

La qualité à l'hôpital : Conditions

**Collection CHID / C2ID**

**Claude BEAUMONT**

**CLT Editeur**



**Claude BEAUMONT**

**CLT Editeur**

Chez le même éditeur

Guide Pratique d'hygiène hospitalière I: L'infection existe, sa prévention aussi (**épuisé**)

Guide Pratique d'hygiène hospitalière II: La stérilisation au quotidien (quelques exemplaires encore disponibles)

Guide Pratique d'hygiène hospitalière III: L'hygiène en bloc opératoire, un pari possible (quelques exemplaires encore disponibles)

Guide Pratique d'hygiène hospitalière IV: L'hygiène en cabinet dentaire

Guide Pratique d'hygiène hospitalière V: L'hygiène en restauration collective (**épuisé**)

**Ces publications datent de 1988, 1989 et 1994, mais ne semblent pas avoir perdu de leur substance.**

**Il s'agit de rééditions. Compte tenu de leur « ancienneté », elles sont vendues au prix de 10 euros plus 5 euros de port.**

CLT Editeur

Veillez adresser votre commande à sur le site [www. a-ciid.fr](http://www.a-ciid.fr) ou par courriel  
[ciid@wanadoo.fr](mailto:ciid@wanadoo.fr)

Copyright CLT

La loi du 11 mars 1957 n'autorisant, aux termes des alinéas 2 et 3 de l'article 41, d'une part, que les copies ou reproduction strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration, " toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayant cause, est illicite " (alinéa 1<sup>er</sup> de l'article 40) Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles 425 et suivants du code pénal.

Droits réservés pour tous pays.

ISBN : 978-2-9539051-6-8

EAN : 978-2-9539051-6-8



**TABLE DES MATIERES**

<b><u>AVERTISSEMENT</u></b>	<b>6</b>
<b><u>INTRODUCTION</u></b>	<b>8</b>
<b><u>I CONSTATS</u></b>	<b>13</b>
<b><u>DEUXIEME PARTIE : ILLUSTRATIONS</u></b>	<b>26</b>
<b><u>TROISIEME PARTIE: METHODE</u></b>	<b>86</b>
<b><u>QUATRIEME PARTIE: CONDITIONS</u></b>	<b>116</b>
<b><u>LES LIMITES DE LA METHODE</u></b>	<b>141</b>
<b><u>CONCLUSION</u></b>	<b>142</b>

**Table des matières détaillée**

**AVERTISSEMENT**

**INTRODUCTION**

**PREMIERE PARTIE : CONSTATS**

- Les effets du discours qualitatif
- La justification de la qualité
- La qualité, une notion d'ordre réglementaire
- La qualité revendiquée
- Par les professionnels de santé
- Par les patients
- Par les médias
- Par les gestionnaires
- La certification et ses raisons
  - Soubassements de cette demande
  - Une réforme économique
  - Une préoccupation politique
  - Les moyens investis
- L'accréditation, la certification
  - Définition
  - L'intérêt de l'accréditation
  - Une accréditation pour tous
  - Positionnement des secteurs public et privé
  - Les effets possibles de l'accréditation
  - Les limites de l'accréditation
  - Ce qu'elle doit apporter

**DEUXIEME PARTIE : ILLUSTRATIONS**

- Les services administratifs
- L'accueil
- L'accueil téléphonique
- L'accueil physique
- Accueillir, c'est aussi informer
  - La direction générale
- Justifier la qualité
- La sécurité physique
- La sécurité anesthésique
- La sécurité d'information médicale
- Analyser avant d'introduire
- Un devoir d'information
- Concevoir une démarche globale

La direction des affaires financières

Des moyens suffisants  
Une organisation adaptée aux besoins  
Optimiser la gestion des fonds  
Un contrôle de gestion souvent peu employé

La direction des affaires économiques

Un service jugé par les utilisateurs  
Un service jugé par ses fournisseurs  
Quelques requêtes essentielles  
Un magasin performant

La gestion des Ressources Humaines

Respecter les règles de droit  
Attribuer les moyens de ses ambitions  
Rémunérer  
Former  
Recruter  
Contrôler les pratiques au travail  
Diagnostiquer, analyser  
Responsabiliser avec discernement  
Former l'encadrement à la GRH

Le service technique

La gestion du quotidien  
Une gestion prospective à développer  
Un service technique gestionnaire  
Une maintenance informatisée  
Une polyvalence à instaurer  
La formation, assurance de la maintenance  
Des exigences nouvelles  
Revaloriser les personnels entre eux  
Conseiller la direction et les services  
Entretenir le matériel  
Maintenance et surveillance constante du matériel  
1. Le traitement de l'air  
2. Le traitement de l'eau  
Gestion du matériel médicochirurgical  
Une sécurité incendie sans failles

La cellule informatique

Un matériel constamment adapté aux besoins  
La sécurité informatique

Le linge

Les laboratoires

Les déchets

Éléments communs à toutes les fonctions

Instauration de procédures  
Gestion du matériel  
Sécurité du personnel  
Organisation d'un service  
Les services de soins



Une qualité freinée par d'indéniables particularités

- Des univers encore largement imperméables
- La non qualité, un risque permanent
- Image de l'infection
- Des constats patents
- L'infection urinaire
- L'infection opératoire
- L'infection respiratoire
- Prendre en compte l'infection
- Le bloc opératoire
- Les soins proprement dits
- Une approche globale des soins
- La relation soignant/soigné
- La relation humaine
- Le respect de la personne
- L'information totale
- Du bon usage des nouvelles technologies
- La sécurité du patient
- La sécurité transfusionnelle
- La prévention des résistances microbiennes
- Une communication interne

La qualité hôtelière

- La morgue
- En service de soins

Les cuisines

- L'alimentation comme soin
- La préparation des repas
- Le personnel

**TROISIEME PARTIE : METHODE**

- Préalables à la démarche qualité
- Partir du réel
- Remettre en cause
- Méthodes possibles
- L'introspection de la direction
- Pas d'adhésion sans soutien
- L'humilité de l'encadrement
- Tenir compte les considérations sociales
- Un passé et des hommes à prendre en compte
- Un présent à intégrer: la technicité du métier
- Responsabiliser oui, culpabiliser non

- Moyens à mettre en œuvre
- Avoir des objectifs modestes
- Raisonner de façon transversale
- Admettre les réalités humaines

- Une démarche simple autour d'objectifs clairs
- Eliminer ce qui nuit
- Contenir l'urgence

Développer une politique  
Améliorer ce qui réussit  
Prévenir les dysfonctionnements  
Reconnaître des facultés de penser

Des mesures  
Etablir des mesures  
Les dérives des indicateurs  
Rendre l'analyse utile  
Propriétés des indicateurs  
Arrêter des indicateurs  
Pertinence des indicateurs

## **QUATRIEME PARTIE : CONDITIONS**

Soutenir l'effort demandé  
Réaménager les formes de participation  
Rénover le pouvoir  
Développer la formation  
Définir l'action  
Des objectifs clairs et limités  
Des objectifs simples  
Une action volontariste...  
...inscrite dans la durée  
Intégrer la culture hospitalière  
Connaître le milieu  
Exercer avec tact  
Bénéficier d'un matériel adéquat  
Bien communiquer  
Insuffler un esprit qu'un discours  
Utiliser toutes les formes de communication  
Décloisonner les structures  
Assouplir la gestion des budgets  
Bousculer les habitudes  
Intégrer les malades comme agitateurs internes  
Intégrer des associations  
Réduire la douleur  
Rénover les relations  
Renouveler l'organisation classique des soins  
Recourir à toutes les formes d'hospitalisation  
Former les parents  
Sensibiliser le personnel médical à de nouvelles responsabilités  
Associer l'éthique au sens large  
Humaniser les soins / l'homme?

Mieux gérer les Ressources Humaines  
Prêter attention au personnel  
Agir à la source des difficultés  
Développer une gestion inventive  
Intégrer des compétences  
Féliciter, encourager  
Reconnaître la compétence  
Intégrer la logique " client "

## **LIMITES DE LA METHODE**

## **CONCLUSION**

## **Bibliographie**

## AVERTISSEMENT

Fallait-il ajouter une nouvelle publication à déjà toute une série de textes (articles de revue, parfois entièrement consacrés à ce thème) et à toute une littérature toute vouée à la qualité dans l'industrie? Le projet se veut pragmatique pour rendre l'action opérante. Ce caractère lui donnera son intérêt.

Cette publication a été inspirée par la lecture des ouvrages parus sur le thème dont l'approche est avant tout technique. La pluridisciplinarité et l'expérience permettent d'étendre ce registre et d'intégrer d'autres composantes. Il serait présomptueux de croire que la pluridisciplinarité est l'assurance du bon traitement d'une question; elle est toutefois une aide précieuse. Elle prend davantage de sens quand l'expérience la conforte.

Le texte est volontairement peu technique. Il renvoie à d'autres publications (ouvrages consacrés aux services de soins, à la stérilisation, au bloc opératoire, à la restauration collective) plus spécialisées de la collection. Tous les aspects techniques de ces publications restent actuels. Les informations et les méthodes préconisées restent d'une vivante actualité.

Il ne sera pas de notre propos de définir une méthodologie en matière d'audit. L'HAS (Haute Autorité de santé) en a une. Le conseil en la matière paraît donc totalement inutile.

Reprendre un questionnaire d'audit déjà établi, même pour l'améliorer, ne sera pas notre propos. Celui-ci sera plus modeste. Il tendra

- \* à offrir quelques éléments de réflexion pour rendre l'accréditation aussi pleinement utile que fonctionnellement indispensable,
- \* à proposer une lecture de cette réforme,
- \* à inviter son appropriation, c'est à dire à en prendre acte pour s'en faire un outil quotidien.

L'accréditation hier, la certification aujourd'hui est annoncée pour avoir pour critère essentiel : la qualité. La rechercher ou l'améliorer devient aujourd'hui essentiel pour le patient auquel elle est due et pour l'hôpital où elle est une source de dépenses évitées. L'intention est moins de parler de qualité que de l'interroger pour l'instruire. Il s'agit moins de cautionner une politique que de participer à relever les conditions de son exigence due et, aujourd'hui, implicitement exigée et imposée par les pouvoirs publics.

Un devoir de qualité est à satisfaire. La qualité est aujourd'hui assignée et non plus seulement encouragée. Obligation est faite de la produire sous peine de difficultés programmées. Hors d'elle, point de salut.

Qu'il nous soit permis de subodorer qu'à terme, accréditation et financement seront étroitement corrélés. Le premier permettant le second, ce dernier intimant le premier. La qualité objectivement et souverainement appréciée sera le motif d'une restructuration projetée. La maîtrise des coûts passera par là. Les entreprises se sont engagées dans cette voie depuis plus d'une décennie, forcées à cette évolution par la conquête ou la préservation de marchés. La demande d'une fiabilité plus grande des produits et la maîtrise des coûts ont incité à cette qualité. La démarche prévaut ici comme dans d'autres secteurs. L'assurance d'être bien soigné et le désir de contenir les dépenses de santé sont exigés. L'enjeu de répondre à de meilleurs soins au meilleur coût et à la sauvegarde d'un système de protection sociale auquel la population est très attachée.

## INTRODUCTION

Aujourd'hui, la maîtrise des dépenses de santé est au cœur du débat. Pour la gouverner, la qualité est instaurée.

L'efficacité,

L'efficience de la gestion,

les limites aux gaspillages,

la qualité du service rendu,

la satisfaction du patient,

le perfectionnement des professionnels de santé ou l'utilisation optimale des ressources servent d'arguments.

Ces éléments sont recevables. Les conséquences qui en découleront, le paraîtront aussi.

Les hôpitaux sont assignés à de nouveaux critères. La logique du patient-client est implicitement instaurée au nom d'une exigence d'équilibre budgétaire. Il y a lieu de la faire sienne tout en cherchant à sauvegarder certaines valeurs. Le progrès réussit mieux quand il sait s'enrichir d'un passé que de le rejeter. Le système de soins a cultivé une relation soigné/ soignant particulière pour convenir de préserver les aspects les plus intéressants et chasser les plus inadaptés.

La gestion ne saurait réduire la production des soins à un monstre froid; soigner relève d'autres considérations. Elle est tant une prestation technique qu'un contact ou un échange. On soigne aussi par les mots. La demande des hospitalisés témoignent bien de ce besoin. Le corps est certes une matière, une mécanique, mais c'est surtout un être pensant et sensible. La demande d'affection, d'écoute est sinon constamment présente au moins très souvent exprimée.

La lucidité des chiffres dicte une réforme. La volonté de dépenser mieux et autrement est largement admise. Si la réforme paraît difficilement contestable, quelques uns de ses aspects pressentis semblent toutefois discutables. Il peut en aller ainsi de la redistribution du parc hospitalier.

Parc hospitalier

Maîtrise des coûts

Qualité

Choix

La logique tracée, est-elle forcément la seule ou la plus pertinente? Le service rendu aux populations locales, l'aménagement du territoire sont-ils pris en compte? Les petits hôpitaux dont la fermeture est parfois implicitement évoquée sont-ils aussi peu performants pour toutes les pathologies que cela est parfois avancé? Faudra-t-il tout consentir à la réalité des chiffres au point d'oublier l'utilité de services rendus ou la notion de service public, caractéristique toute française qui fait l'étonnement d'étrangers mais aussi leur émerveillement? La maîtrise des coûts soulève toute une série de questions qui pourront sembler bien éloigner de la question initialement posée. Mais la qualité les pose. Les enjeux apparaissent vite. Les contraintes aussi.

La qualité est devenue ces dernières années un critère discriminant. Ce dernier l'est devenu par le fait que l'imposition du rapport coût / qualité est dans tous les esprits. La qualité ne pouvait ne pas s'affirmer aussi dans les soins alors que la meilleure utilisation des deniers publics est devenue une règle légitime et requise.

S'il semble difficile de définir une norme en matière de soins, vouloir des résultats qualitatifs et quantitatifs, le premier par le fait qu'il est autant légitime qu'éthique, le second devient une nécessité quand les moyens sont définis par les recettes engrangées par le nombre de soin (T2A oblige). Cette dernière a moins pour mérite de responsabiliser la direction de quelques devoirs économiques et financiers. Cette forme de tarification n'est pas toutefois exemptes de remarques et de limites.

Que les établissements de santé aient à rendre compte de leurs prestations, cela semble évidemment naturel.

De ce fait, définir aux établissements de santé des obligations de résultat n'a rien d'offusquant du fait de leur gestion de deniers publics. Il convient toutefois de faire que cette analyse ne soit nullement et seulement comptable. On ne saurait oublier que les établissements publics subissent des contraintes particulières non supportées par les établissements privés. Ils n'en demeurent pas moins que des prestations identiques toutes choses égales par ailleurs, puissent connaître des traitements identiques et des remboursements identiques *a priori* mais sous réserve d'étude.

Cette requête qualitative est attendue à tous les services et à tous les niveaux. Le soin et la sa qualité des soins ne peut être que l'effort de toute une série de collaborations toutes interdépendantes. La moindre intervention joue de son effet. Que serait un soin sans l'attention portée à l'environnement ? Une défaillance dans le système de climatisation peut ruiner toute une technique de soin particulièrement élaborée. Une mauvaise gestion des hommes entraîne une fuite des personnels. Un encadrement défaillant met en péril toute possibilité d'amélioration.

A tous ces aspects techniques, est venue s'ajouter la contrainte financière, imposée par le législateur au nom du coût de la santé et de son poids dans les finances publiques. Ce n'est peu dire que cette contrainte pèse de plus en plus affectant le nombre de personnel et tendant sans doute tous les aspects de prises en charge. Faire plus avec moins est le crédo de ces dernières années. Si ce résumé politique méritait une part d'application, son application forcenée ne peut qu'entacher la qualité des prestations en général. Il est des seuils incompressibles. Faut-il penser que le discours de la qualité soit à rechercher dans le non dit de la tarification à l'acte ?

La qualité selon sa nouvelle acception contient donc aujourd'hui une donnée financière. Le corps médical du secteur public a été sensibilisé à cette notion, ceux du secteur privé l'ayant depuis bien longtemps intégrée. A tous, il est demandé de faire aussi bien sinon mieux avec des recettes effectives. Les stricts canons de l'économie libérale sont introduits dans un univers jusqu'à lors peu habitué à cette logique. Le client est à rechercher autant qu'à fidéliser. C'est là un aspect de la logique client qui prend effet. La prestation de soin n'échappe plus à la contrainte imposée à n'importe quel prestataire de service. Cette logique a des effets plus globaux puisqu'elle contraint à la suppression des établissements peu susceptibles de satisfaire cette exigence financière. Les petits établissements publics généralistes de province sont dès lors condamnés ce qui ne va pas sans soulever des résistances tant auprès des élus locaux que des populations affectées.

Les critères retenus pour mesurer la qualité ne sont pas exempts de résistances. L'approche économétrique est toujours imparfaite. Elle semble l'être encore plus dans la détermination de coût des soins.

Ainsi, un prix par pathologie, pour un groupe de patient homogène une fois connu, peut en effet s'apprécier comme tel mais ne pourra être généralisé pour tous. Les moyennes ont forcément des disparités. Les uns peuvent ne retenir que les patients les plus intéressants et délaisser les autres aux dépens de structures publiques. Un indice d'activité est certes un point de mesure, mais est-il toujours pertinent sans conduire à des limites ubuesques ?

Instruire la qualité sur de tels modes d'évaluation en matière de financement conduit à des bizarreries. C'est pourtant à cette gestion précise que les directions sont soumises et contraintes de rendre des comptes. C'est aussi soumettre des professionnels de santé à des responsabilités auxquelles leur métier ne les préparait pas.

Cette approche économique ne peut que contraindre médecins et gestionnaires à coopérer et à se coordonner étroitement pour partager une responsabilité obligée. Les solutions ne pourront alors n'être entrevues que de façon systémique. Une telle vision impose des communautés de vue une compréhension mutuelle bien plus grande qu'elle ne l'est actuellement tout au moins à l'hôpital.

La réforme instituant les fédérations au sein des hôpitaux ont souhaité résoudre partiellement quelques aspects organisationnels. Elle a donné dans quelques cas une meilleure utilisation des matériels en réduisant des doubles emplois et des coûts inutiles. Toutefois, force est de constater que bien des efforts restent encore

à faire. La recherche de la qualité engendrera-t-elle un meilleur service aux meilleurs coûts ou sinon aux coûts acceptables pour les finances publiques et le *statu quo* des cotisations sociales ?

Les nouveaux enjeux conviennent à des efforts confortés par certaines études. Ainsi, en va-t-il du rapport Béraud établissant l'existence d'actions ou d'interventions médicales inutiles ou dangereuses pour les patients. On ne peut s'étonner que la France ait été le pays au plus grand nombre d'appendicectomies. De tels constats ne peuvent qu'inciter à revoir les pratiques médicales notamment quand les taux d'une catégorie d'intervention chirurgicale varient d'un établissement à un autre ou d'une ville à autre dans des proportions significatives mais sans être étayées par des raisons profondes.

Dans un tel contexte, la qualité devient un enjeu de régularisation des pratiques. La qualité se gagne de proche en proche. L'ensemble de l'activité de soins est visé. Les ressources consenties aux soins méritent indéniablement un usage optimal des ressources allouées à son objectif. L'enjeu économique oblige à s'intéresser à la gestion même des services. La survie d'un système de protection sociale en vigueur à toutes les attentions dès lors que d'autres choix ou arbitrages politiques ne sont pas opérés, l'impose. Dans un tel cadre, l'activité médicale est forcément touchée. L'objet doit moins viser à rationner les dépenses qu'à mieux les utiliser.

La qualité invite à une révolution des mentalités dont il y a tout lieu de croire qu'elle sera bien plus difficile à produire. La réussite de son objet affecte tant le choix de technique de soins que l'introduction de nouvelles relations. C'est là un sujet moins spécifique à l'art de soigner et à coup sûr bien plus sensible.

La qualité est certes une notion subjective mais rendue objective, mais celle-ci a besoin d'être encadrée pour avoir un contenu plus sérieuse. L'HAS aura pour tâche de lui donner des " normes " pour l'évaluer objectivement. L'uniformité des critères rendront les comparaisons possibles. Les définitions arrêtées par l'Organisation Mondiale pour la Santé (OMS) peuvent servir de repères utiles.

L'OMS définit la qualité ainsi: " la qualité doit garantir que chaque patient reçoive l'assortiment d'actes diagnostics et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat et pour sa plus grande satisfaction en terme de résultat, de contact avec le système de soins et de procédures médicales " (définition in A Giraud, Evaluation médicale des soins hospitaliers. Coll. Santé publique, Economica 1992).

Pour contribuer le personnel soignant à approcher cette définition dans toutes ses acceptions, cet ouvrage dresse des constats (I) illustrés par des cas concrets (II). Une méthode (III) d'approche de la qualité contenant des propositions naturellement soumises à des conditions (IV) est proposée.





## I CONSTATS

Constater recadre le débat. La qualité exige ce préalable pour dégager une analyse aussi partielle et partielle soit-elle.

Les établissements de soins ont toujours fonctionné en vase clos. Aujourd'hui, davantage de transparence, un meilleur service et un équilibre budgétaire qu'ils n'avaient pas pour habitude de souscrire, leur sont demandés. Une nouvelle culture est à acquérir. L'effort est rude, mais à produire.

L'indépendance relative acquise par les hôpitaux est dorénavant remise en cause. Le changement ne pouvait qu'être impulsé de l'extérieur. La qualité sert aussi de prétexte à réduire l'offre jugée officiellement pléthorique et si l'offre crée le besoin, il ne peut qu'être envisagé et imposé un redéploiement des moyens et de l'offre. Les projections produisent parfois de belles bévues. Le numérus clausus aux études médicales conduit vingt cinq ans plus tard à un manque de médecins soit trois cycles d'études seulement.

### Constats généraux

La raison économique impose une transformation de la dispense de soins. Profitant de la croissance offerte, le système de soins a assez largement profité d'un budget toujours en expansion. Aujourd'hui, la gestion prime. Les ressources sont soumises à conditions.

Pour imposer cette transformation, modèle est pris sur l'industrie. Ces dernières années, l'industrie a réalisé des gains de productivité qui ont permis de restaurer ses marges tout en permettant une réduction sensible du temps de travail et une compétitivité de ses prix de production. Une demande similaire est sollicitée aux établissements de soins.

Aujourd'hui, les produits pénètrent l'entreprise pour en sortir rapidement transformés. Les immobilisations sont rares ou réduites à l'essentiel. L'hôpital a aussi à sa façon adopté cette manière de voir.

La durée d'hospitalisation a été considérablement réduite; l'acte technique assuré, le patient est renvoyé à ses foyers, soigné à domicile, revu en consultation. La réduction du temps de présence des patients et des consultants sera encore cherchée. *A priori*, une diminution est encore possible tant les moments morts demeurent encore largement présents. L'hôpital de jour, de semaine est acquis et performant en plus d'être bien accepté par les patients, il y a tout lieu de penser qu'il sera étendu. Il devrait en aller de même de l'hospitalisation à domicile. Encore convient-il d'accompagner cette nouvelle manière de soigner.

La généralisation et la standardisation des systèmes de mesure permettent une comparaison relativement fiable. Le niveau d'activité est aisément repérable. L'efficacité d'un établissement a été appréhendé par le point ISA (Indice synthétique d'activité permettant de mesurer l'activité des unités de soins de courte durée en service de médecine, de chirurgie, d'obstétrique des établissements hospitaliers) et le PMSI (Programme de médicalisation des systèmes d'information produisant un indicateur d'efficacité ou de productivité des hôpitaux). Mais, ces données restent encore brutes, la mesure de la qualité demande d'être encore affinée même si la mesure de l'infection nosocomiale peut l'attester.

La standardisation des protocoles de soins,  
la diffusion des savoirs,  
l'effort entrepris pour améliorer la prestation des soins,  
l'amélioration des infrastructures hospitalières,  
leur construction récente,  
un personnel équitablement réparti  
contribuent à une amélioration de fond des prestations.

La formation initiale du personnel paramédical,  
sa formation continue,  
la sensibilisation du personnel administratif et soignant aux aspects multiples de la vie hospitalière,  
contrebalancent la déshumanisation des hôpitaux, absorbés par une technicité toujours croissante.

Le rappel porté à l'homme et moins à la maladie devrait atténuer le sentiment de la perte d'identité du

patient. L'éthique régénère la place de l'homme dans l'institution de soins.

Si les moyens d'une prestation de meilleure qualité sont apportés, la démonstration de leur efficacité reste en partie à faire. On ne saurait oublier que malgré ses imperfections, l'hôpital ou la clinique soigne. Il n'y a pas lieu de dénigrer les services rendus. On s'étonne seulement de leur prix. Cette préoccupation hier absente, et aujourd'hui mise en avant. Le qualitatif aurait-il des limites acceptables ? Ou faut-il le rechercher partout où il est possible de le produire. C'est à l'aune de cette qualité globale que seront jugés les établissements de soins.

### **Les effets du discours qualitatif**

Faire de la qualité un *credo* de gestion impose d'ériger

- \* l'insatisfaction contrôlée en principe,
- \* la remise en cause en mode gestion,
- \* l'écoute et l'observation en règle de base,
- \* l'exigence personnelle en vertu.

Solliciter davantage de qualité revient à sous entendre qu'elle est insuffisante, c'est donc mettre en cause. La remarque peut être entendue comme une imperfection ou une carence constatée. Pour des professionnels acquis à leur discipline, la note est sévère, voire inadmissible. Elle peut légitimement offusquer. C'est une première réaction épidermique à dépasser et à mettre au compte de maladresses involontaires. C'est dire combien la recherche de la qualité est une démarche difficile à conduire : elle doit à conduire sans offusquer ni irriter. Cependant, il est fréquent que cette perception ne soit pas ainsi considérée, le personnel serait-il inconsciemment conscient d'une part de sa responsabilité dans cette carence ? Peut être ? Cela pourrait expliquer son adhésion malgré le travail produit.

Que la qualité soit tirée par le haut, c'est à dire par les meilleurs établissements, est un phénomène que chacun peut observer et comprendre. Le simple bon sens oblige à reconnaître cette évidence qui ne peut que s'imposer à tous. C'est là tout l'esprit du jeu de la concurrence. La qualité sert d'argument. Elle oriente la fréquentation, la filtre et la canalise. Elle produit de l'image qu'elle capitalise. Les usagers la plébiscitent. Les gestionnaires la couronnent. Les politiques l'imposent. En somme, la qualité apparaît unanimement partagée et son projet incontournable qui s'impose d'elle-même.

Que l'amélioration soit l'objet d'une revendication, d'une nécessité, chacun en conviendra presque sans difficulté. Toutefois, on se doit bien d'admettre que si l'industrie a fait sienne cette obligation, l'hôpital est soumis à d'autres contraintes. La démarche est-elle entièrement transposable ? L'exercice a des limites. Le malade n'est pas un produit. Chaque patient est particulier. Cependant, cette particularité ne remet pas en question de soumettre les institutions à des obligations qualitatives.

### **La justification de la qualité**

Faire de la qualité un *credo* permet souvent de tout justifier en son nom. Elle devient la raison des changements. L'argument sert tant d'imposition à la meilleure gestion d'un établissement que de motif à une politique de maîtrise des coûts de la santé. En ce sens, l'accréditation consacre peu ou prou une notion marchande en même temps qu'une nécessité. La qualité lui sert de vecteur moral et la rend hermétique aux critiques. C'est alors que les erreurs peuvent advenir.

Les personnels hospitaliers ne peuvent qu'entériner le critère, acceptant de ce fait parfois la suspicion dont ils font implicitement l'objet et malgré leur attachement acquis au bien être du patient. La fibre de la conscience professionnelle est éraflée, mais la réaction est maîtrisée. L'implicite mise en question des compétences de ce personnel est ravalée, pas forcément avalisée. Par la force de l'argument, la qualité est imposée sans provoquer une indignation ouverte.

Si la démagogie n'a nullement besoin d'être instaurée pour justifier la qualité, force est de constater que celle-ci a parfois besoin d'être tempérée pour les buts qu'elle vise.

Les effets de la justification de la qualité sont parfois susceptibles de générer des résistances. La raison économique du discours mériterait aussi d'intégrer les incidences psychologiques que la nécessité économique cherche à imposer. La volonté de sauvegarder un système très prisé par la population mériterait parfois plus de tact.

Le personnel hospitalier semble avoir accepté par dépit les dimensions économiques et politiques. Il ne peut refuser la qualité ni au nom de l'éthique ni comme citoyen-assuré social. Cette double acceptation lui fait admettre toute nouvelle réforme d'où sa molle réaction, son indifférence ou son dépit de sa colère non écoutée. Il y souscrit plus pour le patient que pour son contenu.

Le personnel soignant sait aussi que la qualité est une donnée qui se heurte à d'autres contingences comme la performance du matériel ou à des risques contenus par ailleurs ne relevant pas de son ressort comme les pathologies qu'il a à traiter ou l'adaptation des microorganismes à l'environnement médical. On ne saurait pour cela le rendre responsable seul de la qualité. Il n'est qu'un élément d'un ensemble auquel il ne peut se soustraire et dont les administratifs peuvent se sentir étrangers.

La qualité est d'autant mieux admise que chacun perçoit une perte de confiance dans le système de santé. Les infections nosocomiales, responsables d'échecs chirurgicaux, ont entaché l'image de l'institution de santé privée et publique. La fiabilité qui lui était ordinairement accordée, ne l'est plus ou sinon bien moins en témoigne le recours à la justice pour les accidents les plus graves et au recours médiateur pour les aspects les plus courants.

Le corps médical est lui aussi particulièrement sensible à ces quelques marques de défiance. Bousculé de l'intérieur par l'administration, voire par le corps infirmier ou les biologistes ou encore les ingénieurs, il l'est aussi par le corps social et son relais: les médias. Sa toute puissance et ses affirmations sont aujourd'hui remises en cause. Sa parole n'est plus absolue. Cette « déchéance » lui aura permis de prendre en compte certains acquis des paramédicaux notamment en matière d'asepsie. Elle aura permis au législateur de lui imposer une information éclairée à délivrer à tout consultant et d'imposer le directeur comme seule entité à décider après concertation avec le corps médical

Bien que le zéro défaut ou la qualité totale soit impossible en matière de soins, on ne saurait toutefois au regard de cette impossibilité refuser d'améliorer une situation pour que les dispositions réglementaires imposant la qualité soient mieux acceptées.

### **La qualité, une notion d'ordre réglementaire**

En France, la qualité est inscrite comme une obligation inscrite dans la loi portant réforme hospitalière (loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 Journal Officiel lois et décrets n° 179, vendredi 2 août 1991, p 10255 - 10259).

L'article L- 710.4 de la loi portant réforme hospitalière dispose que “ les établissements publics ou privés développent une politique d'évaluation des pratiques professionnelles, des modalités d'organisation des soins et de toute action concourant à une prise en charge globale du malade afin notamment d'en garantir la qualité et l'efficience ”.

L'article L- 711.4 précise certaines dispositions relatives aux établissements participant au service public hospitalier; “ ces établissements garantissent l'accès aux patients les soins préventifs, curatifs ou palliatifs et veillent à la continuité de ces soins, à l'issue de leur admission ou de leur hébergement ”.

Par ces textes, le législateur esquisse des notions qualitatives

- \* par la prise en charge globale du malade,
- \* par l'attention portée à la continuité des soins.

Prescrite bien qu'embryonnaire, la notion ne pouvait que connaître une suite. L'ordonnance du 24 avril 1996, portant réforme de l'hospitalisation publique et privée introduit dans son article L-710.1.1, lui donne un autre propos en imposant l'obligation d'évaluer la satisfaction des patients. Les patients trouvent donc par cette disposition un moyen d'exprimer leur satisfaction ou leur mécontentement quant à la qualité des soins reçus. Quel traitement est accordé à ces observations? Peut-on créditer ces dernières d'une réelle utilité quand l'accessoire fait souvent figure de principal et quand le volume faible de réponses retournées exclut toute analyse pertinente.

Pour juger de la qualité des soins et pour intimer à plus de rigueur, la Haute Autorité de Santé (HAS) impose sa marque. Elle appréciera la qualité et l'imposera avec l'appui implicite de la population. Les publications (Sciences et Avenir septembre 1998 et autres régulières depuis) confortent un peu plus la demande des pouvoirs publics et du public dans l'exigence d'un meilleur service rendu. Elles soutiennent la création des organismes chargés de surveiller ou d'accréditer les hôpitaux, même si des réserves sont à prendre en compte sur les modalités de cette nouvelle institution.

### **La qualité revendiquée**

Imposée par le législateur, adoptée par les usagers, acceptée par la société, intégrée par les soignants, la qualité reçoit un écho de tous ses intervenants. Comment d'ailleurs pourrait-elle ne pas l'être ? Toutefois, les modalités de son acceptation, de sa compréhension peuvent être diversement interprétées.

#### *Par les professionnels de santé*

Les soignants sont d'indéniables professionnels non seulement par leurs diplômes, mais aussi par l'accumulation de leur savoir-faire. Leur compétence résulte de ces deux aspects. La conscience pour leur métier et leur éthique forcent le respect.

La qualité est par ailleurs vécue comme une ingérence. Mais un jugement peut-il bien se passer du recours à un tiers neutre ?

La qualité (le résultat) en matière de soins dépend tant de l'application de connaissances scientifiques, d'art que du patient et des moyens apportés. Limiter les moyens paraît bien incongru aux soignants pour lesquels la santé n'a pas de prix, même s'ils en admettent le coût. Cette opposition aux raisonnements économiques ou financiers est plus à mettre à leur actif qu'à leur passif malgré les difficultés générées par cette attitude. C'est là détachement et une prise de position qui les honore. Il dénote un attachement aux soins, à une éthique et à une sécurité. Une sensibilisation à l'économie de la santé serait susceptible tant d'atténuer le refus des réalités économiques que de les responsabiliser à des choix.

Les restrictions apportées à certaines interventions coûteuses (implants cochléaires par exemple) mais innovatrices se montrent bien contradictoires à la volonté d'afficher une médecine à la pointe du progrès. En effet, le contingentement de techniques nouvelles revient à réduire l'apprentissage de savoirs nouveaux tenant à la répétition des gestes artisanaux. Restreindre ces actes le limite. Ces choix en plus de mécontenter les praticiens offusquent les demandeurs. Patients et soignants se retrouvent alors pour dénoncer ces restrictions qui affectent une renommée et une image tout en altérant une fréquentation et donc des ressources.

#### *Par les patients*

La revendication d'une meilleure qualité des soins n'est pas neuve, mais elle est nouvelle par son ampleur. Hier évoquée par une minorité, elle est aujourd'hui revendiquée par un plus grand nombre. La défaillance hier acceptée, car mise sur le compte de la fatalité, de l'art médical et de son aléa, de l'accident, de l'état de santé des patients ou de la méconnaissance, est aujourd'hui moins tolérée. Des comptes sont demandés. Des recours sont exercés.

Des patients se font entendre et expriment ouvertement leurs appréciations qui leur sont d'ailleurs sollicités. Leur meilleure information induit des exigences nouvelles. Si les soins figurent en bonne place,

- \* l'accueil,
- \* les conditions d'hébergement,
- \* l'information
  - sur le séjour,
  - les prescriptions,
  - les suites d'interventions,

comptent au rang des nouvelles demandes quand l'obligation de résultat ne figure pas purement et simplement au rang de l'exigence.

Le recours judiciaire pour préjudice subi est moins exceptionnel que par le passé. Toutefois, les hôpitaux ne font pas encore figure de citadelles assiégées. Les griefs restent individuels et leur condamnation reste peu fréquente. Le recours bien que devenu plus fréquent, n'est cependant ni quotidien ni banal. L'exigence de l'infailibilité reste circonscrite, mais la minorité agissante croît. La demande de ces patients mécontents contient le droit à des soins d'une qualité parfaite. Il est sollicité à la médecine de devenir plus soucieuse de ses résultats.

L'idée du " zéro faute " présent dans l'industrie, et progressivement instaurée tous les secteurs de l'économie, gagne aujourd'hui le secteur hospitalier. Le personnel soignant n'y échappe plus. Il est appelé aussi à satisfaire cette norme. Pouvait-on s'attendre à ce que la règle ne lui soit pas applicable alors qu'elle est érigée en modèle de gestion partout ailleurs? Pouvait-elle ne pas s'imposer alors que les usagers connaissent plus la médecine par sa devanture et par ses remarquables prouesses techniques que par son quotidien hospitalier.

Pour les usagers, la qualité passe par l'utilisation de tous les moyens et, en particulier les plus récents, souvent les plus coûteux. Faute d'être exprimée par le patient, cette exigence est relayée par la famille quand elle n'est pas prescrite par le médecin tenu de donner à chacun les meilleurs soins. Par ces biais, chacun sollicite les meilleures prestations. L'égalité face aux soins règne pour l'essentiel. Une telle demande pèse sur les coûts. L'attente des patients fait front sinon s'oppose au réalisme des gestionnaires qui ne peuvent ignorer totalement la demande sociale.

Le jugement des patients ne doit pas faire illusion. Ceux-ci ne sont pas toujours à même d'apprécier une prestation médicale. Une certaine indulgence est accordée aux soins dès lors qu'une amélioration est constatée. L'origine exogène ou endogène d'une détérioration leur étant souvent impossible à déterminer, ils ne peuvent que supputer. La subjectivité l'emportant souvent sur l'objectivité, ils consentent une confiance au corps soignant. Dès lors l'appréciation repose plus souvent sur la perception des prestations hôtelières ou l'écoute accordée que sur un mieux-être retrouvé. Pour améliorer l'image recherchée, il est alors tentant de porter son attention sur les prestations hôtelières.

Si les patients ont indéniablement un droit à s'exprimer sur les prestations reçues, ces jugements restent à interpréter comme une qualité perçue bien que celle-ci détermine la satisfaction ou l'insatisfaction. Si on se satisfait de l'une, l'autre incline à davantage de prudence. Il est parfois bien difficile de produire davantage qu'il n'a été donné ou accompli. Les enquêtes par questionnaires n'illustrent pas une objectivité totale. Elles n'en restent pas moins utiles. Ce n'est souvent qu'à la lumière de ces jugements que des questions naissent et que des améliorations sont produites.

L'apparition d'associations d'usagers et leur représentation récente dans les conseils d'administration appelleront les gestionnaires à améliorer la qualité de l'ensemble des prestations. Ces groupements pèsent tant par le nombre de leurs adhérents que par leur recours aux médias.

### *Par les médias*

La santé est un sujet médiatique par son contenu et par le silence qui l'entoure. Rien d'étonnant qu'il soit alors repris régulièrement ou que des journaux ne s'emparent d'un de ses éléments pour en faire tout un dossier. Le silence inspire tant il est suspect. La moindre information recueillie est alors (sur)exploitée.

Toute évocation a une odeur de confiance (ou de souffre). Toute défaillance est avancée comme un scandale. Les faits sortis de leur contexte sont exagérés. L'accident ou l'issue inévitable est analysé *a posteriori* comme évitable. Le risque est escamoté. La particularité de la discipline est estompée. Les comparaisons, toutes choses égales par ailleurs, sont éludées. L'impossibilité de soigner est écartée. Le sensationnel prime et l'emporte sur le constat objectif.

Les réalités escamotées sont de plus interprétées. Les risques associés à des pathologies de plus en plus délicates et à la vulnérabilité des sujets de plus en plus jeunes ou de plus en plus âgés, en somme de plus en plus fragiles sont atténués. Les échecs pratiquement inhérents sont annoncés comme des défaillances. Le personnel tenu à la discrétion et au silence ne pouvant ni répondre ni se justifier sert cette presse. Le commentaire n'appartient alors qu'aux médias. Elle bat le pavé en alarmant parfois à bon escient souvent par intention économique. S'il faut lui savoir gré de rendre compte des inadéquations du système, de bousculer le monde clos de la santé, les médias mériteraient aussi de faire preuve d'analyse, de prudence dans la

vulgarisation de statistiques officielles.

Les relais médiatiques n'éclairent pas toujours le débat. Ils le rendent parfois plus opaques. La transparence est repoussée. Le débat est étouffé. Une telle situation met les gestionnaires en porte à faux. Le système de soins en sort affecté et fragilisé. Les gestionnaires n'en sortent pas non plus grandis.

### *Par les gestionnaires*

Conscients du prix de la santé, les gouvernements successifs depuis les années 1980 et 1990 ont tenté de circonscrire ce serpent de mer, sans tous les résultats escomptés à ce jour.

Les réformes successives n'ont pas permis de contenir les dépenses de santé. La demande croissante de soins, la permanence de l'offre de soins et les difficiles gains de productivité dans un secteur à forte main d'œuvre rendent bien difficile la réduction des dépenses de santé. Sauf à faire supporter les dépenses de plus en plus souvent à la charge des citoyens, sauf à réduire de façon sensible le nombre des personnels, sauf à développer une tarification particulièrement avantageuse, il semble qu'il n'y ait guère de solutions dans le cadre de la logique retenue.

Cette réforme a rendu plus méfiants nombre de médecins qui ont vu leurs moyens d'intervention se réduire. Il est alors simple pour ces derniers d'avancer que les moyens manquants, les résultats en pâtissent. Il est alors tout aussi facile aux gestionnaires de rétorquer par des budgets contraints. C'est là une absence de dialogue fréquemment rencontré qui tend les relations. Une telle situation conduit alors les praticiens à laisser filer les patients vers les praticiens libéraux ou les cliniques alourdissant d'autant plus le coût de chaque prestation hospitalière.

A la faible culture financière, juridique ou administrative des médecins hospitaliers, fait écho la maigre culture médicale des gestionnaires. Cette double carence conduit à une incompréhension permanente et une coopération minimale du fait d'une méfiance réciproque. Combler les méconnaissances de chacun devrait améliorer les coopérations. L'inculture oppose plus qu'elle ne rassemble. Elle cultive l'hostilité. Elle rend le travail des uns et des autres plus difficile quand elle n'incite pas à le contrarier. Il y a lieu de faire comprendre aux uns l'élévation des coûts et aux autres de solliciter la meilleure prestation au meilleur coût en écartant les résultats plus que marginaux forcément très coûteux.

Les réalités sociales marquées

- \* par une population vieillissante et donc requérant des soins plus coûteux et plus réguliers,
- \* par une population qui a fait de la santé un droit dont on ne saurait la priver,
- \* par des habitudes culturelles acquises,
- \* par des investigations médicales toujours repoussées

rendent bien délicates les ambitions affichées.

Ces données inclinent plus à croire à une consommation de soins croissante que décroissante, tout au moins en volume.

Les restrictions budgétaires mécontentent les usagers, découragent les personnels, somment les gestionnaires à des prouesses. A ces constatations, les réformes entreprises montrent des limites. L'ampleur des économies à réaliser voue à trouver d'autres formes d'action et d'autres modes d'intervention. La qualité est le dernier moyen auquel il est recouru, même s'il est légitime de l'imposer par ailleurs. Ce moyen saura-t-il obtenir les résultats escomptés là où les autres ont échoué?

La qualité servira de support ou de justificatif à la rationalisation. L'offre de soins est annoncée rationalisée mais non rationnée. La fermeture et le regroupement de services est programmé, voire entamée. L'offre de soins dans un même secteur géographique sera recherchée sans certitude d'être garantie. Ce redéploiement concentrera les moyens, assurera une opérationnalité plus grande des soignants. C'est là quelques aspects que les gestionnaires auront à assumer.

Si la réforme en cours a pour énoncé visible la qualité, il importe toutefois de comprendre les soubassements la justifiant. Elle est à lire comme le moyen d'une politique dont l'accréditation est la forme médiatique et plus vaguement son expression juridique. L'obligation de gestion trouve là dans la qualité une expression acceptable.

## **L'accréditation et ses raisons**

L'accréditation fait ses premiers pas. L'évaluation des services de soins aura donc lieu. Les quelques raisons qui la sous-tendent ont été déjà brièvement énoncées. Il convient toutefois de mieux comprendre les raisons justifiant cette neuvième réforme hospitalière.

### *Soubassements de cette demande*

La maîtrise des coûts de la santé est au cœur de cette réforme politique. Ce poste pesant de plus en plus sur les comptes de la nation, l'urgence d'agir pour en réduire le poids s'impose.

### *Une réforme économique*

Mettre un frein à l'emballement des dépenses de santé, contenir les dépenses pour sauver un système menacé d'implosion sont les deux pôles affichés de la réforme en cours. Si le principe semble admis par la population, cette dernière rechignerait à une restriction sensible de l'accès aux soins.

Le secteur sanitaire a quelques aspects de citadelle intouchable. Couvé par la population, il est défendu par les élus locaux pour des considérations locales ou régionales au titre que le centre hospitalier est souvent le premier employeur d'une ville. Sa fermeture aurait des incidences sur l'emploi (et donc sur les suffrages). Les considérations macro économiques ont des incidences économiques locales que les maires souhaitent écarter.

### *Une préoccupation politique*

L'économie contraint à la décision politique. La réduction du nombre de lits est la solution retenue. Celle-ci soulève l'inquiétude des personnels, des maires, présidents des conseils de surveillance jusqu'à présent et des populations souvent hostiles à voir disparaître leur centre de soins hors de toute considération d'emplois.

Faute de réussite des précédentes réformes hospitalières entreprises en matière de maîtrise de dépenses de santé, d'autres chemins étaient à produire. Les créations de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH) puis des Agences Régionales de Santé (ARS) sont les dernières ressources mises en œuvre pour restructurer le système de santé français dont beaucoup conviennent d'une indispensable réforme pour le pérenniser, l'améliorer et surtout l'optimiser.

Les sujets brûlants invitent à créer des entités indépendantes à l'instar du Conseil Supérieur de l'Audiovisuel ou plus récemment de l'Agence du Sang ou de l'Agence du médicament. Le procédé est aujourd'hui classique. Le transfert de compétences désamorce les dossiers explosifs. Le dossier passé des politiques aux techniciens sommés de satisfaire aux contraintes formulées perd de son caractère passionnel. Le souci de gestion reste présent, mais la délégation dédouane les responsables politiques de choix impopulaires. Les fruits d'une réforme réussie sont recueillis *a posteriori*, l'échec non comptabilisé.

L'instauration d'une agence indépendante des pouvoirs publics est gage de liberté dans les jugements arrêtés, même si la méthode a quelque chose de calculateur. Elle permet d'arriver à la fin imposée par la lucidité via des chemins de travers. La sauvegarde d'un système auquel toute la population est attachée, fait accepter l'artifice procédural. Pour sauver l'essentiel, l'impasse est faite sur les moyens.

### *Les moyens investis*

L'Agence Régionale de Montréal, du fait de sa réussite dans la restructuration des hôpitaux de la province, a servi de modèle à l'Agence Régionale de l'Hospitalisation. Son action qui a entériné une diminution de 30% du budget hospitalier après une fusion drastique d'établissements (Gestion hospitalière, mars 1998 n° 374, p 189) a convié à importer le modèle.

Cette première inspiration s'est accompagné de l'étude des structures en place depuis de nombreuses années

dans les pays anglo-saxons.

Contrôler, restructurer les services, évaluer les soins, accréditer les établissements telles sont quelques unes des missions dévolues à ces deux organismes. Ces deux agences ont vocation à pérenniser le système de soins français confronté à satisfaire un budget défini malgré une population vieillissante et une demande de soins croissante.

### **L'accréditation, la certification**

Si l'objectif est louable, l'accréditation suscite de nombreuses interrogations et inquiétudes. Au moins trois raisons les suscitent:

- \* elle reste insuffisamment précise, malgré les nombreux critères retenus,
- \* sa méthode d'évaluation paraît rapide,
- \* ses conséquences demeurent imprécises.

Elle pâtit forcément d'un *a priori* négatif que le sens courant lui octroie. L'accréditation sera de fait une sanction; elle inquiète du fait de la connotation négative conférée à ce mot (son acception positive est moins immédiate). Attribuée, elle aura allure de vertu. Refusée, elle prendra allure de choix à réviser. Le contrôle et la sélection des services rendus après évaluation seront les nouvelles normes.

#### Définition

Selon une définition couramment admise, l'accréditation est une procédure à l'issue de laquelle il est reconnu qu'un producteur s'est doté des moyens et des procédures garantissant la sécurité et la qualité de ses prestations. Une telle définition suppose:

- \* le droit d'exercer une activité dans des conditions admises comme satisfaisantes,
- \* un matériel adéquat,
- \* des pratiques professionnelles parfaites et en permanente adéquation avec les techniques introduites.

Elle suppose donc *a priori* des moyens. Ces derniers sont censés offrir un gage de résultat et de qualité. C'est là une condition nécessaire. Faut-il la croire suffisante? L'obligation de moyens demande souvent d'être complétée par de la formation pour une pleine efficacité. La démonstration de la preuve d'une production satisfaisante et sûre est à fournir. L'industrie s'est octroyé cette garantie par une certification (ISO). Le secteur hospitalier crée sa norme sous forme d'accréditation.

#### *L'intérêt de l'accréditation*

Elle offre une photographie à un instant donné de la qualité tout comme elle est une incitation à l'améliorer. Elle a aussi d'autres finalités.

Si les intérêts politiques (réduire ou sinon contenir les coûts des dépenses de santé) et économiques (faire aussi bien sinon mieux avec moins de crédits) ont été et restent le moteur de l'accréditation, il faut convenir que son caractère obligatoire a des visées aussi qualitatives. Cette démarche s'inspire et tire profit de l'expérience conduite dans l'industrie ces vingt dernières années. La recherche d'un équilibre budgétaire est associée à une rénovation des pratiques. Diminuer les risques de mortalité, réduire ceux de l'infection nosocomiale ou améliorer l'efficacité des services administratifs servent le confort des patients et améliore le budget de la santé. Le profit est double; il est collectif et individuel.

La qualité est un discours manifestement attrayant pour tous. Il ne saurait s'arrêter qu'à des critères matériels. C'est un enjeu dépassant le critère de la rentabilité seule et la différence secteur public / secteur privé.

#### *Une accréditation pour tous*



L'intérêt étant général, les deux secteurs public et privé sont concernés. Bien que les deux secteurs ne soient pas toujours comparables, tous deux participent au système sanitaire. Si des différences de taille les caractérisent, il n'y a pas lieu de privilégier un système aux dépens de l'autre sur des simples critères économiques. Les systèmes sont assez différents pour que les comparaisons les plus immédiates soient écartées. Chacun des secteurs a des points forts et des points faibles; prendre le meilleur des deux systèmes devient une solution idéale en se gardant des transpositions faciles sans adaptations et analyses préalables. L'intérêt national requiert de mettre les deux formes sur un même rang.

Les prestations les plus visibles ne doivent pas faire oublier les attentions portées aux choses ou aux questions qui le sont moins. Le secondaire ne doit pas masquer le principal.

Les statistiques sont à prendre dans leur contexte. Une exploitation immédiate illustre une objectivité toute approximative. Les spécificités entachent parfois l'image d'un centre excellent par ailleurs. Les chiffres bruts sont quelquefois trompeurs. L'analyse objective est à privilégier pour rendre compte de différences de chacun. Si une réforme s'impose, celle-ci se doit d'intégrer toutes les réalités.

### *Positionnement des secteurs public et privé*

La réforme en cours laisse présager une restructuration de l'offre de soins dans sa diversité, dans sa quantité et dans sa qualité.

Le service public montre une volonté d'adopter des méthodes de gestion en vigueur dans le secteur privé. Les externalisations ne sont plus exceptionnelles. Des concentrations ont cours. Les partenariats public-privé se multiplient avec application de gestion du secteur privé.

Malgré ces dispositions, le secteur privé paraît mieux préparé à soutenir une comparaison en termes de prix et de technicité du fait du choix des disciplines ou des pathologies en ligne avec les moyens qu'il s'est donnés.

Les valeurs soutenues par le service public sont bien délicates à défendre au regard de la rentabilité du fait aussi de ses contraintes de service public de santé et d'accueil de toutes les pathologies notamment les plus lourdes de même que les cas les plus critiques qui ne peut les refuser ou les transférer.

Malgré les différences de missions présentes dans l'un et l'autre des secteurs, la raison impose de rechercher le meilleur service rendu pour le meilleur coût. La rationalisation des soins reste le maître mot des réformes conduites.

### *Les effets possibles de l'accréditation*

Une certification valorise un établissement vis à vis des prescripteurs comme vis à vis de la population. La confiance n'en est que meilleure.

La valorisation sera pour les organismes de tutelle un gage de respect de critères indépendamment définis, pour autant que ceux-ci soient objectivement reconnus.

L'indéniable sous produit de l'accréditation résidera sans doute dans le questionnement que cette initiative aura instillé. Les recommandations éventuellement émises seront certes une sanction, mais elle sera aussi la récompense d'un cheminement qui restera acquis. Cet arrière fond sera invisible, il n'en restera pas moins prégnant. Il sera riche d'informations assimilées, de révisions consenties, d'humilité intégrée, de savoir-faire acquis ou de méthode perçue qui sauront le moment venu être réactivés.

Si l'accréditation a des effets favorables, elle a aussi des limites dont les aspects sont à prendre en considération.

### *Les limites de l'accréditation*

Selon les dispositions nord américaines, l'accréditation repose sur une visite de quelques jours. Cette célérité peut laisser perplexe alors que la réalité hospitalière est étonnamment complexe. S'il est possible de poser un regard objectif sur un service de soins en quelques heures, il semble bien difficile de faire le tour d'un complexe hospitalier en quelques journées, fussent-elles bien remplies et avoir un regard bien aiguisé. A

bien considérer l'intérêt d'une telle démarche autant lui donner les raisons d'être utile et donc de lui accorder le temps de sa raison d'être. L'expédier en un temps trop court affecte le jugement et atténue le sérieux de la mesure qui est autant une appréciation qu'un verdict.

S'il est permis de supputer sur l'avenir d'un établissement accrédité, quelles seront les conséquences d'une accréditation non accordée? Bien que le secret entoure certainement la décision, l'absence de communication ou le retour des visiteurs experts expliciteront les conclusions de la première visite.

Evaluer toutes les fonctions hospitalières permet de croire à un gage de qualité ou tout au moins d'assurance de procédures fiables. Cette manière de voir est d'autant plus indispensable qu'un ensemble ne tient qu'à la qualité de sa partie la plus faible. La forme d'accréditation retenue saura-t-elle rendre compte de tous ces aspects et de sa logique globale?

### *Ce qu'elle doit apporter*

En reconnaissant de bonnes pratiques professionnelles, l'accréditation sera un label de savoir-faire; il servira à ce titre de faire-valoir. L'accréditation octroyée par service aurait le mérite de la sélection. Elle écrèmerait les services sans affecter le cadre juridique de l'institution. Elle inciterait de fait à la fermeture de services pour favoriser la spécialisation et le regroupement. Mais que l'accréditation soit générale (par établissement) ou particulière (par service), la restructuration s'opérera de proche en proche.

L'accréditation pourra être l'occasion d'impulser une nouvelle gestion. Elle pourra avoir pour effet de prendre date pour de nouveaux engagements ou de renouveler une image de l'organisation des soins en France et surtout pour la transformer. Si l'accréditation est indéniablement d'importance, elle n'a pas à être une fin en soi.

Elle mériterait d'être

- \* un outil,
- \* une incitation,
- \* un redéploiement des priorités,
- \* une acceptation à être observée.

L'audit d'accréditation se devra d'être source de leçons et non seulement une sanction.

## DEUXIEME PARTIE : ILLUSTRATIONS

La qualité est indissociable d'une notion globale. Plus qu'à n'être qu'énoncée, cette dernière a besoin d'être recentrée pour donner sens à la collectivité de travail. La division des tâches réduisant la perception d'un travail commun, le sens des collaborations a besoin d'être régulièrement rappelé. Evoquer les contributions de chacun reste sinon devient une nécessité.

Les soins ne relèvent pas seulement des services soignants. En sollicitant des compétences diverses, ils renvoient à des participations multiples. De ce fait, ils intègrent:

- \* les services de consultation,
- \* les services de soins proprement dit,
- \* les annexes spécialisées telles que:
  - ☐ l'imagerie médicale
  - ☐ les services d'endoscopie,
  - ☐ les blocs opératoires,
- \* les autres fonctions ou services hospitaliers
  - ☐ la pharmacie / la stérilisation,
  - ☐ les laboratoires,
  - ☐ la lingerie,
  - ☐ la diététique et la cuisine (les repas participant tant à la reconstitution des tissus qu'à la santé psychique).

Tous ont partie liée avec les services économiques et tous avec la direction générale et chacun de plus en plus avec le service informatique. Cette interdépendance plaide pour une étude générale.

Une vision plus globale invite à considérer d'autres aspects intervenant dans le séjour des patients. Il en va ainsi

- \* de l'accueil,
- \* de la prestation hôtelière (celle du patient et éventuellement celle de l'accompagnant, structure mère-enfant par exemple),
- \* des services généraux et techniques œuvrant dans l'ombre, mais à la contribution importante,
- \* de la logistique dépendant des services économiques sans laquelle rien ne se fait.

Tous ces aspects forment la perception d'une satisfaction ou d'une insatisfaction.

### Les services administratifs

Pour les patients, les services administratifs sont représentés par le bureau des entrées. Celui-ci est leur premier interlocuteur. Il est le régulateur de leur situation administrative. Passage obligé, il laisse la première et la dernière impression. Ces deux fréquentations devraient convier à leur porter une attention particulière. Il en va de l'image de l'établissement de soins. La multiplicité des situations sociales force à l'individualisation des traitements administratifs. Il est en effet inutile que ce passage accroisse le stress des patients ou les irrite plus que de raison.

La politesse, l'usage de formules appropriées, la discrétion des renseignements administratifs sont tant des attentions obligées que des manifestations à produire pour désangoisser les consultants. L'accueil assuré par des hôtesses d'accueil formées contribue largement à cet effet.

L'atmosphère aux locaux, leur design, l'organisation mise en place pour gérer l'attente, l'inscription, le paiement des prestations ou la sortie sont d'autres éléments intervenant dans la perception d'un accueil de qualité.

L'entrée et la sortie (sortie, transfert) facilitée des patients sont des temps forts de cet accueil.

La durée de l'attente,

la bonne signalisation,

la prise en compte des capacités physiques de chacun,

l'instauration du tiers payant,

le paiement par tous les modes,  
l'assurance pour tous les consultants de leur passage en caisse,  
la procédure simplifiée et souple du recueil des informations relatives à la couverture sociale  
sont d'autres facteurs à introduire pour rendre une administration au service des usagers.

## **L'accueil**

### *L'accueil téléphonique*

L'accueil téléphonique est souvent perçu comme un acte peu signifiant. L'est-il vraiment? La qualité d'un accueil commence au téléphone. De nombreuses entreprises l'ont compris. Pour celles-ci, ce contact est admis comme essentiel.

Il est aujourd'hui possible de créer un service web offrant presque les mêmes services qu'un accueil téléphonique. Tout ce qui peut être annoncé dans un site gagne à l'être. Une telle source fait économiser du temps et délivre l'hôtesse de réponses inutiles. Plus les informations publiées sont précises, plus le service rendu est apprécié. Il évite à l'appelant d'avoir plusieurs interlocuteurs non concernés. Une simple mise à jour permanente assure à ce support ses fonctionnalités.

Le métier d'hôtesse est injustement dévalorisé. Le contact avec le public demande beaucoup. La demande est parfois physique mais plus encore psychologique. Le contact avec le public pèse rapidement. Il est d'autant plus fatigant que les interlocuteurs sont rendus impatients, nerveux ou acariâtres par le mal qui les ronge ou par l'angoisse qui les habite. Dévalorisée socialement et financièrement, la fonction incline peu à la remplir parfaitement. Les qualités de communication, de patience, de calme, de débrouillardise, de vivacité d'esprit et d'intelligence qu'elle sollicite, sont totalement méconnues et à ces titres ignorées. Confier un tel poste à une personne mal préparée et peu qualifiée rend encore plus aléatoire la qualité recherchée.

Les établissements privés ont admis cette priorité. Les établissements publics la négligent encore. La formation donnée à ces personnels reste encore chiche. La valorisation de ces emplois est rare.

Les standards automatiques ne rendent pas le meilleur service à la fonction puisqu'ils obligent tout un chacun à faire preuve d'une bonne qualité d'accueil. Or, tous ne sont pas dotés d'une qualité d'accueil qui, par la voix, est déjà physique. Il conviendrait au moins de former chacun sommairement à jouer le rôle de correspondant téléphonique. Chacun est client et le fournisseur de chacun.

Si l'accueil téléphonique a pour fonction de recevoir la demande exprimée par les consultants, accorder une facile orientation dans le site complète ce premier contact. Ruiner la première impression téléphonique par une détestable signalétique est désolant. Aussi, convient-il de contribuer à une facile orientation et circulation des personnes dans le site.

### *L'accueil physique*

Commencé au téléphone, l'accueil se poursuit dans les services de consultations, en général le premier contact avec un service de soins. Un grand effort a été réalisé pour l'améliorer. L'humanisation des hôpitaux a contribué à moderniser et à restructurer les services. Aujourd'hui, des locaux mieux adaptés s'attachent à recevoir et à faire patienter le public dans des conditions souvent satisfaisantes. Si des efforts ont été manifestement opérés, d'autres sont encore à améliorer.

L'accès aux lieux de consultation est aujourd'hui largement accessible aux personnes à mobilité réduite tant du fait de leur âge que du fait de leur handicap temporaire ou permanent.

L'accueil est la première image perçue de l'univers hospitalier.

Donner à cet espace:

- \* un volume, une superficie,
  - \* un équipement adapté aux circonstances,
  - \* une couleur chaude, agréable, déstressante,
  - \* une ambiance feutrée, climatisée au besoin ou au moins bien ventilée,
- sont quelques aspects élémentaires.

L'équipement ne saurait oublier les annexes (toilettes pour handicapés, tables à langer, téléphones publics pour les réfractaires aux mobiles ou aux plus démunis).

L'accueil est aussi affaire de gestes; accompagner des consultants dans le déshabilleur ou dans la salle de consultation est autre manière de le prolonger. Les aider à se déshabiller et à se rhabiller au besoin complète cette notion d'accompagnement. L'humanisation a surtout eu une expression architecturale, il importe aussi de lui donner une incidence plus proche de son sens initial.

L'humanisation des hôpitaux a adouci le face à face avec le personnel hospitalier. La relation soignant / soigné est moins pesante que par le passé même si des améliorations restent encore à apporter. Il y a là sans doute une démarche à construire tenant tant de l'éducation que du savoir-vivre.

L'organisation même des prestations peut aussi être transformée. Le respect des heures de rendez-vous donnés est la première des courtoisies. Il importe aussi d'apprendre aux consultants à prévenir de leur absence. La remise d'une note de rendez avec numéro d'appel peut faciliter la gestion des rendez-vous.

La différenciation des plages horaires entre consultants et hospitalisés est une mesure parfois appropriée; cette dernière intention, difficile à produire du fait d'une consultation réduite à la matinée vaut d'être recherchée malgré la coordination des services de transport (garage, taxi, ambulance, brancardage), et l'étroite relation des services qu'elle exige quand plusieurs rendez-vous consécutifs sont pris.

S'assurer enfin que tout un chacun repart avec les documents utiles est une manière de quitter le patient avec le sentiment d'un accompagnement réalisé.

Accueillir, c'est aussi solliciter du personnel une permanente neutralité. Le consultant est à considérer comme individu.

### *Accueillir, c'est aussi informer*

L'accueil passe aussi par une information en toute circonstance. Les patients ne sont plus à se satisfaire d'informations, ils demandent à être informés pour comprendre. Des informations leur sont dues tout comme ils peuvent avoir accès à leur dossier médical. Cet octroi est une part de la relation soigné/soignant. Compte tenu de ce droit d'information, la rétention d'informations ne peut qu'être anormale si tant est qu'elle n'invite pas à des choix désespérés. L'information est un élément du soin.

Les informations générales sont donc à fournir, les personnes sont sensibles à cette transparence. Les équipes soignantes n'échappent pas à cette condition d'information, même s'ils ne peuvent ou ne doivent s'attacher à tout expliquer. Fournir une information éclairée est inscrit comme une obligation légale. Les progrès en anesthésie font qu'aujourd'hui tous les patients sont préparés à leur entrée en bloc tout en étant parfaitement conscients pour entendre une deuxième fois les explications du chirurgien. Cette explication donnée par le praticien rassure en même temps qu'elle accueille détend et rassure. Un tel état ne peut contribuer aux suites de soins.

Une attention est toujours signifiante. Tout un chacun y est sensible. L'état physique prête à cette demande de dialogue. La parole a des vertus thérapeutiques. Ecouter calme, laisser parler déstresse. Il est probable que la recherche de productivité dans les services de soins réduisent passablement ce temps peut être aussi fuit par les nouvelles générations de soignants plus techniciens que sociaux.

Cependant, quelle que soit la raison, une part de disponibilité semble manquer. La chasse aux temps « inutiles » semble s'être imposée pour des raisons économiques. L'urgence du temps prime partout. La technique et la technicité des gestes sont remplacées l'écoute. C'est une sorte de donnant-donnant qui ne fait pas forcément des satisfaits/satisfaits. Les soignants peuvent avoir le sentiment d'un inaccomplissement dans leur travail, les autres d'avoir traité le corps sans l'assortir d'âme. C'est aujourd'hui peut le prix à payer de cette forme de qualité. Les soignants peuvent-ils d'ailleurs accepter le poids des responsabilités qu'ils ont à assumer, de satisfaire l'exigence de rentabilité qui leur est implicitement signifié, de répondre à la demande exprimée ou au silence des yeux soumis sans instiller de l'inconfort chez tous ? Qualité ? Non qualité ? Satisfaction ? Insatisfaction ? Il y a pour sûr de la contradiction dans ses constats ou supputations.

Confrontés à une solitude toujours plus envahissante, les individus sont sensibles à la communication. Ils l'attendent de la part des soignants traditionnellement perçus comme plus sensibles.

Par ailleurs, la société devenant multiculturelle, cette information est d'autant mieux reçue qu'elle est comprise. La communication par la langue vernaculaire du patient contribue à cette qualité d'échange. S'il est bien impossible de satisfaire à la diversité des langues, il peut être souhaitable de préconiser l'usage d'un langage simple et concret. S'attacher à mixer dans les équipes des services d'accueil des urgences des personnels de différentes origines ne peut que contribuer à améliorer l'accueil. Cette disposition efface parfois l'obstacle de la langue ou tout au moins le réduit.

## **La direction générale**

### *Justifier la qualité*

La qualité, comme impératif omniprésent, l'assimile presque à un discours idéologique. Ressassé, il irrite. Trop entendu, il n'est plus écouté rendant la communication alors inopérante.

L'effet est encore plus marqué quand l'exemplarité semble défaillante dans son organisation. Le discours de la qualité, de l'exigence ne peut prévaloir que pour autant les critiques possibles sont inexistantes ou faibles. La revendiquer des personnels soignants exige qu'elle soit donc présente dans les services administratifs, il est alors permis de la solliciter.

Illustrer les efforts à accomplir pour améliorer la qualité au regard des données enregistrées impose aussi d'évoquer le passé pour signifier le chemin parcouru. Il convient de rappeler et de saluer les contributions déjà faites pour en revendiquer de nouvelles. Il est bien difficile de solliciter sans remercier ni souligner les efforts consentis. La reconnaissance figure rarement comme un élément de communication comme si l'altruisme allait de soi. Les mentalités ont changé, quelques directions négligent encore de prendre en compte ce changement.

Rester pertinent,  
user de la communication sans en abuser,  
rester qualitatif pour rester crédible,  
informer utilement,  
diffuser sérieusement  
peuvent figurer au rang de conseils pour échapper au travers d'un discours idéologique et marquer le sillon de la communication notamment à travers des aspects précis relevant de son autorité (ex: la sécurité physique des personnes).

### *La sécurité physique*

La sécurité des personnes (personnel et patients) s'entend aussi plus simplement pour la vie quotidienne des services. De nombreux progrès sont constamment apportés. Des sols moins glissants sont posés, des accès pour personnes à mobilité réduite sont réalisés, des dispositifs d'aide sont installés. Des brancards réglables, des lits ajustables, des soulève-malades fonctionnels équipent de plus en plus les services. Ces moyens servent autant à rassurer les patients qu'à faciliter la tâche du personnel.

L'équipement des chambres intègre aussi de plus en plus ce souci de sécurité des patients. Un lit adapté, un agencement satisfaisant de l'espace et l'adaptation et l'accessibilité des sanitaires (W-C, douche, lavabo) réduisent les accidents (chutes).

Les enfants d'être accompagnés lors d'un examen. Les personnes âgées mériteraient parfois le même accompagnement tant pour les rassurer que pour éviter des risques d'accident.

La réglementation automobile dans l'enceinte des centres de soins (vitesse réduite, priorités diverses, stationnement adéquat) tend à être respecté parfois au prix de dispositifs imposés. Le contrôle à l'entrée comme sur le site la renforce bien que délicate à faire valoir.

Les agressions à l'encontre du personnel ne sont plus rares pour qu'il lui soit accordé une attention particulière. Cette amélioration est à analyser comme un investissement dont le retour se traduit par une réduction de l'absentéisme et par une sérénité d'esprit du personnel dans la réalisation de ses tâches.

Le sang et les sécrétions sont des facteurs de risque contaminants. Si de nombreux efforts ont déjà été

entrepris pour protéger les personnels, il n'en demeure pas moins que ceux-ci ont constamment besoin d'être reconduits. L'amélioration des matériels et une information constante comptent parmi ces moyens. Soutenir le travail du CHSCT ou de la médecine du personnel devrait s'apparenter à une nécessité.

La meilleure information du personnel exposé aux risques liés au sang (services d'hémodialyse, d'hématologie, d'obstétrique, de réanimation, de chirurgie) ou à d'autres produits (préparation de chimiothérapie) contribue aussi à dédramatiser des situations. La prévention s'impose par éthique.

Le vol, s'il n'est pas une donnée quotidienne, a fait son apparition dans les enceintes hospitalières. La mise à disposition d'un coffre pour les objets de valeur des patients est adoptée depuis longtemps, de la même manière des vestiaires fermés sont parfois mis à la disposition des personnels. Les pharmacies des services de soins sont mieux protégées pour soulager aussi le personnel infirmier, responsable de leur gestion.

La sécurité des patients est un tout autre volet de la question. Elle doit veiller à minimiser les risques encourus par ceux-ci pouvant surgir à l'occasion :

- \* de conditions de réalisation des soins (prescriptions mal comprises),
- \* d'erreurs (distribution de médicaments, de défaillance de surveillance, d'insuffisance de coordination entre équipes),
- \* de l'utilisation d'un matériel périmé, mal maîtrisé ou défectueux.

Le sentiment de sécurité doit être perçu par le patient. La confiance consentie au personnel doit être pleinement justifiée. Cette perception acquise, la qualité sera perçue. La qualité est aussi un sentiment en plus d'être une réalité comme celle apportée dans l'anesthésie.

### *La sécurité anesthésique*

La sécurité anesthésique est un point assez souvent évoquée. Le respect des textes vaut à minima, mais le relèvement constant de ces minima relève de fait cette sécurité. De plus, l'engagement de la responsabilité de l'établissement dans les incidents d'anesthésie conduit les directions générales à prêter un soin tout particulier à ces questions déjà suivies de près par les médecins anesthésistes.

Des appareils performants, l'équipement des salles ou les obligations de surveillance réduisent les risques d'accident. Placé sous la responsabilité d'infirmières anesthésistes, l'équipement est constamment vérifié et nettoyé pour éviter toute contamination. Les laryngoscopes, les masques ou encore les collecteurs d'humidité sont quelques maillons faibles susceptibles d'être à l'origine de contamination. Une sensibilisation aux règles d'hygiène encore plus grande de ces médecins particuliers et reconnus renforcerait leur notoriété.

La sécurité anesthésique est d'un coût élevé, mais l'accident l'est bien plus. La société semble peu prête à son insécurité en la matière. Impossible de transiger avec celle-ci. L'équipement des prises de fluides à double clapet est désormais la règle. La mise à disposition de trousse d'urgences renforce cette sécurité. Ces dispositions prennent tout leur sens si la surveillance et l'hygiène sont par ailleurs assurées.

L'attention, le contrôle exercé par les soignants,  
le contrôle réglementaire du matériel en place,  
la compétence d'un personnel formé aux matériels biomédicaux,  
la souscription de contrats de maintenance assortie de visites régulières des matériels,  
le renouvellement du matériel ou sa maintenance aux normes  
veillent à la sécurité de ces installations et donc à celle des soins.

### *La sécurité d'information médicale*

Cette exigence vaut pour tous les aspects de la vie d'un établissement. La loi accorde à chaque " usager " d'établissement de soins le secret professionnel. L'attention est largement observée parfois trop bien. Il n'est pas rare que le patient connaisse quelques difficultés à prendre connaissance de quelques éléments de son dossier médical. Si la rétention d'informations s'impose parfois par nécessité psychologique, s'avère-t-elle aussi indispensable qu'elle est avancée? Le souci de protéger le patient s'avère parfois plus néfaste que le mal attendu. La mesure passe pour un refus d'information, voire pour de l'excès de pouvoir. L'excès d'attention inspire la suspicion. La confiscation du dossier médical va à l'encontre du respect de la

personnalité du patient. Elle étouffe ses droits individuels et va à l'encontre de la charte du malade, parfois rappelée et trop souvent omise. Le sentiment d'un refus d'informer ne peut que mécontenter. Le patient éprouvera alors une impression de frustration, de défaillance de l'institution.

Refuser la délivrance d'informations est davantage perçu comme une situation à cacher qu'à évoquer. Une telle politique altère plus qu'elle ne grandit les milieux de soins. La quête d'informations paraît d'autant plus difficile à obtenir que le secteur est public. Avec le dossier médical, l'administration conforte son opacité presque légalement. Il est à craindre que l'informatisation des données rende encore moins accessible cette information au nom de ou à cause de la sécurité informatique à moins que, du fait de sa facilité à l'enregistrer, elle soit rendue à ces propriétaires en titre.

### *Analyser avant d'introduire*

Le choix de la qualité commande de définir une politique claire et, à sa suite, une stratégie. Pour obtenir les effets escomptés d'une politique, une méthode s'impose. Celle-ci est d'autant plus indispensable que l'imbrication des questions à traiter de façon simultanée la requiert.

La qualité ne se décrète pas. Elle est davantage à construire qu'à solliciter autoritairement. Elle est à partager plus qu'à être déléguée. Le second aspect est souvent adopté par facilité. Une telle confusion entraîne rapidement son abandon. Le partage invite à une appropriation collective, le second à une désappropriation individuelle. Le désengagement ruine à terme tout projet. Un simple choix comportemental conduit soit à la réussite d'un projet soit à son échec. La qualité s'induit aussi par du relationnel. Cette exigence, bien satisfaite par quelques chefs de service, ignorée par d'autres paraît parfois peu soutenue par l'équipe dirigeante. La rotation des cadres de direction ou de l'encadrement infirmier du secteur public renforce quelque peu ce sentiment.

La qualité requiert de se donner les moyens de sa politique, même si elle ne dépend pas que d'eux. Des objectifs limités et parfaitement arrêtés sont plus crédibles que de grandes ambitions. Le réalisme doit prévaloir. Soumettre les projets aux personnels est tant une manière de les associer au projet qu'un moyen pour recueillir leurs observations. L'à propos de certains collaborateurs vaut d'être recueilli. Une telle association prévient les incohérences et les errements. Elle contribue à une meilleure structuration du projet, source d'adhésion.

L'exigence globale rend la tâche forcément complexe. Elle requiert

- \* une méthode sans failles,
- \* une planification des actions largement concertées,
- \* une approche transversale,
- \* une communication adéquate

dans le cadre des dispositions réglementaires. Si la complexité est patente, elle n'est ni impossible ni insurmontable. Cela exige de l'apprivoiser.

Il lui faut encore plus apprendre

- \* à composer,
- \* à expliquer et à expliciter,
- \* à partager un système de pensée.

Une telle démarche oblige à intégrer la culture des autres acteurs pour se l'approprier, de s'enrichir de façon permanente sur les intérêts, sur les transformations sociales et des transformations subies par un corps professionnel.

### *Un devoir d'information*

Il ne saurait y avoir de dialogue sans un langage commun, sans une compréhension réciproque des contraintes. Il est symptomatique de constater que des discours sont émis, mais à peine reçus. Soignants et administratifs ne parlent souvent pas le même langage ou tout au moins semblent ne pas partager les mêmes valeurs. Même relayée par un encadrement infirmier plus ou moins sensibilisé aux aspects administratifs et chargé de susciter une compréhension mutuelle, la communication reste un exercice toujours difficile.



L'un des maux de cette situation provient de la mauvaise information ou de la sous information des soignants de données chiffrées suffisamment expliquées pour être comprises, insuffisamment comprises, l'adhésion reste parcimonieuse. L'explication des réalités sans parti pris pourrait avoir un impact positif. Il serait alors plus aisé de faire comprendre les contraintes vécues et imposées.

Les points ISA, le PMSI, les GHM ne parlent qu'à une frange restreinte des personnels, faut-il croire que la majorité des personnels ne puissent les comprendre dès lors que ceux-ci sont simplement et correctement expliqués. Il en va tout autant du stress, de l'impuissance et du désarroi à pouvoir faire, de l'angoisse face à la mort vécus par les soignants peu ou mal appréhendée par les personnels administratifs. Rompre le « à chacun ses problèmes » devient urgent d'autant que chaque difficulté retentit sur tous. Les logiques différentes gagnent à être mieux comprises de part et d'autre. Faire preuve d'empathie, manifester de l'attention, rendront les services administratifs plus sympathiques aux soignants. Le management est vanté et introduit partout sans considérations humaines. Peut-il faire sens sans cette dimension ? Plus qu'à distendre, il importe de rapprocher.

La compréhension des contraintes des uns et des autres renforcent les envies de collaboration et les approches complexes.

### *Concevoir une démarche globale*

Les établissements de soins sont devenus des structures hautement complexes. Aujourd'hui, ingénieurs et techniciens sont des acteurs courants de l'univers hospitalier. Les soignants se revendiquent de plus en plus aussi comme techniciens de soins; leurs protocoles de soins précis s'apparentant de plus en plus à des descriptifs en usage dans l'industrie confortent cette assimilation.

C'est tout un ensemble de problèmes complexes et difficiles qu'échoient à la direction. En effet, comment prendre en charge

- \* l'organisation des soins programmés ou non,
- \* la sécurité transfusionnelle, l'hémovigilance
- \* la pharmacovigilance et la matériovigilance,
- \* la sécurité au sens large,

sans délégations à des collaborateurs compétents, sans collaborations externes.

Une démarche globale renvoie à une organisation. Simplifier les structures, simplifier les dossiers par leur standardisation relève aussi des prérogatives d'une direction. Cela suppose des modes relationnels simples et francs entre tous les animateurs, entre tous les détenteurs de pouvoir. Les enjeux personnels sont à cerner pour les réduire. La recherche d'un but ne peut s'accommoder de partitions différentes.

L'intervention de nombreux collaborateurs de métiers différents rend plus difficile une possible entente. Mais ne revient-il pas à la direction d'exiger leur coordination et à chacun la nécessité de prendre en compte les impératifs et les logiques de travail des autres. Diriger au regard de ces contraintes comporte dès lors un travail de synthèse et de coordination appuyé par des directions fonctionnelles que celles-ci soient financière, économique, technique ou du personnel.

### **La direction des affaires financières**

Suivre le volume des dépenses et des recettes, leur décomposition analytique, en plus de leurs seules perceptions comptables sont quelques tâches d'une direction des affaires financières. Les éléments fournis par ce service sont toujours riches d'enseignement tant ils illustrent un mode de fonctionnement et facilitent la décision. Les analyses et les chiffres fournis par ce service doivent permettre de rendre compte presque en temps réel de la situation financière de l'établissement. La présentation de ces indications chiffrées demande des moyens. Présenter des sommes de chiffres n'aide aucunement. C'est occuper du temps ou faire un travail sans en comprendre la finalité et l'utilité. Elles impliquent un travail de synthèse.

### *Des moyens suffisants*

La fonction ne manque pas de motifs de défaillance:

- \* personnel peu formé, d'où
- \* travail rendu imparfait car mal compris,
- \* maîtrise imparfaite de la comptabilité publique,
- \* moyens matériels peu adaptés,
- \* mauvaise circulation de l'information,
- \* enjeux mal identifiés,
- \* priorités mal perçues,
- \* contrôles inopérants ou inexistants,
- \* absence d'interfaces informatiques,
- \* système non fiable ou non performant,
- \* absence de vision globale,
- \* tensions relationnelles.

La définition d'indicateurs et de tableaux de bord utiles appelle de la pertinence et de l'analyse. Cela ne va pas une bonne formation initiale et une bonne pratique. C'est là un métier qui ne s'improvise pas. Recourir à une aide extérieure peut se montrer là particulièrement appropriée.

### *Une organisation adaptée aux besoins*

Fournir aux services comptables qui en dépendent les moyens, les compétences pour satisfaire une prestation de qualité est une condition élémentaire. Parfois chargé de la seule gestion des factures, ce service n'a qu'une vision trop étroite de sa fonction.

Certaines divisions des tâches n'ont nullement besoin de persister alors que les opérations peuvent être suivies de bout en bout. L'organisation des services mérite d'être définie clairement au regard de l'efficacité et non des personnalités et de leurs stratégies personnelles. Le travail des services relativement proches (économiques ou financiers) mérite d'être relativement bien différencié pour la clarté des tâches de chacun.

Il n'est que peu de travaux courant ne relevant d'aucun protocole. Les écrire sert alors de bibliothèque utile quand ces travaux ne sont effectués qu'occasionnellement. La clôture d'un exercice est l'un de ceux-ci; effectué une fois par an, le personnel a le temps d'oublier quelques aspects de cette procédure. Les avoir écrites permet de ressaisir immédiatement la mémoire, donc d'épargner des errements inutiles. Même le travail répétitif est marqué par les oublis, pourquoi dès lors ne pas le formaliser? Toutes les particularités ne peuvent être assimilées par un seul salarié. Attendre que le personnel enregistre toutes les données alors que la mémoire papier ou électronique remédie à cela, est une demande inutile.

Apprendre à travailler intelligemment, remettre les choses à l'endroit quand elles ont été mises à l'envers relèvent de l'encadrement. C'est l'une de ses fonctions. Relever de telles défaillances invite à croire que ce travail élémentaire est absent. On ne saurait dès lors moins incriminer les tâcherons que leurs responsables. Il appartient à l'encadrement supérieur de faire preuve de pédagogie pour parfaire la qualité du travail opéré.

Déterminer les ratios et les discriminants les plus pertinents d'une bonne gestion financière est une autre tâche. Cette fonction a pris une telle place qu'il semble important de la soigner. Les aspects financiers sont très éloignés des préoccupations des soignants pour continuer à leur laisser cette fonction opaque.

Former l'encadrement soignant à avoir une perception financière réelle des soins pourrait les sensibiliser de façon concrète leur manière de faire. Moins que d'imposer la gestion d'un budget, ne conviendrait-il pas de les former à mesurer leurs coûts? La responsabilisation passe par des appropriations personnelles. La perception globale suivra. Le détachement à l'égard de toute notion économique a rendu les personnels soignants distants de ces aspects, faut-il pour autant leur imposer des objectifs auxquels ils ne sont nullement préparés? Chercher à responsabiliser les uns revient à en dédouaner d'autres. C'est éloigner d'autant la cohésion recherché et trahir l'idée de faire des services administratifs, des collaborateurs au service des soignants. Maximaliser la décentralisation de la gestion est sans doute une idée, elle est toutefois à préparer et à accompagner et surtout à vouloir se débarrasser.

### *Optimiser la gestion des fonds*

Payer les fournisseurs dans les meilleurs délais permet tant de solliciter des ristournes que d'attendre une

meilleure réactivité, ce qui ne manque pas à l'hôpital. L'effort des uns appelle aussi les fournisseurs à plus de promptitude. Une telle réaction améliore la qualité et la satisfaction des demandeurs qui en est reconnaissante au service administratif créant dès lors de meilleures relations entre services.

Une qualité de service est moins à imposer qu'elle n'a à s'imposer. Il convient plus de l'auto-imposer que de la solliciter. Il convient donc de chercher à rendre le fournisseur redevable de cette exigence et faire qu'il l'entretienne. Toutes les actions qualité ont à procéder de la même démarche. Elles sont alors vécues comme un aspect naturel de la prestation. Ainsi, assurer des règlements rapides et renouveler des commandes, c'est tant assurer un fournisseur de commandes certaines que lui permettre de gérer sa trésorerie à moindre frais. Le retour est l'assurance de bénéficier de coûts attractifs.

Rechercher de telles obligations des fournisseurs signifie de la part de l'institution l'observation de règles telles que :

- \* l'absence de retards de paiement
- \* des retours de marchandises en nombre limités,
- \* des erreurs de calculs limitées,
- \* des commandes régulières conformes aux marchés, etc.

pénalisant les fournisseurs.

Rechercher des économies d'échelle peut aussi contrevenir à l'idée de flux tendus synonyme de bonne gestion. Si cette formule réduit au minimum les stocks et donc leurs frais, elle conduit aussi à multiplier les commandes et donc les frais de transport ou les coûts de gestion en plus d'accaparer le personnel. Si la gestion des stocks n'est optimisée que si le flux tendu n'est pas d'un coût plus élevé qu'un stock minimum.

La gestion des investissements,

la valorisation des achats,

le financement des travaux à réaliser,

le choix des meilleurs amortissements,

le contrôle des stocks,

la surveillance des crédits (donc des dépenses) de chaque compte et toutes possibilités permises par la loi

sont autant d'attentions qu'un service financier peut recommander. Si ce service est forcément un censeur ou un contrôleur, il a aussi à être conseiller pour rappeler les budgets disponibles, les enveloppes mensuelles, les écarts constatés et pour appeler à la vigilance.

Optimiser la gestion de la dette,

rechercher les meilleures conditions d'emprunts,

réduire la mobilisation d'argent,

diminuer les frais financiers,

évaluer les demandes d'achat au regard de l'amortissement réalisé, de leur opportunité ou encore de leur bénéfice potentiel

sont d'autres missions assurées par ce service.

La gestion en temps réel permise par l'informatique offre de multiples simulations facilitant la décision et accroissant la visibilité.

La production de schémas simples susceptibles de rendre compte:

- \* des grandes masses financières,
- \* de la valeur ajoutée,
- \* de la capacité d'autofinancement

sont autant à distribuer à la direction générale qu'à l'ensemble des cadres après explications.

### *Un contrôle de gestion souvent peu employé*

Les données fournies par le contrôle de gestion sont un élément substantiel de la santé financière d'un établissement. Accorder à un tel service une indépendance d'esprit et les moyens de son fonctionnement paraît être une condition élémentaire à sa pleine utilité. C'est à cette condition que sa mission de conseil

trouvera sa meilleure et pleine expression tant auprès de la direction générale qu'auprès des services économiques dont la mission est de rendre compte et d'alerter.

La décentralisation des budgets au niveau de chaque unité peut inviter à faire de ce service un utile conseiller et moins de l'entrevoir comme un contrôleur tatillon.

Les ordonnateurs initiaux sont pour l'essentiel les médecins. Cette notion ne pouvait échapper au législateur qui a conféré aux chefs de services davantage de pouvoirs. Ainsi, leur conférer des budgets revient à responsabiliser leurs dépenses, à leur solliciter une attention qu'il n'avait peut être pas. Ces nouvelles attributions peuvent utilement être conseillées par des contrôleurs de gestion. Une bonne gestion des services et des pôles montrera à la direction générale qu'il est peut être plus facile d'apprendre la gestion que l'art de soigner mais que ces deux aspects combinés contribuent aussi à la qualité des soins comme des finances. L'administration générale comme les praticiens gagnent beaucoup à se reconnaître et à s'apprécier en s'écoutant et à faire ensemble plutôt qu'à faire malgré ou contre l'autre. Cela vaut largement aussi pour de nombreux individus.

Si les médecins hospitaliers restent encore largement réfractaires aux notions comptables qu'on souhaite leur soumettre. C'est là à la fois une résistance qui les honore mais aussi une attitude qui, parfois, les pénalise. Les enjeux financiers ont besoin d'être expliqués en toute clarté et leurs demandes d'être tout aussi comprises par l'administration. Des accords peuvent alors être concrétisés dans le cadre de contrats d'objectifs lucidement négociés autour de buts et de moyens adaptés répondant aux obligations et aux contraintes financières définies par les ARS dans le cadre d'une politique plus globale.

### **La direction des services économiques**

La qualité des services de soins a partie liée avec la direction des services économiques. Le transit de l'ensemble des achats par ce service signe son importance. Son dysfonctionnement retentit sur l'ensemble de l'hôpital.

#### *Un service jugé par les utilisateurs*

Les causes susceptibles de perturber le fonctionnement de ce service sont multiples.

Un éclatement des unités d'achat, des services (magasin et comptable)  
des responsabilités floues,  
un personnel peu ou mal formé,  
des procédures mal formalisées,  
une gestion des stocks insuffisamment maîtrisée,  
sont quelques unes d'entre elles.

Les nombreuses opérations (recueil des besoins, l'analyse de leur pertinence, leur négociation, l'engagement des commandes, la réception des factures, leur liquidation, leur règlement) sont d'autres sources de ratés.

L'approvisionnement en produits courants,  
le traitement des commandes urgentes,  
la distribution des produits aux services ou  
les conditions de stockage

sont d'autres aspects matériels illustrant l'apport au bon fonctionnement des services de soins. C'est en effet autant à la prestation rendue qu'au traitement de ses aspects administratifs que ce service sera jugé.

Défaillant, les services de soins se préservent de manquer de tout et stockent plus de raison. Confiant, ceux-ci ne s'emploient qu'à s'assurer une marge de sécurité indispensable. Rarement, s'établit une réelle confiance. C'est davantage la méfiance qui règne. On ne saurait alors s'étonner que des habitudes de préservation soient développées même si les ruptures d'approvisionnement sont rares et que les systèmes plein vide mis en place se révèlent parfaitement fonctionnels. C'est aux acheteurs d'inspirer la confiance que n'entendent pas leur donner forcément et facilement les soignants.

Si gérer un stock n'a rien de compliqué pour un magasinier doté d'outils pour le faire, il devient un casse tête pour qui n'en ni l'habitude ni les moyens matériels. Les responsables des magasins se sont formés à se

construire des outils suffisamment sophistiqués pour gérer le quotidien. Les plateformes livrées clés en mains offrent désormais des moyens informatiques associés très performants.

La concertation permet aussi d'entrevoir et d'établir

- \* des dotations régulières, et donc
- \* des livraisons cadencées,
- \* des accords tacites de reprises de matériels ou de produits,
- \* le règlement amiable des litiges.

Le système plein - vide est une méthode rationnelle pour assurer au quotidien les dotations utiles mais sollicitant une logistique parfaitement rôdée.

C'est alors une relation à trois voire quatre (services /services éco-magasin / logistique / fournisseur) qui est à construire autour d'un ensemble de règles comprises de tous et des aléas admis aussi de chacun.

Il revient

- \* au fournisseur de prendre en compte les demande de ses clients,
- \* aux personnels soignants de mesurer les contraintes qu'il soumet, pour devenir réaliste et donc de satisfaire les règles d'une bonne commande,
- \* au magasin de veiller au bon approvisionnement des services,
- \* à la comptabilité de régulariser au plus vite les factures et de traiter les litiges avec intelligence.

### *Un service jugé par ses fournisseurs*

Un service économique est aussi jugé par les fournisseurs et par les prestataires de services. Les premiers l'apprécient à l'exactitude de ses commandes, leur précision leur évitant des retours de produits; les seconds s'attachant à satisfaire les demandes dès lors qu'elles ont été clairement établies.

Intermédiaire, il est celui qui commande sans toujours bien comprendre la demande. Les services demandeurs sont invités à préciser au mieux leurs commandes, voire leurs raisons pour les satisfaire au mieux. Avoir un soignant comme conseil référent dans un service d'achat s'avère souvent un utile conseiller. Ce dernier précise l'intérêt de la commande ou redéfinit sa nature pour d'autres produits moins coûteux mais tout aussi efficaces. Ce référent est aussi un informateur des soignants, son rôle est bidirectionnel. Les soignants peuvent alors prendre conscience

- \* des conséquences d'une commande imparfaite,
  - \* du prix de plusieurs commandes répétées à un même fournisseur,
  - \* du travail occasionné par une commande mal libellée dans toutes les étapes de la gestion d'une commande
- ☐ - saisie,
  - ☐ - réception des produits,
  - ☐ - traitement de la réception (coûts de transports ),
  - ☐ - acheminement dans le service,
  - ☐ - retours multiples et inutiles au magasin et au fournisseur,
  - ☐ - traitement des factures (factures, avoirs, refacturations).

Ces multiples tâches sont évitables et évitées dès lors que les prescripteurs sont informés.

Pour les fournisseurs, seuls les services économiques, seuls interlocuteurs de l'établissement sont responsables des dysfonctionnements observés. C'est à lui qu'il revient de supporter les griefs, d'endosser les erreurs qui ne lui incombent pas le plus souvent. C'est, en somme, un service qui n'est pas à l'abri de tensions et de stress mais qui se doit de rester toujours très conciliant.

Apprendre les contingences de la gestion d'un magasin aux services soignants appelle aussi de leur solliciter de connaître les besoins de ce prestataire de services pour les comprendre. Les visites des uns chez les autres assurent une meilleure compréhension du travail de tous et, au-delà, plus d'indulgence. Les ouvertures sont encore trop rares. Des opérations portes ouvertes, des cheminements avec un magasinier pour la réalisation d'une commande peut éclairer utilement les soignants de la particularité d'un métier et inversement.

Accompagner les livraisons non seulement d'un bon de livraison mais aussi d'un ticket, comme le dispensent certains centres, est une très bonne manière de faire prendre conscience des coûts des demandes.

L'intention est moins de rendre chaque unité utilisatrice comptable de ses dépenses que de la rendre consciente de ses responsabilités. Responsabiliser demande d'avoir pleinement compris son rôle et son incidence. De telles acquisitions facilitent la compréhension des contraintes des uns et des autres et par voie de conséquence la collaboration entre services soignants et services économiques.

### *Quelques requêtes essentielles*

Rechercher la bonne exécution d'un travail demande

- \* de l'avoir préparé,
- \* de l'avoir défini dans ces grandes lignes,
- \* d'être doté des éléments de sa production,

en somme de lui donner les conditions de sa réalisation sans difficultés insurmontables.

Ecrire les procédures arrêtées en matière:

- \* de commandes,
- \* de réception des marchandises (anomalie de réception),
- \* de gestion des stocks (seuil d'alerte, sur stockage),
- \* de distribution (de moyen de distribution, date et délai de livraison)
- \* de dépannage,
- \* de gestion des stocks (rangement, inventaire, maintenance des produits, sécurité des matériels au regard de la réglementation...)

instaure une méthode de travail à laquelle il est facile de se conformer et de réviser à tout moment.

L'informatique se montre singulièrement utile et productive pour tous les aspects de magasinage. Elle permet de soumettre chaque produit à une traçabilité comme cela l'est pour les produits pharmaceutiques. Ces prouesses pour remarquables qu'elles soient ont un coût. Sont-elles forcément utiles malgré la diminution des erreurs, l'intervention humaine étant remplacée par des opérations techniques ?

L'informatisation trouve d'autres applications dans le suivi des investissements, assurant une planification des réformes et des renouvellements de matériels, c'est à dire une mise à jour permanente des équipements disponibles, leur inventaire, leur localisation, voire le coût de leur entretien. Un tel suivi entrevoit une possible maintenance préventive assurant par là même une garantie de sécurité des soins et une optimisation des finances par une maîtrise des achats. Un tel suivi assure une plus grande sécurité comme un amortissement optimisé.

Toutes les ressources disponibles par ce service mériteraient une meilleure exploitation. Les ressources humaines et le temps disponibles sont assez largement comptés

- \* pour que les travaux en double emplois soient évités,
- \* pour que certaines informations utiles soient connues des intéressés,
- \* pour que des gains d'activité soient engrangés.

### *Des magasins performants*

Si tout établissement gère par nécessité des produits fort variés, il semble utile de les segmenter selon la nature des produits. Ainsi, en marge du magasin général (produits hôteliers et autres et produits de santé non stériles), il est à en créer d'autres plus spécifiques gérés par les ateliers ad hoc et un plus conséquent pour le matériel biomédical très divers et très particulier qui requiert un personnel technique assez spécialisé.

Du service économique dépendent de nombreux services qui, tous, sont au service du patient. Il semble dès lors bien difficile de ne pas lui apporter une attention toute particulière pour lui permettre de remplir les missions qu'il a en charge. Investir dans des personnels bien recrutés, bien formés semble un investissement des plus intéressants.

## **La gestion des Ressources Humaines**

Une attention très grande est consacrée au patient. Celle offerte aux salariés est souvent bien moindre. C'est

oublier les prestataires de soins que sont les personnels. Donner de l'attention appelle d'en avoir reçue, même si un salaire est la contrepartie admise à cet échange. Celle-ci n'est pas suffisante. Il semble bien difficile de demander au personnel d'octroyer de l'attention aux patients si le personnel ne reçoit que sa rémunération. Une considération accordée a des incidences sur le travail. Il revient de la fournir, même si elle ne les assure pas. Faire perdurer l'effort exige beaucoup d'encouragements et l'octroi d'une considération qui est à accorder sans attente de retours.

La rémunération est une valeur d'échange de temps, de savoir et de savoir-faire. Lui donner un supplément d'âme la transforme. La technicité des soins fait délaisser les aspects relationnels auxquels il faut remédier. Le glissement accepté par les responsables tant il semble synonyme d'efficacité, est couramment dénoncé par les patients qui se réjouissent d'une technique sans failles, mais déplorent le sens d'une relation. C'est à la production des deux aspects qu'il conviendrait de s'attacher. La production de la seconde soumet l'encadrement dans sa totalité à produire une attention. Il reviendrait à la direction des Ressources Humaines, voire à la direction des soins infirmiers de répondre en amont à la carence régulièrement formulée par les hospitalisés.

Il faut souvent convenir qu'une véritable gestion des Ressources Humaines pêche souvent par son absence. Présente par le nom, cette gestion est régulièrement absente dans les faits dans les hôpitaux publics. Elle est escamotée dans le secteur privé. Si l'inspiration du thème de la qualité est issue d'une démarche industrielle, il faut aussi savoir importer les efforts que celle-ci a pu produire dans ce secteur et savoir l'adopter.

La qualité impose de satisfaire des données de base. La gestion des Ressources Humaines en est une. Intégrer cette donnée invite à l'adhésion. Lui donner des contours devient essentiel. Celle-ci ne saurait se passer de principes et de règles connues de tous.

L'adhésion du personnel aux objectifs de la direction suppose une gestion du personnel davantage forgée dans le respect que dans la démagogie. L'application de règles s'impose. L'exemplarité doit prévaloir. La qualité ne s'obtient qu'avec le concours du personnel et non sans ou malgré lui. Son adhésion est largement associée à une éthique de comportement et donc du respect des règles.

### *Respecter les règles de droit*

Dans l'évocation de cette fonction, il sera acquis que la gestion du personnel a intégré tous les éléments de base de gestion pour satisfaire son bon fonctionnement. La DRH est rarement prise en défaut d'irrespect. Les institutions du personnel s'emploient à lui rappeler tous les manquements. Ce respect n'a pas seulement à satisfaire les obligations légales, il souligne aussi l'attention portée au personnel. C'est un acquis des moins négligeables dans la conduite d'une entreprise quelle qu'elle soit.

Le service du personnel représente l'image de l'institution. L'administration est, en partie, jugée sur son fonctionnement. Son organisation la sert ou la dessert. La simple gestion administrative est aujourd'hui bien insuffisante.

Les erreurs dans les bulletins de paie,  
le manque de compétences des personnels en place,  
l'incapacité de ceux-ci à répondre utilement aux questions posées,  
la brièveté de ses heures d'ouverture (restreintes ou inadaptées),  
l'éclatement du service,  
le choix inadéquat de son organisation dans le traitement des dossiers,  
le mauvais suivi des données fournies à l'encadrement,  
l'impossibilité pour les personnels à répondre à toute demande annexe  
sont quelques motifs de mécontentement et des marques de non qualité dans la gestion de ce service.

Le respect de la confidentialité est une donnée à laquelle la direction est attachée, le personnel y est pour sa grande majorité tout aussi sensible, mais certains de ses membres oublient ou négligent parfois cette règle. La multiplication des informations, la facilité de disposer d'éléments électroniques et leur diffusion sur le « Net » demande de rappeler à une attention constante. Pris en défaut, il dénote un dysfonctionnement du service. Apprendre la stricte observance de cette règle, sollicitée partout ailleurs, paraît une condition

élémentaire à satisfaire.

L'allégeance du service du personnel à la direction générale est de fait la règle. Cependant, l'administration du personnel mérite aussi d'être au service des salariés en leur rappelant leurs devoirs et obligations, mais aussi leurs droits. Cet aspect peut trouver de multiples expressions en matière de formation, de prestations diverses ou de congés. Si le devoir de réserve est une donnée essentielle de la relation employé / employeur, la moduler fait percevoir une autre image de la direction. Cette modulation n'empêche ni ne réduit la fermeté si sa nécessité se fait sentir. Elle peut n'en être que mieux reconnue.

Pour obtenir du personnel une qualité de travail, il semble utile que le service le plus sollicité des salariés soit aussi efficace. Le strict respect des dispositions légales (temps de travail, paiement des heures supplémentaires, repos compensateurs, primes conventionnelles) est à ce titre de mise. Le respect de ses obligations est un facteur fondamental. L'assortir d'autres moyens pour lui permettre d'atteindre ses objectifs est une autre tâche.

### *Attribuer les moyens de ses ambitions*

Lui donner les moyens de son fonctionnement en qualité (personnel bien formé, matériel adéquat - moyens informatiques performants, " sécurisés ", " interfacés " avec les services comptables et financiers), l'assortir d'annexes indispensables (archivage à l'accès contrôlé) sont quelques moyens élémentaires de son bon fonctionnement. Tous ne sont pas toujours produits. Les conséquences sont dès lors inévitables.

La défaillance de quelques compétences affecte sensiblement les prestations de ce service. Il arrive que celles-ci soient notables. La complexité de la législation du travail appelle à former des généralistes de la fonction avec des référents plus pointus pour chacun de ses aspects. Cette organisation a le mérite de prendre en charge la gestion complète d'un dossier avec des appoints éventuels tout en cherchant à donner à tous les employés du service une capacité à gérer tous les aspects de la fonction. Une telle organisation permet par ailleurs d'enrichir le travail, même si le travail taylorien est parfois admis de quelques salariés préférant la répétition au stress.

### *Rémunérer*

Les rémunérations contribuent pour partie à la motivation. Elles sont susceptibles d'améliorer les prestations servies sans toutefois les garantir de façon pérenne.

C'est un sujet sensible interrogeant tout salarié. Si les grilles de rémunérations ont le privilège de la clarté, elles ont aussi l'inconvénient de figer les situations. Or, les primes, les augmentations individuelles et collectives initient la satisfaction des salariés. Si elles ne changent en rien la satisfaction au travail, elles en atténuent, voire chassent au moins momentanément l'insatisfaction.

Les rémunérations strictement codifiées dans le secteur public excluent toute latitude de modulation. Elles laissent peu de champ à la sanction de l'agent. Si cette gestion passe par des gratifications, elles n'en sont pas le seul moteur. Les hommes se nourrissent d'autres aspects. Ils souscrivent à d'autres valeurs, même si cette composante occupe une importance grandissante dans la vie de tous.

Avoir une démarche qualitative impose de se donner les moyens de son ambition. Il y a donc lieu de la rémunérer comme contrepartie à l'exigence. Plus qu'un coût, ce choix contribue aussi à attendre une certaine sécurité, donc une certaine tranquillité d'esprit, en même temps qu'un sens des responsabilités.

Les rémunérations sont un des corollaires de la qualité sans toutefois de la garantir à coup sûr, mais elles peuvent l'exiger. Le personnel paramédical n'a pas plus que d'autres de vocation altruiste. Il entend de plus en plus à être reconnu comme technicien, et à ce titre, être rémunéré comme tel. Un personnel très qualifié se paie. La compétence a aussi un prix même dans le secteur de la santé. La réticence à faire ce calcul est courante, mérite-t-elle toutefois d'être faite? Dans un environnement aux prestations relativement semblables, le supplément de la prestation ou la manière offerte fait la différence. S'attacher les meilleurs passe souvent par de meilleures rémunérations ou d'autres compensations. Les différences ont à se faire tant sur des compétences techniques que sur des façons d'être, une capacité à agir ou une manière d'être.

Si donc rémunérer adéquatement est important, satisfaire d'autres besoins est aussi nécessaire. Les salariés



éprouvent des demandes en matière d'attention, de relations sociales. Les leur donner les gratifie, leur attribue une reconnaissance et une dignité. Celle accordée par les patients est alors confortée par celle de l'institution.

Assurer un certain épanouissement des personnels ou le permettre est une gestion qui ne coûte souvent rien. Encourager la rotation du personnel en essayant de satisfaire les demandes, voire les forcer contribue parfois à cette intention. La contrainte saluée *a posteriori* est extrêmement bénéfique.

Si l'institution n'a pas à se plier à ses collaborateurs, doit-elle pour autant les ignorer? Afficher des enjeux impose de souscrire à une gestion des Ressources Humaines dynamique, innovante. Faire un tel choix revient à souscrire à des avantages partagés. Il y a un espace à défricher que l'administration par résignation et par défaut ignore et que le secteur privé gère souvent à minima, satisfait des résultats qu'il obtient.

### *Former*

La loi du 7 juillet 1976 régissant la formation dans son cadre le plus général a vocation à servir l'entreprise, mais aussi les salariés. Le décret n°90-319 du 5 avril 1990 relatif à la formation des agents hospitaliers n'a que largement rappelé les principes fondateurs de la loi initiale relative au secteur privé, mais largement appelée de ses vœux par les pouvoirs publics de l'époque. Le moyen semble assez peu utilisé pour servir des objectifs à moyen et long terme. Faute de lignes directrices, les services et le personnel élaborent peu ou pas de stratégie de promotion sociale ou d'amélioration du savoir-faire comme du savoir-être, formes de capital immatériel. La formation en est doublement perdante. Les services comme les salariés pâtissent de cette défaillance.

Prendre en compte les textes régissant la formation revient à montrer une prise en considération du personnel. C'est lui montrer sa prise en compte.

C'est le reconnaître. Etablir à cette intention un petit opusculé

- \* sur les droits à la formation,
- \* sur les droits et les devoirs des agents en formation,
- \* sur les programmes pluriannuels de formation en cours avec le calendrier des services choisis,
- \* sur les actions susceptibles d'être inscrites au plan,
- \* sur celles exclues et
- \* sur celles financées hors temps de travail

contribue à désengorger le service de questions inutiles et donc de l'assurer d'un meilleur exercice. Améliorer les conditions de travail des services administratifs passe par des initiatives en amont.

Si le retour sur investissement est une des préoccupations de tout établissement. Il semble tout autant utile de s'attacher à contrôler le niveau de prestation des formations dispensées, mais aussi savoir donner aux salariés des perspectives promotionnelles en terme de statut social ou de revenu pour les formations longues sollicitant un investissement important du formé.

Une telle approche conclut à repenser toutes les formations inadaptées ou peu efficaces. Les formations dispensées en matière de lutte contre l'infection comptent parfois parmi celles-ci. Si leur intérêt paraît incontestable, leurs résultats sont parfois peu probants. De tels constats doivent inviter à rénover les formations insatisfaisantes. Faute de résultats, en revoir au moins la pédagogie ou le contenu devient alors essentiel.

La formation est une fonction qui a un profond retentissement chez les individus. La réserver à un noyau de privilégiés la dénature. Ainsi, au lieu de produire de l'équité en satisfaisant autant que cela est possible des droits, elle fait naître des frustrations.

La promotion sociale est à faire apparaître. Des salariés de talent mériteraient de se voir accorder la chance qui ne leur a parfois pas été offerte par le système éducatif. Les institutions en tireraient un profit sans égal en termes de concours, d'imagination ou de capacités intellectuelles.

Elle demande par ailleurs une organisation à mettre en place. Gérer un catalogue de formation à remplir par des stagiaires est *a priori* insuffisant. Sans projet tant au niveau de l'établissement qu'au niveau des services, un plan de formation perd de fait une partie de son intérêt.

La formation est un investissement à faire fructifier. Le réfléchir - accorder du temps à cette réflexion - est déjà en soi s'inscrire dans l'investissement. L'ambition des projets recourt à entrevoir des programmes pluriannuels.

C'est là tout un planning à développer en matière :

- \* de recensement des actions,
- \* de recherche des prestataires potentiels au vue
  - ☐ de la valeur ajoutée perceptible,
  - ☐ de l'originalité des programmes, des matériels pédagogiques et surtout des méthodes retenus,
  - ☐ de leur réactivité,
  - ☐ de leur capacité à adapter un contenu pédagogique,
  - ☐ de leur capacité à comprendre la demande spécifique formulée,
  - ☐ de leur expérience (formateurs salariés par ailleurs et non seulement formateurs),
  - ☐ de leurs travaux (publications),
  - ☐ de leur coût
    - \* global,
    - \* journalier,
    - \* de journée stagiaire, coût horaire/ stagiaire,
- \* de l'accompagnement susceptible d'être produit sous forme:
  - . de conseils,
  - . de soumissions,
  - . d'assistance téléphonique ou électronique.

Le recours à des prestataires de services ne saurait écarter les ressources internes avec des intervenants multiples ou uniques susceptibles de rapprocher des catégories éloignées médecins/ agents de service, administratifs / directeur, soignants / directeur.

La qualité d'un service administratif tient aussi à ses prestations. Il appartient donc au service de la formation de savoir

- \* bien programmer les actions,
- \* bien sélectionner les agents,
- \* gérer les aspects administratifs que la fonction impose en matière d'inscriptions et de convocations; c'est à dire
  - de lettre d'acceptation,
  - de lettre d'attente,
  - de lettre de refus,
  - d'ordre de mission,
  - de lettre d'inscription,

au regard des plannings de travail des agents, des contraintes du personnel (personnel de nuit, personnel posté) ou des exigences du service, c'est à dire

- \* gérer les remplacements
  - mutations temporaires,
  - modification des plannings de travail,
  - embauche d'intérimaires,
  - allègement de la charge de travail du service.
- \* définir aussi précisément que possible des buts à atteindre et leur formulation au formateur.

C'est aussi entrevoir de mettre en place à la disposition des personnels à titre individuel ou collectifs (services) des outils de formation modernes (cassettes audiovisuelles, CD rom, images numérisées de radiologie par exemple, logiciel interactif pour un auto apprentissage).

Si la gestion de la formation a un " avant ", elle a aussi un " pendant " qu'il convient de gérer. Des temps sont donc à prendre en charge, ainsi en va-t-il

- \* de l'ouverture du stage,
- \* de la définition de ses modalités pratiques,

- \* des entretiens réguliers avec les formateurs sur le déroulement du stage, son appréciation, ses remarques, sur les conditions de travail susceptibles d'instaurer du fait du stage,
- \* de sa clôture
  - ☐ appréciation plus qu'une évaluation à chaud,
  - ☐ enseignement à tirer par les constatations du formateur.

Suivre la gestion de la formation impose aussi un traitement quantitatif..

Aussi, convient-il de connaître

- \* les heures de formation dispensées,
- \* les services bénéficiaires,
- \* les agents bénéficiaires,
- \* les statistiques par nombre, par catégorie

en vue de la rédaction du bilan social et de la gestion des budgets de formation.

C'est aussi tenter d'entrevoir ses aspects qualitatifs via une évaluation

- \* dans sa qualité subjective,
- \* dans ses aspects objectifs
  - ☐ changements observés,
  - ☐ pratiques acquises,
- \* dans ses effets à moyen et long terme.

Cet ensemble de données devant aussi conduire à sélectionner les organismes au regard des prestations effectives et non au seul regard d'une plaquette de présentation.

Gérer la formation demande enfin de rechercher le rapport effets / coûts. C'est à dire l'avantage perçu. Cette évaluation n'étant nullement spécifique de la gestion des Ressources Humaines ou de la formation. Généralement faite dans certaines fonctions, elle est à étendre à toutes les fonctions. Si des actions se doivent d'être totalement gratuites, la recherche d'un produit positif est un principe indispensable. Un bilan professionnel, social et économique est toujours souhaitable.

Les nouvelles technologies permettent d'entrevoir des pédagogies renouvelées. Encore peu courantes dans l'univers de la santé, ces nouvelles présentations devraient améliorer l'accès à la formation et en renouveler les formes. Par le fractionnement possible, par l'autoformation à rythme défini, par son " interactivité partielle ", l'enseignement assisté par ordinateur offre une alternative à l'enseignement classiquement entendue. L'inclusion de séquences vidéo permet même d'entrevoir une formation dispensée par le personnel lui-même.

Le recours aux nouvelles technologies de l'information aurait pour avantage de réduire les coûts; il resterait toutefois à mesurer l'efficacité de ces techniques car la nouveauté n'est nullement synonyme de qualité. Leur essai est indispensable avant leur généralisation.

La qualité passe par le chemin souvent de la formation, forcément à évaluer. Ses résultats sont son seul juge. Ses potentialités s'améliorent par des recrutements appropriés à l'origine.

### *Recruter*

Assurer une correspondance entre les compétences et l'emploi est bien le premier objectif d'un recrutement. La meilleure adéquation n'écarte pas la formation à consentir même dans le cas d'un recruté légèrement surqualifié.

Pour éviter une démotivation, l'emploi doit respecter le contenu du travail annoncé. Il semble bien difficile de déplorer une situation l'en ayant partiellement engendrée. Toute déception déteint à terme sur la prestation. La participation se cultive dès la phase de recrutement,

En matière de soins, privilégier :

- \* une disponibilité (d'esprit),
- \* un savoir relationnel,
- \* une faculté d'adaptation,

- \* une courtoisie,
- \* une capacité d'écoute au delà de la patience,
- \* une maîtrise de soi

se montre pertinent.

Les attentes des patients ont toutes les chances d'être mieux satisfaites, ces qualités présentes. Si la compétence est de fait requise, il semble indispensable de rechercher d'autres aspects de personnalité.

Un recrutement ne doit pas seulement servir à satisfaire un besoin, il faut aussi veiller aux aspects annexes qu'il génère.

### *Contrôler les pratiques au travail*

Les habitudes sociales confèrent au dernier recruté les tâches les plus ingrates. Il en va souvent ainsi dans les entreprises, mais aussi à l'hôpital. Si cette règle est socialement admise, elle pèse rapidement. Elle fait naître le sentiment d'une dévalorisation, l'amertume pointant, le travail est alors plus mécanique. Il revient à l'encadrement de contrôler et régir les habitudes sociales.

Confier la gestion des hommes au plus près des services demande de sensibiliser l'encadrement à la sociologie des organisations et à la psychologie du travail. La délégation appelle cette exigence de formation qui ne doit pas conduire l'encadrement à se considérer comme des experts en gestion de Ressources Humaines. Si une telle formation est donnée, il convient aussi de la relativiser. L'application trop zélée de principes mal digérés, lors de sessions de formation trop courtes et trop condensées conduit à l'effet inverse de celui recherché. Lui solliciter le sens du compromis, de la négociation et du bon sens suffit pour satisfaire les missions généralement confiées.

Redonner du sens à une fonction paraît souvent indispensable. Encadrer impose de trancher, de décider, d'imposer, de supporter et d'assumer comme de protéger. La fonction de cadre est un tout, requérant de vivre les bons comme les mauvais aspects. Savoir corriger les dérives du travail, montrer un sens de l'équité et imposer la rigueur mais s'y soumettre aussi sont autant d'aspects qui forcent le respect. La qualité des prestations se gagne aussi par ces éléments trop souvent négligés.

Les cadres de santé ont une bonne connaissance des services de soins, c'est une de leur chance. Ils ont à compléter ce point fort par une faculté de décryptage des mécanismes sociaux qui leur permettraient de diagnostiquer et d'analyser plus sûrement les moindres achoppements.

### *Diagnostiquer, analyser*

Il est difficile de produire une " bonne " gestion des Ressources Humaines. Les hôpitaux ne savent pas mieux que bien d'autres la produire. Peu d'attention est accordée au climat social, à la gestion des compétences ou à l'analyse des situations de travail. Cette absence de maîtrise explique sans doute le désintérêt des responsables pour ces questions. Dès lors, l'administration relève davantage de la gestion quotidienne (certes indispensable) que de la gestion prospective. Il est possible qu'inconsciemment ou sciemment, les dirigeants comptent sur le dévouement des individus et sur la compassion. Ce sont là des sentiments en perte de vitesse ou d'extinction tout simplement. Bon nombre de soignants se voient davantage comme des techniciens de la santé et rien ou guère plus. C'est là une donnée à prendre en compte plus qu'à juger. Il devient dès lors impératif de rechercher à appliquer des formes de gestion de ressources humaines comme dans n'importe quelle entreprise.

La formation généraliste d'un directeur permet-elle d'ailleurs d'en faire un spécialiste de gestion de Ressources Humaines? La rotation des fonctions leur accorde-t-elle le temps d'acquérir toutes les notions requises pour bien gérer? L'ambition convie-t-elle d'ailleurs à s'attacher à cette fonction peut être plus subie que recherchée?

La gestion du personnel se passe difficilement de la connaissance d'indicateurs. Mesurer avec précision les dysfonctionnements sociaux tels que

- \* l'absentéisme,
- \* le turn over interne,

\* le turn over général,  
sont des éléments, des indicateurs susceptibles de guider une gestion des Ressources Humaines.

Avoir connaissance des incidents dans les services (conflits de compétence, mauvaise maîtrise des relations individuelles) invite à agir, méconnaître une telle situation affecte les salariés et à leur insu leurs prestations. L'absence de qualité tient parfois à des causes bien éloignées de la compétence, du manque de moyens. Analyser, diagnostiquer, observer sont des tâches qui méritent attention. Responsabiliser est aussi cela.

#### *Responsabiliser avec discernement*

L'entreprise est en permanente sollicitation. La responsabilisation est requise de tous. Beaucoup n'ont d'autres ressources que son acceptation. Ceux ayant les moyens de déléguer une partie de leurs attributions le font parfois avec facilité, alourdissant d'autant la tâche des délégataires obligés. Ainsi, au soulagement des premiers naît l'irritation des seconds de plus en plus nombreux. Une telle démarche entrave souvent plus la qualité qu'elle ne l'améliore.

La responsabilisation contrainte est supportée plus qu'elle n'est vécue. Le sentiment d'un stress partagé sans distribution des avantages est toujours mal vécu. Le sentiment d'une répartition inégale, toujours frustrant, encourage le travail à minima. Corriger les abus, contrôler les délégations, maîtriser les sollicitations ou encore gérer les adhésions forcées sont quelques figures imposées de la gestion des Ressources Humaines.

Traiter les dysfonctionnements matériels ou humains génère de la qualité. Il faut apprendre à traiter les difficultés avant de les goûter.

#### *Former l'encadrement à la gestion des Ressources Humaines*

Il est habituellement dévolu à l'encadrement d'assurer les aspects quotidiens de la gestion du personnel. Si de nombreux cadres veillent à une gestion attentive des éléments évoqués, certains en ignorent l'intérêt. Apprendre à ces derniers quelques rudiments de communication et de sens relationnel s'avérera toujours utile. Le climat social en sera conforté et les patients en profiteront.

Les compétences techniques ne font pas tout. Elles sont nettement améliorées par un environnement social. Celui-ci est donc à créer. Gérer un service par la seule sanction de l'autorité révèle vite ses limites. La gestion des hommes exige d'autres éléments relevant de l'éducation, de la culture, de l'écoute ou du dialogue.

Encadrer, encourager, féliciter, soutenir, relayer sont des actes à reproduire en permanence. Demander d'accompagner les patients, de les écouter, de les soutenir, de leur parler ou de les revigorer psychologiquement appelle à avoir des attentions semblables à l'égard de ses collaborateurs parfois psychologiquement ou physiquement usés.

La gestion d'un service demande des qualités d'organisation et humaines. Le travail collectif demande du liant, de la convivialité de l'animation autant que de l'autorité. La contiguïté de tâches ne fait pas la qualité, elle fait du service. Celui-ci limite l'intérêt au travail. Le mariage de toutes ces composantes font l'intérêt du travail et sa qualité.

#### *Résumé des tâches de la Gestion des Ressources Humaines*

Objet	Indicateurs
Recruter	
Analyser les besoins	Composition par statut, par service
	Effectifs globaux
Définir les postes	Pyramide des âges
Corréler poste et personne	Equilibrer les sexes et les âges
	Mesurer le turn over
Organiser	
Organiser les services	Analyse des effectifs, ratio / lit
Organiser le travail	Analyse des emplois
Projection des effectifs / besoins	Prospective des emplois
Gestion des compétences	Nouveaux métiers incorporés Taux de formation assuré
Nouveaux métiers à prévoir	nouvelles formations inscrites
embauches reconversions	
Gestion des compétences	
Former	Analyse des départs en formation
Former aux techniques aux relations humaines	

### *Responsabiliser*

L'encadrement et le personnel sont à responsabiliser de concert.

Les moyens les plus courants sont de consacrer et de rémunérer soit à travers un niveau de salaire soit à travers de primes ou d'avantages sociaux.

Il semble bien difficile de responsabiliser sans savoir supporter et assumer ses responsabilités. Il est fréquent de vouloir solliciter de l'encadrement des responsabilités que l'encadrement supérieur se refuse à assumer.

Une telle démission ne peut encourager la responsabilité. L'exemplarité absente, la demande perd toute crédibilité. Il est d'abord attendu du personnel de direction des qualités de gestion avant de les solliciter au reste de l'encadrement. Cela vaut pour le personnel médical comme administratif. Le personnel médical est constamment jugé à ses soins dont il est pleinement responsable. Cela est plus difficile à manifester pour le personnel administratif.

Quelques indicateurs et quelques initiatives peuvent être mis en place :

- Chercher à comprendre
- Pour intégrer les transformations sociales
- Pour entrevoir les transformations

Conseiller

Définir les urgences  
Les comprendre  
Pour distribuer les moyens

Conditions de travail  
Analyser les horaires  
Etablir les taux des arrêts de travail  
Essayer de mesurer la charge mentale des emplois  
Analyser les postes  
Mesurer le nombre des accidents de travail et leur évolution  
Evaluer les stress pour tenter de les réduire  
Entrevoir des récupérations

#### Climat social

Améliorer les relations entre personnels  
Collecter le nombre d'incidents  
Relever les dysfonctionnements énoncés ou observés  
Estimer les mécontentements  
Mesurer les conflits  
Compter les grèves  
Noter les pétitions

La fonction des Ressources Humaines est l'une des sources de la qualité. Sa responsabilité est grande dans sa production ou dans sa défection. Lui assurer les moyens de son exercice rend service aux unités de soins car elle laisse augurer l'assurance de meilleures prestations.

### **Le service technique**

La maintenance participe de près au sentiment de qualité par le décor et de la sécurité qu'elle assure. En répondant rapidement à toutes les pannes, à toutes les réparations, ce service participe tant au travail des soignants qu'au bien être des patients. En programmant et en réalisant des travaux, en rénovant les services ou en les adaptant, ce service est le maître d'œuvre de la modernisation des hôpitaux. Il lui revient d'égayer ou de rendre plus fonctionnels et plus lumineux des locaux considérés trop souvent comme tristes.

#### *La gestion du quotidien*

La perception d'un établissement passe tant par ses grandes réalisations que par la maintenance de ses équipements les plus banaux. Les pannes diverses, les mauvais fonctionnements grèvent le moral des salariés et affectent l'image perçue par les patients.

Assurer le confort et la bonne marche des installations font le quotidien de ce service. Il assure ainsi la sécurité des patients et des personnels. Sa performance vient moins de réparations à effectuer que de la maintenance préventive à assurer. Si c'est là une mission plus facile à exposer qu'à produire, son exigence est à approcher. S'il doit savoir satisfaire l'urgence, elle n'a pas à l'envahir.

Ce service n'a pas seulement à satisfaire les demandes des personnels. Il a aussi

- \* à présumer les attentes des usagers,
- \* à appliquer la réglementation,
- \* à préparer des travaux en fonction du plan d'investissement projeté,
- \* à entrevoir les effets d'une action.

Ces préoccupations doivent l'amener à sélectionner les demandes au regard des travaux prévisibles et d'éviter les gaspillages inutiles.

La bonne prestation de ce service tient tant aux services qu'il sait rendre qu'aux refus qu'il sait exprimer. Refuser demande un renoncement à la démagogie et à toute option court-termiste. Les responsables de ces services - qu'ils soient techniques ou biomédicaux - ont à gérer les demandes dans le moyen et long terme

pour donner à tout travail, à toute installation le sens d'un investissement.

La compétence des hommes, leur disponibilité et la faculté d'organisation sont quelques unes des qualités susceptibles d'être attendues. Contraint de répondre à toute urgence, sommé de donner des lignes directrices en matière de travaux, le service technique est tiraillé entre le quotidien et le prospectif, entre le curatif et le préventif. Sans une organisation parfaite, sans hautes compétences, sans une aptitude à choisir, ce service se paralyse vite et se désorganise seul.

Lui donner une dimension aussi globale que possible est là aussi un impératif à rechercher. Entrevoir la fonctionnalité des installations internes doit intégrer celle tenant aux aspects externes.

Apporter un soin particulier

- \* aux circulations externes dédiées aux piétons, aux automobilistes,
- \* aux circulations internes pour les lits, brancards, chariots et autres équipements hospitaliers (postes de radios mobiles, échographes, chariots....);
- \* à l'aspect extérieur des bâtiments (structure générale, toitures, menuiseries) surtout quand ceux-ci sont classés;
- \* aux espaces verts;
- \* à la propreté générale des lieux par une bonne distribution de poubelles, des cendriers doit figurer au rang de ses préoccupations.

### *Une gestion prospective à développer*

Les besoins d'aménagements intérieurs constants doit inviter ce service à savoir les regrouper et à proposer à la direction des actions plus ambitieuses que des actions ponctuelles. C'est à lui que revient la tâche d'expliquer le refus momentané de travaux souhaités par le personnel soucieux d'améliorer ses conditions d'exercice. Il lui reviendra alors de l'associer lors de toute rénovation pour lui soumettre des propositions en matière de

- \* d'isolation phonique,
- \* d'isolation thermique,
- \* de réfection du bâti (murs, sols, menuiseries, plomberie, électricité...)
- \* de commodité et des modalités de toutes les circulations internes (matériels, patients),
- \* de fonctionnalités diverses

mais aussi à des choix quand tout n'est pas financièrement possible.

L'humanisation des établissements tient pour partie aux innovations que ce service à la capacité de produire.

Il a aussi à faire preuve d'à propos pour saisir l'occasion de toute rénovation pour assurer

- \* une mise en conformité (électrique...) des locaux pour pourvoir à une parfaite sécurité des usagers et du personnel
- \* une protection des murs,
- \* une modernisation des locaux par un câblage informatique ou
- \* un changement des réseaux de distribution de fluides des lieux.

Prévenir le dysfonctionnement des installations tout en sachant qu'on ne saurait remédier à l'imparable, est une autre nécessité de ce service. Sa qualité se mesure aussi à la fiabilité qu'il peut assurer. Cette nécessité de résultat doit lui faire entreprendre de prévenir les incidents et donc:

- \* de contrôler les installations,
- \* de planifier les interventions,
- \* de renouveler le matériel ou
- \* d'opérer le suivi de l'ensemble du matériel,
- \* de contrôler la maintenance sous-traitée.

### *Un service technique gestionnaire*

Le poste de directeur des services techniques requiert tant des qualités d'excellent technicien généraliste pour suivre toutes les démarches des ingénieurs spécialisés que d'un bon gestionnaire d'équipements. Ces deux qualités associées sont à la source d'économies substantielles.



Il devra par ailleurs:

- \* définir avec précision les services à fournir,
- \* apprécier la qualité des prestations des fournisseurs,
- \* conseiller et savoir faire préciser les attentes d'amélioration d'installation,
- \* arbitrer,
- \* estimer des coûts avec assez d'exactitude.

L'aspect du gestionnaire saura quant à lui savoir

- \* négocier les services fournis et les prix,
- \* définir les dispositions financières (indemnités, sanctions).

Si les clauses administratives des contrats comportent le plus souvent des dispositions constantes, il importe de spécifier les clauses techniques. Rechercher la particularité des contraintes de chaque matériel devient un enjeu de taille. Un contrat de maintenance des ascenseurs a une toute dimension que celle d'une HLM tout comme celle d'un marché d'entretien d'un supermarché est différente de celui d'un hôpital. On ne saurait se contenter de calquer l'ensemble des contrats sur un modèle. La facilité est à exclure tant la particularité est de mise, fût-elle être payée par un surcoût.

Si la visite mensuelle, trimestrielle, semestrielle ou annuelle des installations a une fonction préventive, lui associer une véritable fonction de contrôle de l'exécution de la prestation s'avère indispensable afin d'éviter tout litige de facturation. Accompagner le prestataire est souhaitable pour éviter des contestations des travaux et des factures.

La gestion préventive se montre souvent aussi curative. Il importe de faire de la présence d'un technicien spécialisé un temps de formation sur " le tas ". Il sera alors d'autant plus facile pour les salariés en formation de comprendre le fonctionnement d'installations toujours plus complexes.

Le manque de rigueur ou la volonté d'échapper à un fournisseur peut conduire une institution à faire le choix de N fournisseurs et installateurs pour des équipements proches. Cette situation rend-elle nécessaire N contrats de maintenance, excluant toute négociation de prix ? Ne convient-il pas de solliciter une collaboration des distributeurs ou des installateurs pour n'entrevoir qu'un seul contrat de maintenance ?

La complexité des matériels impose de plus en plus la sous-traitance. L'hôpital ne peut savoir tout faire et il n'a pas vocation à le faire. L'externalisation est dès lors indispensable d'autant qu'elle devient de plus en plus courante et tend à gagner tous les domaines et notamment informatiques.

### *Une maintenance informatisée*

Pour assurer une gestion optimale des installations chaque jour plus complexe, l'information en temps réel devient nécessaire. L'informatique et les nouvelles formes de communication l'assurent. Une gestion centralisée concourt à un tel suivi. La connexion de chaque installation sensible (ascenseurs, chaudières, centrales de climatisation, alarmes en tout genre) à un ordinateur central analysant les paramètres (pannes, données sensibles de chaque installation - températures d'eau, d'air, etc. -) permet de repérer immédiatement les systèmes en panne. Toute défaillance signalée est alors traitée soit par le technicien de permanence soit par un prestataire associé et relié aux mêmes informations ou appelé. La formation du personnel ouvrier à un premier niveau de réparation est un investissement. Les pannes sollicitant une intervention plus pointue peut être sous traitée.

Tout cependant ne peut être inclus dans une gestion informatisée des données. Nombre de points exigent encore une surveillance manuelle ou visuelle. Cela vaut pour toutes les voies et réseaux. Le réseau d'eau et à travers lui

- \* son système d'approvisionnement,
- \* le réseau primaire,
- \* le réseau d'eau chaude,
- \* le système de chauffage,
- \* les points de distribution

ainsi que le réseau d'évacuation des eaux usées demande un traitement plus classique.

Une attention identique est à apporter:

- \* au réseau électrique et à toutes les ressources mises en place pour pallier sa défaillance (batteries en tout genre et autres générateurs de secours de toutes tailles régulièrement contrôlés) jamais à l'abri d'une défaillance malgré les précautions prises par ailleurs,
- \* aux visites de sécurité tant pour s'assurer de la prestation que pour s'informer et se former au contact d'experts,
- \* à tout incident même mineur afin d'en tirer toutes les conclusions utiles.

Les réseaux d'air propre, chaud, froid se sont banalisés dans les établissements de soins au point qu'il est rare qu'un bâtiment soit absent d'une liaison avec ce réseau. La sensibilité des systèmes de climatisation aux pollutions bactériologiques, lourdes de conséquences, appelle une attention toute particulière. Le confort proposé aux patients ou pour de meilleures conditions de travail recommande la prudence et la pondération. De tels systèmes ne méritent d'être mis en place que pour autant l'assurance de leur maintenance est garantie dans la durée (cf. infra).

La distribution des gaz médicaux,

La centrale d'air comprimé,

la centrale de vide

sont d'autres aspects non moins importants relevant du service technique mais en lien étroit avec les soins.

La gestion des matériels roulants (tracteurs, " fenwick ", transpalettes, véhicules divers) peuvent dépendre aussi du service technique bien que celle-ci est plus couramment confié au garage qui a la charge des autres véhicules (ambulances). Ces matériels ont à répondre aux mêmes préoccupations générales que celles prévalant dans le service technique à savoir: prévention, entretien, maintenance afin d'être constamment disponible sollicitant aussi une polyvalence.

### *Une polyvalence à instaurer*

La multiplicité et la complexité des systèmes requérant des compétences de plus en plus larges, la délégation est de fait imposée. Il convient de la pratiquer pour s'assurer la performance que requiert un tel service. La formation du personnel d'encadrement est aussi indispensable pour donner à chacun une certaine polyvalence. Une telle logique doit aussi être recherchée pour le personnel d'exécution pour les interventions les plus courantes ne requérant pas des compétences techniques pointues.

La formation du personnel doit avoir une place particulière dans ce service. Il importe de la démultiplier à toute occasion. Le cloisonnement et la rétention d'informations n'ont pas lieu d'exister dans ce service de plus en plus stratégique. La qualité des prestations médicales et leur bon déroulement dépendent d'un fonctionnement ouvert, loin d'être toujours en vigueur. Ici comme ailleurs, les savoirs sont à diffuser plutôt qu'à être l'objet de conservation. Le gage de qualité est à cette condition. La gestion par le savoir-pouvoir est un non sens et contre lequel il faut combattre quitte à adopter des mesures draconiennes. Les citadelles de savoirs ne peuvent être supportées car elles sont insupportables et contraire à la sécurité. Les soins étant prodigués 24 heures sur 24 heures, tout doit pouvoir être accessible fût-ce en mode dégradé. La qualité se gère en apprenant aux hommes à travailler ensemble quel que soit leur statut et leur métier. Cela impose que le travail de tous ne serve pas la carrière d'un seul. Il est des règles à imposer et à attendre de tous. Il revient à l'encadrement supérieur de rappeler ces règles légitimes.

Si l'exigence est constamment soumise, encore convient-il:

- \* de donner à ces personnels les moyens matériels de réaliser leur travail,
- \* de leur octroyer une autonomie minimale donc
- \* de leur accorder une confiance minimale.

Si le contrôle est indispensable, il semble bien illusoire de vouloir tout surveiller. La maintenance est sujette à tant d'aléas qu'il semble bien impossible de chercher à tout régenter. Une telle attitude finit par nuire et aboutir à l'effet inverse de celui recherché. Si la polyvalence et la responsabilisation de chacun sont indispensables, encore faut-il tenir compte des spécialités de chacun, maître de son art professionnel et d'assurer le personnel d'une coresponsabilité des supérieurs hiérarchiques (exceptions des responsabilités individuelles). Tout défaussement de ces derniers conduit inévitablement à une déresponsabilisation des intervenants avec les conséquences qu'elle induit. De telles attitudes renforcent le refus ou limite la polyvalence requise par les ouvriers.

La polyvalence est d'autant plus souhaitable qu'elle devient indispensable et qu'elle revalorise les hommes " en bleu " auprès des soignants " en blanc " que ceux-ci savent plus polyvalents qu'ils ne l'affirment.

La polyvalence ne répond pas seulement à des contraintes techniques, il importe de l'assoir comme conditions de recrutement. La polyvalence effraie toujours. La qualité du service rendu et la productivité dépendent d'elle pour partie. Elle peut être générée par des actions de formation.

### *La formation, assurance de la maintenance*

La diffusion rapide des progrès technologiques imposent une adaptation permanente et immédiate des ouvriers et des techniciens. L'électronique s'est immiscée dans presque tous les corps de métiers du bâtiment; seuls les plâtriers-peintres, les maçons, les carreleurs continuent d'y échapper. Les électriciens, les serruriers y sont confrontés soit par les pièces à installer soit par la maintenance à assurer. L'immixtion de l'électronique dans ces métiers conduit fatalement ces professions à évoluer. Ceux-ci ont à intégrer dans leurs interventions quotidiennes un détecteur de chaleur, de mouvements et des serrures à composants électroniques.

L'électronique s'est infiltrée partout: dans les lits, dans les systèmes de détection, d'ouverture des portes automatiques ou dans la motorisation des volets roulants.

Pour assurer la maintenance de ces équipements et d'autres (développeuses d'images radiologiques), une formation est indispensable. Anticiper les évolutions devient une donnée courante. Cela impose une gestion des compétences et donc une planification des formations pour corréler les nécessités aux besoins. Ces acquisitions faites, les ouvriers sauront alors analyser les problèmes et réparer les défaillances en toute autonomie. Le professionnalisme qui s'en suivra, transformera de fait la soumission au supérieur hiérarchique.

Ces nécessités illustrent combien la gestion des hommes est essentielle. Celle-ci a forcément partie liée à la reconnaissance de l'emploi et à la valorisation. Cela implique forcément l'encadrement. Cette prise en compte peut être rude pour des techniciens peu ouverts à une gestion dynamique des ressources humaines et pour des salariés peu désireux de changer leurs habitudes de travail.

### *Des exigences nouvelles*

Cette illustration montre - si besoin était - combien l'initiation de la qualité est multifactorielle. Elle sollicite toutes les compétences. La situation actuelle des hôpitaux et les griefs qui lui sont faits, tient à la difficulté de satisfaire à tout. Si la notion de service public mérite de continuer à exister et d'être défendu comme un modèle de gestion, il importe aussi de l'adapter, de le rénover.

Les contraintes budgétaires appellent une optimisation intelligente des ressources humaines. Celle-ci passe entre autre par des délégations ou par la recherche de valeur ajoutée. C'est aussi de nouvelles relations sociales et humaines qui sont à produire et à tisser

De nouvelles relations de travail,  
de nouvelles associations,  
de nouveaux partages du travail,  
de nouvelles collaborations  
sont à générer.

Il est des formes de travail très hiérarchisées qui sont à délaisser pour en trouver de nouvelles plus conformes à l'esprit du temps et des nouvelles mentalités comme de la meilleure formation des hommes. Les hommes en blanc doivent donc revaloriser tous les personnels qui ne le sont pas.

### *Revaloriser les personnels entre eux*

Les établissements de santé ont pour cœur de métier les soins, mais ceux-ci ne peuvent se faire sans intervention de collaborateurs non soignants. Les soignants gagneraient à se montrer moins condescendant tant des administratifs que des personnels d'entretien. Le temps n'est plus à laisser à considérer l'établissement comme un lieu d'entités différentes s'ignorant ou l'une au service exclusif de l'autre. Les perceptions doivent impérativement évoluer. Faire émerger des collaborations nécessaires et une approche

pour transformer les mentalités.

Si les soignants ont un indéniable effort à fournir, les autres personnels ont aussi un chemin non négligeable à parcourir. Les techniciens ont à ranger au placard leur suffisance, à leur suprématie technique qui les fait avancer des propositions comme des faits incontournables. Les administratifs n'ont pas à répondre par une lenteur calculée ou un contrôle tatillon.

Instruire une coopération intelligente ne peut que contribuer

- \* à une économie d'énergie,
- \* à une fatigue réduite en somme
- \* à des soins de meilleure facture et à meilleurs coûts.

### *Conseiller la direction et les services*

Le service technique se doit aussi de conseiller en raison de ses connaissances techniques. Ayant pour tâche de choisir les matériaux et les personnels des services de soins de les entretenir, il semble bien élémentaire de faire correspondre les souhaités esthétiques et pratiques des uns aux possibilités des autres que ceux-ci soient techniques ou financières. De fait, les premiers doivent faciliter le travail des seconds. Les techniciens ont moins à imposer leurs choix sauf réglementation impérative que de traduire au mieux les souhaits des utilisateurs. Ils font leur apprendre à écouter, à rechercher d'autres solutions que les plus évidentes. La « toile » permet de faire des recherches multiples avec des réponses immédiates.

Tous les services fonctionnels ont plus à informer et de ce fait à faire comprendre en expliquant qu'à imposer. Leur savoir doit intégrer de multiples visions comme le vieillissement des matériaux et des matériels, la sécurité, la fonctionnalité, le rapport qualité/prix. Il lui revient de soumettre les avantages et les inconvénients de chaque proposition. C'est à la lumière des arguments que l'expertise technique apporte une réelle plus value que ces personnels peuvent soumettre aux utilisateurs. Ce sont là des propositions souvent assez différentes de celles observées. Les situations figées observées tiennent des jeux de rôles constatées dans de nombreuses entreprises. Michel Crozier l'a très bien analysé dans son livre « L'acteur et le système ». Ce sont là des aspects qui dévoilés doivent inviter tous les personnels à revoir leurs façon d'être et d'agir pour le matériel soit à la hauteur de ce qui est attendu de lui.

### *Entretenir le matériel*

Le matériel entre pour une part importante dans la réussite ou l'échec des soins. Son bon emploi et donc sa performance dépendent avant tout des hommes qui le servent. En ce sens, la formation est indispensable. Mieux la formation est assurée, plus le matériel est bien utilisé. Ce meilleur usage tient non seulement à son emploi strict, mais aussi à la capacité à comprendre les raisons et la manière de son recours. La compréhension met de l'intelligence et de la bonne volonté dans le geste. L'usage ne tient pas seulement à une explication technique. Le matériel n'est pas tout. Celui-ci a besoin d'être expliqué pour faciliter sa maintenance.

### *Maintenance et surveillance constante du matériel*

L'acquisition d'équipement technique est dictée par la nécessité et l'impérative assurance de sa maintenance. L'acquisition faite, ce matériel ne vaut que pour autant qu'il est entretenu. Or, si l'acquisition est en soi onéreuse, la maintenance peut l'être davantage encore. Le renoncement d'une maintenance en raison de son coût, voire son ignorance génère des systèmes dangereux, nuisibles dont il est parfois plus sage de se priver. Les systèmes non entretenus se montrent vite catastrophiques.

Deux exemples illustreront le propos :

- \* le traitement de l'air,
- \* le traitement de l'eau.

Le traitement de ces deux fluides passe pour être une préoccupation essentielle pour le personnel infirmier; elle l'est aussi pour le biologiste ou l'hygiéniste. Deux possibilités s'offrent: s'en passer ou y souscrire. La première solution concourt à de sérieuses économies, mais exclut de possibles avantages, la seconde a un coût dont les avantages sont réels ou marginaux, mais exige une maintenance. Les risques possibles de la première solution sont-ils bien plus grands que ceux de la seconde?

## 1. Le traitement de l'air

Il est peu de centres de soins qui ne soient équipés ici ou là de système de traitement d'air. Centralisés ou éclatés, ces systèmes hier réservés aux secteurs les plus sensibles (blocs opératoires, salles blanches, services de soins intensifs) sont de plus en plus courants dans les services pour satisfaire la climatisation. Tous le revendiquent comme un élément de la prestation de soins. Son utilité ne fera pas l'objet d'une discussion.

Installés ces systèmes ne valent qu'entretenus. L'absence d'entretien - notamment le changement régulier de filtres, le nettoyage des gaines, la mesure régulière des débits - conduit à en faire des générateurs de contamination. En effet, en filtrant l'air, ces systèmes concentrent les particules et les poussières. En vieillissant, l'efficacité des filtres diminue tout en devenant dangereux. Ils le sont quand ils relarguent une part de leurs poussières. Ils le sont au grand jour quand l'éclatement d'un panneau livre ses fibres et toutes les particules captées.

Ces considérations d'usure, de saturation, d'emploi se rencontrent tout autant dans un service de soins hautement spécialisé que dans une cuisine. Ici ou là, le changement régulier des filtres à air comme des filtres à graisse se révèle non seulement nécessaire, mais impératif pour des raisons d'efficacité, de sécurité et de conditions de travail.

Si toute installation de soufflage d'air assure convenablement sa fonction pendant la durée garantie par le fabricant, elle ne l'assure plus au delà. Non entretenue, elle devient forcément dangereuse, voire nuisible du fait de son danger. Une centrale de traitement d'air non surveillée conduit à de fausses sécurités. Comme il est parfois impossible de s'en passer, il reste à assurer la maintenance préventive et effective. Cela vaut aussi pour l'eau.

## 2. Le traitement de l'eau

Le traitement de l'eau supporte les mêmes préoccupations. Il invite aux mêmes interrogations. Il conduit aux mêmes incertitudes et aux mêmes conclusions. Ainsi, les systèmes de production d'eau " stérile " négligés, sont plus nuisibles que l'eau courante jugée insatisfaisante pour un lavage chirurgical des mains. Pourtant, l'eau courante a au moins la clarté de sa qualité plus que de ses limites. Elle assure une certaine sécurité sans en garantir une fausse. Tous les systèmes de filtration ou de désinfection d'eau requièrent dès lors une maintenance appropriée. L'incapacité de la garantir doit inviter à recourir à l'eau potable et à l'eau stérile délivrée par le pharmacien.

Les autres fluides - air, dioxyde d'azote, oxygène - sont de qualité irréprochable jusqu'au lieu de délivrance. Le pharmacien en garantit la qualité initiale qu'il tient de son fournisseur. Mais, celle-ci vaut-elle toujours au lit d'un patient?

Les détenteurs, les humidificateurs sont à la charge des services. Le nettoyage et le séchage de ces dispositifs laissent entrevoir parfois quelques pratiques imparfaites. Rappeler certaines règles ou donner quelques conseils d'entretien est aussi utile qu'indispensable. De telles interventions améliorent sensiblement la qualité des matériels et la sécurité des patients.

Toute installation technique exige un suivi préventif et correctif. La maintenance ne peut être entendue que par ces deux versants. Le premier fait souvent défaut. Le second est réalisé quand il est devenu impératif, la prévention est souvent négligée quand elle n'est pas oubliée. Ce qui vaut pour la santé vaut aussi pour les choses, prévenir plutôt que réparer. Cette logique assurerait de fait une sécurité plus grande. L'incertitude crée un manque d'assurance qui la voue à de possibles dangers. Cette règle vaut pour tous les types de matériels médicaux, techniques ou bureautiques.

La qualité pêche par omission et par mésinformation. L'information manque. La technicité conduit à trop d'assurance. Elle réduit la méfiance, elle endort la vigilance.

La qualité d'un matériel se gagne avant l'achat. Faute de préparation, faute d'une bonne connaissance du matériel et des produits, faute d'un cahier des charges précis et d'une explication technique exhaustive, le matériel livré reste une acquisition imparfaite. Les explications des commerciaux sont à faire préciser et pour le tester, le demander en prêt. Une mise en pratique permet alors de mesurer son utilité, son ergonomie,

la réalité du besoin. Les conditions de réemploi du matériel médico-chirurgical doivent être précisées, c'est à dire assorties d'une notice de nettoyage complète et garantie. Il est impératif d'accorder à ce type de matériel une attention toute particulière compte tenu de ses incidences immédiates.

### *Gestion du matériel médico-chirurgical*

Le matériel médico-chirurgical connaît une grande variété. Son emploi ou son réemploi demande une gestion sans failles. Faute de notices, de garanties, le choix doit être reporté sur d'autres équipements équivalents. Il ne peut en effet y avoir de matériels qui ne puissent être stérilisés sinon au moins désinfectés. Des notices d'emploi et de nettoyage, de désinfection, de stérilisation doivent impérativement accompagner le matériel pour respecter leur composition.

Ces notices sont d'autant plus essentielles que les matériels médicaux deviennent de plus en plus sophistiqués, de plus en plus composites de ce fait, de plus en plus difficiles à gérer.

Le renouvellement régulier des matériels offre la certitude d'un bon fonctionnement permanent donc d'une sécurité optimale. Si un tel choix pèse sur les coûts de revient, il garantit une sécurité et une image de marque sans pareil auprès du personnel soignant. Il illustre une responsabilité assumée *a priori* et un savoir-faire technique. L'apparition de nouvelles normes toujours plus contraignantes conduit de fait à la rotation du matériel. Les matériels offrant des doubles sécurités physiques (double clapets et autres sécurités automatiques), des alarmes sonores et visuelles remplacent le matériel ne les n'offrant pas. Cela vaut pour tous les systèmes et plus encore pour la sécurité physique des personnes.

### *Une sécurité incendie sans failles*

La sécurité des personnes est de fait une obligation très strictement observée. Des textes la régissent. Une législation l'encadre et la soumet à contrôles réguliers. Un personnel dédié est recruté pour cette seule fonction. Des équipements adaptés sont disposés, des équipements sont requis. Des formations sont en général dispensées régulièrement pour former le personnel. Des informations sont disposées partout. Des exercices sont parfois réalisés. L'information protège.

La renforcer

- \* par des dispositifs simples (portes anti-panique, boutons coupe-circuit, détecteurs de fumée, plan d'évacuation affiché, numéro d'urgence apposé sur tous les téléphones, etc.),
- \* par une surveillance sans faille (accès libre aux sorties de secours, accès pompiers dégagés, des issues de secours bien éclairées, des circulations constamment dégagées),
- \* par des exercices stimulant des réflexes de fermeture des robinets de gaz, des évacuations,
- \* par une mise à jour constante des locaux à risques transmise au service technique,
- \* par l'interdiction d'usage de tout produit interdit,
- \* par le passage de la commission de sécurité,
- \* par des relations courantes avec les pompiers,
- \* par le strict respect de la réglementation (installation de désenfumage, respect de l'interdiction de fumer),
- \* par le contrôle des installations électriques avec vérification régulière des dispositifs de secours permet de l'entretenir.

La présence d'un technicien chargé de la prévention et de la sécurité dans les grands établissements assure bien mieux que par le passé la gestion de la sécurité de toutes les personnes présentes sur un établissement hospitalier. A défaut, les conseils des pompiers sont toujours pertinents.

### **La cellule informatique**

L'informatique est devenue un outil quotidien pour un nombre important de salariés. Les soignants y ont même de plus en plus recours. La commande de médicaments, de service de brancardage, de transport, etc. est possible par son intermédiaire. Outre ses utilisations les plus courantes (édition d'états, de situations en temps réel), l'outil facilite la décision. Cette utilisation intensive soumet cet outil à une disponibilité constante. Il est dès lors bien difficile de le concevoir non assorti d'une petite équipe de dépannage ou d'un

contrat de maintenance parfaitement adapté pour répondre rapidement à toute panne et à tout blocage.

### *Un matériel constamment adapté aux besoins*

L'évolution constante de l'informatique exige de prévoir une adaptation permanente aux nouveaux logiciels, de s'adapter à ceux en place afin de préserver les données stockées. La compatibilité entre les logiciels d'une fonction (par exemple comptable) et d'une autre (financière, contrôle de gestion) est un autre impératif pour croiser les données. La compatibilité des systèmes est là aussi un impératif pour développer de nouvelles applications donc de nouveaux besoins. Il est impossible de concevoir un système d'informations qui ne pourrait croiser les données.

L'informatique se pense à la source. De bonnes questions initialement posées permettent le choix d'un bon système informatique. Le vouloir adaptable, évolutif, modulé ouvert et accessible sont des éléments du choix. Tout achat se doit donc d'inclure entre autres

- \* la formation des personnels,
- \* l'information des utilisateurs,
- \* le développement d'applications nouvelles au fur et mesure des besoins,
- \* le développement permanent du réseau,
- \* une maintenance associée.

Ces aspects seraient incomplets si une place n'était pas donnée à la sécurité des systèmes en place.

### *La sécurité informatique*

La sécurité informatique est aujourd'hui une préoccupation de toute entreprise. Elle est à entrevoir comme outil et comme banque de données confidentielles.

Si l'informatique n'a pas encore relativement imprégné les services de soins, il y a tout lieu de croire que le temps est proche où ces systèmes s'imposeront du fait de l'informatisation des services périphériques (la logistique, le transport des patients, les laboratoires, la pharmacie, la stérilisation, les autres hôpitaux). Les mises en réseau encouragées par les ARS pour réduire les coûts et faciliter les transferts d'informations.

L'informatique suppose un accès " sécurisé " des mémoires. La sécurité physique du matériel se traduit par un véritable arsenal : dispositif anti-intrusion, droits d'accès, badge, code, clé, alarme, sécurité renforcée du local, accès contrôlé, verrouillage des accès... La sécurité aux données est quant à elle gérée par des niveaux d'accès. La filtration s'opère le plus souvent par ce biais. Cette mesure satisfait amplement la confidentialité des données pour autant que les détenteurs des codes sachent les préserver et les utilisateurs s'abstenir de forcer des fichiers dont ils n'ont nullement besoin.

La fragilité du matériel demande par ailleurs l'installation de ces équipements informatiques hors de toute source préjudiciable (eau, air chaud, poussières) susceptible de l'endommager. Une protection contre les coupures, les oscillations de courant ou la foudre est une autre disposition élémentaire. Si la prévention contre les dégradations physiques est nécessaire, celle envers les intrusions ou les agressions informatiques (virus) est tout aussi essentielle pour prévenir les vols, la destruction ou la perte d'informations. Les hôpitaux semblent avoir des systèmes particulièrement protégés du fait de la confidentialité demandée. Cette attention est constamment évoquée et prise en compte pour qu'il soit bien utile de s'y appesantir. Les sauvegardes réalisées automatiquement quotidiennement vers un système indépendant contribue à assurer une sécurité accrue. Le système est maintenu de façon à satisfaire les besoins en toutes circonstances.

### **Le linge**

Le linge peut être une source de contamination et donc d'infection. Mais il est bien plus une perception, une image. L'image est parfois fautive: un drap taché peut être propre, pourtant il est perçu sale; en revanche un linge apparemment propre, mais ayant transité sur/dans des endroits apparemment propres est à considérer comme sale. Pour prévenir tout risque, le linge propre ou sale impose un strict traitement. Le premier propre doit le rester, le second sale doit transiter proprement pour ne pas contaminer les autres éléments transportés.

Sa qualité commence par l'efficacité de son lavage. Une fois propre, cet état est à maintenir. Ce maintien

passer par une gestion rigoureuse. La mise sous film plastique facilite grandement sa propreté au cours de son transport. Protégé, il peut alors circuler sans risques d'être sali. Le télescopage sale / propre reste à éviter; la protection apportée ne saurait tout cautionner. Elle n'est qu'un moyen qui n'élimine pas la logique d'un système. Le transport, la distribution, l'entreposage du linge propre exige l'observation de règles appropriées. Si le stock zéro est impossible à éviter (sauf en plein vide), stocker outre mesure est inutile.

Le linge à usage unique connaît un emploi croissant. Pour trouver sa pleine utilité, son utilisation doit effectivement correspondre

- \* à des besoins d'usage unique,
- \* à un emploi d'usage unique,
- \* à un stockage conforme à ses nécessités et aux besoins,
- \* à un stockage conforme à ses exigences,
- \* à un contrôle des emballages pour les linges stériles.

L'évacuation du linge sale exige la même attention. Le tri à la source à l'aide de sacs adéquats susceptibles d'être fermés sans peine et pratiquement imperméables est aujourd'hui couramment pratiqué. L'acheminement des sacs fermés à la buanderie dans des chariots régulièrement nettoyés assure une sécurité suffisante pour tous. Le transfert d'effets sales dans des contenants propres est propre. Faire circuler des effets sales proprement est la condition essentielle pour contenir une éventuelle contamination. Ce principe a pour avantage déterminant d'écarter des circuits de distribution compliqués et inappliqués et inapplicables car contraignants.

La gestion de tout matériel sale ainsi traité ne requiert pas dès lors des circuits propres du fait de contenants propres. Un tel choix facilite les circulations. De la même manière, un matériel propre ne doit trouver aucune raison d'être contaminé au cours de son transport, de sa manipulation ou de son stockage. La qualité est à ce prix.

Le cas du linge fournit quelques règles de bon sens:

- \* une absence de télescopage entre le linge propre et le linge sale,
- \* des armoires de linge propre servant tout à la fois:
  - ☐ de lieux de stockage,
  - ☐ de moyen de transport,
  - ☐ de réserve,
- \* des lieux de stockage différents, suffisamment vastes offrant de réelle capacité de rangement,
- \* des locaux ventilés et facilement nettoyables,
- \* des chariots de transport différenciés, régulièrement nettoyés,
- \* des lieux adaptés pour la réception et l'évacuation des différents types de linge,
- \* un mode de ramassage et de distribution parfaitement cohérent à la source,
- \* un nettoyage parfait des linges.

Ces quelques règles simples trouvent des applications dans bien d'autres secteurs. Les laboratoires ne manquent pas de s'inspirer de telles règles quand ils n'en sont pas à l'origine en raison de la particularité de leurs produits.

## **Les laboratoires**

Les laboratoires d'analyses biochimiques, microbiologiques occupent une place de plus en plus importante. L'auscultation s'accompagne couramment d'examen biochimiques ou bactériologiques quand ceux-ci ne la remplacent pas. La lecture de données chiffrées ou d'images radiologiques paraissent pour bon nombre de médecins plus sûres que le diagnostic basé sur le stéthoscope, les palpations, l'écoute du patient, l'analyse de divers réflexes, l'analyse des sécrétions ou l'allure générale du consultant, etc. Ces examens sont commandés tant pour vérifier un diagnostic que pour en produire un.

Les analyses demandent des prélèvements. L'intervenant et le matériel utilisé sont dès lors deux sources de contamination possibles. Le temps mis à leur traitement et les conditions de transfert sont d'autres occasions susceptibles d'entacher les résultats. Une fois présent dans l'enceinte même du laboratoire, de nouveaux



risques guettent. Un traitement administratif ou un étiquetage inadéquat suffit à le rendre inutile, voire dangereux.

L'infirmière, le transporteur des examens ou le laborantin participent à la qualité d'un examen. Cette contrainte exige donc des conditions matérielles traduites notamment

- par une bonne organisation,
- dans la méthode de prélèvement,
  - ☐ matériel adapté (tubes, récipients à aiguilles usagés),
  - ☐ protocole éventuellement défini,
- dans le circuit même du cheminement (temps d'acheminement, chargé de l'acheminement, le stockage éventuel, les conditions de transport,...),
- par un relevé attentionné des résultats.

Ce sont donc un ensemble de facteurs qui assurent aux analyses, leur rôle dans la définition des diagnostics.

L'identification précise des tubes

- \* par le nom du patient,
- \* par un numéro ou un code barre, avec mention
- \* du service ou prescripteur,
- \* de l'heure de prélèvement,
- \* de la nature de prélèvement,
- \* de l'urgence sollicitée

contribue à une meilleure sécurité.

La transmission des résultats restent une dernière attention à apporter que ceux-ci soient

- \* transmis par support papier,
- \* par courrier électronique..

L'optimisation du service rendu ne va ni sans hygiène ni sécurité, ni non plus sans procédures rodées et contrôlées pour éviter toute perte de temps et tout incident. Les produits sont suffisamment dangereux pour leur accorder une attention toute particulière. Rappeler de façon incessante au personnel les mesures à prendre en cas de piqûres ou d'éclaboussures contribue à protéger celui-ci. Le nombre d'incidents, d'accidents du travail est un indicateur de la qualité du système en place. Leur prévention passe par un matériel de protection (gants, masques, boîtes étanches d'élimination des déchets), un matériel de prélèvement performant et des précautions élémentaires pour le transport. Le nombre d'analyses rapportées à leur coût est un facteur financier; il conviendrait pourtant de rapprocher cet aspect à leur intérêt. La pertinence se doit avant tout d'être qualitative plus que quantitative.

Comme pour d'autres services, l'établissement de listes de points sensibles permet de réduire les erreurs et les oublis. Les prestations sont alors autocontrôlées. L'attention apportée aux produits à analyser doit tant avoir trait à leur traitement qu'aux modalités de leur élimination. Il serait fâcheux que des produits biologiques ou des produits d'analyses contaminent l'environnement.

## Les déchets

L'hôpital est un grand pourvoyeur de déchets dont certains sont très spécifiques. Ces déchets sont soumis à une législation. Leur élimination est réglementée. Une gestion des déchets est donc à mettre en place. Par souci de sécurité, cette législation est strictement à observer par tous pour le bien de tous.

Si certains déchets sont assimilés à des déchets courants, d'autres appellent à respecter un circuit précis. Cela vaut

- \* pour les déchets radioactifs,
- \* pour les sous-produits radiologiques (argentifères),
- \* pour les produits de laboratoires de biochimie, de bactériologie,
- \* pour les déchets d'anapathologie ou les pièces anatomiques issues des blocs opératoires ainsi que
- \* pour tous les liquides septiques.

Le coût de l'élimination des déchets varie selon leur nature. Le respect des règles précises permet à l'établissement de satisfaire ses obligations morales, civiques et réglementaires mais aussi financières. Le cas des déchets en appelant chacun à un autocontrôle fait de chacun des responsables de l'intégrité de tous. Le corps soignant en déposant aiguilles et autres objets coupants dans des boîtes à déchets spécifiques garantit la santé des personnels de nettoyage comme des convoyeurs de sacs.

Les solutions les plus courantes tiennent en un strict tri à la source, un choix de sacs de couleur comme cela est la règle et une information de l'ensemble du personnel pour rappeler une stricte observance.

Le tri sélectif peut être étendu. Différencier les objets métalliques, le bois des palettes, le papier, voire des produits recyclables (plastiques, cartons) est facile quand l'adhésion est complète. De bonnes habitudes acquises sont toujours une plus value à terme. Le tri permet des économies par la réduction de la masse des déchets hospitaliers particulièrement coûteux à traiter.

L'institution doit en fait veiller tant à respecter les dispositions réglementaires à laquelle elle doit se soumettre, qu'à veiller à la sécurité de l'ensemble des personnes. La participation du personnel est là indispensable. Il lui appartient en effet de veiller à éliminer proprement ses déchets même dans le cas de l'hospitalisation à domicile.

### **Eléments communs à toutes les fonctions \_**

La qualité repose sur des constantes. Celles-ci sont à utiliser par paresse en les reproduisant dans tous les secteurs. Ces facteurs sont à puiser dans toutes les fonctions:

- \* direction générale,
- \* organisation,
- \* services économiques,
- \* encadrement.

Ils sont aussi à retirer de toute innovation.

L'implication passe par un partage des savoirs. Cela demande

- \* d'expliciter toute nouveauté (sa raison, son but, ses conséquences),
- \* d'expliquer des gestes nouveaux, des techniques ou des procédures nouvelles,
- \* d'informer tant de façon formelle qu'informelle,
- \* de réexpliquer une démarche autant de fois que nécessaire,
- \* de montrer une disponibilité sans faille,
- \* d'illustrer schématiquement des propos.

Elle passe aussi par un partage des pouvoirs. L'inscription d'une telle démarche inclut:

- \* d'accorder de l'autonomie, de la confiance, de la délégation,
- \* de responsabiliser,
- \* de faire participer,
- \* de refuser toute culpabilisation, voire de déculpabiliser.

L'initiation de la qualité ne saurait être faite que de technicité. Les mots, les choses, les octrois, la permissivité, la liberté d'expression ou les apports matériels et immatériels jouent un rôle important dans sa consécration.

Si la qualité s'apprend. Il convient de l'initier, de l'instaurer plus que de vouloir l'imposer par des slogans. Elle est à faire partager, c'est à dire à être comprise. Une fois initiée, elle est à entretenir. Rien n'est à considérer comme acquis, même si la compréhension et au delà l'adhésion facilite son acceptation et sa production sans trop d'efforts. Si une part d'altruisme perdure encore, il semble inutile de la solliciter; permettre et assurer seulement son expression suffit. Il y a lieu d'apprendre à cultiver un jardin plus que de le cultiver trop mécaniquement.

Le travail bien organisé est un des fondements de la qualité. L'organisation traque les dysfonctionnements. Toutefois, si cet aspect est bien une condition nécessaire et indispensable, elle n'est nullement suffisante.

Les aspects humains inhérents à toute collectivité de travail sont indispensables à prendre en compte. Le sens de l'observation, de la rigueur, de la communication et le tact sont requis. Les finalités et les méthodes comprises, il devient alors possible de définir des procédures tout en intégrant des données sociales.

### *Instauration de procédures*

Préconiser la mise en place de fiches de procédure ne vise pas à les rendre immuables, figées, mais au contraire de les concevoir modifiables et vivantes. Elles ont à servir de support à de nouvelles modifications. Elles sont l'occasion de faire participer le personnel qui peut alors être associé à une réflexion le touchant directement et instiller ainsi une méthodologie de réflexion et une formation informelle.

Instaurer des circuits propres et sales est une idée encore courante. L'observation la plus courante montre que ces circuits parfaits en théorie sont inapplicables en pratique. Une banalisation de tous les circuits dès lors que les matériels sont propres ou proprement véhiculés éliminent la question des circuits sales et propres. Un matériel - même sale - est à considérer propre dès lors qu'il n'est plus et donc pas contaminant. Toute préconisation doit tendre à la simplicité. Pour s'attacher la bonne exécution des tâches, il est indispensable de produire des exécutions simples, peu coûteuses en effort. C'est plus la production facile des tâches que la chasse au moindre effort qui est à rechercher.

L'instauration de nouvelles procédures passe en général par la réalisation d'un groupe de travail. Il n'est pas rare sinon toujours de règle que celui-ci soit piloté par un cadre. Ce choix est-il toujours indispensable? Une telle option conduit souvent à une coopération superficielle. Celle-ci est d'autant plus marquée que le groupe ne voue pas au pilote du projet une reconnaissance sans limites. L'effectivité est encore plus réduite quand il est patent que les résultats seront accaparés par un seul. Le narcissisme, l'appropriation souvent cultivés sont démobilisateurs. La réussite ou l'échec d'un projet tient souvent à des choses bien étrangères à la compétence.

Les solutions ne seront effectivement adoptées que pour autant les producteurs des gestes les auront entérinées d'un point de vue technique mais aussi social. Mieux vaut peut être des solutions parfois techniquement imparfaites dans un premier temps mais socialement acceptées que d'autres solutions techniquement idéales mais socialement refusées. Le réalisme mérite une attention de tous les instants. Il est possible de soulager ces efforts par un matériel parfaitement adapté et disponible.

### *Gestion du matériel*

Travailler demande du matériel conforme, adapté aux besoins. Cette présence rassure et convie à mieux satisfaire les demandes.

L'existence d'un inventaire permet de conforter cette tranquillité d'esprit. Une telle liste pare à la mémoire et l'absence des plus anciens du service. Elle permet de retrouver rapidement du matériel exceptionnellement utilisé. Son inexistence stresse inutilement le personnel et réduit la sécurité recherchée par ailleurs, tout en altérant l'efficacité du service quand le besoin de ce matériel est ressenti.

Cette précaution vaut pour tous les services, car tous ont des matériels spécifiques rarement utilisés, mais susceptibles d'utilité à un moment donné.

Le traitement informatisé facilite une telle gestion. Un seul point de saisie suffit à rendre cette gestion performante pour autant que l'information soit toujours donnée ou soit disponible. Une telle liste n'est possible que si différents services coopèrent. Il semble en effet bien illusoire de prétendre tenir une liste à jour si les services économiques ne répercutent pas la réception et la destinée de ce matériel.

Le service biomédical est sans doute le plus à même d'assurer la gestion du matériel médico-chirurgical; il en connaît l'usage, il en comprend les principes de fonctionnement et en assure au moins partiellement la maintenance.

Les matériels hôteliers méritent de revenir aux services économiques qui en assurent l'achat, la trace et le renouvellement.

Les matériels techniques sont naturellement à confier aux services techniques.

En somme, à chacun de gérer ce qui relève de sa compétence. La hiérarchie se doit d'être assouplie au profit de l'efficacité car différencier les matériels est parfois bien délicat. Les listes de matériels disponibles gagneraient à être consultées sur le réseau interne. La sécurité, le confort de tous en seraient améliorés.

### *Sécurité du personnel*

Assurer la sécurité du personnel va de pair avec celle des patients. Les conditions de travail satisfaisantes sont à considérer comme un investissement plus qu'un coût. Si la satisfaction du personnel passe par la lecture du bulletin de salaire, une part de celle-ci passe aussi par le soin apporté à sa sécurité physique via

- \* la fourniture de vêtements professionnels (classiques ou à usage unique) en nombre suffisant,
- \* la mise à disposition de matériel de protection adapté à certains secteurs par exemple:
  - pour la radio: des gants, des cache-cols, des tabliers aussi légers que performants, lunettes,
  - pour tous les services à risques sanguins des masques à visière ou des lunettes mais aussi de l'espace entre les lits,
- \* formation à la manutention pour limiter les risques de lombalgies.

La sécurité est à entrevoir globalement. Elle passe aussi par une surveillance rapprochée des installations par leur permanente conformité aux normes afin de vérifier régulièrement le bon fonctionnement du matériel notamment de détection susceptible d'être cassé par inadvertance mais rarement déclaré (détecteur de fumée, groom ou serrure d'une porte anti panique, éclairage stratégique...). Tous ces aspects sont partie intégrante de la gestion d'un service, de la confiance, de la prise en compte d'accidents, de dédouanement des auteurs, de déculpabilisation.

### *Organisation d'un service*

S'il est bien difficile de définir une organisation type, il est cependant possible de croire à des thèmes communs. Toute unité en produit une. Il suffit parfois d'en énoncer les règles pour que chacun s'y conforme plus vite. Intégrée, elle est appliquée. Elle est alors expliquée aux derniers recrutés.

Une organisation n'est pas à figer. Si l'encadrement se fait un point d'honneur à s'approprier cette question, il ne saurait être le seul à pouvoir la faire évoluer. Les intelligences additionnées sont toujours d'un meilleur profit. Il faut savoir tirer le meilleur des propositions émises. Solliciter les remarques du dernier intégré pour les rénover et les remettre à plat est une démarche à produire. Les anachronismes sont mieux perçus par un œil neuf que par un autre blasé et donc usé.

La planification des consultations en matinée conduisent de fait à des engorgements de certains services (bureaux des entrées, radiologie, salles de plâtres), pourtant bien peu de choses sont faites pour entrevoir une nouvelle distribution des consultations. Sur sollicités le matin, ils le sont moyennement l'après-midi et pas du tout le soir. Les praticiens du secteur privé fonctionnent-ils sur un schéma identique? Si tout n'est sans doute pas à copier, peut-on ignorer la disponibilité de nombre de patients en fin de journée?

Une telle organisation affecte au moins les conditions dans lesquelles les consultations sont effectuées quand bien même elle n'aurait d'incident sur leur qualité. Il n'en demeure pas moins vrai que si la technique de soin n'est pas affectée, c'est la relation et donc l'aspect informatif qui peut l'être. Il semble souhaitable de rechercher des causes de non qualité pour les extirper en même temps qu'agir pour améliorer la qualité des prestations. Les deux aspects vont de pair. On ne saurait seulement privilégier trop l'un et délaisser complètement l'autre.

L'organisation contribue souvent à améliorer

- \* les conditions d'un travail,
- \* les relations de travail,
- \* les perceptions d'une prestation.

La produire est d'un coût souvent nul et d'un résultat probant. Elle écarte des aspects contrevenant à la qualité d'une prestation déjà difficile par ailleurs.

## Les services de soins

### *Une qualité freinée par d'indéniables particularités*

Le pari de la qualité est toujours une épreuve. Elle connaît dans les établissements de soins des difficultés particulières. Les contraintes et les demandes rendent son application délicate. Si dans toute transaction commerciale, le client est roi, le principe est à nuancer dans le cas des soins. On ne saurait toujours donner satisfaction à tout et à tous. La médecine reste un art avec ses limites.

L'homme n'est pas une " matière première " quelconque. C'est un être réagissant de façon intelligente et singulière. De fait, il participe en partie à sa guérison. Il répond ou non aux soins et à ce titre les consent ou les contrarie. De ce fait, tous les principes applicables dans l'industrie ne peuvent lui être appliqués. Une finalité identique cache des réalités non transposables. Les critères industriels peuvent juste servir de repères ou de points de réflexion en milieu hospitalier.

La médecine n'est pas une science exacte; elle ne se revendique pas d'en être une. Ses prouesses signent la qualité de ses prestations, mais elle reste encore marquée par des échecs dont certains sont sans doute évitables. Les infections nosocomiales comptent parmi cette masse indésirable. Les réduire est possible, les éliminer sûrement pas; le milieu s'y prête peu. La concentration des microorganismes, la sélection des germes et la production d'antibiorésistances ne permettent pas de croire à un risque zéro.

Malgré tous les efforts, des échecs persisteront. La qualité totale est une utopie. Il est impossible de lui demander l'impossible. Une part de l'échec est indépendante de l'effort des médecins; elle est endogène. L'effort du corps soignant ne peut que s'attacher à réduire des risques par exemple d'infection mais qui ne peuvent exclure ceux d'origine endogène et donc bien difficile à évaluer et donc à prévenir.

La réussite d'un soin dépend pour partie des soignés eux-mêmes. Leur volonté à guérir, leur jeunesse accélère le recouvrement de leur santé. La médecine ne peut être tenue pour responsable de données qu'elle ne maîtrise pas. Une partie des résultats ne se commande pas; tout au plus peut-on la promouvoir en lui instaurant les conditions de son application. La qualité totale lui est inapplicable.

Une indulgence se doit de lui être accordée. Les interventions toujours plus délicates qui lui sont demandées, comportent des risques toujours plus importants. Les chances de réussite sont constamment augmentées et celles d'échec diminuées, mais la réussite totale jamais garantie. Une part de risque persiste toujours. Cette variation tient tant à la nature des interventions de plus en plus invasives, hier inexistantes, mais aussi moins traumatisantes qu'à des sujets de plus en plus fragiles. L'environnement assez différent de celui d'hier intervient aussi.

### Les interventions

sur patients de plus en plus jeunes,  
sur personnes de plus en plus âgées,  
sur des corps plus en plus faibles  
rendent la garantie de succès plus aléatoire.

### Le recours

à des techniques de plus en plus téméraires,  
à des moyens de plus en plus sophistiqués,  
à des méthodes expérimentales,  
sur des sujets parfois sans autres ressources d'intervention possible pèse aussi sur les résultats.

De telles situations entretiennent de fait un taux de non réussite qui n'a pas à s'assimiler à un taux d'échec.

La séduction du corps médical pour toute innovation, la recherche constante des industriels pour toute nouveauté, l'incitation de la curiosité et du progrès de la science et de la médecine font aussi que ce penchant se paie par des succès et aussi par des décès.

Faut-il croire que les tentatives ultimes soient des échecs? Sans doute pas; il est des échecs inhérents au progrès technique. Les services les plus innovateurs peuvent être ceux aux chances de rémission les plus faibles. Crédités d'un taux de mortalité élevé, ils peuvent se montrer ouverts à toute technique nouvelle et être la source de nouvelles thérapeutiques. L'apparence des résultats peut masquer une compétence.

L'infection nosocomiale qui semble stagner, peut laisser penser à une réelle amélioration au regard de nouveaux enjeux de la médecine. Ce taux peut aussi être appréhendé comme un échec au regard des sommes consacrées en formation, en achat de produits à usage unique et en matériel divers. Une lecture optimiste ne doit pas faire oublier le versant peu flatteur de la situation. Une approche pessimiste ne saurait non plus faire oublier que la nature des interventions a sensiblement changé. Les chiffres sont donc là encore à manipuler avec une certaine prudence qui peuvent ne pas refléter la réalité. On ne saurait toutefois regretter le constat d'un taux d'infection constamment présent et semble-t-il relativement constant. On ne saurait toutefois oublier sa réalité.

L'indécence de ce taux doit le faire considérer comme un échec partiel de la politique de lutte contre l'infection partout conduite de la même manière. Il doit interroger et imposer de revoir les politiques de prévention instaurées. La remise en cause des pratiques en vigueur est déjà un progrès vers la qualité. Elle contribue à rendre les mondes plus perméables à la critique, à revoir les organisations en place.

### *Des univers encore largement imperméables*

Que l'hôpital souffre de multiples incompréhensions apparaît vite à l'observateur. L'administration et les services soignants restent encore assez largement distants. Si un effort est indéniablement fait pour rapprocher les cultures, les pouvoirs des uns et des autres font que la connivence est encore lointaine. Sans doute est-ce par défense que les uns et les autres s'attachent à s'ignorer. Le respect des domaines privilégiés de chacun paralyse tout progrès. Le *statu quo* implicitement préféré par toutes les parties est rarement fécond.

La transformation implique des perturbations qu'il est souvent difficile d'accepter. L'amélioration passe pourtant par cela. Il est toutefois inutile de changer les situations satisfaisantes. L'accréditation ou la certification appelle à ces changements. Le meilleur soin au meilleur coût révisera les pratiques. Les soignants hier insensibles aux aspects financiers commencent à assimiler cette notion.

Plus que tout autre chose, un dialogue est à partager. De nouvelles considérations sont à intégrer. Si le corps médical hospitalier s'est longtemps désintéressé de préoccupations financières, force est de reconnaître que la santé a un coût qu'il est bien difficile d'ignorer à moins que la société ne fasse ouvertement certains choix. Ce constat oblige les "ordonnateurs médicaux" à les prendre en compte. Le dialogue s'impose.

La communication absente, l'arc-boutisme apparaît vite. Des contre-pouvoirs naissent et s'organisent dégradant insensiblement les prestations. Les soins pâtiennent parfois de ces situations qui sous-tendent des rapports sociaux, des luttes intestines, des conflits de personnes, des jeux d'influence ou le refus de nouvelles règles. Tous ces éléments sont à prendre en compte. Ils ne peuvent être ignorés. Les dénouer améliore souvent immédiatement les situations. Le monde hospitalier n'échappe pas aux conflits.

La qualité se doit d'être entrevue sur une assise large. Si les soins sont la face émergée, on ne peut oublier la partie immergée dont l'incidence est aussi importante. C'est là tout un effort à produire. Tous les groupes sociaux sont concernés. Tous les services sont concernés en raison de leur interdépendance.

Les contraintes des uns et des autres sont sensiblement incomprises. Ainsi, le contingentement d'interventions dites coûteuses reste encore largement incompris des médecins alors qu'il paraîtrait pensable pour un gestionnaire. De tels choix sont davantage dictés par les contraintes financières que par la morale. De telles situations créent des tensions et des incompréhensions, voire des conflits. Le refus de responsabilités et des choix non opérés entretiennent l'incommunication. Il est vrai qu'aucun débat national ne favorise les positions des uns et des autres. Cette défaillance conduit chacun à camper sur ses positions.

Les griefs portés à l'encontre du corps médical sont parfois spécieux. Ainsi, tenus de s'intéresser à la gestion, chronophage, ceux-ci sont détournés de leurs occupations médicales. Contraints de refréner leur appétit de matériels nouveaux, ils sont enclins soit à harceler l'administration en contingentant leurs actes réduisant d'autant les performances du service et l'amortissement des équipements par leur sous-utilisation. Ces réactions conduisent à des situations perverses dont les patients et les contribuables font les frais.

Les préoccupations et les appréhensions différentes sont toujours une source d'incompréhension. Un éclairage compétent est rarement apporté. Il semble en effet bien difficile d'éclairer les choses si ceux chargés d'apporter quelques éclaircissements sont peu à même de les produire. Généralement dévolu à

l'encadrement infirmier, peu imprégné de culture financière, celui-ci semblera naturellement bien en peine d'éclairer les limites d'un budget alloué.

### *La non qualité, un risque permanent*

Si la qualité est intégrée à tout soin, le risque de non qualité y est aussi inclus.

La méconnaissance,

l'inconscience de gestes automatiques,

l'oubli de différenciation des matériels relatifs aux temps propre et sale, le télescopage de ces temps par le soignant conduisent fatalement à introduire inclure des risques de non qualité dans les pratiques quotidiennes. C'est moins l'attention des personnels qui est à incriminer que l'absence de constats réalisés par un observateur. L'habitude fait oublier des gestes non conformes à une bonne pratique. Le mauvais geste, toujours embusqué au détour du bon, le remplace vite. Le débusquer est à faire.

La non qualité toujours portée au compte de la spécificité de l'activité est recevable. Son procès ne peut pourtant être fait sans tenir compte de chaque cas. De nombreuses raisons l'expliquent. Toutes n'incombent pas au personnel soignant. De nombreuses variables entrent en considération pour lui faire endosser seul cette responsabilité. Cela vaut notamment pour les infections nosocomiales qui ont une étiologie complexe.

### *Images de l'infection*

La non-qualité a aujourd'hui un coût. A l'heure où les économies de toutes natures sont imposées, la qualité devient un impératif de gestion. La lutte contre l'infection outre qu'elle est une obligation éthique trouve dans son coût une raison supplémentaire de la prévenir.

La mise en place de structures de lutte contre l'infection - infirmière hygiéniste, CLIN, service d'hygiène hospitalière -, n'ont pas éteint tous les stigmates l'infection. Cette stagnation des résultats peut être considérée comme un échec dès lors que les mesures initiées ne l'ont pas réduit de façon significative. Cette conclusion est toutefois à tempérer au regard des patients toujours plus affaiblis. Les chiffres ne valant que regardés toutes choses égales par ailleurs.

L'infection renvoie à l'organisation du travail. Cette dernière en appelle en dernier ressort aux gestes d'un soin. Si des protocoles bien élaborés ouverts à toute nouvelle suggestion et à tout matériel nouveau limitent les risques de mauvais gestes, la planification du travail de chaque collaborateur (agent de service, aide soignante, infirmière, médecin), l'hygiène des mains sont aussi à considérer. Le soin est à concevoir dans son cadre le plus large. Un environnement propre est plus propice aux soins qu'un environnement contaminé même s'il est toujours possible d'isoler une partie propre dans un ensemble qui l'est moins. Les recours à des solutions alcooliques ne doit pas faire oublier des notions élémentaires mises en valeur au siècle dernier et qui prévalent encore. Les sécurités ne doivent en exclure d'autres qui demandent peut être plus de temps et davantage d'attentions.

### *Des constats patents*

Trente patients meurent chaque jour des suites d'infections contractées dans les établissements de soins.

L'infection représente environ 10 000 morts par an soit plus que les victimes de la route. Ce sont d'autre part des milliers d'autres soignés infectés qui subissent les outrages de ce fléau. Cela représente un coût important et modifie la population bactérienne en la rendant moins vulnérable aux antibiotiques classiques. On ne gagne pas une guerre contre les microorganismes, on les adapte à tout.

Sur les onze millions d'hospitalisés, un million par an est infecté lors d'un séjour en établissement de soins. L'importance du service public, les pathologies plus lourdes assurées par celui-ci explique au moins en partie le lourd tribut payé par celui-ci.

Ces chiffres sont sans appel. Ils sont d'autant plus lourds de sens qu'ils ne prennent en compte que les infections reconnues. Les toxi-infections ne sont pas intégrées. Cette pathologie nosocomiale génère un surcoût conséquent grevant d'autant les budgets.

Par son fait, des milliers de journées d'hospitalisation sont perdues, des millions d'euros de médicaments coûteux sont gaspillés. Des milliers d'heures sont consacrés. Le coût psychologique est quant à lui bien difficile à évaluer. Ces quelques éléments illustrent l'importance de son coût. Les moyens pour la juguler semblent la guérison ou la mort, car tout est essayé tant l'infection est vécue comme un échec induisant la responsabilité des intervenants. Les causes étant à la fois endogènes et exogènes, la responsabilité n'en incombe pas toujours au personnel. De nombreux progrès ont été produits éclairant leurs survenues.

Les conséquences de l'infection nosocomiale sont bien connues de tous. Elles se traduisent notamment

- \* par un allongement du séjour,
- \* un surcoût d'hospitalisation dû tant à l'occupation d'un lit qu'à la consommation d'antibiotiques,
- \* un surcoût pour la collectivité affectant un système de protection de plus en plus rogné,
- \* un choc moral pour le patient, mais aussi
- \* un échec pour la collectivité soignante dont l'implication est parfois démontrée.

L'infection coûte cher en image comme en frais. En comprendre les mécanismes et les constantes pour tenter de limiter ses conséquences est un impératif de base. Il sera d'autant plus urgent de rechercher une qualité des soins qu'une partie de l'arsenal pour la produire sera rendue caduque par un abus des moyens utilisés pour la combattre. L'antibiothérapie fait parfois le lit de l'échec de tout traitement. Apprendre à l'utiliser au mieux devient plus qu'un impératif notamment dans les infections les plus courantes.

### *L'infection urinaire*

50% des infections sont d'origine urinaire. C'est l'une des mieux étudiées.

Les points sensibles sont connus, mais l'infection demeure.

L'opportunité des sondes est rarement posée dans la littérature spécialisée. La justification de sa pose avancée induit sa raison. Poser la question seule est pourtant déjà un fait qualitatif. C'est une contrition que le personnel a à faire bien qu'elle lui coûte moralement. Confort du patient est à confronter au confort du personnel. La question de son opportunité doit guider sa pose. Posée en bloc opératoire, elle est dictée par la nécessité. Son utilité est sans doute moins évidente moins impérative dans d'autres situations. Le confort immédiat des uns ne doit pas générer l'inconfort prolongé des autres. L'intérêt du patient et les risques à long terme sont à privilégier.

Cette approche irrévérencieuse a un intérêt à terme. Le biologiste y est fort sensible. Le traitement par antibiothérapie conduit à des phénomènes de résistance qu'il redoute. Les limiter est une de ses préoccupations. En la produisant, il assure l'avenir de son efficacité. La lutte contre l'infection prend au regard de ce seul élément une dimension dépassant le seul patient infecté. Cette dernière vaut bien entendu pour toutes les infections.

### *L'infection opératoire*

25% des infections sont d'origine post-opératoire. Plus que post-opératoire, l'infection est à entendre comme pré ou per-opératoire. L'infection post- opératoire laisse présager deux responsables privilégiés: l'équipe opératoire et le patient. L'imputer au seul patient revient à se dédouaner de toute responsabilité. Elle élude toute interrogation sur les pratiques adoptées. Un tel choix fait stagner un niveau de qualité et donc ne l'améliore pas.

Rejeter la responsabilité sur le patient (terrain fragile, etc.) ou sur l'équipe paramédicale élude l'investigation. Elle renonce à penser le bloc opératoire comme un facteur possible d'infections. Le sanctuariser ne l'écarte pas de toute responsabilité, cette pratique ne participe qu'à limiter les risques de contamination.

Refuser de croire à l'infection opératoire, c'est oublier que des hommes y interviennent avec leurs automatismes et que la cause de l'infection est de nature double (exogène et endogène). Adopter cette approche conduit à interroger les aspects environnementaux (désinfection des salles, présence humaine, qualité des matériels de protection - masques, gants, sarreaux -), des gestes pré-opératoires (préparation de la peau), à la spécificité des temps per-opératoires (instrumentation vouée à l'ouverture, une autre à



l'intervention même, une dernière à la fermeture), post-opératoire incluant la gestion du drain, de la sonde urinaire et du pansement. La décomposition des temps opératoires et la mise à plat des contributions de chacun sont les moyens pour traquer les actes parasites susceptibles d'être contaminants. Ces gestes sont bien difficiles à capter, seul l'observateur étranger au bloc trouverait sa place pour les piéger.

Se prêter à l'explication et à l'analyse des gestes est foncièrement pédagogique. Cela interroge, voire ébranle l'assurance. Ce dérangement est nécessaire à la transformation des pratiques et des habitudes. De telles méthodes demandent de la confiance, des rapports courtois et pédagogiques, un sens de l'interrogation démonstrative pour apprendre sur soi. Bousculer sans accuser, interroger sans soupçonner sont quelques clés pour induire le changement. Toute fraction gagnée sur l'infection devient une victoire pour l'équipe soignante et pour les patients.

### *L'infection respiratoire*

Estimée entre 15 et 20% l'infection respiratoire constitue, elle aussi, une partie non négligeable des infections nosocomiales. Les patients lui paient un véritable tribut.

Un établissement de soins concentre de fait les germes les plus pathogènes. La concentration rend plus difficile encore l'idée de qualité. Elle la contrarie. L'air ambiant ne peut être tenu pour seul responsable. La climatisation, le traitement de l'air sont des remèdes apportés à l' "épuration " de l'air, en même temps qu'ils sont aussi des sources infectantes potentielles. Diluer cette concentration par l'aération des pièces est une mesure de bon sens peu coûteuse et très efficace quand ces systèmes n'existent pas.

Tout matériel en contact avec les voies respiratoires (laryngoscope, canules, respirateurs) est aussi à suspecter et à incriminer.

Les aspirations, les aérosolisations, la mise sous oxygénation sont des actes banaux indispensables, mais facteurs de risques. La gestion du matériel souffre parfois de standardisation. Elle témoigne de méthodes et de logiques différentes. Elle illustre les incertitudes sur la gestion des matériels.

Plus largement, l'infection renvoie à la main et à son antisepsie. Un très grand effort a été entrepris pour sensibiliser les personnels de l'importance de la contamination manuportée. Des progrès restent à faire, sans doute les plus durs. La technique de lavage des mains est acquise. Son efficacité est admise. Mais, son opportunité reste plus incertaine. La main est encore largement inconsciente. Elle est en plus quelquefois insouciant. La maîtriser en appelle au contrôle de chacun. C'est là un indéniable travail individuel et collectif. Un chantier demeure ouvert. Les chiffres l'attestent pour autant qu'on convienne que la main soit responsable de 50% des infections. Si la contamination manuportée est la principale cause d'infection, chercher à en limiter l'impact est encore plus urgent.

### *Prendre en compte l'infection*

Prendre en compte le poids et le poids de l'infection est indispensable. Force est de considérer que ces dernières décennies ont permis de mieux mesurer l'infection, de mieux la comprendre sans toutefois la réduire de façon absolue. L'amélioration existe sans doute, mais elle est lente, parfois à peine visible.

Les données sont là, elles sont à considérer. Aucun procès n'est à intenter. Comprendre plus que juger semble nécessaire sans toutefois ignorer les faits et les données. Reconsidérer les formes pédagogiques, les méthodes de formation usitées, les moyens employés est une tâche à poser. La critique n'a d'intérêt que si ses conclusions servent l'action et renouvelle le passé.

Si le taux d'infection persiste malgré un personnel mieux formé, la méthode utilisée semble avoir notifiée son insuffisance. Elle est à rénover au nom même de la qualité qu'elle est censée servir.

Traquer les dysfonctionnements,  
interroger l'organisation du travail,  
évacuer les fausses sécurités  
appellent beaucoup d'humilité. Cela sollicite la participation de tous et donc exige la reconnaissance de tous les agents.

Tous les personnels sont à impliquer. Aucun n'est à écarter. Architecte, technicien, responsable des achats,

ingénieur biomédical, directeur ont à voir avec l'infection. Si la responsabilité pénale est assumée par la direction générale, chacun doit prendre la mesure de la responsabilité morale des chiffres communiqués.

L'infection ne tient pas seulement de la fatalité. Elle se gère partiellement. Ne plus l'ignorer est déjà un pas important. La suffisance écarte la volonté de changement.

La satisfaction naît souvent de la qualité des soins prodigués. Elle tient du sentiment perçu d'une guérison et d'une prestation reçue. Il faut se féliciter que cette satisfaction naisse encore d'eux. Les soins sont produits en différents secteurs; le bloc opératoire est à comprendre comme un service de soins - fût-il fort temporairement fréquenté -, au même titre que les services de soins classiquement entendus.

### *Le bloc opératoire*

Accorder une place particulière au bloc opératoire semble indispensable tant son rôle dans l'infection est souvent avancé. Le bloc opératoire combine en effet toutes les voies d'entrée de l'infection (effraction cutanée par l'incision, par les drains installés, effraction des voies respiratoires par l'intubation et l'assistance respiratoire). Cette particularité ne permet cependant pas de l'accuser de toutes les infections post-opératoires recensées. Tout au plus, peut-on subodorer une éventuelle relation de causalité.

Il est en effet facile de supposer que le bloc opératoire prédispose aux infections urinaires quand une sonde vésicale y est posée ou respiratoires quand il est recouru à l'utilisation d'appareil d'assistance ou autre du fait de l'intervention humaine encore largement actuelle à ce jour par les acteurs en cours d'intervention.

Le bloc opératoire utilise des appareils sensibles. Ceux-ci vont du simple laryngoscope au plus sophistiqué des respirateurs en passant par des fibroscopes, des endoscopes ou des systèmes de dissection interne. Tous sont traités pour être exempts de contamination. Cet effort de non contamination est complété par d'autres dispositions et dispositifs.

Des règles toutes particulières (sauf exception) couloir sale/ couloir propre, salle septique / salle aseptique sont introduites. Il est soumis à des techniques de soufflage d'air abusivement qualifié de stérile. Une distribution d' "eau stérile " lui est fournie. Il soumet à des règles vestimentaires précises tenue propre / tenue courante.

Toutes ces dispositions ont pour objet de casser le niveau de contamination et de réduire le risque potentiel d'infection. Elles y contribuent louablement. Cependant, certaines sont empreintes de fausses assurances. Les lever assouplit l'organisation du travail et allège les pesanteurs régnant dans cet espace protégé et devant le rester sans induire plus d'infection. Mettre fin à ces idées reçues veille plus à le rendre qualitatif qu'à le fragiliser.

Comme pour tous les autres secteurs hospitaliers, le risque infectieux se prévient. Les mêmes principes y sont applicables:

- \* équipements suffisants,
- \* agencement optimisé,
- \* matériels entretenus et nettoyés, désinfectés ou stérilisés,
- \* espace adéquat,
- \* entretien des locaux aisé,
- \* locaux périphériques adaptés,
- \* organisation aussi parfaite que souhaitable (protocoles rédigés),
- \* personnel formé et sensibilisé,
- \* matériels correctement gérés,
- \* temps accordé à la maintenance servant tant à l'entretien par un nettoyage complet que par une vérification des principaux systèmes alimentant ces espaces (fluides, installations électriques, etc.).

On ne saurait dans toute cette panoplie presque à la Prévert oublier d'ajouter l'organisation qui joue un rôle non négligeable. Celle-ci commence par une planification rigoureuse des interventions en fonction des risques (mais c'est là une donnée bien intégrée). Cependant, il semble bien difficile de négliger que les plannings restent confinés à des plages strictes entraînant des temps de nettoyage restreint et des formes de travail stakhanovistes du fait des horaires de travail. Il est bien difficile d'omettre cette question, même si elle soulève des difficultés sans nombre. Une intervention courte bien conduite diminue de fait les risques,

mais faut-il que le temps épargné ne serve qu'à la productivité et moins au nettoyage des salles ?

### *Les soins proprement dits*

La satisfaction à l'égard des soins prodigués se tire tant de la prestation technique que de la relation créée avec l'équipe soignante.

Mettre en confiance est un préalable à tout soin. Rassurer met le patient dans de meilleures dispositions. Elle réduit l'angoisse et le stress. L'octroi de temps et une bonne organisation y concourent. Procéder aux examens juste nécessaires pour confirmer ou aider un diagnostic renforce la tranquillité d'esprit. La multiplication des examens inquiète parfois plus qu'elle ne rassure le patient même si elle tranquillise le médecin. Ils accroissent les coûts d'hospitalisation sans générer un meilleur service. Est-il bien utile d'embouteiller les services d'analyses plus que de raison? Tous les personnels ont à s'interroger sur leurs pratiques.

Le soin n'est pas seulement une série de gestes très techniques. Le réconfort moral est partie intégrante des soins. La prise en charge de la douleur physique et psychologique en est un autre aspect. Longtemps négligé, cette donnée est de mieux en mieux prise en compte. La douleur laisse des traces psychologiques qui sont autant à prévenir qu'à soulager. Laisser le patient dans l'incompréhension de réminiscences affecte le résultat pourtant acquis.

Aspects psychologiques et médicaux mériteraient davantage d'être traités ensemble que séparément. La dimension psychologique des soins reste encore bien en retrait comme si les effets de la parole et de l'écoute devaient démontrer leur utilité, comme si la psychologie était encore à découvrir. Approcher globalement les soins est une méthode déjà pratiquée par nombre de praticiens.

### *Une approche globale des soins*

La spécialisation des disciplines morcellent l'individu. Les choix thérapeutiques des uns se trouvent parfois contrariés par d'autres. Les maladies iatrogènes sont un phénomène connu pour être ignoré. La concertation médicale exige d'être intégrée. Elle aura pour effet de réduire les examens inutiles, de conduire à leur juste nécessité et à leur meilleure opportunité. Des économies devraient en découler et le confort des malades en être effectif.

L'approche globale du patient a aussi pour effet tant de soigner que de mieux prévenir les effets secondaires. Les fonctions corporelles sont semble-t-il étroitement liées pour trop les dissocier. L'analyse exige l'isolement des parties, le soin requiert de réassocier les parties.

Il est aujourd'hui sollicité d'entrevoir cette approche globale de façon encore plus générale. Le cadre de vie des patients est avancé comme une composante à intégrer dans les soins. A l'instar des médecins généralistes, les médecins hospitaliers ont aussi à s'attacher à cette dimension. Le recours des services sociaux peuvent trouver là un réel soutien à leur action. Les expressions physiques ont parfois une cause sociale, psychologique plus fonctionnelle. Il est parfois plus facile au médecin de la percevoir puisqu'elle lui est donnée.

Le dialogue est un ingrédient important de la relation entre soignant et soigné. Beaucoup en font même le critère premier de leur appréciation.

### *La relation soignant/soigné*

Solliciter le personnel soignant et hôtelier à dialoguer avec les patients qui le souhaitent, figure comme un élément d'accueil, de convivialité, voire de complément thérapeutique. Le moral soutient le physique. La chose est connue, mais encore négligée. Encourager exige de parler et donc d'accorder un peu de temps. Faire parler soulage. Si la vue et l'écoute du médecin ne guérit pas, elle atténue parfois les souffrances. Le soin est donc à mailler avec d'autres aspects souvent négligés de la médecine techniciste.

La relation s'est modifiée ces dernières années. Les machines indéniablement performantes relèguent quelque peu les hommes. Les données chiffrées ont remplacé l'auscultation faite de palpations, d'observations, d'interrogations et d'écoute. L'imagerie médicale et les analyses multiples lui servent de

raisons et de substituts indispensables. Ces absences laissent une impression de vide chez beaucoup. Elles font entrevoir une médecine moins humaine et plus froide entachant son image. La technicité introduite mérite de s'ajouter à la parole non de la remplacer. Le soin proprement a besoin de retrouver une part de parole, une part de relation.

### *La relation humaine*

La relation humaine parachève le sentiment d'une qualité quand elle ne la fonde pas. Les patients y sont fort sensibles. Ils mesurent bien plus parfois l'attention qui leur est verbalement accordée que les soins qui leur sont réellement prodigués. La difficile communication, le sentiment accru de solitude, la perte ou la réduction des lieux conviviaux, voire la difficulté de communiquer conduisent à une demande relationnelle.

Le contenu apporté, le temps accordé, les regards échangés et les manifestations silencieuses sont autant d'aspects qui s'enseignent peu. Les capacités à les prodiguer diffèrent selon les individus et leurs histoires. Encore convient-il de laisser un peu de temps à ces moments improductifs. Externaliser ne favorise pas ces moments. Ces personnels sous traitants ont un temps compté et donc aucun pour de la convivialité. Les aspects comptables ne s'embarrassent jamais de considérations humaines, il appartient à la direction de peser les avantages et les inconvénients de telle ou telle mesure. Les établissements de soins vivent aussi de leur notoriété sociale peut être davantage avec le vieillissement de la population.

Porter attention à la religion du patient, à ses habitudes alimentaires, à ses activités professionnelles ou autres sont des manières de le sortir de ses préoccupations immédiates.

La dimension relationnelle a toujours existé. Peut être est-ce son atténuation, son escamotage qui rend la demande plus manifeste. Aussi devient-il plus impératif de la redécouvrir. Cette donnée manque au service public davantage attaché à produire des soins très techniques, délaissant partiellement l'aspect relationnel sauf exceptions.

En privilégiant la technique, le personnel soignant relègue la relation. Faut-il subodorer que plus les soins sollicitent une attention soutenue, plus la relation s'effrite? A cette évolution, les établissements de soins ayant en charge les pathologies les plus lourdes peuvent pâtir d'un manque relationnel compensé toutefois par d'autres réalisations plus techniques. Cette différence de traitement conférerait-elle au secteur privé l'avantage d'une meilleure perception? Il n'est pas certain que les personnels de ces services ne la compensent pas par toute une communication informelle faite de regards ou de gestes, exprimant l'attention autrement.

Une communication est donc à établir. Le patient la souhaite. Pour la générer l'explication peut être donnée avant même d'être demandée. Le droit de savoir est alors conjugué à la satisfaction de comprendre.

Si le personnel hôtelier est parfois en panne des meilleures formules, il a, pour lui, une spontanéité appréciée. Ses qualités humaines reconnues pallient les lacunes culturelles et le bien parler. Lui apprendre à dire améliorerait cette prise en charge. C'est là une formation susceptible d'être apportée au quotidien en toute simplicité.

Dire que le besoin psychologique reste encore mal pris en compte est presque une évidence. Tout semble l'expliquer: le temps qui manque, la peur qui paralyse, l'envie qui fait défaut, la charge mentale et physique de travail qui l'écarte ou l'impréparation des personnels qui l'exclut. Les médecins n'échappent pas à cette déficience. L'atonie relationnelle touche toutes les composantes du personnel.

S'attacher à la compétence technique est qualitativement judicieux. Elle rend la mesure plus facile. A ne considérer que cette approche, on facilite l'approche qualitative, mais on méconnaît pour partie le tout du corps pour en favoriser une et forcément négliger l'autre et tous les aspects qui sont associés.

### *Le respect de la personne*

La primauté de la technique peut, sans le vouloir, négliger le respect de la personne. L'acceptation des soins à tout prix fait accepter une perte d'intimité. La préserver est significatif de l'intérêt porté à l'être humain. Ce qui apparaîtra anodin à un soignant peut avoir une toute autre dimension pour le soigné. La dignité des personnes est à respecter tout comme le sont les croyances religieuses ou culturelles.

Si la pudeur est une notion subjective, faire l'effort de la préserver en toutes circonstances contribue à l'image d'un service. Il convient autant de préserver l'intimité du soigné que de se refuser à choquer d'autres soignés par un manque d'attention. L'irrespect de l'intimité renvoie à celui dont chacun pourrait être affecté.

Cette attention est notamment à apporter aux personnes âgées même si celles-ci ne sont plus en état d'apprécier leur nudité. Une même attention s'étend aux enfants, aux malades mentaux ou aux détenus en soins dans un établissement.

Les droits des patients sont aujourd'hui énoncés et reconnus pour qu'ils soient affectés. Il y a tant à les admettre qu'à les appliquer. Le respect des droits est souvent corrélé à une éthique personnelle. Si l'humanisation des hôpitaux passe par l'amélioration des locaux et de l'architecture en général, elle se prolonge par des aspects plus immédiats. Lui donner une interprétation très extensive ne peut que servir le bien-être des patients, hôtes obligés des institutions sanitaires.

Si le respect de la personne est un droit fondamental à préserver, la pertinence de la mesure trouve une expression dans le droit à l'information.

### *L'information totale*

La connaissance médicale reste encore lacunaire. Chaque jour, chaque cas est une occasion d'apprendre, de conforter ou d'expérimenter. Le patient est en droit de refuser ou de participer à un essai thérapeutique. L'informer et lui solliciter son agrément s'imposent, lui donner les conditions du suivi médical envisagé est aussi essentiel quand il y consent.

Expliquer les risques encourus lors d'un traitement, d'une exploration fonctionnelle ou d'une intervention chirurgicale,

éclairer	objectivement	le	patient	des	solutions	possibles,
faire	participer	les	patients	à	leur	traitement,
solliciter	leur	consentement	éclairé	lors	d'un	essai
refuser			l'acharnement			thérapeutique,

sont quelques aspects que peut contenir le sens à donner à l'information.

Informez la famille,

accompagnez les mourants,

confier	les	demandes	de	tissus	ou	d'organes	à	un	soignant	dûment	formé,
faire	suivre	un	courrier	complet	au	médecin	traitant				
sont	d'autres	exemples	donnant	une	image	aboutie	des	soins.			

Si la qualité des soins dépend pour partie des dernières technologies, c'est aussi son bon usage qui détermine sa qualité.

### *Du bon usage des nouvelles technologies*

Les techniques de soins devraient peu se prêter au secret mais au contraire être librement échangées pour profiter à tous. Cette diffusion pourrait connaître un meilleur développement avec l'utilisation des nouvelles technologies. L'interconnexion de nombreux hôpitaux facilite/faciliterait cet échange. Diffuser les conclusions d'expériences, de méthodes de travail ou d'essais de matériel ferait épargner un temps considérable aux établissements ayant un projet de soins ou un autre déjà conduit ailleurs. Toute institution devrait ressentir l'obligation de diffuser son savoir-faire. Nombre de groupements, d'associations, de sociétés savantes existent pour croire un tel projet impossible. Le réseau adéquat continue de manquer. Il revient aux directions de valoriser le faire-savoir entre services d'abord entre établissements de soins ensuite.

Les petits établissements ne disposent pas des mêmes informations que les grands. Leur taille doit-elle les pénaliser? L'accès à l'information les aiderait beaucoup pour améliorer une qualité fort satisfaisante pour certains obtenue grâce à un personnel compétent et attaché à ses emplois. L'information est une source de formation, les nouvelles technologies permettent sa distribution à moindre coût, faut-il renoncer à les utiliser, voire à les surexploiter?

De telles banques de données relatives

- \* aux désinfectants et aux antiseptiques,
- \* aux trucs et aux procédures de soins,
- \* aux images radiologiques,
- \* aux germes infectieux,
- \* à la réglementation
  - ☐ administrative: restauration, linge,
  - ☐ pharmaceutique: matériels et produits,
  - ☐ technique: architecture, sécurité en tout genre,
  - ☐ biomédicale:
  - ☐ médicale: protection des personnes: matériel, obligations,
  - ☐ paramédicale

amélioreraient de fait les prestations. Elles épargneraient des choix inadéquats, économiseraient des transferts inutiles et coûteux et épargneraient des déplacements inutiles. Elles décroisonneraient les services et les disciplines. Elles augmenteraient la sécurité offerte.

### *La sécurité des patients*

La sécurité des soins repose sur de multiples facteurs. Celle-ci tient tant à des considérations humaines que matérielles.

Les soins font aujourd'hui intervenir un nombre croissant d'intervenants. Leur efficience tient à une coopération satisfaisante entre ceux-ci. Une coordination est parfois indispensable. La participation de chacun est là impérative. Il convient de savoir mesurer aussi les risques que font naître cette multitude d'intervenants. Il faut là aussi faire que les dispositions prises en un lieu valent pour tous les sites visités.

L'une des premières conditions tient dans le recrutement de bons intervenants. Dans les établissements de santé, la commission médicale doit pouvoir exercer pleinement toutes ses prérogatives. Le directeur des soins a pour charge de satisfaire la charge de cet élément au mieux. Toutes deux ont aussi à proposer un plan de formation ambitieux pour maintenir et faire progresser les acquis techniques.

En matière de sécurité, on ne saurait améliorer ici et laisser des ombres là. La sécurité tient d'un tout. La défaillance se niche toujours là où l'absence ou l'inorganisation fait place. La défaillance en matière transfusionnelle peut servir de cas d'école.

### **La sécurité transfusionnelle**

Le drame de l'affaire du sang contaminé a au moins eu pour mérite de restructurer rapidement la filière transfusionnelle et de faire naître rapidement de nouvelles organisations. Les dispositions prises pour assurer les transfusions offrent aujourd'hui une sécurité qui ne semble que perfectible dans ses marges.

Ce drame a induit la mobilisation de tous les intervenants. Le législateur s'est rapidement enquis de ce dossier pour remédier aux carences observées.

La traçabilité imposée des produits et dispositifs médicaux pour astreignante qu'elle soit, démontre son efficacité. Elle permet une réaction immédiate à toute défaillance. Elle semble aujourd'hui si bien acceptée pour étonner qu'elle n'ait pas été instaurée depuis toujours.

Les obligations d'informations admises,  
les nécessités de maîtrise de l'utilisation des produits sanguins labiles comprises,  
les sources d'approvisionnement fiabilisés,  
les étapes du processus transfusionnels respectées,  
l'information du patient constamment fournie  
assoient cette sécurité.

Les modalités acquises laissent augurer une sécurité assurée. Toutefois, veiller à son bon fonctionnement reste toujours une précaution de base. L'évaluation des procédures et des protocoles sont toujours utiles au moins pour prévenir tout relâchement dans les pratiques introduites. Il faut se convaincre qu'il n'y a pas de régime parfait.

Si la sécurité vaut pour des aspects tangibles, elle doit encore plus prévaloir pour les aspects invisibles ou sensiblement inéluctables.

### *Prévention des résistances microbiennes*

L'antibiothérapie est une arme indéniablement efficace qui a toutefois la faiblesse de générer une résistance. Si la prescription est du ressort du praticien, son information en matière d'antibiorésistance lui est donnée par les biologistes.

Le recours à l'arsenal antibiotique est avancé comme une mesure préventive. L'argument vaut, mais il a pour redoutable inconvénient d'ouvrir la porte à l'inefficacité des produits à terme et à l'impossibilité de traiter à terme (cf. supra). C'est là un mal qu'il faut savoir mesurer. Les résistances s'embarrassent là aussi peu des frontières.

Recenser les infections de toute nature (opératoires ou non) comme les antibiorésistances permet d'élaborer de nouvelles pratiques et donc d'améliorer la sécurité. Rappeler ces informations par tous les moyens possibles aux prescripteurs doit pouvoir les sensibiliser et les inviter à modérer la prescription de ces armes efficaces et qui ont vocation à le rester aussi longtemps que possible si leur emploi reste circonstancié.

### *Une communication interne*

Le cloisonnement prévalant à l'extérieur existe aussi dans l'enceinte de tout établissement. La spécialisation l'accroît plus qu'elle ne le réduit. Les rivalités au sein d'une même spécialité ou avec une autre très voisine l'exacerbent. Ces conceptions et ces aléas sociaux ossifient l'institution. Une telle évolution contrecarre notablement la fluidité de la qualité.

Les patients paient toujours une part des difficultés de communication que celle-ci ait lieu au sein même d'une discipline ou d'une autre. Elle se traduit par des retards, des oublis, des inconséquences certes toujours réparés mais néanmoins subis. De même, l'absence de transfert de savoir-faire d'un service à un autre le pénalise autant. Ainsi, la parfaite connaissance de la prévention des escarres par le personnel des services de gériatrie trouverait sa pleine utilité dans un service d'orthopédie tant pour les prévenir que pour les soigner. L'absence de circulation de savoir-faire, faute de faire-savoir, en vient à coûter à tous.

Les maillages internes comme externe restent encore largement parcellaires. Le réseau informatique limité à une entité (consultations, secrétariat, unité de soins, radio, éventuellement) sous-performe ses possibilités. Ces défaillances ne peuvent être compensées par d'autres comme la prestation hôtelière car d'une autre nature.

## **La qualité hôtelière**

La prestation hôtelière est une composante inhérente au séjour hospitalier qui s'est imposée ces dernières années. Elle est attendue et réclamée par les " usagers ". L'instauration du forfait hospitalier a sans doute exacerbé cette attente, elle rend encore plus que par le passé les établissements de soins redevables de cette prestation, hier considérée comme annexe aujourd'hui attendue et exigée car payée. Sa mise en place a obligé à établir une prestation bien meilleure que celle qui prévalait, imposant des investissements conséquents et générant des frais de structure plus importants. Elle a pour intérêt d'avoir forcé le changement qualitatif. Le forfait hospitalier conçu pour indemniser une prestation n'ayant rien à voir avec le soin a, en somme, créé l'attente d'un service en marge de celui du soin qui peut lui coûter. Pour le gestionnaire, il importe que le forfait couvre les frais engagés, y parvient-il toujours sauf à être relativement élevé ?

L'idée de service hôtelier prend parfois une dimension presque extra-soignante bien qu'il soit parfois difficile de la détacher du soin. Ainsi en va-t-il de l'hébergement d'un des parents dans l'unité de soins comme cela l'est dans les unités pédiatriques. C'est aussi de façon plus large, l'hébergement de parents proches à proximité. Le soutien moral est un facteur reconnu dans la performance du soin par le fait qu'il rassure. Si les établissements de soins n'ont pas à prendre à charge directement ce volet, n'ont-ils pas à faciliter l'hébergement des proches en fournissant des listes d'hôtels situés à proximité ou par des maisons

des parents sur le site même? Si l'hébergement est impossible, ne peuvent-ils pas par contre offrir la possibilité de prise des repas avec celui qu'ils viennent voir? Ces dispositions servent à la fois les soins et l'humanisation.

Le souhait de bénéficier de prestations analogues à celles servies dans les cliniques a conduit à installer partout des postes de télévisions et des téléphones, à assouplir sensiblement les horaires de visite, à individualiser les menus ou à offrir de façon générale une chambre individuelle. Il y a tout lieu de se réjouir de telles transformations qui, somme toutes, étaient tout à fait possibles. On peut s'étonner avec le recul du temps qu'elles n'aient pas eu lieu plus tôt. Une telle attention vaut pour tous les services, le dernier a aussi besoin de compter. S'il revient au personnel médical ou soignant d'annoncer l'imminence ou les décès, le tact est aussi à apprendre à travers des formules adéquates et l'information sur les conditions de la fin de vie pour rassurer les proches.

### *La morgue*

Le savoir hôtelier vaut donc aussi pour la morgue. La mort est suffisamment mal acceptée pour tenter d'adoucir son cadre. Longtemps négligé, les établissements prêtent aujourd'hui une plus grande attention à ce lieu. Dernier lieu occupé, les familles peuvent s'attacher à son image, à son accueil. Cette considération vaut d'améliorer cet espace et son agencement. Respecter à la lettre les dispositions réglementaires qui régissent ces lieux, serait déjà leur donner la rigueur qu'ils exigent dans leur gestion. Il reste toutefois souhaitable de dépasser ces exigences minimales.

Son agencement commence par son emplacement; c'est à dire aisément accessible des services de soins. Les familles et les convois funéraires doivent pouvoir bénéficier d'un accès par l'extérieur.

Cet aménagement doit permettre d'accepter tous les rites religieux. Il doit pour cela prendre acte des médiations et symboles généraux. Les supports (peinture, sculptures, fleurs) doivent être neutres pour convenir à tous.

Une attention toute particulière est à porter à l'égard de l'espace tout comme doit l'être l'espace réservé à la présentation qui doit permettre l'expression des émotions. Les possibilités de séparation par un rideau, la variation de l'éclairage, la faculté de s'asseoir, un accès téléphonique dans la salle ou à proximité sont autant d'éléments à apporter. Une esthétique minimale est à apporter.

S'assurer de la discrétion du lieu,  
entrevoir son bon agencement (salle d'attente, locaux distincts),  
ventiler le local,  
l'équiper suffisamment,  
le décorer sobrement, mais avec goût,  
former le personnel aux rituels de chaque religion

sont quelques éléments consacrant sa fonction et sa prestation hôtelière. Ce service se doit à la même rigueur que tout autre. L'accroissement du nombre ou la généralisation de décès à l'hôpital requiert cette attention. Prolongement des services de soins, il gagne à satisfaire les mêmes conditions voire plus, du fait de la douleur qu'il concentre.

Cet espace doit aussi convenir au personnel et aux familles susceptibles de vouloir participer aux derniers soins donnés. Les familles doivent être informées des limites de leurs demandes et interventions. Leur information en matière de législation doit être assurée.

### *En service de soins*

Les nouvelles habitudes sociales et culturelles ont institué l'attente d'un confort personnel en toute occasion. Cette généralisation de la demande devenait automatique dès lors que le secteur privé la produisait.

La prestation hôtelière a d'autant plus de raisons d'être prise en compte que le personnel soignant la considère comme secondaire à celle de soigner. Les patients comme clients la vivent tout autrement tant elle leur paraît un élément de leur confort.

La prestation hôtelière focalise aisément le mécontentement. Tout un chacun peut l'apprécier relativement objectivement et donc la contester. Aussi, semble-t-il bien difficile aujourd'hui de faire abstraction de



- \* de l'équipement de la chambre,
- \* de la propreté des chambres,
- \* de l'équipement sanitaire,
- \* d'une individualisation des repas ou encore,
- \* de prestations hôtelières irréprochables (draps, literie).

Il semble aussi difficile

- \* que le bruit, l'éclairage ne soient pas traités ou
- \* que les possibilités d'accueil offert dans ou à proximité de l'établissement ne soient pas offertes, ou bien encore
- \* que les services courant tels que boutique de presse, de fleurs ou un service de coiffure soient absents.

Les hospitalisés n'entendent plus aujourd'hui vivre à l'écart du monde. Les prestations soignantes et hôtelières sont aujourd'hui indissociables même si les équipes qui l'assurent le sont. En effet, il n'est plus rare que les services hôteliers soient sous traités. Les personnels ont des employeurs distincts. Les calculs financiers devraient ne pas être les seuls à être pris en compte. Ceux-ci ont tendance à obscurcir de possibles conséquences et qualité de service.

Les soins exigent un espace propre. La chambre convient bien à l'individualisation des soins. Dans un tel lieu, il est toujours possible d'isoler une partie propre, même s'il vaut disposer d'un ensemble propre. Les méthodes de nettoyage employées sont aujourd'hui au point et bien maîtrisées. Valoriser le personnel attaché au nettoyage contribue plus qu'il n'y paraît à une prestation de qualité. Apprendre à chacun la nécessité de gérer la propreté existante est une autre manière de rendre hommage à ces personnels. L'environnement proximal passe par l'attention à salir peu et à préserver ce qui est propre ou qui vient de l'être.

L'hygiène des locaux est sans doute la chose plus visible. Elle occupe une place importante dans tous les secteurs hospitaliers même si le soin paraît lointain ou d'une autre forme.

La rigidité des heures de repas ne convient pas toujours à des patients fatigués ou malhabiles. Comment concilier les impératifs des personnels et celui des patients? L'aide de parents d'hospitalisés pour les repas est toujours bien appréciée dans les services de gériatrie. Il faut peut être la solliciter sans forcément l'attendre. Elle contribuerait à moins ternir ces services à cours de bras à certains moments de la journée.

Les diététiciennes ont souvent une approche du repas comme un soin, leur perception de l'alimentation est tant technique que psychologique. Si elles commencent par être parfaitement intégré aux équipes soignantes, la démarche n'est pas toujours généralisée.

La qualité perçue de cette prestation dépend d'aspects somme toute fort subjectifs mais vécus de façon particulière par les patients. Aussi, seront-ils sensibles:

- \* à la variété des menus,
- \* à la présentation des plats et à la bonne cuisson des aliments,
- \* à la spécificité d'un régime alimentaire adapté ou approprié.

Ces seuls éléments peuvent incliner

- \* à instaurer une commission de menus,
- \* à développer une attention toute particulière à la présentation des plats,

De bonnes relations entre les cuisines et les services de soins sont indispensables.

L'explicitation des attentes et des exigences souhaitées par les soignés assurera leur meilleure obtention.

## Les cuisines

La qualité en matière de restauration collective est relativement facile à cerner tant elle parle à tous. Ses facteurs sont facilement identifiables. Elle reste pourtant difficile à produire tant ses composantes sont multiples. Considérer l'alimentation comme un soin mériterait d'être plus amplement évoqué et partagé par

les équipes soignantes.

### *L'alimentation comme soin*

Surdosée en protéines, elle apporte les éléments à ceux qui ont besoin de reconstituer des tissus. Sa fonction est physiologique, mais aussi psychologique. Le rôle de la diététique n'est plus à démontrer. Mais les repas ont aussi une vocation thérapeutique indirecte même si la raison principale du séjour à l'hôpital est avant tout le soin. Les repas agissent sur le moral des patients. Le repas comble partiellement une journée remplie de moments creux. Il reconforte, il distrait. Il peut être attendu par certains comme un moment convivial même si l'individualisation des repas est la règle.

Le repas est un moment qui rattache à la vie courante. C'est pour beaucoup un moment de plaisir qui rompt avec le reste de la journée où l'angoisse est assez souvent cultivée et qui est oubliée aux moments des repas occupant l'esprit pendant un certain temps. Il devient donc souhaitable de lui donner toute cette fonction psychique. Faire que les repas participent au soin, le prolonge, restaure le mental, offre du plaisir. Il y aurait tout lieu de créer une certaine atmosphère pour donner à ce moment un temps d'évasion. C'est peut être pour cette raison qu'il a autant d'importance et donc qu'il est aussi sensible dans l'esprit parfois un peu déprimé des hospitalisés

Faire qu'il ne soit la cause d'un retard de guérison ou de rechute (toxi-infection) ni un surcroît de travail des soignants (du fait de ses conséquences) est primordial. Ce résultat est obtenu ou tout au moins s'obtient si quelques attentions sont observées.

### *La préparation des repas*

Celle-ci est l'une des données essentielles. Plus la qualité de la matière première est bonne, plus la prestation a de meilleures chances d'être satisfaisante. L'industrialisation de la préparation des aliments laisse peu de doute sur sa qualité microbiologique. Les normes draconiennes assurent en général l'innocuité bactérienne. La chaîne du froid est respectée dans toute la confection des repas. La généralisation des préparations en chaîne froide est souvent la norme pour des raisons économiques. Si une part des qualités gustatives s'est perdue, ce mode de préparation a gagné en sécurité dès lors les stocks sont bien gérés.

Les préparations des repas ont copié les dispositions valant dans toute l'industrie. Les stocks sont réduits à minima, il n'est produit que ce qui est prévu d'être consommé. Les plats sont confectionnés à partir de plats préparés ayant juste besoin d'un complément de préparation. La cuisine sert en sorte d'atelier d'assemblage, de cuisson rapide et d'élaboration de plateaux repas. Bien que les personnels soient sensibilisés à l'hygiène alimentaire et à ses conséquences dans les services de soins, leur rappeler cette nécessité au regard du risque potentiel ne vaut que pour rappel.

Les lieux de préparation font l'objet d'une surveillance redoublée. Les locaux sont complètement nettoyés après chaque matinée de travail.

Les locaux répondent au principe de la marche en avant. La conception généralement simple est toujours fonctionnelle pour alléger la charge intense de travail du matin et pour permettre un entretien facile et peu onéreux. Les architectes de ces locaux font généralement appel aux conseils de cabinets d'études ayant en leur sein des anciens cuisiniers. Tous ont compris que la qualité s'obtient aussi par des locaux et des matériels parfaitement adaptés.

Cette responsabilisation peut d'autant mieux acquise que ces personnels sont revalorisés comme des acteurs de soins.

### *Le personnel*

Hier encore peu formé, le personnel des cuisines bénéficie d'une meilleure formation qui reste néanmoins toujours à compléter. Plus sensible aux techniques culinaires, ce personnel l'est parfois aux aspects moins visibles de la matière qu'il travaille. Aussi, importe-il de l'informer des aspects microbiologiques d'une contamination alimentaire du fait d'une contamination manuportée ou de matériel insuffisamment nettoyé.

Personnel pragmatique, il est avant tout sensible aux démonstrations concrètes, toute affirmation ne valant qu'étayée par des expériences et des preuves. Les boîtes de Pétri sont un excellent support de visualisation microbiologique. Former aux bonnes pratiques demande du temps. La première est la sensibilisation à la contamination manuportée et donc au lavage des mains. C'est là une démarche à conduire avec tact.

## TROISIEME PARTIE: METHODE

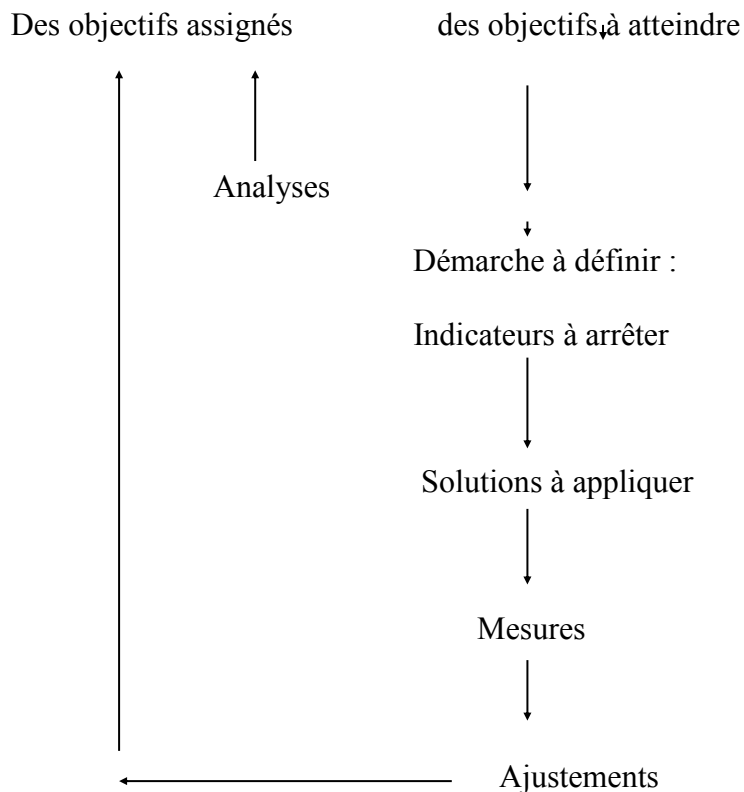
Instruire la qualité exige une méthode aussi sommaire soit-elle. Cette dernière sert de cap. Par ses principes, elle borne le chemin à emprunter. Elle présente une action à mettre en œuvre qui, logiquement, sera impulsée.

La méthode doit permettre de prendre en compte les moyens disponibles, de mesurer et de comprendre les réticences possibles.

Elle impose une démarche.

- \* Les objectifs sont assignés.
- \* Une analyse du problème est requise. Une analyse transversale est évidemment nécessaire.
- \* Des solutions potentielles sont à trouver. Toutes ne relèvent pas des seuls personnels hospitaliers.
- \* Des méthodes sont à trouver.
- \* Un consensus est à fonder.
- \* Les solutions sont à mettre en œuvre.
- \* Des effets seront à mesurer pour adapter de façon permanente la méthode et affiner les progrès.

Ces aspects sont des jalons. —→



Il n'y a pas en la matière de prêt à penser comme il y a un prêt à porter. L'originalité du projet requiert un processus innovant. La brièveté et la date butoir imposées peuvent laisser perplexe pour ne pas édulcorer un projet que la société peut solliciter à l'un de ses services publics.

### Préalables à la démarche

Vouloir initier la qualité impose d'accepter de remettre en question les choses et les hommes. L'interrogation et le doute servent d'instruments et de ferments pour autant que les objectifs aient été quelque peu sinon précisément définis. La qualité ne saurait être un concept non défini même si chacun est à même de lui donner un contenu personnel.

En somme, un projet ne va pas

- \* sans définition des besoins, c'est à dire sans réflexion,
- \* sans stratégie(s), c'est à dire sans priorités
- \* sans méthodes, c'est à dire sans cohérences,
- \* sans adhésion, c'est à dire sans participations,
- \* sans planification, c'est à dire sans organisation,
- \* sans confrontation au réel, c'est-à-dire sans ajustements.

### *Partir du réel*

Entrevoir des transpositions et imposer *ex nihilo* sont des méthodes rarement fécondes. Partir du réel est une démarche bien plus pragmatique. Transposer est tentant, mais faire fi des hommes, des lieux, du passé des aspects culturels, des spécificités si délicats à étudier, pourtant éléments de base d'action et de changement, conduit souvent à une impasse. Les aspects rappellent vite à l'ordre, raison pour ne pas s'inviter à en faire l'économie de leur étude pour qui veut des résultats tangibles.

La précipitation est souvent la règle. Les injonctions par le haut prévalent encore largement. C'est oublier que les professionnels restent pourtant les personnels confrontés aux réalités. Leur enlever toute possibilité d'expression, leur dénier toute écoute revient à courir à l'échec. La participation des agents est indispensable.

L'analyse d'une question complexe appelle un temps de réflexion et de synthèse. Bien peu sont à même de la produire. Cette compétence n'est pas forcément détenue selon le rang hiérarchique. L'analyse du réel demande un sens de l'observation, une disponibilité que l'emprise du travail quotidien ne permet pas toujours. Octroyer cette démarche au plus compétent tiendrait de la lucidité. La mesure du constat ne peut être le fait que de pluridisciplinarité, elle est à confier à celui à même de la produire.

L'analyse du réel ne saurait se passer non plus de la délivrance de toutes les informations disponibles. Or, les pratiques montrent combien la transmission des informations reste encore difficile à produire. Faute de celles-ci, il est alors plus facile de tomber dans le piège d'une solution apparemment évidente.

Un autre impératif est à observer. La réflexion tend à préférer l'idéal au possible. Rappeler le sens des réalités ne peut alors qu'être constant. La réussite du changement ne vaut qu'à cette condition. Si l'idéal est toujours recherché et posé, le souhaitable est déjà ambitieux. La lucidité convie à écarter le premier sans l'oublier totalement et à retenir le second. Le souhaitable reste lui-même confronté au possible tant il est parfois difficile à atteindre. Il est vain de requérir un idéal forcément éphémère et coûteux en efforts. Son échec renforce la frustration, toujours inutile.

Si le réalisme est toujours à rappeler, il est aussi toujours à parfaire. Il ne saurait s'établir

- \* sans évaluation,
- \* sans analyse des dysfonctionnements créés par l'instauration d'une disposition,
- \* sans coordination,
- \* sans information,
- \* sans constantes mises à jour, ni adaptations.

La formation pourrait utilement illustrer ces dernières affirmations. En effet, celle-ci montre souvent un décalage entre les moyens offerts et les objectifs proclamés. Le plan semble rarement conçu comme un projet de changement ou d'adaptation du fait d'un excès technocratique. La méthode de son établissement paraît d'une étonnante constante pour croire à une révision envisagée ou envisageable. Une suite d'actions ne conduit pas forcément à un plan. Des objectifs, des priorités sont essentiels tout comme le sont la validation de la pertinence des actions, l'estimation des coûts ou l'évaluation.

Il n'y a pas lieu de croire que l'hôpital parte d'une situation désespérante. L'hôpital soigne, même s'il semble lui-même quelque peu malade. Chaque institution a à conforter ses points forts et à remédier à ses points faibles. Une telle option permet de renforcer les ancrages et les méthodes de travail probantes pour se concentrer sur les aspects défailants.

Le changement ne vaut que substantiel. L'harmonisation doit éviter une uniformisation absolue susceptible de dérouter les personnels. Les différences et les spécificités enrichissent plus qu'elles n'affectent la qualité

du travail; elles soulignent l'intelligence des solutions mises en œuvre. Elles intègrent l'idée que les remises en cause n'ont rien d'automatique. Elles ne sont intéressantes que si elles enrichissent les situations présentes.

### *Remettre en cause*

La mise à plat des pratiques en place est d'un grand recours. Si la procédure suscite des résistances, sa raison est généralement mieux comprise *a posteriori*. Elle est encore mieux admise quand les remèdes naissent, quand les interrogations laissent entrevoir de nouvelles méthodes de travail, quand les transformations allègent le travail et améliorent la prestation.

Pour être efficace, aucun service n'est à épargner: la direction générale pas plus que la pharmacie ou les laboratoires, un chef de service conciliant ou qu'un autre récalcitrant. L'interdépendance des services impose une approche générale et transversale. Pour illustration: un prélèvement renvoie à un médecin prescripteur, à une infirmière, au pharmacien commanditaire du tube, à l'acheminement, au technicien, au biologiste, à la secrétaire, pour retourner au prescripteur. D'autres exemples auraient pu illustrer cette chaîne et cette interdépendance.

L'analyse se doit donc de reprendre chacun des acteurs pour en observer les pratiques. La contamination initiale du prélèvement (asepsie de la peau imparfaite), le retard apporté à son acheminement ou son stockage à une température inadéquate, la gestion du tube au laboratoire, voire l'utilité même du prélèvement interviennent dans le traitement du tube ou dans l'utilité de son analyse. Une seule défaillance de cette suite d'actes suffit à le rendre sans intérêt. L'analyse de toutes les procédures contribue petit à petit à améliorer une situation d'ensemble pour autant qu'il soit porté attention au fait qu'une modification n'en engendre pas une autre néfaste.

Remettre en cause, c'est accepter de remettre en cause des acquis, des certitudes. C'est écouter les questionnements, les susciter, accueillir toute observation. C'est ébranler les préoccupations catégorielles. Un tel schéma est indéniablement difficile à instaurer au regard de l'organisation taylorienne et hiérarchique prévalant dans les structures hospitalières. Les pesanteurs sociologiques sont difficiles à bousculer. Si des rapports nouveaux s'installent dans certains services qui peuvent laisser présager des transformations à venir, bien d'autres s'attachent à perpétuer ce qui prévaut.

Remettre en cause suppose aussi d'entrevoir

- \* les méthodes en cours comme suspectes d'indigence,
- \* la réflexion comme imparfaite ou insuffisante.

La rénovation des structures butte toujours sur des résistances, sur des acquis à préserver, des situations à sauvegarder.

L'excès technocratique et bureaucratique,  
l'imagination défaillante,  
la faiblesse méthodologique  
la faible participation,  
la molle adhésion

ont toujours une raison d'être. Le changement est à inspirer; celui-ci peut solliciter des contritions difficiles, des changements douloureux. A leurs habitudes, les hommes ne sont pas prêts à renoncer, comment dès lors le solliciter des seuls subordonnés?

S'interroger sur les méthodes les plus propices à l'émergence d'une satisfaction plus grande au travail et de celle des patients soignés demande un véritable travail. Même si la satisfaction des usagers est l'une des plus grandes satisfactions des soignants, il n'est pas garanti qu'elle puisse être produite à n'importe quel prix. Pour la générer, des méthodes susceptibles de la faire émerger sont à arrêter, des conditions sont à fournir conciliant le donnant-donnant, l'exemplarité et la transformation des rapports sociaux.

### *Méthodes possibles*

Il convient de faire feu de tous bois. Aucune méthode n'est à exclure.

Certaines comme :

- \* le “ brainstorming ” ou “ remue-ménages ”,
- \* l'arbre des causes,
- \* le travail de groupe ou les commissions,
- \* l'observation ou les enquêtes

sont connues et pratiquées avec des résultats parfois sans correspondances avec l'attente espérée.

C'est bien entendu écouter les idées évoquées, les discuter afin de les retenir ou de les rejeter après débat afin de rendre possible et efficaces les méthodes choisies.

## Les méthodes

### *Le brainstorming*

Le brainstorming part du principe que l'imagination est plus riche en groupe que seul. La méthode a été popularisée par les anglo-saxons elle peut aisément être appliquée dans d'autres cultures sans en avoir la liberté de parole et l'aura. Elle a d'indéniables qualités pour autant que les conditions de son application soient instaurées. Des idées en engendrant d'autres, la créativité est décuplée; les plus inattendues et les plus intéressantes sont susceptibles de surgir de ce foisonnement.

Toutefois, la méthode est parfois vite confrontée

- \* à une réserve sociale,
- \* à une autocensure,
- \* à une absence de tradition de son emploi,
- \* à une absence de maîtrise de ses règles (à recueillir d'abord, à sélectionner ensuite),
- \* à un essoufflement tenant à des aspects de stratégies divergentes.

L'échec de la méthode est moins à mettre au compte de la capacité des participants à réfléchir que du contexte relationnel plus large dont les initiateurs négligent l'importance par méconnaissance. Les rôles sociaux à tenir sont parfois la cause de l'échec de la méthode. Tous les projets soumis à la méthode ne peuvent recevoir l'assentiment de tous par stratégie. Certains l'auront, d'autres pas, les salariés se réservant toujours des espaces de négociation possibles, des enjeux de participation qu'il est bien difficile de décoder. Le brainstorming est parfois un jeu d'enjeux qui ne peuvent être forcément dévoilés. Il en va de même pour les travaux en groupe sauf si ceux-ci servent des résultats neutres (par exemple la production d'un protocole de soin).

### *Le travail en groupe*

La méthode est fort prisée dans les services publics au point parfois qu'elle en devient irritante pour nombre de salariés. Le nombre de commissions instaurées dans un établissement ne font pas leur qualité de sa production. Il est même parfois objet de railleries. Ceux-ci ne font que singer les pratiques gouvernementales. Il est en effet courant qu'une commission d'études soit instituée pour enterrer discrètement un sujet épineux.

Le travail en groupe repose sur l'idée que de la diversité des participants émergera une solution globale satisfaisante pour tous. Il peut être salutaire de soumettre le sujet isolément et de confronter collectivement les solutions individuelles. Cette méthode se montre quelquefois plus riche que celle où chacun sensible son égo se borgne à ses positions initiales. Le travail en groupe a au moins pour avantage de rechercher une réponse ayant pris en compte différentes approches.

Une telle méthode exige d'accepter que les solutions avancées appartiennent au groupe et non au rapporteur. Une seule appropriation suffit à discréditer la méthode et l'usurpateur. Il n'est pas nécessaire que le rapporteur soit un cadre. L'amalgame rapporteur / émetteur est souvent faite; produite elle est rarement corrigée. Si félicitations il y a, celles-ci sont adressées à l'ensemble du groupe.

La méthode cultive des inconvénients similaires à celle du brainstorming, toutefois toute idée est celle du groupe et non d'une individualité. Ainsi, un protocole développé au cours de ces séances est entériné de

tous. La méthode est particulièrement intéressante pour l'instauration de points techniques sans incidences sociales.

### *L'arbre des causes*

Peu pratiqué sauf lors des accidents du travail pour lesquels la méthode est fréquemment illustrée, l'arbre des causes ou diagramme d'Ishikawa a pour ressort la recherche de faits objectifs.

La méthode recourt à établir un diagramme en “ arête de poisson ” assorti de causes et d'effets objectifs à partir de questions simples :

- \* qui? par qui?
- \* quoi? pour quoi?
- \* où?
- \* quand?
- \* comment?
- \* combien?

Toutes les causes sont alors recherchées. Les réponses sont regroupées. Aux réponses les plus immédiates doivent succéder d'autres plus fines. La finesse apportée à la confection de cet arbre en fait tout son intérêt. Toutes les méthodes sont bonnes pour établir des relations cause-effets. Cette méthode exige une réflexion et, au delà, une pertinence vives; cela en fait sa richesse et sa pertinence. Elle demande une gymnastique intellectuelle toujours fructueuse et gratifiante.

La formulation du problème est importante. La sélection des causes les plus probables demande elle-aussi de la pertinence dans le jugement et de la remise en cause.

L'intérêt du diagramme d'Ishikawa est de circonscrire le plus grand nombre de causes. Toutes sont donc à énoncer. Toutes ont implicitement une valeur, aucun classement n'est opéré, elles sont seulement organisées dans un arbre. Cette logique ne vaut pas dans d'autres diagrammes s'en inspirant. Le diagramme de Pareto développe une logique similaire avec un postulat de départ différent; il s'attache aux causes produisant les effets les plus importants. La recherche de l'efficacité est plus manifeste dans cette dernière méthode.

Elle restreint et concentre l'effort à un domaine plus limité.



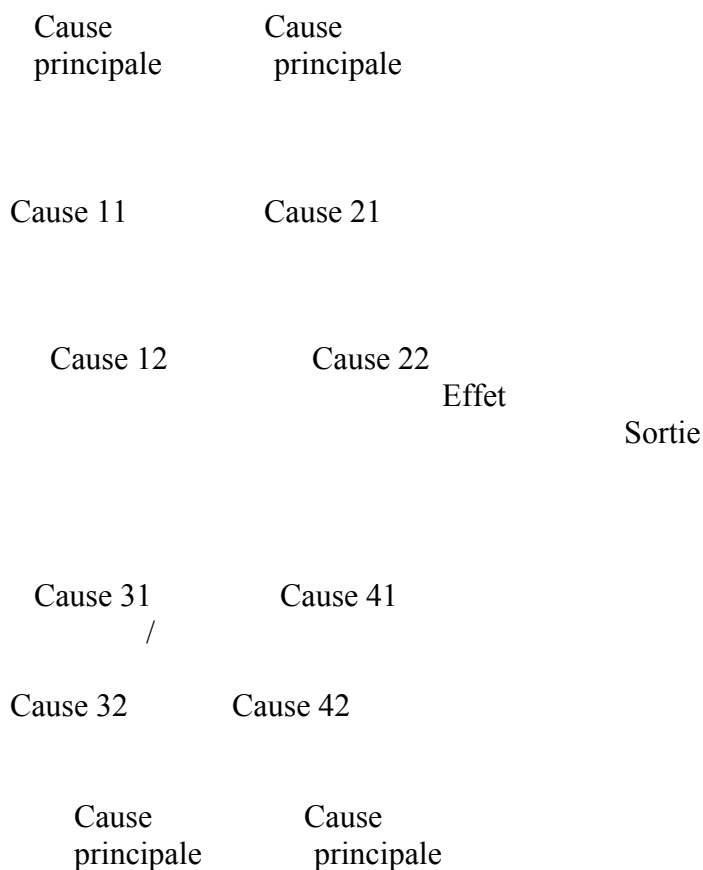


Diagramme d'Ishikawa

### *Diagramme de Pareto*

Une telle méthode exige de discerner immédiatement les éléments principaux des autres plus nombreux et accessoires, brouillant le problème et la réflexion. Toute la méthode consiste à inventorier ces éléments et à les différencier.

Il est fréquent qu'un élément ou quelques éléments soit responsable(s) de la majorité des effets. Il est fréquent que 20 % des causes représentent généralement 80 % des effets. Il devient alors essentiel de s'intéresser en tout premier lieu à ces 20 % compte tenu de leur impact.

Admettre cette méthode exige de disposer d'une situation connue tant dans ses causes, de que dans ses effets. L'approche est rigoureuse, elle impose de fait un classement des premières causes de dysfonctionnement ou de conséquences. Les résultats seront d'autant plus spectaculaires que les principales causes seront rapidement déterminées, car les résultats seront tangibles immédiatement. La méthode exige de la perspicacité. Le diagramme des chutes dans un service de soin illustre parfaitement la méthode et son intérêt (cf. infra). Cette méthode se rapproche de celle en cours dans les cuisines.

### *La méthode des points critiques*

La méthode HACCP appliquée dans la restauration mériterait d'être plus souvent retenue. Elle est d'ailleurs intuitivement employée par les consultants. Ceux-ci s'attachent d'emblée aux points critiques (absence de conformité, imperfections manifestes, dysfonctionnements recensés ou énoncés) pour aller à l'essentiel, pour arrêter un audit de première instance. Ces relevés servent de support à l'action immédiate.

La méthode a pour elle un réel sens de l'analyse afin de solliciter des changements immédiats qui auront été

démontrés et justifiés. Les salariés les accepteront d'autant mieux que les justifications des changements auront été admis par tous les salariés pour retirer toute faiblesse aux actions envisagées. Une telle méthode exige une compétence. Elle requiert aussi un talent à démontrer et à faire accepter la raison d'un changement mais aussi un talent de négociateur et une écoute particulière car les pratiques en place ont souvent des justifications pas toujours avouables.

### *Conclusions relatives aux méthodes*

Il semble que retenir ces trois méthodes d'analyse suffit amplement pour analyser une situation. Elles participent toutes les trois:

- \* à l'identification des problèmes,
- \* à leur étude,
- \* à l'analyse d'une défaillance,
- \* à la recherche et au choix de préconisations.

Si elles sont à instaurer en interne, rien n'exclut de faire intervenir un consultant pour déceler quelques dysfonctionnements et pour inventorier un choix de priorités ou pour identifier une méthode de réflexion. De telles interventions contribuent à révéler ce que l'habitude et l'immersion des salariés dans leur environnement ne peuvent plus déceler. Relayer ainsi le travail des groupes de travail permet de relancer une réflexion sans exclure les acteurs.

Les conclusions arrêtées, celles-ci restent à mettre en place. Un planning est à établir. Un suivi est à accorder. Des conditions sont à soumettre.

### **Préalables requis**

Le changement sollicité par le bas est perçu comme une épreuve. Si les salariés d'exécution l'admettent par obligation, celle-ci serait mieux comprise si la mise à plat des pratiques soumettait aussi l'équipe dirigeante. Les épreuves sont à partager pour être acceptées. Il est toujours plus facile de les faire partager quand l'ensemble du personnel y participe.

Les changements qualitatifs de taille ne sauraient écarter une partie de l'établissement. Vouloir y échapper revient à se discréditer. La direction se doit aussi donc de se soumettre à un état des lieux. L'exemplarité est toujours récompensée. Il est en effet toujours possible de soutenir que si la planification et l'organisation du travail dépendent de cette dernière, les dysfonctionnements constatés lui reviennent en partie aussi. Les responsabilités sont assumées. Une fuite serait incomprise. La situation de bouc émissaire est toujours mal vécue, elle convie soit à la participation minimale soit à la fuite.

La qualité ne peut être un discours des dirigeants et de l'encadrement à l'attention du " personnel d'exécution ". Il a d'abord à être celui des cadres pour eux-mêmes. Le changement vaut pour tous. Pour avoir valeur de symbole, recomposer le travail de l'encadrement intermédiaire et supérieur est une première démarche qui a valeur de préalable.

### *L'introspection de la direction*

Induire la qualité impose d'initier le premier temps. Elle se paie plus en actes de contrition, en exemples à donner et en soumission à l'investigation qu'en mots. Engager une telle initiative impose une sérieuse introspection. Si observateur externe il y a, celui-ci est requis d'avoir une totale liberté de ses conclusions malgré la relation commerciale qui le lie à la direction. Toute autre conduite altérerait de fait les préconisations, les remarques et les conclusions.

Ecouter les observations critiques est une des premières mesures. Les analyses sont certes toujours d'un parti pris, mais elles recèlent aussi une part de vérité fût-elle de fait subjective. Le changement implique l'équipe de direction en tout premier lieu. Pour le personnel, l'idée qu'elle soit exempte de critiques, de suggestions est toujours une anomalie, même si la remarque n'est jamais énoncée. Les changements affectant les cadres dirigeants ont toujours valeur de symboles. Il devient alors plus facile d'en solliciter ailleurs.

Tout cadre est à considérer comme un encadrant donneur d'ordres mais aussi comme fournisseur de services à ses collaborateurs. Cette logique rééquilibre une part des rapports hiérarchiques, mais surtout contribue à modifier les rapports unilatéraux. Elle redéfinit aussi les relations humaines et sociales. Dans un univers très hiérarchisé comme le sont les établissements de santé en général, l'attitude ne peut être qu'appréciée.

La qualité se sollicite et s'obtient en s'impliquant. Une part d'éducation se réalise par mimétisme. Ce constat vaut dans les situations sociales comme professionnelles. L'exemplarité assurée par l'équipe dirigeante vaut bien plus qu'un discours. Elle souligne la soumission à un choix et le refus de privilèges dans une démarche commune. Un effort partagé est en filigrane un soutien apporté.

### *Pas d'adhésion sans soutien*

Lancer un projet exige de le conduire et de le soutenir. Un pilote est indispensable. Les concepteurs ont cette tâche. Edicter ne suffit pas. Impulser, non plus. Vouloir le piloter dénote une réelle volonté et une foi dans un projet. La versatilité fait sourire. Avoir l'assentiment des personnels lors de sa constitution est tout aussi essentiel, son exécution sera d'autant plus facile.

Soutenir effectivement est primordial. C'est là un rôle attendu. Se défausser déçoit. Si l'aide matérielle est importante, l'aide immatérielle rapproche. Ainsi, apporter des connaissances, une méthodologie, des précisions sur des options ou des directives est aussi essentiel. Agir de la sorte témoigne une disponibilité, un suivi et un accompagnement.

Soutenir, c'est admettre des erreurs pour les corriger et ainsi progresser; c'est accepter les expériences et pondérer leurs conséquences; c'est redéfinir un nouveau contexte pour mieux redémarrer. De telles initiatives confortent et créent de la confiance. Cette dernière autorise l'énonciation des échecs et l'étude des situations à froid.

La mise en commun des interrogations stimule autant qu'elle rapproche les différentes catégories de personnel. La qualité s'obtient autant par des innovations riches que par des savoir-être simples.

### *L'humilité de l'encadrement*

Proposer des solutions nouvelles distingue et valorise. On comprendra combien l'encadrement intermédiaire peut aussi avoir à cœur à proposer des solutions. Les aspects psychologiques affectent souvent inconsciemment les projets. La compréhension des comportements permet d'agir sur leur cours.

Le primat de la fonction altère la participation. Le faire constamment prévaloir affecte les perceptions. L'encadrement ne goûterait-il pas plus souvent sa position sociale plus qu'il n'en fait un moyen ? Toute situation de cadre convie à cette attitude, comment la raisonner ? Peut-on solliciter une participation et adopter une attitude qui invite à son contraire ou tout au moins à de l'indifférence ou du retrait ? Les positions n'ont pas à être perdues de vue mais leur usage est à tempérer.

L'humilité et l'idée d'être aussi au service d'autrui sont rarement cultivées. Si un médecin ne peut que solliciter l'aide du personnel soignant par nécessité lorsqu'il intervient, l'encadrement a lui à organiser le travail en le planifiant, en le distribuant mais aussi en y participant. Cette tâche ne peut être produite sans équité, sans discernement en évitant tout abus de pouvoir, tout parti pris pour un salarié. Ignorer la gestion des Ressources Humaines et les aspects psychologiques affecte rapidement les résultats recherchés. C'est tout un climat qu'il convient d'établir. Celui-ci est plus une construction qu'une distribution d'ordres du fait d'un pouvoir octroyé. Les considérations sociales jouent un rôle important dans la qualité des prestations. Le seul registre du statut et du pouvoir hiérarchique est insuffisant. La qualité se passe difficilement d'attentions, de compréhension des actes, d'histoire ou plus simplement de considération sociale.

### *Tenir compte des considérations sociales*

Fortement hiérarchisés, les hôpitaux ont encore des fonctionnements supprimés ou sinon largement atténués dans l'industrie. Ceux-ci éludent encore largement les acquis de la gestion des Ressources Humaines bien que des progrès sensibles aient été réalisés. Si la communication est apparemment présente, elle est très formalisée. Les rigidités sociales restent marquées malgré les apparences trompeuses.

Les habitudes acquises ont la vie dure. Les transformations sont lentes à intégrer. Les résistances entravent toute volonté de changement. La participation à de nouvelles préconisations appelle modifications de comportements, voire nouveaux. S'abstenir de les produire éloigne un peu plus l'encadrement du personnel d'exécution; la résignation est alors de mise. La participation devient alors un juste respect du contrat de travail, l'éthique du métier, parfois en plus. C'est un scénario fréquemment rencontré. L'histoire a tendance à se reproduire qu'à se renouveler.

### *Un passé et des hommes à prendre en compte*

Les établissements hospitaliers ont une histoire. Les personnels soignants ont un savoir-faire reconnu qui leur permet de solliciter des velléités d'indépendance et d'afficher des facultés de résistance. Le changement exige leur accord, fut-il minimal.

Les hôpitaux sont aussi des entreprises, les conflits d'intérêts sociaux y sont aussi présents. La culture acquise et développée assise sur une autonomie des soins reposant sur un art du soin. Une grande autonomie du corps médical, un contrôle généralement assez fort exercé sur le personnel paramédical, un personnel d'entretien soumis à des prescriptions exigeantes ces derniers soumis à un encadrement souvent exigeant contribue à produire de naturelles tensions que seule la reconnaissance d'une compétence peut atténuer et réguler. Le monde infirmier repose un peu comme fonctionne le compagnonnage. C'est davantage à l'autorité de compétence que l'autorité déléguée que ce personnel accorde sa notoriété et le pouvoir qu'il lui reconnaît. Bénéficiant d'une très bonne image de marque dans l'opinion, le personnel infirmier sait se faire entendre. Il sait par ailleurs l'image de l'établissement dépend aussi pour partie de sa prestation.

La qualité est aujourd'hui abordée par son seul volet technique. Certes, la réforme via l'accréditation jugera les résultats, les faits et les actes, mais peut-on bien oublier les hommes qui les produisent? Les deux aspects sont à conjuguer.

### *Un présent à intégrer: la technicité du métier*

Les mentalités évoluent. Le personnel soignant vit cette évolution comme toute autre frange de la société. Il s'est transformé; c'est là un fait s'imposant. Lui asséner des rappels moraux est dépassé et non avenu. Il souscrit à une déontologie qu'il est inutile de lui rappeler et écarte des demandes qui lui semblent infondées.

Le personnel hospitalier est à considérer avant tout comme des salariés. Ce sont avant tout des techniciens de santé. Toute référence au passé n'a aucune raison d'être. Les rapports s'inscrivent dans un rapport marchand, celui du contrat de travail. Aucune autre référence ne prévaut dans la plupart des cas. Si une part de choix professionnel persiste, est-elle pour autant majoritaire? Secteur d'activité toujours porteur semble une des raisons du choix du métier. Les vicissitudes de la vie amènent à des choix parfois imposés. Il ne peut donc alors y avoir tout autre rappel. Les reconnaître comme techniciens leur fait accepter de fait les responsabilités qui leur incombent. L'exigence n'est alors moins morale que technique. Un tel choix impose de nouveaux regards sur ces professionnels et donc de nouveaux rapports.

Revendiquer un professionnalisme devient alors une exigence qu'il est alors possible d'associer à une responsabilisation. Cette perception des choses n'écarte nullement la qualité qu'incombe une relation soignant/ soigné. C'est aussi le moyen de porter sur les hommes un autre regard se nourrissant plus de responsabilité que de culpabilité.

### *Responsabiliser oui, culpabiliser non*

La responsabilisation est partout sollicitée. Elle vise autant à motiver qu'à sanctionner. La responsabilisation a l'effet pervers de rechercher toujours plus bas des responsables, pour dédouaner toujours plus haut. De tels choix ne servent pas le souhait de la qualité pour autant que soit admis le couple qualité / participation.

La responsabilisation des exécutants aboutit partiellement à une déresponsabilisation de l'encadrement, réduisant son crédit. La qualité est pour ainsi dire artificiellement créée. L'envie de l'oublier pèse constamment sur les esprits.

Les responsabilités sont plus à faire accepter qu'à imposer si elles sont auparavant partagées. Une culture au

travail existe, elle comporte des obligations et aussi des devoirs. Le contrat moral peut être rappelé si toutefois les obligations sont également réparties. La gestion des hommes ne saurait faire fi de cet équilibre, de toute façon constamment rappelé fort subtilement. Compris le rappel invite à une modification, incompis la participation est sanctionnée.

Culpabiliser produit plus d'inconfort que de confort. Fustiger dédouane l'accusateur, mais perturbe le désigné et tous les autres salariés. La participation est trop précieuse pour être sabordée par négligence. La qualité se construit autant par des relations que par des moyens.

## **Moyens à mettre en œuvre**

### *Avoir des objectifs modestes*

L'inertie croît avec la taille des organisations. Une forte hiérarchisation, le cloisonnement des structures, la préservation des prés carrés et les rigidités qui les caractérisent, l'entretiennent. Ces caractéristiques conviennent à soutenir des ambitions modestes à la mesure des réalités observées, mesurées ou pressenties.

Projeter de modestes ambitions, conduire une politique de petits pas, générale et soutenue et s'en tenir à des idées simples structurées autour de méthodes tout aussi simples semblent plus réaliste que tout projet ambitieux prescrit dans l'urgence sans réflexion globale et transversale.

### *Raisonnement de façon transversale*

L'interpénétration des services et leurs influences réciproques appellent à la transversalité. La méthode s'impose par nécessité et par logique. La bonne utilisation des moyens matériels et humains y convie. Plus qu'exclure, le raisonnement global prend compte des spécificités locales pour induire les ajustements nécessaires notamment humains.

### *Admettre les réalités humaines*

La qualité est une surcharge de travail dès lors que la prestation coûte. Pour la rendre immédiatement opérationnelle, la modification du travail doit être à peine sensible. L'association des salariés à la recherche d'adaptations est un gage de bon accueil mais aussi de pérennité des dispositions introduites.

Les transformations doivent s'attacher:

- \* à être simples, faciles à exécuter,
- \* à avoir un coût physique nul ou peu élevé, voire plus économique,
- \* à maintenir la même charge de travail.

Trop demander tue l'effort. Le travail alourdi est accepté par dépit, faute de pouvoir être refusé ouvertement. Les pratiques exigées sont supportées, mais abandonnées ou détournées à la moindre occasion, insidieusement. Tout effort demandé est à estimer pour le rendre acceptable.

Au jeu de la qualité, les exécutants sont les premiers sollicités. La transformation des tâches sont souvent la cause d'un transfert de travail. Déverser le travail sur le poste immédiatement inférieur au nom de la polyvalence irrite. La réorganisation du travail appelle une réflexion minimale. Des considérations techniques mais aussi sociales sont à prendre en compte. Compris et mesurés, il est alors possible de proposer et de dresser des objectifs autour d'une démarche perceptible par tous.

## **Une démarche simple autour d'objectifs clairs**

Faire le choix d'une méthode simple autour d'une démarche simple s'impose.

Trois moyens immédiats s'offrent logiquement:

1. éliminer toute source de dysfonctionnement,
2. améliorer ce qui marche,

### 3. introduire de nouvelles mesures susceptibles de la produire.

#### *Eliminer ce qui nuit*

##### Principe

Nettoyer un jardin améliore souvent la croissance des plantes cultivées. De même, supprimer un dysfonctionnement améliore en général le fonctionnement d'une organisation et les conditions de travail présentes. La soustraction est positive. Cependant, tout dysfonctionnement ne contrevient pas forcément à la qualité du travail en général. Il peut n'être qu'apparent. Un dysfonctionnement ressenti comme tel par les uns peut cacher une utilité pour d'autres.

A l'hôpital, le travail prescrit est réalisé en général sans défaillance sans autre manière que celle qui est définie ou apprise. Tout travail infirmier ou médical étant consigné et commenté dans le dossier patient, le travail prescrit l'est réellement. Il ne peut être question d'accommodements comme dans l'industrie. Les autres travaux étant soumis au regard de tous, il semble bien difficile de les escamoter. Seuls des temps consacrés à l'hygiène des mains tout au plus peuvent trouver des libertés mais les solutions hydro-alcooliques parviennent à remédier au temps qui manque.

L'organisation du travail quotidien est relativement bien agencée pour qu'elle ne soit remise en question. C'est davantage les contrariétés apportées à cet agencement qui sont perturbantes. Or, il est parfois bien difficile de trouver des situations types alors que tout patient est un cas particulier susceptible de requérir du temps non prévu. Il semble donc bien difficile de faire l'économie de ces phénomènes parasites d'autant qu'une perturbation aura des effets sur le travail du reste de l'équipe.

Cependant compte tenu de l'organisation complexe des soins, ce sont davantage les aléas des intervenants qui peuvent être à l'origine de difficultés. Le retard d'un transport peut avoir des incidences sur toute une série d'autres patients. De même la difficulté de réaliser un examen, et c'est là aussi tout un emploi du temps qui est affecté.

L'organisation et la planification sont l'un des maître-mots de la gestion des soins. Elle dépasse la simple gestion locale puisque de multiples compétences sont en permanence sollicitées. Si s'organiser localement est une première règle d'or, faire avec les contingences extérieures est une réalité qui ne peut être omise et intégrée.

La communication devient là une donnée essentielle pour gérer au mieux les plannings établis. Tout responsable d'unité d'examen ou tout service logistique (transport des patients) ne peut que prêter attention aux demandes et au déroulement de son propre programme pour informer les services demandeurs de son propre déroulé d'activités et permettre ainsi à ceux-ci de s'ajuster. Or, il n'est pas certain que cette communication soit réellement assurée en temps réel.

Il s'agit moins de dysfonctionnements que d'un manque de coordination faute de retours d'informations.

##### Recenser les dysfonctionnements

Le principe s'énonce aisément; si quelques défaillances sont faciles à pointer, d'autres exigent une étude plus fine, une observation plus attentive. Les solutions les plus immédiates demandent souvent du recul. Les situations sont souvent plus complexes qu'elles ne le paraissent. L'encadrement n'est pas toujours le mieux placé pour démêler l'écheveau des situations sans avoir longuement écouté et pris le temps de l'observation. De plus, le corporatisme est en soi un désordre qui empêche toute analyse impartiale.

##### S'assurer un regard impartial

Un membre du personnel reste toujours partial. L'observation en résultant est alors toujours partielle. Si les unités d'hygiène hospitalière sont à même de conduire des missions ponctuelles, sont-elles forcément les mieux adaptées pour intervenir constamment? Rendre compte peut leur être parfois difficile. Les conseillers ou référents " qualité " en cours d'installation ici ou là connaîtront le même handicap. Ils restent pourtant utiles pour rappeler des principes de base et aiguillonner ou remettre à jour des pratiques délaissées.

Les implications relationnelles nuisent à un constat objectif. Si la relation commerciale entre l'institution et son consultant est elle-même entachée d'une certaine retenue, celle entre subordonné et supérieur l'entache

tout autant. Il appartient d'ailleurs toujours au commanditaire d'exiger un rapport sans complaisance. Il y aurait aussi lieu d'intégrer toutes les conclusions d'étude relatives au système de santé. Ainsi, doit-on à Marie-Christine Pouchel, ethnologue, d'avoir relevé l'urgence comme pollution permanente de l'organisation hospitalière.

### Contenir l'urgence

Que la notion d'urgence trouve une raison d'être en institution hospitalière peut aller de soi, encore que celle-ci soit relativisée par le corps médical à un nombre de cas limités. Qu'elle en devienne donc un mode d'organisation normal est anormal. Qu'elle soit érigée en institution pour la valorisation de quelques uns est franchement anachronique.

Si cette instauration a pour logique de rappeler le primat du corps médical et au delà paramédical sur tous les autres, celle-ci semble bien inutile tant elle est admise de tous. Sa présence comme faire-valoir est contestable. Contenir cette manière de voir dictant, polluant et régimentant tout, est une nécessité pour en limiter au moins la portée la plus néfaste.

Que la notion rappelle à chacun la hiérarchie des fonctions, qu'elle serve de rempart et de défense qu'elle soit un instrument de valorisation et de pouvoir tient du jeu des rapports sociaux; mais, faut-il qu'elle grève et perturbe l'organisation du travail de façon intempestive ou permanente?

Les soins ont moins besoin d'agitation que de méthode et de calme. L'urgence non prescrite par la nécessité absolue, n'est alors que mouvement et agitation. Ne couvrirait-elle pas un manque de rigueur, des failles organisationnelles, une incompétence masquée ou la recherche d'un pouvoir écorné, voire de signe social? Il peut être utile d'apprendre à travailler calmement, efficacement et rapidement. Toute une réflexion serait à développer pour remédier à ces états. L'urgence n'existe qu'exceptionnellement, pourquoi alors l'inventer pour s'apercevoir rapidement de son absence.

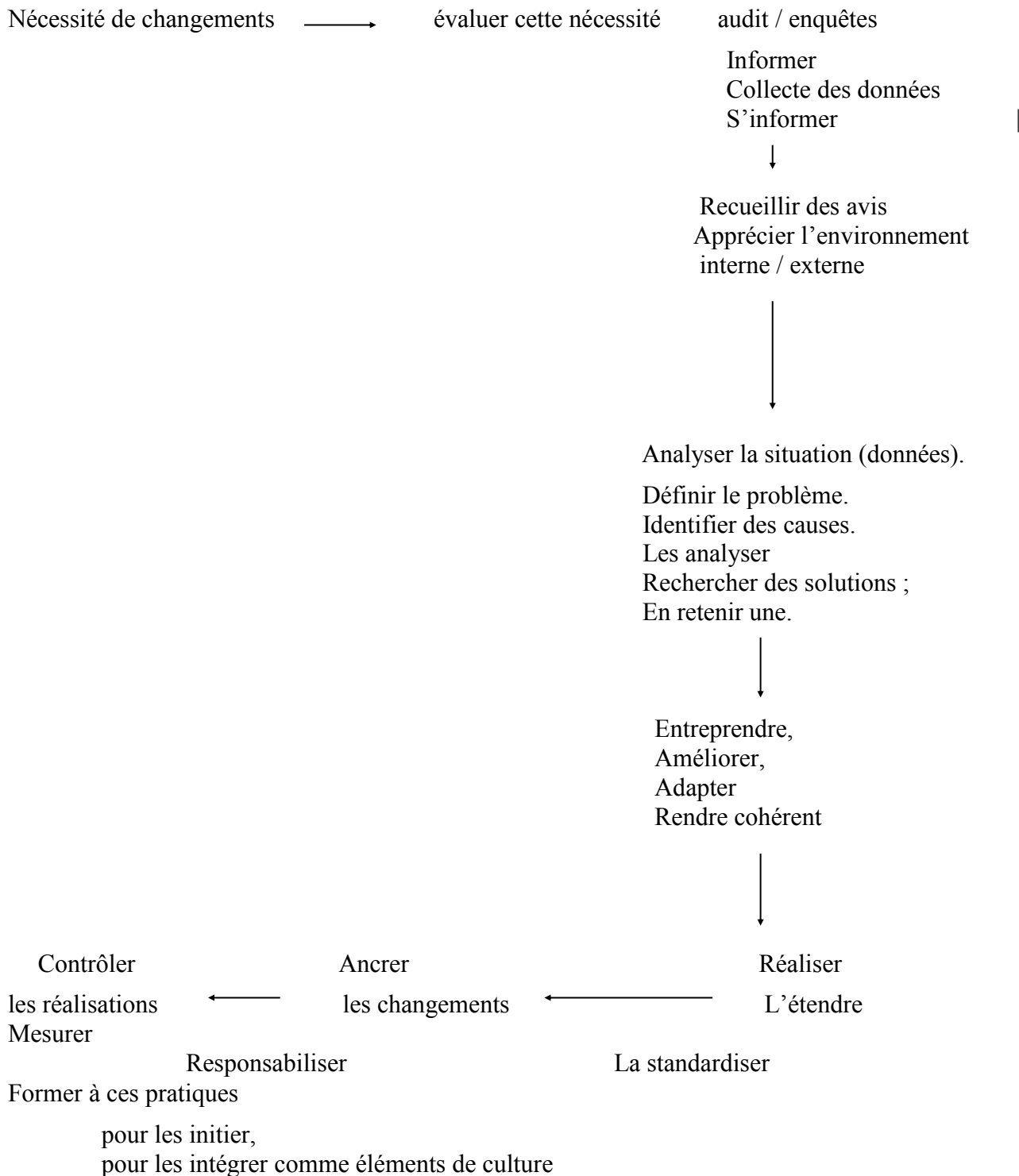
En contrariant les synergies et les coopérations, l'urgence est la source de dissipations. Son omniprésence contrarie la marche du travail. Elle escamote le temps de la réflexion, elle interdit la planification en perturbant de façon constante les plans de travail. L'immédiat sans suites prend le pas sur la logique du tout. Le ponctuel prime, l'organisé s'estompe. Par contagion, tous y succombent. La précipitation généralisée s'installe. Elle transpire de partout créant une apparence d'efficacité, mais aux effets bien ternes. L'urgence laisse dans son sillage le sentiment d'un professionnalisme mal maîtrisé plus que la démonstration d'une réelle compétence. Il faut permettre l'expression du savoir-faire et éviter de succomber à l'urgence et qu'il ne faut pas confondre avec rapidité

Si les aléas sont normaux, il ne faut pas que les situations, toujours plus impérieuses les unes que les autres, dictent l'organisation du jour. Permettre cette organisation témoigne d'un défaut organisationnel et parfois d'autorité.

Ce recours à l'urgence marque une volonté inconsciente du personnel soignant d'imposer son rythme et de rappeler ses prérogatives. Un tel choix oublie tous les autres collaborateurs occultes œuvrant aussi pour le bien-être du patient. La plus mauvaise manière de travailler ne mérite pas d'empiéter ou de supprimer les bonnes. Permettre la satisfaction des premiers conduit souvent à la résignation des seconds. Cette insatisfaction éloigne le travail de qualité et entache de fait la vie des patients sans forcément ajouter beaucoup à la qualité des soins.

Interroger cette pratique si fortement intégrée est une première nécessité. La contenir en lui imposant une fin de non recevoir aussi souvent que possible ou la museler à l'essentiel permet de concevoir une organisation sur laquelle s'appuyer. Si l'urgence s'impose, elle ne peut avoir que le privilège du ponctuel. Elle ne saurait distordre de façon permanente le travail des personnels les mieux organisés et la planification produite.

Plus qu'à user du recours à l'urgence, l'encadrement doit avoir pour mission de refréner son usage et d'en montrer sa nécessité à des moments choisis c'est à dire impératifs. Une telle dimension soumet de former les personnels à l'organisation d'un service.



Définir un projet d'action impose de prendre en compte les multiples aspects d'une organisation sociale. Quelques uns matériels sont aisément définis, bien d'autres sociaux moins appréhendables existent. Ils pèsent sensiblement dans l'acceptation, l'adhésion des changements. Ces aspects sont infiniment plus complexes à mettre à jour. Ils ne sauraient pourtant être ignorés. L'hôpital est une organisation sociale en même temps qu'elle est une structure technique.

Si l'aspect technique prime toujours et trop, les raisons sociales l'enrayent, le grippent. Un bon fonctionnement ne se passe de considérations sociales oubliées, écartées. Une bonne organisation ne se décrète pas, elle se construit.

L'action ne repose pas seulement sur les seuls aspects techniques. Les aspects sociaux comptent aussi beaucoup même s'ils sont escamotés au regard des enjeux en présence. C'est peut être une des composantes



de la difficulté de dialogue entre le corps médical et la direction des établissements hospitaliers.

Les analyses sont encore rares. Le monde hospitalier reste encore une citadelle encore peu investie par les ethnologues et les sociologues. Des études menées par des chercheurs en sciences humaines mériteraient d'avoir lieu. Les sciences de l'homme comme les analyses psychologiques ont souvent quelque chose de dérangeant tant elles illustrent des attitudes parfois assez incohérentes ou anachroniques. Cependant, il aurait tout lieu de penser que l'institution aurait beaucoup à gagner à comprendre son fonctionnement.

Les contraintes sociales ne sont pas les seules à intervenir. Les contraintes juridiques sont un autre champ à prendre en considération. Les organismes de tutelle ont parfois une appréciation fort éloignée des réalités hospitalières. Rivées sur des statistiques, elles ne peuvent entendre qu'un discours financier, même si elles subodorent la complexité des dossiers.

La complexité tend à centraliser. Pourquoi, au contraire, ne pas décentraliser en confiant les délégations au regard des compétences et informant lucidement des contraintes les délégataires. La peur évince les idées neuves. Adopter des voies radicalement différentes est parfois plus judicieux. Il importe alors d'accorder une confiance surveillée.

Une telle approche organisationnelle impose de chasser l'excès de formalisme dans lequel se réfugient les plus frileux. Le sens des responsabilités a besoin d'être non seulement un discours, mais aussi une réalité. Mieux faire se crée à travers et avant tout une direction des hommes (le dit management). Une telle option demande de pérenniser ce qui fonctionne bien.

### *Améliorer ce qui réussit*

Les établissements de soins soignent, même si eux-mêmes souffrent de défauts organisationnels. L'hétérogénéité des résultats publiés à l'automne 1998 par la revue Sciences et Avenir et depuis par des études annuelles publiés par les hebdomadaires nationaux ne doit pas incliner à penser que les raisons ne tiennent qu'à une cause. Les bons résultats acquis par certains services ont encore à être améliorés. La réputation qui leur a été faite, doit plus contribuer à la conforter qu'à la réduire.

Si des aspects discutables ou des défaillances persistent, le personnel s'emploie à les corriger pour satisfaire au mieux l'attente des usagers. Les manquements graves sont rares. L'infection, critère qualitatif par excellence, est présente dans tous les établissements à des degrés différents, elle ne l'est pas avec la volonté des hospitaliers qui vivent aussi ses dangers. La situation est partout perfectible; les moyens manquent parfois moins que le savoir ou les constats.

L'accréditation hier ou la certification aujourd'hui permet un constat général. Elle souligne les points les plus positifs et pointe les manques, soumettant les établissements à les combler dans un délai imparti. Ces audits ont certes quelques utilités, il est probable que les autoévaluations ou les analyses qui pourraient être sollicitées en toute indépendance, suffiraient sans imposer tout un déploiement d'efforts coûteux et obligés. Les dysfonctionnements seraient tout autant dénoncés pour être soit prévenus soit traités.

### *Prévenir les dysfonctionnements*

Toute organisation du travail porte en elle des germes de perturbations. Une organisation parfaite tient de l'impossible, faut-il d'ailleurs la souhaiter. Seule, la candeur ou la vanité invite à la croire possible alors que la lucidité l'exclut.

L'association du personnel au choix de son matériel, aux décisions le concernant le responsabilise. Une imperfection imprévue sera alors assumée. La reconnaissance d'une capacité à penser semble encore peu accordée au personnel d'exécution. C'est là un préalable qui grève les améliorations possibles.

### *Reconnaître des facultés de penser*

Il est habituellement dévolu au personnel d'exécution d'agir conformément aux décisions arrêtées par l'encadrement. Ce dernier apparaît donc seul à même de réfléchir utilement. Cette façon de faire retire à ceux qui ne le sont pas toute capacité à s'en revendiquer. Ils leur restent de s'adonner seul à cet exercice - faute d'être reconnu d'en avoir la capacité - dans la critique. Certains établissements poussent ce fait à la

caricature s'attachant le désintérêt de leurs collaborateurs.

Malgré que l'hôpital soit habité de professionnels reconnus, ce professionnalisme lui est pourtant parfois dénié. Cette désappropriation a des effets redoutables qui condamnent au retrait. Un encadrement soignant apparemment toujours plus nombreux retire aux personnels toute possibilité de participation. Celle-ci absente, les valorisations individuelles et collectives deviennent plus difficiles; le retrait est alors la solution la plus tentante. La fuite des responsabilités devient alors aussi une conséquence courante.

Pour illustration

Soumettre au personnel d'une stérilisation ou des blocs de participer au choix de l'emballage de l'instrumentation peut figurer au nombre des sollicitations possibles. De nombreuses solutions - du fait des matériaux employés, des souhaits des utilisateurs, des moyens disponibles ou des avantages des techniques de stérilisation - sont permises. Le personnel des stérilisations centralisées peut être écouté, même s'il revient au pharmacien d'arrêter le choix au regard des contraintes financières qui lui sont imposées. Soumettre est une démarche qui élimine certaines tensions. La participation à certains choix et décisions impliquent une coresponsabilité.

Dans un service de soins, prévenir les escarres et entrevoir leur traitement renvoient tant à des questions techniques que d'opportunité revenant au médecin et à l'infirmière. Mais faut-il écarter les aides-soignantes qui assurent partiellement le nursing? Faut-il par ailleurs dissocier ces actions d'une organisation du travail dans laquelle chacun intervient?

Dans un service technique, les demandes d'intervention affluent; nombre de réponses pertinentes peuvent émaner des simples exécutants riches en bon sens et connaissant parfaitement les lieux et parfois les pratiques du personnel. Les ouvriers ont souvent des propositions fort intéressantes qui mériteraient d'être écoutées et susceptibles d'être préférées à celles des techniciens. Cette écoute n'a nullement besoin d'être systématique. Masquer une question n'est pas la traiter, c'est la reporter. Il peut être tentant de répondre immédiatement sous l'urgence. La satisfaction apparaît parfois de courte durée, car souvent imparfaite. De tels choix discréditent le service car ils sont doublement coûteux. Un service se juge plus à l'aune de ses réalisations les moins avouables qu'à celle de ses réussites.

Dans une cuisine, rechercher des solutions aux incohérences architecturales commence par solliciter l'avis des utilisateurs de l'installation. Les employés restent les meilleurs connaisseurs de leurs lieux de travail. Leur solliciter des corrections est sans doute le meilleur concours qui puisse leur être apporté, car cela allègera leur travail donc leur satisfaction et par voie de conséquence souvent la qualité de leur travail.

Dans un service de gestion du personnel, si les employés conçoivent bien l'utilité de certains indicateurs, d'autres les laissent perplexes. L'utilité de ces derniers ne leur apparaissant pas, il convient dès lors de s'interroger sur leur nécessité. Cette dernière mérite d'être en relation avec le service fourni. L'administration du personnel a parmi ses « clients » la direction générale, mais aussi l'ensemble du personnel. Il lui revient de savoir être au service de ces deux clients de façon circonstanciée. Son imperfection, son incapacité renvoie une piètre image de l'administration; il lui est alors bien difficile de se montrer donneuse de leçons et de conseils.

Dans tout autre service administratif, la qualité est à entendre sous deux volets: celui rendu aux personnes extérieures à l'institution (usagers, clients, patients, autres administrations) et celui offert aux personnels et aux services (service de soins / magasin, service / pharmacie, etc.). Ces deux aspects sont indissociables.

Chaque service hospitalier est perfectible. Si le constat est aisé, force est de reconnaître que la méthode manque. La qualité ne peut être qu'inventive et audacieuse. On ne saurait définir de méthode unique tant les contextes sont différents, même si les grandes données sont permanentes. Prendre acte de la nécessité d'un changement se fait souvent à la vue d'un constat ou de mesures. Il importe d'en élaborer.

## **Des mesures**

La réflexion précède forcément la mesure conçue pour définir une méthode ou pour initier le changement.

Sans mesures, sans outils, une méthode reste incomplète. La mesure éclaire l'action et la contrôle, la suit et l'analyse. Mais encore, convient-il de la rendre pertinente, c'est à dire indicative du fait à mesurer.

Les mesures ont pour objet de rendre compte objectivement d'une situation. Les grilles de satisfaction cernent les lacunes ressenties ou perçues. Si elles sont à tempérer du fait de leur subjectivité, elles sont néanmoins des outils utiles. Sommaires dans un premier temps, elles gagnent à intégrer des critères plus techniques (temps d'attente, variété des menus, nature des actes infirmiers) que généraux (mesure de satisfaction de l'accueil, des prestations hôtelières, des soins).

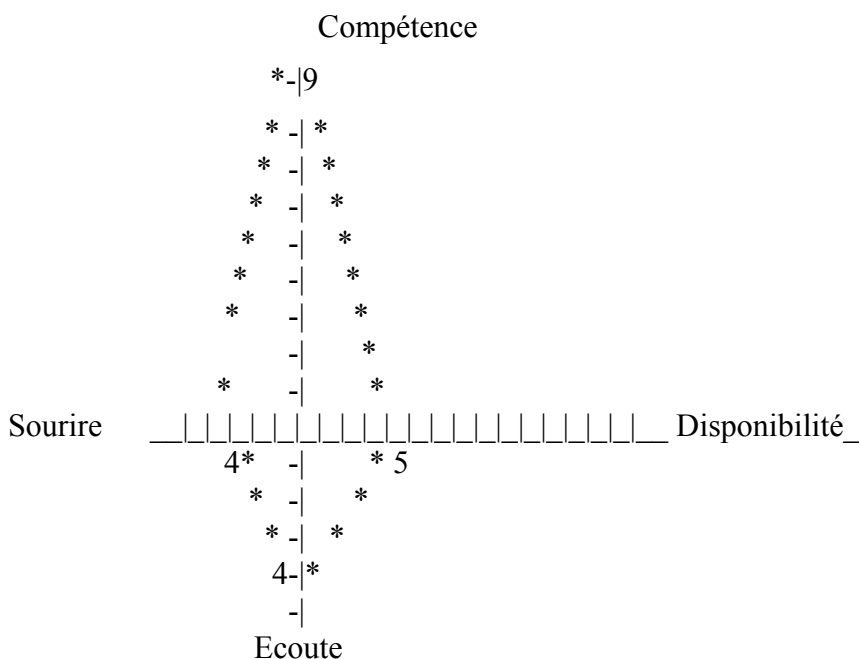
Les indicateurs permettent de représenter une réalité complexe. Ils cherchent à illustrer des aspects quantitatifs que d'autres qualitatifs.

### *Etablir des mesures*

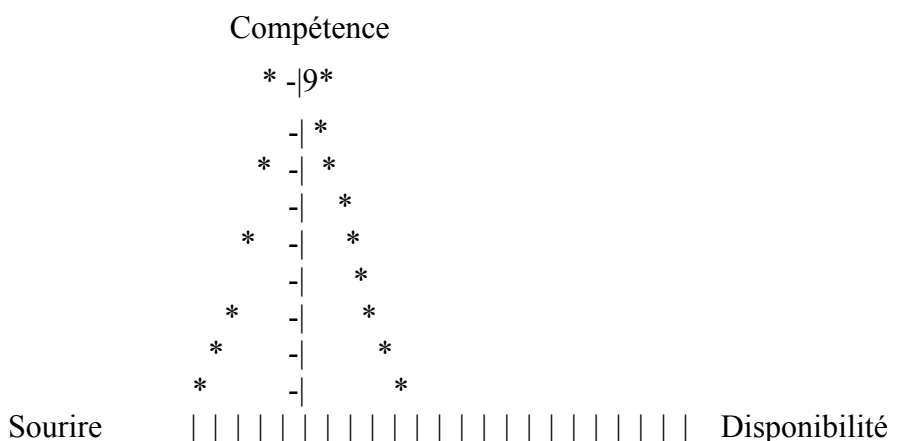
La satisfaction des patients passent de fait par les questionnaires remis aux hospitalisés et recueillis à leur fin de séjour. Ces documents assez rarement complétés offrent une première évaluation du service rendu. Les appréciations notées mettent en lumière les points d'insatisfaction et de satisfaction. Elles sanctionnent et objectivent les situations les plus urgentes à traiter. Elles peuvent utilement participer à élaborer un tableau de bord des initiatives à entreprendre. Ce sont là des impressions sans doute trop carrées pour être définitives.

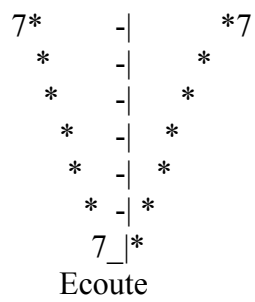
Les diagrammes ci-dessous illustrent le suivi de quelques situations en service de soins.

Année N : constat

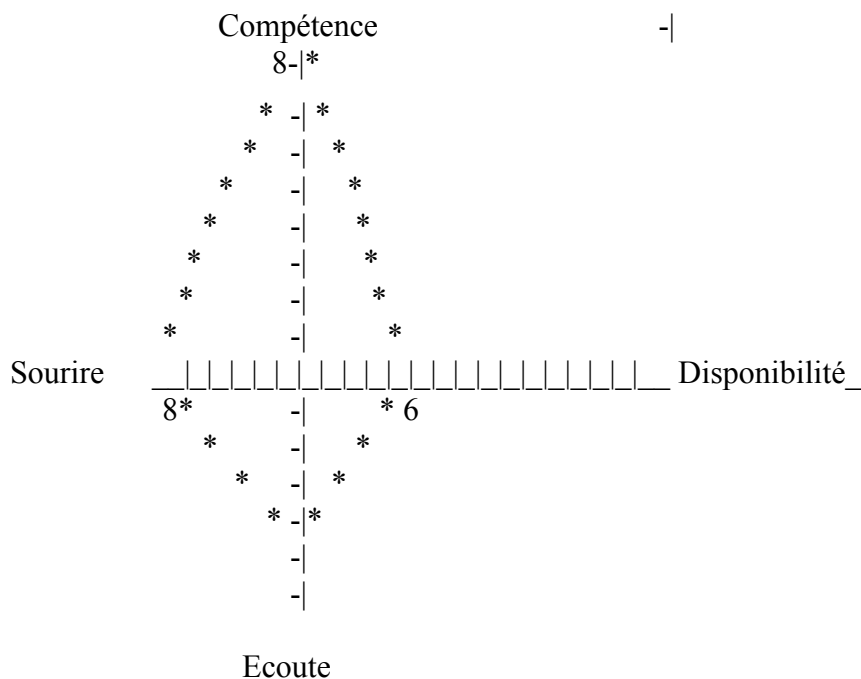


Objectif: année N+1





Réalisation : année N + 1



Sources: Leteurtre et Vaysse: Les tableaux de bord de gestion hospitalière

Berger Levrault, p 174 et 175

Les enquêtes sont relativement faciles à mettre en place. Cependant, le traitement sollicité en amont et en aval est si lourd que l'exploitation de ces données est rarement réalisée sauf à déterminer des points saillants.

Les indicateurs ne valent que pour autant leur pertinence est réelle et peu discutable. Les salariés peuvent s'étonner que des valeurs reflètent mal un effort consenti. Ceux-ci pourront aussi s'étonner qu'un effort ne soit pas mesuré et qu'aucun retour ne lui soit fait. L'instauration de mesures doit satisfaire de multiples objectifs. On ne saurait en privilégier quelques et en omettre d'autres.

Le bien fondé de ces mesures ou de l'instauration d'indicateurs doit être patent, lisible et apparemment utile pour le plus grand nombre.

Cependant l'évaluation des soins appelle d'autres méthodes que celles susceptibles d'être appliquées dans un service comptable.

### *Arrêter des indicateurs*

Les statistiques sont les premiers matériaux souvent disponibles. Encore convient-il de les faire parler, de comprendre leur sens. Une intention initiale peut leur donner un sens *a priori*. Leur utilité est alors à considérer.

Mettre en place une batterie d'indicateurs ne doit avoir d'autres ambitions que d'éclairer. La complexité croissante des données, la difficulté d'une bonne gestion appellent ces mesures tant pour aider à la décision que pour définir quelques axes de direction.

S'il convient de définir des indicateurs, ceux-ci ont besoin d'intervenir à tous les stades d'une démarche d'un projet pour en suivre les évolutions, les corriger en cours de route au regard des moyens et les compétences mis en œuvre et pour requérir de nouveau ou en changer selon les observations recueillies.

Ce suivi permet d'établir une fiche signalétique des progrès et des résultats. Les intéressés peuvent alors mesurer le produit de leurs efforts pour qu'un retour relativement personnalisés leur soit adressé avant qu'il ne soit diffusé plus largement. La restitution est majeure pour éveiller de la satisfaction et de l'auto-respectabilité. Les hommes sont suffisamment peu remerciés par la structure pour rechercher des parts de

satisfaction en milieu restreint. Les attentions émanant des hospitalisés ne suffisent pas même si elles sont reconnues et réconfortantes. Celle de l'institution est aussi importante. Les rappels à l'ordre sembleront toujours plus aisément énoncés que les satisfécits ; c'est au moins ce que la mémoire sélectionnera. Aussi, faut-il corriger la mémoire pour rappeler certains faits. Si la démagogie n'a aucun droit de cité, la sincérité même rare la remplace bien mieux. Toutes ces expressions ne doivent pas attendre l'évaluation individuelle annuelle pour être formulées.

L'homme au travail a besoin de sociabilité, or il est possible que celle-ci se réduise au fur et à mesure que le sentiment de contractualisation augmente. Même avec le désir de se conformer au simple contrat de travail et à l'échange marchand, il ne semble pas vain de l'assortir de quelques considérations sociales. Il est utile de répondre aux sollicitations psychologiques. Donner sans attendre semble un élément important d'une relation, fût-il univoque. Il appartient à l'employeur et à ses représentants de manifester cette forme de satisfaction.

En matière d'infection, avec la mise en place des Comités de Lutte contre l'Infection Nosocomiale (CLIN), les établissements publics sont en mesure de comptabiliser leurs infections.

Par les PMSI, les centres sont à même de suivre le coût de leurs soins.

La lecture de ces données l'évolution de ces données, les directions évaluent leurs progrès en modulant leurs analyses au regard des critiques produites à l'égard de tout indicateur. Tous connaissent les limites de ces indicateurs, aussi éviter les affirmations trop péremptoires est plus qu'une précaution. Cependant, comment ne pas faire siens, ces outils de référence à toute discussion et jalons d'une appréciation.

### *Les dérives des indicateurs*

Cette introspection qui a investi les services de soins, a aussi intégré les services économiques qui, sans aller jusqu'à une comptabilité analytique, s'attachent au meilleur emploi des budgets.

Un écueil guette la production des indicateurs: leur inflation. Tout pouvant être sujet à comptabilité et à analyse, il devient tentant de produire ces éléments. Le personnel peut même y inciter pour se valoriser, pour justifier son emploi ou son travail. Les dérives - si elles ne sont pas courantes - existent. La production dépasse alors les moyens d'analyse et d'action. Des masses de chiffres aujourd'hui facilement croisés par ordinateur sont publiées en masse. L'informatique invite même à les fabriquer preuve de travail et de réflexion.

Une telle production crée de l'occupation, mais ne fait pas un emploi (surtout de cadre). Cette situation marquée par une utilité peu apparente sinon inexistante déconcerte les salariés qui comprennent mal d'une part un surcroît de travail sollicité et d'autre part la production de travaux dont le sens est incompris.

Sommairement analysées, ces données ne gratifient que celui qui les a produits et découragent tous les autres. Une telle conception du travail entame le moral des plus tolérants.

La production de mesures sans finalité est vide de sens. La création d'indicateurs comme fin en soi est un exemple de non qualité du fait de son absence de valeur ajoutée. Ramasser des données brutes, c'est collectionner. Les ventiler dans un tableau ne les rend pas plus pertinentes ou significatives. La forme ne fait pas le fond ni l'analyse.

Un outil sans fonction, sans utilité précise est un mauvais outil ou tout au moins un outil bien incomplet. Les demandes doivent pour cela être nettement précisées par l'ordonnateur de la demande peut être davantage fautif que le réalisateur. Son imprécision ne peut être reprochée toujours à l'exécutant, les ordonnateurs n'ayant pas parfois une claire idée de leur souhait.

Un indicateur ne vaut que pour autant il permet l'action. A défaut, il n'est qu'une production inutile ou presque. Pour analyser des situations complexes, des indicateurs aussi simples et illustratifs que possible sont indispensables pour inspirer des méthodes faciles à mettre en œuvre. S'inventer créateur d'indicateurs est inutile si aucune mesure ne suit. Faire pour faire est totalement inutile. Une compétence de prospection, de projection est indispensable.

### *Rendre l'analyse utile*

Ces éléments valent dans tous les services. Ainsi, une mesure de satisfaction d'accueil et de soins est d'un intérêt partiel, s'il ne restitue pas le délai d'obtention d'un rendez-vous, la facilité pour obtenir des conseils téléphoniques, l'accès réel aux soins (hors passage aux urgences). De même, un ensemble de données financières ne valent que triées, synthétisées, ramenées à leur quintessence et au delà traduites en préconisations et non en systèmes d'alerte que des personnels insuffisamment formés au contrôle de gestion et à l'analyse financière se contentent de rediffuser sans en avoir compris le sens.

Tous les services se mobilisent pour affiner leurs données ; il en sort souvent des initiatives conduisant à un contrôle encore plus tatillon dont la qualité ne sort pas grandie. Il est à craindre que générer des données chiffres synonymes pour certains de travail et d'illusion pour d'autres ne conforte pas l'envie d'agir.

Une mesure ne vaut qu'utile. C'est là une exigence indispensable pour justifier

- \* le temps qu'il a été nécessaire pour la produire,
- \* les personnes chargées de sa production,
- \* le temps pris aux actifs,
- \* la décision de sa recherche.

L'inutilité de telles productions démoralise d'autant plus les soignants que les personnels attachés à cette production sont d'anciens collaborateurs élevés au poste de cadre. La bureaucratisation des soignants est toujours mal perçue. Si un certain nombre est nécessaire, point trop n'en faut. La multiplication d'encadrement pléthorique a été réduite de façon drastique dans tous les secteurs de l'économie concurrentielle, faut-il que cette disposition soit oubliée dans le service public et sa raison omise ?

Les mesures s'autoalimentent le plus souvent. De tels choix laissent le personnel perplexe quand ils ne les irritent pas. C'est là une remarque si couramment faite qu'elle ne peut avoir une parcelle de vérité. Si la production de ces indicateurs n'a pour vocation que de valoriser une fraction du personnel, l'objectif est notoirement atteint. A la satisfaction des uns s'oppose le désabusement des autres. Ici le principe des vases communicants ne marche pas.

Si certaines mesures sont indispensables car pertinentes, force est de reconnaître que ces travaux déçoivent par leurs conclusions. Les outils de gestion demandent une pertinence. Un indicateur se pense plus qu'il ne s'improvise.

### *Propriétés des indicateurs*

“ La pertinence est le principal critère. Un indicateur est pertinent si:

- \* la réalité qu'il décrit est clairement reconnue comme importante, chargée de sens, pour évaluer l'action;
- \* son interprétation est univoque: l'indicateur décrit un aspect et un seul (il n'est pas ambigu); l'évolution du niveau de l'indicateur et l'évolution de la réalité se font constamment dans le même sens (il n'est pas ambivalent).

Les autres critères de choix sont:

- \* la comparabilité dans le temps et avec d'autres réalités,
- \* possibilité d'agrégation d'indicateurs partiels”

(Selon l'HAS in Principes d'évaluation des réseaux de santé, juin 1999 p 37 -38).

La bonne définition des critères d'un tableau de bord fait la qualité d'un diagramme. Ainsi un indice de performance en abscisses et la satisfaction en ordonnées illustrent aisément

☐☐☐☐☐ \* pour un service de consultation

- ☐ la technicité du matériel,
  - ☐ le délai de rendez-vous,
  - ☐ le respect des heures de rendez-vous,
  - ☐ le suivi apporté à la consultation (information du patient, de son médecin dans les meilleurs délais),
  - ☐ les conseils clairement exprimés.
- \* pour le service restauration

- ☐ la quantité,
- ☐ la qualité (diététique, satisfaction de la commande)
- ☐ la variété,
- ☐ la présentation,
- ☐ la température des plats.

pour un service soignant dans le cadre de ses compétences médicales

- ☐ la prise en charge de la douleur,
- ☐ la fréquence des visites des médecins,
- ☐ le respect des normes et de la réglementation,
- ☐ l'attachement aux procédures de soins et guides de bonne pratiques cliniques, références opposables,
- ☐ la mesure des résultats ( taux de morbidité, de mortalité, taux de ré-hospitalisation ) et de la sécurité (incidents et accidents),
- ☐ dans la rédaction des résumés de sortie.

\* pour un service soignant dans le cadre de ses compétences paramédicales

- ☐ le suivi infirmier (réponses apportées, qualité des soins),
- ☐ la rapidité de réponse aux appels,
- ☐ l'aide aux repas, aux déplacements, à la toilette,
- ☐ la surveillance de l'élimination intestinale et urinaire,
- ☐ la surveillance de l'hygiène du corps chez les personnes valides,
- ☐ la prévention d'escarres.

\* pour l'encadrement

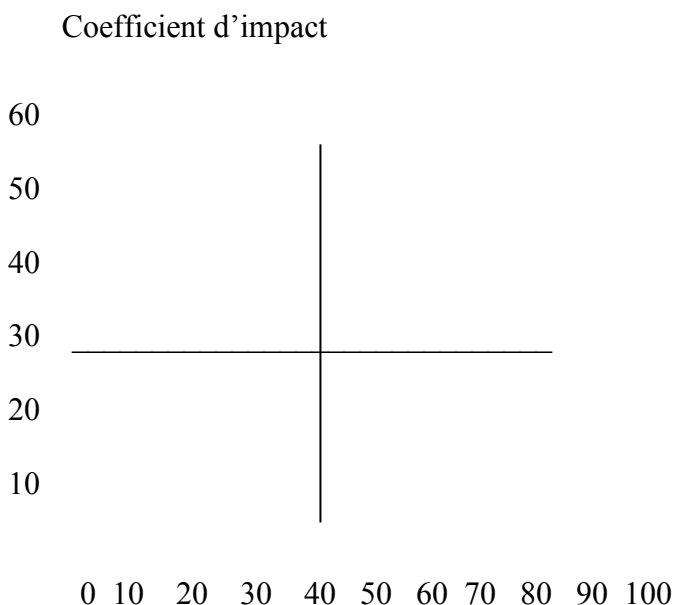
- ☐ l'écoute des patients,
- ☐ le temps accordé aux membres de son équipe,
- ☐ les réponses faites aux uns et aux autres,
- ☐ le relais apportés à leurs demandes...

\* pour un service soignant dans des registres plus sociaux

- ☐ la surveillance des repas et l'incitation à manger,
- ☐ le respect du sommeil et du repos,
- ☐ l'observation du comportement,
- ☐ la relation sociale et thérapeutique,
- ☐ l'animation socio-thérapeutique formelle ou informelle

sont autant d'éléments d'appréciation susceptible de rendre compte d'une réalité sociale.

Ces facteurs sont aisément illustrés dans un diagramme. Les ordonnées représenteront l'impact de satisfaction. L'abscisse, l'indice de compétence. Ces deux données produisent des schémas simples et significatifs.





## Indicateurs de performance

(Gestions hospitalières mars 1998, P 214)

. Par les éléments qu'ils fournissent, les indicateurs ont moins à être des censeurs que des guides. Or, il n'est pas rare que ces valeurs visent à culpabiliser. Nombreux sont ceux en effet qui se servent des chiffres avec émotion plutôt que de les utiliser comme des outils. Les données ont moins à être manipulées qu'à servir la réflexion. Ainsi, utilisées, elles invitent plus au retrait qu'à la responsabilisation.

Etablir des indicateurs demande donc que les attentes soient illustratives et significatives. Si des tableaux de bord se satisfont souvent de données brutes, les indicateurs exigent un traitement pertinent pour avoir un sens utile. Les analystes sauront alors confectionner de savants tableaux et surtout les disséquer.

### En service de soin

Un taux de chutes a besoin d'être plus qu'un constat de fatalité. C'est une défaillance à éradiquer ou tout au moins à réduire à un niveau exceptionnel. Présentes, les chutes doivent trouver leurs remèdes. Ceux-ci demandent une analyse

- \* Qui a une fâcheuse tendance à tomber?
- \* Pour quoi tombe-t-on?
- \* Où de préférence?
- \* Comment expliquer certaines chutes?

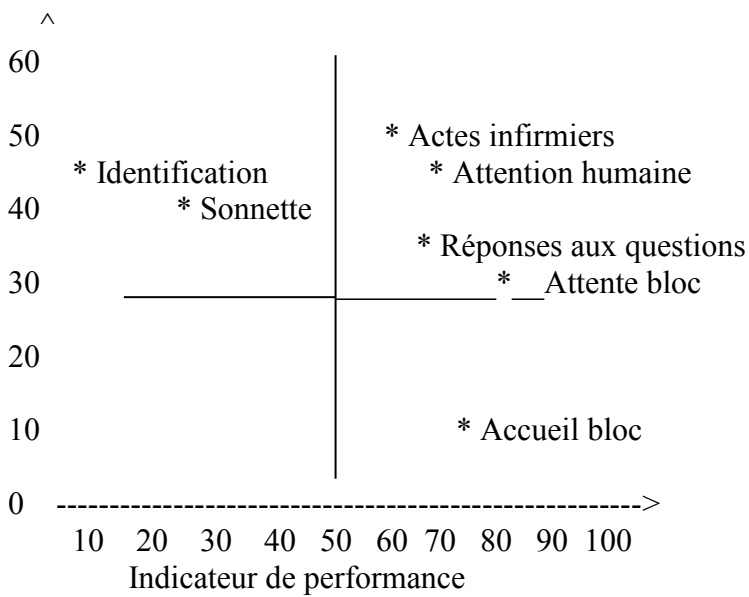
Le combien doit aider à trouver comment réduire ce nombre. Cela doit permettre des réponses.

Le taux d'infection,  
les examens de correction,  
la consommation d'antibiotique,  
le coût par pathologie,  
le coût de revient journalier même si ce chiffre est modulé au regard de la concentration des cas les plus difficiles traités en milieu hospitalier,  
le nombre de protocoles disponibles  
sont des éléments reflétant la qualité des soins d'un service.

Le taux de ré hospitalisation,  
le taux de plaintes,  
les incidents de toute nature,  
le taux d'actions en justice,  
taux de mortalité (avec intégration de la pathologie des patients pour le relativiser)  
sont à considérer comme des indicateurs révélateurs de l'indice de (non) satisfaction à l'égard des soins reçus.

Les demandes d'association de malades,  
les remarques des proches,  
les observations des patients  
sont aussi à mettre au compte de ces indicateurs.

Coefficient d'impact

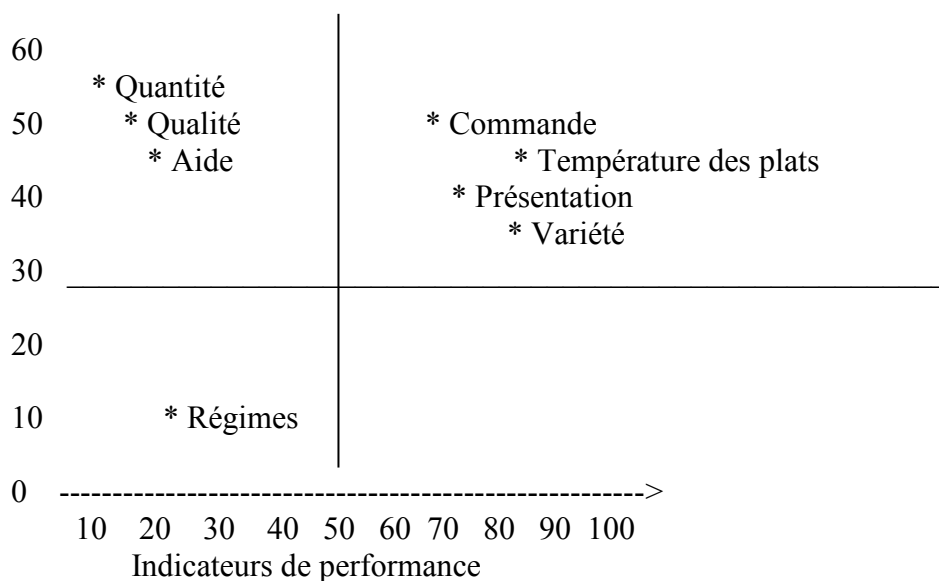


Exemple d'un diagramme possible dans un service de soins (Gestions hospitalières mars 1998, P 214)

Pour la restauration

Si l'appréciation des hospitalisés est en soi importante, celle du personnel soignant ne l'est pas moins. Elle vaut notamment dans un service de personnes âgées dans lequel la contamination d'un repas a des conséquences tant pour les patients que pour le personnel. L'hygiène en restauration prend une importance concrète.

## Coefficient d'impact



Exemple de diagramme d'appréciation des repas (Gestions hospitalières mars 1998, P 214)

D'autres illustrations pourraient tout autant se retrouver dans un service technique ou dans les services économiques.

Chiffrer des incidents,  
mesurer des répétitivités,  
les regrouper, les relier, les associer  
sont autant d'étapes donnant du sens aux chiffres. Ces étapes seront d'autant plus faciles à produire que l'analyse est déterminée.

### *Pertinence des indicateurs*

Quelques indicateurs simples, mais bien exploités suffisent souvent à suivre les projets, les dépenses, etc. en première instance. Ces données affinées au fil du temps amélioreront leur utilité.

La pertinence demande un travail de longue haleine. La rotation rapide des directeurs d'hôpitaux dans les différentes fonctions hospitalières et celle des cadres de santé dans les différents services nuisent à cette action dans la durée mais elles ont aussi pour elles de forger à des partages horizontaux. La tentation courante de remettre en question les méthodes de son prédécesseur pénalise de plus la gestion conduite. La condition de durée est alors perdue; le travail est recommencé constamment. Les améliorations souvent retardées.

La mise en place d'indicateurs, de tableaux de bord doit inviter à émettre des hypothèses, à proposer des actions, à soumettre des propositions, à les mettre en pratique pour en vérifier l'efficacité.

### Illustration d'une mesure et de son exploitation: le cas des chutes

Constat: des chutes sont dénombrées en suffisamment grand nombre pour chercher à y remédier tant elles sont une offense au lieu. Elles sont un dysfonctionnement immédiatement mesurable par les patients comme par leurs famille et affecte de fait la responsabilité de l'établissement tout en portant atteinte à l'image de l'établissement.

Objectif: les réduire faute peut être de les éliminer.

Méthode: Dépister les risques de chutes et leurs raisons.

Etablir une liste des lieux de chutes.

Etablir la fréquence pour chacun de ces lieux.

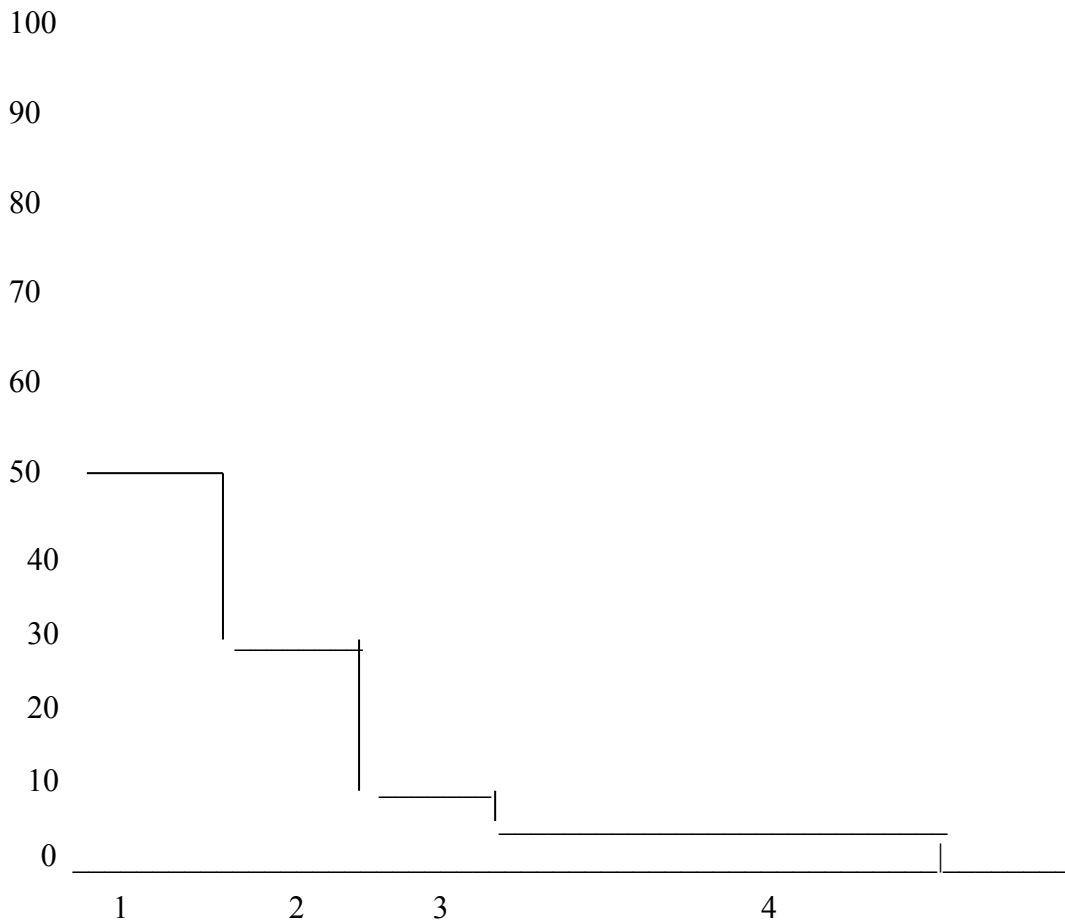
Les classer en fonction du lieu

Chercher des solutions sur les causes des 80 % des lieux de chutes

Agir prioritairement pour les traiter.

Rechercher à remédier aux 20% restant (application de la méthode de Pareto pour une recherche d'efficacité)

### Graphique



Fréquence cumulée des principaux lieux de chutes  $1 + 2 = 80 \%$

Fréquence cumulée des autres lieux :  $3 + 4 = 20 \%$

Illustration du diagramme de PARETO

“ La mise en place d'un programme d'amélioration de la qualité (PAQ) dans les établissements de santé ” ( BOLUS novembre 1999 p.16) J.-L. Terra, G. Maguerez, M. Erbault, J. Glikman

La méthode ainsi développée reste singulièrement imparfaite, car elle ne peut avoir d'effets si elle n'est accompagnée de conditions pour être pleinement productive.

## QUATRIEME PARTIE : CONDITIONS

Les conditions présentées n'auront que le souhait de rendre plus crédible la méthode préconisée. Celles-ci seront forcément incomplètes. Elles sont donc à compléter par chacun.

### Soutenir l'effort demandé

La continuité de l'effort appelle un soutien autant psychologique que matériel. Si l'encadrement comme la direction doivent participer aux efforts demandés, ceux-ci ont aussi à soutenir les personnels. Transformer le travail doit chercher à le rénover sans avoir à l'accroître plus de raison. Il est des services suffisamment lourds pour les soulager et d'autres sans doute à restructurer.

La certification dans les entreprises a donné lieu à des procédures chronophages. L'instauration de la qualité doit veiller qu'une démarche n'en installe pas une autre plus pernicieuse. Le motif qualitatif ne doit pas être à d'autres pertes visibles ou non comme l'être un temps consacré aux relations socio-thérapeutiques. De tels effets conduiraient rapidement à effacer le profit engrangé et l'abandon quasi certain des efforts sollicités. La certification ne porterait-elle pas elle des travers ?

Les relations entretenues entre soignants et administratifs plus qu'entre syndicats et direction contribuent sensiblement à la qualité des soins. Les motifs de tension tiennent souvent à l'appréciation des métiers et des contingences de chacun d'eux. Les uns faisant écho aux soins à prodiguer, les autres au réalisme des coûts. A cette différence de regards et de contraintes, les « égo » ne sont pas absents. Si les établissements privés entérinent de fait les aspects comptables comme source de profits et de rémunérations, les établissements publics ont fait de cette donnée un élément moins essentiel moins impératif. Mais les temps changent. Ces établissements ont été rattrapés par les questions financières entraînant de fait le corps médical à s'en préoccuper. Si cette notion rassemble dans le secteur privé, elle divise dans le public entraînant de fait la dissension que la coopération.

### Réaménager les formes de participation

De nombreux chefs de service s'emploient à corriger ou à atténuer des formes de servilité. Ceux-ci conscients, que la réussite des soins tient à l'effort de l'ensemble du personnel, s'emploient à créer un esprit d'équipe. C'est là une vision du pouvoir que tous les responsables de services de soins, administratifs ou techniques ne consentent à produire. La démarche est individuelle. Une autre plus collective doit l'accompagner. L'association du corps médical dans le processus de décision est aujourd'hui effective.

Si le directeur général des établissements publics est le dirigeant unique, l'écoute du corps médical demeure. Avec la loi HPST, les médecins sont désormais associés à la gestion en tant que chefs de pôle.

La loi HPST a réduit l'influence du pouvoir médical pour renforcer celle du directeur, lui conférant le rôle d'un chef d'entreprise, le corps médical associé à la gestion et consulté n'intervenant plus ou moins dans les décisions. Le président de la Commission Médicale d'Etablissement reste toutefois sollicité pour tous les aspects relevant de sa compétence. C'est là une coopération reposant sur la reconnaissance des compétences.

Les établissements publics sont régis par une hiérarchie très prononcée. Un tel schéma contraint la mobilité tant des esprits et au-delà des projets. La bureaucratisation freine les initiatives sous l'apparence d'en développer. Il est à craindre que l'encadrement infirmier ne comprenne pas toujours tout ce qui est attendu de lui. Mais cela lui est-il toujours bien expliqué ? Le jargon utilisé en matière de management est souvent (volontairement ou elliptique) abscons.

Le *statu quo* tient lieu de référence. Les relations figées empêchent tout changement. A l'image de la direction, une part de l'encadrement infirmier ou non écarte tout assouplissement des règles en vigueur, voire caricature la position managériale. La nécessité de contourner les blocages produits conduit alors à une déperdition encore plus grande. Les relations de travail se faisant encore difficiles, les aménagements à trouver le deviennent aussi un peu plus.

Si décrier les relations est conseillé, cette invitation préconise non de rechercher forcément à en « faire

plus ” mais à “ faire autrement ”. De telles ambitions demandent que des changements comportementaux aient lieu. L’invocation aux changements est délicate si les plus sclérosés sont perpétués. Pour être efficace, le changement doit concerner l’ensemble des acteurs. La réticence peut être forte. Les résistances ont de multiples expressions qui, toutes, contrecarrent l’effort entrepris. Des individus formés sinon sensibilisés y concourent mieux.

### **Rénover le pouvoir**

Comme toute entreprise, les établissements de santé sont des lieux de pouvoirs. Les établissements de santé ont pour particularité de les multiplier. Les uns au nom de leur savoir faire, les autres par leur légitimité administrative. Le personnel paramédical n’est pas en reste. Les autres corps en revendiquant aussi par simple légitimité professionnelle aussi. Le sens des préoccupations des uns et des autres incitent rarement à la synergie tout au moins dans les structures publiques dans lesquelles les enjeux financiers personnels sont moins présents que dans les cliniques.

Les établissements de santé malgré leur raison d’être sont donc traversés de conflits souvent feutrés, entraînant des pertes d’énergie non négligeables. Faute d’entente, le personnel d’exécution est contraint d’assister à un spectacle dont ils sont les contemplateurs obligés, parfois incrédules. Pour contourner les blocages orchestrés, les personnels est contraint de recourir au copinage, au système D de plus en plus difficile à mettre en œuvre du fait des systèmes informatisés.

Réguler les luttes de pouvoir devrait générer de la qualité et un meilleur climat. La réalité de ces phénomènes est impossible à ignorer. Faut-il dès lors composer avec elles ou les réduire sans ménagements. La chirurgie mériterait de s’imposer sans doute plus souvent pour au moins la satisfaction des autres salariés et sans doute pour la collectivité. Cela n’impose-t-il de solliciter à chacun de prendre la part de responsabilité qui lui est accordée pour l’assumer. Ce sont des aspects de la vie sociale faisant partie du paysage et dont les aspects sont constamment présents. Cela tient du fait social et de la vie collective avec lesquels il convient de gérer.

Ces aspects sociologiques sont des domaines peu abordés comme facteurs possibles d’amélioration des prestations ou de travail. Ces formes sont perçues, mais refusées. Elles sont admises, mais refoulées. C’est une réalité entretenue comme un mythe. Ce comportement ne contribue pas à la clarté des rénovations.

Les comportements issus de ces luttes ouvertes ou larvées sont présents dans toutes les entreprises, elle apparaît plus patente dans les établissements de soins où administratifs et soignants peuvent se revendiquer d’un savoir-faire spécialisés, différenciées aux rôles bien distincts.

Il semblerait intéressant que les établissements fassent un réel travail de “ pacification ” ; cela n’occultant nullement la confrontation. Il serait alors possible de bâtir de nouvelles relations et donc de nouveaux modes d’action. Il n’est pas certain qu’à l’heure actuelle les instances présentes dans les établissements de santé publics permettent une réelle synergie et un réel travail sur la qualité sans progrès sur ces aspects.

Cette rénovation du pouvoir suppose une mise à plat, des relations moins circonstanciées, davantage d’échanges, de transparence, d’apprentissage et d’ouverture sur tous les métiers ainsi que de formation.

### **Développer la formation**

La formation doit être entendue dans le sens le plus large qui soit. Celle-ci vaut pour les aspects les plus conventionnels, mais aussi pour tous les aspects les moins perceptibles. L’organisation, la gestion des hommes, la culture générale sont autant de sujets de cette fonction, trop souvent négligées. Investir dans ce qui apparaît souvent inutile, le devient à terme. Elle a vocation à maintenir une capacité d’adaptation et de réflexion qui est un investissement acquis.

Si le matériel contribue à une meilleure qualité des soins, cela passe par un apprentissage des techniques toujours renouvelées.

Comme lieu public, le personnel ne peut se passer de communiquer. Il lui faut acquérir un savoir-faire en

marge d'un savoir-être. La diversité sociale des salariés requiert d'accorder à une partie du personnel des apprentissages sociaux pour dialoguer avec toutes les catégories de patients et répondre au mieux à leurs attentes culturelles notamment en matière de langage.

La formation en matière de communication peut trouver un réel intérêt pour l'image que l'institution hospitalière veut vouloir donner. Un bon accueil est essentiel. Il doit l'être dans toutes les circonstances : en service de soins, en consultation, mais aussi avec le dépôt mortuaire. Il n'est pas de personnel qui puisse en être dispensé. Les hôtesse, les secrétaires, l'agent d'amphithéâtre, les préposés aux entrées - méritent d'être les premiers formés car illustrant parfaitement l'importance de la formation. Ils sont les vitrines et les ambassadeur de l'institution souvent insuffisamment formés. L'initier aux techniques élémentaires de communication est donc un investissement souvent relégué mais pourtant primordial face à la concurrence du secteur privé. A compétences égales, à prestations quasi semblables, la concurrence se joue aussi dans l'accueil.

Outre ses prestations de soins, un établissement de soins est aussi jugé par le cadre qu'il offre et l'accueil qu'il reçoit. S'attacher à former l'ensemble du personnel à la communication paraît donc important. Sensibiliser ces personnels à ces aspects répond à un véritable besoin tant il accompagne le travail des soignants. Une impression est une image globale. Elle est à créer. Il convient de renforcer ses maillons les plus fragiles.

L'accès à la formation reste largement inégalitaire. Toiletter la distribution ou la répartition des actions de formation est une première démarche à construire. Instruire des priorités semble utile pour porter son attention aux aspects les plus négligés. Pour cela, des axes sont à définir. Des bénéficiaires habituels sont à écarter et d'autres à privilégier. Il conviendrait aussi savoir la démultiplier pour mieux la rentabiliser.

La formation est un investissement pour les salariés en poste. Il est aussi possible de faire l'économie de certaines actions par un recrutement plus sélectif. Il est des investissements dont l'hôpital devrait pouvoir se passer à la base. Pour illustration, si la virtuosité de l'expression orale et écrite n'est pas indispensable pour certains métiers manuels, elle l'est pour d'autres; il est alors permis de l'exiger à l'embauche là où elle est indispensable en instaurant des critères précis. Un tel choix n'exclut nullement que les hôpitaux aient aussi une mission sociale. L'un n'est pas exclusif de l'autre.

La formation exige comme tout autre secteur une gestion rigoureuse. Elle a aussi à répondre de ses résultats. Une telle entreprise requiert un contrôle, mais aussi des lignes arrêtées.

## **Définir l'action**

### *Des objectifs clairs et limités*

Définir des objectifs clairs et proches permet à chacun d'être réceptif aux discours émis ; entendus et compris, l'action collective est alors possible. Les objectifs lointains ou difficiles rebutent, car les capacités de projection dans le temps sont peu courantes et les projets difficiles rebutent d'avance. Intégrer les possibilités de compréhension d'un public aux connaissances moyennes est une donnée que la direction doit mesurer. Ce qui peut lui sembler évident, ne l'est pas forcément pour un personnel moins formé. Les cadres de proximité sont sans doute les mieux à même de ressentir ce décalage d'intégration et de compréhension.

L'application de tous les points de la charte des malades est un objectif facile à partager. Il importe moins de la commenter que de la rendre effective. Son adoption intellectuelle ne suffit pas, sa complète concrétisation est le meilleur support de communication qui soit. Il importe aussi que la direction d'un établissement soit jugée à la réalisation des points la concernant et cela pour chacune des fonctions. Il sera alors plus facile de solliciter des soignants l'application des caractères de sa compétence.

Tout un volet social figure au rang des missions des établissements de soins. C'est aussi à son aune que les hospitaliers, particulièrement sensibles à cette dimension, adhéreront aux sollicitations qui leur sont faites. Beaucoup cultivent la double appréciation santé/social. Les préconisations en matière d'accueil de l'HAS ont toutes les raisons de les satisfaire. Il conviendra cependant d'accorder aux personnels les moins sensibles, une initiation à la dimension sociale des soins.

La santé a pour elle d'avoir un objet parfaitement explicite à forte notoriété. Nul ne peut ignorer son engagement ou plus modestement la raison de son action. Toutefois, si les objectifs généraux sont connus, le chemin pour les atteindre est rarement défini. Les prévisions trop bien faites mais inapplicables et les projets abandonnés ou constamment repoussés donnent le sentiment d'une gestion dictée par les aléas; cette situation démotivent les salariés qui ne peut que répercuter cet état d'esprit sur le travail accompli.

Si des objectifs sont fixés, bien peu sont balisés. Faute d'informations, de formation, d'autonomie ou de précisions fournies par les responsables eux-mêmes, les collaborateurs gèrent à minima. Les responsabilités sont renvoyées aux uns et aux autres ou tout simplement diluées alors que la clarté des objectifs renvoie d'abord à la responsabilité de la direction et de l'encadrement ensuite.

Limiter le nombre des objectifs est une autre condition. L'éparpillement nuit à la clarté et au-delà à la qualité. Il dilue l'attention et l'intérêt portés aux actions entreprises tout en obscurcissant les relations entre les projets.

La démarche repose pour une part essentielle sur l'encadrement. Celui-ci a moins la charge de produire seul un projet que de l'animer. Il n'est pas de sollicitation par décret. La qualité demande tant le courage de ses responsabilités que des objectifs simples et réalistes permettant d'escompter des résultats.

### *Des objectifs simples*

En établissement de soins, l'essentiel (les soins) est assuré, mais de nombreux points mineurs le grippent. Les traiter suppose une compréhension du tout. Les aléas et la gestion du quotidien perturbent constamment le cheminement de ces objectifs.

Fixer des objectifs inatteignables décourage. Des objectifs modestes sont seuls à fixer. Atteints, d'autres peuvent les renouveler. La démarche du pas à pas est à privilégier. Un tel choix n'écarte pas de profonds changements d'organisation quand l'utilité ne l'exige pas. Préparer les esprits autant que étapes devient impératif. Communiquer avec des mots simples immédiatement perceptibles par tous ne peut qu'illustrer ces objectifs.

Les grands projets sont indéniablement utiles, mais les demandes de projets bien plus modestes sont susceptibles de recevoir davantage l'assentiment des personnels. C'est par là même créer les conditions de leur participation et donc de réaliser ce qui est recherché. Il est même probable que le but accepté, les salariés développent par eux-mêmes la méthode pour l'obtenir.

Fixer des objectifs de " rentabilité ",

solliciter des économies,

afficher des ambitions,

arrêter des slogans

conduisent à un rapide discrédit si aucun accompagnement n'est produit, si aucune démarche n'est instaurée, si aucune mesure n'est prise.

On ne saurait ainsi solliciter une attention en matière d'économies alors que les compétences étant présentes, il est fait appel à des sous-traitants, certes plus souples mais moins présents. Indéniablement, un gain sera acquis, des économies seront faites, mais c'est aussi une disponibilité qui deviendra absente et des interventions ponctuelles qui en seront plus réalisées. Ce qui est gagné par d'un côté est perdu dans un autre. La pertinence invite à sous traiter ce qui doit l'être mais sans se déshabiller outre mesure. Il n'est pas certain que la logique de la sous-traitance vaille toujours au-delà d'un certain seuil. Il y a à mesurer les effets que de telles décisions peuvent produire chez le personnel restant. Cela peut éveiller une part d'angoisse et inhiber toute démarche volontariste, tout comme y contribuer pour reculer une telle issue.

### *Une action volontariste...*

Instiller la qualité est forcément un projet volontaire qui gagne à émaner de l'intérieur. Les publications des hebdomadaires peuvent l'instiller quand les chiffres sont peu flatteurs. Elles peuvent amener les professionnels de santé à être touchés. Une telle forme d'intrusion peut affecter dans un premier temps mais à réagir dans un second. Le volontariat est porté alors par ce désir de réponse. C'est une courroie de transmission de la qualité.



Il revient à la direction de sentir cette volonté de changement pour l'accompagner financièrement et stratégiquement. Il n'est pas utile qu'elle s'empare du sujet dont elle n'a pas été à l'initiative. Cautionner et soutenir un projet témoigne d'une volonté d'association. Si une telle attitude est ressentie, nulle nécessité de vouloir s'en approprier la primeur.

Volontaire ne signifie nullement solitaire. La démultiplication et la généralisation imposent le partage. La répartition n'est pas à vivre comme une obligation contractuelle, mais c'est aussi une des meilleures façons de l'inscrire dans l'espace comme dans la durée.

### *...inscrite dans la durée*

La certification des établissements de santé concourt de fait à l'amélioration des prestations puisque des sollicitations et des requêtes sont émises.

En marge de la certification, les classements publiés invitent à vouloir conserver les rangs obtenus dans chaque discipline évoquée. La contrainte comme l'évocation impose l'amélioration. Le contrôle régulier impose la réaction. On peut regretter que ces formes de contrôle et de parutions soient nécessaires pour inciter à relever ou à maintenir les prestations de soins. Mais, faut-il croire à la pertinence de la certification.

Ne peut-on croire à une logique de l'honneur et donc à l'exercice d'un travail consciencieusement réalisé du fait de la particularité du métier, des multiples relevés écrits et du regard des autres soignants, et donc supposer un travail toujours maîtrisé et d'une responsabilité intériorisée. Une intégration peut inviter en contrepartie à mieux prendre en compte la culture hospitalière.

### *Intégrer la culture hospitalière*

Toute structure développe des pratiques, un langage, parfois une fierté. L'hôpital cultive particulièrement ces aspects. Il a su élaborer une forme de culture qui s'approprie peu à peu. Longtemps milieu fermé, il a gardé quelques aspects de cette particularité. Aussi, entend-il assez peu recevoir des observations émises par des non professionnels de la santé. Les journalistes ont sans doute réussi à toucher les hospitaliers moins par leur talent que par la prise à témoin de la population potentiellement sujette à utiliser leurs services.

Les soignants jouissent d'une notoriété indéniablement justifiée qui les soumet, en contrepartie, à des obligations morales. Aussi, acceptent-ils toujours d'améliorer leurs méthodes de soins par déontologie d'abord et par éthique ensuite.

La présentation de tout projet mérite donc de tenir compte de ce phénomène culturel pour en écarter toute idée de culpabilisation inutile. Il peut néanmoins rester chez tout hospitalisé le désir des meilleurs soins et d'une grande disponibilité des soignants. Que les meilleurs soins soient encore généralisés est encore assuré, que la disponibilité puisse être encore accordée soit moins garantie. Les gains de productivité touchent aussi l'univers de la santé qui se sont aussi mariés à une évolution des mentalités.

La sécurité du patient,  
son bien-être,  
le respect,  
la dignité,  
l'intégrité du corps,

sont constantes pour qu'il soit facile de s'en revendiquer. Ces données admises, il devient plus facile de solliciter une participation. Les valeurs étant avant tout une affaire culturelle, l'usage des mots et la reconnaissance des métiers deviennent essentiels dans cet univers fortement spécialisé. La connaissance du milieu devient un impératif pour agir.

### **Connaître le milieu**

La qualité ne peut reposer uniquement sur des aspects techniques, d'autres sociologiques, psychologiques ont besoin d'être pris en compte.

L'évolution de la société que le législateur a accompagnée, a participé à bousculer les pratiques qui

prévalaient. Les soignés ont imposé de nouvelles relations soigné / soignant dans le cas de maladies particulières. Ce sont aux patients malades du VIH et aux associations qui se sont créées à cette occasion que l'on doit cette évolution. Leurs approches, leurs revendications se sont diffusées rapidement. Ces nouveaux patients ont bousculés les relations, il est vrai que la nouveauté de la maladie mettaient médecins et patients à la nécessité de coopérer.

Certes, moins dociles que par le passé, ces patients se sont appropriés des droits qu'ils leur étaient reconnus ou en ont réclamé de nouveaux au nom de la propriété de leur corps ou de leur citoyenneté. Perçues comme abusives par certains, ces revendications ont fait considérablement évoluer l'approche des soins et la contribution que les patients étaient susceptibles d'apporter. Il y a tout lieu de leur reconnaître un bond qualitatif dans la perception des soins, avec le recul, les actions assez vives parfois entreprises sont un prix marginal au regard des transformations introduites.

Ces initiatives ont modifié l'image du médecin comme elles ont instauré un droit d'informer et de participation du patient à ses soins. Elle a dépoussiéré certains comportements du corps médical et l'a amené à reconnaître ses lacunes et à les énoncer. Le VIH se prêtait bien à cette reconnaissance du fait de la nouveauté pour tous du phénomène et de ses effets. Sans oser l'égalité des deux parties, une modification de perception s'est indéniablement imposé améliorant de fait la nature et la qualité de la relation soignant/soigné.

De nouvelles relations médecins/ingénieurs biomédicaux se sont installées du fait d'équipements toujours plus sophistiqués requérant les compétences de ces personnels spécialisés. C'est donc là aussi une nouvelle relation qui s'est transformée apportant un meilleur service rendu tant interne qu'externe.

Le personnel paramédical a connu aussi des nouveautés non négligeables dans ses méthodes de soins mais sans les bouleverser de façon fondamentale. Mieux formé ce personnel revendique une plus meilleure écoute du corps médical comme des services administratifs en général. Ce personnel continue de défendre des soins de qualité malgré les économies qu'on lui impose à travers un choix de matériels parfois de qualité moyenne.

Ce qui vaut du personnel soignant vaut encore plus pour le personnel administratif, sommé de relayer le discours financier de la direction, elle-même contrainte par l'ARS. Ce personnel sert alors de tampon entre le personnel soignant et la direction. C'est là une situation qu'il peut vivre assez mal mais qui, cantonnée aux bureaux, n'a guère d'expression visible.

L'encadrement infirmier choisi pour son allégeance est sommé pour sa part de diffuser tout le discours managérial sans forcément en comprendre tous les aspects. Vite usé, il se désinvestit rapidement pour rechercher des missions de toutes natures parfois éloignées des soins. La gestion d'une carrière devient le point essentiel de tout un travail. Un discours est maintenu pour faire écran.

Si ces présentations très strictes ne reflètent pas exactement la réalité, elles n'en sont pas moins présentes.

Ces éléments modifient sensiblement le rapport au travail. La qualité y est gagnante par certains aspects, elle en est perdante par d'autres du fait de conditions sociales ou humaines. S'attacher à les comprendre devient dès lors un enjeu qualitatif non négligeable. La complexité, les rivalités, les oppositions invitent davantage à les repousser ou à les cacher sous le tapis. Tout un ensemble de considérations qui appelle du tact.

### **Exercer avec tact**

Induire des investigations en matière de qualité exige d'admettre d'entendre et d'écouter des observations parfois contrariantes. L'objet doit moins chercher caresser dans le sens du poil que de l'hérisser pour induire des interrogations et donc de nouvelles connaissances afin d'améliorer les pratiques.

Former quelques intervenants choisis aux pratiques d'audit et de qualicien peut s'avérer un excellent investissement.

Si introduire ce type de démarche demande de rester dans le cadre institutionnel, il exige aussi de s'exonérer de trop de formalisme pour s'adapter de façon permanente en reconnaissant les formations spécifiques. Il y a une part de convivialité et de sympathie à créer pour inventer du plaisir à coopérer.

Lancer une rénovation qualitative appelle un soutien. Celui-ci ne va pas:

- \* sans une latitude d'action,
- \* sans une expression relativement libre,
- \* sans une liberté d'expression
- \* sans une indépendance consentie ni
- \* sans informations,
- \* sans réconfort,
- \* sans conseil,
- \* sans suivi réel de son initiateur.

Le soutien de la direction a besoin d'être effectif. La rare fréquentation des services par le personnel de direction est ressentie comme un désintérêt pour les soignants. C'est là un défaut de communication physique.

Le personnel hospitalier cultive les mêmes remarques que des salariés de nombreuses entreprises : distance sociale, oubli des salariés de production, non écoute, fuite des doléances en matière de personnel comme de matériel.

### **Bénéficiaire d'un matériel adéquat**

Le matériel occupe une place croissante dans des soins de plus techniques. Celui-ci façonne pour partie les conditions de travail et la pertinence des résultats. Si l'outil ne fait pas le bon ouvrier, il y contribue.

Il est par ailleurs possible de faciliter le bon usage du matériel par la standardisation sur l'ensemble du site. La normalisation du matériel et des techniques évite les pertes de temps, l'approximation, les hésitations toujours agaçantes, le stress comme la mobilité. Un tel choix accroît la sécurité des patients en même temps qu'il sécurise et rassure le personnel.

L'achat du mieux disant est parfois une fausse solution. Le coût *a posteriori* se montre parfois sinon souvent plus coûteux à terme. Ces calculs de gribouille, les pannes ou l'indisponibilité des matériels sapent rapidement le moral des utilisateurs. Certes, la qualité a un coût mais qu'il est souvent préférable de payer pour pouvoir la solliciter et l'attendre légitimement des salariés et aussi pour faire disparaître l'excuse matérielle. Le personnel sait reconnaître ces efforts et les saluer. Cependant, il importe d'informer que si tout ne peut être accordé pour des raisons non seulement financières mais aussi juridiques, il faut en concéder certaines.

Le matériel fourni est aussi un message. Il traduit une attention, il rassure et fidélise. La communication passe par des expressions multiples. Toutes sont à utiliser.

### **Bien communiquer**

La communication est souvent comprise comme un espace à occuper et à saturer. L'entendre ainsi lui fait perdre de sa pertinence. La crainte d'une perte d'autorité fait renoncer à une communication ouverte. La communication est alors réduite sinon inexistante.

Malgré d'indéniables progrès, l'univers de la santé reste peu ouvert sinon fermé à la communication. L'effort entrepris déçoit souvent tant par le fait que les attentes du personnel et du public sont occultés que par sa minceur. La peur de communiquer paralyse encore.

La communication est largement entendue comme un appel à la mobilisation. Elle ne saurait se résumer à cela. C'est l'un de ses plus mauvais usages. Plus qu'à ignorer les expériences conduites par les entreprises, les établissements de soins gagneraient à s'en inspirer. C'est là encore plus un esprit à insuffler qu'un discours à divulguer à tout prix.

### *Insuffler un esprit plus qu'un discours*

La communication peut être aussi silencieuse. Cette forme passe par alors par des actes. Comme de

nombreux autres salariés, les soignants sont sensibles à cette forme de communication.

Les moyens de communication sont multiples pour faire feu de tous. Démontrer un engagement conforte mieux qu'un message. Le recours aux médias sur papier glacé passe souvent comme un gaspillage à l'heure de maîtrise des dépenses de santé sont invoquées et traduites dans les faits. Du matériel semble toujours plus utile que l'usage de tels moyens. Les hommes préfèrent la réalité des faits et la discrétion des moyens à l'étalage des formes de communication.

La communication a plus à forcer l'admiration qu'à brouiller l'espace. Les hommes sont à toucher affectivement. Une sensibilité est souvent présente malgré leur détachement. La valorisation du personnel mériterait d'être plus fréquente.

Il n'y a pas de communication sans écoute pas plus qu'il n'y a de contredons sans dons. L'efficacité d'une communication impose de créer les conditions de sa réception. La communication avec leurs patients ne tient essentiellement qu'au personnel soignant or celui-ci a-t-il toujours envie à rechercher ces échanges qui ont nourri des générations de soignants. Répétons nous, plus la technicité des métiers croît, plus les échanges humains semblent ou tendent à décroître. Rien d'étonnant que les patients viennent chercher une qualité de soins irréprochables. Ils exigent pour partie là ce qu'ils ont perdu ailleurs. Il y a lieu de prendre cette donnée comme un constat. La course à la productivité a pénétré aussi les soins, entraînant une perte de communication pas seulement imputable au temps qui manque. L'évolution sociale affecte aussi le personnel soignant, mais sans réseau sociaux comme substituts.

En matière de relations entre les différentes catégories de personnel hospitalier, le sens de la hiérarchie ne prête guère au dialogue ouvert et réel. La parole du cadre reste encore largement déterminée par le statut. Si le pouvoir médical a toutes les raisons de primer dans les unités de soins comme celui du guide de haute montagne ou du capitaine de vaisseau vaut sur les cimes ou sur les eaux, les prétentions de l'encadrement infirmier sont parfois plus discutables. Le passé de certaines infirmières aux expériences multiples vaut souvent d'être écouté alors qu'il est éludé. Manager appelle à rassembler les idées, les paroles et les expériences utiles. L'encadrement a plus à gérer et à mêler les savoirs pratiques comme théoriques. Le crédit est à ce prix.

### *Utiliser toutes les formes de communication*

Si la qualité est une donnée intrinsèque à chaque centre de soins, les moyens permettant sa production sont-ils toujours aussi ou de plus en plus disponibles ? Les nouvelles technologies pour autant qu'elles soient utilisées, l'autorise. Offrir l'accès des banques de données des plus grands établissements au profit des plus petits la facilite. Echanger plus facilement les expériences, les travaux conduits chez les uns et les autres ne pourrait que servir à tous les patients.

Sans recourir aux plus perfectionnées, les nouvelles technologies permettent la production de journaux, de flash info et autres compte-rendus attrayants et peu coûteux. Les réunions de service, les entretiens, les visites dans les services sont d'autres formes plus traditionnelles et davantage prisées. Les communications entre services semblent encore insuffisantes, ces moyens les plus élémentaires ne seraient-ils pas à développer ?

Les nouvelles technologies de communication permettent de rompre la solitude des médecins. La solitude des praticiens peut alors être en partie résolue. Par ces canaux, une formation est implicitement diffusée alors que la sécurité est renforcée. Les CHU sont aujourd'hui dotés de moyens de transmission performants pour que ceux-ci soient pleinement exploités.

Le maillage des connexions entre hôpitaux et cliniques devrait inciter à une meilleure diffusion des innovations. Ces échanges méritent d'être développés car elles apportent à chacun une meilleure garantie de soins comme une meilleure utilisation des potentialités et des ressources disponibles. Ces relations individuelles et collectives décroisonneraient les structures internes et favoriseraient des relations plus ouvertes vers l'extérieur.

### *Décloisonner les structures*

Si la communication vaut pour l'extérieur, elle a aussi à valoir pour l'intérieur. Le cloisonnement des services prévaut encore. La philosophie des réformes entreprises ne semblent pas toujours très lisibles pour augurer un décroisonnement autre que financier.

D'un point de vue moins local, le maillage des réseaux de soins reste encore parcellaire. Si des initiatives sont prises, elles peinent et semblent encore bien difficiles à développer même si des groupements de coopération sanitaire sont mis en place. Ces interconnexions interrégionales fonctionnent à l'image des établissements, c'est-à-dire comme des citadelles. Et bien peu de fondateurs de ces structures sont prêts à les ouvrir à d'autres malgré les discours émis.

La recherche aidant, la spécialisation médicale se développe conduisant davantage à cloisonner qu'à décroisonner rendant toujours un peu plus difficile la communication. Cette spécialisation éloignera d'autant les petits centres des grands drainant toujours davantage de patients, ségrant de fait les patients.

A défaut d'être institué en système dans un cadre plus large, le cloisonnement est de fait établi à l'intérieur développant des savoirs particuliers invitant ou drainant l'attribution de moyens financiers. Chacun peut alors asséner des certitudes particulières. Techniciens, informaticiens imposent leurs avis et les moyens sans rechercher des solutions alternatives ou particulières à des cas particuliers. Les administratifs se vantant d'une culture et de connaissances qu'ils n'ont pas toujours, traitent petitement leurs affaires. Ces attitudes invitent à des comportements identiques de la part des soignants déplorant ponctuellement des déficiences sur lesquelles ils ne peuvent agir ressentant là une gestion imparfaite de l'organisation qui les affecte en premier lieu et dont ils subissent les effets.

### **Assouplir la gestion des budgets**

Si la décentralisation des décisions et de la gestion des budgets peut montrer une réelle performance, elle ne saurait être une commodité pour l'administration et les administratifs.

Que la responsabilisation des médecins, chefs de service aux préoccupations financières soit recherchée, semble légitime alors que ceux-ci sont les ordonnateurs de fait des dépenses. Que l'équipe dirigeante trouve dans la délégation financière un moyen de se délivrer d'une difficulté est une stratégie aussi légitime qu'un peu manipulatrice même si le corps médical souhaite depuis longtemps être associé au budget des établissements. La responsabilisation souhaitée des uns pourraient entraîner la déresponsabilisation des autres avec des résultats pas forcément à la hauteur des objectifs recherchés du fait de l'impréparation des médecins à la gestion et malgré l'aide qui leur est apportée.

Si la participation à la gestion est une option, assouplir les budgets par la fongibilité des comptes permet une meilleure utilisation des dépenses là où elles s'imposent. La pluri annualité contribue aussi à cette meilleure gestion par son assouplissement. Ces méthodes transforment les habitudes et les règles mais pour l'intérêt de tous.

### **Bousculer les habitudes**

Le changement d'habitudes génère des résistances. Celles-ci sont inéluctables, elles sont dans l'ordre des choses car le changement n'appelle pas à l'adhésion automatique. Il convient donc de prévenir, de réduire, d'expliquer après avoir cernés et compris les points de réticence.

Le changement impose des renoncements, des habitudes qu'il n'est pas facile de délaisser. La pédagogie par la démonstration peut s'avérer un moyen. Il peut être utile de solliciter l'aide des patients à travers les associations de malades.

### *Intégrer les malades comme agitateurs internes \_*

Les patients ont forcément à dire et à voir dans l'amélioration des soins. L'invitation à la réflexion et à la modification des comportements est souvent stimulée de l'extérieur. L'amélioration des soins n'échappe pas à cette logique.

Admettre l'hospitalisé dans la vie hospitalière implique de l'accepter

- \* comme un évaluateur de soins,
- \* comme un régénérateur des structures et donc comme un trublion,
- \* comme une partie prenante à toute la vie des établissements et donc
- \* comme un négociateur.

Le statut de personne et de citoyen à l'hôpital sont à préserver pour chacun des patients ; les leur reconnaître ne peut que déranger les professionnels de santé, habitués à les leur ôter partiellement le temps de leur prise en charge. Ils les leur réattribuent au moment de leur départ. Cette option a le privilège du confort mais c'est souvent de l'inconfort que surgit le progrès. Faut-il que les établissements de soins soient exempts de règles prévalant par ailleurs ? La primauté de la personne gagne à être préservée en toute circonstance. C'est accorder à l'humain une place particulière qui devrait être la sienne en toutes circonstances.

L'intégration de représentants de malades au sein du conseil d'administration plus qu'une initiative heureuse devrait être perçue comme légitime. Mais son statut de consultant est-il bien suffisant ? Présent, peut-il rester absent de la vie hospitalière et lui accorder une parole par procuration. C'est leur accorder un strapontin, c'est s'accorder un droit de bonne conscience.

### *Intégrer des associations*

Si ces associations peuvent jouer un rôle d'aiguillon, elles participent aussi à assurer des services délaissés par les personnels et par l'institution comme le soutien moral et les services rendus aux malades dans leur cadre de vie. Ces acteurs, encore largement écartés des centres de soins, permettraient

- \* de soulager le personnel soignant d'un stress,
- \* de créer de la solidarité sociale en plus d'offrir une écoute devenue rare,
- \* de créer un réseau après l'hospitalisation,
- \* de redonner du sens à la vie aux personnes dont la vie est rendue difficile et ostracisée,
- \* d'apporter du temps au personnel,
- \* de prendre en charge partiellement un aspect de la maladie...

Leur rôle d'accompagnement est amplement démontré. Leur connaissance du vécu quotidien des ex-hospitalisés en fait des interlocuteurs intéressants. Les acteurs de ces associations de malades ou de parents de malades connaissent bien les aspects médicaux et psychologiques pour être trop rapidement écartés. Leur perception notamment en matière de douleur peut en faire des aides utiles.

### *Réduire la douleur*

La maladie est indissociable de la douleur physique et psychologique. De substantiels progrès ont été réalisés mais le retard était grand.

La douleur est parfois associée au manque de confiance. Le soin n'est pas seulement une affaire de soin il est un réconfort et un espoir à donner. La part psychologique est sensible. L'art de soigner est un tout.

L'utilisation courante d'analgésiques a contribué à réduire la douleur. L'écoute est une autre méthode pour réduire celle de nature psychologique. Les psychologues font désormais partie en plus grand nombre du personnel. Cette intervention comme complément de soins contribue aussi à compléter les relations qui tendent à diminuer.

### *Rénover les relations*

Le recours à des valeurs simples - franchise, écoute, lucidité, information complète et satisfaisante, voire discussion des modalités de la thérapie arrêtée - donnent aux soins une autre dimension. Ces facteurs sont d'ailleurs spontanément évoqués dans les attentes de certains patients souhaitant être davantage associé au processus de soins. Faut-il refuser cette attente pour autant qu'elle puisse être aisément donnée?

La maladie ne mérite pas de conduire à une relation déséquilibrée. L'état de faiblesse ne saurait l'encourager. L'instauration d'une telle relation convie à un état de défiance. Les réponses fuyantes ou euphémiques altèrent le sentiment de satisfaction.

Une relation normale et équilibrée,  
une explication du diagnostic au vu des analyses et autres supports,  
une présentation claire des options possibles,  
la précision des effets secondaires,  
un compte rendu objectif des risques,  
une prospective des conséquences personnelles et sociales  
sont à même d'éveiller une meilleure satisfaction.

Une relation à parité est à construire. L'individualisation des soins est encore à améliorer malgré les efforts. Ces attentions réduiront la détresse d'un échec, les limites d'une thérapeutique, le miracle restant improbable. Le respect accordé palliera les limites de la médecine. Il sera alors rendu hommage à l'homme plus qu'au médecin. L'humanisme, l'humanité dans le 'humanisme selon le mot d'Albert Jacquart accompagneraient utilement la technique. La première en appelle aux sentiments, à l'incarnation et à l'esprit alors que la seconde recourt à la froideur et au matériel.

De telles conceptions obligent à reconsidérer le pouvoir médical. Peut-on faire le bien être de son patient et donc sa satisfaction sans sa complicité? De telles relations donneront de fait au séjour une perception autre. La satisfaction peut aussi tenir en la réduction du séjour hospitalier pour de toutes autres considérations que financières. Faut-il pour illustration noter la forte résistance des hospitaliers à tout séjour dans cette institution pourtant familière ? Eprouveraient-ils une telle réticence, s'ils ne l'appréhendaient pas, s'ils ne la percevaient pas imparfaite?

Un traitement parfaitement suivi à la sortie dépend aussi de la qualité des soins assurés pendant la période de soins dans l'établissement. Cela demande aussi des relations étroites nouées avec toutes les structures de soins extrahospitalières. En ce sens, la notion de réseau est particulièrement pertinente, encore convient-il de l'instruire. C'est imaginer une nouvelle organisation des soins.

### **Renouveler l'organisation classique des soins**

Les établissements de santé ont entrepris d'optimiser leurs capacités de soins par un mouvement rapide de circulation des patients que la T2A (tarification à l'acte) encourage. Une telle logique ne peut que conduire à des structures de soins externes ou/et à des structures ambulatoires pour les suites de soins. Il semble dorénavant difficile d'entrevoir les soins prodigués en dehors de ceux prodigués de façon extra hospitalière. La qualité des soins devrait se mesurer tant intra murs qu'extra murs. Le retour d'un patient en établissement de soins ré-incrémente une nouvelle entrée et donc efface un passé. Un nouveau mode de facturation induit de fait de nouvelles conséquences et de nouvelles perceptions de la qualité des soins qui ne peuvent être masquées.

Compte tenu de l'introduction de la T2A, la notion de qualité de soins peut s'en trouver impactée.

#### *Recourir à toutes les formes d'hospitalisation*

La réduction de séjour tient tant aux progrès réalisés que par la volonté économique et financière d'assurer une plus grande rotation des lits.

Cette réduction est aussi bien accueillie par les patients qui aiment retrouver leur espace social dès lors

- \* que leur état s'est amélioré,
- \* qu'une prise en charge est effective via l'hospitalisation à domicile ou les soins paramédicaux classiques est possible,
- \* qu'une solution alternative est proposée à l'hospitalisation.

Resocialiser facilite la guérison ou, à défaut, fait oublier parfois le caractère désagréable de la période vécue. La démarche est doublement satisfaisante. Elle est prisée par les patients qui la revendiquent, et appréciée par les organismes sociaux pour des raisons de coûts. La conjonction des ces deux aspects invoquent qu'on y recourt plus couramment.

En prenant en compte la vie familiale, la vie sociale, l'hôpital acquiert une autre image. Il n'est plus qu'une possibilité. Ces alternatives

- \* atténuent l'angoisse,
- \* limitent, voire évitent les risques d'infections nosocomiales,
- \* réduisent les coûts,
- \* améliorent la relation soignant / soigné,
- \* désengorgent les hôpitaux.

Les permissions de sortie méritent aussi de figurer dans le panel disponible dans une conception plus moderne de l'hospitalisation. De telles sorties permettent de marier vie sociale et handicap momentané. L'appréciation restant du seul ressort médical, il ne convient pas de l'imposer, mais de l'encourager.

Ces dispositions sont d'autant mieux perçues qu'une formation est donnée aux parents ou aux proches.

### *Former les parents*

Informar la famille de la maladie et lui faire acquérir une maîtrise de certains gestes techniques indispensables au traitement (massages, pansements, alimentation) contribue à resocialiser le soin.

Si la formation des parents à certaines techniques est souhaitable, leur apprendre à supporter la vérité semble un accompagnement tout aussi important. Si la vérité appartient seulement aux patients à même de la recevoir, il peut être utile de les inciter à la faire partager à leurs proches. Distiller les vérités par euphémismes ne glorifie nullement les soignants et au delà les établissements de soins. Apprendre à formuler un état devrait être courant tant cette information peut avoir de répercussions. Les euphémismes, les circonvolutions, les échappatoires sont parfois inadaptés. Il n'est nullement acquis que taire la vérité soit un service rendu au patient. Le sens des responsabilités appelle d'autres attitudes.

### *Sensibiliser le personnel médical à de nouvelles responsabilités*

Il serait injuste d'accabler plus que de raison cette catégorie professionnelle. Le personnel hospitalier est mis à rude épreuve. La douleur, le sentiment d'injustice, l'échec, les contraintes budgétaires ou les demandes des patients et de leurs familles sont toujours mal ressentis. Partager les contraintes peut s'avérer davantage profitable.

L'une de nouvelles attentes susceptibles d'être de lui être soumise tient à une responsabilité de gestionnaire d'une part du budget de son service et donc aussi de son activité notamment à travers des contrats d'objectifs et de moyens établis entre la direction et les chefs de pôles. Si ces formes de contrats peuvent contraindre les services à mutualiser leurs matériels et donc leur meilleure gestion, elles ont aussi pour effet de transférer une responsabilité au corps médical qui incomberait aux administratifs.

Il semble qu'avec la meilleure diffusion de l'information médicale comme de la demande de la société, l'acte de soin est devenu un acte explicité pour être accepté, reporté ou refusé. La perception de la qualité est aussi mesurée à ces aspects nouveaux. Le patient, invité à participer à son mieux être, ne peut que ressentir le sentiment d'une meilleure prise en charge. Il assurerait en fait un auto-accompagnement.

Cette association peut aussi impliquer des devoirs nouveaux de la part des soignants en matière de regard porté, de confiance partagée au-delà de l'information dispensée, du suivi apporté à la médication et des conseils préconisés donc d'une relation plus complexe que celle prévalant incluant aussi des aspects éthiques.

### **Associer l'éthique au sens large**

Les louvoiements avec la règle médicale et l'approximation des attitudes affectent le regard porté sur les établissements de soins. Le crédit accordé aux médecins s'est largement entamé.

La morale ne se dicte pas, elle est à assimiler et à se pratiquer. Elle est une philosophie de l'action. Aujourd'hui, encore

le langage encore hermétique pour nombre de patients,  
le culte du secret,  
la suffisance pour certains encore,



la maladresse,  
la vérité édulcorée,  
la volonté de pouvoir

entachent le comportement souhaité, attendu de nombreux patients. Le corps médical renouvelé ne ressemblera sans doute pas celui de la génération précédente encore empreinte de mandarinat.

Les exigences de consommateurs ont relégué les soins à des formes de prestations monnayées faisant perdre un peu le côté magique des soignants que les aspects techniques accessibles rendent plus réels et donc plus relatifs. Une qualité des soins est perçue comme requise.

Pour rénover une part de la confiance perdue, sans doute est-il besoin

- \* que le corps médical dans son ensemble impulse de nouveaux comportements,
- \* que celui-ci accorde au personnel infirmier une reconnaissance à pouvoir dire et donc à être entendu,
- \* que les patients soient renvoyés parfois à leurs responsabilités s'il y a lieu mais aussi à une meilleure participation dans leurs soins quand ils le souhaitent,
- \* que la direction se rapproche des soignants pour partager des responsabilités qui pourraient lui incomber ?

Une telle réflexion invite à une prise de conscience chez tous les acteurs de la part qui lui revient. Les demandes et les attentes seraient alors plus raisonnées. La qualité sera aussi d'autant plus facile à obtenir que le préventif aura été un substrat constant. L'éthique doit être de tous bords.

Les soins palliatifs sont un progrès sans doute insuffisant. La perception de cette question est laissée à l'appréciation des patients et de leurs familles. Ce sujet dépasse le cadre hospitalier soumis de respecter les dispositions légales. Les perceptions étant fort diverses du fait des croyances, des idées. Il est possible que l'univers de plus en plus sériel du corps humain amène à entrevoir une approche plus globale de la santé de l'homme.

### **Humaniser les soins / l'homme?**

L'humanisation des soins reste une quête. Elle l'est tant par l'accueil des patients que par la manière dont les soins leur sont prodigués. L'hôpital a réalisé de nombreuses initiatives pour répondre aux souhaits des patients. La prise en compte de la personne a considérablement évolué. Le confort offert s'est aussi tout aussi sensiblement amélioré. Indéniablement les fonds inscrits dans le plan hôpital 2000 et suivants ont en partie été consacrés à cette amélioration. Les établissements se sont aussi à cette occasion lourdement endettés, s'imposant aussi des économies drastiques passant inévitablement par des suppressions de postes, entamant aussi une part de qualité dans certaines prestations moins visibles. Cette situation conduit à des effets pervers notamment dans la sollicitation du personnel donc sa disponibilité. Chercher à rehausser un niveau ne doit pas non plus à aboutir à vouloir s'aligner pour concurrencer le secteur privé sur son terrain. Les établissements publics ont à faire valoir d'autres aspects tout en s'attachant à rechercher ou à approcher l'équilibre budgétaire pour ne pas affecter outre mesure une part de sa qualité. Les établissements publics ne sont pas dimensionnés sur ce terrain ; ils n'en ont pas encore toute la culture ni les moyens. Une telle tâche reste conséquente et le pari serait loin d'être gagné.

D'autres demandes d'humanisation des soins sont bien plus difficiles à satisfaire. La disponibilité donc le confort moral se fait plus rare. Le temps d'écoute devient plus rare. Ce sont donc une part de ces moments traditionnellement octroyés qui ont disparu ces dernières années. Il est probable qu'avec l'individualisation croissante des mentalités, ces aspects soient à peine remarqués par les nouvelles générations habituées à moins ou peu de sollicitude. L'information donnée sert de réconfort moral ou d'accompagnement. Bien d'autres aspects de la relation soignant/soigné sont appelés à évoluer. Il semblera bien difficile pour tout hospitalier de ne pas coller à l'évolution des demandes qui se feront jour. Une adaptation sera indéniablement à réaliser.

Humaniser les soins implique non seulement d'intégrer la personne, mais aussi de lui rappeler sa condition fragile. La maladie peut être une occasion de faire de cette épreuve un rappel philosophique pour inviter à un peu de tempérance dans les attentes et une meilleure prise en charge de la souffrance de tout type. Ce peut

être une opportunité pour donner aux soins un supplément d'âme. A l'heure où le sens du travail est souvent évoqué, les questions relatives à l'homme peuvent en fournir la matière. La réflexion sur un tel sujet ne peut qu'être favorable à la qualité des prestations tout en produisant un enrichissement personnel pour les intervenants. La gestion des ressources humaines ne peut qu'en être améliorée.

### **Mieux gérer les Ressources Humaines**

Si l'attention légitime et particulière consacrée au patient honore l'institution, peut-on, cependant, négliger tous les personnels qui le prennent en charge c'est-à-dire ceux qui le soignent, le servent, lui préparent ses repas ou assurent l'entretien de son environnement immédiat? Que le patient soit au centre de tout discours est logique et impératif, un tel projet ne se concrétisera que pour autant il soit soutenu par des conditions susceptibles pour le réaliser donc par des hommes ayant envie de le matérialiser, c'est-à-dire par des hommes à même de le conduire.

A ce propos, s'inspirer des conclusions conduites dans les entreprises privées depuis plusieurs années semble utile. S'y référer peut faire gagner un temps précieux et éviter les pièges dont elles ont fait les frais.

Cet aspect humain est d'autant plus important que les soignants se considèrent de plus en plus comme des techniciens que des "samaritains". Si l'attachement de la notion de l'utilité sociale est toujours vif, ce n'est plus un discours tenable. Cette transformation appelle à accepter une gestion plus "commune" sachant prendre en compte tous les aspects d'une gestion des Ressources Humaines dynamiques intégrant la gestion des carrières, la santé, la sécurité, les conditions de travail ou les relations sociales, les formes de rémunérations. Cette forme de gestion faite, il sera alors plus aisé de solliciter une plus grande exigence traduit par un niveau de prestations conforme aux attentes de l'attente sociale.

Investir un tel domaine demande de prendre en considération des données élémentaires. Les items proposés sont loin d'illustrer les actions à mener. Ce ne sont que des propositions pouvant être complétées. En effet, la gestion des hommes n'appelle pas du « prêt à gérer » à travers des solutions toutes faites le plus souvent inapplicables. Elle impose au contraire un questionnement et des observations pour faire naître un foisonnement d'idées en vue d'un renouvellement des pratiques en place. Si des constantes sont repérables, des contextes différents appellent des ajustements. Il sera, en la matière, toujours utile de souscrire à toutes les initiatives en cours telles que:

- \* accueil des nouveaux personnels,
- \* évaluation individuelle,
- \* entretien individuel annuel,
- \* développement et promotion professionnelle,
- \* valorisation des initiatives...

Souvent négligée, la gestion des Ressources Humaines mériteraient de rassembler une équipe performante parfaitement formée tant à la gestion administrative qu'à la gestion des hommes. La cantonner à des fonctions purement administratives devient insuffisant. Les exigences se sont modifiées.

La construction d'un dialogue social commence par une crédibilité de la direction reposant sur des compétences, des facultés d'écoute.

#### *Prêter attention au personnel*

L'attention portée aux hommes permet de croire à des retombées probables. Les négliger, c'est courir le risque d'un travail mécaniquement réalisé. La participation naît en partie de l'attention accordée en amont. La qualité a moins d'être attendue que d'être générée. Cela ne va pas sans les ressources qui la créent.

La gestion des Ressources Humaines (GRH) coûte entre autres

- \* le temps qu'on lui accorde,
- \* l'écoute qu'on lui consacre,
- \* la consultation et la participation qu'on lui accorde dans la réflexion et dans la prise de décisions stratégiques,
- \* l'effort de formation qu'on veut bien lui octroyer et

- \* les rémunérations qu'on lui consent,
- \* les services qu'on lui consent en matière d'écoute et de soutien psychologique, mais elle offre en revanche les conditions nécessaires à la recherche de la qualité.

Ce qui vaut pour une banale entreprise vaut tout autant à l'hôpital. Aucune distinction n'est à faire. Les contraintes et les difficultés sont identiques.

### *Agir à la source des difficultés*

Le travail hospitalier ne manque pas de faire naître difficultés et tensions presque inéluctables

- \* par la nature du travail,
- \* par les coopérations dans lequel ce travail doit s'inscrire,
- \* par ses besoins et dans sa coordination,
- \* par la nature des relations exigées pour sa réalisation.
- \* par la hiérarchie imposée.

Les établissements publics de santé souffrent de quelques lourdeurs communes à de nombreuses administrations illustrées entre autres par

- \* trop de commissions qui perturbent l'organisation du travail,
- \* trop de réunions dont les conclusions semblent déjà écrites ou jamais arrêtées,
- \* trop d'informations qui font perdre l'essentiel,
- \* des délégations trop contraintes et limitées,
- \* un manque d'autonomie empêchant des décisions rapides.

Ces établissements cultivent donc des rendez vous manqués avec ce qui seraient susceptibles de faire évoluer leurs travail moins pour stresser que pour alléger les pesanteurs et de donner davantage le sentiment au personnel d'une meilleure organisation. Ces initiatives forgeront alors l'élimination de certaines désillusions et une meilleure perception de l'organisation conduite.

La qualité des informations,  
une réelle participation,  
une polyvalence soumise mais expliquée,  
une spécialisation admise mais n'excluant pas la polyvalence requise selon les besoins,  
des suggestions écoutées,  
sont quelques ferments susceptibles de générer une gestion plus inventive.

### *Développer une gestion inventive*

La gestion des hommes souffre moins de dysfonctionnements que d'anémie. Elle est plus souvent à réanimer qu'à instaurer. On ne saurait croire que les efforts accomplis par quelques cadres infirmiers ou administratifs, voire quelques chefs de service aussi attentifs à leurs patients qu'à leurs collaborateurs peuvent seuls compenser l'absence ou la défaillance de la Direction des Ressources Humaines. Les efforts sont à conjuguer. Pour que des initiatives soient lancées, une réelle politique doit être insufflée.

La certification intégrera l'évaluation des services administratifs. S'en abstenir reviendrait à écarter une cause possible de la situation constatée dans les services soignants. S'attacher aux seuls aspects techniques en éludant d'autres raisons plus lointaines reviendrait à traiter les lieux de soins en laissant intacts des foyers pernicieux les grevant. On peut subodorer que l'absence de gestion réelle des hommes laisse tant le goût d'une insatisfaction que d'un jugement de la direction générale. La qualité ne s'obtient que mieux avec des personnels satisfaits de leur travail et content de l'exécuter.

S'abstenir d'intervenir dans ce créneau revient à éluder une part de la gestion de l'entreprise. Les établissements de santé regroupent un nombre élevé de salariés, celui-ci offre des possibilités de promotion professionnelle d'autant que le manque d'infirmière est aigu. Offrir à des personnels dits de service de devenir des aides-soignantes et ces dernières, des infirmières doit compter comme une politique volontariste de tout établissement avec une sélection exigeante de critères afin de maintenir un niveau de qualité élevé. Cette recherche de la qualité doit intégrer autant la formation des personnels que leur formation initiale lors de recrutement. Par ailleurs, faire que les lois de Parkinson ne s'expriment, est déjà, en soi, un signe de

bonne gestion. La promotion sociale a de fait droit de cité, encore convient-il de l'asseoir sur des critères admis de tous parmi lesquels la compétence figure en bonne place.

Détendre les relations entre catégories sociales est une manière de donner à la notion d'équipe encore plus de sens qu'elle n'en a.

Rénover la gestion de l'autorité transforme l'organisation du travail. Démythifier les pouvoirs détend les structures. A l'heure où la souplesse est vantée, l'hôpital se doit aussi de rénover les mentalités. C'est là tout un travail dévolu à la DRH.

Tous ces efforts auront pour avantage de créer des climats et des atmosphères de travail particulières qui stabiliseront les équipes et qui développeront leurs coopérations. Elles ne pourront qu'accroître des constances.

Cette stabilité a pour immense utilité de faciliter le travail

- \* par la confiance accordée à chacun des membres de l'équipe,
- \* par la parfaite coordination des actes et des gestes,
- \* par une gestion tacite des tâches,
- \* par des méthodes de travail acquises.

Ce n'est qu'avec ces composantes que les améliorations seront sensibles du fait des compétences assimilées.

### *Intégrer des compétences*

Intégrer des compétences ou élever le niveau du personnel qualifié assure des compétences. Il est alors possible de demander davantage du personnel ou tout au moins d'attendre de sa part toutes les qualités que ses qualifications supposent.

Ces éléments passent

- \* par un nombre suffisant de médecins séniors à même d'encadrer les internes,
- \* par une définition et une vérification d'un niveau de recrutement,
- \* par une adaptation du nombre des praticiens actifs et de prévoir leur remplacement suffisamment tôt,
- \* par un recrutement de soignants à large palette de compétences,
- \* par une dispense de formation à toute nouvelle recrue plutôt que de privilégier la formation "sur le tas",
- \* par la mise à disposition de professionnels référents tant en matière de soins que d'administration.

(d'après M. Guesnier, 1994, pp 74 et 75).

De telles exigences valent pour tous les services; celles-ci ont un impératif plus marqué dans services d'urgences (générales et pédiatriques, les services d'imagerie médicale où le compte-rendu est souvent déterminant dans le diagnostic). Mais ce sont là des pratiques bien ancrées dans de tels services. L'enseignement est toujours bien transmis car la particularité de ces services demande que cette information et formation soient constamment faites. Les médecins se montrent alors d'excellents formateurs toujours reconnus et appréciés. Toutes les conclusions sont immédiatement tirées d'un dysfonctionnement ou d'une insuffisance pour les effets observés ne se reproduisent pas. C'est bien la force de ces unités. L'imperfection sert de matière à apprendre en temps réel. Ces formes d'apprentissage gagnent à être généralisées.

Les personnels actifs restant les meilleurs connaisseurs de leur travail, ils l'aménagent pour le rendre plus performant, plus économique. Freiner ou contrecarrer ces initiatives – pour autant qu'elles soient bonnes et conformes - éteint toute volonté de participation. Retenir quelques idées et sollicitations du personnel dans le projet d'établissement peut aussi contribuer à leur satisfaction qui se manifesterà dans le travail.

### *Féliciter, encourager*

Chacun aime à se savoir apprécié. Si la satisfaction est là, il peut être utile de la manifester quel que soit le statut du salarié. Ces appréciations sont souvent trop rares même si elles ne peuvent être que parcimonieuses. Il est vrai que l'idée du don de soi et du travail dû reste une donnée comme pensée acquise par les responsables des établissements de soins alors que les personnels ne recourent plus à ces références anciennes. Les techniciens de la santé revendiquent la perception ordinaire. La satisfaction des patients reste une de leur préoccupation, elle n'est plus le tout.

### Tenir compte des hommes demande

- \* de chasser le mépris, la condescendance,
- \* de répartir justement le travail,
- \* de soutenir le collectif sans délaisser l'individu,
- \* de partager les satisfactions émises,
- \* de reconnaître les mérites,
- \* de délaisser les images désuètes pour préférer les compétences, signe du temps.

Le personnel satisfera d'autant mieux sa fonction qu'il aura été reconnu. La réciprocité sera concédée dès lors qu'elle est elle-même donnée. Les qualités humaines attendues par les patients auront d'autant plus chances d'être si l'institution les a cultivées. La qualité dépend donc pour partie au moins de la nature des échanges avec l'ensemble de la hiérarchie soignante ou non et les rapports entretenus entre les personnels entre eux. Les premiers sauront au besoin souligner la compétence et la cultiver, les seconds la conforter et la reconnaître pour tenter de s'y frotter.

### *Reconnaître la compétence*

La gestion des Ressources Humaines implique aussi de reconnaître les compétences des salariés.

La participation des hommes à un travail de qualité est d'autant plus forte que la compétence du supérieur hiérarchique n+1 a une compétence reconnue que celle-ci soit technique ou gestionnaire ou mieux le deux. L'absence de cette reconnaissance crée de la frustration, même si elle n'entame pas la qualité du travail rendu. " L'excellence " encourage " l'excellence ". Son absence convie à un quotidien sans implication.

Admettre ces éléments, aujourd'hui mieux intégrés dans l'industrie, est le commencement d'une gestion des Ressources Humaines dans un univers encore fort hiérarchisé. Faire siennes ces modifications allège les pesanteurs et banalise la particularité du milieu hospitalier confronté aux mêmes difficultés que toute autre entreprise. Ce qui a prévalu est à ranger en partie au placard des accessoires. La pensée " client " ne peut tout exiger ni tout imposer. L'adopter tel quel ferait passer d'une situation extrême à une autre.

### En résumé

#### Au niveau de la direction

##### Détermination d'une politique active des soins

autour de thèmes fédérateurs,  
autour d'objectifs arrêtés, réalistes,

- \* à la priorité partagée,
- \* aux objectifs compris et acceptés,
- \* aux référentiels admis;

avec des procédures élaborées  
assortis d'évaluations continues,

- à l'aide d'indicateurs,
- à l'aide de tableaux de bord simples, consultables.

Cette politique doit être accompagnée par une distribution de moyens financiers permettant

- \* une mise à niveau des locaux, (environnement satisfaisant),
- \* une mise à disposition
  - ☐ d'un matériel adéquat,
  - ☐ d'un équipement performant,
- \* une communication facile.

Elle doit l'être aussi en intégrant une écoute de toutes les composantes du personnel, voire les patients présents et sortis via les commentaires laissés oralement ou manuscrits pour dresser des formes d'audits. Les établissements de santé par le nombre de leurs salariés ne manquent pas de personnels dotés de qualités et de compétences multiples pour les ignorer. Il est des hommes de bon sens, communicateurs, riches de qualités relationnelles pour qu'ils soient ignorés. Ils sauront les mieux à même d'intégrer la part revenant aux diverses logiques impulsées.

### **Intégrer la logique “ client ”**

Cette logique n'est guère familière à l'univers hospitalier. Elle l'est pour les cliniques. Cette nouvelle conception ou demande réclame beaucoup à l'hôpital, car ni les médecins ni le reste du personnel ne l'ont réellement pratiquée sauf en consultations privées pour les médecins. Elle leur est au moins partiellement culturellement étrangère. Si le mot peut hérir certains, il convient aussi d'admettre que la santé est un marché plus concurrentiel, la volonté du secteur privé d'étendre ses parts impose au secteur public de réagir à une logique libérale par une logique libérale dès qu'il lui est demandé d'équilibrer ses dépenses par des recettes du fait d'une diminution drastique des fonds publics. C'est là un modèle économique imposé par une majorité démocratiquement élue. Ce qu'une majorité impose par les urnes peut être atténué par une autre. Un équilibre sera peut-être de trouver un nouveau *modus vivendi* moins « sauvage » avec de nouvelles conceptions.

Les questions appréhendées par les professionnels comme par les patients trouveront alors des remèdes passant par des aménagements tenant compte de certaines spécificités du secteur public.

*Les 10 problèmes survenant le plus régulièrement selon les professionnels*

Signalisation de l'hôpital et des services	42%
Les délais d'attente du patient en consultations externes	38%
La coordination entre services	36%
Les délais d'attente du patient aux urgences	33%
La disponibilité pour les patients	29%
L'accueil téléphonique	28%
La prise en charge de la douleur	26%
L'accueil du patient (administratif, médical, soignant)	25%
Les délais d'attente du patient aux examens	25%
L'information délivrée au patient sur son état de santé	23%

(Enquête Ipsos, source bulletin info HAS 04/02/98, in Gestions Hospitalières mars 1998 p. 185)

Critères jugés les plus importants par le grand public

Absence de risque d'attraper des infections	64%
Hygiène des locaux	57%
Soulagement de la douleur	52%
Délais d'attente au service des urgences	49%
Respect des règles de sécurité des soins	47%
Respect du secret médical	46%
Interdiction de fumer dans l'établissement	43%
Accord du patient avant tout acte médical	42%
Soutien de la famille en cas de décès	42%

(Enquête IFOP janvier 1998, source bulletin info HAS mars 98 in Gestions hospitalières mars 1998, p. 185)

## Priorités des patients vis à vis de l'hôpital

Etre bien soigné, compétences des médecins/qualité des soins/efficacité des soins	73%
Accueil/ambiance/amabilité/chaleureux	40%
Personnel agréable/amabilité/qualités humaines	36%
Propreté, hygiène	28%
Ecoute des patients/réconfort/soutien psychologique, disponibilité	19%
Explication aux malades/renseignements/transparence, communication avec les médecins	14%
Site agréable/confort/cadre/prestation des chambres	12%
Nourriture	10%

(In Soins N° 624 avril 1998 p24- 26 d'après HAS /IFOP)

Si le soin figure naturellement en première place, les aspects relationnels occupent la seconde. Il est singulier que les professionnels, le grand public et les patients aient des priorités bien différentes. Il devient dès lors souhaitable que les personnels n'accaparent pas toutes les priorités par les leurs. Il faudra veiller à ce qu'il ne devienne pas le dépositaire de tout pour exclure ce qui lui déplaît. C'est là un écueil dont il faut savoir le prémunir.

C'est une interprétation toute personnelle que fait l'HAS en retenant comme priorités:

- \* accessibilité à des soins de qualité 24h/24 et 7J/7,
- \* l'organisation du corps médical,
- \* l'existence d'un dossier médical, soignant et administratif complet.

Ces priorités pour importante qu'elles soient, peuvent être perçues comme une lecture toute particulière des sondages tout relatifs soient-ils.

Si la logique « client » était intégrée, une conclusion quelque peu différente en aurait été tirée. C'est dire que les réticences resteront encore prégnantes. Une telle réforme demande une adaptation même chez ceux qui ont en charge de la développer.

Toutefois, les priorités arrêtées par l'HAS telles que:

- \* efficacité et qualité des soins,
- \* hygiène des locaux et limitation du risque infectieux,
- \* soulagement de la douleur,
- \* développement des qualités relationnelles,
- \* efficacité du service des urgences,
- \* information et sécurisation du patient et de sa famille

entrent dans le champ de l'action à soulever en tout premier lieu car générales et importantes.

Pour illustration, le sondage effectué auprès des patients montre l'attachement du public à la qualité des soins et à sa hantise de contracter une infection nosocomiale. Cette anxiété ne peut être écartée tant elle paraît légitime. Les points évoqués font partie intégrante des soins. Les éluder revient à privilégier un point de vue sans satisfaire un objectif clairement annoncé.

L'interprétation de deux sondages montre la difficulté à vouloir aborder les questions et donc les solutions sous un même angle. S'il y a lieu de croire à une nécessaire adaptation aux préoccupations des patients-clients, refuser des demandes contrevenant à leur bien être à terme semblera aussi indispensable. Les réponses les plus immédiates ne se montrent pas toujours les plus adaptées.

Assurément des améliorations sont possibles, mais elles se heurteront à des limites et à des choix.



## **LES LIMITES DE LA METHODE**

L'expérience industrielle a toutes les raisons de servir de support à toute réflexion. C'est là une expérience dont il faut tirer les leçons pour éviter les erreurs ces entreprises ont pu commettre par méconnaissance.

Elles ont standardisé des méthodes de travail pour s'assurer une constante qualité de production. Il y a tout de penser que cette manière de faire est susceptible de donner des mêmes effets en matière de soins. Elle assure aussi en cas de changement de service de retrouver les mêmes techniques. Cela assure une adaptation facile et garantissent l'expérience acquise. La standardisation doit aussi laisser ouverte toutes les nouvelles innovations et toutes les nouvelles idées. Une ouverture d'esprit est nécessaire. Cependant, l'assurance de méthodes laisse augurer une absence de réflexion de nouvelles manières de travailler. Si les méthodes de soins gagnent indéniablement à être introduites pour reprendre l'expérience acquise, les approches de soins doivent rester à l'écoute de toutes les propositions soumises.

## **CONCLUSION**

En plus de s'imposer, la qualité est imposée. Les établissements doivent s'y conformer. L'enjeu est stratégique du fait des deux systèmes en place. Compte tenu de la volonté politique d'harmoniser les remboursements et du souhait de requérir des établissements publics de santé un équilibre budgétaire, comme de la capacité des cliniques à réaliser n'importe quel soin lourd en plus des plus lucratifs qui ont fait leur marché, les établissements publics n'ont d'autres choix que de valoriser ce qu'ils savent faire de mieux en recherchant toujours à satisfaire au mieux les demandes que la population lui demande.

Si la reconnaissance des capacités sont aujourd'hui assez bien partagés, c'est dans la recherche de garantie et de qualité des soins comme des prestations que la différenciation se fera en plus de l'attachement des uns ou des autres à recourir à l'un ou l'autre des secteurs selon ses considérations idéologiques propres.

Cette condition impose donc de présenter toutes les garanties recherchées aux patients clients comme le veut l'appellation de plus en plus courante.

## Bibliographie

- Barraud D, Braun E, Colas G, Morel A: Simulation d'une démarche d'accréditation au CH du Havre. Gestions hospitalières, mars 1998, p.199 - 201
- Bellaïche M.: Management de la qualité dans les services, AFNOR, 1996, 35 p
- Boiteux A.: Les attentes des patients. Soins n°624 avril 1998, p 24-26
- Break P.: Hygiène et qualités hospitalières. Evaluation et accréditation des structures et des procédures, Editions Hermann, 1996, 271 p
- Cerruti O. Gattino B.: Les indicateurs et tableaux de bord, AFNOR, 1992, 92 p
- Chopard P.: L'évaluation de la qualité des soins hospitaliers: plus qu'une mode Méd. et Hyg. 1995, mai 95, 1062-7
- Chouaid C. Morel M., Canis L., Watrin J.-C., Viel E.: Qualité et accréditation dans les établissements de santé. Gestions hospitalières, mars 1998, p 223 - 227
- Derenne Y, Marelle P, Morel M, Privat-Pain C: Les expériences françaises d'accréditation sont intéressantes. Gestions hospitalières, mars 1998, p 194 - 198
- Derégnaucourt J.: Expérience d'une simulation de démarche d'accréditation. Soins n°628 septembre 1998, p 49-51
- Donabedian A.: L'assurance qualité dans les structure de soins, Surtout de la motivation et de la détermination. in BOLUS novembre 1998, pp 10 - 13
- Ducreux J.-C., Denis J.-P., Renoux F.: Quelle évaluation, quelle accréditation pour l'hôpital public. Techniques hospitalières, n° 617, juin 1997, p 27 - 32
- Fayn M.-G.: Humaniser les soins, ESF éditeur, 1995, 148 p.
- Forcioli P.: La gestion sociale et l'accréditation. Soins n°630 novembre 1998, p 49-52
- Fromentin D, Brun J., Lenglard J.: Santé et assurance qualité, Vers l'accréditation, Berger Levrault 1998, 238 p
- Garin H.: L'assurance de la qualité, AFNOR, 39 p, 1996
- Guimbaud B. : L'hôpital à l'heure de la gestion des risques, Revue Hospitalière de France, n°6, nov - déc. 1997, p 850-854
- Guy-Grand B.: Rapport de mission ministériel: Alimentation en milieu hospitalier, 1997, 73 p
- Jouffroy L.: Conduite d'un programme d'assurance qualité en anesthésie. In BOLUS novembre 1998, pp 28 34
- Kovess V., Gelly M. Haniquaut F.: En marche vers l'accréditation, les expériences MGEN, Gestions hospitalières, mars 1998, p. 206 - 210
- Lefrand G., Marcellin D.: Gérer les déchets à l'hôpital, ESF éditeur, 1994, 139 p
- Leteurtre H, Patrelle I: La qualité hospitalière - Audit hôpital – Berger Levrault 1996, 303 p
- Leteurtre H, Vandenmersch: l'accréditation des services hospitaliers Services médico-techniques et logistiques - Berger-Levrault- 1996, 317 p
- Leteurtre H, Vandenmersch: l'accréditation des services hospitaliers Gestion et Services de soins - Berger-Levrault - 1997, 317 p
- Leteurtre H, Vaysse M.: Les tableaux de bord de gestion hospitalière Audit hôpital – Berger-Levrault - 1994, 253 p
- Minvielle M., Bremond M., Develay A, Lombrail P., Brodin M.: Vive les démarches qualité

La qualité à l'hôpital : Conditions

à l'hôpital. Gestions hospitalières n° 340, nov. 1994, p 728 – 738

Ministère de l'emploi et de la solidarité, Direction des hôpitaux: Evaluation de la satisfaction

des patients. Informations hospitalières, n° spécial déc 1997, p 1- 16

Olivier M.: Programme d'assurance qualité à l'accueil des urgences, in BOLUS novembre 1998,

pp 38 - 39

Poitrasson C.: Quelle organisation du service technique et de maintenance de l'hôpital de la Croix Rousse de Lyon pour une meilleure gestion des Compétences techniques? ENSP, 1996

Poulain J.-P., Saint Sevin B.: La restauration hospitalière, Cristal, 1990, 111 p

Ricour, Prat C, Delvallée F., Bugeon C.: Le programme d'amélioration continue de la qualité de la

Compagnie générale de santé. Gestions hospitalières, mars 1998, p 211 - 217

IV Assises nationales des hôpitaux universitaires Collectif: Accréditation dans les CHU. p. 554-569

Roland J. : Formation à l'accréditation. Préambule. p.588-590

Roland J. : Mise en place en interne de la politique d'accréditation. p. 572-585 in Gestions hospitalières,

Supplément au n°368 août - septembre 1997

Ronzière N.: Qualité globale: utopie ou méthode? Revue Hospitalière de France, n°1 Janv. Fév. 1998,

p. 66-69

Terra J.-L., Maguerez G., Erbault M., Glikman J.: La mise en place d'un programme d'amélioration de la qualité dans les établissements de santé, in BOLUS novembre 1999, pp 14 - 19

Tonneau D. : L'assurance qualité: effet de mode ou mouvement de fond. in BOLUS novembre 1999, pp 4-9

\_4 ième de couverture \_

En matière de soins, la qualité est due. Elle est attendue et réclamée.

Le personnel soignant s'efforce de la donner fidèle à sa déontologie.

Des gains de qualité restent encore à produire. L'infection nosocomiale, encore présente, est à diminuer. L'humanisation des hôpitaux est encore à améliorer. La gestion des deniers publics doit encore à être affinée. Si affirmer ces constats est une chose utile, repérer les points perfectibles et leurs causes, définir une méthode d'éradication de celles-ci, établir des conditions d'une démarche globale demeurent toujours indispensable.

Il importe de susciter des points de réflexion, de donner des outils, d'établir une méthode d'action pour produire cette qualité. C'est une part de cette contribution à laquelle cet ouvrage souhaite participer.

—