

k

## **CHAPITRE 3**

# **La méthodologie générale de mise en place d'une *Démarche Qualité* dans un établissement de santé**

Nous vous suggérons ici une **méthode en 12 étapes-clés** pour mettre en place une *Démarche Qualité* structurée au sein d'un établissement de santé dans l'esprit de la norme ISO 9001V2015 :

- 1/ Engagement de la direction et "*Charte Qualité*"**
- 2/ Désignation d'un *Responsable de Projet Qualité de l'établissement***
- 3/ Constitution du *Comité de pilotage du Projet Qualité de l'établissement***
- 4/ Formation à la qualité**
- 5/ Communication sur la *Démarche Qualité***
- 6/ Constitution de *Groupes d'Amélioration de la Qualité (GAQ)***
- 7/ Animation et direction du travail des GAQ**
- 8/ Organisation du suivi des actions et du partage d'expériences**
- 9/ Mise en place des indicateurs de qualité**
- 10/ Élaboration du *Plan d'Action Qualité (PAQ)***
- 11/ Suivi de la réalisation du PAQ**
- 12/ Mise en valeur des résultats obtenus et préparation du *PAQ suivant***

Page 1

Chap. 3

---

## ÉTAPE 1 : L'ENGAGEMENT DE LA DIRECTION ET L'ÉLABORATION DE LA « CHARTE QUALITÉ »

- ⇒ Il doit être ferme et résolue : pas de demi-mesure ! Mettre en route une *Démarche Qualité* au sein d'un établissement de santé relève d'une décision stratégique. Si on fait ce choix, il faut le faire avec détermination.
- ⇒ Cet engagement doit être affiché aux yeux de tous. Il doit donc prendre la forme d'une **déclaration écrite**, d'un engagement formel sous la forme d'une « *Charte Qualité* ».
- ⇒ La « *Charte Qualité* » matérialise en quelque sortes **l'engagement de la Direction** dans une "démarche active" d'amélioration de la qualité-sécurité des soins.
- ⇒ Cet engagement doit être communiqué tant **à l'intérieur** de l'établissement afin que chacun sache bien que ce choix stratégique a été fait, qu'**à l'extérieur**, à destination de ses parties prenantes et notamment de ses usagers.

## ÉTAPE 2 : LA DÉSIGNATION DU CHEF DE PROJET QUALITÉ DE L'ÉTABLISSEMENT

- ⇒ C'est un choix des plus délicats : ce chef *imprimera nécessairement sa marque* sur toute la *Démarche Qualité*. C'est en partie lui qui fera que cette démarche sera rigide ou souple, d'un formalisme léger ou pesant, mobilisatrice ou décourageante.
- ⇒ Il doit notamment se montrer *capable de mobiliser une équipe*, de la motiver, et de *conserver une vision d'ensemble pour tenir le cap*.
- ⇒ Cette personne devra **constituer une équipe** (un *Comité de pilotage* en l'occurrence → *Étape 3*), **lancer et piloter le Projet Qualité de l'établissement**, et **rendre compte régulièrement de son avancement à la direction**.

Page 2

Chap. 3

## ÉTAPE 3 : LA CONSTITUTION DU COMITÉ DE PILOTAGE DU PROJET QUALITÉ DE L'ÉTABLISSEMENT

- ⇒ Il s'agit de constituer un Comité de pilotage du Projet Qualité de l'établissement et de mise en œuvre de la *Démarche Qualité*.
- ⇒ Avec une équipe réduite de huit à dix personnes, le Comité doit rassembler des membres de l'établissement de santé susceptibles de piloter le *Projet Qualité* de l'établissement, comme les Chefs de service, le responsable de la pharmacie centrale ou encore le président du Conseil médical de l'établissement (CME).
- ⇒ Ce sont des personnes connaissant bien l'hôpital, provenant de ses différentes fonctions et/ou services, et capables de communiquer leur enthousiasme pour impulser une dynamique de changement.

#### ÉTAPE 4 : LA FORMATION À LA QUALITÉ

- ⇒ Il faut tout d'abord former les **membres du Comité de pilotage**.
- ⇒ Il faut ensuite élaborer un **Plan de formation à la qualité de l'ensemble du personnel**. Si la taille de l'établissement est importante, on va d'abord « former des formateurs » qui vont à leur tour faire des formations dans les services.
- ⇒ **ATTENTION ! La formation à la qualité ne peut aucunement être uniformisée, standardisée.**
  - ➔ Aussi, il faut prévoir deux ou trois niveaux de formation (avec à chaque fois deux ou trois modules différents) selon les besoins et les niveaux des destinataires de la formation.
- ⇒ Ne pas oublier de prévoir une formation systématique pour *toutes les personnes qui seront recrutées*.
- ⇒ Le but de ces formations à la qualité est que chacun :
  - ➔ comprenne les **notions-clefs** de la qualité ;
  - ➔ appréhende le **Projet Qualité** de l'établissement ;
  - ➔ détermine **son rôle et la contribution qu'il peut apporter** à la place qu'il occupe.

#### ÉTAPE 5 : LA COMMUNICATION SUR LA DÉMARCHE QUALITÉ

- ⇒ Il faut organiser une campagne massive de **communication interne** en mobilisant tous les moyens disponibles : affiches, articles dans la revue interne, réunion de lancement du *Projet Qualité* de l'établissement...
- ⇒ Il s'agira de créer un **mouvement d'adhésion et de mobilisation à la Démarche Qualité** et de **faire connaître les premiers essais et les premiers succès** au fur et à mesure de l'avancement du *Projet Qualité* de l'établissement.

#### ÉTAPE 6 : LA CONSTITUTION DE GROUPES D'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ (GAQ)

- ⇒ Il faut mettre en place, dans quelques services sur la base du volontariat, ou dans tous les services systématiquement, un Groupe d'Amélioration de la Qualité (GAQ) au niveau de chaque service.
- ⇒ Les GAQ regrouperont les **acteurs effectifs des actions d'amélioration** dans chacun des services de l'établissement.

## ÉTAPE 7 : ANIMER ET DIRIGER LE TRAVAIL DES GAQ

- ⇒ Les GAQ doivent :
- ➔ identifier les exigences explicites et implicites des clients/usagers. Soulignons que ces derniers peuvent également être des clients internes et pas forcément le client final, comme par exemple la pharmacie centrale vis-à-vis des autres services qui sont donc ses « clients internes » ;
  - ➔ identifier les principales « non-conformités » et « non-qualités » et mesurer leur fréquence et leur gravité ;
  - ➔ envisager des actions d'amélioration, qu'elles soient correctives ou préventives ;
  - ➔ analyser systématiquement les **principaux processus de leur service** afin de mieux détecter les dysfonctionnements existants ou potentiels, et de mieux comprendre quelles actions doivent être maîtrisées pour l'obtention de la qualité ;
  - ➔ chiffrer les enjeux de la qualité à partir d'une évaluation des coûts de la « non-qualité ».
- ⇒ Ces groupes sont précisément ceux qui mettent systématiquement en œuvre les **méthodes et outils de résolution des problèmes de qualité** qu'on va présenter dans le cadre des *exposés thématiques* en TD.

## ÉTAPE 8 : L'ORGANISATION DU SUIVI DES ACTIONS ET DU PARTAGE D'EXPÉRIENCES

- ⇒ Le **Comité de pilotage** suit le déploiement et l'avancement de la *Démarche Qualité* au sein de l'établissement, c'est-à-dire la mise en place et le travail des **GAQ**.
- ⇒ Le **chef de Projet Qualité de l'établissement** établit un *tableau de bord*, avec au moins quatre entrées : nombre de GAO en cours ; état d'avancement ; nombre de processus analysés ; résultats obtenus.
- ⇒ Les **membres des GAO** sont invités au Comité de pilotage pour *présenter leurs expériences*. Des actions de communication sont par la suite organisées autour de ces expériences à destination des autres GAQ et éventuellement de l'ensemble du personnel.
- ⇒ Précisons enfin que l'action des GAQ peut être aidée par des interventions extérieures (consultant qualité, exemple d'un autre établissement...).

## ÉTAPE 9 : METTRE EN PLACE DES INDICATEURS DE QUALITÉ

- ⇒ Il s'agit concrètement de mettre en place des indicateurs qui reflèteront le mieux possible le niveau de qualité atteint au sein de l'établissement, et cela depuis le niveau individuel (poste de travail) jusqu'au niveau le plus global en passant par les niveaux intermédiaires.
- ⇒ Ces indicateurs permettront de **mesurer les progrès (ou les reculs) en matière de qualité** ; ils doivent être **faciles à actualiser, fiables et pertinents**.

- ⇒ Leur regroupement ou leur agrégation permet de constituer un **tableau de bord de la qualité**.
- ⇒ En mettant en évidence les améliorations ou dégradations de la qualité, le tableau de bord de la qualité offre une **vision globale du déploiement et de l'avancement de la Démarche Qualité** au sein de l'établissement.

### **ÉTAPE 10 : ÉLABORATION DU PLAN D'ACTION QUALITÉ (PAQ)**

- ⇒ L'ensemble des **propositions d'actions d'amélioration** émanant de tous les GAQ sont systématiquement regroupées et classées.
- ⇒ On dégagera par la suite les *priorités liées à la gravité et à l'urgence*.
- ⇒ On retiendra également des *actions faciles à mettre en place et rapidement*.
- ⇒ Finalement, il s'agit de construire le **Plan d'Action Qualité (PAQ)** avec deux ou trois horizons temporels (souvent : un an, deux ans, trois ans... ou plus simplement : très urgent, urgent, moins urgent).

### **ÉTAPE 11 : SUIVI DE LA RÉALISATION DU PAQ**

- ⇒ Il faut veiller à maintenir la mobilisation de tous autour de l'objectif d'amélioration continue, le risque étant qu'elle retombe une fois que les problèmes les plus courants/urgents ont été résolus.
- ⇒ Tableau de bord, partage d'expériences, points sur l'avancement... doivent ainsi être suivis avec constance et régularité par le *Comité de pilotage* chaque fois que nécessaire.

### **ÉTAPE 12 : MISE EN VALEUR DES RÉSULTATS OBTENUS ET PRÉPARATION DU PAQ SUIVANT**

- ⇒ La mise en valeur des résultats obtenus est importante pour maintenir la mobilisation générale : reconnaissance pour ceux qui ont avancé, émulation pour les autres.
- ⇒ Une **Journée de qualité des services de santé** peut éventuellement être organisée, ainsi que différentes actions de communication internes et externes.
- ⇒ La préparation du plan suivant, s'appuyant sur l'expérience acquise, passera également par la fixation d'objectifs mesurables, ceux-ci devant être évidemment plus ambitieux dans l'esprit d'une amélioration continue.