsabilités. A partir de cette évaluation, l'hôpital récompense l'employé capable d'atteindre ou de dépasser les résultats normalement attendus à ce poste et renforce ainsi le comportement qu'il en espère. En même temps, elle lui fournit les aides au développement nécessaires pour corriger ses faiblesses éventuelles. Avec le temps, le renforcement d'un comportement positif, accompagné de la correction des faiblesses, entraîne une hausse du niveau des performances tant pour l'individu que pour l'hôpital. Ces tâches apparemment simples à expliquer, sont difficiles à mettre en pratique car les gens se comportent de façon imprévisible. Chacun arrive dans l'hôpital avec un niveau de formation différent, est plus ou moins capable de maîtriser de nouvelles compétences, ne cherche pas à obtenir les mêmes récompenses et a une expérience de la vie qui détermine la façon dont il reçoit l'information et la donne en retour. Le défi de toute organisation est donc de fournir à ses employés un environnement qui stimule leurs penchants positifs et renforce l'adéquation entre leurs aspirations personnelles et ses propres objectifs.

Par ailleurs, **Avedis Donabedian** souligne combien il importe de considérer dans l'évaluation de la performance des médecins les aspects à la fois techniques et relationnels, deux composantes essentielles du niveau de performance. Il précise les catégories sur lesquelles porte tout système d'évaluation : les éléments de structure, les processus et les résultats.

L'inscription de la réflexion sur le croisement du champ des ressources humaines et du champ du management par la qualité totale dans le contexte d'une restructuration hospitalière permet de faire émerger plusieurs problématiques. La logique du projet s'articule autour de deux parties abordant les aspects connexes des ressources humaines et de l'amélioration continue de la qualité. Il sera donc question d'aborder l'analyse des méta modèles d'excellence appliqués aux ressources humaines dans la première partie, et du passage de la rhétorique à la pratique dans la deuxième partie avec la présentation de l'étude de cas hospitalière du Centre hospitalier de Cognac et l'ouverture de la réflexion sur la performance et le changement de l'organisation.

Première partie : H.R.M. et T.Q.M., approche croisée des référentiels français, canadiens et américains.

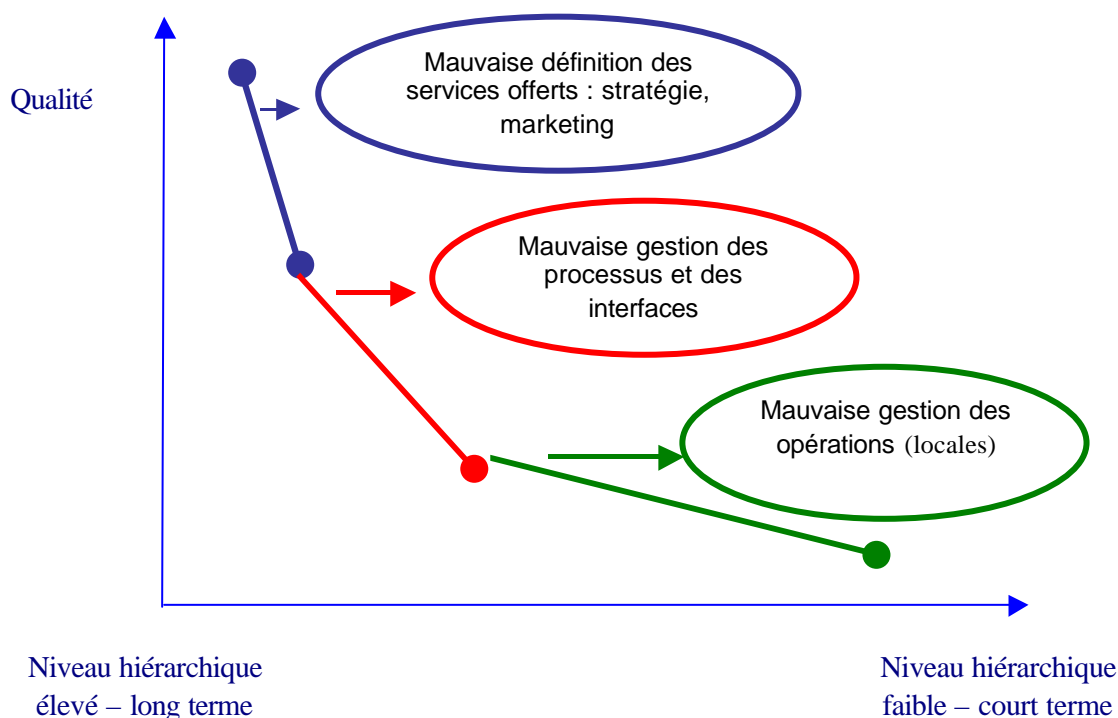
1.1 - Vers un but ultime : prévenir la non qualité à l'hôpital et passer de la conformité à l'excellence.

L'un des buts ultimes des méthodes de management de la qualité est bien de lutter contre la non qualité résultant de trois domaines :

1. L'inadéquation du service proposé au client : problème stratégique de mauvaise analyse du marché, d'inadaptation aux changements de la demande ;
2. La mauvaise coordination horizontale entre services ;
3. Les dysfonctionnements ou erreurs locaux qui se produisent au sein des services, lors de l'exécution des tâches.

Les différents niveaux d'actions d'amélioration de la qualité peuvent être schématisés comme ci-après.

Les différents niveaux d'actions d'amélioration de la qualité.



En terme de planification, trois sortes d'actions doivent être concordantes pour « produire » des résultats de qualité : les actions stratégiques, les actions organisationnelles et les actions opérationnelles. Les aspects stratégiques seront explicités dans la deuxième partie. Les

domaines des ressources humaines et des programmes qualité recouvrent les actions organisationnelles et opérationnelles et feront l'objet d'une application concrète du méta modèle défini à partir de l'analyse des référentiels qualité existants sur un cas hospitalier.

Il sera question indifféremment d'excellence ou de qualité pour la clarté de l'exposé.

1.1.1. Etat des lieux.

A cause des changements majeurs que vit actuellement le monde en général, l'Europe en particulier, la quête de l'excellence est recherchée par toutes les entreprises et les services publics. La normalisation internationale et le développement des prix qualité en sont des preuves évidentes. L'internationalisation des échanges commerciaux, scientifiques et techniques et la nécessité d'une harmonisation dans les cadres réglementaires de ces échanges ont poussé les différents pays à se tourner vers des standards internationaux. Cela permet aux entreprises et aux pays de formaliser et uniformiser la description technique des produits, des processus de fabrication et des systèmes, tels que les systèmes d'assurance de la qualité. La responsabilité dépasse le simple phénomène de normalisation et de standardisation pour aborder le domaine du management par la qualité dans le cadre d'une stratégie globale de l'organisation. Il ne sert à rien en effet d'utiliser une technique si le sens que l'on veut bien lui donner n'est pas défini. Cela n'aurait alors aucune raison d'être. L'état des lieux porte sur huit référentiels choisis à cause de leur utilisation de plus en plus répandue par les organisations de santé. L'analyse de la structure de chaque référentiel est complétée des aspects relatifs aux ressources humaines, sujet concordant avec l'étude de cas présentée en deuxième partie.

Intitulé	Version	Origine	Output	Durée du Cycle	Structure	Portée	Existence de références /HR
ISO	2000	International	Certification	NA	Trois séries	Généraliste	Oui Point 6
CCASS - MIRE	2001	Canadien	Agrément	3 ans	Quatre sections de normes	Santé	Oui 1 section de normes
CQAESS	1999	Québécois	Agrément	3 ans	Trois niveaux (72 normes)	Santé & services sociaux	Oui
ANAES	1999	Français	Accréditation	5 ans	Trois catégories/10 référentiels	Santé	Oui Référentiel GRH : 11 références
EFQM	1988	Européen	Prix	Annuel	Neuf critères	Généraliste	Oui
Malcom Baldrige	2000	Américain	Prix	Annuel	Sept critères	Santé/généraliste	Oui Catégorie 5
MFQ	1992	Français	Prix	Annuel	Huit chapitres	Généraliste	Oui Chapitre 7
JCAHO	1999	Américain	Accréditation	3 ans	Quinze chapitres	Santé	Oui

Tous les référentiels sont récents et en mouvement. Ils font tous l'objet d'une actualisation constante afin de tenir compte des nouvelles orientations du management. Ainsi, l'accent est mis à chaque fois dans les dernières mises à jour sur une approche systémique, intégrant entre autres, le continuum des soins, l'analyse des processus transversaux, l'approche centrée sur le

patient, l'organisation pensée en flux internes/externes avec une vision client de plus en plus poussée intrinsèque et extrinsèque à l'organisation, l'importance du leadership et de l'implication des acteurs, notamment l'engagement de la direction et la formation du personnel.

Les ressources humaines constituent l'un des points communs de l'ensemble des référentiels étudiés. Il est l'une des pierres angulaires autour de laquelle s'articulent les autres items des référentiels d'excellence ou de qualité. Il apparaît soit très explicitement, comme la référence « **Gestion des Ressources Humaines** » du référentiel français de l'ANAES où onze références balayent l'ensemble des domaines traditionnels de la GRH ; soit plus implicitement, comme dans l'édition 2000 du prix du **MFQ** dans le « Chapitre 7 : Participation du personnel » où cinq questions sont posées de façon spécifique sur ce domaine.

Il importe donc de bien cerner les contours des référentiels évoqués, afin d'analyser ensuite les facettes à retenir dans le cadre d'un management par la qualité totale.

1.1.2. Points forts des référentiels de management par la qualité totale.

Les modèles d'excellence se veulent des méta-modèles « définitifs » de management dans lesquels s'insère l'ensemble des actions et des programmes à court et moyen termes de l'organisation. Dans les années cinquante, le Japon est le premier pays à développer cette approche et s'intéresse à mettre en avant les entreprises exemplaires en qualité. Le prix Deming est créé en 1952. Trente ans plus tard, les Etats Unis créent le prix **Malcom Baldrige**, décerné une fois par an par le Président des Etats Unis à des entreprises ayant obtenu le maximum de « points » suivant les critères du prix. Le prix **E.F.Q.M.** a été créé pour les entreprises européennes quelques années plus tard. L'European Foundation for Quality Management a été fondée en 1988 par les présidents de quatorze entreprises européennes majeures, avec l'aval de la Commission européenne. Le nombre actuel de membres approche les 600, allant d'entreprises multinationales ou nationales, à des instituts de recherche et des universités. L'E.F.Q.M. est une clé pour le développement de la qualité dans les entreprises européennes dans tous ses aspects et activités. Ce modèle est souple et peut s'adapter à des réalités différentes dont la réalité hospitalière. Depuis les années quatre-vingt, les hôpitaux et cliniques développent des cercles de qualité mais limités le plus souvent aux ressources humaines sans implication de tous les acteurs. Mais c'est seulement depuis les années quatre-vingt-dix que la notion d'amélioration continue de la qualité se fait jour dans le domaine hospitalier. Le phénomène émergent de l'accréditation facilite la prise de conscience des directeurs d'hôpitaux et le développement des programmes d'amélioration continue. Les Ordonnances de 1996 créent l'ANAES et un référentiel qualité dont la dernière version date de 1999, permettant aux hôpitaux et cliniques de se préparer au processus d'accréditation devenu obligatoire en France.

En résumé, les trois phases du développement de la qualité sont complémentaires et peuvent s'énoncer de la façon suivante :

- les innovations montantes basées sur des méthodes ;
- l'interfonctionnalité maîtrisée par les processus (transversalité) ;
- l'approche globale basée sur des modèles de type EFQM ou Malcom Baldrige.

Il importe de définir la notion de modèle d'excellence, en le distinguant des autres méthodes et outils de management par une approche globale. Les modèles d'excellence d'entreprise de type EFQM sont, dans l'esprit des décideurs, en « concurrence » avec de nombreux autres concepts de management. En réalité, chacun des « nouveaux » thèmes de management a sa légitimité propre, peut et doit, à un moment donné, servir de levier vers l'excellence.

La certification ISO version 2000, va permettre de renforcer l'organisation, en l'obligeant à formaliser ses mécanismes qualité, ses processus, à mieux gérer ses ressources, à améliorer les résultats directement liés à la qualité et aux processus. La façon « moderne » de partir en certification est sans doute de s'appuyer sur l'approche EFQM qui consiste en :

- une cartographie globale de l'ensemble des processus ;
- une priorisation des processus à la lumière des facteurs critiques de succès de l'organisation ;
- un choix du « périmètre » de certification (en excluant entre autres les processus devant être profondément modifiés à court terme) ;
- une cartographie détaillée des processus du périmètre ;
- une étude des finalités des processus, étude des besoins/désirs des « clients » des processus ;
- une mise en place des systèmes de management, des systèmes de mesure ;
- une implication du personnel dans la description de leurs procédures.

Le management par projets détermine des projets clés de l'organisation (externes et internes) et vise à optimiser le fonctionnement de ces finalités temporaires, considérées comme clés de réussite à un instant donné. Elle peut donc apparaître comme moins technocratique que l'approche par les processus, ressentie comme plus mobilisante. Elle a un effet de levier certain sur les facteurs leadership, gestion et satisfaction du personnel et, si la dynamique est connue des clients, sur leur satisfaction. Par contre, elle n'améliore pas de façon systématique les mécanismes permanents de l'organisation. Si la stratégie de l'organisation intègre totalement le modèle EFQM chacun des projets peut être mis a priori en perspective par rapport aux objectifs EFQM. Quelque soit le projet, il possède un effet de levier sur certains facteurs EFQM : un projet de nouveau service vise à améliorer les résultats ; un projet d'organisation touche aux processus et aux hommes, etc. Ceci permet une meilleure politique de communication, expliquant la contribution de chacun des projets externes/internes à l'excellence de l'ensemble.

Le reengineering vise à effectuer des ruptures dans l'organisation, en modifiant profondément les processus, souvent grâce aux technologies, en se focalisant sur la satisfaction des besoins des clients, de ces processus. Il joue donc sur ces facteurs et sur les résultats. Selon la définition de **Michael Hammer** et **James Champy** (1983) à qui on attribue la paternité du « phénomène » de la réingénierie, il s'agit d'une remise en question fondamentale et une redéfinition radicale des processus opérationnels visant à obtenir des gains spectaculaires dans les performances cruciales que constituent les coûts, la qualité, le service et la rapidité.

Le management des connaissances « Knowledge Management » vise, dans un environnement instable, à armer les acteurs, au-delà d'un système d'information, d'un système de connaissances (Internet, Intranet...). Le KM traite des enjeux critiques de l'adaptation de l'organisation à sa survie et de ses compétences face aux changements « de rupture de l'environnement », de plus en plus nombreux. Il met l'emphase sur la chaîne des connaissances. Il aide à convertir les organisations à la transversalité nécessaire. Le MK joue principalement sur les mécanismes et la satisfaction du personnel, mais a une influence sur l'image, la satisfaction des clients, les techniques de leadership managerial.

Les approches stratégiques sont considérées par les directions comme un domaine prééminent sur les notions d'excellence, et donc délicat. Or, la stratégie n'est qu'une des composantes clé dans la recherche par une organisation de l'excellence à court et long termes.

Il faut ensuite mettre en cohérence l'organisation et ses mécanismes (processus), les mentalités (hommes), déployer ces stratégies, optimiser les ressources. L'objectif ultime d'un mouvement stratégique est la satisfaction de ses clients, de ses actionnaires (résultats), de son personnel, de son image. Tout mouvement stratégique doit pouvoir être expliqué à la lumière des critères EFQM.

Le benchmarking vise à généraliser les comparaisons concurrentielles avec les meilleures pratiques existantes, tant au niveau des résultats (globaux, satisfaction client et personnel, image) que des mécanismes (processus, style de management...). Les critères EFQM réclament donc le benchmarking.

En conclusion, les méta modèles de l'excellence doivent, pour conserver leur pertinence et leur efficacité, s'adapter aux domaines dans lesquels ils sont utilisés, sous peine d'être rejetés comme système technocratique et vécus comme trop contraignants.

1.2 - Analyse des référentiels existants et situation des ressources humaines dans chacun d'entre eux.

1.2.1. Les référentiels américains.

1.2.1.1. Le référentiel de la J.C.A.H.O. (Joint commission on accreditation of healthcare organizations') :

Fondée en 1951, la Commission d'accréditation des organisations de santé américaine est l'organisme à but non lucratif chargé de mettre en œuvre le processus d'accréditation des établissements de santé américains selon un référentiel qui lui est propre. Ses membres sont l'« American College of Physicians », l'« American College of Surgeons », l'« American Dental Association », l'« American Hospital Association », et l'« American Medical Association ». En 1999, elle avait évalué et accrédité plus de 18 000 organisations de santé aux Etats Unis, dont 11 000 hôpitaux et services de soins à domicile, et près de 7 000 autres organisations. Ses missions sont d'évaluer la qualité des soins fournis à la population au moyen de la mise en œuvre du processus d'accréditation des services qui font l'objet d'une amélioration de leur performance au sein des organisations de santé. Elle développe des standards de performance pour l'accréditation, qui sont reconnus par les experts en santé. Elle peut être consultée en matière de formation par les organisations de santé. Ils traitent de l'organisation de la qualité des soins et de la préservation de l'environnement dans lequel les soins sont délivrés. Le cycle de l'accréditation est de trois ans, et l'engagement est volontaire. Une visite sur site de plusieurs jours est conduite par des professionnels de la santé expérimentés.

Le résultat de l'accréditation est traduit dans un rapport final qui contient :

- la décision d'accréditation de l'organisation ;
- la liste des domaines ayant des recommandations spécifiques en terme d'amélioration ;
- les scores des domaines performants ;
- un score moyen comparatif (en référence à une base de données nationale).

Sept niveaux d'accréditation sont possibles :

- accrédité avec commandement (accredited with commendation) ;
- accrédité (accredited);

- accrédité avec recommandations pour l'amélioration (accreditation with recommendations for improvement);
- accréditation provisionnelle (provisional accreditation);
- non accréditation préliminaire (preliminary non-accreditation), *susceptible d'appel* ;
- accréditation conditionnelle (conditional accreditation);
- non accrédité (not accredited).

80% des hôpitaux reçoivent des recommandations pour l'amélioration. Un délai est laissé pour réaliser cette mise en conformité. Les scores sont notés sur une échelle de 1 à 5, le niveau 1 représentant le score le plus élevé. Ils correspondent à la cotation suivante :

- score 1 : compliance substantielle
- score 2 : compliance significative
- score 3 : compliance partielle
- score 4 : compliance minimale
- score 5 : absence de compliance.

Les organisations de santé doivent donc démontrer leur capacité à délivrer des soins de qualité, une amélioration continue, et la prise en compte des besoins de la population dans le cadre des soins qu'elles proposent. Le guide édité par la J.C.A.H.O. en 1999 sur la préparation de la visite précise que le processus d'accréditation ne garantit pas qu'un patient donné recevra le soin de qualité dans une entité particulière à un moment précis.

Parmi les standards (27 checklists) définis par la JCAHO en 1998, les ressources humaines (HR) occupent une place spécifique. Les standards portant sur les HR obligent l'hôpital à maintenir en nombre et en compétence un personnel adéquat en permanence. Si cela semble a priori facile, la réalité montre que près de 40% des recommandations de type 1 émises de fin 1995 à début 1996 ont porté sur **HR 5**, et que beaucoup d'hôpitaux n'ont pas pu répondre aux attentes des visiteurs sur la référence **HR 4.3**.

L'objet de l'accréditation de l'activité « HR » porte sur l'évaluation de trois éléments des ressources humaines : l'orientation du personnel, leur formation et leur niveau d'éducation ; la capacité du personnel adéquat à répondre aux besoins du patient et la revue du processus d'évaluation des compétences de l'hôpital. Le leadership et le management de l'environnement des soins, et le déploiement de standards de performance organisationnels relatifs au personnel sont également des points examinés lors de la visite.

Une **checklist** réalisée par la JCAHO reprend les critères d'évaluation requis pour le standard « HR ». Le standard est énoncé, suivi d'une question fermée (oui, non) et d'un exemple illustrant le sens de la question. A titre d'exemple, prenons les standards HR 5 et HR 4.3.

Standard	Point d'évaluation	Oui	Non	Exemple	Notes
HR 5	Evaluez vous périodiquement toutes les capacités de vos employés à accomplir leur travail de façon performante, et à répondre aux spécificités de l'âge et des autres caractéristiques des besoins de la population qu'ils sont amenés à servir ?			Cette question sur les compétences est posée pour évaluer si le personnel est qualifié pour procurer des soins aux personnes âgées.	
HR 4.3.	Est-ce-que les sources d'information sur les compétences du personnel : <ul style="list-style-type: none"> ➤ sont collectées et analysées pour définir des patterns, des tendances, et des opportunités pour l'amélioration ? ➤ sont utilisées pour identifier les domaines où il y a besoin de formations complémentaires pour le personnel ? ➤ sont revues annuellement au sein du comité de direction de l'hôpital ? 			Les résultats agrégés de l'évaluation des compétences notent une faiblesse dans le service aux usagers, et par conséquent, un programme interne au service est déployé pour renforcer ce domaine.	

1.2.1.2. Le prix national de qualité « Malcom Baldrige ».

Le prix national de la qualité «Malcom Baldrige » a été créé par la «**Public law 100-107** », signée le 20 août 1987. Il s'agissait de créer un nouveau partenariat public-privé. Les principales contributions pour le programme viennent de la Fondation pour le Prix Malcom Baldrige établie en 1988. Le nom vient de Malcom Baldrige, qui a travaillé au secrétariat pour le commerce de 1981 jusqu'à sa mort en 1987, et œuvré de façon exemplaire pour le développement à long terme de l'efficacité et de l'efficience du gouvernement américain par son management.

Le prix Malcom Baldrige est à la fois généraliste et adapté au domaine de la santé. La même grille d'évaluation est utilisée pour les entreprises ou les organismes de santé. Les raisons en sont explicitement énoncées :

Les objectifs des critères sont :

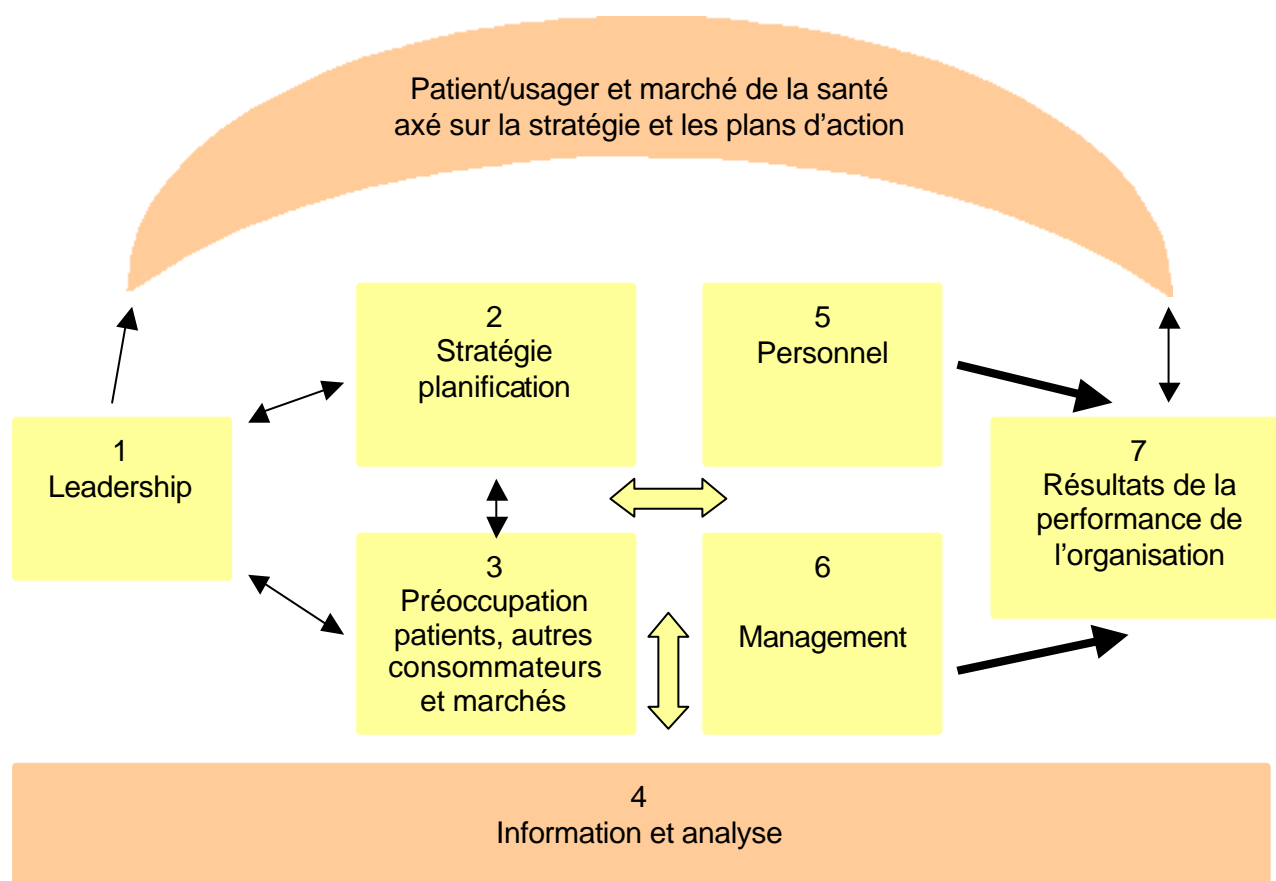
- d'aider à l'amélioration des performances et des pratiques des organisations ;
- de faciliter la communication et la connaissance des meilleures pratiques à travers les organisations de santé et plus largement, auprès de tous les types d'organisations ;
- de servir de base de travail pour la compréhension et la gestion de la performance, la planification, l'entraînement et l'évaluation.

Le programme national qualité 2000 Malcom Baldrige développe **sept critères d'excellence** adaptés au domaine de la santé qui sont :

- le leadership ;
- la planification stratégique (développement et déploiement) ;
- l'action centrée sur le patient, les autres usagers et les marchés ;
- l'information et l'analyse (revues) ;
- les ressources humaines ou « staff focus » (système de travail, formation, comportement) ;
- le management par les processus ;
- les résultats sur la performance de l'organisation.

Ces critères sont adaptables en fonction des réalités différentes rencontrées dans le monde de la santé.

Les critères d'excellence du système Malcom Baldrige.



La perspective décrit le schéma des relations et de l'intégration des différentes catégories du prix Malcom Baldrige. Du haut vers le bas, la figure comporte trois éléments de base.

❖ La stratégie et les plans d'action.

La stratégie et les plans d'action en haut de la figure produisent et fixent le champ du patient et du marché de la santé centré sur le besoin de performance, découlant de la planification

stratégique à court et à long termes, qui doit être suivie pour que la stratégie de l'organisation puisse réussir. La stratégie et les plans d'action guident l'ensemble des décisions sur les ressources et assurent la cohérence de toutes les mesures des unités de travail afin de garantir la satisfaction des patients/usagers et le succès du marché.

❖ **Le système.**

Il décrit les six catégories du Baldrige avec au centre de la figure : l'organisation, ses opérations et ses résultats. Les catégories 1 (leadership), 2 (planification stratégique), et 3 (Préoccupation patient, autres usagers et marchés), représentent la **triade du leadership**. Ces catégories sont placées ensemble pour appuyer l'importance du leadership axé sur la stratégie et les patients/usagers. Les leaders les plus expérimentés doivent donner du sens et détecter les opportunités pour l'organisation. Si le leadership n'est pas centré sur les patients/usagers, ce facteur fera défaut à l'organisation dans son entier. Les catégories 5 (Personnel), 6 (Management) et 7 (Résultats de la performance de l'organisation) représentent la **triade des résultats**. Les ressources humaines de l'organisation et ses processus clés en matière d'organisation du travail réalisent le travail qui permet d'atteindre les résultats performants. Toutes les actions sont pointées vers les résultats de la performance organisationnelle.

❖ **L'information et l'analyse.**

La catégorie 4 sert de fondement à la performance du système de management. L'information et l'analyse permettent une critique du système de management de l'organisation et du système basé sur les faits pour l'amélioration des soins et de la performance au niveau opérationnel.

La **structure des sept catégories de critères** montre une subdivision en 19 items, chacun traitant d'une exigence majeure. Ces items font l'objet des réponses des organisations.

Le système de scores ou « Scoring system » explique les trois dimensions de l'évaluation qui sont balayées par les critères :

- **L'approche** : les méthodes utilisées du point de vue de
 - leur adaptation,
 - l'efficacité de leur utilisation :
 - reproductible, intégrée et appliquée justement ;
 - le développement des cycles d'amélioration continue ;
 - basée sur des informations fiables ;
 - leur cohérence avec les besoins de l'organisation
 - l'évidence de l'innovation.

□ **Le déploiement :**

Le déploiement se réfère à l'étendue de la réponse aux items par l'approche de l'organisation.

Les éléments utilisés pour évaluer le déploiement incluent :

- l'utilisation de l'approche pour rendre pertinentes les sollicitations des items dans l'organisation ;
- l'utilisation de l'approche par toutes les unités de travail adéquates.

□ **Les résultats.**

Les résultats se réfèrent aux produits «outcomes» dans l'atteinte des objectifs des items. Les facteurs utilisés pour évaluer les résultats sont :

- la performance habituelle ;
- la performance relative à une comparaison appropriée et/ou à du benchmarking ;
- le niveau et l'importance de l'amélioration de la performance de l'organisation ;
- le lien entre les mesures de résultats pour le patient/usager, le marché, le processus, et le plan d'action de la performance requis, identifié dans la revue générale (« Business

Overview » : point de départ de l'auto évaluation et guide pour la visite des experts) et les items sur l'approche/déploiement.

Le guide de cotation « **Scoring guidelines** » complète la démarche d'évaluation. Les items sont dépendants d'un score exprimé en pourcentage.

Les catégories 5 et 7.3 traitent des aspects des ressources humaines. Le personnel est traduit par Staff dans le référentiel santé, et Employees dans le référentiel général. Dans le critère, la notion de personnel inclut : les producteurs de soins, le personnel administratif et des services support. Cela concerne les salariés, tous statuts confondus, les praticiens indépendants (médecin, infirmière, nutritionnistes) non salariés, les bénévoles, et les étudiants hospitaliers (internes, résidants, élèves infirmiers, stagiaires). Le rôle du leadership est ici important, puisque les fournisseurs de soins ne sont pas toujours des employés de l'organisme de santé. Ils peuvent être extérieurs et contribuer aux mêmes missions.

Les critères de la **catégorie 5** portent donc sur le personnel. Cette catégorie est cotée 85 points sur le total de 1000 points du score Malcom Baldrige.

Cette catégorie examine comment l'organisation permet à l'ensemble du personnel de développer et d'utiliser leur plein potentiel, en concordance avec les objectifs de l'organisation. Elle examine également les efforts de l'organisation pour bâtir et maintenir un environnement de travail et un climat social conduisant à la performance, à la participation large, et à l'épanouissement personnel et organisationnel.

Les questions majeures sont réparties en trois groupes :

5.1 Les systèmes de travail. (35 points).

- Décrire comment l'organisation du travail et la définition des tâches, le système de compensations, les progressions de carrières, et les pratiques professionnelles, impliquent tout le personnel pour atteindre un haut niveau de performance dans les activités ?

5.2 Le niveau d'éducation, la formation et le développement du personnel. (25 points).

- Décrire comment le système d'éducation et de formation de l'organisation aide à l'accomplissement des objectifs des services de santé, à construire son bloc de compétence, son savoir faire et ses potentialités et à construire et à améliorer la performance du personnel ?

5.3 La satisfaction et le bien être du personnel. (25 points).

- Décrire comment l'organisation maintient un environnement de travail et un climat social constructif qui contribuent au bien être, à la satisfaction et à la motivation de l'ensemble du personnel ?

La **catégorie 7** portant sur les résultats de la performance organisationnelle (450 points) aborde également dans le critère **7.3** les résultats de l'organisation du travail et des ressources humaines pour 75 points.

7.3 Résumer les résultats liés à la gestion des ressources humaines (système de travail), incluant le bien être du personnel, la satisfaction, le développement, et la performance de l'organisation du travail.

L'évaluation des ressources humaines est donc un point central du système Malcom Baldrige. Cela montre l'importance du rôle joué par ce facteur dans les organisations de santé dans le cadre d'un processus de changement. La catégorie couvre à la fois le développement du personnel et les besoins en management dans une optique intégrée, alignée sur la stratégie de

l'organisation. Le concept aborde en même temps les aspects de l'environnement de travail et du climat social. La particularité des organisations de santé est bien le tissu relationnel existant entre les professionnels du fait de la diversité des personnels contribuant à la délivrance des soins. Afin de rendre cohérent le management des ressources humaines avec la stratégie globale de l'organisation, le critère inclut également la planification du travail dépendant de la catégorie sur la planification stratégique.

En conclusion, le référentiel Malcom Baldrige intègre plusieurs concepts importants pour s'adapter au domaine de la santé portant sur les missions spécifiques, les usagers, la conception du système, le personnel, les processus support et la santé comme objectif premier. Le cycle de l'amélioration continue est également inscrit au centre de la démarche.

1.2.2. Les référentiels canadiens.

1.2.2.1. Le référentiel du C.C.A.S.S. (Conseil canadien d'agrément des services de santé) : le programme d'agrément **M.I.R.E.** (Mesures implantées pour le renouveau des services de santé).

Le CCASS est le plus important organisme national qui accorde l'agrément aux organismes appartenant à tous les secteurs du système de santé au Canada. Il a pour mission d'aider les organismes à améliorer les services qu'ils offrent à leurs communautés. Il s'agit d'un organisme sans but lucratif, indépendant des instances gouvernementales et financé par ses membres. Le CCASS a été fondé en 1958 par des organismes de santé qui recherchaient un programme d'agrément et des normes nationales à leur intention. Le CCASS compte maintenant près de 1 800 organismes membres qui sont agréés. Ces organismes participent de façon volontaire au programme d'agrément qui est reconnu par les bailleurs de fonds des services de santé aux paliers provincial et fédéral.

Le cycle d'agrément est de trois ans et comprend plusieurs étapes : se renseigner, se préparer, effectuer l'auto-évaluation, planifier et tenir la visite, utiliser le rapport, apporter des améliorations continues.

Les normes précisent les éléments essentiels à une prestation de services de qualité dans un organisme de santé. Elles sont présentées sous forme d'énoncés qui expriment des buts à atteindre. Les énoncés placés sous les normes sont les critères. Ils représentent les activités nécessaires pour atteindre les buts énoncés dans la norme. Les normes sont élaborées sur conseils de professionnels de la santé, des organismes de santé, des universitaires, des clients et d'autres experts. Le CCASS a élaboré quatre sections de normes qui permettent d'évaluer la qualité des services de tous les secteurs d'un organisme de santé et qui servent à évaluer les services qui sont communs à tous les organismes :

- leadership et partenariat ;
- gestion de l'environnement ;
- gestion des ressources humaines ;
- gestion de l'information.

Ces services sont des activités de soutien, par comparaison aux autres services qui portent sur des activités directement en relation avec le patient.

La GRH est donc l'une des sections de normes sur laquelle repose l'évaluation du CCASS. Les questions d'évaluation portent notamment sur : les processus de planification des RH ; les activités d'initiation, de formation continue et de perfectionnement encourageant le maintien des compétences ; les processus pour répondre aux questions reliées aux activités professionnelles ; la gestion des risques RH avec comme critères de priorité : sécurité, compétence, satisfaction, efficacité, caractère opportun, efficience, accessibilité ; la communication des résultats.

La section GRH est complétée par la section de normes portant sur le leadership et le partenariat qui comprend par exemple :

« 8.0 Les ressources humaines, financières et matérielles sont affectées de façon adéquate dans l'ensemble de l'organisme.

8.1 Lorsqu'ils prennent des décisions concernant l'affectation des ressources, le conseil d'administration et les gestionnaires :

- tiennent compte de l'éthique, des valeurs ainsi que des coûts et des avantages sur le plan social ;
- recueillent et analysent l'information obtenue auprès de sources variées, par exemple les évaluations des besoins de la communauté, les rapports financiers et les rapports sur les résultats ;
- s'adaptent rapidement aux priorités et aux besoins changeants ;
- déplacent les ressources à l'intérieur des unités opérationnelles et entre celles-ci, pour qu'elles soient affectées là où les besoins sont les plus manifestes ;
- assurent une distribution équitable des ressources compte tenu des groupes de population, des régions géographiques et du continuum des services.

8.2 Le conseil d'administration et les gestionnaires ont recours à un processus d'affectation des ressources qui comprend les activités suivantes :

- revoir les priorités en matière de planification ;
- comparer les ressources disponibles à celles nécessaires pour répondre aux besoins de la communauté ;
- recueillir les commentaires auprès des partenaires de la communauté et du gouvernement provincial ou des organismes de financement et négocier avec eux s'il y a lieu ;
- évaluer les possibilités de partager des ressources avec d'autres organismes ;
- évaluer la qualité des services ainsi que leur rapport coût-efficacité ;
- évaluer l'impact financier d'un changement dans le niveau des services offerts ;
- prévoir l'impact d'une réallocation des ressources et faire la planification appropriée ;
- intégrer l'affectation des ressources au cycle de planification. »

La notion d'évaluation économique est abordée de façon explicite par le CCASS. La gestion des ressources humaines doit prendre en compte le respect du processus d'affectation adéquate des moyens.

La norme 12.0 aborde les aspects relatifs à l'entretien d'un environnement propice à l'apprentissage.

« 12.1 Le conseil d'administration et les gestionnaires favorisent et appuient une culture axée sur l'amélioration de la qualité dans l'ensemble de l'organisme en :

- établissant des attentes claires en matière d'évaluation et d'amélioration du rendement ; [...]
- reconnaissant les efforts faits par le personnel, les bénévoles et les stagiaires en matière d'amélioration de la qualité »

La cotation est réalisée sur une échelle de cinq items cotés de 1 à 7 : faible (1), passable (3), bon (5), excellent (7), sans objet. Une double cotation est réalisée, lors de l'auto-évaluation et lors de la visite. Les forces et les améliorations sont également identifiées à chaque critère.

Outre un référentiel, le CCASS contribue à l'effort de définition d'indicateurs dans tous les domaines. En 1997, il a effectué un sondage pancanadien afin de recenser les indicateurs² les plus importants de l'avis des organismes de santé. Malgré l'utilisation répandue de ces indicateurs et le fait que les organismes les considèrent comme étant fiables et utiles, leur fiabilité n'est pas encore démontrée à l'échelon national.

Pour la GRH, voilà les indicateurs proposés :

- le pourcentage de médecins se prévalant des titres et droits
- le pourcentage de praticiens indépendants se prévalant des titres et droits
- le pourcentage d'incidents liés à la sécurité touchant les membres du personnel
- le nombre de demandes d'indemnisation à la commission de la santé et de la sécurité du travail (ou l'équivalent provincial) par 100 employés
- le pourcentage de membres du personnel titulaires du certificat indiqué ou ayant renouvelé leur certificat

Le CCASS propose par ailleurs d'autres domaines dans lesquels des indicateurs pourraient être définis :

- La satisfaction du personnel
- La proportion des membres du personnel suivant de la formation continue
- Le taux de vaccination antigrippale
- Le taux d'accidents entraînant des arrêts de travail
- Le taux d'absentéisme.

En conclusion, on peut dire que la démarche du CCASS repose sur trois fondements nouveaux :

- ✓ les dimensions de la qualité :
 - réponse aux besoins : disponibilité, accessibilité, temps opportun, continuité, équité ;
 - compétence du milieu : pertinence, compétence, efficacité, sécurité, légitimité, efficience, coordination à l'intérieur du système de santé ;
 - approche centrée sur le client ou la communauté : communication, confidentialité, participation et partenariat, respect et bienveillance, responsabilité et engagement de l'organisme au sein de la communauté ;
 - milieu de travail : communication ouverte, clarté des rôles, participation à la prise de décisions, environnement favorisant l'apprentissage, bien-être.
- ✓ l'approche fondée sur la santé de la population ;
 - continuum des services de santé³ ;
 - les déterminants de santé (revenu, environnement physique, emploi...)
- ✓ l'utilisation des indicateurs.

1.2.2.2. Le référentiel du C.Q.A.E.S.S.(Conseil Québécois d'Agrément d'établissements de santé et de services sociaux).

Seules, deux provinces canadiennes détiennent un Conseil d'agrément spécifique : l'Ontario et le Québec. Ces organismes œuvrent en parallèle du travail du Conseil canadien d'agrément⁴ des services de santé. Le Conseil Québécois s'oriente davantage sur les services de santé hors

² Indicateur : « Un indice exprimé sous forme d'événement ou de ratio qui est utilisé afin de vérifier, d'assurer un suivi et d'évaluer la qualité des soins, des services de soutien et des fonctions organisationnelles en vue d'apporter les améliorations requises, le cas échéant ». CCASS.

³ Continuum des services de santé : système où divers points de services, prestataires de soins et de services, et niveaux de soins et de services sont parfaitement intégrés pour répondre aux besoins des clients ou de la population définie.

⁴ Agrément : « Processus qu'utilise les organismes pour évaluer leurs services et en améliorer la qualité. L'agrément est aussi une reconnaissance que les services offerts par l'organisme répondent à des normes nationales en matière de qualité ».

établissements hospitaliers, bien qu'il ait été amené à en agréer plusieurs d'entre eux. Le système d'agrément établi par le C.Q.A.E.S.S. repose sur cinq principes axés sur la qualité, laquelle gagne à être évaluée sur plusieurs angles, en tenant rigoureusement compte des caractéristiques particulières du type d'organisation que représentent les établissements du réseau public de la santé et des services sociaux.

Le Conseil québécois puise sa légitimité dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux qui définit les fonctions d'un conseil d'administration au Québec :

« Le conseil d'administration doit en outre pour tout établissement qu'il administre s'assurer :

- 1) de la pertinence, de la qualité et de l'efficacité des services dispensés ;
- 2) du respect des droits des usagers et du traitement diligent de leurs plaintes ;
- 3) de l'utilisation économique et efficiente des ressources humaines, matérielles et financières ;
- 4) de la participation, de la motivation, de la valorisation, du maintien des compétences et du développement des ressources humaines ».⁵

La place des ressources humaines est donc centrale au Québec et fera l'objet de l'attention particulière des visiteurs du CQAESS.

Les principes :

- Les organisations sont responsables de leur fonctionnement et des services offerts. *Toute organisation est animée par la recherche d'une meilleure qualité sous peine de périr comme en font foi les entreprises du secteur privé qui ne sauraient survivre sans les profits que lui vaut une telle poursuite. Désormais, les organisations publiques et parapubliques sont tenues à la même exigence vu la concurrence que leur imposent la rareté des ressources et la vigilance des contribuables de plus en plus conscients de leur effort fiscal.*
- La qualité résulte d'une quête incessante ;
- L'évaluation se révèle un instrument indispensable à l'amélioration de la qualité ;
- La poursuite de la qualité requiert l'engagement de toutes les personnes impliquées dans l'organisation. *Tous les acteurs d'une organisation sont impliqués dans l'amélioration de sa qualité. Chacun est responsable de remplir au mieux les tâches qui lui incombent et d'atteindre un certain nombre d'objectifs.*
Les administrateurs, les gestionnaires, les professionnels ainsi que le personnel technique et de soutien sont, par conséquent, concernés par l'évaluation à titre de composante de la démarche d'amélioration.
- L'organisation responsable doit rendre compte de son fonctionnement et de ses services.

On remarque l'importance des ressources humaines dans le référentiel du CQAESS.

Ainsi, pour mesurer la qualité, le système québécois d'agrément retient les trois angles d'observations suivants :

- 1) Le point de vue des utilisateurs, c'est-à-dire la population, les personnes et les communautés desservies : ces acteurs ont des droits, des besoins et des attentes à l'égard des services inhérents à la mission de l'établissement et à la façon dont ils sont dispensés.
- 2) Le point de vue des contribuables : ces acteurs désirent des services judicieux, efficaces, au meilleur coût possible.
- 3) Le point de vue des organisations elles-mêmes, y compris des ressources humaines qui mettent en œuvre les services : ces acteurs sont soucieux de recourir aux moyens, aux

⁵ Réf. : L.R.Q. , chapitre S-42, article 172.

compétences, aux approches et aux équipements les plus aptes à bien servir le client. Egalement, ils éprouvent leurs propres besoins et nourrissent leurs propres attentes à l'égard de leur milieu de travail.

Il intègre également les caractéristiques des organisations qui gèrent les établissements de santé et de services sociaux.

Compte tenu de ces principes, le système québécois poursuit deux objectifs :

- Certifier publiquement que les exigences telles que circonscrites par le système d'agrément sont satisfaites en ce qui a trait à la maîtrise des processus de gestion et de mise en application des services et à la qualité des services disponibles.
- Soutenir les établissements dans la réalisation de leur mission, le maintien de leur performance et l'amélioration de leurs procédures et de leurs services en fonction des mêmes exigences.

Le cadre normatif s'articule autour de trois niveaux : les objets, les champs d'investigation et les normes.

□ **Six objets :**

- L'offre de services, évaluée selon le critère de pertinence ;
- Le rapport avec le client, évalué selon le critère de la satisfaction des utilisateurs ;
- Le rapport avec les partenaires, évalué selon le critère d'intégration de l'établissement dans la communauté ;
- Les opérations, ensemble des gestes et activités reliés aux services offerts à un ou des usagers, évaluées selon les critères de confidentialité des informations concernant les usagers, de continuité des services dispensés à la personne, à la compétence des employés et à la sécurité des lieux et des équipements ;
- Le climat organisationnel : la réussite des organisations de nature professionnelle repose essentiellement sur la contribution des membres du personnel et, plus particulièrement, de ceux qui agissent directement auprès de la clientèle. D'où l'importance que soient mises en place les conditions qui assureront d'une part le développement et l'engagement des membres du personnel, et d'autre part, un climat propice à la collaboration entre les personnes et entre les équipes.
- Les ressources, évaluées selon le critère d'efficience.

□ **Les champs d'investigation :**

Chacun des objets est documenté, analysé, commenté à l'intérieur des unités que forment les principaux secteurs de services que l'établissement a mis en place. Si l'un ou l'autre objet ou élément de gestion est présent dans chacune de ces unités, les évaluateurs s'intéresseront plus spécifiquement :

- aux services en eux-mêmes ;
- aux liens entre les services de l'unité concernée et ceux des autres unités ;
- aux liens entre les services de l'unité concernée et les services offerts par d'autres instances.

Chaque unité doit donc faire la preuve qu'elle rencontre les normes de qualité en matière d'offre de services, de rapport avec la clientèle, de complémentarité avec les partenaires, de gestion des activités, de climat organisationnel et de gestion des ressources.

□ **Les normes.**

Eu égard aux six objets d'évaluation, le système québécois d'agrément distingue trois secteurs de normes :

- les processus de gestion : (72 normes)
 - la planification, les orientations de l'établissement ;
 - l'organisation, les moyens adoptés pour actualiser ses orientations ;

- le contrôle, les procédures de suivi qui mesurent l'atteinte des objectifs.
Ces éléments doivent répondre aux critères suivants : être formalisés par un support documentaire ou autrement et comporter notamment une attribution de responsabilité ; être actualisés, connus du personnel concerné et mis en application ; être appropriés aux fins que l'établissement poursuit ; être conformes aux exigences légales et réglementaires.
- les résultats : le CQAESS tient à dépasser la simple évaluation des processus et élargir son action à la qualité des services en recourant à un certain nombre d'indicateurs relatifs à chacun des objets, dont la nature peut varier selon la mission de l'établissement. Ces indicateurs sont utilisés de façon à rendre compte de l'évolution des résultats de l'établissement dans le temps et à comparer ces résultats avec ceux des autres établissements.
- la capacité d'amélioration : une part d'actions est comprise dans l'évaluation. Aussi, le système d'agrément a-t-il mis au point une démarche structurée d'auto-évaluation qui permet à l'organisation de déceler ses forces et ses faiblesses à l'aide des normes reliées aux processus de gestion et aux résultats. Des pistes d'amélioration peuvent ensuite être dégagées par l'organisme.

Tous ces éléments sont évalués selon des échelles de cotations qui varient en fonction de l'élément étudié : oui / non / en cours/ NA ; échelle de cotation de cinq items ; indicateurs de résultats ; résultats des sondages réalisés avant et après les visites...

C'est donc à travers cette grille d'analyse que le système québécois d'agrément opère en matière d'évaluation y compris pour tous les aspects relatifs aux ressources humaines. Il s'agit donc d'un référentiel à la fois large puisque ouvert à tous les domaines de gestion et pointu (cf. les **fiches communiquées par le CQAESS**) en matière d'évaluation de l'efficacité des services, puisqu'il vise explicitement à déterminer des indicateurs de résultats, à en envisager la progression dans le temps de manière à les corrélés aux indicateurs de processus.

1.2.3. Le référentiel européen : E.F.Q.M. (European foundation for quality management).

« ...the battle for Quality is one of the prerequisites for the success of your companies and for our collective success »,

précise Jacques DELORS, Président de la Commission européenne, lors de la signature de la lettre d'intention à Bruxelles, pour la création de l'EFQM le 15 septembre 1988.

Le modèle EFQM est à la fois généraliste et peu s'adapter à des réalités diverses. Les hôpitaux peuvent donc l'utiliser.

Les missions de l'E.F.Q.M. sont :

- de stimuler et accompagner les organisations européennes à développer leur démarche qualité à travers la satisfaction des clients et des employés, l'impact sur la société et les résultats de l'entité.
- de dynamiser les managers européens dans l'accélération du processus de développement du management par la qualité totale, en en faisant un avantage concurrentiel.

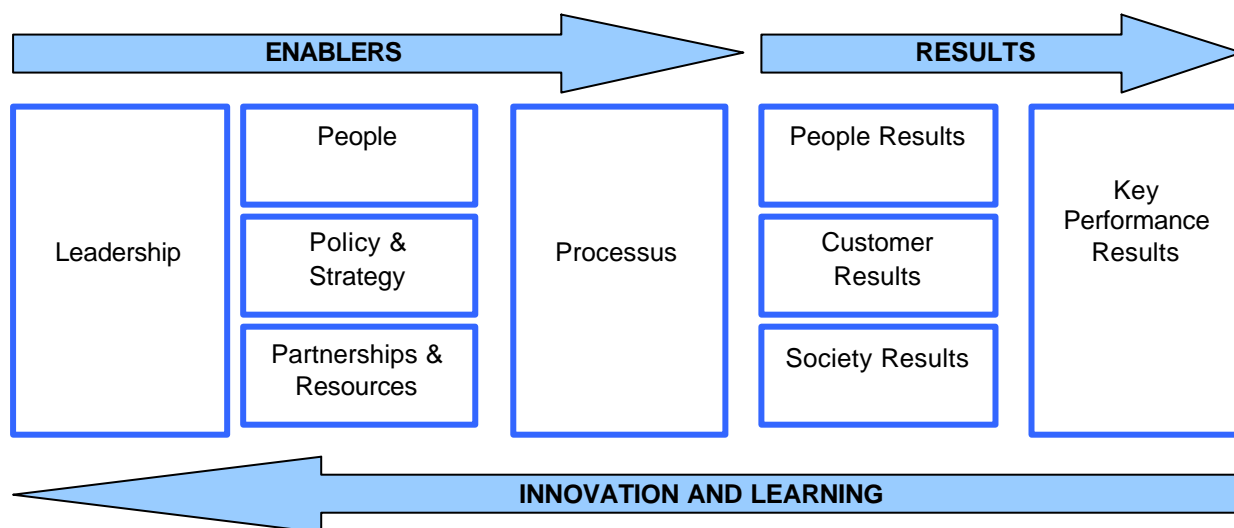
La généralisation du management par la qualité totale est une façon d'accroître l'efficacité, l'efficience et la compétitivité – réduction des coûts - à long terme des entreprises, en associant à la fois les besoins des consommateurs, des employés, les aspects financiers et les autres acteurs de la communauté au sens large.

Le **modèle** comporte neuf critères qui sont traduits sous forme de diagramme : leadership ; déploiement stratégique ; management des ressources ; management des hommes ; management des processus ; résultats sur le personnel ; résultats sur les clients ; résultats sur la société ; résultats sur la performance.

Cinq d'entre eux portent sur les moyens « Enablers » et quatre d'entre eux portent sur les résultats. Les critères de moyens couvrent ce que l'organisation fait ou met en œuvre. Les critères de résultats couvrent ce que l'organisation atteint comme objectif. Les résultats sont la conséquence des moyens mis en œuvre.

Le modèle repose sur l'idée principe que les résultats excellents en terme de respect de la performance, des consommateurs, des gens et de la société sont obtenus à travers les partenaires, les ressources et les processus.

Diagramme présentant l'EFQM.



Le « modèle aux neuf boîtes » représente la base selon laquelle une organisation peut s'évaluer pour progresser vers l'excellence. Chacun des neuf critères a une définition contenant le plus haut degré de satisfaction. Des sous critères sont également établis pour pratiquer cette évaluation. Ils posent un nombre de questions formulées au cours de l'évaluation.

□ **Results orientation :**

L' excellence est dépendante de la réponse et de la satisfaction des besoins de tous les acteurs internes et externes (stakeholders), incluant le employés, les clients, les fournisseurs et la société en général aussi bien que les intérêts financiers de l'organisation.

□ **Customer focus :**

Le client est le juge ultime de la qualité du produit et du service et la loyauté du client, sa fidélité et les gains de part de marché sont optimisés à travers un focus clair sur les besoins actuels et potentiels des clients.

□ **Leadership & constancy or purpose :**

Le comportement des leaders d'une organisation engendre un positionnement clair et cohérent à l'intérieur de l'entité et crée un environnement dans lequel l'entreprise et ses personnels peuvent exceller.

□ **Management by processes & facts :**

Les organisations atteignent un niveau de performance quand toutes les activités sont en inter relations, correctement comprises et managées systématiquement, et que les décisions portant sur les opérations les plus courantes sont planifiées. L'amélioration est obtenue de l'information pertinente collectée incluant la perception des acteurs porteurs d'enjeux.

□ **People development & involvement :**

Le potentiel humain d'une entité est meilleur à travers des valeurs de développement et une culture reposant sur la confiance et le développement de l'emploi, ce qui encourage l'épanouissement de chacun.

□ **Continuous learning, innovation & improvement :**

La performance organisationnelle est maximisée quand elle est basée sur le management et le développement des connaissances dans la culture et l'apprentissage continu, l'innovation et l'amélioration.

□ **Partnership development :**

Une organisation travaille de façon plus efficace quand elle a un système de relations mutuelles construit sur la confiance, favorisant le savoir et l'intégration avec les partenaires.

□ **Public responsibility :**

L'intérêt à long terme d'une organisation et de ses employés est mieux servi en adoptant une approche éthique et en accédant aux attentes et aux régulations d'une large communauté.

Pour aider à l'évaluation, **deux outils méthodologiques** sont mis à la disposition des entreprises et des organisations : une carte montrant le chemin (Pathfinder card) et la matrice du score RADAR. La logique du Pathfinder card est d'aider à l'identification des opportunités d'amélioration à travers une auto-évaluation et d'aider à la construction de plans d'amélioration. Ce n'est pas un score mais une série de questions destinées à être renseignées rapidement dans le cadre de l'auto-évaluation. La logique du RADAR consiste en quatre éléments :

Results,
Approach,
Deployment,
Assesment
Review.

Results : cela couvre ce qu'une organisation atteint ou produit. Dans une excellente entité, les résultats reflètent une tendance positive ou de bonnes performances.

Approach : cela couvre ce qu'une organisation planifie pour la mise en œuvre et les raisons de ses actions. Dans une organisation excellente, l'approche doit être vue, clairement édictée, bien définie et les processus développés avec une focalisation précise sur les besoins des clients et acteurs internes et externes. Elle doit être intégrée en reliant les politiques et les stratégies de l'organisation.

Deployment : cet aspect couvre ce que l'entité fait pour déployer son approche. Elle doit être bien implantée et de façon systématique.

Assesment & Review : cet aspect couvre ce que l'organisation fait pour évaluer et revoir ensemble l'approche et le déploiement des actions. Ainsi, dans une structure excellente, l'approche et le déploiement doivent faire l'objet de mesures régulières, d'activités d'apprentissage, avec un impact sur l'identification, la priorisation, la planification et l'implantation de l'amélioration.

Cette logique établit qu'une organisation a besoin de :

- déterminer les résultats à atteindre comme partie prenante de ses politiques et stratégies pour réaliser ses processus ;

- planifier et développer un ensemble d'objectifs pour atteindre les résultats à la fois dans l'immédiat et dans le futur ;
- déployer ces démarches de façon systématique pour en assurer une implantation pleine et entière ;
- évaluer et revoir les démarches suivies basées sur l'accompagnement et l'analyse des résultats atteints.

A chaque sous critère on applique la logique du RADAR.

Aujourd'hui, il existe un consensus pour reconnaître la validité des critères qu'il propose dans la marche vers l'excellence des organisations. Une entreprise peut désormais s'auto évaluer suivant ces critères, se comparer aux autres et ainsi déclencher les actions d'amélioration indispensables. Les organisations les plus performantes utilisent le modèle EFQM, quelque fois réadapté à leur culture propre, pour déployer l'excellence dans toutes leurs actions et pour structurer leur tableau de bord.

1.2.4. Le référentiel international : l'ISO version 2000.

Depuis 1987, l'assurance qualité s'appuie sur les normes internationales ISO 9001, 9002 et 9003, éditées par l'ISO (International standardisation organisation – Organisation internationale de normalisation) et reprises par les organismes de normalisation nationaux : pour la France, l'AFNOR (Association française de normalisation). Ce référentiel est généraliste et peut être utilisé dans le domaine de la santé, plus souvent dans les services logistiques que cliniques.

L'ISO a été créée en 1946 pour développer des normes internationales dans divers domaines. L'ISO, basée à Genève, compte 128 pays membres. L'AFNOR y représente la France. Les normes de la série 9 000 ont été adoptées par plus de 70 pays dans le monde. Ces normes apportent un langage commun à toutes les entreprises et permettent l'obtention de certificats de conformité délivrés par une tierce partie. Elles ont largement contribué au développement exponentiel de l'assurance qualité. A la fin 1999, plus de 340 000 certificats ISO 9000 étaient recensés dans le monde, dont plus de 15 000 en France (source : ISO). La démarche ISO aboutit à un type de certification qui porte sur le système qualité et non sur la certification de produits comme peuvent le faire les normes NF en France apparues en 1947. Les organismes certificateurs doivent être conformes à la norme EN 45 012 elle même inspirée des guides ISO/CEI 2 et 48. En France, une douzaine d'organismes de certification existent : AFAQ, AFAQ-ASCERT, AOQC MOODY, ASCII QUALITATEM, BVQI France, DNV CERT France, Euro Quality System France, Fondonorma, LCIE-Direction Certification, LRQA France, SGS-ICS, UTAC. La garantie que l'on tente d'apporter au client porte sur la qualité d'une organisation.

Les normes ISO de la famille 9000 ont constamment évolué depuis leur apparition en 1987. Leur version 2000, sous le format d'une seule norme ISO 9001, connue aujourd'hui sous leur forme NF EN ISO 9001 datée de décembre 2000, diffère notablement des précédentes.

Elle comprennent :

- la norme ISO 9000 elle même : « Principes essentiels et vocabulaire » ;
- la norme ISO 9001 : « Exigences » ;
- la norme ISO 9004 : « Système de Management de la qualité : lignes directrices pour l'amélioration des performances ».

Leur libellé est repris sous une codification propre par les organismes européens et nationaux. Le Centre Européen de Normalisation (CEN) les édite sous la codification EN 29 000. En France, l'AFNOR les reprend sous la codification NF EN 29 000.

L'assurance qualité se situe au troisième stade du développement préalablement décrit des démarches d'amélioration de la qualité dans les hôpitaux et a un impact certain sur la gestion des organisations. Cet impact de l'assurance qualité sur le fonctionnement des organisations peut être synthétisé en plusieurs points :

Assurance Qualité	Organisation sans assurance qualité	Organisation avec assurance qualité
Formalisation des processus	Faible, Dispersée	Développée, Centralisée
Documentation	Eparse, Peu contrôlée	Centralisée, Contrôlée
Leviers du management	Intervention directe / les faits	Pilotage par le système d'AQ
Culture	Orale	Ecrite
Responsabilité des opérateurs	De facto	Formalisée
Politique qualité	Implicite	Explicite
Actions correctives	Dispersées	Pilotées
Traitement des produits non conformes	Dispersé	Piloté
Ressources de la qualité	Diffuses	Distinguées

Le **point 6** de la norme aborde le domaine spécifique des ressources humaines. Les impératifs en matière de ressources sont particulièrement développés en termes d'implication des personnes, de compétence, de résultat de la formation initiale et professionnelle, du savoir-faire et de l'expérience.

Le **point 6** se décline de la façon suivante :

« 6 Management des ressources.

6.1 Mise à disposition des ressources.

L'organisme doit déterminer et fournir en temps utile, les ressources nécessaires pour :

- Mettre en œuvre et améliorer les processus du système de management de la qualité.
- Parvenir à la satisfaction des clients.

6.2 Ressources humaines.

6.2.1 Affectation du personnel

Le personnel qui se voit attribuer des responsabilités définies dans le système de management de la qualité doit être compétent, sur la base de la formation initiale et professionnelle, du savoir-faire et de l'expérience nécessaires.

6.2.2 Formation, sensibilisation et compétence.

L'organisme doit :

- a) déterminer les compétences nécessaires pour le personnel réalisant des activités ayant une incidence sur la qualité.
- b) Pourvoir à la formation permettant de répondre à ces besoins.
- c) Evaluer l'efficacité de la formation dispensée.
- d) Assurer que ses employés ont conscience de la pertinence et de l'importance de leurs activités et de la manière dont ils contribuent à la réalisation des objectifs qualité.

- e) Conserver les enregistrements appropriés concernant la formation initiale et professionnelle, l'expérience et les qualifications.

6.3 Installations.

L'organisme doit déterminer, fournir et entretenir les installations nécessaires pour obtenir la conformité du produit, y compris :

- a) Les espaces de travail et les infrastructures associées.
- b) Les équipements, matériels et logiciels.
- c) Des services support.

6.4 Environnement de travail.

L'organisme doit déterminer et gérer les facteurs humains et physiques de l'environnement de travail nécessaires pour obtenir la conformité du produit. »

En outre, des références concernant le personnel sont introduites dans le **point 7** :

« 7 Réalisation du produit

7.5 Activités de réalisation du produit.

7.5.1 Maîtrise des activités.

L'organisme doit maîtriser les activités de réalisation par :

[...]

- b) la mise à disposition des instructions de travail, si nécessaire.

[...]

7.5.5 Validation des processus.

L'organisme doit déterminer tout processus de réalisation dont les éléments de sortie ne peuvent pas être vérifiés par mesure ou surveillance. Ceci inclut tous les éléments dont les déficiences peuvent n'apparaître qu'une fois le produit en usage ou le service rendu. Ces processus doivent être validés pour démontrer leur aptitude à produire les résultats planifiés.

L'organisme doit définir des dispositions pour la validation et y inclure, selon le cas :

- a) la qualification des processus.
- b) la qualification des équipements et du personnel.
- c) l'utilisation de méthodes et procédures définies.
- d) les exigences pour des enregistrements.
- e) la revalidation. »

Le **point 5** porte quant à lui entièrement sur la « Responsabilité de la Direction », élément d'analyse important en ressources humaines.

La place des ressources humaines est donc là encore centrale dans la critères d'évaluation de l'organisme de santé.

En résumé, on constate que la nouvelle version de l'ISO 9001 peut être, pour toute organisation :

- un outil de développement stratégique et opérationnel ;
- une base efficace de développement de démarches qualité ;
- une méthode d'amélioration continue des performances ;
- un bon moyen pour atteindre l'excellence.

1.2.5. Les référentiels français.

1.2.5.1. Le référentiel **A.N.A.E.S.**

L'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme hospitalière et précisée par le décret n° 97-311 du 7 avril 1997, introduit la procédure d'accréditation⁶ dans le système de santé français. L'objectif est de s'assurer que les établissements de santé développent une démarche d'amélioration continue et de la sécurité des soins délivrés aux patients. Le processus est obligatoire et le cycle dure cinq ans. Quatre types de décision peuvent être pris : sans recommandations, avec recommandations, avec réserves, avec réserves majeures. L'Agence Nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) a établi un manuel qui constitue le référentiel sur la base duquel les établissements de santé sont évalués. Il s'agit donc d'une page d'histoire récente qui s'est ouverte pour la gestion des hôpitaux, avec la parution des nouveaux textes.

Les objectifs sont les suivants :

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

Les référentiels sont ordonnés selon trois catégories qui se subdivisent en dix référentiels :

1. « Le patient et sa prise en charge.
 - Droits et information du patient.
 - Dossier du patient.
 - Organisation de la prise en charge.
2. Management et gestion au service du patient.
 - Management de l'établissement et des secteurs d'activité.
 - Gestion des ressources humaines.
 - Gestion des fonctions logistiques.
 - Gestion du système d'information.
3. Qualité et prévention.
 - Gestion de la qualité et prévention des risques.
 - Vigilances sanitaires et sécurité transfusionnelle.
 - Surveillance, prévention et contrôle du risque infectieux. »

Le référentiel **GRH** occupe donc une place centrale dans le cadre des services support, qui contribuent indirectement à améliorer la qualité de la prise en charge du patient.

Il comporte les 11 références suivantes, elles mêmes subdivisées en questions constituant des critères d'évaluation : »

- 1) « L'établissement élabore et met en œuvre un projet social conforme à ses valeurs, à sa mission et à sa stratégie. »
- 2) « Le dialogue social est organisé et intégré dans la politique de gestion des ressources humaines. »

⁶ Accréditation : « Procédure d'évaluation externe à un établissement de santé, effectuée par des professionnels, indépendante de l'établissement de santé et de ses organismes de tutelle, concernant l'ensemble de son fonctionnement et de ses pratiques. »

- 3) « La commission médicale d'établissement exerce pleinement ses compétences sur les questions de gestion des ressources humaines la concernant. »
- 4) « La gestion prévisionnelle des ressources humaines permet l'adaptation des ressources humaines aux évolutions de l'établissement. »
- 5) « Le recrutement tient compte des profils de poste et donne lieu à une vérification des conditions d'exercice. »
- 6) « Des procédures d'accueil et d'intégration des professionnels et des stagiaires sont en place. »
- 7) « Des procédures périodiques d'évaluation du personnel sont en place. »
- 8) « La formation continue permet d'assurer l'amélioration du niveau de compétence des personnels. »
- 9) « La gestion administrative du personnel assure la confidentialité, la qualité et la sécurité des informations individuelles concernant le personnel. »
- 10) « L'amélioration des conditions de travail des personnels s'inscrit dans le projet social de l'établissement. »
- 11) « Des processus sont en place afin d'examiner et d'améliorer la qualité de la gestion des ressources humaines. »

Une **échelle d'appréciation** à 4 niveaux pour chaque référence d'accréditation est utilisée pour faciliter le recueil d'appréciation lors de l'évaluation puis de la visite.

Le positionnement :

- sur le niveau A, indique que l'établissement satisfait à la référence ;
- sur le niveau B, indique que l'établissement satisfait en grande partie à la référence ;
- sur le niveau C, indique que l'établissement satisfait partiellement à la référence ;
- sur le niveau D, indique que l'établissement ne satisfait pas à la référence.
- à ceci, s'ajoute la possibilité d'indiquer que la référence n'est pas applicable à l'établissement (NA).

Le référentiel ANAES est propre au domaine de la santé. Il cible les hôpitaux et cliniques de manière spécifique avec des items orientés « santé ». Il diffère sur ce point des référentiels généralistes décrits auparavant.

1.2.5.2. Le prix du Mouvement français pour la qualité (M.F.Q.)

Lancé en 1992 par le Mouvement français de la Qualité et le Ministère chargé de l'industrie, le Prix français de la qualité récompense les efforts et les résultats obtenus des organisations dans le cadre de leur démarche qualité. Cela concerne toute entité du secteur privé ou public de moins de 500 personnes, quel que soit son domaine d'activité. Il s'organise sur deux étages : un niveau régional pour le rayonnement d'organismes locaux ; puis un concours national, auquel peuvent participer les lauréats du prix organisé au sein des régions. Ce qui motive les organisations à participer repose sur :

- l'évaluation de la démarche qualité par un réseau extérieur d'experts régionaux et nationaux ;
- la compétition de référence qui assure la reconnaissance et la promotion de la démarche qualité ;
- la démonstration concrète auprès des clients de l'exigence forte dans le domaine de la qualité ;
- la motivation de l'ensemble des collaborateurs ;
- le renforcement de la notoriété de l'entreprise par les Prix régionaux et le Prix national.

Deux témoignages illustrent cet apport :

« *Nos clients doivent être satisfaits en permanence du service public* »

Pascal Bodin, Directeur, Direction Départementale du Travail du Cantal, Mention du Prix Français de la Qualité 1997, catégorie Administration.

« *La Qualité ne se partage pas. Elle s'applique à tous, et doit se traduire par le bien être au travail et le respect d'autrui* ».

Jean-Pierre Guillon, PDG, SOFAXIS, Lauréat du Prix Français de la Qualité 1999, catégorie PME/PMI indépendantes.

En 2000, les lauréats du Prix qualité ont été : TRESSOL, pour la catégorie des PME/PMI indépendantes ; SPIE TRINDEL pour la catégorie des filiales de groupes et établissements ; HABITAT 25, pour la catégorie des administrations/services publics.

La **grille de cotation** utilisée permet d'utiliser le référentiel MFQ comme un outil d'évaluation de toute démarche qualité pour :

- vérifier que tous les aspects de la démarche qualité sont maîtrisés,
- faire régulièrement le bilan qualité en identifiant les points forts et les axes d'amélioration,
- donner un nouvel élan à la démarche qualité,
- mobiliser le personnel sur la qualité en encourageant la comparaison.

La méthode de cotation est simple. Pour chaque question du chapitre 1 à 7, l'évaluateur devra composer sa note suivant quatre paragraphes – existence (10 points), méthode (40 points), systématisme (35 points), exemplarité (15 points) - en accordant tout ou partie des points alloués. Le chapitre 8 « Résultats » fait l'objet d'une cotation à part selon le même principe.

Après avoir rempli un **questionnaire de présentation de l'organisme**, évaluant à l'occasion de chaque Prix annuel, huit chapitres contenant 30 questions sont examinés et font l'objet d'une cotation, produisant une note et un classement annuel.

Les chapitres sont les suivants :

- Chapitre 1 : **Engagement de la direction**
- Chapitre 2 : **Stratégie et objectifs qualité**
- Chapitre 3 : **Ecoute des clients ou usagers**
- Chapitre 4 : **Maîtrise de la qualité**
- Chapitre 5 : **Mesure de la qualité**
- Chapitre 6 : **Amélioration de la qualité**
- Chapitre 7 : **Participation du personnel**
- Chapitre 8 : **Résultats.**

Ainsi, en matière de ressources humaines, le Prix du MFQ consacre un chapitre entier à son évaluation :

« **Chapitre 7** : Participation du personnel ».

- Comment le personnel est-il informé des actions et des succès Qualité de l'entité ?
- Comment l'entité encourage-t-elle l'implication du personnel dans la mise en œuvre des actions Qualité ?
- Comment le personnel peut-il proposer des actions d'amélioration de la Qualité ?
- Comment le personnel est-il formé pour atteindre les objectifs Qualité ?

- ❑ Comment l'entité mesure-t-elle l'adhésion du personnel à la démarche Qualité de l'entité ? »

Outre ce chapitre spécifiquement orienté sur les ressources humaines, plusieurs questions surgissent dans les autres chapitres sur des aspects connexes :

Chapitre 1 :

- ❑ Comment l'équipe de direction de l'entité entraîne-t-elle la démarche Qualité de l'entité ?
- ❑ Comment l'équipe de direction de l'entité donne-t-elle l'exemple par des actions internes et externes ?
- ❑ Comment l'équipe de direction de l'entité valorise-t-elle les efforts et les succès qualité des individus et des équipes ?

Chapitre 2 :

- ❑ Comment la stratégie et les objectifs qualité sont-ils connus par tout le personnel ?

Chapitre 5 :

- ❑ Comment le personnel de l'entité dispose-t-il des indicateurs appropriés au suivi de la qualité de son travail ?

Chapitre 8 :

- ❑ Quels sont les résultats de l'entité en ce qui concerne la satisfaction et la mobilisation du personnel ?

Au total, sur les trente questions constituant le référentiel du prix MFQ, onze ont trait à une problématique relevant du domaine des ressources humaines. Cela représente donc un poids non négligeable dans l'ensemble des points évalués pour atteindre un niveau supérieur d'excellence.

Ce référentiel est donc généraliste et fait l'objet de quelques applications comme par exemple à l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris, qui s'appuie sur cette grille pour faire concourir en interne, les services des établissements de santé volontaires à l'évaluation et à la reconnaissance de leur démarche qualité.

1.3 – Quel choix de référentiel pour les ressources humaines ?

Quelle synthèse peut on faire suite à l'analyse des huit référentiels présentés ? Comment dégager les ressemblances et les dissemblances ? Peut on bâtir un socle commun sur lequel appuyer une démarche qualité à l'hôpital ? Y a-t-il une spécificité aux ressources humaines par rapport aux autres secteurs dans le cadre d'un programme d'amélioration de la qualité ? Y a-t-il concurrence et devrait-il y avoir un effort de coordination entre les différents organismes d'agrément ? Ou bien, le respect d'une certaine diversité est-il nécessaire pour tenir compte de chaque contexte particulier et de la culture de chaque organisation ? Toutes ces questions seront abordées dans le point suivant.

1.3.1. Points communs et points de divergence.

Sans vouloir être exhaustif, on note plusieurs **points communs** à l'ensemble des référentiels.

- ✓ Des référentiels qui ancrent tous les ressources humaines et l'amélioration continue de la qualité au cœur de leur dynamique évaluative.

- ✓ Une même évolution historique traduit le souci d'intégrer dans la notion de qualité des éléments nouveaux incluant une vision plus globale de l'organisation et une préoccupation alliant options stratégiques, management des ressources, maîtrise des processus et pratique extensive de l'évaluation des résultats. En effet, le XX^{ème} siècle a vu une évolution considérable de l'approche qualité dans les organisations, de l'inspection à la qualité totale. Les référentiels se sont adaptés en conséquence.

Le tableau suivant synthétise cette évolution dans le temps :

Evolution de la qualité, d'hier à aujourd'hui.

Avant évolution	Après évolution
<p><i>La qualité était :</i></p> <p>Une préoccupation technique Une question de détection et de correction Pilotée par des spécialistes Affaire de quelques personnes Limitée au département de production</p> <p>Une préoccupation des entreprises industrielles</p>	<p><i>La qualité est :</i></p> <p>Une affaire de gestion Une question de prévention et d'amélioration Pilotée par la Direction Affaire de tous dans l'organisation Tous les départements de l'organisme sont concernés</p> <p>L'affaire de toutes les entreprises/organisations, y compris des hôpitaux.</p>

- ✓ L'ensemble de ces référentiels et standards portent sur l'évaluation d'un système en tant que processus ou action, et non sur l'évaluation de résultats. Cela ne garantit pas la qualité des soins donnés in fine au patient. Cette remarque est érigée en critique par certains auteurs comme **Robert H. Schaffer et Harvey A. Thomson**. Pour eux, « les améliorations orientées résultats font l'économie des interminables rituels préparatoires et se donnent pour objectifs des gains réalisables en peu de mois. » Ils prônent donc des améliorations orientées résultats et non action, comme c'est le cas dans l'option choisie par les référentiels cités. L'évolution à terme devrait passer d'une évaluation des actions à une évaluation des résultats. Plusieurs référentiels soulignent l'importance des résultats dans l'approche qualité. Plus précisément, si les programmes orientés action et ceux qui privilégient les résultats ont en commun certaines méthodologies pour aborder le changement, ils diffèrent très fortement sur d'autres points. Les partisans du développement des démarches de qualité totale optent pour une approche plus nuancée. Pour **J. Kelada** par exemple, les normes ISO présentent certains avantages : dans certains cas elles peuvent sensibiliser et mobiliser employés et clients à l'importance de la qualité et jettent concrètement les bases d'un système qualité, formel et concret, pour la réaliser. Cependant, la prudence est de rigueur. Certes, une société civilisée ne peut exister sans lois et règlements, sans code pénal ou criminel, par exemple. Mais, un tel code n'élimine pas le crime ! c'est un outil indispensable pour l'enrayer, le réduire, le contrôler, mais il ne peut l'empêcher. D'ailleurs, les criminels astucieux s'organisent et créent leur propre code qu'ils respectent rigoureusement. Ceci s'applique aussi à un système qualité conçu et mis en œuvre suivant l'une des normes ISO 9000. Un tel système ne garantit aucunement la qualité. Il donne l'assurance à un client que le fournisseur qui a un tel système peut, s'il en suit les procédures rigoureusement, concevoir, produire et livrer des produits conformes à certaines spécifications ou exigences. La certification ISO 9000 est comme un permis de conduire. Il indique que son détenteur connaît le code de la route et est

capable de conduire un véhicule automobile. Ce permis ne garantit en aucun cas que le conducteur respectera le code de la route, ne brûlera pas un feu rouge ou qu'il ne roulera pas à gauche.

- ✓ Un ensemble de référents et de valeurs sont communs sur la qualité globale : la pertinence, la cohérence, l'à-propos, l'efficacité, l'efficience, le maintien, le rendement et l'impact.
- ✓ Une méthode d'évaluation qui contient beaucoup de points communs, en dépit de particularités liées à l'histoire et à la culture de chaque organisme d'agrément. On trouve notamment les aspects suivants :
 - Pratique de l'audit externe et de l'auto évaluation ;
 - Constitution d'équipes pluridisciplinaires ;
 - Formation de visiteurs ;
 - Existence d'un référentiel systématique, formalisé et faisant l'objet d'une cotation ;
 - Obligation de planification de la visite et d'un cadre d'intervention formalisé ;
 - Recrutement, formation et supervision des évaluateurs ;
 - Procédure d'agrément formel des établissements ou de reconnaissance par un prix ;
 - Promotion du système d'agrément des établissements et formation des utilisateurs du système ;
 - Analyse des résultats obtenus par les établissements et publication des principaux constats ;
 - Révision et amélioration du système d'agrément.
- ✓ Des objectifs et des missions proches comme : évaluer, agréer, aider à améliorer, promouvoir le système.

Plusieurs **points de divergences** existent entre les référentiels.

- ✓ Des structures de référentiels différentes traduites dans les énoncés : chapitres, section de normes, critères, exigences,...
- ✓ Une variation dans :
 - le cycle d'agrément qui peut être annuel ou pluriannuel.
 - le caractère obligatoire ou facultatif (volontariat) de l'engagement dans le procédure d'accréditation.
 - les critères de cotation.
 - la densité des exigences.
 - certaines missions plus développées dans certains organismes comme la formation des acteurs de terrain (CCASS) ou l'édition de normes professionnelles (ANAES) .
- ✓ Une approche évaluative différente : par exemple, un recueil d'informations avant / après qui différencie certaines démarches comme celle du CQAESS. Celui ci procède par enquêtes de satisfaction avant et après les visites évaluatives, chaque organisation faisant l'objet de questionnaires adaptés à son contexte. Cette approche mérite d'être soulignée car elle dépasse le simple recueil d'informations sur site généralement entrepris par les autres organismes d'agrément.

- ✓ Les organismes d'outre atlantique se font agréer eux mêmes par un organisme extérieur.

Les principales caractéristiques des référentiels d'excellence débouchent sur un socle commun constituant un cadre de travail pour la conception et la réalisation d'une démarche d'amélioration de la qualité.

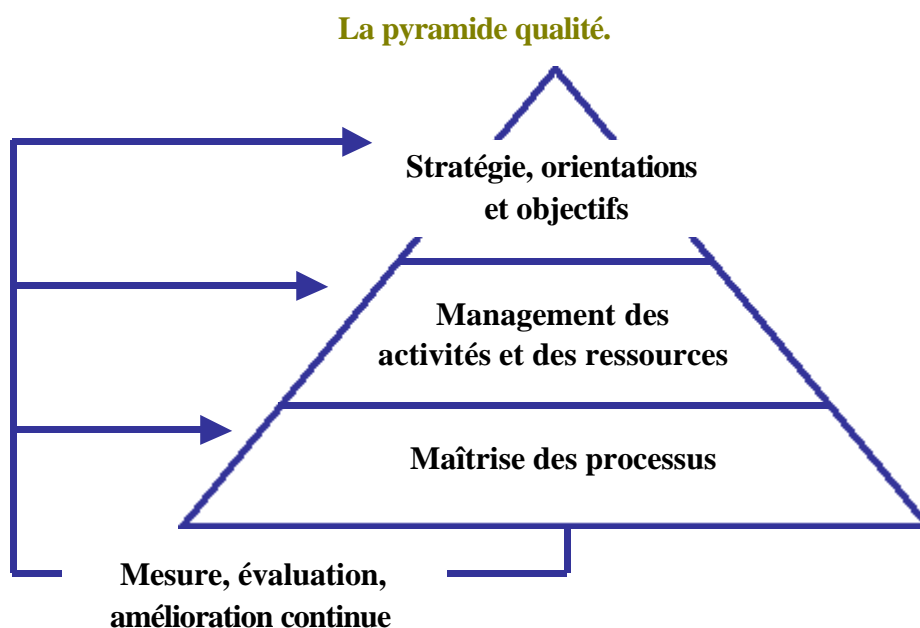
1.3.2. Un socle commun : la pyramide qualité.

Les systèmes de normalisation ou d'accréditation, comme tous les concepts, approches, démarches et outils doivent donc s'inscrire dans une approche plus globale et s'intégrer aux composantes de celle-ci. Il s'agit d'un bon point de départ, permettant à l'organisation de jeter les bases d'un système plus large ayant une orientation qualité totale qui permettra de réaliser, à moyen et à long terme, les trois objectifs de la triade : une qualité de rendement pour les actionnaires ; une qualité de produits et de services pour les clients et une qualité de vie pour les employés et les dirigeants.

De ces référentiels et prix, on se doit de passer à la gestion de la qualité totale pour être compétitif et devenir une organisation de classe mondiale, c'est-à-dire capable de distribuer ses produits – biens et services – partout dans le monde, ou contrer la concurrence internationale sur un marché local. Si ce stade n'est atteint que par les hôpitaux de taille universitaire, il doit inspirer la réflexion sur le sens du développement des programmes d'amélioration de la qualité pour l'ensemble du système hospitalier. A terme, des arrangements de reconnaissance mutuelle entre les systèmes nationaux de certification des systèmes qualité se concrétiseront au niveau mondial et seuls les organismes faisant partie de ces arrangements pourront survivre en tant que fournisseurs de services dans ce domaine.

L'ensemble de ces référentiels s'oriente peu ou prou vers une logique ciblée sur une approche systémique de l'organisation, incluant un socle commun, une prise en compte du contexte et une démarche d'amélioration continue. Le progrès agit ici par incrémentation et s'inscrit dans le long terme.

Tous les référentiels montrent la nécessité de s'appuyer sur une démarche cohérente alliant, la stratégie, le management des ressources, la maîtrise des processus et l'évaluation des résultats. On remarque en effet, l'existence d'une cohérence entre trois niveaux stratégiques reliés entre eux par la dynamique évaluative. Ce cadre conceptuel peut être représenté selon une pyramide qualité.



Cela rapproche du but ultime qui, à l'aide de la coordination adéquate entre ces quatre niveaux, permet de prévenir la non qualité dans toute organisation. La recherche d'un équilibre entre les composantes de la pyramide n'a de sens que si l'on tient compte du contexte dans lequel l'organisation évolue. La stratégie, le mode de management, la maîtrise des processus et la mesure des résultats seront en cohérence dans un contexte particulier.

A cette démarche gestionnaire, il importe de réfléchir à nouveau au développement de l'évaluation des pratiques professionnelles. Déjà aux Etats Unis, les hôpitaux désireux de se faire rembourser le traitement des ayant droit à certaines prestations de sécurité sociale doivent se doter d'un système de bilans d'utilisation, c'est-à-dire d'un organisme de contrôle collégial des prestations (Peer services review organization – PSRO). Selon la loi, les PSRO ont pour but de veiller à l'efficacité, à la rentabilité, à l'économie et à la qualité des soins. A cet effet, ils doivent déterminer si a) les prestations et les dépenses sont nécessaires du point de vue médical et b) s'il est indispensable de procéder à une hospitalisation. Or, de toute évidence, les PSRO ont mis l'accent sur les aspects économiques et non sur la qualité. En France⁷ la réflexion est plus récente et les actions encore timides. Pourtant, l'idée de demander à des professionnels de la santé de justifier l'utilisation de ressources coûteuses et de contrôler cette utilisation concorde tout à fait avec le souci croissant d'une qualité optimale et logique des soins.

Enfin, l'approche par le biais des résultats est sans doute à développer, car les méta modèles d'excellence, même si certains abordent l'aspect des résultats, pèchent par ce point. L'approche par le biais des résultats constitue le moyen le plus prometteur d'arriver à assurer valablement la qualité : elle répond le mieux aux objectifs des soins ; c'est elle qui permet le plus commodément d'évaluer la qualité des soins dispensés par une organisation de santé donnée à une population définie ; elle n'est pas le seul, mais probablement le meilleur moyen de comparer entre eux des prestataires de soins ; enfin, toutes les études de rentabilité partent nécessairement des résultats. Le tout est de savoir si l'on évalue la qualité de l'organisation et/ou la qualité du personnel soignant. Il convient sans doute de donner plus d'importance dans la formation des médecins, à la définition d'objectifs précis et mesurables. Le pronostic d'un sujet constitue un élément important en médecine depuis Hippocrate. L'utilisation du dossier médical établi pour décrire les problèmes et non pas les patients, oblige le médecin à fixer son attention sur les problèmes de ses patients et à agir en conséquence en choisissant les objectifs de traitement axés sur les problèmes. Les arbres de décision clinique offrent également un moyen de systématiser les soins médicaux et de rattacher les diagnostics et les thérapeutiques à un objectif choisi. La formation médicale occupe donc une place centrale dans le développement de l'évaluation en santé.

Pour tenir compte de tous ces éléments, et donner du sens à la démarche, il importe à présent d'allier la rhétorique à la pratique. La seconde partie aborde une étude de cas hospitalier en regard de la dimension stratégique des ressources humaines et d'un contexte de restructuration, et cherche à proposer des recommandations pour la mise en place d'un programme d'amélioration de la qualité en RH.

⁷ Rapport de Jean-françois Armogathe, « Pour le développement de l'évaluation médicale » 1989.

Deuxième partie : HRM et T.Q.M. : mise en œuvre du méta modèle décliné en PAQ dans un pôle de proximité en projet de restructuration lourde.

*« Vous devez être ce que vous voulez voir arriver »
Ghandi*

2-1 – De l'analyse stratégique à l'analyse de l'intervention : modèle opérationnel déployé au Centre hospitalier de Cognac.

2.1.1. Contexte sanitaire du cognaçais.

Dans les économies occidentales, il est d'usage de considérer la performance de l'entreprise et sa survie comme indissociables. Tel n'est pas le cas pour le domaine hospitalier où certains hôpitaux survivent en dépit d'une piètre performance. Le soutien externe de l'Etat, d'un système de financement reposant sur la sécurité sociale, contribue à cet état de fait. C'est ce que **Meyer & Zucker** (1989) appellent la situation de défaillance continue reposant sur un double constat : la mortalité organisationnelle décline avec l'âge et la performance ne s'améliore pas avec le temps. L'existence d'entreprises en défaillance continue est en partie tributaire de la conjoncture économique. Ainsi, les années 70-80 ont favorisé l'ère des directeurs d'hôpitaux bâtisseurs grâce à une conjoncture économique favorable et au bon état des ressources disponibles. Dans les années 1990, le contexte de décroissance et de restructuration des entreprises a contribué à la rationalisation des choix budgétaires ayant des répercussions sur le système de santé en terme de survie des hôpitaux, aux ressources détériorées. C'est cette détérioration à la fois des ressources tant humaines et matérielles que financières, et de la demande qui est à l'origine du changement de stratégie de l'hôpital et de la clinique de Cognac. En effet, situés entre Saintes et Angoulême, deux pôles ancrés dans des bassins de population plus importants en taille et en quantité que le bassin de cognac et bénéficiant d'établissements hospitaliers restructurés ou en passe de l'être, les structures de santé du cognaçais n'ont d'autres choix que de s'allier pour survivre à long terme pour prévenir la fuite de « patientèle » prévisible vers les hôpitaux plus performants. Pour un bassin de population d'au plus 40 000 habitants, la ville de Cognac comporte deux structures hospitalières accueillant toute l'activité de court séjour en chirurgie, médecine et gynécologie-obstétrique. La situation de détérioration de la demande potentielle les incite à se regrouper autour d'un nouvel enjeu, celui de la survie des deux organisations. La détérioration des ressources qui a trait aux difficultés internes de fonctionnement, entraîne généralement une situation d'inertie organisationnelle. Par conséquent, la situation de défaillance renforce les comportements routiniers de l'hôpital. Par exemple, lorsqu'il s'agit de prendre une décision clé pour l'organisation, certains dispositifs de fonctionnement se mettent en place : procédures de réunions, absence de débats réels, jeux d'alliances et de pouvoirs informels, etc. Les gestionnaires ont tendance à reproduire les actions et les décisions retenues dans le passé. Le Centre hospitalier de Cognac se trouvait dans cette situation et le Directeur de l'ARH n'avait devant lui qu'un nombre réduit de choix stratégiques possibles. Cela remet en cause le

rôle du management, car il est des situations où les gestionnaires peuvent difficilement enrayer les contraintes économiques et organisationnelles auxquelles ils font face.

Par conséquent, pour « renverser la vapeur », il fallait recourir à des options radicales de changement. Dans le cas des entreprises privées, quatre options stratégiques peuvent être utilisées : l'innovation organisationnelle, le renouvellement des ressources, l'externalisation de l'emploi et la privatisation. Dans le cas des entreprises publiques, l'option politique est à prendre en compte. Le choix fait par le Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation du Poitou Charentes relayé par le nouveau directeur du Centre hospitalier de Cognac est celui du changement radical par rapprochement des deux structures hospitalières sur un même site, pour un bassin de vie donné, reconnu au plan de l'organisation sanitaire régionale, dans le but de remplir l'ensemble des missions de service public et de santé de la population. Le Centre hospitalier de Cognac est aujourd'hui en plein projet de restructuration mais encore sans projet d'établissement approuvé par l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (A.R.H.). L'état architectural des deux structures nécessite une restructuration lourde. La clinique a de son côté obtenu l'accord de l'ARH pour la reconstruction d'une entité chirurgicale neuve à la sortie de la ville, et l'hôpital est en attente d'acceptation d'un projet de reconstruction, mitoyen de la nouvelle clinique. Dans la transaction, la clinique effectuerait l'intégralité de l'activité chirurgicale du bassin cognaçais, par concession de service public des lits de chirurgie de l'hôpital (24 lits et places). De son côté, l'hôpital effectuerait l'intégralité des activités de médecine et de gynécologie-obstétrique du bassin de population, y compris l'activité d'urgence. Il conserverait un secteur hébergeant des personnes âgées dépendantes.

2.1.2. Présentation de la structure organisationnelle du Centre Hospitalier de Cognac, selon la classification de Henry Mintzberg.

Le Centre hospitalier de Cognac est en hôpital de proximité de 361 lits dont 40 lits de soins de suite et 152 lits d'hébergement pour personnes âgées. Il a 500 ETP de personnel non médical et 39 ETP de personnel médical, tous statuts confondus. Il est dans une zone d'attraction rurale de 40 000 habitants, à proximité d'un autre département. Ses missions sont celles incombant au service public hospitalier, avec une orientation polyvalente puisque les services de médecine n'ont aucune spécialité et les services de chirurgie répondent aux problèmes chirurgicaux orthopédiques et viscéraux. Il dispose d'une unité de proximité d'accueil, de traitement et d'orientation des urgences associée à un service mobile d'urgence. La maternité réalise 500 accouchements tous les ans.

La configuration dominante à laquelle correspond le Centre hospitalier de Cognac est l'organisation professionnelle ou bureaucratie professionnelle selon la classification d'**Henry Mintzberg**. Selon cette grille d'analyse, il est possible de classer le Centre hospitalier de Cognac dans la catégorie des bureaucraties professionnelles parce qu'il comporte les éléments suivants :

- un sommet stratégique limité ;
- une petite ligne hiérarchique ;
- un centre opérationnel prédominant avec une multiplication d'unités et de services de soins de taille plus ou moins grandes : petites unités de soins en médecine, chirurgie et maternité ; unités plus grandes en soins de suite et de réadaptation ou dans le secteur hébergeant des personnes âgées ;
- une technostructure où il y a peu de contrôle administratif ;
- une fonction de support logistique importante pour aider les professionnels hospitaliers à maintenir leur niveau de qualifications et de pratiques : fonctions blanchisserie, unité culinaire de production, services techniques, services intérieurs, jardins ;

- une idéologie raisonnable.

Un double constat appuie cette catégorisation :

- L'existence d'un système démocratique interne à l'organisation.

Le Centre hospitalier de Cognac est un établissement public de santé où exercent des professionnels agissant au niveau du centre opérationnel de l'organisation. Il y a une complète décentralisation verticale et horizontale du pouvoir au centre opérationnel, dominé par des opérateurs qualifiés : chirurgiens, anesthésistes, médecins, radiologues, pharmaciens, infirmières, kinésithérapeutes, aides-soignants... L'équipe d'encadrement intermédiaire est restreinte à l'essentiel, sans réel pouvoir d'organisation ou de décision. L'équipe de direction est constituée de cinq cadres, chacun responsable d'un secteur d'activité : finances, ressources humaines, logistique et technique, soins infirmiers. Le président de la Commission médicale d'établissement exerce un rôle diplomatique au niveau de la gestion interne des relations entre les médecins et la direction. Il n'intervient pas dans les processus de soins dans les unités et services hospitaliers. Il s'agit donc d'une structure légère de direction et d'administration, qui n'interfère pas dans la gestion des centres opérationnels. Cette démocratie dispose d'un mode de coordination par standardisation du savoir et des qualifications. La formation des professionnels de santé, médecins, infirmières, se fait sur de nombreuses années avec un apprentissage s'étalant sur une période plus longue encore. Le centre hospitalier de Cognac recrute ce type de professionnels et vérifie l'adéquation entre la formation initiale et continue et les missions du service. Il n'existe pas de mode de coordination par supervision directe ni par ajustement mutuel, au sein des centres opérationnels. Les professionnels utilisent un processus de classement qui se définit comme un répertoire de programmes standards appliqués à des situations connues. La fonction diagnostique utilisée par les professionnels, vise à associer un cas prédéterminé à un programme standard.

- Une autonomie dans le processus de prise de décision.

L'hôpital de Cognac évolue dans un environnement complexe mais déstabilisé depuis peu. Le niveau de complexité et de stabilité dépend de l'approche macro ou micro que l'on peut avoir. Le niveau macro est celui de la planification sanitaire et de l'évolution technologique. La planification sanitaire classe l'hôpital de Cognac en pôle de proximité, ce qui le pérennise. Les services cliniques sont généralistes et ne nécessitent pas l'utilisation de haute technologie mis à part le scanner. Le niveau micro est celui du service personnalisé qui n'est pas conditionné par un système technique fantaisiste. Le jugement des médecins est individuel et il y a une démarcation nette entre les zones de contrôle professionnelles et les zones de contrôle administratives. Ils agissent donc en toute autonomie dans leur pratique. Les infirmières et les personnels para médicaux ont un comportement plus hétéronome c'est-à-dire plus dépendant de la hiérarchie administrative de l'hôpital. Ce phénomène se vérifie grandement au Centre hospitalier de Cognac, qui avait gardé jusqu'il y a peu, un mode de management très hiérarchique avec un directeur qui, longtemps dans la fonction, avait mis en place son pouvoir à partir des systèmes d'autorité sur l'encadrement infirmier. Cela lui permettait de maîtriser un certain nombre d'informations. L'idéal pour une organisation professionnelle est de combiner les deux approches dans une approche conjointe des niveaux micro et macro, afin de respecter l'autonomie professionnelle tout en tenant compte des priorités institutionnelles de l'établissement. La prise de décision peut se faire alors par choix collectif alliant les professionnels aux administrateurs (politique de recrutement, promotion professionnelle, budget). Le processus de prise de décision devient alors collégial.

Cependant, d'autres caractéristiques s'écartent de la bureaucratie professionnelle :

- ❑ L'existence d'une oligarchie hiérarchique mécaniste des services qui apportent le support logistique au centre opérationnel. Il s'agit d'une enclave de nature mécaniste à l'intérieur de la configuration professionnelle. Il y a donc un risque d'accroître les aspects mécanistes de l'hôpital, ce qui est en contradiction évidente avec les buts et les modes d'équilibre généraux d'une bureaucratie professionnelle.
- ❑ Le développement du syndicalisme est certain à Cognac. Bien qu'il soit nécessaire, cela peut générer le risque de brouiller les relations entre le centre opérationnel et la structure administrative, ou d'accroître les difficultés de relations.
- ❑ L'existence de conflits, car l'hôpital manque de toute forme de mécanisme de coordination évident pour tous les cas non traités dans le cadre du processus de classement. Par exemple, les comités de coordination ou les groupes de résolution de problèmes sont très difficiles à mettre en place. En effet, si le processus de classement permet de résoudre les problèmes et les contradictions des prises de décision, il ne permet pas de gérer les autres processus de décision. Cela entraîne une dissipation d'énergie et de temps pour l'organisation, ce qui a un coût.
- ❑ Le problème de la mobilisation des professionnels par rapport à un projet de service ou individuel : on remarque certaines impuissances face aux professionnels non consciencieux ou incompetents. Le processus de classement peut inhiber la nouveauté et limiter la motivation du personnel. Le système d'évaluation du personnel de l'hôpital ne compense pas ce phénomène car il n'introduit pas réellement de critères d'intéressement soit matériels, soit immatériels. Les médecins ne sont pas non plus évalués et bénéficient d'un statut très protecteur qui empêche la sanction.

La bureaucratie professionnelle est toutefois susceptible d'évoluer, notamment pour intégrer l'impact de l'introduction de démarches d'amélioration continue de la qualité ou de l'accréditation. La structure organisationnelle sera ainsi modifiée en fonction de la réponse donnée par chaque hôpital lors de la mise en place de ce processus d'évaluation externe et interne.

2.1.3. Situation des ressources humaines dans le processus d'affaires.

Après avoir qualifié le contexte global du Centre hospitalier de Cognac, il importe de situer les domaines des ressources humaines dans l'organisation.

Le Centre hospitalier est en pleine restructuration et sans projet d'établissement. Comment allier la gestion du projet d'établissement à l'approche de management par la qualité ? Auparavant, la direction des ressources humaines n'avait aucune existence propre. En 2000, le nouveau directeur constitue un **organigramme** aux responsabilités clairement identifiées entre les cadres de direction, d'où il émerge la volonté de créer une Direction des ressources humaines dotées des compétences adéquates. Le développement des actions qualité relève de trois directions, outre la direction d'établissement :

- la Direction du service de soins infirmiers ;
- la Direction des ressources humaines ;
- la Direction des services économiques et des travaux.

Le choix est fait par le nouveau directeur des ressources humaines de développer une approche T.Q.M. au sein de la DRH, sur son champ d'activité, dans le cadre de l'élaboration du projet social en gestation.

Pour situer les ressources humaines dans l'hôpital, l'organisation peut être schématisée selon le processus d'affaires (Mapping the Business Process) ce qui correspond en quelques sortes à une carte géographique. Un schéma dit de premier niveau montre les relations entre l'environnement externe de l'organisation (clients, concurrence, actionnaires, environnement...) ses partenaires en amont (PAM) et en aval (PAV) et tous les départements de l'organisation (production, marketing, finances, ingénierie, personnel..).

De ce schéma, on peut passer à un deuxième niveau, où le contenu de chaque case est détaillé.

La gestion des ressources humaines comprend les processus d'embauchage, de formation et de développement, de rémunération, de santé et de sécurité, d'amélioration des conditions de travail ; qui représentent un deuxième niveau.

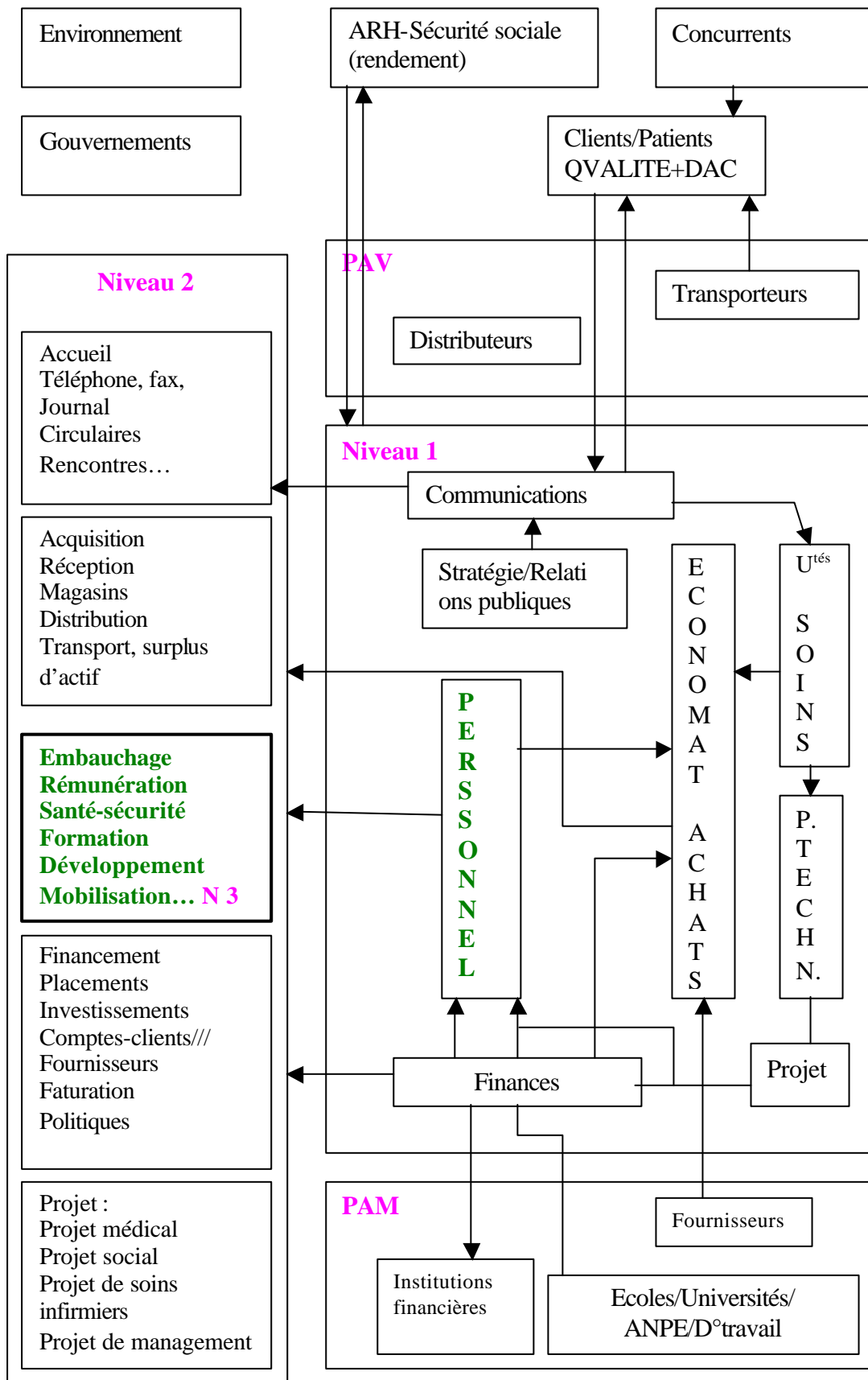
Chacun des processus comprend à son tour un certain nombre d'activités : l'embauchage comprend le recrutement, la sélection, le placement et la probation (niveau 3). Le recrutement comprend un certain nombre de tâches : la sollicitation interne et externe, le traitement des candidatures non sollicitées... qui représentent un quatrième niveau, et ainsi de suite.

Le fait de schématiser le processus d'affaires permet à chaque département de l'organisation de voir, concrètement, ses relations avec le client, les partenaires externes, ainsi qu'avec ses partenaires internes. On peut alors voir la chaîne de la qualité totale que certains appellent la boucle ou la spirale de la qualité (Juran). Chaque département au sein de l'organisation, à part le fait qu'il doit être capable de décrire son ou ses processus, doit aussi être capable de les situer dans le processus d'affaires ou processus global de l'organisation. on pourra identifier les points dans le processus d'affaires qui influencent positivement ou négativement les performances de l'organisation mesurées par ses résultats externes (rendement sur capital investi, degré de satisfaction des clients, évolution de la part de marché, réactions de la concurrence, effets sur l'environnement...).

Cet exercice a aussi l'avantage d'être un outil de mobilisation et de renforcement, quand le processus d'affaires est affiché, car chaque département et personne se retrouve dans ce schéma et réalise sa contribution aux performances de l'organisation.

Le schéma suivant tente de montrer la cartographie générale du **processus d'affaires** du Centre hospitalier de Cognac.

Processus d'affaires de l'hôpital de Cognac.



2.1.4. Logique et structuration des programmes d'amélioration de la qualité en ressources humaines au Centre hospitalier de Cognac : management participatif et gestion de projet, leviers méthodologiques de la gestion du changement.

2.1.4.1. Synoptique, acteurs et objectifs.

La phase de conception du projet s'est révélée primordiale pour le bon déroulement ultérieur de la démarche. Elle a consisté, au cours des six mois de formation sur la qualité, l'évaluation et la performance (QUEOPS) du directeur des ressources humaines, en l'utilisation des outils de gestion de projet. Les outils présentés servent à organiser le management ultérieur du projet social en clarifiant les rôles et fonctions, organisant les tâches, analysant les risques potentiels, définissant le processus de déroulement du projet, élaborant les budgets prévisionnels et planifiant les interventions.

- La **note de clarification** synthétise les données du projet, dans le but de pouvoir communiquer en interne autour de la démarche. Elle s'est révélée utile au lancement du projet.

Projet qualité en gestion des ressources humaines au Centre hospitalier de Cognac

Définition du projet

- Elaboration et adoption du projet social sur la base d'un diagnostic qualité pour une amélioration de la performance de la direction des ressources humaines et de la qualité des soins au malade.
- Réalisation d'un outil diagnostic dans le domaine de la gestion des ressources humaines.
- Formation de la direction des ressources humaines puis des services du Centre hospitalier à la culture qualité sous l'angle des méta modèles d'excellence.

Début du projet : 1^{er} janvier 2001

Fin du projet : 1^{er} janvier 2005 à préciser chaque année durant le projet social.

Budget du projet : moyens constants – quota d'heures à définir à cha que intervention.

Acteurs du projet

Maître d'ouvrage : le directeur du Centre hospitalier

Maître d'œuvre : le directeur des ressources humaines et son équipe projet (à définir)

Partenaires extérieurs : organismes de formation et d'audit

Objectifs du projet

Objectifs du maître d'ouvrage :

- mettre en cohérence la stratégie globale du centre hospitalier et développer le management par la qualité
- améliorer les performances du Centre hospitalier de Cognac
- satisfaire le patient
- impliquer et responsabiliser le personnel

Objectifs du maître d'œuvre :

- diagnostic du fonctionnement de la direction des ressources humaines par rapport aux référentiels et aux méta modèles d'excellence.
- auto évaluation de la DRH
- élaboration et adoption du projet social
- diffusion de la culture qualité dans le fonctionnement de la DRH

<ul style="list-style-type: none">- mettre en place des actions correctives et des éléments de mesure- développer le dialogue social. Objectifs des partenaires extérieurs : <ul style="list-style-type: none">- satisfaire le client- accroître ses références hospitalières et de GRH
Produit du projet Un nouveau mode de management des ressources humaines par la qualité et une évolution vers le TQM permettant d'améliorer les activités support de RH au profit du patient.
Principales contraintes du projet <ul style="list-style-type: none">- Effort de négociation avec les médecins, les partenaires sociaux, non habitués au dialogue.- Respect de la cohérence globale du management de l'hôpital en période de négociation sur la restructuration globale de l'établissement.- Diffusion sur l'ensemble des services et de l'encadrement de la culture qualité via le projet social : développement du sentiment d'appartenance.- Impliquer les employés dans un nouveau projet d'établissement.- Délai à respecter
Date jeudi 01 mars 2001 Version 2
Signature du chef de projet : <i>La directrice adjointe des ressources humaines : M.C. Escolan</i>

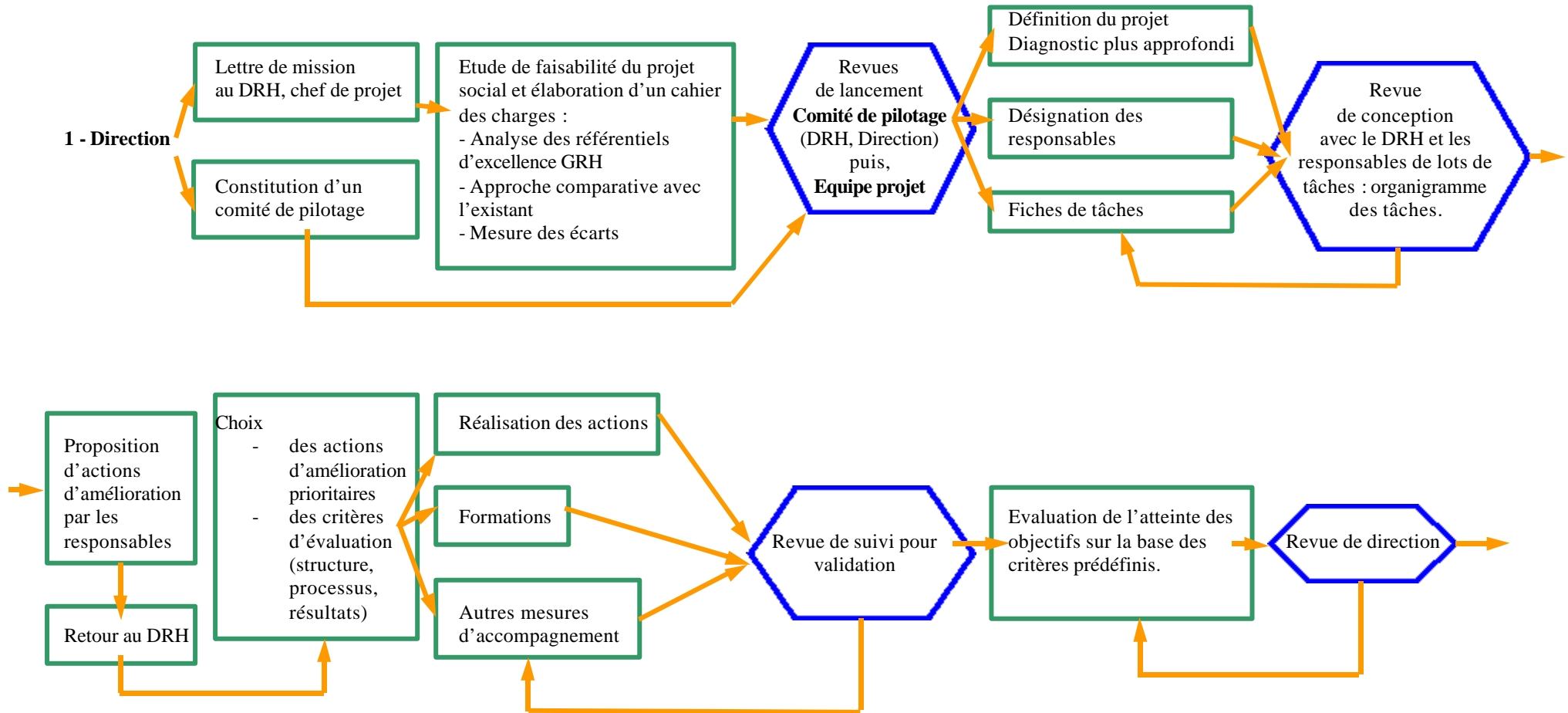
La note de clarification sert d'outil de communication au lancement du projet et tout au long de son déroulement.

- Afin de bien représenter le processus de déroulement du projet d'amélioration de la qualité de la gestion des ressources humaines au Centre hospitalier de Cognac, un **synoptique** sert de support pédagogique.

Visualiser le processus de déroulement du maxi PAQ, puis de chaque mini PAQ découlant de la démarche par incrémentation donne une meilleure compréhension de la logique dans laquelle s'inscrit la dynamique du management du projet social.

L'on peut constater qu'il s'agit d'un processus itératif qui a un début et dont la fin permet de boucler la boucle de l'amélioration chère à Deming. L'objectif est l'amélioration continue de chaque intervention du projet. Ainsi, l'action d'amélioration portant sur la refonte du processus de formation continue du Centre hospitalier de Cognac doit suivre toutes les étapes de la chaîne de qualité jusqu'à arriver à un seuil de référence préalablement fixé par la DRH selon les objectifs institutionnels définis dans le projet social et l'évaluation issue de la grille de questions du service (cf. infra). Le processus de déroulement du projet est donc illustré selon la figure suivante.

Processus de déroulement du projet d'amélioration de la qualité de la gestion des ressources humaines au Centre hospitalier de Cognac.



➔ Direction 1

2.1.4.2. Un organigramme des tâches comme support à l'ensemble de la démarche.

- L'élaboration d'un **organigramme des tâches et des fiches de tâches** pour le cadrage général du projet.

L'organigramme des tâches.

Après avoir réalisé les outils conceptuels permettant de communiquer autour du projet, un organigramme des tâches permet de découper par grandes fonctions l'ensemble du maxi PAQ en RH.

Il permet de :

- de constituer un inventaire des tâches à réaliser, sans en oublier
- donner une représentation arborescente par décompositions successives, en partant des grandes phases du projet pour descendre jusqu'aux tâches élémentaires attribuables à un intervenant déterminé
- contractualiser l'affectation de chaque tâche ou lot de travaux.

Sept fonctions majeures sont définies comportant chacune des sous tâches dont le nombre et la nature sont précisées sous forme d'arborescence :

1. Management du projet.
2. Définition du référentiel qualité en RH.
3. Diagnostic de la situation.
4. Conception du projet.
5. Mise en œuvre du projet.
6. Evaluation et tableaux de bord : l'effort sur les indicateurs.
7. Capitalisation et correction.

Les sous tâches renvoient à des **fiches de tâches** qui précisent les éléments concrets de réalisation de la tâche.

Pour chaque tâche il est décrit précisément :

- Un responsable
- Un délai
- Un budget
- Un contenu clair
- Un résultat identifié mesurable.

Recommandations.

- Cette étape qui peut paraître laborieuse, doit être réalisée avec soin car l'organigramme technique est le fondement de la planification du projet ;
- Il est préférable de mener cette démarche de façon participative, en démarrant la décomposition avec l'équipe projet et en discutant les particularités avec les responsables des tâches ;
- Elle permet aussi de déléguer la réalisation des travaux en responsabilisant les intervenants internes et externes : la fiche de tâche présente « le contrat » passé entre le chef de projet et l'intervenant responsable de la tâche.

La fiche de tâche.

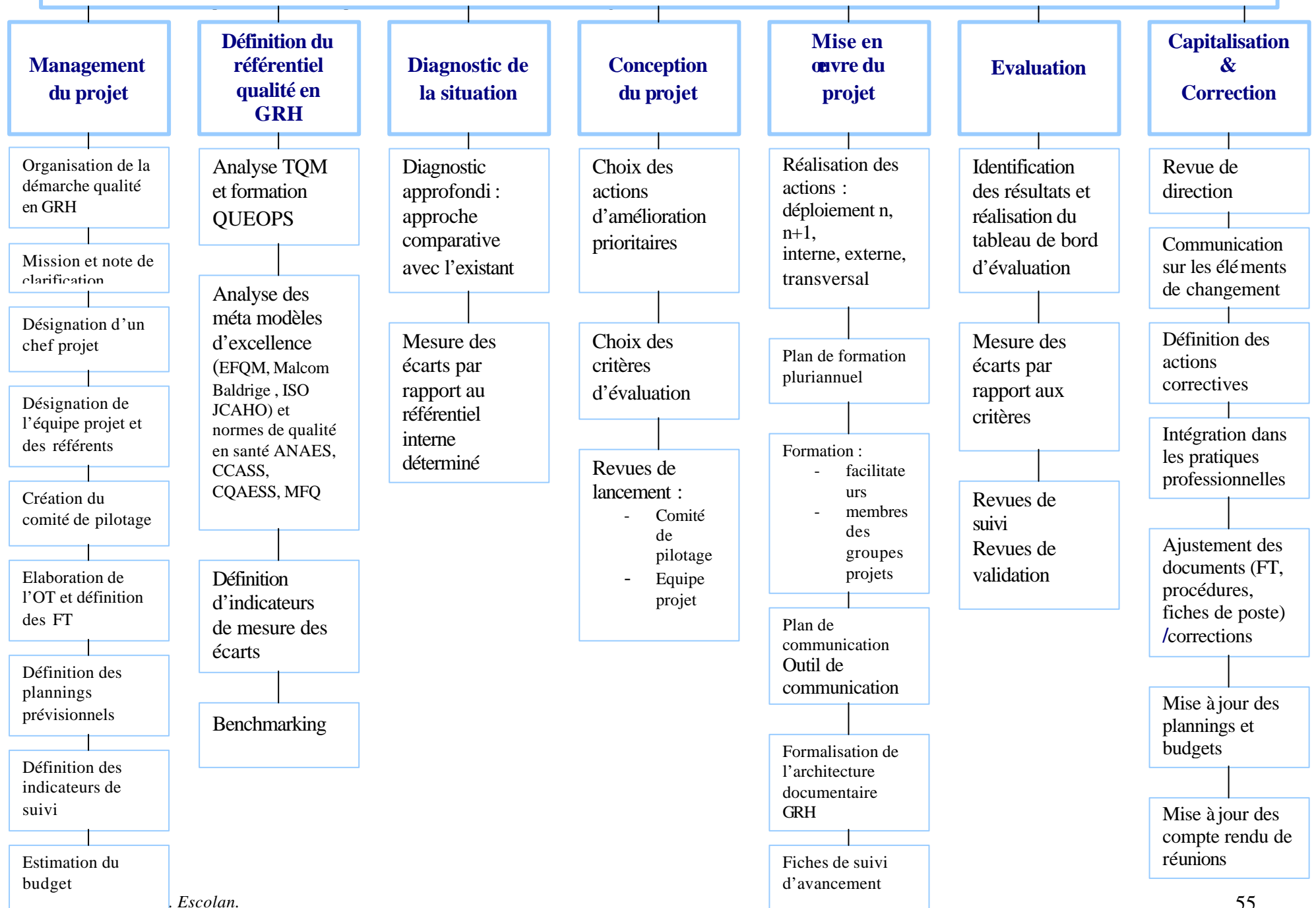
Quand ? Après constitution de l'équipe projet et établissement de la note de clarification, pour compléter et préciser l'organigramme des tâches.

Pour qui ? Elle tient lieu de contrat entre le chef de projet et l'intervenant responsable de la tâche.

Pour quoi ? pour préciser, pour chaque tâche élémentaire, qui en est le responsable, quel est le contenu, avec quel budget et dans quel délai elle doit être exécutée.

ORGANIGRAMME DES TACHES DE L'AMELIORATION DE LA QUALITE EN GESTION DES RESSOURCES HUMAINES -

01/06/2001



Escolan.

- Un **planning** de type Gant est en cours d'élaboration, car en phase de négociation, il est toujours difficile de figer les éléments de mise en œuvre du projet trop en aval.
- Enfin, une **analyse des types de risques** découlant du projet conclut la démarche et permet d'utiliser pour les interventions micro ou méso la démarche AMDEC⁸ par exemple. Le tableau suivant traduit cette analyse.

Analyse des types de risques

Nature du projet	Acteurs impliqués	Contraintes à respecter	Difficultés rencontrées
Projet d'établissement	Directeur et président du Conseil d'administration Equipe de direction dont un responsable du projet Président de la CME Délégués syndicaux Comité de pilotage ARH	Délai de réalisation Coût constant et équilibre budgétaire Validation par les instances et approbation par l'ARH	Manque de motivation des médecins Absence de formation à la notion de projet des personnels et de l'encadrement soignant Lourdeur du processus d'approbation
Projet médical	Président de CME Directeur Médecins, Chefs de service	Délai de réalisation Coût constant Contraintes réglementaires de mise aux normes : hospitalisation	Défaut de motivation du personnel médical par manque de formation Rivalité entre chefs de service
Projet social	Directeur des ressources humaines Partenaires sociaux Représentants du CHSCT	Délai de réalisation Coût constant Réduction du temps de travail Protocoles mars 01 et équilibre budgétaire	Absentéisme élevé Respect des contraintes budgétaires Résistance au dialogue social
Projet de soins infirmiers	Directeur des soins infirmiers Cadres infirmiers	Délai de réalisation Coût constant Décrets réglementant la profession d'infirmière	Absence de méthodologie de travail sur la démarche de projet Pas d'outil charge en soins
Projets de services	Médecins chefs de service Cadres infirmiers	Durée de cinq ans Hiérarchisation des priorités en terme de coût	Négociation avec les différentes directions pour la réalisation des objectifs fixés Concurrence entre les services
Projet de vie	Directeur Médecin coordonnateur en gériatrie Réfèrent soignant Représentant des résidents	Durée de cinq ans Evaluation annuelle dans le cadre budgétaire	Absence de formation de l'encadrement à la gestion de projet Charge de travail trop lourde pour libérer du temps pour la réflexion
Projet de soins	Médecin Cadres infirmiers Patient	Durée et efficacité aléatoires en fonction de la réussite de la thérapeutique, du coût du traitement et de la charge en soins	Problème de transparence dans la communication des informations médicales Gestion du dossier du patient ni centralisée, ni standardisée, ni informatisée
Projet d'animation	Responsable de l'animation Directeur chargé du secteur Réfèrents animation service	Durée de cinq ans Pas d'animateur responsabilisé Evaluation lors de la procédure budgétaire	Opacité du fonctionnement des équipes soignantes du point de vue de l'animation Charge en soins rendant difficile la gestion des réunions du projet

⁸ AMDEC : analyse des modes de défaillance, de leurs effets et de leur criticité.

2.1.5. Analyse stratégique de l'intervention.

Le projet d'établissement devrait être approuvé fin 2001. Il repose sur le projet social⁹ qui est le reflet de la politique pluriannuelle des ressources humaines car il comprend les axes de développement de chacun des secteurs des ressources humaines : évaluation, formation, dialogue social, conditions de travail, gestion prévisionnelle des emplois. La problématique est donc de définir, à l'occasion de l'élaboration du projet social du Centre hospitalier de Cognac, les programmes d'amélioration de la qualité (PAQ) portant sur les ressources humaines, de manière à accompagner le changement à venir.

Il s'agit d'un cadre « en marche » qui contient les bases de développement ultérieur d'actions concrètes d'amélioration continue, dont seulement quelques unes ont pu être initialisées en 2001. Ces actions peuvent être qualifiées d'interventions, au sens ou **François Champagne** l'emploie, c'est-à-dire à plusieurs niveaux.

Il définit l'intervention comme « l'ensemble des moyens (physiques, humains, financiers, symboliques) organisés dans un contexte spécifique, à un moment donné pour produire des biens ou des services dans le but de modifier une situation problématique. » Ses composantes sont les problèmes, les objectifs, les ressources, les services et les effets.

Dans le but de capitaliser les enseignements des interventions, le projet intègre une forte dynamique évaluative que l'on peut traduire au moyen d'une grille de questions à se poser à chaque action. Reprenant François Champagne, une organisation comporte deux niveaux d'analyse qui peuvent être identifiés :

- le niveau micro : les interventions (cliniques, de support administratives) par lesquelles une organisation agit.
 - o Une intervention : un ensemble de moyens (physiques, humains, financiers, symboliques) organisés dans un contexte spécifique à un moment spécifique pour produire des biens ou des services dans le but de modifier une situation problématique.
 - o Une technique, un traitement, une pratique, un programme, une politique.
- le niveau méso : l'organisation ou une de ses composantes structurelles.
 - o Temps arbitraire
 - o Buts multiples
 - o Chaînes moyens-buts diffuses.

Au niveau micro, la modélisation systémique est simple s'appuyant sur un système d'action rationnelle. Au niveau méso, le besoin d'un modèle d'analyse est complexe et holistique.

Le projet d'amélioration de la qualité en gestion des ressources humaines au CH de Cognac repose à la fois sur les deux niveaux, puisqu'il développe un niveau méso dans le cadre du projet social, touchant ainsi les aspects stratégiques et politiques de management ; puis des interventions micro, déployées au fur et à mesure de la capacité de l'organisation à les mettre en œuvre. Les critères de jugement de la performance des interventions organisationnelles sont :

- o la pertinence
- o le bien fondé
- o la qualité
- o les effets
- o les modalités de production des effets
- o les coûts.

⁹ Article L.6143-2-1.CSP : « Le projet social définit les objectifs généraux de la politique sociale de l'établissement ainsi que les mesures permettant la réalisation de ces objectifs. Il porte notamment sur la formation, l'amélioration des conditions de travail, la gestion prévisionnelle et prospective des emplois et des qualifications et la valorisation des acquis professionnels. »

Grille de questions évaluatives suivie lors du déroulement de chaque intervention du projet :

Six questions évaluent les points forts/faibles de chacune des composantes de l'intervention.

1 - Evaluation normative : quelle appréciation porter sur les trois composantes de toute intervention par rapport aux résultats escomptés?

Structure		Processus		Résultats	
Ecart <i>L'intervention a-t-elle été implantée tel que prévu ?</i>	Opérationnel Formation Recrutement Quantitatif, qualitatif Budget	Ecart	Information produite ? Communication Activités telles que prévues ?	Effets <i>Atteinte des objectifs ?</i>	Observation Durée Taux d'évolution Validité Normes de résultats escomptées Equité des résultats décisionnels
Qualité <i>Le produit (output) rencontre-t-il les spécifications ?</i>	Compétences Connaissances Attitudes personnelles Relations humaines	Couverture <i>L'intervention rejoint-elle la clientèle prévue ?</i>	Public ciblé et couvert : %, caractéristiques , socio-professionnelles, démographiques		
Coûts <i>Sera-t-il complété aux coûts prévus ?</i>	Mise en œuvre Comptabilisation de la main d'œuvre	Qualité	Accessibilité Globalité Fiabilité, validité données, informations Contexte intangible Climat relationnel		
		Coût	Directs Indirects Evaluation économique		

2 - L'analyse stratégique tente de répondre à la question : l'intervention est-elle justifiée par rapport aux problèmes de la population ? est-il pertinent que ce soit cet intervenant qui prenne la responsabilité de l'intervention ? Il s'agit donc du lien de pertinence entre les problèmes choisis et les objectifs. L'analyse stratégique de l'intervention peut être modélisée selon la figure suivante et sert de point de départ à l'analyse logique de chacune des interventions micro qui seront déployées tout au long du projet social.

ANALYSE STRATEGIQUE

S problèmes :

- ❑ Compressions budgétaires/points ISA : débasage régional
- ❑ Déséquilibre budgétaire structurel.
- ❑ Contrainte architecturale majeure.
- ❑ Absence de projet d'établissement et de projet social : qualité, sécurité, motivation du personnel médical et non médical, couverture, permanence des soins.
- ❑ Culture de l'inaction, centrée sur les avantages acquis et une logique d'accroissement de moyens.
- ❑ Défaillance organisationnelle.

Objectif ultime :

Améliorer la gestion ressources humaines pour répondre aux besoins du patient en développant la culture qualité totale.

Problème choisi :
Absence de projet social.

Objectifs d'intervention :

Développement des P.A.Q. en gestion des ressources humaines, inscrits dans le projet social.

D attitudes, comportements des gestionnaires de la DRH, de l'encadrement et du personnel de l'hôpital, non médical et médical

D efficacité de la GRH, connaissances : évaluation, formation, recrutement

D impact sur la qualité et la sécurité des soins au patient.

DRH & gestionnaires DRH, DSSI & cadres de santé, administratifs, techniques & logistiques

Système d'information en GRH
Budget formation

Budget personnel

PAQ sur le processus de formation continue, le contrôle budgétaire, le recrutement, l'évaluation, la gestion prévisionnelle, les conditions de travail

Analyse de l'intervention

3 - Chaque intervention donnera lieu à **une analyse logique** qui tente de répondre à la question : l'intervention permet-elle d'atteindre les objectifs de façon satisfaisante ? Il s'agit ici du lien de bien fondé, du sens de l'intervention.

4 - Une troisième approche sera alors réalisée sur **l'analyse de la productivité** (ressources/services) et du **rendement** (effets/ressources) qui tente de répondre à la question : les ressources sont-elles utilisées de façon à maximiser la valeur des services produits ? A quel coût les effets de l'intervention sont-ils obtenus ? Le lien est alors celui des coûts.

5 - **L'analyse des effets** sera ensuite entreprise : quels sont les effets attribuables à l'intervention ? Ici, les résultats légitimeront l'intervention et la suite à donner.

6 - Puis **l'analyse de l'implantation** : comment et pourquoi les effets varient-ils dans les différents milieux où l'on intervient ?

Ces critères serviront de références d'évaluation des interventions déployées dans le cadre du projet et permettront de capitaliser les points forts et de corriger les effets négatifs de manière à mettre en œuvre la dynamique d'amélioration. Le cas du contrôle budgétaire est exemplaire puisque, dès 2001, il a permis de réduire l'évolution des dépenses de groupe 1 qui sont les dépenses de personnel sur un budget hospitalier. Grâce à une intervention consistant au suivi mensuel des dépenses, et à une comparaison avec l'année $n - 1$, la DRH s'est dotée d'un outil de pilotage qui vise à juguler la dérive budgétaire de l'établissement. L'analyse de productivité a été particulièrement déterminante et a conduit à inscrire l'intervention dans un processus pérenne.

La grille de questions évaluatives est un outil qu'il convient de généraliser dans la gestion des ressources humaines, même si elle doit rester souple et être utilisée à bon escient. C'est l'un des objectifs de management des ressources humaines que la DRH se donne sur les trois prochaines années. Elle pourra ensuite être utilisée par toute direction fonctionnelle et adaptée à chaque contexte et champ de compétences.

2-2 – De la stratégie à la performance : cohérence entre environnement, stratégie, structure et performance.

« Une décennie centrée sur la valeur est déjà commencée, avec une compétition globale sur les prix comme on n'en a jamais vu. Ca va faire mal...Seules les entreprises les plus productives seront gagnantes...Le seul moyen de gagner en productivité consiste à mobiliser les employés face à leur travail...S'il y a une chose dont je sois certain, c'est que c'est la voie à suivre ».

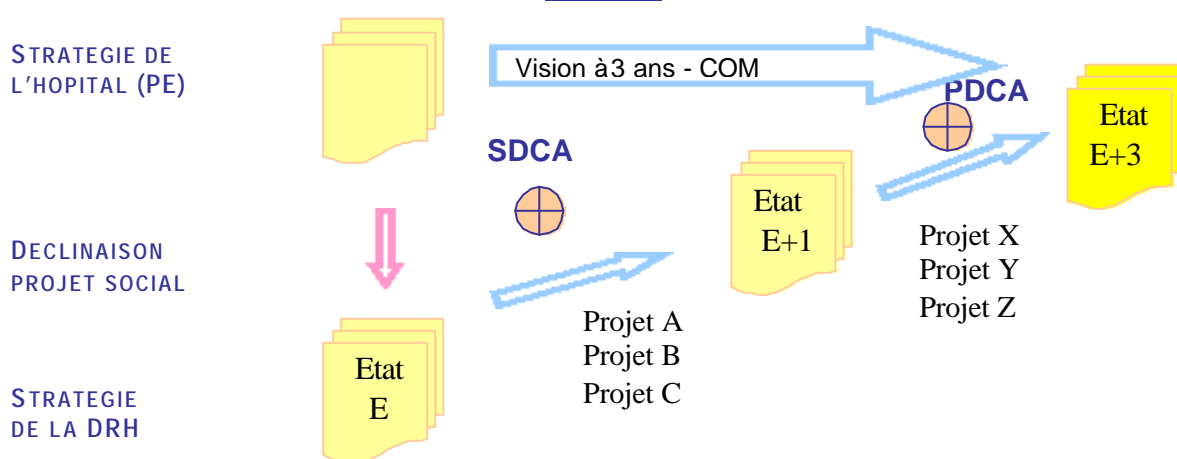
Jack Welch (1993), PDG de General Electric.

Ces commentaires du PDG de General Electric, l'entreprise considérée par certains observateurs comme la plus compétitive au monde, traduisent très bien que les organisations qui vont survivre et gagner dans le nouveau contexte économique sont celles qui sauront optimiser la réalisation de leur stratégie d'affaires, et le facteur humain y jouera un rôle prépondérant.

2.2.1. Le management des R.H. par la qualité totale : élément stratégique de l'hôpital.

Le domaine des ressources humaines est une pierre angulaire pour le déploiement d'une stratégie de l'établissement. Il n'est pas le seul facteur de succès. En particulier, l'orientation client/fournisseur ou le rôle du leadership allier à l'engagement de la direction est prioritaire. Par ailleurs, la cohérence entre plusieurs éléments permet d'atteindre un niveau de performance. Mais comment définir la stratégie, source du projet d'établissement ? Comment passer de la stratégie à la performance ? Quelle est la place des ressources humaines dans la réalisation de la stratégie ?

Le management des Ressources Humaines par la qualité totale : élément stratégique de l'hôpital.¹⁰



¹⁰ Deming :
SDCA : standardization, do, check, act
PDCA: plan, do, check, act.

La stratégie a reçu beaucoup de définitions. C'est une manifestation de la volonté des dirigeants, donc de leur personnalité, de leurs valeurs et de leurs aspirations. Même si l'action est un prolongement des dirigeants, elle entraîne une communauté de personnes. La réussite de l'action dépend de la capacité de canaliser les énergies et les compétences de chacun. Susciter la coopération requiert sans doute des mécanismes de gestion adéquats, mais aussi la prise en considération de la définition de la finalité et des principes de fonctionnement, des valeurs, des croyances et des préoccupations éthiques voire idéologiques de la communauté concernée. C'est en ce sens que la stratégie peut être considérée comme le prolongement, l'expression d'une communauté de personnes.

Hafsi Taï eb, Francine Séguin et Jeanmarie Toulouse identifient cinq aspects fondamentaux dans la stratégie :

- la stratégie comme prolongement du ou des dirigeants ;
- la stratégie comme expression d'une communauté de personnes ;
- la stratégie comme filon conducteur ;
- la stratégie comme construction d'un avantage concurrentiel ;
- la stratégie comme gestion de la relation entreprise/environnement.

Ces cinq aspects sont reliés aux aspects pratiques de fonctionnement et d'action individuelle et collective. Pour agir ensemble, lorsqu'on est plusieurs, on a besoin de mécanismes pour ordonner l'action. Cela comprend la structure, les systèmes et les processus de décision. C'est par cette combinaison que l'on donne vie à la stratégie.

La stratégie est donc clairement la gestion de l'intégrité de la communauté de personnes et de la volonté de chacun d'apporter une contribution qui permette à l'organisation de survivre et de se développer.

Pour passer de la stratégie à la performance, les auteurs utilisent le plus souvent les indicateurs quantitatifs issus des données financières. Certains vont jusqu'à intégrer les données relatives à l'environnement. Il existe donc une grande hétérogénéité dans les outils de mesure des niveaux de performance des organisations. Il semble que chaque organisation peut établir un tableau de bord en intégrant à la fois des indicateurs quantitatifs et des indicateurs qualitatifs. Ceux issus des méta modèles d'excellence peuvent ainsi être pris en compte utilement. Cela permettrait de faire évoluer la notion de performance d'un niveau économique à un niveau social, voire environnemental.

La réalisation de la stratégie est avant tout une question de ressources humaines. En effet, du côté de la stratégie, les dirigeants ont consacré beaucoup de temps et d'argent à comprendre pourquoi les changements radicaux se produisent. Ils en ont tiré des stratégies qui sont généralement pertinentes et similaires. Donc, comme l'a affirmé Schneier (1990) dans un rapport aux chefs d'entreprise de l'American Management Association, ce n'est probablement plus la stratégie adoptée mais plutôt sa mise en œuvre qui va déterminer qui seront les gagnants et les perdants. Ce terrain est aussi celui des ressources humaines comme celui de l'amélioration continue de la qualité. Ces activités exigent l'acquisition, l'échange et le traitement d'informations entre individus sur une base continue et font grandement appel aux capacités d'apprentissage de ces derniers. Elles peuvent être considérées comme essentiellement intellectuelles. D'après Quinn (1992), l'un des professeurs de stratégie les plus respectés, ce changement radical de la notion de valeur en faveur des activités à forte teneur humaine aura des répercussions majeures sur les orientations stratégiques des entreprises et sur la façon d'entrevoir leur gestion.

« Maintenant et à l'avenir, la réalisation de stratégies dépendra plus de l'utilisation des ressources intellectuelles que de la gestion des actifs physiques et financiers .»

Quinn

Or, si l'importance est souvent reconnue sur le papier, la réalité est toute autre. Le discours traduit davantage un souhait qu'une réalité. Le risque pour l'organisation est de perdre la contribution spontanée des individus résultant du contrat implicite qui lie l'employé à l'employeur. Les employés peuvent également devenir sourds et cyniques devant le discours de la direction, celle-ci n'ayant que trop peu informé le personnel. Enfin, la sous performance est un risque majeur résultant bien souvent du peu d'importance donnée au partage des valeurs de l'organisation, au renforcement de l'esprit d'équipe, à la communication sur les aspects des ressources humaines.

En résumé, il convient que tous les membres du personnel, particulièrement ceux qui sont essentiels à la réalisation de la stratégie, donc souvent les agents de terrain qui font face aux malades ou aux fournisseurs de soins, adhèrent à cette stratégie et y contribuent de façon optimale. Pour cela, ils devront apporter leur contribution à la définition de cette stratégie, connaître les attentes à leur égard, être responsabilisés par rapport à ces attentes, posséder les compétences requises pour accomplir pleinement leur mission, bénéficier d'une rétroaction continue leur permettant de s'améliorer, être reconnus pour leur contribution, être appuyés par leur superviseurs et travailler dans un environnement stimulant.

C'est donc le désir et la capacité des dirigeants et des gestionnaires à gérer stratégiquement les ressources humaines qui détermineront véritablement la compétitivité de l'organisation au cours des prochaines années. Ils n'ont pas d'autres choix que de se tourner vers ceux qui vont leur permettre d'atteindre leurs objectifs, de descendre auprès de leurs employés afin de leur faire face et de leur expliquer la destination du voyage et la façon d'y arriver efficacement.

2.2.2. La quête de la performance.

2.2.2.1. Identifier les paramètres de conception de l'organisation pour en améliorer la performance.

Comment peut-on modifier certains paramètres de conception de l'organisation pour en améliorer la performance ?

Toute bureaucratie professionnelle a du mal à innover. Il s'agit d'une structure rigide adaptée à un environnement stable. Le processus de classement inhibe la nouveauté. C'est ainsi que pendant plus de dix ans, le Centre hospitalier de Cognac n'a pu réaliser de projet d'établissement ou même de projet médical. Il a une grande difficulté à se situer favorablement par rapport à un environnement évolutif. Cela a des conséquences internes non négligeables sur la motivation du personnel. Cette situation diffère en milieu universitaire où la recherche pousse les acteurs à développer les actions innovantes et de créativité.

Bousculer le fonctionnement d'une bureaucratie professionnelle, risque de faire tomber dans un contrôle technocratique. Il importe donc de laisser aux opérateurs le contrôle d'un travail complexe. L'organisation en réseau peut aider à répondre à cette nécessaire évolution. Le développement du réseau est une manière d'envisager le développement futur des organisations professionnelles tel que l'hôpital de Cognac. Par exemple, le réseau gérontologique intra et extra hospitalier contribue à l'amélioration de la prise en charge des

patients polyopathologiques qui sont souvent hospitalisés pour raisons non médicales dans les structures de médecine, voire de chirurgie. Le réseau permet de développer la mission de prévention et d'évaluation, le plus tôt possible, par la coordination des opérateurs multiples intervenant dans la prise en charge des personnes âgées.

Le Centre hospitalier de Cognac cherche la sécurité à la fois dans son avenir d'établissement, et dans les relations individuelles des professionnels. L'évolution vers un type d'organisation innovatrice peut permettre d'assouplir la configuration professionnelle pour trouver de nouvelles solutions. Les centres hospitaliers universitaires, qui évoluent dans des environnements technologiques hautement sophistiqués, répondent parfois à ce type d'évolution mais pas les petites structures de proximité. Dans ce cas, le contrôle est très réduit et il y a beaucoup d'ajustement mutuel. Cela conduit à un diagnostic ouvert et complet qui cherche une solution créative à un problème unique. Il n'existe pas de standard à appliquer et aucun programme type. Cette situation réduit l'autonomie des professionnels en les obligeant à travailler en équipe pluridisciplinaire. Ce nouvel aspect d'amélioration de la performance peut être indiqué dans un Centre hospitalier comme celui de Cognac. Il importe alors d'envisager une évolution des mentalités et des comportements, dans une plus grande relation de confiance quant à l'avenir de la structure hospitalière. Le processus de classement est déductif alors que le processus de création est inductif, ce qui nécessite probablement des ingrédients spécifiques. Le projet d'établissement du centre hospitalier de Cognac aura à se pencher sur ces nouvelles formes de coordination et à mettre en musique les éléments constitutifs d'une structure organisationnelle en réseau.

Par ailleurs, pour agir sur la performance, il importe de déployer les mécanismes pour favoriser une meilleure intégration en tentant de se substituer à ce que faisaient les médecins auparavant. Pour cela, il faut passer d'une intégration inter organisationnelle à une intégration clinique.

Un autre moyen de développer la performance est de responsabiliser les acteurs notamment par le développement des pratiques évaluatives : évaluation des pratiques professionnelles. Cela augmente la réflexion sur la formation initiale et continue des professionnels et le contrôle sur l'organisation professionnelle. Le développement de l'expertise des services qualité, permet aux médecins de produire plus de qualité et crée une dynamique enrichissante pour les processus. Cela se traduit alors par une formalisation habilitante. Dans un article de **Neil McINTYRE et Sir Karl POPPER**, «The critical attitude in medicine : the need for a new ethics » paru en 1983, un nouveau code d'éthique professionnelle est proposé en dix règles :

- le savoir transcende la connaissance de n'importe quel individu ;
- tout le monde est faillible ;
- l'on doit chercher à éviter les erreurs ;
- les erreurs existent même dans la meilleure des théories ;
- pour toutes ces raisons, l'attitude vis-à-vis des erreurs doit changer ;
- le nouveau principe est d'apprendre des erreurs commises, afin de les éviter dans l'avenir, avant même toute publicité ;
- l'on doit s'entraîner à être auto critique ;
- l'on doit reconnaître que si l'auto critique est nécessaire, la critique par un tiers est encore plus nécessaire et précisément quand elle vient d'approches différentes ;
- si l'on est amené à avoir un regard critique sur les erreurs d'autrui, il importe de se rappeler ses propres erreurs car tout le monde en commet, même les plus grands scientifiques ;
- la critique rationnelle devrait être précise et clairement identifier les erreurs. Elle devrait en comprendre les raisons et être formulée dans une forme qui autorise sa

réfutation. Il ne devrait jamais y avoir d'insinuations, d'assertions, ou juste des évaluations négatives. Elle devrait être impersonnelle car inspirée par la quête de la vérité.

Cette proposition prône le développement de l'audit externe en médecine ou des revues par les pairs (Peer Review). En effet, les médecins assument une responsabilité individuelle dans la prise en charge du malade et ne peuvent que croire fortement en leur pratique. Ils pensent également que l'audit risque de porter atteinte à la relation qu'ils ont avec le patient car celle-ci repose sur la peur du patient et le savoir du médecin, ce qui ne serait plus le cas. Ces arguments méritent d'être considérés et les auteurs pensent que la profession médicale et les patients seront mieux traités si l'évaluation est effectuée avec la pleine coopération de la profession.

En France, le développement de l'evidence based medicine n'est pas encore poussé, surtout dans les petites structures de proximité. La mise en place du processus d'accréditation des structures de santé va permettre de généraliser ce type de démarche : tout bon médecin doit connaître les bonnes évidences et toute équipe clinique doit connaître les bonnes pratiques sur son domaine et tenter de les appliquer. A Cognac, certains services sont moteurs dans le respect des bonnes pratiques comme l'unité culinaire de production qui développe les méthodes de type H.A.C.C.P. Mais d'autres restent à la traîne comme la pharmacie, pourtant richement dotée en référentiels : guide des bonnes pratiques de distribution du médicament ; recommandations sur la stérilisation ; pharmacovigilance.

Enfin, l'intégration des consommateurs ou des clients dans le processus de production des organisations professionnelles semble être une voie d'avenir pour améliorer la qualité et la performance du système. Les actions de prévention seront ainsi favorisées et la confiance améliorée. Le but ultime est de passer d'une structure autonome et/ou hétéronome à une structure conjointe où il existe une participation égale et des responsabilités collégiales des gestionnaires et des professionnels.

Par ailleurs, la structure organisationnelle doit évoluer pour intégrer le concept de gestion de la qualité. Pour atteindre cet objectif, et s'adapter au contrôle externe représenté par l'accréditation, l'hôpital peut pendant une période donnée choisir une forme d'organisation plus innovante que la configuration professionnelle qui est son mode de référence, selon la classification de Mintzberg. Aussi, les dimensions structurelles les plus susceptibles d'évoluer sont la fonction support et la technostructure.

La fonction support, car le rôle de conseil et d'expertise joué par les référents qualité des hôpitaux ou les directions chargées de la qualité tend à se développer de plus en plus au gré des besoins protéiformes des services et des professionnels. En effet, cette évolution peut être une évolution pertinente de l'organigramme souvent mis en place au lancement dans la démarche d'accréditation des hôpitaux. Elle correspond à une démarche plus souple et pragmatique. L'organisation professionnelle évolue alors vers une forme d'organisation innovante favorisant le développement d'équipes pluridisciplinaires d'experts qui réalisent la coordination à l'intérieur et entre elles au moyen de l'ajustement mutuel.

La technostructure est également une dimension structurelle qui risque d'évoluer dans la mesure où il existe la volonté de renforcer les standards internes par les références de l'accréditation. Le risque à éviter est de plaquer un référentiel externe à la réalité hospitalière, source de dysfonctionnements post accréditation et de démotivation des équipes.

Ainsi, le processus d'accréditation est une extension du modèle du développement organisationnel, un modèle centré sur l'efficacité.

Comment la fonction ressources humaines doit elle évoluer pour tenir compte des changements incessants des organisations ?

Plusieurs auteurs se sont penchés sur cette question. Elle mérite que l'on s'y attarde. Dans un article paru en 1998 sur le management stratégique des ressources humaines au 21^{ème} siècle, **David P. Lepak et Scott A. Snell** décrivent l'importance de penser un nouveau modèle virtuel de la fonction ressources humaines. Les pressions externes comme la globalisation, la diversité, les nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC), le capital intellectuel, poussent les organisations à se faire concurrence non plus sur les produits ou les marchés mais davantage sur les compétences, les relations partenariales et les nouvelles idées. La fonction RH doit aider les organisations à se structurer pour être plus compétitives ou performantes. Elle doit traiter de tout, n'importe quand et partout. Pour ce faire, la fonction RH assume quatre rôles stratégiques :

- accroître l'efficacité,
- développer la flexibilité,
- cibler la stratégie,
- exercer une fonction support orientée sur la réponse aux besoins des « clients ».

Les auteurs proposent de dessiner une nouvelle carte des RH virtuelles en soulignant le rôle fondamental joué par les technologies de l'information (IT). Les technologies de l'information ont un rôle opérationnel, relationnel et de transformation dans le domaine des RH. Dans la mesure où l'organisation travaille en réseau interne et externe, la coordination et l'intégration des activités RH sont incontournables. Cela repousse les frontières habituelles des RH.

Ils proposent également un modèle pour dessiner cette carte des RH avec deux critères d'analyse permettent de classer par priorité les activités RH et leur éventuelle externalisation :

- La valeur de l'activité : combien le client¹¹ souhaite-t-il mettre pour se procurer le service, c'est-à-dire le degré de satisfaction des clients, en intégrant le rapport aux coûts de l'activité.
- L'originalité ou le caractère exceptionnel de l'activité.

Les DRH seront donc amenés à développer leur maîtrise des technologies de l'information et du travail en réseau interne et externe pour permettre à la fonction RH de remplir son rôle stratégique. L'ouverture vers des domaines différents aide à penser les RH comme valeur ajoutée à la performance d'une organisation. Enfin, une liste des bonnes pratiques répondant à une stratégie donnée peut être envisagée pour faciliter la qualité de la fonction RH dans un contexte de ressources limitées.

2.2.2.2. Les facteurs R.H. favorables à la bonne implantation de la démarche.

Quels sont les facteurs spécifiques au domaine des ressources humaines qui sont de nature à favoriser la bonne implantation d'une démarche d'amélioration de la qualité ?

Plusieurs facteurs propres aux ressources humaines facilitent l'implantation des démarches d'amélioration de la qualité, par le positionnement favorable des employés vis-à-vis du T.Q.M. (total quality management). C'est ce que **Paul Edwards, Margaret Collinson et**

¹¹ Customer HR: managers, employees, job applicants, contractors, partners.

Chris Rees ont tenté d'expliquer dans une étude parue en 1998 dans *Organization Studies*, intitulé « The determinants of employee responses to total quality management : six case studies ». Après avoir comparé six organisations dont un hôpital - « South Warwickshire general hospitals NHS trust » - les auteurs notent les déterminants qui favorisent la bonne implantation d'une démarche qualité chez les employés.

1. **Un environnement structuré.** Le management par la qualité aide à structurer la force de travail, ce qui est apprécié des agents. Ceux-ci préfèrent en effet un environnement organisé et discipliné plus que le chaos. Cette thèse est soutenue par **Leidner** en 1993 et par **Baldamus** dès 1961 – Thèse du travailleur discipliné. Un environnement de travail contrôlé est favorable à une vision positive de la qualité par l'ensemble des personnels, surtout dans un environnement où le stress est important, comme dans le milieu de la santé. Cette vision positive partagée est un prérequis à la bonne implantation d'une logique de T.Q.M..
2. **La sécurité de l'emploi.** Il est démontré qu'un environnement où la sécurité de l'emploi est assurée permet d'envisager favorablement l'implantation d'un programme d'amélioration de la qualité. Si l'on se réfère à la pyramide de Maslow, le besoin de sécurité doit être satisfait avant que d'exprimer le besoin d'accomplissement, à travers notamment l'investissement dans des actions de type qualité.
3. **Les relations avec les partenaires sociaux.** Ces relations doivent être coopérantes avec les partenaires sociaux pour favoriser la compréhension puis la participation des acteurs sociaux aux démarches sur la qualité. Le dialogue social est en effet un facteur important d'évaluation, traduit dans les référentiels par le concept de climat social. Une relation de confiance est donc à rechercher pour établir cette coopération ouverte et constructive.
4. **Le rôle prépondérant de la formation.** L'effort des ressources humaines doit être centré sur la formation. Cet élément occupe une place centrale dans l'accompagnement des actions qualité et d'une manière générale, dans le processus de management. Il n'est donc pas étonnant de le trouver cité parmi les facteurs favorisant le succès du T.Q.M.
5. **L'importance du contexte.** En dépit des quatorze règles de Deming qui donnent la conduite à tenir en matière de réalisation d'une démarche d'amélioration de la qualité, la pratique montre qu'il n'y a pas de recette magique pour le succès de ce type de démarche et que la prise en compte du contexte importe plus que tout autre élément. Plaquer à des réalités différentes les mêmes cadres d'analyse sans chercher à adapter les outils serait la première cause d'échec d'une démarche d'amélioration de la qualité, aussi excellent soit le programme qualité des RH.

Les expériences relatées par **R. Krishnan, A.B. Shani, F.M. Grant, R. Baer** en 1993, montrent que trois séries de problèmes se rencontrent dans la formulation et l'implantation de Q.M.P.s :

- la confusion par le personnel, entre les buts des actions multiples lancées sans clarté ni consistance : pour éviter cela, il importe de définir clairement la qualité en interne. Les organisations choisissent ensuite la façon de manager ce mouvement : soit de haut en bas comme chez SAAB, Ericsson Telecom, Motorola, Xerox et Ford ; soit de bas en haut comme chez IBM (Rochester) ou Westinghouse (Nuclear Fuel Rod Division).
- les difficultés à traduire les politiques qualité en indicateurs quantitatifs, à structurer la fonction qualité, à communiquer, à déployer la formation du niveau organisationnel au niveau individuel. Le besoin de dessiner une structure adaptée au contexte de

l'organisation apporte des réponses variées à la question de l'entité à mettre en place pour gérer la qualité : les uns optent pour une cellule d'apprentissage parallèle aux autres directions, risquant les enjeux de pouvoir et à terme les conflits ; les autres préfèrent utiliser la structure existante aboutissant souvent à la nomination d'un directeur qualité, intermédiaire et coordonnateur des démarches qualité dans l'organisation ; les derniers choisissent une approche séquentielle, en mettant en œuvre les objectifs prioritaires les uns après les autres. Dans tous les cas, le rôle du processus d'incrémentation est déterminant pour la réussite des démarches qualité. La plupart des Prix Malcom Baldrige délivrés le sont à des divisions ou des services particuliers d'entreprises et non à toute la compagnie. Cela tend à prouver que les programmes qualité les plus larges et les plus ambitieux risquent d'être ingérables. Motorola par exemple, qui est l'une des premières compagnies à avoir gagné le Prix Baldrige a structuré ses programmes qualité autour de buts bien définis et a construit une approche par bloc. Elle a déployé des efforts pour institutionnaliser les pratiques et les techniques qui contribuent le plus à améliorer la performance en les intégrant dans l'infrastructure. Par ailleurs, les auteurs rappellent l'importance de la vision centrée sur le client, interne et externe ainsi que de la formation.

- le problème pour l'organisation de poursuivre plusieurs axes de développement en même temps, et notamment celui d'un projet de restructuration. Ce point est intéressant à étudier dans le contexte du Centre hospitalier de Cognac, puisque le projet de restructuration occupe la première place dans les préoccupations des managers et des employés. Les auteurs montrent que pour favoriser l'empowerment – donner aux employés le pouvoir de faire évoluer leurs tâches en améliorant la qualité sans le consentement systématique du management – il est préférable que l'environnement de travail soit sécurisé. Le tableau suivant décrit les oppositions entre les caractéristiques d'un processus de restructuration et celles du management par la qualité.

Restructuration versus Management qualité		
	Restructuration	Management qualité
Buts stratégiques	Réduction des coûts Redéfinition du portefeuille d'affaires Supprimer les activités les moins rentables Elaguer les tâches administratives inutiles	Développer la performance du produit/service. Accroître la satisfaction des clients. Enrichissement du travail.
Importance du changement	Radical	Incrémental, but cumulatif
Echelle de temps	Court. En général moins de trois ans.	Long. Habituellement cinq ans ou plus. Quelque fois, en processus continu et perpétuel.
Initialisation	Haut management.	Habituellement haut management, mais quelque fois encadrement intermédiaire.
Implications de l'autorité	L'implémentation requiert un pouvoir concentré, et un contrôle hiérarchique.	L'implémentation requiert un large processus de décision, une autorité diffuse, et des gestionnaires agissant plus comme des entraîneurs et des consultants que des contrôleurs.
Impact sur la culture	Conduit à une compétition interne, défiance, individualisme et agressivité.	Conduit à créer un environnement interne « support » et collaborant, dans lequel les buts individuels s'alignent sur les buts organisationnels.

En résumé, les efforts d'une équipe qui veut changer la culture pour construire une culture d'ouverture, de confiance et d'empowerment, sont inutiles quand ils se conjuguent avec une restructuration qui supprime des unités et diminue le personnel de 3000 à 380 comme ce qui s'est passé chez British Petroleum par exemple.

Par ailleurs, les auteurs pointent trois questions pour favoriser le succès d'un programme de management de la qualité (Q.M.Ps) :

1. **Le Q.M.P. est-il approprié ?** Les Q.M.Ps sont efficaces si l'organisation à une position stratégique assez stable et souhaite accroître son positionnement compétitif, au moyen d'une amélioration à long terme de sa performance et de la satisfaction de ses clients. Les restructurations semblent donc être un frein aux déploiements des démarches d'amélioration de la qualité. Cependant, l'expérience peut également montrer que cela peut aider à relancer la dynamique de projet, après clarification des principaux axes stratégiques de l'établissement. Le Conseil québécois d'agrément s'autorise par exemple à évaluer des structures qui sont en cours de restructuration.
2. **Quels buts, quels programmes ?** La clarté des buts de l'organisation est le fondement d'un Q.M.P. : conséquents, subdivisés en objectifs secondaires et classés par ordre de priorité. Le consensus doit exister sur la poursuite des buts pour éviter la

confusion de programmes simultanés et multiples. ex. ISO 9000, certifications, inspections, enquêtes, sondages... La méthode de gestion de projet est ici un outil qui permet d'aider à clarifier les buts et les programmes.

3. **Comment les Q.M.P.s devraient-ils être implantés ?** Beaucoup de problèmes proviennent de défauts de conception. Les objectifs doivent être ciblés dans un temps limité et mesurables de manière à permettre l'appropriation des résultats. Là encore, le temps de la réflexion est une condition de succès.

2-3 – De la performance à la quête du sens.

2.3.1. L'existence d'un consensus : la place centrale du facteur humain dans le management par la qualité totale.

En dépit des critiques adressées aux démarches TQM, un consensus se dégage sur au moins un point. Une stratégie TQM a peu d'avenir si elle n'intègre pas le développement personnel et collectif des employés (employee empowerment). C'est un ingrédient crucial qui a plusieurs facettes.

1. La qualité commence avec les personnes : le concept de TQM repose sur la croyance que les employés ont besoin de l'organisation autant que l'organisation a besoin d'eux et les leaders doivent le comprendre.
2. Le management participatif est plus qu'une parole en l'air (buzzword). Il requiert responsabilité et confiance et une action cohérente des dirigeants face aux conséquences engendrées par les techniques de TQM.
3. Gérer de bas en haut et responsabiliser le personnel (bottom up).
4. Les employés sont le plus important élément de l'organisation. Comme le rappelle **Turney**¹², le personnel développe le sens de la responsabilité, de la propriété, l'atteinte de la satisfaction, cherche comment et de quelle façon accomplir les tâches à entreprendre, trouve la reconnaissance pour leurs idées et la conviction qu'il est important.
5. Traiter les employés de la façon dont les managers souhaitent que les clients soient traités. En d'autres termes, établir des relations clients/fournisseurs internes et externes. Il importe de reconnaître qu'il y a une corrélation entre la satisfaction des clients internes (les employés) et la réponse aux besoins des clients externes (les malades). **Johnson**¹³ rappelle que les employés qui ne sont pas traités correctement, ne peuvent traiter les clients externes différemment. La satisfaction interne peut être améliorée de plusieurs façons : établir un haut degré de management participatif ; décentraliser la hiérarchie du pouvoir ; créer un grand degré d'autonomie à travers l'organisation permettant le travail en groupes.

2.3.2. Le sens du changement : qualité exogène et changement endogène de l'organisation.

Dans un article paru en 1998 sur « Le changement est un outil politique », **D. Courpasson** explique que « *La tentation postmoderne est de faire de l'organisation un processus de changement perpétuel. Si l'on accepte le schéma d'une puissance managériale quasi despotique, mais non souveraine, que devient la question du changement ?* » Il précise que l'

¹² Turney (1993), « Beyond TQM with workforce activity based management » Management accounting.

¹³ Johnson (1993) « TQM : leadership for the Quality transformation » Quality progress.

« on ne peut penser le changement sans penser simultanément le régime politique de l'organisation qui le prescrit et le met à l'œuvre. »

Dans cette philosophie générale, la situation du phénomène qualité est précisée par l'étude de Segrestin (1997) sur la diffusion des systèmes normatifs de certification qualité. Celui-ci défend la thèse de l'autonomie gestionnaire, le pouvoir de l'entrepreneur venant justement du fait que le système normatif est l'objet d'une « digestion » faite par l'organisation. Ainsi, les codes normatifs externes proposés par les gouvernants font l'objet d'un système d'arrangements endogènes différencié, pouvant être qualifié de loi générale de coordination industrielle. Par conséquent, pour lui, plus la contrainte exogène est forte, plus le pouvoir directorial interne est étendu.

D. Courpasson note que « à borner la question du changement à l'analyse actionniste et processuelle désormais dominante, on l'a vidée de ses enjeux politiques. Et l'on a oublié de dire que changer n'est pas une évidence gestionnaire, mais une stratégie de gouvernement délibérée. »

Aux vues de cette thèse, il importe donc de pondérer l'importance prétendue des démarches d'amélioration de la qualité comme outil de changement endogène à l'hôpital, et d'en considérer l'impact politique. Alors, le changement pourra être considéré autant comme un moyen d'exercer le pouvoir et de légitimer ce pouvoir, que comme l'incontournable outil de progrès qu'il évoque trop souvent.

Dans son ouvrage « La quête du sens », **Thierry Pauchant** évoque la quête de l'existence. Il souligne trois obstacles majeurs au changement. Le premier est d'ordre économique. Considérant que de nombreuses entreprises dans le monde utilisent des techniques dérivées du mouvement de l'excellence afin de survivre dans un environnement compétitif, tout changement devra passer par un courage politique solide et une vision plus globale de la contribution des organisations à la société et à la planète. Le deuxième obstacle est d'ordre existentiel. Pour lui, la force de l'excellence provient en partie du déni de la mort et de la vie qui est à la base même des cultures sociétales et organisationnelles ainsi que du caractère individuel. Le troisième obstacle est d'ordre scientifique car l'homme ne possède pas à l'heure actuelle une compréhension globale des forces indépendantes qui animent le cosmos, les sociétés, les collectivités, les organisations et les individus. L'existentialiste anthropologue **Ernest Becker** (1924-1974) dont l'œuvre a fondé l'ouvrage de Peters et Waterman sur « Le prix de l'excellence » propose dix stratégies pour retrouver du sens dans les affaires dans lesquelles l'individu occupe une place centrale : éducation, cultures, pratique de leadership, importance des générations à venir, importance de la noblesse du travail manuel, danger de l'idéal technologique, gestion des crises et paradoxes, l'adhésion à d'autres causes. La question de la souffrance pour les personnes, les organisations et les sociétés est reprise dans le mouvement de l'excellence. En définitive, les thèmes liés à l'excellence dépassent de façon considérable les questions de productivité, de compétitivité et de profits. Les dirigeants, aussi hauts placés soient-ils doivent, s'ils veulent l'adhésion de leurs personnels et la pérennité de leurs organisations, rechercher la transparence, l'exemple, le partage, l'interpellation, l'équité, l'éthique, le sens du bien commun, la possibilité d'appel permanent à leur conscience...

L'organisation comme espace d'existence et de parole, telle est la thèse de certains auteurs qui prônent l'intégration des valeurs de l'existentialisme dans la gestion des organisations. Pour eux, les réalités existentielles ont des conséquences directes sur la santé mentale, physique, sociale et économique des êtres humains, ainsi que sur la santé de la planète. C'est peut être vers une vision écologique de la gestion du changement que l'utopie devra alors être rêvée.

Conclusion :

Quelles sont les actions à entreprendre et les impairs à éviter pour favoriser la réussite des démarches de management par la qualité totale en général? Quels enseignements pratiques peut on extraire de cette analyse pour le cas spécifique d'un établissement de santé à la veille d'une restructuration?

A partir des expériences relatées dans la littérature anglo-saxonne ou francophone, il importe de se focaliser sur les points clés suivants pour favoriser la mise en œuvre de programmes d'amélioration de la qualité.

1. Le leadership :

Le directeur de l'établissement doit faire la démonstration d'un leadership en promouvant et articulant la perspective « amélioration de la qualité » (quality improvement QI) pour l'hôpital. Dans un établissement de santé en projet de restructuration comme à Cognac, le directeur est en priorité accaparé par la conception du projet d'établissement et du contrat d'objectifs et de moyens qui en découle. Son leadership est consacré à l'entreprise de communication interne et externe nécessaire à la négociation de tels objectifs. Dans ce cadre, l'engagement du directeur dans la promotion « amélioration de la qualité » peut être un relais à cette première démarche de projet d'établissement, intégrant dès en amont les aspects qualitatifs et d'assurance de la qualité. Par exemple, la reconstruction d'une nouvelle entité culinaire permettrait de lancer les professionnels de ce secteur sur une démarche de type ISO, de manière à motiver le personnel et à accompagner le changement comme valorisation à la fois extrinsèque et intrinsèque à la structure organisationnelle.

Les responsables administratifs doivent être communicants, sans attitude figée et intimement persuadés de la capacité des individus, dans une relation de confiance.

Les comportements doivent être pédagogiques et apprenants, avec la capacité de tolérer le changement.

Les individus doivent avoir une grande énergie et la volonté de prendre le temps nécessaire à l'effort sur la Q.I..

La relation de confiance, les comportements pédagogiques et la prise en compte du long terme, ne peuvent exister qu'à la condition que les axes de développement stratégiques de l'établissement soient clairement définis et connus de tous. Là encore, l'étape ultérieure à celle de la validation du projet d'établissement peut être relayée par la dynamique engendrée par le développement de programmes d'amélioration de la qualité. Cela peut s'appliquer au Centre hospitalier de Cognac.

2. L'implantation de la Q.I. :

Le T.Q.M. est focalisé sur de meilleurs résultats cliniques et la réponse aux attentes du client. Il importe donc d'aller au-delà des attentes du client en encourageant l'équipe de travail, avec un contrôle statistique en support. La direction doit s'engager notamment dans la promotion d'un rôle éducatif car le T.Q.M. est souvent une activité de haut en bas et éloigne du concept que le PDG est le seul qui décide. L'équipe de direction doit avoir une bonne connaissance et être dévouée au T.Q.M. comme l'est le directeur d'établissement. La formation de l'équipe est donc primordiale. Puis, l'entraînement et la pratique régulière doivent permettre d'atteindre une efficacité optimale.

L'engagement de la direction est un élément incontournable ; mais il ne doit pas être perçu comme un mouvement trop hiérarchique, venant du haut. La démarche suivie à l'hôpital de Cognac tente d'associer toutes les composantes importantes de la structure : le Conseil d'administration, la Commission médicale d'établissement, le Comité technique paritaire, la Commission du service des soins infirmiers. Cependant, dans un contexte où l'histoire n'a jamais favorisé le dialogue et l'échange responsable, la pratique de la participation reste limitée et frileuse. Il importe d'inscrire cette démarche dans le temps, de manière à créer des liens de confiance entre tous les acteurs et à faire émerger la dynamique de projet et d'amélioration continue.

3. Les barrières et les résistances :

Le changement fondamental résulte du style de management qui pousse à se focaliser sur les processus de travail comme la racine des problèmes plus que l'idée du blâme sur les gens. Ceci conduit à évoluer d'une culture autoritaire à une culture où l'employé est important et doit être aidé dans sa compréhension des problèmes et non culpabilisé. Le climat de confiance doit s'imposer pour rassurer les individus et leurs permettre de s'épanouir professionnellement.

Il importe d'inscrire le changement dans une approche progressive et non pas en un seul coup. Il s'agit du long terme.

Deux leviers permettent d'accompagner ce changement :

- le projet d'établissement
- le programme de formation.

Pour cela, le Centre hospitalier de Cognac a choisi de se doter d'un projet d'établissement identifiant les axes de développement sur un pôle médico-chirurgical privé/public, ouvert à toute la population du cognaçais et bénéficiant du regroupement du plateau médico-technique de la ville. Le service à la population sera alors assuré dans toute ses facettes : accueil, orientation, diagnostics, soins curatifs et palliatifs, hébergement, évaluation et éducation pour la santé des patients. Le processus de formation a lui aussi fait l'objet d'une réforme dès le début 2001. Une action d'amélioration à porté sur la clarification du processus d'élaboration du plan pluriannuel de formation en responsabilisant et en impliquant les professionnels dans la démarche de conception, d'élaboration, de mise en œuvre et d'évaluation des actions de formation. Un renforcement des compétences de la DRH sur ce point a également été effectué, de manière à ouvrir et à relancer la dynamique de formation de l'établissement.

Il est nécessaire de décloisonner les organisations en intégrant à la fois l'aspect loyauté à la profession et à l'organisation dans une logique d'analyse des processus.

Enfin, le développement du soutien des scientifiques pour le T.Q.M. en soins de santé est primordial pour désacraliser la perception de ce courant. Il ne doit plus être ressenti comme une philosophie engendrant des fanatiques. A Cognac, la démarche sur le diagnostic préalable pour la mise en place des 35 heures a été utilisée comme expérimentation à la mise en place d'un programme d'amélioration de la qualité au niveau de l'établissement. Elle permettra de valider une méthode interne qui pourra être utilisée dans le cadre de la préparation de l'accréditation où seront déployés d'autres programmes d'amélioration continue.

4. L'implication de l'équipe médicale :

En fonction de la culture et de l'histoire de chaque organisation, le choix peut être d'impliquer progressivement les médecins à la démarche T.Q.M., ou de les intégrer d'emblée dans le comité de pilotage, par exemple, ou dans la réflexion sur les aspects politiques. Pour éclairer et motiver les médecins, il importe d'insister sur le défrichage et le décodage (histogramme, chronologie...). L'enquête réalisée en juillet 1998 par **M. Guesnier, A.E Baudin, L. Gerbaud, B. Belgacem et Ph. Glandier** propose d'associer aux démarches qualité en France, des médecins de santé publique formés aux méthodes de la qualité et de l'évaluation, et d'ouvrir un temps soignant et médical réservé à l'application de la politique qualité dans

chaque service clinique. Au Centre hospitalier de Cognac, un temps de cadre de santé a été consacré au déploiement de démarches qualité depuis 2001. L'implication des médecins est cependant limitée à quelques initiatives individuelles, éparses. L'implication de l'équipe médicale doit donc être renforcée pour atteindre l'objectif d'amélioration continue.

5. Le changement culturel :

Il s'agit d'observer le changement culturel à partir de la metanoia (mutation de l'esprit) sur les aspects du « focus-P.D.C.A.¹⁴ », du concept de client interne, « d'habilitations à faire » qui permettent aux équipes de sentir qu'elles peuvent faire une différence significative, mais que le management a un contrôle sur le processus. Le frein culturel est cité en première position dans la même enquête de 1998. La diffusion d'une culture qualité fonctionne donc comme une condition préalable à la démarche. Les outils de la formation et du projet d'établissement peuvent être une aide appréciable pour les hôpitaux. C'est le choix réalisé à Cognac, la formation étant un levier du changement structurel par le biais de l'amélioration continue.

6. L'institutionnalisation de la Q.I.:

La continuité des personnes doit être une préoccupation de conseil d'administration dans le choix des leaders chargés de la T.Q.M. Ainsi, à la fois leur légitimité et l'inscription de leur action dans la durée s'avèrent être des éléments importants de réussite et d'efficacité pour ce type de démarche. Monsieur **Jules Martin**, ancien directeur du CCASS soulignait l'importance de ce point dans la pratique des visites de cet organisme. Le recrutement de professionnels experts en assurance qualité permet d'aider l'organisation à lancer puis accompagner la démarche d'amélioration. C'est l'optique du Centre hospitalier de Cognac, qui opte pour le renforcement de la structure de soutien, par le recrutement à terme de certains professionnels opérant en transversalité sur une thématique d'amélioration de la qualité comme le processus de restauration par exemple.

7. L'environnement extérieur :

La possibilité d'accès, le coût et la qualité sont les trois problèmes majeurs dans les soins de santé. Le système de paiement devrait évoluer à long terme vers la prise en compte des aspects qualitatifs et la gestion de l'information pourrait être confiée à des agences autonomes.

Les problèmes budgétaires d'un centre hospitalier de proximité en situation de restructuration représentent un cadre contraignant pour lancer les démarches d'amélioration de la qualité. Il importe alors pour les gestionnaires, d'intégrer dans les choix prioritaires des politiques de ressources humaines, d'achats ou de logistique, les indicateurs qualité comme critères décisionnels.

¹⁴ PDCA : Plan – Do – Check – Act.

Epilogue

Le paradoxe d'Icare.

On dit qu'Icare, personnage fabuleux de la mythologie grecque, vola si haut, si près du soleil, que la cire de ses ailes artificielles fondit et qu'il tomba dans la mer Egée, y trouvant la mort. Le pouvoir des ailes d'Icare fut à la source de la témérité qui le perdit. Le paradoxe, bien sûr, est que ses atouts les meilleurs l'amenèrent à la mort.

Ce scénario du roi déchu s'applique aux organisations, même les meilleures : bien souvent, leurs forces les entraînent dans des excès qui causent leur chute.

Il y a deux aspects à ce paradoxe. Le premier est que le succès peut mener à l'échec. Icare, se voyant voler avec tant d'aisance, est devenu suffisant et trop ambitieux. Le second aspect du paradoxe est que plusieurs des causes de déclin étaient aussi au départ les causes du succès – une culture forte et mobilisée, des procédures et des programmes efficaces, des configurations précisément coordonnées. Ou inversement, les causes mêmes du succès, lorsqu'elles sont amplifiées, peuvent devenir les causes de l'échec.

Paradoxalement, la puissance de l'outil accroît à la fois ses bénéfiques potentiels et ses dangers. Icare n'aurait pas pu voler sans les ailes si bien fabriquées par son père Dédale ; mais en même temps, ces ailes plaçaient une terrible responsabilité sur Icare, l'obligeant à la maîtrise et à la discipline. De la même façon, des cultures et des stratégies concentrées et des configurations harmonieuses contribuent à une performance extraordinaire. Mais elles comportent les risques terribles de la rigidité et de l'isolement.

Les gestionnaires des organisations doivent donc toujours demeurer en éveil face aux « dangers de l'excellence ».

Glossaire des termes utilisés

A.F.N.O.R. : Association française de normalisation.
A.N.D.E.M. : Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale.
A.N.A.E.S. : Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé.
C.C.A.E.S. : Conseil canadien d'agrément des établissements de santé.
C.E.N. : Centre européen de normalisation.
E.F.Q.M. : European foundation for quality management.
H.C.O. : Health care organization.
H.R.M. : human resources management
H.R./ R.H. : human resources / ressources humaines.
I.Q. : improvement quality
H.A.C.C.P. : Hazard analysis critical control point.
J.C.A.H.O. : Joint commission for agreement in health organization.
M.F.Q. : Mouvement français pour la qualité.
M.I.R.E. : mesures implantées pour le renouveau des services de santé.
PSRO : Peer services review organization.
I.S.O. ou O.S.I. : international standardisation organisation/organisation internationale de normalisation.
Q.M.P. : quality management program - programme de management de la qualité.
Stakeholders : actionnaires, acteurs internes et externes de l'hôpital.
T.Q.M. : total quality management
Projet social : Article L.6143-2-1 du CSP : « Le projet social définit les objectifs généraux de la politique sociale de l'établissement ainsi que les mesures permettant la réalisation de ces objectifs. Il porte notamment sur la formation, l'amélioration des conditions de travail, la gestion prévisionnelle et prospective des emplois et des qualifications et la valorisation des acquis professionnels. »
Projet d'établissement : Article L.6143-2 du CSP : « Le projet d'établissement définit, notamment sur la base du projet médical, les objectifs généraux de l'établissement dans le domaine médical et des soins infirmiers, de la recherche biomédicale, de la gestion et du système d'information. Il comprend un projet social. »

Bibliographie

Sources législatives et réglementaires :

- ❑ Code de la santé publique : article L. 712 et suivants, article L. 6143-2-1.
- ❑ Protocole d'accord national du 14 mars 2000.
- ❑ Loi de financement de la sécurité sociale 2001 article 40 (FMES).
- ❑ Loi N° 86-33 du 9 juillet 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.
- ❑ Circulaire DHOS/P1/2001 N° 335 du 3 juillet 2001 relative au projet social et au volet social des contrats d'objectifs et de moyens des établissements de santé financés par dotation globale.

Ouvrages :

- ❑ Deming W.E. « Out of crisis » 1989.
- ❑ Mintzberg Henry «Le Management – Voyage au centre des organisations» 1989.
- ❑ Cordier Alain « Ethique, droit et science médicale » P.U.F. 1995
- ❑ Pauchant Thierry C. & co. «La quête du sens : gérer nos organisations pour la santé des personnes, de nos sociétés et de la nature» Les éditions Transcontinental collections Presse HEC Québec, Montréal 1996.
- ❑ Pitcher Patricia « Artistes, artisans et technocrates dans nos organisations : rêves, réalités et illusions du leadership » Les éditions Transcontinental collections Presses HEC Québec, Montréal 1997 2ème édition.
- ❑ Le Goff Jean Pierre, « Le mythe de l'entreprise », 1995 La découverte/Essais.
- ❑ Hafsi Taï eb, Séguin Francine, Toulouse Jeanmarie & co. « La stratégie des organisations : une synthèse » Les éditions Transcontinental inc. 2000.
- ❑ Détrie Jean Pierre, Groupe HEC « Strategor : Politique générale de l'entreprise», 1997, Dunod.
- ❑ Kelada Joseph, «Qualité totale : amélioration continue et réingénierie ». Les éditions Quafec.2000.
- ❑ H. V. Vuori, «L'assurance de la qualité des prestations de santé » La santé publique en Europe, 1984, OMS.
- ❑ J.F. Armogathe, «Pour le développement de l'évaluation médicale », rapport au ministre de la solidarité de la santé et de la protection sociale, la documentation française, 1989.
- ❑ Barraud J., Kittel F., Moule M. (2000) «La fonction ressources humaines : métiers, compétences et formation » Dunod, Paris.

- R. Cohen allan, sous la direction « MBA management : synthèse des meilleurs cours des grandes business schools : Harvard, INSEAD, G. Washington University, Stanford, New York University, Babson college – Maxima Laurent du Mesnil éditeurs.1995.
- Jambart Claude «L'assurance qualité : la nouvelle version 2000 de la norme ISO 9001 en pratique » Economica – 2001.
- Cadin Loïc, Guérin Francis, Pigeys Frédérique (1997) «Gestion des ressources humaines – Pratique et éléments de théorie » Dunod, Paris.
- Chamberlain Kathryn, Hammer Candace, « The JCAHO Mock survey – Made simple », 1997 Opus communication.
- Duret Daniel, Pillet Maurice, «Qualité en production», 1998, Editions d'organisation.
- Polton Dominique, « Quel système de santé à l'horizon 2020 ? » Rapport préparatoire au schéma de services collectifs sanitaires, La documentation Française, octobre 2000.

Articles :

- Donabedian Avedis, «The quality of care – How can it be assessed ? » (1988) JAMA sept. 23/30 1988 – vol. 260 N°12.
- Slim Haddad, Danièle Roberge et Raynald Pineault (1997) « Comprendre la qualité : en reconnaître la complexité », article publié dans la revue transdisciplinaire en santé « Ruptures ».
- Contandriopoulos, A.-P., « Réformer le système de santé : une utopie pour sortir d'un statu quo impossible », (1994), *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, vol. 1, n°1, p 8-26.
- Mc Intyre, N. and Popper K. "The critical attitude in medicine: the need for a new ethics" (1983), *British Medical Journal*, vol.287, dec. p. 1919-1923.
- Lozeau Daniel, Université du Québec à Montréal, (1996) *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, "L'effondrement tranquille de la gestion de la qualité : resultants d'une etude réalisée dans douze hôpitaux publics au Québec » Vol. 3, N° 2, pp. 187-208.
- ANAES, (avril 1999) « Evaluation d'un programme d'amélioration de la qualité : les enseignements de 60 projets dans les établissements de santé français »
- Courpasson David, (1998), «Le changement est un outil politique », *Revue française de gestion*, N°120, septembre-octobre 1998, p6-16.
- Tichy Noel et Devanna Mary Anne, *The Transformational Leader*, John Wiley, New York, 1986.
- Devanna Mary Anne Ph.D., Columbia University "La gestion des ressources humaines: l'atout humain ».

- Lepak DP, Snell SA (1999) "The human resource architecture : toward a theory of human capital allocation and development" *Academy of management review*, 24, 1 31-48.
- Wright PM, Snell SA (1998) "Toward a unifying framework for exploiting fit and flexibility in strategic human resource management" *Academy or management review*, 23, 4, 756-772.
- Lawler III EE (1994) "Total Quality Management and employee involvement : are they compatible?" *Academy of management executive*, 8,1.
- Dean JW, Bowen DE (1994) "Management theory and total quality" *Academy of management review* 19, 392-418.
- Mark J. Zbaracki, University of Chicago, (September 1998) «The retoric and Reality of Total Quality Management » *Administrative Science Quarterly*, 43, 602-636.
- R. Krishnan, A.B. (Rami) Shani, R.M. Grant, R. Baer (1993) "In search of quality improvement : Problems of design and implementation" *Academy of Management Executive*, Vol.7 N°4
- Edwards Paul, Collinson Margaret, Rees Chris (1998) "The determinants of employee responses to total quality management : six case studies" *Organization studies*, 19/3, 449-475.
- Guesnier Martine, Baudin Anne-Emmanuelle, Gerbaud Laurent, Belgacem Bénédicte, Glandier Phyllis Y., (2000) «Les démarches qualité sont-elles un outil de changement à l'hôpital ? » *L'hôpital réformateur de l'hôpital*, sous la direction de Richard Dalmasso et Jean-jacques Romatet, édition Erès, action Santé.

Revues :

- Kerleau Monique, (2001) "Les processus de restructuration des systèmes hospitaliers: tendances générales et variations nationales (Etats-Unis, Royaume Uni, Québec), *Revue française des affaires sociales* N° 2 – avril, juin 2001 pp.59-74.
- Harvard Business Review "Le changement" Editions d'Organisation, 2000.
 - Robert H. Schaffer et Harvey A. Thomson, "Les meilleurs programmes de changement sont ceux qui commencent par des résultats ».
 - Strebel Paul, « Pourquoi les salariés résistent-ils au changement ? ».
- Revue CFDT Cadres « Quelle haute fonction publique pour un Etat efficace ? » N° 394, Décembre 2000
- Revue Esprit, «Quels critères pour une juste répartition des soins ? » Joseph Brunet-Jailly, Janvier 2001.
- Revue Esprit, «Nouvelle économie ? nouvel individu ? nouvelles valeurs ? » Olivier Mongin, Novembre 2000.
- Manibal Ghislaine, Roncalli Christophe, « Etat de l'art des missions des servies biomédicaux – Réflexions sur des bonnes pratiques de l'ingénierie

biomédicale », mémoire de D.E.S.S. Technologies biomédicales hospitalières, 2001, Université Technologique de Compiègne.

Cours :

- François Champagne, « Méthodes d'évaluation en administration des services de santé » automne 2000, Département d'administration de la santé, Faculté de Médecine, Université de Montréal.
- Claude Sicotte, « Fondement du management », automne 1999, Département d'administration de la santé, Université de Montréal.
- André pierre Contandriopoulos, Jean-Louis Denis, « Mutations des systèmes de santé – Evolution vers des systèmes intégrés », juin 2001, Département d'administration de la santé, Université de Montréal.
- Gilbert Farges, « Gestion de production » Université technologique de Compiègne, 2001.

Référentiels :

Manuel ANAES version 1999
Normes ISO version 2000
Référentiel JCAHO
Référentiel Malcom Baldrige « santé » version 2000.
Référentiel EFQM
Référentiel MFQ
Référentiel MIRE – CCASS
Référentiel CQAESS

Websites.

Bay Area Deming Users Group services.com/badug/BADUG-TOC.htm	http://www.cafm-
British Deming Association	http://www.deming.org.uk/
Dallas Study Group	http://rampages.onramp.net/~dumont/
ANAES	http://www.anaes.fr
EFQM	http://www.efqm.fr
MFQ	http://www.mfq.fr
Malcom Baldrige	http://www.malcom baldrige.org
ARH Poitou Charentes	http://www.arh-poitiers.fr
Ministère de l'emploi & solidarité	http://www.sante.gouv.fr

Annexes

Annexe 1 : Checklist 9 HR JCAHO et "Guidelines for survey JCAHO"

Annexe 2 : ANAES GRH

Annexe 3 : Démarche du CCASS – 1995/1999.

Annexe 4 : Les indicateurs.

Annexe 5 : Orientation action / résultats.

Annexe 6 : Exemple de fiche de tâche.

Annexe 1 : Checklist 9 HR – JCAHO.

Human Resources

[HR]

9

The human resources (HR) standards require hospitals to maintain a competent and adequate number of staff at all times. This may seem to be an easy task on the surface, but in truth close to 40 % of the hospitals surveyed during late 1995 and early 1996 received a Type 1 recommendation for competence assessment (HR.5), and many other hospitals failed to meet surveyor's expectations for collection, aggregation, and reporting of staff competence data (HR.4.3).

Keep these two trouble spots in mind as you conduct your mock survey. Ensure that your competency assessments are critical to each person's job performance and relevant to the types and ages of the patients each staff member serves. In addition, you should review your annual HR report to the board of directors to verify that you consistently report staff performance evaluation data to the board of directors.

Standard	Assessment point	Yes	No	Example of compliance	Notes
HR.1	Have you identified and defined the requirements, duties, and goals for each position in your organisation ?			Written job descriptions are on file for each position in your hospital.	
HR. 1	Do you have criteria-based job descriptions for each position in your organization ?			Written job descriptions include objective, written, performance-based criteria that is used to value each employee's performance.	
HR. 1	Do leaders compare staff capabilities and competencies with staffing needs to determine whether current staffing levels are appropriate ?			A review of staffing plans demonstrates that the hospital lacks a sufficient number of physical therapists. In response, a physical therapist recruitment program is developed.	
HR. 2	Do you have an adequate number of appropriate, qualifies, and trained employees ?			Each department's staffing plan shows how it accommodates increases and decreases in work loads using on-call staff or part-time staff.	
HR. 2	Do you to adjust staffing levels to meet departmental needs ?			Master staffing plans for the operating room include suggestions on how best to increase and decrease staffing levels; the operating room maintains a call roster and a list of cross-trained employees-e.g. the nurse	

				manager or the OR-who can circulate in the OR if necessary.	
HR. 2	Do you verify that all employees, as appropriate, meet regulatory, licensing, and legal requirements for <ul style="list-style-type: none"> - education and training ? - experience and competence ? - licensing, certification, registration ? 			The human resources department validates each job candidate's education and training, previous employment, and current license, registration, and/or certification.	
HR. 3	Do you evaluate and measure the competence of all employees, including contracted employees, on a regular basis ?			Documentation indicates that the hospital uses criteria-based annual performance appraisals and competence assessment tools to evaluate employee competence.	
HR. 3	Do you improve employee competence by educating and training staff ?			Orientation and training on specialized equipment maintains employee competence.	
HR. 3.1	Do you assess staff development needs in a <ul style="list-style-type: none"> o Hospital wide basis ? o Departmental basis ? o Individual basis ? 			The hospital's education department uses surveys, such as written needs assessments, to identify employees' educational and training needs.	
HR. 3.1	Do you use the results of these staff development assessments to create staff education plans ?			A hospital-wide needs assessment or all employees reveals that many individuals do not know how to handle a chemical spill. As a result, the educational department presents an educational program, open to all interested employees, on how to handle hazardous materials.	
HR. 3.1	Do you encourage employee growth and development ?			Your education department offers internal and external continuing education programs, such as patient fall prevention and fire safety programs.	
HR. 4 HR. 4.1	Do you have an employee and volunteer staff orientation program that teaches staff how to safely and competently perform their duties ?			General hospital and department specific orientation programs are offered to all new staff.	
HR. 4 HR. 4.1	Do you educate staff on <ul style="list-style-type: none"> o General patient, employee, and volunteer safety ? o Infection control and employee health ? o The hospital's values, mission, and vision ? o The hospital's performance improvement program? o Important issues related to their new department ? 			The orientation curriculum for new employees covers Fire safety, hazardous materials policies; Universal precautions, personal protective equipment; The hospital's mission, vision, and values; and Performance improvement. New employees are oriented to The location and uses of	

				MSDS; and Departmental policies and procedures.	
HR. 4.1	Do you orient forensic staff, correctional officers, and guards to <ul style="list-style-type: none"> o Hospital and departmental reporting structures and lines of communication ? o Proper use of restraint/seclusion as it relates to the forensic staff's job ? o The hospital's emergency call system ? o The procedure for reporting incidents or unusual occurrences ? 			The hospital provides county police officers who guard patients in the emergency department ; staff are taught how to properly use restraint and seclusion.	
HR. 4.2	Do you hold inservices and other educational sessions to <ul style="list-style-type: none"> o Improve overall staff competence ? o Ensure that employees understand how to use new equipment ? o Teach employees how to comply with new procedures ? 			Staff development programs are held on issues such as restraint or seclusion. Orientation and training programs are held for all employees who will operate new equipment. Records indicate that the hospital taught employees how to operate a new peritoneal dialysis machine.	
HR. 4.2	Do you periodically assess employee job performance ?			Annual performance appraisals and competence assessments.	
HR. 4.3	Is data on staff competence <ul style="list-style-type: none"> o Collected and analysed for patterns, trends, and opportunities for improvement ? o Used to identify areas where additional staff education and training is needed ? o Reported annually to the hospital board of directors ? 			Aggregate results from performance appraisals and/or competence assessments note a weakness in customer service, and therefore an inservice program is developed do strengthen this area.	
HR. 5	Do you periodically assess and evaluate all employees' abilities to perform their jobs and meet the age-specific and other special needs of the populations they serve ?			Competency assessment tools are used to evaluate whether staff are qualified to provide care to elderly patients.	
HR. 5	Have you identified the different age and other special needs groups in the populations your hospital serves ?			A review of historical demographic data obtained at admission indicates which areas of your hospital serve which types of patients.	
HR. 6 HR. 6.1 HR. 6.2	Do you have a policy or procedure readily available to all employees which <ul style="list-style-type: none"> o Identifies which care situations might conflict with a staff member's cultural, ethical, or religious beliefs ? o Gives employees the right to request not to participate in a care situation because of their beliefs ? o Describes the process you will follow to ensure that patient care is not jeopardized should you grant this request ? 			Your policy states that temporary agency staff or on-call staff may be brought in to handle a case that conflicts with a caregiver's beliefs until the employee can be reassigned to another area.	

The JCAHO Mock Survey Made Simple.

Human resources interview : preparation for competence assessment process review segment.

This document is included in these guidelines for information purposes only. The hospital is not required to complete any presurvey activities in preparation for the competence assessment process review segment or the Human Resources interview. During the survey, members of the survey team will identify the specific staff whose records will be included in the review.

Background.

The human resources interview is divided into three parts :

- Interview with hospital staff educators ;
- Review of staffing information ; and
- Review of the hospital's competence assessment process.

The surveyor(s) will address the hospital's system for :

- Establishing qualifications required for staff who have specific responsibilities ;
- Assessing these qualifications based on a review of an individual's performance evaluation and, as applicable, license/certification ; and
- Evaluating individual's performance in the light of defines expectations or responsibilities, as found in a job description, contract, or similar document.

During the human resources interview, surveyor(s) :

- Meet with staff to assess the hospital's education programs,
- Review data with appropriate hospital staff pertinent to staffing ; including aggregate information ; and
- Review with appropriate staff records pertinent to the hospital's competence assessment processes.

In addition to the Human Resources Interview, surveyors consider pertinent information from staff interviews conducted throughout the survey when assessing compliance with the human resource standards.

During the human resources interview, surveyor(s) will not address the hospital's processes for competence assessment for members of the medical staff or for licensed independent practitioners privileged through the medical staff credentials processes. Those processes will be addressed during the medical staff credentials review interview.

COMPETENCE ASSESSMENT PROCESS REVIEW SEGMENT OF THE HUMAN RESOURCES INTERVIEW.

Selection of records/documentation for review.

Each surveyor will identify records for review. The surveyor facilitating the interview will provide you with the "competence assessment process review request form(s)" at the end of the document review session. A few additional names may be identifies later in the survey for inclusion in the review.

The surveyor(s) will list in the competence assessment process review request form the staff for whom the required documentation should be provided. The request may be :

- By title ;
- By category of staff (in such cases, you may select a representative of this category) ; and
- By name (the fact that a name is listed should not be construed as a problem with this person ; staff are identifies by name when surveyors have gained some knowledge of their specific responsibilities.

Preparation for the Competence assessment process review.

Hospital preparation for the competence assessment process review begins when the surveyors provide the list of staff records for review at the end of the document review.

1. For each person on the list, locate the documents that address the following standards :
 - a- Job description and/or description of responsibilities (HR. 1);
 - b- Verification of current license, registration, or certification, when applicable (HR.2). If not required for the person, for example, a housekeeper, write "NA" in the appropriate column for that person;
 - c- Evidence of initial competence (HR. 4) for staff hires after 1/1/93;
 - d- Most recent performance evaluation, including the criteria, or skill/competency list(s) used in the review (HR.5). Note : such lists are not required by the Joint Commission, but when used in the organization, should be available to the surveyors; and

- e- Evaluation or age-specific competence for staff who have regular clinical contact with specific patient populations. Examples of patient populations include neonates, pediatric and adolescent patients, and geriatric patients.
2. The request form has columns numbered from one to six. Having gathered the documents requested, please annotate the request forms as follows :
 - a. check the appropriate column on the request form to indicate that information is available relative to a given standard for a given individual on the list;
 - b. label the document or other information pertaining to the relevant standard or issue with the number of the appropriate column;
 - c. write "NA" when the standard does not apply to that person; and
 - d. when column six is completed by the surveyor, label the specific document which addresses the performance specific skill/competency listed there; otherwise leave column six blank.
 3. During the review of personnel records, the surveyors may request evidence of staff education or training related to improving job performance for specific individuals identified on the competence assessment process review request form.

Additional material for the interview.

1. Provide material illustrating the establishment of qualifications and responsibilities, and the assessment of competence for the following categories, as applicable to your hospital :
 - a. Agency personnel (all categories used);
 - b. Per diem staff;
 - c. Employees of physicians who assess patient needs, provide patient education, or assist at procedures (unless such individuals are evaluated as a part of the medical staff credentials process ; in which case, these materials should be available at the medical staff credentials interview) ; and
 - d. Volunteers.

Note : it is expected that the format of the records addressing the qualifications and competence assessment for these categories will differ from that used for employees of the organization.

Process.

1. Bring the documents to the room where the review will be held, and :
 - If more than one request sheet is attached, please keep separate stacks of documents for each request sheet so that each surveyor knows which sets or materials he or she requested for review ; and
 - Identify documents related to agency personnel, per diem staff, employees of physicians, and volunteers, as applicable, in a separate place on the table.
2. Assign at least one, but no more than two, staff to assist each surveyor. Those participating should include representatives from the human resources/personnel department and from nursing, but should be limited to those authorized to have access to all requested information. Because this activity will focus on an in-depth review of employee-specific documentation, it is not useful for those not essential to the process to be present.

Your assistance in responding to this request is appreciated.

**COMPETENCE ASSESSMENT PROCESS REVIEW REQUEST FORM
1999**

	1	2	3	4	5	6
Name or category or staff ¹⁵	Job description HR. 1	Verification of Current license or registration /certification when applicable HR. 2	Initial assessment of competency including any skill/competency list(s) ¹⁶ HR. 4	Performance evaluation HR. 5		
				Most recent performance evaluation including any skill/competency list(s) ¹⁷	Age specific competence when appropriate ¹⁸	Performance specific skill/competency (surveyor use only)

¹⁵ Some additional names may be added later in the survey.

¹⁶ Limited to staff hires after January 1, 1993.

¹⁷ Separate skills/competency lists are not required but if used in your hospital, should be provided.

¹⁸ Age specific competency required for staff who routinely provide direct patient care to different patient age groups served by the hospital, e.g. neonates, pediatric and adolescent patients, and geriatric patients.

Annexe 2 : ANAES référentiel GRH.

GRH – Référence 1.

L'établissement élabore et met en œuvre un projet social conforme à ses valeurs, à sa mission et à sa stratégie.

GRH.1.a. Le projet social définit les perspectives d'évolution des ressources humaines par rapport aux besoins de l'établissement, prévoit les modalités d'une gestion personnalisée des professionnels, s'attache à la prise en compte des conditions de travail et des relations sociales.

GRH.1.b. L'établissement dispose dans sa structure de fonctions de gestion des ressources humaines aux responsabilités clairement identifiées.

GRH – Référence 2.

Le dialogue social est organisé et intégré dans la politique de gestion des ressources humaines.

GRH.2.a. Les instances représentatives du personnel sont réunies à périodicité définie et fonctionnent selon un règlement intérieur sur les questions relevant de leur compétence.

GRH – Référence 3.

La Commission médicale d'établissement exerce pleinement ses compétences sur les questions de gestion des ressources humaines la concernant.

GRH.3.a. La commission médicale d'établissement est sollicitée sur la sélection et le recrutement des médecins, sur la mise en œuvre d'un plan de formation médicale continue, ainsi que sur l'organisation des gardes et astreintes.

GRH – Référence 4.

La gestion prévisionnelle des ressources humaines permet l'adaptation des ressources humaines aux évolutions de l'établissement.

GRH.4.a. L'établissement met en œuvre une gestion prévisionnelle des ressources humaines.

GRH.4.b. La gestion prévisionnelle des ressources humaines permet d'assurer les prestations de soins selon les exigences des postes, l'évaluation de la charge de travail, les nécessités de remplacement et les compétences du personnel.

GRH.4.c. Une description actualisée des fiches de fonction et des profils de poste est effectuée. Les responsabilités et les exigences de tout poste font l'objet d'un document écrit et communiqué.

GRH – Référence 5.

Le recrutement tient compte des profils de poste et donne lieu à une vérification des conditions d'exercice.

GRH.5.a. Le recrutement est effectué sur la base des profils de poste.

GRH.5.b. Une vérification des conditions d'exercice des professionnels portant sur les titres et diplômes est effectuée lors du recrutement.

GRH – Référence 6.

Des procédures d'accueil et d'intégration des professionnels et des stagiaires sont en place.

GRH.6.a. La mission, le plan stratégique, les secteurs d'activité, l'organisation, le fonctionnement et la gestion de l'information de l'établissement sont présentés à tout professionnel ou stagiaire.

GRH.6.b. Dans chaque secteur d'activité, une information d'adaptation au poste est fournie à tout professionnel ou stagiaire, concernant les exigences en matière de sécurité, le contrôle et la prévention du risque infectieux et les stratégies d'amélioration de la qualité des soins en place.

GRH – Référence 7.

Des procédures périodiques d'évaluation du personnel sont en place.

GRH.7.a. Un entretien annuel est effectué entre chaque membre du personnel et l'encadrement et un bilan est effectué.

GRH.7.b. Les besoins individuels en formation sont identifiés.

GRH.7.c. Des objectifs sont fixés pour l'année suivante.

GRH – Référence 8.

La formation continue permet d'assurer l'amélioration du niveau de compétence des personnels.

GRH.8.a. Les besoins des personnels en matière de formation continue sont identifiés.

GRH.8.b. Un programme de maintien et d'amélioration du niveau de compétence adapté aux besoins identifiés des personnels de l'établissement est mis en place.

GRH.8.c. La formation continue contribue à la politique promotionnelle des personnels de l'établissement.

GRH – Référence 9.

La gestion administrative du personnel assure la confidentialité, la qualité et la sécurité des informations individuelles concernant le personnel.

GRH.9.a. Un système d'information permettant de recueillir toutes les données nécessaires à la gestion administrative du personnel est en place.

GRH.9.b. Un dossier complet est élaboré et mis à jour pour chaque membre du personnel.

GRH.9.c. La confidentialité des renseignements portant sur le personnel est assurée.

GRH – Référence 10.

L'amélioration des conditions de travail des personnels s'inscrit dans le projet social de l'établissement.

GRH.10.a. Les conditions de travail sont évaluées à périodicité définie.

GRH.10.b. Un plan annuel d'amélioration des conditions de travail est mis en œuvre, suivi et évalué.

GRH – Référence 11.

Des processus sont en place afin d'examiner et d'améliorer la qualité de la gestion des ressources humaines.

GRH.11.a. Des enquêtes de satisfaction du personnel sont menées.

GRH.11.b. La politique de gestion des ressources humaines est évaluée sur la base d'indicateurs suivis à périodicité définie.

GRH.11.c. Des mesures sont mises en œuvre afin d'améliorer les processus en place.

L'établissement peut avoir développé d'autres réponses pour atteindre l'objectif ; il lui appartient d'en faire état.

Annexe 3 : Démarche du CCASS – 1995/1999.

Normes RH à l'intention des établissements de soins de courte durée. 1995.

Cotation :

N = non conformité ou sans objet

M = conformité minimale

P = conformité partielle

E = conformité élevée

« 2.0 Des processus de planification des ressources humaines sont en place.

2.1 Les processus tiennent compte des changements du milieu et sont reliés :

- à la mission
- au plan stratégique
- à la structure organisationnelle
- aux ressources disponibles
- aux lois et règlements pertinents
- à la technologie.

2.2 La dotation en personnel de tous les secteurs de l'établissement permet de mener à bien la prestation des soins et des services et tient compte :

- des exigences du poste
- de l'évaluation de la charge de travail afin de déterminer si l'on dispose d'un personnel suffisant et approprié pour y répondre
- des dispositions afin de réaffecter les ressources humaines en cas de fluctuation de la charge de travail
- des mesures prises à l'égard du retrait des services.

3.2 Les activités d'initiation, de formation continue et de perfectionnement encouragent le maintien des compétences.

L'initiation aux rôles et aux responsabilités ainsi qu'au milieu de travail et donnée et comprend, selon le cas :

- les valeurs,
- la mission et la vision
- le plan stratégique
- les règlements, les ententes, les politiques et les processus
- les services disponibles
- les buts et les objectifs
- la structure organisationnelle
- les attentes relatives au rendement
- les lois et les règlements pertinents
- les normes professionnelles, les lignes directrices cliniques ou les directives régissant la pratique
- les normes d'agrément
- l'organisation physique
- la gestion de l'information
- les exigences en ce qui a trait à la santé et à la sécurité du travail ainsi qu'au contrôle et à la prévention des infections
- les stratégies d'amélioration de la qualité des soins et des services.

4.0 Des processus sont en place pour répondre aux questions reliées aux activités professionnelles.

4.1 Les processus reliés aux activités professionnelles traitent :

- des normes de soins et de services conformément aux normes professionnelles, aux lignes directrices cliniques ou aux directives régissant la pratique ;
- de l'examen des titres et de leur vérification périodique ;
- de la portée des activités professionnelles et des mesures permettant de veiller à la compétence des personnes exécutant des tâches spécialisées par l'attestation et le renouvellement des attestations (par exemple, la traumatologie et les programmes avancés de réanimation d'urgence chez l'enfant), le cas échéant ;
- des activités de formation et de recherche clinique ;
- de la formation des stagiaires ;

- des mesures disciplinaires au sein des disciplines ou de la tâche de veiller à ce que les membres des disciplines respectent les mesures déjà existantes ;
- des liens formels (internes et externes) avec les pairs de la direction, des secteurs de l'enseignement et de la recherche, ainsi qu'avec les cliniciens ;
- de la charge de travail, selon le cas ;
- de la tâche de se tenir au courant des modifications apportées aux lois et aux règlements ainsi que des questions concernant la pratique ;
- des questions et des tendances inhérentes à la pratique, de l'évaluation de leur incidence et de la recommandation de stratégies à l'équipe de direction ;
- de la représentation des disciplines au sein des équipes ou des comités pertinents ;
- des conflits pouvant survenir entre les différentes disciplines.

7.0 Des processus sont en place afin d'évaluer et d'améliorer la qualité de la gestion des ressources humaines.

Ensemble, l'équipe et les clients participent à l'élaboration et à la mise en œuvre des processus et :

- chaque membre assume, à tour de rôle, la responsabilité de chef d'équipe.

9.0 Les processus reliés à la gestion des ressources humaines sont sélectionnés par ordre de priorité en vue de l'évaluation et de l'amélioration de la qualité des services rendus.

9.1 La méthode servant à déterminer les priorités tient compte des besoins et des attentes des clients ainsi que de l'incidence sur l'amélioration des résultats.

- La priorité est accordée aux processus qui :
 - comportent des risques élevés
 - sont les plus courants
 - sont les plus susceptibles de poser des problèmes.
- Les aspects de la qualité qui sont considérés au moment d'établir les priorités comprennent l'ensemble ou l'un de ceux qui suivent :
 - la sécurité
 - la compétence
 - la satisfaction
 - l'efficacité
 - le caractère opportun
 - l'efficience
 - l'accessibilité.

11.0 Les résultats des activités d'amélioration de la qualité sont communiqués.

11.1 Les résultats sont communiqués à l'équipe et, selon le cas, aux clients et aux fournisseurs.

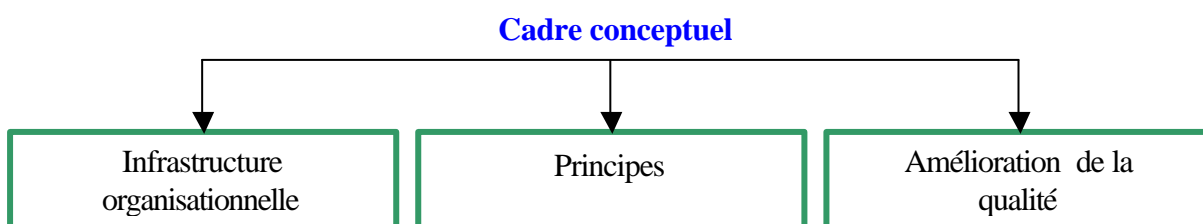
11.2 Les moyens de communication comprennent :

- les rapports,
- les bulletins ou les communiqués,
- les activités de formation,
- les réunions,
- les discussions informelles.

11.3 L'équipe reçoit des commentaires sur les renseignements portant sur la qualité qui ont été communiqués.»

Le guide sur l'amélioration de la qualité et le programme d'agrément centré sur le client précise le cadre de la démarche du CCASS.

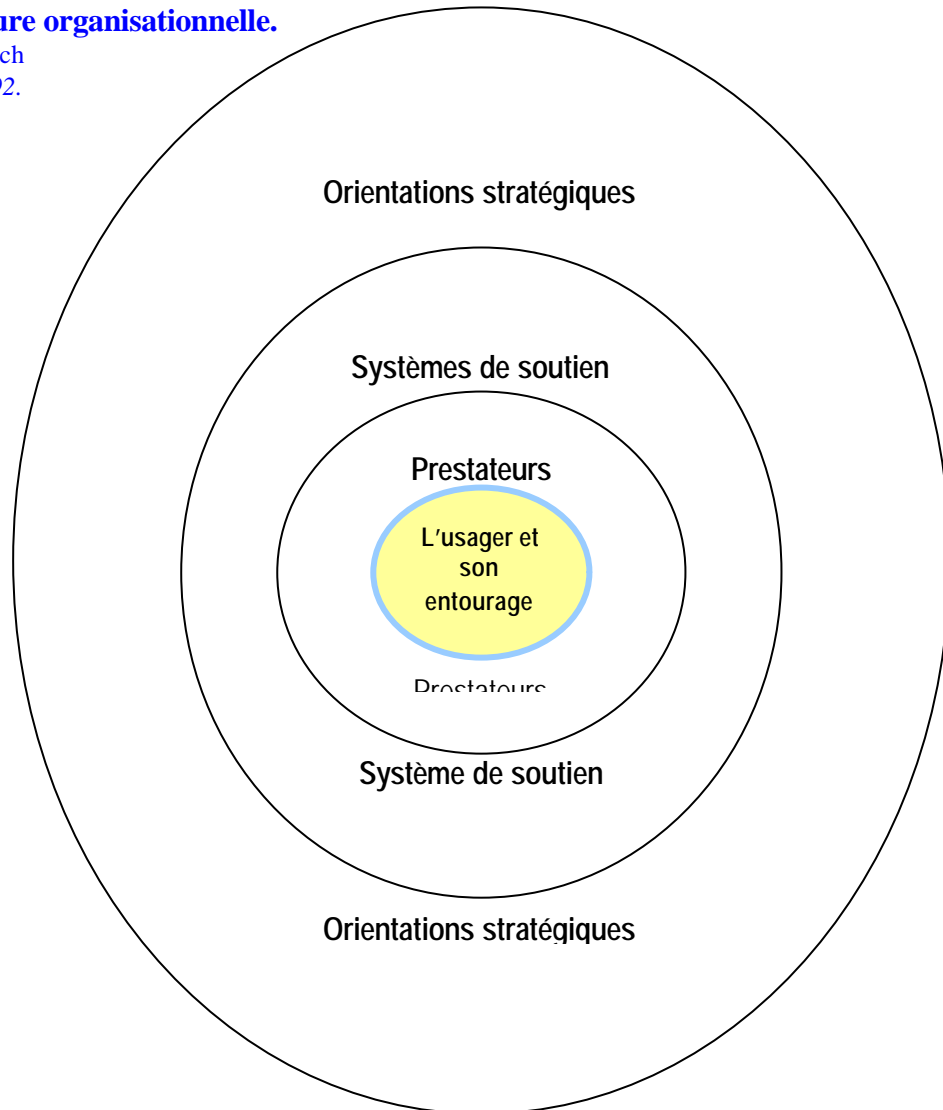
Un cadre conceptuel est élaboré à partir duquel on peut améliorer les normes et les visites. Trois axes du cadre conceptuel ont été identifiés.



Le tableau suivant identifie et illustre les liens qui doivent exister entre chacune des composantes de l'infrastructure de l'établissement afin de promouvoir l'approche centrée sur le client.

Infrastructure organisationnelle.

Adapté de Jirsch
Décembre 1992.



Un établissement se doit de détenir les caractéristiques suivantes :

- ✓ Les orientations stratégiques guident le leadership qui...
- ✓ Veille à la disponibilité d'une série de systèmes de soutien reliés entre eux qui...
- ✓ Appuient les prestataires, engagés dans les processus reliés aux soins, qui...
- ✓ Sont chargés de la prestation de soins et de services à l'utilisateur et à son entourage au cours du processus.

Les principes :

Les principes et la philosophie qui sous-tendent l'infrastructure organisationnelle englobent :

- ✓ Une culture organisationnelle, comprenant des valeurs, une mission, et une vision, qui reflète les besoins de la communauté et fait montre d'un engagement à l'égard de la qualité des soins et des services ;
- ✓ Un leadership permettant de guider et d'aider les intervenants, et de faire participer ces derniers à la mise en œuvre des processus organisationnels au moyen du travail d'équipe ;
- ✓ La gestion et l'amélioration des processus afin d'atteindre les résultats attendus ;
- ✓ La satisfaction des besoins des usagers et des clients et le dépassement de leurs attentes.

L'amélioration de la qualité :

L'infrastructure et les principes sont appuyés par une stratégie d'amélioration de la qualité qui vise à apporter des améliorations en perfectionnant tous les aspects des services. On y réussit en établissant des processus d'examen et de suivi à l'intérieur de l'infrastructure afin d'identifier les occasions d'apporter des améliorations.

Le CCASS propose les étapes du processus d'amélioration de la qualité :

- ❑ **La détermination des processus devant faire l'objet d'un examen et d'un suivi** : le choix des processus peut dépendre, entre autres, de facteurs tels que les commentaires des usagers et des clients, ainsi que les buts et les objectifs de l'établissement et de chaque service.
- ❑ **L'établissement d'indicateurs de rendement** : les indicateurs permettent d'évaluer divers aspects d'un processus, ce qui permet de se faire une idée de la qualité du processus. Les indicateurs peuvent servir à mettre en évidence les occasions d'apporter des améliorations.
- ❑ **L'examen du rendement par rapport aux indicateurs** : cet examen est mené en utilisant une variété d'outils de collecte de données tels que les sondages, les fiches de vérification et les registres. La mise en œuvre d'un calendrier d'évaluation périodique des processus dans un établissement, un département, un service ou un programme donne une bonne idée de la constance du fonctionnement des processus.
- ❑ **L'identification d'occasions d'apporter des améliorations** : afin de pouvoir clairement identifier des occasions d'apporter des améliorations, il faut d'abord interpréter les données, soit les réponses à des questions telles que « Comment fonctionnons-nous aux points critiques du processus ? » et « Que pouvons-nous apprendre des commentaires des clients ? ».
- ❑ **La mise en œuvre des améliorations** : afin que l'exercice soit une réussite, il faut premièrement faire participer les personnes engagées dans le processus et qui sont touchées par ce dernier, si possible au moyen de la formation d'équipes. Toutes les personnes concernées doivent bien comprendre ce qui doit faire l'objet d'une amélioration. Le processus est analysé, et les améliorations sont identifiées, mises en œuvre et communiquées de façon appropriée.
- ❑ **L'examen du suivi** : un examen suivi est effectué afin de veiller à ce que les améliorations se poursuivent. Au fur et à mesure que les processus évoluent, il peut être nécessaire de réviser les indicateurs. Toute modification qui s'avère nécessaire doit être apportée afin de conserver les acquis.

Les normes.

Elles sont séparées en sections et reliées aux composantes de l'infrastructure organisationnelle. La gestion des ressources humaines est reliée aux systèmes de soutien, au même titre que la gestion de l'information ou la gestion de l'environnement.

Le guide de 1995 précise **trois aspects** de chaque norme.

Point de mire GRH.

Cette section insiste sur les activités qui sont menées à l'échelle de l'établissement afin de gérer une ressource précieuse de l'établissement, soit les gens.

Contenu – Processus.

Les normes reliées à la GRH sont structurées autour des processus suivants :

- La satisfaction des besoins des clients
- La planification des ressources humaines
- La tâche de veiller à ce que le personnel et les médecins possèdent les titres, les qualités et les compétences nécessaires
- La gestion des questions liées à la pratique professionnelle
- Le maintien de la confidentialité des renseignements
- La santé et la sécurité du travail
- L'examen et l'amélioration de la qualité.

Application du cadre conceptuel.

Infrastructure – soutien des systèmes : dans cette section, les processus liés aux ressources humaines de tout l'établissement sont gérés par une équipe. Chaque secteur d'activités de l'établissement est un client. L'équipe offre un soutien à ces clients ou secteurs d'activités afin de veiller à ce que les processus pertinents soient efficaces, efficients, et qu'ils donnent les résultats attendus.

Principes :

Les exemples suivants démontrent comment les principes d'amélioration de la qualité sont intégrés à cette section de normes.

- ✓ L'importance du travail d'équipe dans la GRH est mise en évidence.

- ✓ Le facteur humain est une dimension très importante du rendement et de l'amélioration de la qualité.
- ✓ Les processus liés à la pratique professionnelle sont identifiés, y compris l'examen des titres et la formation continue.
- ✓ La nécessité d'évaluer le rendement du personnel sur une base continue appuie l'idée que chaque personne est responsable de la qualité. Il s'agit d'un thème central de l'amélioration de la qualité.
- ✓ Les processus en place pour satisfaire les besoins des clients sont conformes aux valeurs, à la mission et à la vision de l'établissement.

Amélioration de la qualité : le défi sera d'identifier des indicateurs de rendement valables et fiables qui reflètent la variété de processus compris dans cette section de normes, d'analyser les résultats de l'examen et d'apporter les améliorations en conséquence. Voici quelques indicateurs qui pourraient être pris en considération :

- Les taux d'absentéismes
- Les données obtenues au moment d'entrevues de fin d'emploi
- Les données sur la satisfaction du personnel
- Les cas de griefs et d'arbitrage
- Les plaintes formulées par le personnel
- Les données sur l'évaluation des activités de formation
- Les données sur le perfectionnement du personnel
- Les taux de participation aux activités de formation.

Conseils pratiques.

Cette section de normes peut être remplie par des représentants des secteurs d'activités tels que :

- Le service du personnel
- Le service de formation
- Le service de santé et de sécurité du travail.

Des représentants de différentes disciplines professionnelles, dont la médecine, devraient aussi participer.

Au moment de remplir cette section....

Matière à réflexion :

- Comment évalue-t-on les résultats des activités de formation portant sur l'amélioration de la qualité ?
- Donnez quelques exemples de questions d'ordre professionnel dont vous traitez à l'heure actuelle. Quels est le processus utilisé pour ce faire ?
- Comment veille-t-on au respect des normes professionnelles ?
- De quelle façon les professionnels entretiennent-ils un partenariat avec la communauté ?
- Comment l'équipe peut-elle savoir si ses services répondent aux besoins des clients ?
- Donnez quelques exemples de cas d'amélioration de la qualité qui ont déjà été menés à bien dans le domaine de la santé et de la sécurité.
- De quelle façon la gestion du rendement est-elle liée à l'amélioration de la qualité ?

Annexe 4 : Les indicateurs. (« Guide pour l'élaboration et l'utilisation d'indicateurs de rendement ») CCASS 1996.

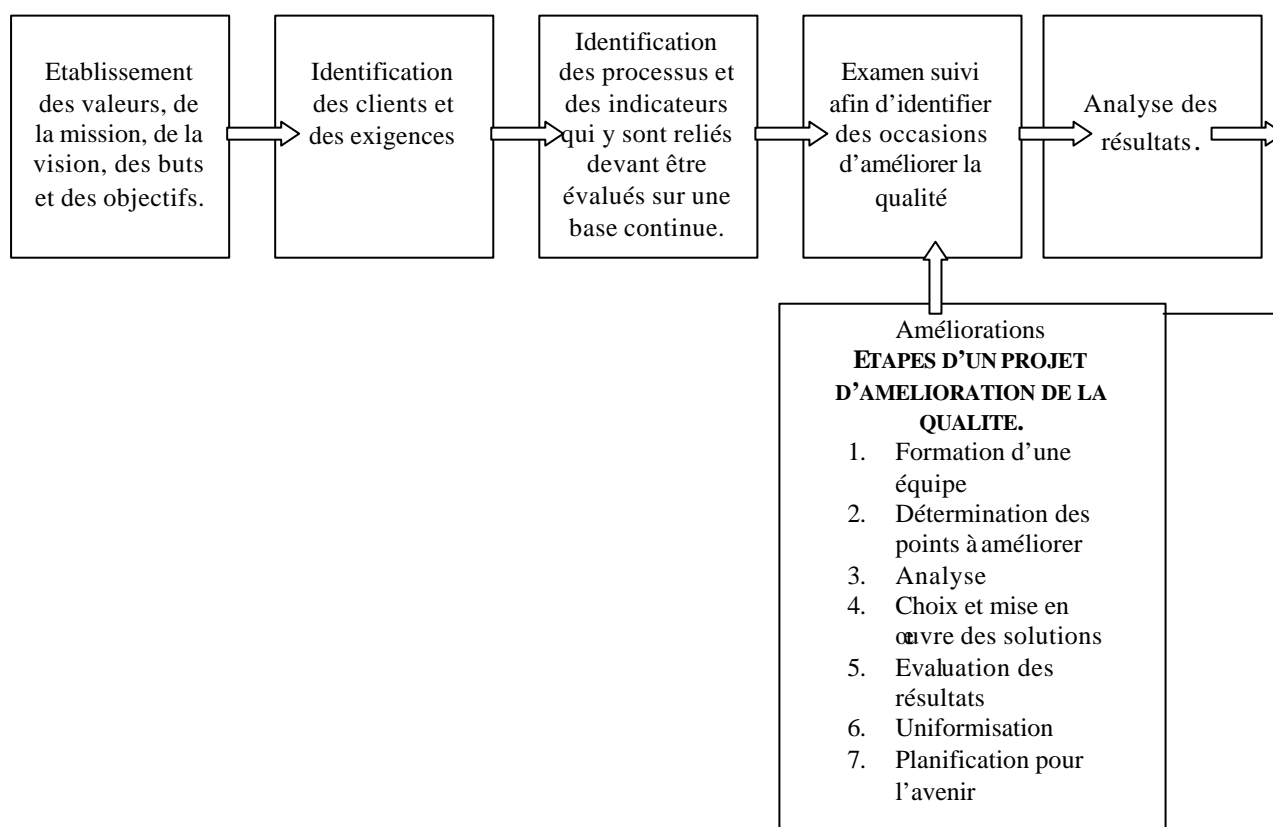
Définition CCASS : Indice exprimé sous forme d'événement ou de ratio qui est utilisé afin de vérifier, d'assurer un suivi, et d'évaluer la qualité des soins, des services de soutien et des fonctions organisationnelles en vue d'apporter les améliorations requises, le cas échéant.

Selon la JCAHO on peut décrire le rendement comme étant ce que l'organisme fait, c'est-à-dire ses processus, ou ce que l'organisme réalise, c'est-à-dire les résultats. Le principe fondamental à retenir est que le rendement de l'organisme influencera les résultats des soins et des services offerts aux usagers.

Il importe de comprendre le lien existant entre l'amélioration de la qualité et les indicateurs de rendement. Les indicateurs peuvent faciliter la prise de décision quand les données qui en découlent sont utilisées dans le contexte de la planification, de l'exécution et de l'évaluation des activités. Ils ne constituent pas une mesure absolue de la qualité.

Situation des indicateurs dans les étapes d'un plan d'amélioration de la qualité.

Cadre d'élaboration d'un plan d'amélioration de la qualité.¹⁹



¹⁹ Adapté par le CCASS.

Typologie des indicateurs.

Indicateurs de structure : ils décrivent le genre et la quantité de ressources utilisées par un système de santé ou un organisme pour offrir des programmes ou des services. Ils peuvent porter sur le nombre de membres du personnel, de clients, de lits, ou sur la quantité d'argent, de fournitures et d'immeubles.

Ex. nombre de lits réservés aux soins de longue durée/population totale.

Indicateurs de processus : ce sont des séries d'activités et de communications reliées entre elles qui sont entreprises en vue d'atteindre les objectifs d'un programme ou d'un service. Les indicateurs de processus mesurent ces activités ou tâches.

Ex. total des coûts directs du programme de soins à domicile/total des visites à domicile.

Indicateurs de résultats : pour les équipes de soutien, d'administration et de direction, ce qui constitue un résultat n'est pas aussi clair que pour les équipes prestataires de soins. Le lien entre le service rendu et la santé de l'utilisateur est ordinairement indirect et plus difficile, voire même impossible à évaluer.

Pour les équipes de soins	Pour les équipes de soutien, d'administration et de direction
Les indicateurs de résultats se rapportant à l'utilisateur : mesurent les changements dans l'état de santé de l'utilisateur attribuables aux soins et services offerts à l'utilisateur.	Les indicateurs de résultats ne se rapportant pas à l'utilisateur : mesurent les résultats ultimes des processus.

Les indicateurs propres aux RH ne se rapportent pas directement à l'utilisateur. Ils doivent mesurer les résultats ultimes des processus. Or, il n'est pas toujours facile de différencier un résultat d'un processus. Une façon de déterminer s'il s'agit d'un résultat est d'utiliser l'analogie avec des variables dépendantes et indépendantes. Dans les projets de recherche, les variables indépendantes sont des facteurs sur lesquels le chercheur peut exercer un contrôle. Les variables dépendantes, comme leur nom l'indique, dépendent des variables indépendantes ; le chercheur étudie leur transformation quand il change les variables indépendantes. Le chercheur tente ainsi de déterminer la relation entre variables dépendantes et variables indépendantes.

Dans un organisme, les structures et les processus peuvent être considérés comme des variables indépendantes, puisque la plupart sont contrôlés par l'organisme. Les résultats, tout comme les variables dépendantes, ne sont pas contrôlés par l'organisme. On peut seulement les observer et les suivre de près.

Par exemple, un hôpital pourrait former un comité (structure) composé de cadres et de membres du personnel pour répondre aux préoccupations du personnel. L'hôpital développerait aussi un processus pour répondre rapidement aux questions du personnel (processus). Ces facteurs sont analogues aux variables indépendantes. Pour connaître l'efficacité de ces structures et processus, l'équipe de direction pourrait examiner le nombre de griefs déposés par le personnel par mois. Bien que l'équipe ne puisse contrôler le taux de griefs (résultat), elle espère que les structures et processus en place amélioreront les résultats.

Voici quelques exemples de résultats pour les équipes autres que les équipes de soins et de services.

Gestion des ressources humaines.

Degré de compréhension global du personnel quant aux politiques et procédures de l'hôpital/
nombre de membres du personnel ayant reçu une séance d'initiation

Nombre de membres du personnel blessés au travail/nombre de membre de personnel.

Gestion de l'environnement.

Nombre de pièces d'équipement tombées en panne au cours d'une période donnée/nombre de
pièces d'équipement entretenues

Nombre de plaintes en ce qui concerne des conditions de travail non sécuritaires/nombre de
membres du personnel.

Direction.

Nombre d'unités dépassant leur budget/nombre d'unités

Degré global de satisfaction du personnel/nombre de membres du personnel interrogés.

Elaboration des indicateurs.

On peut utiliser les différentes facettes de la qualité comme cadre de travail pour formuler des questions aidant à définir des indicateurs.

Sécurité : Les risques possibles d'une intervention ou de l'environnement sont évités ou réduits.

Compétence : Les connaissances et aptitudes des prestataires de soins ou de services sont appropriées par rapport aux soins ou aux services offerts.

Acceptabilité : Tous les soins et services offerts répondent aux attentes des clients, de la communauté, des prestataires de soins et de services, et des organismes payeurs, et les besoins des clients ou des usagers demeurent la principale préoccupation malgré les conflits et la compétition qui peuvent exister entre les partenaires.

Efficacité : Les interventions, les soins ou les services contribuent à atteindre les résultats visés.

Pertinence : Les soins ou services sont appropriés aux besoins du client ou de l'utilisateur, et sont fondés sur des normes établies.

Efficience : L'atteinte du résultat visé avec le moins de ressources possible.

Accessibilité : Les soins ou les services sont rendus au bon endroit et au bon moment, en se fondant sur les besoins du client ou de l'utilisateur.

Continuité : La capacité des programmes, des prestataires, des organismes offrant le même niveau de soins ou un niveau de soins différent à fournir un service continu et coordonné.

Cela incite les personnels à penser aux aspects des soins et des services qui auraient pu être oubliés.

Annexe 5 : Comparer les efforts de changement : orientation action/résultats. Extrait de Robert H. Shaffer et Harvey A. Thomson.

Si les programmes orientés action et ceux qui privilégient les résultats ont en commun certaines méthodologies pour aborder le changement, ils diffèrent très fortement sur certains points.

L'orientation action	L'orientation résultats
<ol style="list-style-type: none"> 1. L'effort de modernisation est défini globalement et sur le long terme (« Nous voulons devenir aux yeux de tous le numéro un de notre secteur »). 2. Pour que la direction s'engage dans une nouvelle étape d'action, il suffit que celle-ci soit « correcte » et corresponde à la philosophie du programme (« Je veux voir s'impliquer dans une action chaque cadre de ce département »). 3. Le « champion » du programme prône patience et courage (« N'attendez pas de résultats cette année, ni même l'année prochaine. C'est un processus qui se joue sur le long terme, et non un remède minute »). 4. Les experts et consultants endoctrinent tout le monde avec la mystique et le vocabulaire du programme (« On va se heurter à une tour de Babel si nous tentons d'aborder les problèmes avant que tout le monde, cadre ou employé, soit passé par le stage de formation et possède le même vocabulaire et les mêmes outils »). 5. Les experts et consultants pressent dirigeants et salariés d'avoir foi dans l'approche adoptée et de la soutenir (« Il faut beaucoup de temps et d'efforts avant d'obtenir l'engagement profond du personnel. Ce peut-être pour les cadres une véritable lutte, mais ils doivent comprendre qu'il est essentiel que nous devenions une entreprise de qualité totale »). 6. Le processus demande des dirigeants qu'ils engagent de gros investissements en amont – avant même que les résultats n'aient été prouvés (« Pendant la première année, nous entendons concentrer nos efforts sur la prise de conscience et sur la formation de compétences. Ensuite, pendant que les cadres établiront un diagnostic des différents problèmes et opportunités dans leurs domaines respectifs, un consultant lancera une enquête auprès de tous nos clients, pour savoir ce qu'ils pensent des quatorze dimensions critiques de notre service. Après quoi, est... »). 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Les objectifs de gain de performance sont mesurables et proches, même s'ils participent d'un effort soutenu sur le long terme (« Dans deux mois, nous réglerons 95% des réclamations en moins de dix jours »). 2. La direction ne s'engage dans une nouvelle étape d'action que lorsque celle-ci semble devoir aboutir directement sur des résultats précis (« Nous allons mettre en place un petit groupe de travail qui cherchera avec vous comment réduire les temps morts sur cette machine »). 3. L'humeur est à l'impatience. La direction veut des résultats tout de suite, même si l'ensemble du processus de changement doit prendre beaucoup de temps (« Si nous ne parvenons pas à rattraper au moins la moitié de notre désavantage de coût dans les trois mois, nous devons envisager la fermeture de l'usine »). 4. Les experts et consultants aident les cadres à obtenir des résultats (« Nous allons nous efforcer de mettre au point, d'ici huit à quinze jours, des outils d'évaluation de la satisfaction des clients en matière de livraison. Ainsi vous serez en mesure d'entreprendre des améliorations »). 5. Cadres et employés sont encouragés à s'assurer par eux-mêmes des bons résultats de l'approches actuelle (« Pourquoi n'enverriez-vous pas quelques-uns de vos collaborateurs suivre la formation qualité pour voir si elle peut les aider à atteindre leurs objectifs d'amélioration dans les deux ou trois mois qui viennent ? »). 6. Il ne faut qu'un investissement relativement minime pour démarrer le processus ; la conviction s'affermir à mesure que les résultats se concrétisent (« Voyons si cette approche peut nous servir) accroître les ventes des produits haut de gamme dans tel et tel domaine. Si cela marche, nous transférerons la méthode aux autres secteurs »).

Table des matières	Pages
Sommaire	1
Remerciements	3
Liminaire	4
Résumé	6
Introduction	7
Le passage de l'ère de la machine à l'ère de l'information.	7
La nécessité du changement au sein du système hospitalier.	7
Le facteur humain, cœur de la qualité et de la performance à l'hôpital.	9
L'évolution du concept de « gestion de la qualité » :	11
Problématique : comment croiser les champs des ressources humaines et de la gestion de la qualité dans les hôpitaux.	12
 Première partie : H.R.M. et T.Q.M., approche croisée des référentiels français, canadiens et américains.	 16
1.1 - Vers un but ultime : prévenir la non qualité à l'hôpital et passer de la conformité à l'excellence.	16
1.1.1. Etat des lieux.	17
1.1.2. Points forts des référentiels de management par la qualité totale.	18
1.2 - Analyse des référentiels et situation des ressources humaines dans chacun d'entre eux.	20
1.2.1. Les référentiels américains.	20
1211 : le référentiel du JCAHO	20
1212 : le prix national qualité « Malcom Baldrige »	22
1.2.2. Les référentiels canadiens.	26
1221 : Le référentiel du CCASS – Mire	26
1222 : Le référentiel du CQAESS	28
1.2.3. Le référentiel européen : EFQM.	31
1.2.4. Le référentiel international : ISO version 2000.	34
1.2.5. Les référentiels français.	37
1251 : Le référentiel ANAES.	37
1252 : Le prix du MFQ.	38
1.3 - Synthèse : quel choix de référentiel pour les ressources humaines ?	40
1.3.1. Points communs et points de divergences.	40
1.3.2. Un socle commun : la pyramide qualité	43

Deuxième partie : H.R.M. et T.Q.M. , mise en œuvre du méta modèle intégré à la stratégie d'un établissement de santé.	45
2.1 – De l'analyse stratégique à l'analyse de l'intervention : modèle opérationnel déployé au Centre hospitalier de Cognac.	45
2.1.1.Contexte sanitaire du cognaçais.	45
2.1.2.Présentation de la structure organisationnelle du C.H. de Cognac, selon la classification de Henry Mintzberg.	46
2.1.3.Situation des ressources humaines dans le processus d'affaires.	48
2.1.4.Logique et structuration des programmes d'amélioration de la qualité en ressources humaines au Centre hospitalier de Cognac : management participatif et gestion de projet, leviers méthodologiques de la gestion du changement.	51
2.1.4.1.Synoptique, acteurs et objectifs.	51
2.1.4.2.Un organigramme des tâches comme support à l'ensemble de la démarche.	54
2.1.5. Analyse stratégique de l'intervention.	57
2.2 - De la stratégie à la performance : cohérence entre environnement, stratégie, structure et performance.	61
2.2.1. Le management des ressources humaines par QT : élément stratégique de l'hôpital.	61
2.2.2. La quête de la performance.	63
2.2.2.1. Identifier les paramètres de conception de l'organisation pour en améliorer la performance.	63
2.2.2.2. Les facteurs RH favorables à la bonne implantation de la démarche.	66
2.3 – De la performance à la quête du sens.	70
2.3.1. L'existence d'un consensus : la place centrale du facteur humain dans le management par la qualité totale.	70
2.3.2. Le sens du changement : qualité exogène et changement endogène de l'organisation.	70
Conclusion	72
Epilogue : Le paradoxe d'Icare.	75
Glossaire des termes utilisés	76
Bibliographie	77
Annexes	81