

- IX^{IEME} CONFERENCE INTERNATIONALE DE MANAGEMENT STRATEGIQUE

-

" PERSPECTIVES EN MANAGEMENT STRATEGIQUE "

AIMS 2000

Montpellier

- 24-25-26 Mai 2000 -

Sandra BERTEZENE

Doctorante

Université Lumière LYON 2

ISEOR

15 chemin du Petit Bois

69130 Ecully

Tél : 04 78 33 09 66

Fax : 04 78 33 16 61

**L'IDENTIFICATION ET L'ANALYSE DES DEFAUTS DE QUALITE DANS
LES ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS**

Mots-clés : Organisations hospitalières, qualité, stratégie, management.

L'IDENTIFICATION ET L'ANALYSE DES DEFAUTS DE QUALITE DANS LES ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS

La **qualité** dans les établissements hospitaliers représente des **enjeux importants** : la France se place au troisième rang mondial en ce qui concerne les dépenses de santé et paradoxalement, au quatorzième rang pour la mortalité infantile et au treizième pour l'espérance de vie à la naissance. Les situations de non-qualité dans les établissements hospitaliers, et plus particulièrement en matière de soins, peuvent avoir de graves **conséquences sur la santé¹ du patient**. Le manque de maîtrise de la qualité et des risques engendre un **coût économique et social** (invalidité, perte de l'emploi...) pour les malades. Désormais mieux informé des progrès techniques et scientifiques, mais aussi des défauts possibles de prise en charge du fait de la médiatisation de certains procès opposant établissements et/ou corps médical et malades, le public recherche et exige plus de qualité dans les soins et les services qui lui sont offerts. Les défauts de qualité ont également des **conséquences économiques lourdes pour les hôpitaux** du fait de l'importante mobilisation de ressources supplémentaires due à la régulation de la non-qualité en termes organisationnels (par exemple, informations non diffusées, réunions déprogrammées etc.), mais aussi au prolongement des séjours des patients en cas de dysfonctionnements dans leur prise en charge médicale et à l'accroissement des contentieux avec ces derniers. Enfin, la **gestion de la qualité** (G. Viens, P. Anhoury, 1995) représente désormais un **enjeu stratégique** car elle sera déterminante lors de l'**accréditation** des établissements rendue obligatoire en 2001, selon les ordonnances d'avril 1996. En effet, l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) est chargée de contrôler l'**amélioration continue** de la qualité et de la sécurité des soins. Pour cela, cet organisme public a élaboré et diffusé un guide d'accréditation aux quelques 4 000 établissements français afin qu'ils se conforment à ces exigences qui relèvent de la qualité des soins au sens strict du terme, mais aussi et en large partie, de la **qualité du fonctionnement et de l'organisation interne des établissements** (management, outils de management au sein des services de soins, mais aussi à destination des services administratifs, logistiques, etc.), et cela dans un contexte de **rationalisation des dépenses** et de maîtrise des coûts. Cette procédure d'évaluation externe de la qualité conduit les établissements à la mise en œuvre d'un processus d'**amélioration continue** de la qualité.

Ainsi, les restrictions budgétaires, le risque judiciaire et l'obligation légale d'accréditation stimulent l'intérêt des professionnels de la santé du secteur public et du secteur privé pour les démarches d'amélioration de la qualité. Ceux-ci se tournent désormais de plus en plus vers la mise en place d'outils de management et de pilotage destinés à la gestion de la qualité, à la prévention et à la réduction des risques, l'objectif étant désormais d'améliorer la qualité des soins et des services et de réduire les coûts tout en remplissant les critères d'accréditation. Face à ce constat, nous avons choisi de réaliser une **thèse de doctorat, actuellement en cours**, basée sur une **recherche clinique sur le thème de la qualité dans les établissements hospitaliers**.

Mais comment définir une démarche d'amélioration de la qualité ? Avec quels outils ? Quel contenu ? L'importance de la problématique de la qualité dans les hôpitaux est d'autant plus prégnante qu'elle conditionne désormais l'obtention de l'accréditation.

L'accréditation est un enjeu majeur pour les hôpitaux qui devront, selon les textes légaux, dépasser les cloisonnements et mettre en œuvre un projet qualité cohérent avec les autres projets, en cours ou à venir. Pour ces raisons, nous avons choisi de circonscrire l'objet de la recherche à **l'amélioration de la qualité au sein du champ composé des organisations hospitalières publiques et privées.**

Cette communication présente les **résultats intermédiaires** de la recherche menée dans le cadre de notre thèse de doctorat. Nous nous centrons donc sur **l'analyse des défauts de qualité dans les établissements hospitaliers.** Après avoir présenté notre problématique et notre hypothèse centrale, nous exposons la méthodologie de recueil et d'analyse des données et les analysons les résultats intermédiaires de la recherche exploratoire.

1. LA PROBLEMATIQUE DE NOTRE RECHERCHE

Suite au constat présenté en introduction, nous formulons la **problématique** suivante : dans les établissements de santé, quelles sont les démarches d'amélioration de la qualité qui permettent d'accroître le niveau de qualité des soins et des services tout en améliorant la satisfaction des patients et des personnels, ces démarches devant s'inscrire dans une logique de restriction budgétaire et d'accréditation ?

L'objectif de la recherche est de tester **l'hypothèse** suivante : dans les hôpitaux publics et privés, la mise en œuvre d'une démarche d'amélioration de la qualité s'appuyant sur l'encadrement, intégrant et valorisant l'ensemble du personnel, permet l'accroissement du niveau de qualité des prestations tout en améliorant la satisfaction des patients et des personnels. Ce résultat passe par la réduction des défauts de qualité qui permet de s'inscrire dans une démarche d'accréditation, mais aussi par la réduction des gaspillages, également nécessaire dans le contexte actuel de restriction budgétaire.

Nous pensons en effet qu'un établissement de santé qui ne se préoccupe pas suffisamment de la qualité des soins, des services et partant, de son organisation et de son fonctionnement interne, met en danger sa capacité de survie-développement. Inversement, la lutte contre les défauts de qualité passe par une vigilance organisée dans une démarche d'amélioration continue de la qualité. Nos objectifs sont donc d'enrichir les connaissances sur les concepts et les pratiques des établissements de santé en matière de qualité, d'identifier et d'analyser les défauts de qualité afin de cerner les leviers d'actions capables d'améliorer leur performance globale. Enfin, il s'agit d'identifier et de proposer des pistes de solutions innovantes d'un point de vue scientifique et pratique.

Notre base expérimentale se compose d'abord de sept établissements hospitaliers dont les caractéristiques sont très différentes : taille, statut, spécialité, etc. A partir du **diagnostic transversal** de ces terrains de recherche, nous essayons de déterminer les invariants fondamentaux en termes de défauts de qualité qui peuvent nous aider à définir de nouvelles pratiques de mise en œuvre de l'amélioration de la qualité.

Un autre volet de notre base est constitué d'**entretiens avec des professionnels de la santé** au sujet de l'amélioration de la qualité. Cette phase nous a permis d'élaborer un

questionnaire envoyé à 400 hôpitaux publics et privés sur le thème des démarches d'amélioration de la qualité. Ce travail nous permet de consolider certaines hypothèses et de confronter les résultats afin de dresser un panorama des démarches mises en œuvre actuellement dans les hôpitaux. Néanmoins, dans cette communication, nous ne tiendrons pas compte des données relatives à l'exploitation des entretiens et des questionnaires car leur dépouillement n'est pas, à ce jour, achevé.

2. IDENTIFIER ET ANALYSER LES DEFAUTS DE QUALITE : METHODOLOGIE DE RECHERCHE

Le diagnostic a pour objectif de mettre en lumière les dysfonctionnements d'une entreprise ou d'une organisation, de les décrire et d'en identifier le mode de régulation afin d'en évaluer les coûts cachés. Cette section explicite le mode opératoire du diagnostic empruntée à l'analyse socio-économique afin d'identifier les défauts de qualité. Puis, nous présentons notre grille de lecture des défauts de qualité, les terrains de recherche et enfin, l'analyse statistique globale des résultats du diagnostic transversal effectué sur sept hôpitaux publics et privés.

21. LA METHODOLOGIE DE COLLECTE ET D'ANALYSE DES DONNEES

Le processus d'innovation socio-économique commence par la réalisation d'un diagnostic (H. Savall, V. Zardet, 1995a, p.276). La démarche se poursuit par l'élaboration d'un projet d'amélioration, par sa mise en œuvre et enfin, par l'évaluation de la démarche. Nous nous centrons ici, sur l'explicitation de la phase de diagnostic. Le diagnostic socio-économique ne s'attache qu'aux points faibles de l'organisation afin de susciter un « choc culturel » au sein de l'établissement. Ce dernier a pour but d'entraîner la reconnaissance et la **prise de conscience des dysfonctionnements** identifiés par les acteurs. Le diagnostic est réalisé grâce à trois modes de recueil de données complémentaires : les entretiens, l'observation directe et l'étude de documents internes à l'organisation.

Les **entretiens** sont **semi-directifs**. La personne interrogée peut s'exprimer librement sur les thèmes indiqués, tous les éléments de réponse sont pris en considération car ils peuvent toucher, directement ou non, l'objet de la recherche (Y. Evrard, B. Pras, E. Roux, 1993). Les entretiens concernent toutes les catégories de personnel : le personnel de direction (diagnostic horizontal), le personnel d'encadrement (diagnostic horizontal et vertical) et le personnel sans responsabilité hiérarchique (diagnostic vertical). Le diagnostic intègre parfois l'expression des clients-fournisseurs internes, c'est-à-dire le personnel des services environnants dont l'activité est nécessaire ou dépend du service diagnostiqué. Dans ce cas, nous parlons de diagnostic transversal. Pour le chercheur, il s'agit d'obtenir la description du dysfonctionnement, de sa cause (qui sera plus précisément utilisée en phase de projet) et de son mode de régulation (nécessaire à l'évaluation des coûts et des performances cachés). Le chercheur mène des entretiens individuels, d'une heure, avec la direction et l'encadrement et semi-collectifs, d'une heure et demi, avec le personnel. Les entretiens semi-directifs sont conduits à l'aide d'un guide d'entretien regroupant les six domaines de dysfonctionnements définis par l'analyse socio-économique : les conditions de travail, l'organisation du travail, la communication-coordination-concertation, la gestion du temps, la formation intégrée et

la mise en œuvre stratégique. Lors des entretiens qualitatifs, il s'agit de laisser s'exprimer librement les personnes afin de recueillir leur **expression spontanée** sur les dysfonctionnements. Le rôle du chercheur est alors de prendre des notes exhaustives, de veiller à ce que tous les domaines de dysfonctionnements soient abordés et, éventuellement, de recadrer l'entretien s'il dévie sur d'autres thèmes. Les notes prises lors de chaque entretien sont dépouillées et exploitées afin d'en extraire une douzaine de **phrases-témoins**. Les phrases-témoins sont, par la suite, retraitées par **thèmes, sous-thèmes et idées-clés**. L'idée-clé est une idée générique de dysfonctionnement pouvant rassembler plusieurs illustrations d'un même dysfonctionnement. Les illustrations sont les phrases-témoins recueillies lors des entretiens, sans modification. L'imputation des phrases-témoins par thème, sous-thème et idées-clés est réalisée grâce à un système expertⁱⁱ. Une **fréquence** est attribuée à chaque idée-clé, en fonction du nombre de fois où le dysfonctionnement est cité par entretien.

L'**observation directe** permet le recueil de données factuelles qui peuvent pondérer les données verbales et dont le caractère factuel peut parfois être remis en question (RA. Thiétart et coll., 1999). L'observation directe permet donc au chercheur d'obtenir des informations quant aux dysfonctionnements et à la mise en œuvre des régulations. L'observation peut être directement effectuée par le chercheur lorsqu'il est au sein de l'organisation, durant plusieurs heures, voire plusieurs jours. Les données recueillies sont ensuite validées lors des entretiens et on en détermine le degré de récurrence.

L'**étude de documents internes à l'organisation** est utile pour obtenir des informations sur la nature des dysfonctionnements et de leurs impacts (indicateurs de pilotages, protocoles, procédures, organigramme, etc.). Ces données sont également nécessaires pour la réalisation des calculs de coûts cachés (Contribution Horaire à la Marge sur Coûts Variables), absentéisme, rotation du personnel, accidents du travail).

22. NOTRE GRILLE DE LECTURE DES DEFAUTS DE QUALITE

L'analyse socio-économique considère que l'environnement de l'entreprise est constitué d'une facette visible et d'une facette cachée (H. Savall, V. Zardet, 1995b, p. 83). La superstructure renferme les phénomènes visibles des environnements externe et interne, ce sont les « composantes de l'organisation visible et relativement stable » (H. Savall, V. Zardet, 1995b, p. 504). En revanche, l'infrastructure regroupe les dispositifs qui organisent et co-déterminent la qualité, la cohérence, l'efficacité et l'efficacéité du fonctionnement de l'organisation tels que les dispositifs de synchronisation, stimulation (SIOFHIS) et toilettage.

Ces dispositifs « ont une faible visibilité et sont souvent négligés ou omis dans la réalisation des actes décisifs » (H. Savall, V. Zardet, 1995b, p. 499). Il s'agit par conséquent d'analyser l'infrastructure de l'entreprise, c'est-à-dire les caractéristiques du management et du fonctionnement, pour découvrir les défauts de qualité qui se trouvent dans des domaines de l'infrastructure. C'est pourquoi notre grille de lecture s'attache à étudier la non-qualité dans le fonctionnement (conditions physiques et matérielles d'exercice, flux d'informations, planification, programmation et délais) **et le management** (organisation des soins et des activités, système d'amélioration des compétences et des savoir-faire, conditions stratégiques de survie-développement).

221. Les variables de fonctionnement

Nous avons identifié trois variables descriptives de fonctionnement :

Les conditions physiques et matérielles d'exercice : elles recouvrent l'espace de travail, les nuisances de l'environnement, la charge physique de travail, la sécurité. Quant aux conditions matérielles, il s'agit des conditions technologiques du travail, c'est-à-dire les matériels, les équipements, les outils, etc.

Les flux d'informations : ils désignent les échanges d'informations formels et informels quel qu'en soit l'objet, mais aussi les dispositifs d'échanges d'informations entre les acteurs dont la finalité est de réaliser un objectif opérationnel ou fonctionnel de l'activité. Enfin, les flux d'informations comprennent les échanges d'informations entre acteurs pour définir un objectif opérationnel ou fonctionnel commun, à réaliser sur une période déterminée.

La planification, programmation, délais : ils s'envisagent de manière collective et individuelle. Il s'agit des méthodes de gestion du temps qui permettent la répartition des activités dans le temps : prévention, régulation, gestion courante, glissement de fonction et pilotage.

222. Les variables de management

Comme pour les variables de fonctionnement, nous avons défini trois variables de management :

L'organisation des soins et des services regroupe la structuration de l'entreprise, c'est-à-dire son organigramme, la répartition des missions, les méthodes de travail, ainsi que la conception des postes de travail qui peut s'envisager par la spécialisation, la polyvalence, etc.

Le système d'amélioration des compétences et des savoir-faire comprend :

- la formation sur le tas dans des conditions qui limitent souvent ses apports à un apprentissage sommaire ;
- la formation extérieure organisée par des organismes spécialisés qui peuvent être mal informés du contenu des emplois et au final, leurs apports ne seront que peu mobilisés dans le travail ;
- la formation intégrée qui repose sur les défauts de qualité identifiés dans le diagnostic et qui est effectuée généralement par le supérieur hiérarchique direct. La formation intégrée est généralement précédée d'une formation à la pédagogie et repose sur l'élaboration d'un manuel de formation.

Les conditions stratégiques de survie-développement qui englobent la formulation de la stratégie, sa déclinaison en actions concrètes pour atteindre les objectifs stratégiques. Elles comprennent également les moyens financiers, technologiques, la politique de gestion des ressources humaines nécessaires à la réalisation des actions stratégiques.

23. LES ETABLISSEMENTS DE SANTE, TERRAINS DE NOTRE RECHERCHE EXPERIMENTALE

Nos matériaux expérimentaux sont issus de recherches-interventions menées au sein de notre équipe de l'ISEOR auprès de différents établissements hospitaliers. Sur le principe de la **fertilisation croisée** et de la **capitalisation du patrimoine scientifique** de notre laboratoire de recherche, nous avons enrichi notre recherche grâce à l'exploitation de résultats de recherches-interventions auxquelles nous avons directement contribué, mais aussi ceux d'interventions menées par d'autres intervenants-chercheurs de l'équipe, parallèlement ou antérieurement à nos travaux (C. Thouverez, 1996, R. Chêne, 1996, H. Savall, V. Zardet, V. Cristallini, N. Krief, 1997, P. Moulette, 1999, H. Savall, V. Cristallini, S. Bertézène, 1997, H. Savall, V. Zardet, N. Krief, 1997)

Pour construire notre base de recherche expérimentale (figure n°1), nous avons choisi des établissements de santé où il était possible de conduire une investigation suffisante pour réaliser un **diagnostic des défauts de qualité des soins et des services**. Ces terrains d'expérimentation nous permettent également d'observer les effets directs et indirects des apports de l'analyse socio-économique sur les méthodes d'amélioration de la qualité des soins et des services. Les critères qui fondent nos choix sont donc principalement :

- des établissements diagnostiqués depuis 1995 afin de retrouver les contraintes environnementales actuelles ;
- des établissements du secteur public et du secteur privé,
- des établissements de tailles diverses,
- des établissements aux activités différentes,
- des établissements en développement, ou en restructuration.

Ces établissements n'ont pas de prétention de représentativité statistique. En effet, rappelons que notre recherche est exploratoire et que notre finalité est avant tout de produire de la connaissance dans notre champ d'analyse. L'objectif est de nous éclairer sur les défauts de qualité présents dans les établissements de santé et sur leurs conséquences sur l'ensemble de la structure.

Figure n° 1
Présentation des principales caractéristiques de notre base expérimentale

Codes des établissements	Statuts	Services diagnostiqués	Période
A ^{III}	Public	Bloc opératoire	1995-1996
B ^{IV}	Privé (société anonyme)	Service administration	1996
C ^V	Public	Service technique et maintenance	1996-1998
D ^{VI}	Public	Service puériculture (2 unités)	1998-1999
E ^{VII}	Public	Service hématologie (4 unités)	1997-1999
F ^{VIII}	Privé (association à but non lucratif)	Service administration des patients	1997-1998
G ^{IX}	Privé (société anonyme)	Service administration	1996

24. ANALYSE STATISTIQUE GLOBALE

Les sept diagnostics exploités représentent **193 entretiens** individuels et semi-collectifs, soit **512 personnes interrogées**. Nous avons retenu **2186 phrases-témoins**, imputées sous **156 idées-clés** concernant les défauts de qualité.

La figure n°2 montre que le taux de phrases-témoins le plus élevé concerne l'établissement D (20,85%, soit 456 phrases-témoins), ce qui peut s'expliquer par de fortes préoccupations en matière de qualité et de sécurité des soins. Le taux le plus faible concerne l'établissement F (9,15%, soit 200 phrases-témoins). D'une part, le diagnostic portait sur le contenu de la fonction administrative et d'autre part, peu de phrases-témoins ont été relevées sur le thème de la qualité du fonctionnement. Les établissements G (22,3%, soit 43 entretiens) et D (19,7%, soit 38 entretiens grâce à la conduite de deux diagnostics verticaux dans deux unités de soins.) sont les plus représentés dans le diagnostic transversal du fait de la richesse de leurs données et de l'importante proportion qu'ils occupent en termes d'entretiens. Le moins représenté est l'établissement E (8,3%, soit 16 entretiens)

Figure n°2
La représentativité des diagnostics

Code du diagnostic / Indicateurs	A	B	C	D	E	F	G	Total
Nombre de phrases-témoins	286	330	260	456	224	200	430	2186
Représentativité des phrases-témoins dans le diagnostic transversal	13%	15%	12%	20,85%	10,25%	9,15%	19,65%	100%
Nombre d'entretiens	26	30	20	38	16	20	43	193
Représentativité de l'établissement dans le diagnostic transversal	13,50%	15,50%	10,35%	19,70%	8,30%	10,35%	22,30%	100%
Nombre de phrases-témoins moyen par entretien	11	11	13	12	14	10	10	11,57

Le nombre de phrases-témoins recueillies auprès de la direction a été le plus faible. En revanche, l'expression du personnel constitue la majorité des données constituant notre diagnostic transversal du fait de la réalisation de nombreux entretiens semi-collectifs (figure n°3).

Figure n°3
Représentativité de l'expression des différentes catégories de personnel dans le diagnostic transversal

Catégories de personnel	Direction	Encadrement	Personnel	Total
Taux de représentativité	29%	32%	39%	100%

La figure n°4 analyse la représentativité des domaines de non-qualité. Le sous-thème le moins représenté est celui du système d'amélioration des compétences et des savoir-

faire (12%). Ce chiffre ne signifie pas que les personnels se sentent peu concernés par la formation. Nous pensons plutôt que ce domaine de qualité reste peu « visible », contrairement aux aspects organisationnels, physiques et matériels du travail de chacun. C'est pourquoi, l'organisation des soins et des activités (20%) et les conditions physiques et matérielles d'exercice (19%) sont les domaines les plus représentés dans le diagnostic retraité. La deuxième raison qui explique ces pourcentages élevés est sans doute le lien direct de ces deux sous-thèmes avec le cœur du métier des personnes interrogées et les préoccupations qu'ils génèrent. La dernière raison se trouve sans doute dans les impacts que ces domaines de non-qualité peuvent avoir sur les patients, en termes d'accueil, de prise en charge, de qualité perçue (image de l'établissement) et de qualité réelle (qualité des soins et des prestations).

Figure n°4
Représentativité des domaines de non-qualité

Thèmes de non-qualité	Conditions physiques et matérielles d'exercice	Organisation des soins et des activités	Flux d'informations	Planification, programmation, délais	Système d'amélioration des compétences et des savoir-faire	Conditions stratégiques de survie-développement	Total
Taux de représentativité	19%	20%	16%	16%	12%	17%	100%

3. RESULTATS INTERMEDIAIRES : LE REPERAGE DES DEFAUTS DE QUALITE

L'objectif est de présenter une analyse qualitative du diagnostic des défauts de qualité. Nous allons donc nous attacher maintenant à analyser les défauts de qualité, leurs causes-racines et profondes.

31. LA HIERARCHISATION DES IDEES-CLES DU DIAGNOSTIC TRANSVERSAL

La hiérarchisation des idées-clés du diagnostic nous permet de sélectionner les défauts de qualité exprimés systématiquement par les acteurs, mais aussi ceux dont les effets sont, ou peuvent devenir, majeurs dans le temps, se propager et avoir des conséquences sur d'autres services ou activités. Nous analysons les variables de fonctionnement, puis les variables de management et nous les illustrons de quelques phrases-témoins.

311. La non-qualité du fonctionnement

Le manque de qualité du fonctionnement affecte les conditions physiques et matérielles d'exercice, les flux d'informations et la planification, programmation, délais.

3111. Les conditions physiques et matérielles d'exercice

Les locaux, le matériel, mais aussi les horaires et la pénibilité du travail constituent les variables des conditions physiques et matérielles d'exercice que nous allons développer. Tout d'abord, les locaux sont **exigus**, peu adaptés à l'activité des services techniques et **éparpillés** sur l'ensemble de l'hôpital, ce qui engendre de **nombreux déplacements** et

des **pertes de temps** significatives. Les bureaux ne sont pas adaptés à l'accueil personnalisé des patients, ce qui crée des **problèmes de confidentialité** et de gêne dans le travail.

« Les ateliers du service technique sont dispatchés sur l'ensemble de l'hôpital, ce qui engendre de nombreux déplacements pour les ouvriers ». (C, C/F)
« L'absence de séparation entre les guichets compromet toute confidentialité des informations à l'égard des malades ». (I, personnel)

Ensuite, le **système informatique n'est pas performant**. En effet, la lenteur des temps de réponse, l'ancienneté des programmes informatiques et les pannes fréquentes entraînent des pertes de temps conséquentes.

« L'interne perd deux heures par jour à essayer de faire fonctionner le système informatique du GHM (Groupes Homogènes de Malades), il fonctionne mal et n'est pas convivial ». (E, direction)

Une autre idée-clé révèle la **coexistence de plusieurs systèmes horaires**, principalement liée aux contraintes, ce qui crée des **difficultés dans la gestion des équipes** du service et dans la qualité de service offerte aux services clients internes. Ces horaires de travail ne coïncident pas toujours avec ceux des autres services, ce qui ne permet pas une communication fluide des informations entre les services.

« Le fonctionnement de nuit se fait au détriment de l'effectif complet de jour : les équipes de sont jamais au complet ». (C, encadrement)

Enfin, le personnel évoque la **pénibilité du travail**, notamment due à des horaires difficiles (3 x 8).

« Les 3x8 sont épuisants physiquement et psychologiquement, ce qui favorise le turnover des infirmières ». (E, encadrement)

3112. Les flux d'informations

Les flux d'informations et la coordination entre les services diagnostiqués et les services clients sont **défaillants et insuffisants**. Nous pouvons même ajouter qu'il existe une grande méconnaissance du fonctionnement des services de la part de leurs clients. Il en découle des **incompréhensions mutuelles dans le travail des uns et des autres**, ce qui vient renforcer l'idée selon laquelle les services sont cloisonnés. Cependant, les clients-fournisseurs des services ne sont pas les seuls responsables des difficultés de fonctionnement. La **mauvaise transmission des informations entre services** est un défaut de qualité majeur. En effet, des informations importantes ne sont pas diffusées ou sont transmises trop tardivement et certaines informations ne sont pas fiables. Cela engendre de nombreux défauts de qualité comme des pertes de temps pour le personnel.

« La concertation n'existe pas ou très peu, c'est la veille qu'on s'inquiète de la prothèse que l'on va mettre et l'économat ferme à 17 heures ». (A, personnel)
« Chaque service est isolé, il est difficile de travailler en harmonie ». (E, encadrement)

La **coordination** des acteurs est **mal assurée**. En premier lieu, les services ont le sentiment de ne pas être écouté par la direction : lorsqu'ils alertent sur certains

problèmes, ceux-ci ne sont pas pris en compte. La coordination interne des responsables est également **insuffisante** au niveau des services, concernant la conduite et l'organisation globale des activités. Les **flux d'informations** au sein des services sont jugés **insuffisants** : le responsable n'est pas toujours disponible, les réunions d'information et de travail font défaut ou sont jugées peu utiles. Nous notons également un **manque de cohésion interne** et des cloisonnements.

« Nous posons des questions sur des problèmes techniques par exemple et nous n'avons jamais de réponse directe et immédiate ». (I, personnel)
« Parfois, les changements comme les transferts de patients ne sont pas communiqués à l'accueil par les infirmières ». (J, encadrement)

3113. La planification, programmation, délais

Un **manque de respect des délais** d'intervention est signalé et cela provient notamment des délais d'approvisionnement des fournisseurs. Par ailleurs, les **difficultés de planification et de programmation des activités** sont dues aux urgences, à un manque d'anticipation de certaines situations récurrentes et à des sollicitations nombreuses et impératives de la direction ou de client-fournisseurs internes. Les priorités et les urgences semblent donc mal définies et mal gérées.

« Les hémogrammes que doivent nous transmettre le laboratoire n'arrivent pas à temps ». (E, direction)

Un manque de temps et une surcharge de travail, sources de tâches mal assumées au sein des services, sont également constatés. Le **manque de notion de charge d'activité prévisionnelle** réduit les réflexes d'anticipation et de planification. Par ailleurs, la **programmation des activités** (telles que les heures d'admission des patients) n'est pas suffisamment étalée dans le temps. La qualité et la productivité sont en partie entravées par la négligence de certaines catégories de personnel (en l'occurrence, les médecins) qui ont du mal ou ne veulent pas intégrer les aspects relatifs à la gestion administrative, faisant pourtant partie de leur métier.

« Il n'y a pas de plan de travail, par exemple, ce sont les aides-soignantes qui décident de ce qu'elles font ou ne font pas ». (A, personnel)
« Les heures d'entrées ne sont pas respectées par tous les médecins, les entrées commencent seulement une heure après notre arrivée ». (J, personnel)

Certaines **tâches mal assumées** par les services de soins et les secrétariats de consultations engendrent des **retards** de facturation, des sous facturation, des impayés très importants, ainsi qu'une surcharge de travail pour le personnel administratif.

« Le service informatique respecte le planning de facturation mais les listings ne sont pas distribués assez rapidement car la responsable du service est fort occupée ou en réunion ». (F, personnel)

312. La non-qualité du management

Selon notre arborescence de dépouillement, la non-qualité du management touche l'organisation des soins et des activités, le système d'amélioration des compétences et des savoir-faire ainsi que les conditions stratégiques de survie-développement.

3121. L'organisation des soins et des activités

L'organisation des services semble créer des difficultés dans la **répartition des tâches** entre les équipes. En effet, la coopération n'est pas toujours bien acceptée et il semblerait qu'il y ait au moins trois raisons à cela : la **gestion de problèmes** plutôt que des charges de travail, la **coopération** n'est pas favorisée, enfin, le **pilotage des activités** n'est pas différencié du management hiérarchique des personnes.

« *Les équipes volantes de l'institution on ne sait pas trop où elles volent. Elles sont souvent au siège, leur répercussion sur les établissements n'est pas suffisante* ». (C, C/F)

En outre, une forte charge de travail est souvent soulignée alors que, parallèlement, des **non-productions** ou des tâches inutiles sont constatées. L'encadrement signale également le manque de responsabilisation de certains personnels mais cette situation relève parfois d'un **manque de délégation** de leur part. Ce manque de délégation crée des tensions, un **rallongement des délais** et limite les prises d'initiatives. Il entraîne également des surcharges de travail alors que la répartition de la charge semble inégale entre les différentes cellules ou unités mais **aucun indicateur** ne permet la mesurer.

« *Lorsque j'étais dans un autre service, je pouvais prendre des initiatives, ce qui n'est plus le cas ici et cela me manque* ». (F, personnel)
« *Certains médecins sont submergés mais ils ne délèguent pas* ». (E, encadrement)

De leur côté, les responsables de service souffrent d'un **manque d'encadrement**, de pilotage, d'orientation sur les priorités de la part de leurs supérieurs hiérarchiques. La délégation de tâches, telle qu'elle est pratiquée dans ce cadre, est très lourde à supporter et porteuse de risques pour tous. Le fonctionnement très opérationnel, à court terme, empêche d'avoir un recul suffisant pour l'organisation des services et les projets d'avenir.

« *Les chefs ne peuvent pas bien assurer leur rôle d'encadrement parce qu'ils sont pris à beaucoup d'autres choses, comme les réunions* ». (C, personnel)

Le **manque de procédures** entraîne des pertes de temps, des risques, etc. Le manque de personnel est invoqué comme une des causes des difficultés rencontrées, et notamment du travail dans l'urgence. En outre, les procédures de travail se caractérisent par une certaine **lourdeur**, entraînant des erreurs, des pertes de temps conséquentes et des retards (de paiement par exemple).

« *Beaucoup de principes et de procédures ne sont pas formalisés. On est gêné dans notre travail parce qu'on se débrouille seul sans savoir si ce qu'on fait est bien ou mal* ». (F, personnel)

Enfin, le **manque de relais** lors de l'absence d'une personne entraîne des tâches mal assumées telles que la non prise en charge du travail de l'absent et l'augmentation des délais de traitement des dossiers.

« *Quand nous sommes absentes, le travail s'accumule et nous devons rattraper le retard à notre retour* ». (I, personnel)

3122. Le système d'amélioration des compétences et des savoir-faire

La **manque de formation technique** ne permet pas de développer certaines activités, il arrive même que certaines spécialités fassent défaut au sein des services. Cette situation laisse présager des carences de compétences particulières dans le cadre de l'évolution de la configuration de certains hôpitaux. Notons tout de même que les personnes sont très compétentes, néanmoins l'expression de ces compétences est limitée par un **manque de rigueur, de méthodes et de visibilité** dans le travail. Par ailleurs, les formations en informatique sont insuffisantes ou ne répondent pas toujours aux besoins des situations de travail. Enfin, le niveau de qualification professionnelle est jugé insuffisant dans certains services, de même que la **polyvalence** est très **insuffisante**.

« Les secrétariats d'étage ne maîtrisent pas le système informatique. Les erreurs sur les dossiers des patients viennent de là ». (F, personnel)
« Il n'y a qu'une seule infirmière vraiment formée au bloc opératoire ». (A, personnel)
« La nuit, le gars d'astreinte fait de la maintenance et répond à toutes les urgences, les compétences n'y sont pas toujours ». (C, encadrement)

3123. Les conditions stratégique de survie-développement

Un des premiers constats est que les **restrictions budgétaires** ne permettent pas aux services de disposer de moyens suffisants pour fournir des prestations compétitives du point de vue de la qualité et de la productivité. Mais au-delà des carences financières, c'est l'organisation stratégique qui est remise en cause. En effet, nous notons que la visibilité sur les activités et les performances des services reste partielle et sommaire : l'alerte et la mobilisation de la direction, de l'encadrement et du personnel nous semble être la première des actions nécessaires pour réduire certains défauts de qualité. Il est surprenant qu'au sein de plusieurs services, **aucun indicateurs** ne soit mis en place pour surveiller l'évolution de certaines activités sensibles comme l'encaissement des sommes dues.

« On a des budgets en peau de chagrin. On est donc obligé de voir au plus juste, ce qui crée des tensions et du stress ». (C, encadrement)
« Nous ne disposons pas de statistiques concernant l'absentéisme, la durée moyenne des séjours, etc. Dans ces conditions, il est difficile de piloter l'activité ». (I, direction)

Le personnel estime qu'il est insuffisamment impliqué dans les choix d'investissements et **insuffisamment informé** de certaines réalisations. En outre, le manque de communication par la direction de sa stratégie pour l'avenir entraîne des craintes et du désabusement de la part du personnel qui affiche une certaine démotivation, il s'implique peu et se sent dévalorisé. Cependant, en ce qui concerne les organisations publiques, les règles administratives posent de réelles difficultés de management des personnes : l'**absence de sanctions positives et négatives**, le système de carrière et d'avancement, n'offrent guère de moyens de motiver le personnel. La reconnaissance des personnes et le respect de la discipline reposent de fait sur l'implication physique des responsables, or celle-ci est inégalement assurée. Il est d'ailleurs surprenant que l'absentéisme assez important n'ait pas toujours été relevé comme un défaut de qualité par les personnes interrogées.

« Ils choisissent le matériel sans nous en informer et quand on va dans les services, si on ne peut pas réparer, on passe pour des imbéciles». (C, personnel)
« On met en place des idées pour améliorer le travail, on ne se sent pas valorisé, on n'a pas un merci». (F, personnel)

32. LA MODELISATION DES VARIABLES EXPLICATIVES DES DEFAUTS DE QUALITE DE L'INFRASTRUCTURE DES ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS

Nous allons tout d'abord définir les variables explicatives des défauts de qualité, c'est-à-dire, leurs causes-racines et leurs causes profondes. Puis nous identifierons les causes profondes qui ont émergé de notre diagnostic transversal.

321. La définition des causes-racines et des causes profondes des défauts de qualité

Chaque défaut possède une **multitude de causes** du fait de leur propagation et des réactions provoquées en cascade. En effet, les dysfonctionnements, ou non-qualité, sont présents **dans tous les services, toutes les activités et toutes les fonctions**. Ils sont peu perceptibles et il est impossible de les faire disparaître complètement du fait de leur **capacité de reproduction**. A partir des informations recueillies et analysées lors du diagnostic, l'intervenant-chercheur s'attache à isoler trois types de défauts de qualité ayant des **causes distinctes** (H. Savall, V. Zardet, 1995 a) : **les défauts provoqués et régulés par le micro-espace** (c'est-à-dire le service diagnostiqué), **les défauts externalisés** par le micro-espace (ils sont nés dans le micro-espace, mais une partie de son environnement les subit) et enfin, **les défauts internalisés** par le micro-espace (leurs causes proviennent de son environnement mais c'est lui qui les prend en charge). A partir de cette distinction et des causes directes observées et validées grâce à la recherche expérimentale, l'analyse socio-économique préconise leur regroupement en **causes racines**, puis en **causes profondes**. Les défauts de qualité ont des causes profondes qui elles-mêmes ont des causes-racines. Les défauts de qualité exprimés par les personnes interrogées peuvent relever de quatre causes-racines (H. Savall, V. Zardet, 1989) : le **toiletage** (maintenance périodique de tout ce qui nécessite une mise à jour en fonction d'une stratégie donnée : procédures, informations, stratégie, règles du jeu), la **synchronisation** (pratique de la mise en phase de toutes les tâches, missions, fonctions opérationnelles ou fonctionnelles), le **SIOFHIS** (Système d'Informations, Opérationnelles et Fonctionnelles Humainement Intégrées et Stimulantes) ou le **pilotage**. Nous avons besoin d'identifier ces causes afin de bâtir un projet d'amélioration de la qualité cohérent et adapté aux besoins des établissements. Cette phase du processus de recherche n'est pas présentée dans cette communication, mais elle fait l'objet d'une analyse approfondie dans la thèse.

Les défauts de qualité recensés dans le fonctionnement des établissements sont principalement dus à **l'inadéquation entre la structure physique et l'accueil des patients**. En effet, les locaux ne permettent pas d'offrir un accueil de qualité aux malades et à leur famille. De plus, **le système d'information n'est pas adapté à l'organisation du travail des services** de soins, techniques et administratifs. Enfin, le manque de qualité du fonctionnement des établissements trouve sa source dans les **défaillances de la gestion du temps des personnes et des activités**. Les causes profondes de la non-qualité du management se trouvent dans les **défaillances liées à la**

charge de travail et à sa répartition, mais aussi à l'**inadéquation entre la formation et les besoins des services**. La troisième cause de non-qualité du management se trouve dans les **défaillances du système d'objectifs** des établissements.

322. L'inadéquation entre la structure physique des établissements, l'accueil et la prise en charge des patients

Les locaux et leur configuration ne permettent pas d'assurer la **confidentialité** des informations transmises malgré les exigences formulées à ce sujet par les ordonnances du 16 avril 1996 portant réforme hospitalière. Par ailleurs, le manque d'intimité et de confidentialité lors de la transmission d'informations relatives à l'état de santé, par exemple, est préjudiciable, tant au patient qu'à l'établissement, car la localisation et la configuration des locaux influencent de manière considérable la **qualité de la relation entre les patients et le personnel soignant** (R. Poletti, 1979). Nous pouvons penser que ce type de défaut de qualité nuit à l'image de marque de l'établissement étant donné que l'aspect externe de l'hôpital est le premier élément avec lequel le patient est en contact. Il en est de même en ce qui concerne l'exiguïté des chambres car une étude a montré que l'exiguïté des chambres rend inconfortable le séjour des patients du fait du manque de distance entre les lits des malades (ET. Hall, 1978).

Tous les désagréments liés au bruit, à la chaleur, au froid, etc., subis par les malades sont pourtant dénoncés par la **charte du malade hospitalisé** qui tente de protéger les personnes contre toute agression provenant de l'environnement physique interne de l'établissement (P. Jean, 1996). Malgré tout, les établissements diagnostiqués ne semblent pas respecter ces clauses du fait d'un **manque de moyens**, ce qui ne permet pas de répondre aux attentes des patients, mais aussi du personnel. Notons que ceci est également en contradiction avec les **objectifs d'accréditation** et d'amélioration continue de la qualité des soins et des services.

La **pénibilité du travail** souvent évoquée semble essentiellement due au métier même exercé par les personnes interrogées, mais aussi à la **charge psychologique** qu'il implique. La pénibilité est également due à un manque de moyens techniques permettant d'alléger certaines contraintes telle que le transport de matériel lourd. A ce sujet, une directive européenne exige la prise de mesure afin d'**éviter le recours à la manutention des charges** excessives par les employés (M. Estryng-Behar, 1995). En 1985, une analyse des conditions de travail (D. Tonneau, 1999) a permis d'identifier les grandes causes qui influencent les conditions physiques et matérielles d'exercice. Parmi ces causes, on cite les caractéristiques de l'activité, c'est-à-dire les **conditions physiques** de travail (port de charge et manipulation de patients qui peuvent entraîner des lombalgies et des infections contractées au contact des malades) et la **charge mentale** (connaissances à mobiliser, informations concernant les patients, angoisse devant la maladie). L'**environnement** est une autre cause citée (locaux, matériels, horaires, plannings) ainsi que l'**organisation** en place. Pour ce dernier facteur, on considère l'inadéquation entre les effectifs et les spécificités de certaines activités, la gestion de l'urgence, la difficile coordination avec d'autres services, etc.

323. L'inadéquation entre les flux d'informations et l'organisation des services

L'étude des défauts de qualité nous montre un **manque de coordination** lié aux défaillances des flux d'informations. Selon JL. Le Moigne (1974), l'information se mesure sur la base de sa rareté. En effet, selon ce dernier, plus un événement paraît incertain, plus les informations qui lui sont relatives seront jugées importantes. D'autre part, D. MC Kay et KE. Boulding considèrent que l'information peut également changer la représentation d'un fait ou d'un objet du fait de sa réception par son destinataire (H. Atlan, 1977). L'information se mesure alors en fonction des changements de représentation opérés. Enfin, l'information peut également revêtir une dimension économique qui se traduit par sa valeur et son coût. Cette valeur varie en fonction de son importance pour le récepteur et se différencie selon trois critères (JC. Emery, 1971) : la contribution de l'information à la **réduction de l'incertitude**, la propension à affecter la ou les décisions considérées et la contribution à modifier sensiblement les conséquences d'une décision. Notons également l'approche de l'école de la cybernétique qui introduit la notion de feed-back (retour d'information). Dans ce cadre, la notion d'entropie, développée par N. Wiener, peut devenir une menace pour l'information, cette dernière reflétant le degré d'organisation. Inversement l'entropie est la manifestation de la désorganisation (A. Mattelard, 1995). Cette notion vient s'ajouter aux travaux de CE. Shannon qui met en évidence la distinction entre la communication et la transmission d'informations : le choix du canal peut influencer sur la **signification des données et les données elles-mêmes**, parce que la communication est le vecteur de l'information (J. Raveault, 1980).

L'information est à distinguer de la communication qui est un ensemble de techniques permettant l'expression au sein d'une organisation, entre organisations ou entre les organisations et leur environnement. Elle est donc la capacité à mettre en relation des hommes entre eux en vue de **faciliter leur action collective** (JP. Lehnish, 1985) et le système d'informations est l'instrument de cette mise en relation. Pour finir avec l'information, nous dirons que l'information stratégique « correspond à l'ensemble des données utilisées à l'occasion du processus de décision » (P. Joffre, G. Koenig, 1985), ce qui semble faire défaut au sein de la plupart des établissements diagnostiqués. Il en est de même pour les systèmes d'informations stratégiques qui sont conçus pour apporter un avantage concurrentiel à l'organisation et assister le décideur dans son processus de conception stratégique (H. Tardieu, C. Wiseman dans JA. Bartolli, 1996). Le système de flux d'informations ne permet pas de transmettre des **informations fiables** dans des délais acceptables. J. Mèlèse (1979) propose une définition du système d'information qui, cependant, rend difficile la maîtrise de toutes les variables. En effet, il distingue une partie formelle et une partie informelle dans un système d'information qui constitue un réseau complexe d'informations intégrant les individus.

Enfin, selon l'analyse socio-économique, le système d'information est « l'ensemble construit et articulé des ressources humaines, techniques, de procédures et de règles, destiné à réaliser des tâches d'acquisition, de stockage, de traitement et de diffusion des informations, dans l'objectif d'aider les individus et les groupes d'individus de l'entreprise à prendre des décisions de gestion des activités » (H. Savall, V. Zardet, 1995b, p. 505). Cependant, les hôpitaux souffrent de cloisonnements entre services et entre catégories de personnels. D'ailleurs, les clivages semblent de plus en plus marqués

entre les cadres (directions et médecins) et le personnel soignant (infirmiers et aides-soignants) ce qui ne favorise pas la qualité des flux d'informations et donc la qualité de la prise en charge des malades. En effet, ces **clivages** qui recourent « les fonctions de conception (les grands projets de recherche, la recherche de clientèle et la détermination des thérapeutiques) et celles d'exécution (la réalisation des soins et l'entretien des malades), est préjudiciable (...) à une approche globale et donc efficace du malade » (JC. Moisdon, D. Tonneau, 1999). L'inadéquation des flux d'informations et de l'organisation du travail est donc en grande partie due aux clivages et **cloisonnements entre métiers et catégories de personnel**.

324. Les défaillances dans la gestion du temps des activités et des personnes

La gestion du temps est liée aux contraintes de l'environnement et dépend notamment des méthodes proposées pour réduire le stress (JB. Stora, 1988) engendré par le travail. La maîtrise du temps dépend des méthodes, des choix, des pratiques, etc. Cependant, l'amélioration des méthodes individuelles de gestion du temps doit s'insérer dans un **processus collectif** au sein d'un système de relations et d'interactions (P. Dufourmentelle, 1986), ce qui semble effectivement faire défaut dans les établissements diagnostiqués. La direction et les cadres sont souvent sollicités sur certaines questions spécifiques (H. Mintzberg, 1984) et perturbatrices. Surchargés, ils n'ont pas le temps de réfléchir par exemple, aux nouvelles procédures, à la gestion de leur équipe afin de mettre en place des solutions d'amélioration ou encore d'être disponibles pour les malades. **L'emprise du quotidien** apparaît comme la caractéristique essentielle du travail des cadres, ils n'ont plus le temps de se consacrer à des travaux de fond. Certains auteurs pensent à ce sujet que dans beaucoup de situations, les personnes donnent la primauté à l'action plutôt qu'à la réflexion du fait de l'investissement psychologique que cette dernière nécessite (M. Berry, 1983). Les personnes fixent ainsi des objectifs ou entreprennent des actions sans avoir **évalué le temps nécessaire à leur réalisation**, ce qui peut conduire certains projets à ne jamais être réalisés. L'efficacité du travail passe par le respect des délais fixés, la planification et la bonne estimation des temps de réalisation.

Les **dérives** apparaissent dès lors que les travaux sont reportés, les délais non fixés, ce qui peut également aboutir à la baisse de motivation des personnes. Ces dérives perturbent donc l'activité de l'organisation, entraînent des **défauts de qualité en cascade** aux niveaux hiérarchiques inférieurs : un document envoyé trop tard n'est pas un outil mais un document inutilisable qui peut à son tour entraîner des tâches mal assumées. Certains prennent conscience des défauts de qualité de leur gestion du temps mais les changements de pratiques individuelles sont freinés par les pratiques collectives, ce qui nécessite par conséquent un apprentissage collectif de nouvelles pratiques individuelles de gestion du temps. Cette **spirale régressive**, outre son incidence sur la transmission de savoir-faire, a des conséquences sur la stabilité et la diffusion de méthodes de travail communes. L'absence d'actions concertées et préventives sur les procédures compromet le processus d'apprentissage collectif.

325. Les défaillances liées à la charge de travail

La charge de travail souffre d'excès et de **mauvaise répartition**. Afin de pallier ces défauts de qualité, il est nécessaire de mettre en place une analyse qui permette d'établir clairement la **politique de soins**. Un **indicateur** de cette activité ne sera fiable que si la politique fixe des objectifs, des stratégies et des actions de mise en œuvre. Cet indicateur sera alors une procédure à intégrer dans le **projet d'établissement** et elle aura la capacité de définir le rôle et la répartition des tâches. La réflexion doit justement porter sur la structuration des tâches même si les textes de loi en la matière sont assez précis. Dans les faits, il en est tout autrement, par exemple, les frontières entre les infirmières et les aides-soignantes sont floues, d'où les glissements de fonctions notés dans notre diagnostic transversal.

Les soins infirmiers, ajoutés aux soins médicaux, font partie du dossier de soins qui est le support de **stockage de l'information utile à l'organisation du travail** et la mise en œuvre des missions du corps soignant (Guide du Service Infirmier, 1987). Les données infirmières doivent donc alimenter le système d'information, cependant, le Programme de Médicalisation du Système d'Information (**PMSI**) ne les prend que partiellement en compte. Il faudrait donc instaurer un système qui assure un traitement et une restitution rapide et fiable des informations. A. Montesinos (1974) propose pour cela de désigner un **cadre référent** dont le rôle serait d'observer le travail effectué, en faire des mesures sans porter de jugement. Dans ce cadre, cet expert servirait d'interface entre les cadres infirmiers, les autres soignants et le Département d'Information Médicale (DIM) de manière à ce que la démarche soit comprise dans un objectif d'amélioration de la qualité et non de contrôle. L'évaluation de la charge de travail et de sa qualité peut être effectuée par les Soins Infirmiers Individualisés à la Personne Soignée (SIIPS) ou le Projet de Recherche en Nursing (PRN). Les SIIPS sont des actes de soins reconnus professionnellement comme étant de bonne qualité, dispensés par des infirmières et des aides-soignants dans les meilleures conditions possibles (C. Duboys-Fresney, 1992). Pour cela, il faut procéder à une **évaluation quantitative de la charge de travail** qui se compose de l'activité de soins et des autres activités complémentaires. Le PRN est d'origine québécoise et son objectif est également la mesure de la charge de travail du personnel soignant. Cette approche qualitative et quantitative comprend un module de collecte de données et de mesure de l'information. La collecte d'information est effectuée quotidiennement à partir de la programmation des soins, les actes sont ensuite comptabilisés et classés selon les tâches relatives aux besoins des malades. Il existe également des modules d'aide à la décision et de contrôle de gestion infirmière qui permettent de fournir les informations et les moyens de décider des affectations de personnel.

Afin de répartir au mieux la charge de travail entre les personnes en fonction d'une répartition des tâches clairement identifiée, l'analyse socio-économique propose la réalisation d'une nomenclature d'activité pour chaque personne accompagné d'un éventail de **délégation concertée**, la délégation concertée étant « l'action de confier à quelqu'un la réalisation d'une opération en prenant la précaution de s'assurer des moyens dont dispose le délégataire pour la réaliser. Elle comporte des apports pédagogiques du délégant (supérieur hiérarchique ?) au délégataire (subordonné ?) » (H. Savall, V. Zardet, 1995b, p. 496). L'éventail de délégation concertée visualise sur un cadran les

zones d'autonomie et celle de forte concertation entre deux acteurs ou deux unités (ou services). Cette formalisation permet de clarifier le rôle et les missions de chacun ainsi que leurs relations qui peuvent aller de la concertation à l'autonomie.

326. L'inadéquation entre le système de formation et les besoins des services

La formation est un **investissement** (H. Bussery, 1989) qui prend tout son sens s'il est mis en œuvre dans des conditions permettant de contribuer à l'amélioration de la qualité du fonctionnement et du management de l'établissement, et partant, la qualité des soins et des autres services offerts. L'efficacité de la formation est liée, selon nous, à la mise en place d'actions en amont, c'est-à-dire en lien avec la **politique de formation**, la gestion des ressources humaines et l'organisation du travail. Cette hypothèse semble être la condition de l'amélioration du management et donc des prestations de l'organisation.

Puisque « toute compétence reste virtuelle si elle n'est pas actualisée (...) et cela n'est possible que dans le cadre d'une entreprise ou d'une organisation » (C. Levy-Boyer, 1993), la formation professionnelle permet de réactualiser les compétences compte tenu des évolutions de l'environnement, technique par exemple. Au-delà de l'amélioration des compétences techniques, la formation peut viser le développement de la « culture générale et d'une culture stratégique de base » (MJ. Avenier, 1992). Enfin, la formation doit permettre d'améliorer les compétences « en rapport avec les responsabilités individuelles » (JR. Talbot, CD. Ellis, 1988) de manière à ce que les individus soient **aptes à réagir face à une situation donnée qui a pu évoluer par rapport aux compétences acquises**, par exemple, au cours de la formation initiale. Même si certains dirigeants ne sont pas encore convaincus que la formation est un outil de la réduction des coûts, de l'amélioration de la qualité et de la motivation des hommes (A. Saint-Sauveur, 1988), le management doit permettre néanmoins à l'établissement de disposer des compétences et des savoir-faire dont il a besoin et cela ne semble pas possible sans politique ni dispositif de formation performants.

327. Les défaillances du système d'objectifs des services

HI. Ansoff (1968) est l'un des premiers théoriciens à démontrer le **rôle central de la stratégie** de l'entreprise. Selon lui, la stratégie est une règle qui permet de prendre des décisions et qui nécessite de définir le champ d'activité, le vecteur de croissance, l'avantage compétitif sur lequel l'entreprise veut jouer et la synergie qui mesure l'aptitude de l'entreprise à s'engager dans une démarche stratégique. D'autres modèles (RA. Thiétart, 1984) se sont par la suite développés tels que celui de l'analyse du positionnement stratégique du Boston Consulting Group et l'analyse de l'avantage concurrentiel de M. Porter. Les établissements ont du mal à mettre en œuvre une stratégie comprise et **démultipliée** en actions appliquées par l'ensemble du personnel. Selon Y. Enregle et RA. Thiétart, l'entreprise doit faire participer son personnel, en tant que force interne des dirigeants, à la prise de décisions. Pour les motiver à ce type d'actions, il est nécessaire de les écouter (M. Crozier, 1985), de même qu'il faut **être à l'écoute de l'ensemble des catégories** de personnel de l'entreprise (CEGOS, 1987).

L'adéquation entre les objectifs perçus et leur mise en œuvre est à remettre en cause car **le discours stratégique parvient aux personnes de façon partielle** (L. Veran, 1988) et

par conséquent, il est plus interprété que compris. Ceci semble signifier que le rapport, exigé par la loi et remis tous les deux ans au directeur et au président de la Commission Médicale d'Etablissement, précisant l'état d'avancement du projet et évaluant la qualité de soins (C. Labram, B. Varet, 1996) n'est pas transmis au personnel des services.

RA. Thiérard considère la recherche du consensus comme déterminante, ce qui explique l'importance de la communication et de l'information comme nous l'avons vu précédemment. Par ailleurs, il existe parfois un manque de réalisme de l'analyse stratégique et un **décalage entre les discours tenus et les moyens disponibles** pour mettre en œuvre des objectifs. Cette situation s'explique par l'insuffisante négociation des moyens lors de la fixation des objectifs (avec l'Agence Régionale d'Hospitalisation -ARH-), les **dispositifs de communication défaillants** entre la direction et l'encadrement et enfin, l'absence de suivi au stade de la mise en œuvre (H. Savall, 1984). Les cadres ne sont pas toujours dotés d'outils de pilotage et de méthodes communes de travail. Un manque de méthodologie dans l'exercice des divers métiers est souligné dans notre diagnostic transversal des défauts de qualité ainsi que le manque d'information sur la stratégie de l'établissement. Certains auteurs estiment qu'il est nécessaire de donner de plus en plus de **responsabilités** aux cadres (M. Marchesnay, 1993) car ils jouent un rôle important qui évolue et passe par la transmission d'ordre et l'animation d'une équipe (M. Crozier, 1985). Cependant, le **manque de pouvoir de décision de l'encadrement** concernant l'organisation des activités est un des facteurs qui explique son inertie (HA. Simon, JG. March, 1974) en matière de pilotage.

La figure suivante représente la **modélisation** proposée, c'est-à-dire les **variables explicatives** des défauts de qualité (causes-racines et causes profondes) analysées précédemment.

**Figure n°5
Les variables explicatives des défauts de qualité**

HIERARCHISATION DES IDEES-CLES	LES VARIABLES EXPLICATIVES	
	LES CAUSES-RACINES	LES CAUSES PROFONDES
LES VARIABLES DE FONCTIONNEMENT		
<u>Les conditions physiques et matérielles d'exercice :</u> Locaux exigus peu adaptés à l'activité ; Bureaux non adaptés à l'accueil des patients ; Système informatique peu performant ; Coexistence de plusieurs systèmes horaires ; Pénibilité du travail.	Pilotage Toilettage	Non respect de certains critères d'accréditation ; Non respect de certains critères de la charte du patient hospitalisé ; Forte charge psychologique pour le personnel Manutention excessive.
<u>Les flux d'informations :</u> Flux d'informations et coordination entre services défaillants et insuffisants ; Mauvaise transmission des informations entre les services ; Coordination entre les acteurs mal assurée ; Flux d'informations au sein des services insuffisants.	Pilotage SIOFHIS Synchronisation	Le système de communication n'est pas le vecteur de l'information ; Le processus de décision est déconnecté du processus d'information ; Cloisonnement entre services, activités et catégories de personnel.

HIERARCHISATION DES IDEES-CLES	LES VARIABLES EXPLICATIVES	
	LES CAUSES-RACINES	LES CAUSES PROFONDES
LES VARIABLES DE FONCTIONNEMENT (suite)		
<u>La planification, programmation, délais :</u> Manque de respect des délais ; Difficulté de planification et de programmation ; Manque de temps et surcharge de travail ; Tâches mal assumées par les acteurs.	Pilotage SIOFHIS Synchronisation	Absence de processus collectif de gestion du temps au sein d'un système de relation et d'interactions ; Primauté donnée à l'action plutôt qu'à la réflexion ; Changements individuels freinés par les pratiques collectives.
LES VARIABLES DE MANAGEMENT		
<u>Organisation des soins et des services :</u> Difficultés de répartition des tâches ; Manque de coopération entre les acteurs ; Manque de délégation ; Manque d'encadrement ; Manque de relais lors de l'absence d'une personne ; Manque de respect des procédures.	Pilotage SIOFHIS Synchronisation Toilettage	Manque d'objectifs et d'actions liés à une politique soins, administration et logistique ; Manque de structuration des tâches ; PMSI incomplet pour mesurer la charge de travail.
<u>Le système d'amélioration des compétences et des savoir-faire :</u> Manque de formation ; Niveau de qualification insuffisant ; Manque de méthodes de travail.	Pilotage Toilettage	Manque d'actions en liens avec une véritable politique de formation, de gestion des ressources humaines et d'organisation du travail ; Manque de formation en rapport avec les responsabilités individuelles.
<u>Les conditions stratégiques de survie-développement :</u> Manque de communication de la part de la direction sur la stratégie ; Absence de sanction positive ou négative ; Manque de visibilité sur les activités et les performances des services ; Restrictions budgétaires.	Pilotage SIOFHIS Synchronisation Toilettage	Non compréhension ou non diffusion du projet d'établissement ; Manque de pouvoir de décision de l'encadrement ; Négociation insuffisante des moyens avec l'ARH.

CONCLUSION, PERSPECTIVES ET LIMITES DE LA RECHERCHE

L'analyse du diagnostic transversal nous a permis de montrer l'intérêt de l'amélioration de la qualité dans les établissements hospitaliers à travers l'analyse des défauts de qualité et de leurs causes profondes, identifiés au sein de sept organisations. A l'issue de cette analyse, le principal résultat est la mise en évidence de la **globalité** et de la **transversalité des défauts de qualité**. L'analyse des causes-racines et des causes profondes montre que le fonctionnement des établissements hospitaliers souffre d'une inadéquation entre sa structure physique, l'accueil et la prise en charge des patients, d'une inadéquation entre l'organisation des flux d'informations et l'organisation des services et enfin, de défaillances dans la gestion du temps des activités et des personnes. Le management présente des défauts de qualité qui trouvent leur origine dans la gestion de la charge de travail, l'inadéquation entre le système de formation et les besoins des services et les défaillances du système de décision et de mise en œuvre des objectifs des services. Le diagnostic consiste à établir une photographie de l'organisation à un instant donné, capable de révéler les défauts de qualité subis par l'organisation.

Les **défauts potentiels**, liés aux conséquences des défauts de qualité identifiés, sont particulièrement mis en lumière lors de l'évaluation des risques durant la phase quantitative et financière du diagnostic. Nos travaux se poursuivront donc par la **mesure économique des incidences des défauts de qualité sur les processus organisationnels**, grâce à l'évaluation des coûts cachés (H. Savall, V. Zardet, 1995 a). Un coût est dit visible lorsqu'il a une dénomination, une mesure et un système de surveillance (par exemple, l'achat d'équipement médical). A l'opposé, un coût caché est un coût qui n'est pas repéré par un système d'information de l'entreprise (par exemple, le budget ou le compte de résultat). Les coûts cachés seront évalués à partir de l'analyse des défauts de qualité et de leurs impacts quantitatifs et financier sur l'organisation. La méthode de calcul consiste à évaluer les coûts engendrés par la régulation des dysfonctionnements.

Enfin, nos prochains travaux s'attacheront à analyser les **pratiques d'amélioration de la qualité dans les établissements hospitaliers**, puis nous proposerons des **outils** et des **dispositifs d'aide à la conduite de démarches**, en fonction des défauts de l'infrastructure (identifiées grâce au diagnostic), et des carences des pratiques actuelles (identifiées grâce aux entretiens et au questionnaire). Parmi ces outils et dispositifs figurent le projet d'amélioration de la qualité global, transversal et participatif, ainsi que l'évaluation de la démarche. Le **projet d'amélioration de qualité** consiste à agir sur les causes afin de réduire les défauts de qualité. C'est à ce moment que **les causes sont combinées aux défauts de qualité**. L'élaboration du projet socio-économique d'amélioration de la qualité s'effectue en deux temps : la définition des thèmes de travail à partir des résultats du diagnostic ou de l'audit préalable, puis la définition des actions concrètes d'amélioration à mettre en œuvre afin de réduire les défauts de qualité et tendre ainsi vers le respect le plus total des critères d'accréditation. Enfin, pour **contrôler les incidences de la démarche** d'amélioration de la qualité, il est nécessaire de mettre en place une **phase d'évaluation**. L'évaluation des impacts de la démarche a pour objectif de dresser le bilan des actions qualité mises en œuvre afin d'obtenir une base nouvelle de proposition d'amélioration. Elle permet donc de **stimuler la poursuite de l'amélioration** de la qualité, de **consolider et de développer les résultats** socio-économiques obtenus. L'évaluation consiste donc à établir une comparaison entre les défauts de qualité repérés lors du diagnostic avec ceux existants après la mise en œuvre du projet d'amélioration. Pour établir cette photographie, l'évaluation porte sur l'identification des **effets directs** (imputables à l'action évaluée dans la zone diagnostiquée), **indirects** (liens visibles avec l'action évaluée et sans cohérence avec les objectifs de départ) **et diffus** (imputables à l'action évaluée mais hors de la zone diagnostiquée) des actions qualité. L'évaluation porte sur les changements dans les pratiques et les **effets de ces changements sur la performance** économique et sociale de l'établissement, les difficultés rencontrées pendant la phase d'implantation de la démarche d'amélioration de la qualité et enfin, les effets des outils d'amélioration de la qualité.

Notre recherche présente certaines **limites** (RA. Thiétart, 1999). La recherche-intervention est une méthode de recherche longitudinale qui offre une grande richesse d'information (RA. Thiétart, 1999) : plusieurs mois d'observation et interviews d'une grande proportion du personnel, ce qui augmente la fiabilité des informations collectées. Les variables utilisées sont mesurables et maîtrisables. Cependant, la recherche-

intervention, du fait du temps nécessaire à sa mise en œuvre, **ne peut pas offrir (dans le cadre de la thèse) un nombre de terrains suffisants pour que les résultats soient généralisés**. Les **entretiens** constituent un moyen privilégié d'accéder aux faits, aux représentations et aux interprétations sur des situations connues par les acteurs (directeurs d'établissement, médecins, infirmières, etc.). En revanche, un entretien, pris isolément, ne signifie rien. Il prend tout son sens lorsqu'il est analysé en même temps que plusieurs autres afin d'en extraire les convergences et les spécificités. Par ailleurs, il est important que le chercheur instaure une **relation de confiance avec les acteurs afin que les informations recueillies ne soient pas biaisées**. Les **questionnaires** sont un mode de collecte efficace. Les coûts de production et d'administration sont peu élevés et le temps de réalisation est assez court. L'analyse de questionnaires offre également la possibilité de standardiser et comparer les données. Néanmoins, les questionnaires ont des limites. Les données recueillies restent sommaires et il peut exister des **écarts entre les données déclaratives et les mesures comportementales**. En outre, il est impossible de vérifier qui a réellement répondu au questionnaire et enfin, il est impossible de pallier une insuffisance des données collectées ou une erreur de la mesure.

L'analyse des défauts de qualité est effectuée sur sept établissements, ce qui ne constitue pas une base suffisante pour généraliser les résultats. Nous pouvons faire la même remarque s'agissant de l'analyse des résultats du questionnaire effectuée à partir des 15,5% de retour, soit 62 questionnaires dont 58 exploitables. Enfin, l'expérimentation du projet sera analysée dans trois établissements et l'évaluation seulement dans un hôpital. Par conséquent, notre hypothèse ne peut être complètement validée, nous pouvons seulement apporter des **éléments de validation aux sous-hypothèses** qu'elle implique.

Bibliographie

- H. Altan, *Modélisation et maîtrise des systèmes*, Editions Hommes et Techniques, 1977, p. 118 à 150.
- HI. Ansoff, *Stratégie de développement de l'entreprise*, Hommes et Techniques, 1968.
- MJ. Avenier, *De la planification au pilotage stratégique* dans Encyclopédie du Management, Tome 2, Vuibert, 1992, p. 321 à 339, p. 331.
- M. Berry, *Une technologie invisible ? L'impact des instruments de gestion sur l'évolution des systèmes humains*, publication du Centre de Recherche en Gestion (CRG), Ecole Polytechnique, 1983, 93 p.
- H. Bussery, *La formation permanente, investissement ou alibi*, dans Projet n°218, juillet-août 1989, p. 6
- CEGOS, *Développement des compétences et stratégies d'entreprise*, Editions d'Organisation, 1987, 175 p.
- M. Crozier, *L'entreprise dans 10 ans, Les nouveaux modes d'organisation*, Institut de l'Entreprise, 1985, 75 p.
- C. Duboys-Fresney, Objectifs Soins, mai 1992.
- P. Dufourmentelle, *La dimension temps, gestion du temps, délégation, prise de décision*, Editions d'Organisation, 1986.
- JC. Emery, *L'évaluation économique de l'information*, La Management, septembre 1971, p. 44 à 53.

- M. Estryng-Behar, *Ergonomie hospitalière, théorie et pratique*, 1995, 568 p., p. 81.
- Guide du service infirmier, n°2, 1987.
- Y. Evrard, B. Pras, E. Roux, *Market. Etudes et recherches en marketing*, Nathan, 1993, p. 91.
- ET. Hall, *La dimension cachée*, Point Essais, 1978, 258 p., p. 151.
- P. Jean, *La charte du patient hospitalisé* Berger-Levrault, 1996, 237 p., p. 84.
- P. Joffre, G. Koenig, *Stratégie d'entreprise, Antimanuel*, Economica, 1985, 247 p., p. 46.
- C. Labram, B. Varet, *Profession : chef de service*, Berger-Levrault, 1996, 157 p., p. 14.
- JP. Lehnish, *La communication dans l'entreprise*, Presses Universitaires de France, 1985, p. 120.
- JL. Le Moigne, *Les systèmes d'information dans les organisations*, Presses Universitaires de France, 1974, 237 p.
- C. Levy-Boyer, *Le bilan des compétences*, Editions d'Organisation, 1993, 117 p., p. 94.
- M. Marchesnay, *La stratégie d'entreprise*, Editions Eyrolles, 1993, 200 p.
- A. Mattelart, *Histoire de la théorie de la communication*, Edition La Découverte, Collection Repères, 1995, 124 p., p. 36.
- J. Mélèse, *Approches systémiques des organisations, Vers l'entreprise à complexité humaine*, Les Editions d'Organisation, 1979, 157 p.
- H. Mintzberg, *Le manager au quotidien*, Editions d'Organisation, 1884, 200 p.
- JC. Moisdon, D. Tonneau, *La démarche gestionnaire à l'hôpital* Editions Seli Arslan, 1999, 254 p., p. 195.
- A. Monstesinos, *L'infirmière et l'organisation du travail hospitalier* Collection Infirmières d'aujourd'hui, 1974, p. 30.
- R. Poletti, *Les soins infirmiers, théories et concepts*, Editions Le Centurion, 1979, 175 p., p. 56.
- J. Ravault, *Some possible economic dysfonctions of anglo-american practice of international communication*, Michigan University, 1980, dans H. Leteurtre, *Traité de gestion hospitalière*, Economica, 1995. p. 687.
- A. Saint-Sauveur, *Le plan de formation dans les PME-PMI*, Editions d'Organisation, 1988, 145 p., p. 32.
- H. Savall, V. Zardet (a), *Maîtriser les coûts et les performances cachés – Le contrat d'activité périodiquement négociable*, Prix de Management Stratégique Harvard-L'Expansion, 3^{ème} édition, 1995, 405 p.
- H. Savall, V. Zardet (b), *Ingénierie stratégique du roseau* Economica, 1995, 517 p.
- H. Savall, *Le rôle des cadres dans la mise en œuvre de la stratégie* Revue Enseignement et Gestion, numéro spécial, printemps 1984.
- HA. Simon, JG. March, *Les organisations*, 1974.
- JB. Stora, *Le coût du stress*, dans Revue Française de Gestion, janvier-février 1988.
- JR. Talbot, CD. Ellis, *La formation dans l'entreprise, conditions requises, coûts, évaluation des résultats*, Editions d'Organisation, 1988, 185 p., p. 11.
- H. Tardieu et C. Wiseman, dans JA. Bartolli, *Organisation intelligente et système d'information stratégique*, Economica, 1996, p. 191 à 203.
- RA. Thiétart, *La stratégie d'entreprise* Mac Graw Hill, 1984, 185 p.
- RA. Thiétart et coll., *Méthodes de recherche en management*, Dunod, 1999, 535 p., p. 226 à 246.

D. Tonneau, *Les conditions de travail à l'hôpital, un enjeu vital* Editions ANACT, collection Points repère, 1990, dans JC. Moisdon, D. Tonneau, *La démarche gestionnaire à l'hôpital* Editions Seli Arslan, 1999, 254 p., p. 201 à 204.

L. Veran, *Action organisée et cohérence des discours stratégiques*, Revue Française de Gestion, janvier-février 1988.

G. Viens et P. Anhoury, *Gérer la qualité et les risques à l'hôpital* ESF éditeur, 425 p., p. 26.

ⁱ L'OMS définit la santé comme un état complet de bien-être physique, mental et social qui ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité.

ⁱⁱ SEGESE : Système Expert de Gestion Socio-Economique, conçu et développé depuis 1985 par H. Savall, V. Zardet et N. Harbi, en collaboration avec J. Kouloumdjian et son équipe du laboratoire d'Ingénierie des Systèmes d'Informations de l'INSA de Lyon.

ⁱⁱⁱ Diagnostic socio-économique réalisé par C. Thouverez et présenté dans *Contribution du management socio-économique dans l'amélioration des prestations et du fonctionnement des services hospitaliers*, Thèse de doctorat en sciences de gestion, Université Lumière Lyon 2, 1996.

^{iv} Diagnostic socio-économique réalisé par R. Chêne et présenté dans *Analyse d'implantation de coopérations interentreprises amorcée selon une approche systémique en milieu hospitalier privé*, Mémoire pour le DEA de Gestion Socio-Economique, Université Lumière Lyon 2, 1996.

^v Diagnostic réalisé par H. Savall, V. Zardet, V. Cristallini, N. Krief, 1997.

^{vi} Diagnostic socio-économique réalisé par P. Moulette dans le cadre du DESS Management des Organisations Sanitaires et Sociales, 1999.

^{vii} Diagnostic réalisé par H. Savall, V. Cristallini, S. Bertézène, 1997.

^{viii} Diagnostic réalisé par H. Savall, V. Zardet, N. Krief, 1997.

^{ix} Diagnostic socio-économique réalisé par R. Chêne, 1996, op. cit.