

Article original

## Qualité : du concept à la pratique

## Quality: from concept to practice

P. Loirat \*, I. Vinatier, D. Reynaert

*Service de réanimation polyvalente, hôpital Foch, 40, rue Worth, 92151 Suresnes, France*

Reçu et accepté le 4 juin 2003

### Résumé

Afin d'apprécier l'étendue des problèmes, il faut mesurer l'écart entre ce qui est établi ou recommandé, ce qu'on croit être réalisé ou obtenu et la réalité. Un objectif raisonnable pour un service serait chaque année de se fixer un petit nombre d'objectifs de correction ou d'amélioration de dysfonctionnements pour l'année à venir, et d'évaluer les résultats des actions menées l'année précédente. Cette démarche suppose un engagement fort de l'encadrement médical et infirmier et des objectifs partagés par l'équipe. L'appropriation de la démarche par l'ensemble des acteurs est essentielle. Il s'agit de faire le diagnostic de dysfonctionnement, de proposer des solutions d'amélioration et de suivre des indicateurs de résultats des actions menées.

© 2003 Éditions scientifiques et médicales Elsevier SAS. Tous droits réservés.

### Abstract

Quality approach supposes to measure the discrepancies between reality and recommendations. Then corrective actions can be proposed. A good goal for a specific unit could identify only a few fields that should be investigated yearly. This process should involve not only the ICU director and head nurse but also the whole team. The corrective actions must be evaluated and the results shared in the team. A benchmarking approach in comparison with similar units can also be stimulating.

© 2003 Éditions scientifiques et médicales Elsevier SAS. Tous droits réservés.

*Mots clés* : Qualité ; Programme ; Organisation

*Keywords*: Quality; Programm; Organisation

Les concepts d'assurance de la qualité, d'amélioration continue de la qualité, de management par la qualité sont employés par l'industrie depuis des décennies et se sont introduits dans le monde de la santé il y a quelques années. Cependant, rares sont les professionnels de santé, et en particulier les médecins, qui se sont appropriés ces concepts, en ont vu l'intérêt pour leur métier et en mettent en œuvre les méthodes. La qualité, telle que la définissent les qualitiens, est pour la majorité des professionnels un concept flou, plutôt irritant car il les remet en cause en mettant en cause leur propre perception de ce qu'est la qualité. L'essai prospectif randomisé, méthodologiquement parfait avec pour corollaire

une signification statistique, est le credo des trois dernières décennies, et la « qualité » est pour l'essentiel de l'élite médicale la possibilité d'appliquer une médecine fondée sur l'évidence que viennent contrarier les contraintes administratives et financières. Il est urgent de démontrer que les deux approches sont pourtant complémentaires et non concurrentes.

Il existe dans tous les services, dans certains domaines, des « opportunités d'amélioration », pouvant concerner la prise en charge médicale ou infirmière, le respect de règles d'hygiène, la satisfaction des différents besoins des patients ou la gestion ou la prévention des risques, etc. La seule façon d'en être convaincu, et d'apprécier l'étendue des problèmes, est de mesurer l'écart entre ce qui est établi ou recommandé, ce qu'on croit être réalisé ou obtenu et la réalité. La mesure

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [p.loirat@hopital-foch.org](mailto:p.loirat@hopital-foch.org) (P. Loirat).

rend humble. Un objectif raisonnable pour un service serait chaque année de se fixer un petit nombre d'objectifs de correction ou d'amélioration de dysfonctionnements pour l'année à venir, et d'évaluer les résultats des actions menées l'année précédente (pour modifier si besoin les procédures proposées). Ceci devrait permettre petit à petit de diminuer le nombre et l'intensité des dysfonctionnements constatés, c'est-à-dire d'avoir une démarche d'amélioration continue de la qualité. Comment mettre en place une telle démarche ?

### 1. Quels sont les prérequis ?

Il est peu probable d'arriver à maintenir une démarche continue d'amélioration de la qualité dans un service sans un engagement fort de l'encadrement médical et infirmier. Ne pas avoir cette motivation en 2003 suppose cependant qu'on soit aveugle et sourd : l'exigence du public en matière d'information et de qualité de prise en charge ne peut que croître et les contraintes, telles que l'accréditation, ne paraissent pas devoir diminuer.

Cette volonté doit être partagée par les membres de l'équipe médicale et paramédicale et par les autres professionnels concourant au fonctionnement d'un service. L'hygiène est l'affaire de tous, du technicien de surface au chef de service. Le respect de la confidentialité implique aussi bien les brancardiers que les secrétaires administratives. Il s'agit donc d'instaurer une culture de service, axée sur la volonté de progrès et de correction des défauts au bénéfice des patients, qui fasse que chaque professionnel se sente responsable et reconnu. C'est sans doute l'élément essentiel mais il n'existe pas de recette dans ce domaine. Parler de ce qui va bien mais aussi de ce qui ne va pas, écouter et favoriser l'expression, tenir compte des critiques et des propositions, n'est peut-être pas suffisant mais est sûrement nécessaire. Les conseils de service ou les réunions auxquelles peuvent participer tous les représentants des diverses professions sont le lieu privilégié de l'expression de cette culture.

Il est peu probable d'arriver à maintenir une démarche continue d'amélioration de la qualité sans un engagement de l'hôpital, de sa direction et des instances représentatives (CME, DSSI, CE, etc.). En effet, beaucoup de problèmes concernent les interfaces entre les services (ex. : coordination médicale et infirmière lors de la prise en charge d'un polytraumatisé) et la correction de certains dysfonctionnements suppose des investissements ou des travaux (ex. : mise en conformité de règles d'hygiène ou de sécurité). En 2003, cet engagement de l'hôpital est un principe acquis, l'ensemble des établissements devant passer par l'accréditation d'ici 2006, dont l'enjeu essentiel est la mise en place d'une démarche d'amélioration continue de la qualité dans les établissements de santé. Pour les services qui ne sont pas encore entrés dans la démarche, c'est l'occasion de bénéficier de la dynamique de l'hôpital et en particulier de profiter de la formation proposée aux méthodes et aux outils de la qualité. Les services qui ont une démarche bien implantée alors que les établissements ne font que commencer peuvent mettre à

disposition leur savoir-faire et auront comme seul inconvénient de devoir réviser leur hiérarchie d'action au bénéfice d'actions transversales que l'hôpital se doit de mettre en place.

Enfin, dernier prérequis, il faut un minimum de formation aux méthodes et outils de la qualité. Certes, il faut comme dans toute activité apprendre en marchant, c'est-à-dire essayer et se corriger en fonction de ses erreurs. Une formation au concept, aux méthodes et aux outils ne fait que gagner du temps. Il existe maintenant des formations institutionnelles. Toutes ne sont pas bonnes et le respect d'un cahier des charges strict lors du choix d'un prestataire extérieur réclame de l'attention [1].

### 2. Comment choisir les thèmes d'action ?

L'encadrement pourrait certes décider à lui seul des actions à mener, en tenant compte de la fréquence et de la gravité des dysfonctionnements constatés ou supposés, de la faisabilité d'un programme de corrections ou d'opportunités. Ce serait ignorer qu'une recommandation n'est suivie que dans la mesure où les professionnels chargés de l'appliquer se la sont appropriée, et dans la mesure où ils la jugent pertinente. L'appropriation de la démarche par l'ensemble des acteurs est essentielle [2].

Plusieurs modalités peuvent être employées :

- expression libre par l'ensemble des professionnels de thèmes d'action et leur hiérarchisation ;
- suivi des conclusions d'un audit organisationnel, tel que le permet le GRAH en proposant des FRAP ;
- analyse des écarts à un référentiel de bonnes pratiques tel que le manuel d'accréditation dont la plupart des références et des critères peuvent être déclinés par service.

Dans tous les cas :

- on ne peut retenir qu'un (tout) petit nombre d'actions pour une année car chaque action mobilise des ressources ;
- le choix final peut être proposé par l'encadrement mais devrait être discuté et entériné par le conseil de service ;
- dans l'idéal, les thèmes qui intéressent plusieurs métiers et ceux qui concernent directement les besoins propres des patients devraient être favorisés ;
- la faisabilité des actions correctrices et la quasi-certitude d'obtenir un résultat dans un temps court sont des éléments essentiels du choix.

### 3. Comment mener les actions ?

#### 3.1. La complexité des actions à mener est variable

- Certaines peuvent paraître simples comme l'écriture de procédures ou de protocoles ne concernant qu'un petit nombre de professionnels (ex. : procédure en cas d'arrêt cardiaque), surtout si l'on dispose de protocoles déjà publiés ou de recommandations.

- D'autres impliquent d'emblée tout un service (procédure d'hygiène, prévention de la transmission de BMR).
- D'autres enfin concernent plusieurs services (accueil et prise en charge d'un polytraumatisme).

### 3.2. Quel que soit le sujet, il est des invariants

- Recherche bibliographique sur le thème et mise à disposition de la littérature.
- Analyse du fonctionnement actuel et recherche des dysfonctionnements. Plusieurs méthodes ont été proposées. Les principes de ces méthodes sont simples et la démarche médicale a les mêmes : repérer un dysfonctionnement, pouvoir le mesurer, analyser les causes, voir s'il existe ou fabriquer un référentiel, vérifier les écarts à ce référentiel, proposer et mettre en œuvre des modifications de pratique, vérifier l'impact de ces modifications sur les résultats à l'aide d'indicateurs. L'Anaes a publié récemment un guide qui regroupe les différentes méthodes et les outils utilisables dans une démarche qualité [3].

Trois sont peut-être plus volontiers utilisées en pratique :

- le PAQ tel que l'ont proposé l'Andem et la direction des hôpitaux [4] est une méthode capable d'améliorer le fonctionnement de systèmes complexes telles que la dispensation des médicaments ou la réduction des infections nosocomiales. Cette méthode est cependant assez lourde et contraignante, s'étale sur un an et engage de nombreuses ressources humaines ;
- l'audit clinique fondé sur le même principe est plus simple et plus facilement applicable dans un service [5]. Il comprend six étapes et peut être utilisé pour améliorer ou évaluer des pratiques professionnelles (ex. : qualité de la prescription des anticoagulants prophylactiques, qualité de la prise en charge des pneumopathies communautaires.) ;
- le diagramme de Pareto permet de hiérarchiser des dysfonctionnements et de mieux choisir les actions à mener.

### 3.3. Dans tous les cas, il est souhaitable :

- de mettre en place un groupe regroupant les représentants de tous les professionnels impliqués dans le processus.
- de désigner un responsable de projet chargé d'animer le groupe, de faire les comptes-rendus et de respecter le calendrier ;
- de faire un point régulier sur l'avancement des travaux et de les faire connaître.

## 4. Évaluer les résultats et les faire connaître

C'est une étape essentielle car elle permet de mesurer les progrès et de maintenir la motivation. C'est dire la nécessité pour chaque action menée d'identifier un petit nombre d'indicateurs robustes, fiables, simples, pouvant être recueillis en routine [6].

- Certains indicateurs concernent des événements sentinelles qui doivent amener à une analyse immédiate des causes et à des actions correctrices.
- D'autres font partie du tableau de bord annuel du service et permettent de mesurer les efforts accomplis (ex. : infections nosocomiales, transmission de BMR).
- La plupart sont ad hoc et permettent de s'assurer de la réalité de l'amélioration du fonctionnement.
- Dans tous les cas, il est difficile de trouver le meilleur canal de diffusion :
  - expression au conseil de service, qui a l'avantage de figurer dans le compte-rendu, et rapport d'activité annuel du service ;
  - communication des résultats d'une étude au cours de réunions de service regroupant au mieux l'ensemble des professionnels du service ;
  - affichage dont on connaît le caractère cependant peu performant ;
  - il ne faut pas négliger la communication régulière en routine : parler de la qualité régulièrement est sans doute l'action la plus efficiente.

## 5. Difficultés

S'il existe une culture de service entraînant l'adhésion de tous les professionnels, il y a malgré tout des obstacles :

- le manque de temps est une réalité que renforcent encore la réduction du temps de travail et les repos de sécurité, réformes qui ne font que commencer à s'implanter et qui demain seront aussi naturelles que les congés payés. Tant que le temps dévolu à la démarche qualité ne sera pas reconnu comme du temps de travail, et que cet objectif ne sera pas considéré comme une priorité (à côté de soins, enseignement, recherche, management), le problème sera réel ;
  - la valorisation des personnes qui donnent du temps à cette activité est également nécessaire. Aujourd'hui, la future élite fait de la recherche, les gens « sérieux » du soin et les illuminés s'occupent de la qualité. Donner du temps à la collectivité n'est vraiment reconnu ni par les CNU ni par les jurys de concours de PH. Un travail dit de recherche est le plus sûr moyen de trouver le financement d'un congrès ;
  - tout ceci concourt à rendre difficile la pérennité du processus, c'est-à-dire le fait que les actions soient menées et que chaque année des projets soient mis en œuvre. Dans un service qui n'a pas acquis cette culture et où la démarche qualité est vécue comme l'affaire du groupe de l'hôpital qui dit des choses agaçantes, la pérennité concernera les actions que tout l'hôpital devra organiser : vigilance et gestion des risques, dossier du patient, etc. C'est déjà bien.
- Les services dont les professionnels font de l'objectif de qualité leur préoccupation quotidienne, mais qui n'auront pas su ou pu faire reconnaître dans leur établissement le caractère prioritaire de ces actions et valoriser

les individus qui y consacrent plus de temps que les autres, devront « ramer » pour maintenir leur action ;

- l'organisation idéale qui assure cette pérennité reste à trouver. Il serait intéressant, au sein de la SRLF, de faciliter le « Benchmarking » qui permettrait d'aller voir sur place ce qui se fait de mieux pour un problème donné, pour trouver les idées qui sont susceptibles d'être appliquées dans l'environnement réel du service, compte-tenu de la culture du service.

## 6. Le but à atteindre

Dans un monde utopique où un hôpital aurait inscrit dans ses priorités une démarche d'amélioration continue de la qualité au bénéfice du patient et où l'ensemble des professionnels d'un service le vivent naturellement, on pourrait imaginer l'organisation suivante :

- le service a un projet de service approuvé par l'ensemble des professionnels qui détermine les actions à mener pour les années à venir, s'inscrivant dans le projet d'établissement ;
- un programme de formation annuel vise à acquérir les compétences nécessaires ;
- le conseil de service, sous l'impulsion de ses cadres médicaux et infirmiers, suit ces actions, en détermine de nouvelles, assure la diffusion des résultats ;
- un groupe peut par délégation recevoir cette responsabilité et rendre compte des progrès et des difficultés qui sont enregistrés dans les CR de conseils de service ;
- le rapport d'activité annuel fait le bilan des actions menées et fait part du programme de l'année à venir.

## 7. Démarche qualité, *evidence based medicine* et recherche

La culture de l'essai thérapeutique randomisé, avec pour corollaire une grande exigence méthodologique et statistique, amène à regarder avec suspicion les actions menées dans le cadre d'une démarche qualité : les mesures faites portent en général, pour des raisons de faisabilité, sur de petits échantillons, qui ne donnent pas une puissance suffisante et les méthodes n'ont pas la même rigueur. À l'inverse de beaux

essais peuvent montrer l'intérêt d'une stratégie diagnostique ou thérapeutique, mais leurs conclusions ne sont pas suivies pour autant. L'*evidence based medicine* n'a d'intérêt que si elle débouche sur une modification des pratiques et c'est justement ce que cherche à assurer la démarche d'amélioration continue.

On peut se demander si nous ne devrions pas nous former ou chercher des compétences extérieures dans le domaine des sciences sociales car, si l'on sait bien mesurer aujourd'hui l'effet ou l'absence d'effet d'un traitement, on connaît moins bien les déterminants des processus de décision et d'action. Plus que le résultat c'est le changement qu'il faut mesurer, et nos méthodes ne sont peut-être pas adaptées.

## 8. Conclusion

L'amélioration continue de la qualité n'est pas un concept flou. C'est plutôt une organisation, fondée sur une culture qui « colle » bien au souci de rigueur et de progrès des réanimateurs, dont l'objectif est de mieux répondre à l'ensemble des besoins des patients. Comme toute organisation elle suppose un minimum de formation, et de connaissance méthodologique. Elle n'est possible que si l'encadrement des services est très impliqué et si les personnels soignants et non soignants partagent ces valeurs. Elle ne s'implantera vraiment que si l'hôpital et les tutelles reconnaissent cette priorité et valorisent les actions menées.

## Références

Les références suivantes peuvent être téléchargées à partir du site [www.anaes.fr](http://www.anaes.fr).

- [1] Démarches qualité des établissements de santé : principes de recours à un prestataire, juin 2001.
- [2] Efficacité des méthodes de mise en œuvre des recommandations médicales, janvier 2000.
- [3] Méthodes et outils des démarches qualité pour les établissements de santé, août 2000.
- [4] Évaluation d'un programme d'amélioration de la qualité. Les enseignements de 60 projets dans les établissements de santé français, avril 1999.
- [5] L'audit clinique : bases méthodologiques de l'évaluation des pratiques professionnelles, avril 1999.
- [6] Construction et utilisation des indicateurs dans le domaine de la santé : principes généraux, mai 2002.