



IEPSCF-TOURNAI

**53, rue Saint-Brice B-7500 TOURNAI
Tél. +32 69/22.48.41. - www.iepscf-tournai.be**

Institut d'Enseignement Promotion Sociale de la Communauté Française

Spécialisation : cadre de santé

L'audit interne : un outil du management de la qualité au service du cadre de santé.

Présenté par : Cardon Charlotte

En vue de l'obtention du diplôme de cadre en soins de santé

Année scolaire : 2021-2022



IEPSCF-TOURNAI

53, rue Saint-Brice B-7500 TOURNAI
Tél. +32 69/22.48.41. - www.iepscf-tournai.be

Institut d'Enseignement Promotion Sociale de la Communauté Française

Spécialisation : cadre de santé

L'audit interne : un outil du management de la qualité au service du cadre de santé.

Présenté par : Cardon Charlotte

En vue de l'obtention du diplôme de cadre en soins de santé

Année scolaire : 2021-2022

Remerciements :

Nous souhaitons remercier toutes les personnes qui ont contribué à l'aboutissement de notre épreuve intégrée.

Dans un premier temps, nous aimerions remercier Mr Vantomme pour sa disponibilité, ses judicieux conseils qui ont alimenté notre réflexion ainsi que sa persévérance à toujours nous pousser à dépasser nos limites.

Ensuite, nous tenons également à remercier toute l'équipe pédagogique de l'institut d'enseignement de promotion sociale de Tournai pour la richesse des apprentissages qu'ils nous ont fournis ;

Enfin, nous témoignons toute notre reconnaissance aux personnes suivantes pour leur soutien dans la rédaction de cette épreuve intégrée et tout au long de la formation :

Mme Rita Hanart qui nous a accordé de son temps pour la relecture et les corrections de nos travaux ;

Mme Sophie Dardenne pour ses encouragements dans les moments de doutes ;

Mes collègues de travail ainsi que les membres de mon équipe qui ont fait preuve d'un soutien moral tout au long de cette formation ;

La meute et en particulier Amélie Patrisse avec qui à tour de rôle nous avons alimenté nos réflexions, mais aussi nous nous sommes soutenus mutuellement pendant ce cursus de formation ;

Et enfin, ma famille, surtout Stéphane, mon mari et Lyne, ma petite fille pour la confiance qu'ils m'ont accordée dans ce projet, leur patience et leur indulgence face aux sacrifices engendrés par la formation.

Exercice d'intégration tenant lieu de préface

Ô, dites ! Dites-moi comment va notre unité de soins. Dites-moi quelles sont les performances de cette équipe soignante que nous encadrons. Ainsi dit, vous me direz donc nos performances de cadre. Ceci dit, se révéleront possiblement, en filigrane, d'or ou de fer blanc, nos compétences d'encadrant.

Parfois sans ménagement, parfois venus d'ailleurs, les audits sont de plus en plus nombreux offrant de mettre en chiffres et autres quantités les performances. Ils font avalanches sans nécessairement révéler la qualité des performances des uns et donc de l'autre, le cadre des uns. Ce faisant, la caisse à outils (de mesure) s'alourdisant, le cadre de proximité devient ce *manager¹ new generation* qui, imperceptiblement, peut prendre de la distance ; surtout s'il ne prend pas le temps (le loisir) de com-prendre, d'u-ti-li-ser ces (démonstratif non possessif) outils. Tels des remèdes, ils ont leur part de poison surtout si sont confondus indications et contre-indications, précautions d'emploi et effets indésirables.

Auditer, est-ce synonyme d'entendre ou d'écouter ? Comme au tribunal, auditer et entendre sont verbes homozygotes de la même pratique. D'ailleurs, en ce lieu où l'on juge, prescrit et sanctionne, l'auditeur ne dispose pas de voix délibérative ! L'auditeur auditant agit donc et alors comme conseiller ... à suivre ou pas ? Encore faut-il écouter ?

Mais qui est l'auditoire de ces pratiques ? Ne regardez pas trop vite et/ou trop longtemps vers le haut (de la pyramide) ! N'oubliez pas, surtout pas, l'équipe auditée car elle devrait être et rester le principal bénéficiaire, fournisseur et client tout à la fois. Prenons cette mesure (*sic*) suivante : même si les audits ont leur saison, rendons cette écoute vivace et permanente, en toutes saisons : pérenne ! Le développement durable du cadre de santé (de l'équipe soignante) !

« *Déchiffrer le travail et donc l'humain n'est pas chose facile, ...* »¹. De manière subtile, lors de cette audience, Charlotte nous met en garde face au danger de lire son titre dans l'autre sens, le sens inversé. Veillons à ce que le cadre ne devienne pas l'outil au service des audits. Prenons en main et gardons la main !

Bonne lecture en compagnie de Charlotte, une *Meute*.

PATRICK

¹ Veuillez relire la préface qui ouvre l'EI de Lison.

Table des matières

INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE 1 : LE MANAGEMENT DE LA QUALITE DES HOPITAUX.....	3
1. Le système de management de la qualité.....	3
1.1. La démarche qualité.....	4
1.2. Le management de la qualité.....	5
1.3. Les principes du management de la qualité.....	5
2. L'accréditation des hôpitaux.....	7
2.1 L'origine de l'accréditation des hôpitaux :	7
2.2 Définition de l'accréditation :	8
2.3 L'intérêt de la démarche d'accréditation :.....	9
2.4 Analyse du glissement de la qualité en sécurité :	9
2.5 Les bénéfices internes de la démarche d'accréditation :	11
2.6 Les bénéfices externes de la démarche d'accréditation :	11
2.7 Les exigences de l'accréditation Canada :	11
3. La qualité des soins.....	12
3.1 Définition de la qualité des soins :	12
3.2 Les différentes approches de la qualité des soins :	13
3.3 Les différentes dimensions de la qualité des soins :	15
3.4 Le patient dans la démarche qualité :	16
CHAPITRE 2 : LE CHANGEMENT ET SA PERENNISATION.	21
1. Le management du changement.....	21
2. Les étapes de la mise en place du changement.....	22
3. Comment préparer le changement ?	23
4. Les différents types de réactions au changement.....	24
5. Les trois niveaux en interaction permanente face au changement.	26
5.1 L'organisation.....	26
5.2 Le groupe.....	27
5.3 La personne.....	28
6. Les trois axes de la pérennisation du changement :	30
6.1. L'état organique.	30
6.2 La contrepartie : donner du sens.	30
6.3 La facilitation.....	30
7. La mise en place de la pérennisation du changement.	31
8. Les prérequis managériaux à la pérennisation du changement :	34
CHAPITRE 3 : LES AUDITS	38
1. Définition des audits :	38
2. Les acteurs de l'audit :	39
3. Le programme d'audit :	40
4. Les auditeurs :	41
5. L'audit interne :	43
5.1. L'initialisation de l'audit :	43
5.2. La préparation de l'audit :	44
5.3. La réalisation de l'audit :	45

5.4. L'après audit :	48
6. L'audit externe ou tierce partie :	49
6.1. L'initialisation :	49
6.2. La préparation :	50
6.3. L'après audit.	50
6.4. Les audits de suivi :	51
CHAPITRE 4 : LES OUTILS DE L'AUDIT ET DU MANAGEMENT DE LA QUALITE.	56
1. Les outils de l'audit interne.	56
1.1. L'entretien.	56
1.2. L'observation.	58
1.3. Le brainstorming.	59
2. Les outils du management de la qualité.	61
2.1. La grille SVP : Savoir-Vouloir-Pouvoir.	61
2.2. La balance gains-pertes.	63
2.3. Le plan de communication.	64
2.4. Le flash info qualité.	65
2.5. La pocket card.	66
2.6. Le tableau de bord.	68
CHAPITRE 5 : LE CADRE DE SANTE	72
1. Le management et ses différents styles.	73
2. Les rôles du cadre.	74
2.1. L'organisation.	77
2.2. Faciliter le travail de son équipe.	78
2.3. Favoriser une atmosphère d'humanité.	79
2.4. La communication.	79
2.5. Le développement.	80
2.6. Tenir conseil.	80
2.7. La formation.	81
CONCLUSIONS ET PERSPECTIVES	86
ANNEXE 1 : flash info qualité	89
ANNEXE 2 : Pocket card.	91
ANNEXE 3 : Tableau de bord.	93
BIBLIOGRAPHIE.	96
ABSTRACT.	102

INTRODUCTION.

Notre épreuve intégrée est le fruit de nos trois ans de formation en cadre de santé. Si le point de départ de ce travail était l'accréditation, notre réflexion a évolué au fil du temps. De par une prise de poste quelques mois après le début de notre formation de cadre de santé et six mois avant une certification par accréditation Canada au sein de notre institution de soins, c'est la problématique sur l'accréditation et ses changements qui nous est parvenue le plus rapidement. C'est alors que nous avons pris conscience que nous étions en pleine évolution du management de notre hôpital. Si au départ, nous considérions la mise en place de ces changements comme une évolution de la fonction du cadre de santé, c'est notre formation qui nous en a prouvé le contraire. En réalité, notre infirmière chef d'unité de l'époque comme bien d'autres, ne remplissait pas ses fonctions, tout au moins pas dans leur entièreté. En septembre 2018, notre vision des rôles du cadre était : la gestion des horaires, d'une équipe, du matériel ainsi que le fait d'assurer la collaboration avec une équipe pluridisciplinaire et le traditionnel tour médical où l'infirmière chef d'unité est plutôt une secrétaire. Notre prise de fonction s'est donc faite à un tournant de la fonction de cadre au sein de notre institution de soin. Une démarche d'accréditation en cours avec tous les changements que celle-ci engendre, notamment une grande évolution du management. C'est alors qu'il nous est demandé de : répondre aux normes, rédiger des procédures, avoir des objectifs d'unité, travailler dans une optique d'amélioration continue au sein de notre unité de soins, partager la politique infirmière institutionnelle, ... À six mois d'une visite d'accréditation, nous avons appliqué les procédures, étudié les référentiels et répondu aux attentes de nos supérieurs hiérarchiques sans trop réagir. Finalement, pour nous, ce n'était pas si difficile et nous nous sommes vite empreints de ce mode de management. De plus, si nous relisons le cadre légal de la fonction de cadre avec ses différents rôles, bon nombre n'étaient en réalité pas spécialement en place sur le terrain alors que ceux-ci font bel et bien partie de la fonction. Bien que nous ayons adopté rapidement ces « nouveaux rôles », nous avons senti que nos collègues plus expérimentés y adhèrent d'une toute autre manière. Néanmoins, nous étions curieux de comprendre ces modes de fonctionnement ainsi que de percevoir le sens de cette démarche. Notre formation et l'élaboration des différents travaux qui en découle nous ont permis de les comprendre, de les accepter et aussi, nous dirions même surtout d'évoluer. Notre recherche était donc axée sur le changement, l'accréditation et la pérennisation des pratiques après une certification. Elles ont mis en avant l'intérêt des audits dans la pérennisation des pratiques, mais pas seulement dans cet intérêt. Effectivement, en prenant conscience des différentes fonctions du cadre de santé, nous en avons perçu leur utilité dans le quotidien du cadre, voire même le fait qu'ils soient employés sans en avoir conscience et sans les formaliser. C'est alors à l'aide de cette épreuve intégrée que nous souhaitons vous faire discerner l'intérêt des audits internes pour le cadre surtout dans le management de la qualité. Afin de comprendre le cheminement qui nous a amené jusqu'à notre thèse : « L'audit interne : un outil du

management de la qualité au service du cadre de santé », nous avons émis le choix de vous développer le management de la qualité dans les hôpitaux afin de vous faire comprendre la démarche d'accréditation. À l'heure actuelle, beaucoup d'hôpitaux sont en phase d'accréditation, label de qualité-sécurité que chacun doit obtenir pour répondre aux normes imposées par l'État belge. Ce processus que nous développons dans notre travail engendre plusieurs changements selon des critères repris dans des référentiels. Comme pour tout projet de changement, le cadre est ou devrait être le vecteur de ceux-ci, il les dirige, les organise, les communique, les contrôle et les fait pérenniser : faire savoir pour faire valoir. Nous avons donc étudié le changement et sa pérennisation. Ensuite, nous vous présentons les différents audits dans le but de les comprendre, de percevoir leur utilité et de connaître les personnes qui peuvent les réaliser. Nous les étoffons avec des outils qui permettent de les mener à bien, accompagnés d'outils du management de la qualité. Enfin, nous terminons par le management et les rôles du cadre afin de faire le lien entre les audits internes et les fonctions du cadre de santé.

Cependant, avant de commencer la lecture, il nous semble nécessaire d'apporter quelques précisions quant à l'emploi de certains termes et notre mode de rédaction. Vous allez rencontrer tout au long de ce travail les termes collaborateurs et subordonnés. Il nous paraît utile de les rendre plus explicites. En effet, le terme subordonné est utilisé dans ce travail pour désigner les membres de l'équipe du cadre. C'est-à-dire, les individus qui sont sous un lien de subordination par rapport au cadre. Nous avons le pouvoir de leur donner des directives à suivre, de contrôler leur pratique et si nécessaire de les recadrer. Ce n'est pas pour autant, qu'il n'y a pas une relation humaine qui en émane. Selon nous, ce terme est plus approprié que collaborateur, car dans ce contexte, il n'y a pas d'autorité de l'un envers l'autre. Il s'agit plutôt d'individus qui exercent au sein d'une même entreprise.

Ensuite, nous avons émis le choix de réaliser à la fin de chaque chapitre une synthèse du contenu de celui-ci afin d'en relever les éléments importants selon nous. Néanmoins, nous l'avons accompagné d'un paragraphe en guise de conclusion qui nous permet de critiquer, commenter cette synthèse ainsi que de faire le lien entre les différents chapitres. Vous percevrez certainement dans ce travail que le management de la qualité, le changement, la pérennisation et les audits sont des concepts très cadrés, cependant, il est possible d'écrire à leur sujet, de sortir de leurs limites et de les adapter afin de les rendre plus appropriés. Nous vous souhaitons dès à présent une excellente lecture.

CHAPITRE 1 : LE MANAGEMENT DE LA QUALITE DES HOPITAUX.

Le management de la qualité est de plus en plus prisé à l'heure actuelle. L'hôpital comme toute entreprise évolue et entre dans des démarches qualité avec l'accréditation par exemple. L'accréditation des institutions de soins est en quelque sorte la certification d'un hôpital à un ensemble de normes. En effet, les hôpitaux sont des entreprises à part entière et de ce fait, leur gestion se fait comme telle. Nous pourrions associer ce type de certification aux différentes certifications ISO¹, dans ce cas, c'est le nom ainsi que les référentiels qui sont différents. Nous tenterons au cours de ce chapitre de vous développer le management de la qualité ainsi que la démarche qualité et de partager la raison qui pousse les hôpitaux à entrer dans cette démarche ; de comprendre ce qu'elle est, quels en sont les bénéfices ainsi que les exigences. De plus, lors de l'élaboration de ce travail, nous avons constaté un glissement de la qualité à la sécurité que nous tentons de vous expliciter. Nous avons également estimé important d'évoquer la notion de qualité des soins puisque les soins sont omniprésents dans un hôpital ainsi que l'importance de la place du patient dans la démarche qualité.

1. Le système de management de la qualité.

Un système de management est constitué d'un ensemble d'éléments corrélés ou en interaction au sein d'une entreprise. En bref, l'organisme détermine des objectifs en lien avec sa politique et le système de management va induire la création de processus dans le but d'atteindre les objectifs fixés. Celui-ci peut porter sur une ou plusieurs disciplines à la fois. Il existe de multiples systèmes de management : environnemental, la qualité, la sécurité de l'information, la sécurité au travail et dans bien d'autres domaines. Le système de management de la qualité regroupe l'ensemble des éléments que l'entreprise met en place afin d'entrer dans une démarche de qualité et de la faire pérenniser. L'intérêt de cette démarche au sein d'une entreprise est d'accroître la qualité de sa production et de son organisation. Il existe d'autre type de système de management essentiellement associés à la norme iso comme : le système de management environnemental qui est mis en application dans le but d'améliorer la gestion et les compétences environnementales ; le management de la sécurité de l'information qui est mis en œuvre dans les entreprises afin d'avoir une organisation efficace et pérenne de la sécurité de l'information ; le système de management de la santé et sécurité au travail dont la mise en place fait partie des obligations légales d'un organisme, les réglementations en matière de sécurité au travail sont continuellement intensifiées ; les équipements de protection sont de plus en plus efficaces ; les systèmes de sécurité sur les

¹ L'ISO est un organisme international de la normalisation. Il établit et publie des normes internationales de système de management.

appareils s'améliorent de manière constante, ... Tous ces éléments ont permis de faire diminuer la fréquence des accidents de travail et leurs sévérités ; ... Il existe bien d'autres systèmes de management, ceux que nous venons de vous citer n'en sont qu'une infime partie. Néanmoins, leur développement n'a selon nous aucun intérêt au sein de notre épreuve intégrée. Continuons plutôt avec la démarche qualité proprement dite.

1.1. La démarche qualité.

Selon le mouvement Wallon pour la qualité, le choix d'entrer dans une démarche qualité répond à une question de survie, de pérennité et de développement de la totalité de l'activité de l'entreprise. Sa mise en place demande une certaine maîtrise de la situation. De ce fait, chaque changement demande d'être géré à l'aide de processus programmés et évalués. L'intérêt premier de cette démarche est la satisfaction du client et du consommateur. Cependant, nous sommes tous le client de quelqu'un d'autre et inversement. Il existe plusieurs éléments qui sont les clés du succès de ce type de projet. En effet, s'intéresser à ce que celui-ci va nous apporter ainsi que la prise de conscience de l'expérience d'autres entreprises, clients, fournisseurs permet de mieux comprendre les bénéfices que la démarche engendre. La mise en œuvre de celle-ci par l'efficacité qu'elle apporte et les outils de gestion qu'elle implique amène un cadre de référence afin d'introduire les conditions les plus favorables et d'en retirer les meilleurs avantages possibles. Il est primordial d'avoir reçu une formation sur le sujet. Il ne suffit pas de savoir ce que c'est, il est essentiel d'en avoir compris le sens ainsi que d'avoir conscience de ce qu'il est nécessaire de faire pour réussir.

La gestion d'une telle démarche ne se fait pas seule. Une équipe est alors formée de personnes multi hiérarchique et multidisciplinaire étant donné l'importance du travail à réaliser et des responsabilités que cela incombe. Comme tous projets, celui-ci demande un étalement de la charge de travail sur plusieurs mois. Le plan du projet est préalablement réalisé, les objectifs sont fixés, les différentes étapes sont planifiées et le besoin en ressources est analysé. Une fois le projet lancé, des rapports intermédiaires sont rédigés et les axes d'amélioration sont planifiés pour des dates précises.

Le gestionnaire du projet est non seulement doté d'un esprit d'analyse crédible et est un excellent communicateur afin d'avoir les ressources adéquates. Il est essentiel d'avoir les ressources humaines, financières et techniques nécessaires. L'implication de tous les collaborateurs est gage de réussite. En effet, le fait de les consulter, de les faire participer à la démarche va entraîner un sentiment de responsabilité, et en conséquence un meilleur investissement.

Il est également conseillé de ne pas supprimer toutes les pratiques en vigueur pour en instaurer de nouvelles. Il est plutôt recommandé de modifier, d'améliorer les procédures déjà présentes afin de répondre aux conformités. Il n'est pas nécessaire d'entrer dans des processus complexes, la simplicité est souvent plus efficace et moins difficile à installer. Enfin, il est essentiel de garder en vue les objectifs fixés, l'intérêt d'une amélioration continue tout en intégrant les aspects environnementaux et de bien-être. Etudions maintenant le système de management de la qualité de manière plus approfondie.

1.2. Le management de la qualité.

Le management de la qualité tend à devenir la priorité de toute entreprise. Celle-ci concerne tous les niveaux de l'organisation. Les différents éléments qui se regroupent pour répondre à une démarche de qualité ou d'amélioration continue sont constitués de l'ensemble des responsabilités, de structures organisationnelles, de processus, de procédures pour programmer, appliquer et diriger le management de qualité. Pour ce faire, des indicateurs sont déterminés et retranscrits dans des tableaux de bord afin d'y associer des plans d'action correctives avec comme objectifs l'amélioration de la qualité. Tous ces éléments sont rédigés et assignés dans un système documentaire efficient afin d'être disponible pour tous et de pouvoir être utilisé en cas de nécessité. Le management de la qualité est axé sur sept principes, ceux-ci sont issus des normes ISO 9000, ISO 9001 et celles du management de la qualité connexe.

1.3. Les principes du management de la qualité.

Ces principes sont constitués des bonnes pratiques desquelles une entreprise s'imprègne afin d'accroître la qualité de ses accomplissements. Ils regroupent un collectif de valeurs, de codes, de normes et de croyances fondamentales reconnus correctes et utilisables comme base du management de la qualité.

Le premier principe est l'orientation client. En effet, l'objectif premier du management de la qualité est la satisfaction du client. Celle-ci va nous permettre d'acquérir et de cultiver sa confiance. Concevoir et anticiper leurs exigences actuelles et futures y contribuent également. L'objectif est donc de satisfaire le client ou le patient pour le soignant. Là est donc toute la difficulté car la qualité est perçue différemment selon chaque personne. Aussi, une différence est perceptible entre la qualité délivrée et celle ressentie. Nous évoquerons cette notion un peu plus loin dans notre travail.

Le second principe est le leadership. Pour atteindre les objectifs qualité de l'entreprise, la direction énonce la finalité et les dispositions de la démarche et amène les éléments qui vont

entraîner l'implication du personnel. Tout cela va permettre d'uniformiser ses stratégies, politiques, processus et ressources. Il est donc nécessaire que les cadres, les responsables soient des leaders.

Le troisième principe quant à lui est l'implication du personnel. Une entreprise qui détient du personnel compétent et impliqué dans tous les niveaux hiérarchiques a plus d'aptitude pour constituer et cultiver de la valeur. Il est essentiel d'identifier les méthodes qui vont privilégier et majorer leur engagement. La direction est consciente des compétences de ces différents collaborateurs et met en place des méthodes qui vont permettre de faire évoluer celles-ci avec des formations par exemple dans le but de permettre leur implication dans la démarche. En résumé, le personnel est conscient de la valeur ajoutée qu'il apporte dans la démarche. Celui-ci a donc besoin de reconnaissance ainsi que d'avoir la possibilité de faire progresser ses capacités. La reconnaissance, un terme souvent utilisé par le personnel qui souffre souvent de ce manque de reconnaissance. D'où l'intérêt de se questionner sur la manière d'apporter de la reconnaissance aux collaborateurs et surtout que celle-ci soit perçue comme telle.

Le quatrième principe est l'approche processus. Les actions de l'organisme sont conçues comme des processus corrélés entre eux. Le but est de dévoiler la démarche qui a permis d'obtenir le résultat constaté, ce qui va engendrer leur meilleure compréhension et émettre des axes d'amélioration afin d'optimiser ses performances.

Le cinquième principe est basé sur l'amélioration continue. Étant donné le contexte économique qui est en évolution constante, les entreprises se doivent de maintenir leur compétitivité ainsi que leur efficacité. L'objectif est donc de concevoir des nouvelles opportunités, de s'améliorer de manière continue.

Le sixième principe repose sur la prise de décisions fondées sur des preuves. Certaines prises de décisions peuvent être source d'incertitudes. Afin de les évincer, il est utile de se baser sur des sources de données fiables et probantes. Pour ce faire, il est nécessaire de s'appuyer sur des indicateurs clés de performances. Cette analyse se fait en toute objectivité afin d'éviter des biais dans l'interprétation et de ce fait une mauvaise décision. Nous mettons donc en exergue l'importance de percevoir les relations de cause à effet ainsi que les aboutissements accidentels.

Le septième et dernier principe concerne le management des relations avec les parties intéressées. Les parties intéressées ou partenaires et prestataires exercent une influence sur les promesses d'une entreprise. Il est essentiel d'entretenir une bonne relation avec elles afin de majorer leur impact sur les performances.

Chaque organisme va adapter ces principes à la nature de ses activités. Afin de vérifier, contrôler la démarche qualité, des audits internes et externes sont réalisés non seulement pour

inspecter la pérennisation des pratiques, mais aussi dans le but de les améliorer. Le cadre de santé intervient au niveau de chacun des principes au sein même de son unité de soins. Il veille à la satisfaction des patients avec l'analyse des enquêtes de satisfaction notamment ; il est le leader de son équipe ; il connaît les compétences de son équipe et sait qui impliquer dans quoi et de quelle manière ; il est capable de mettre en place une approche processus au sein son service ; il met en œuvre des actions afin d'entrer dans une amélioration continue ; avec les indicateurs qui en découlent, il prend des décisions sur base de preuve et enfin il gère quotidiennement les relations humaines.

Cette démarche qualité offre à l'entreprise, si celle-ci respecte les fondamentaux, une augmentation de sa rentabilité, sa stabilité financière et garantit la conception de valeur. Les hôpitaux belges entrent donc depuis quelques années maintenant dans des démarches d'accréditation. Nous avons tenté de vous rendre le sujet plus explicite dans les prochains points.

2. L'accréditation des hôpitaux.

Comme écrit depuis le début de ce chapitre, le management de la qualité est de plus en plus en vogue. Comme toute entreprise, les institutions de soins mettent en place des démarches de qualité des soins et d'amélioration continue. L'obtention du label d'accréditation rend officiel la mise en place de cette démarche auprès de toute la population. Cependant, les hôpitaux offrent des services et non pas des biens. De ce fait, la mise en place de ce projet ne se fait pas tout à fait de la même manière que dans une entreprise de production. Il y a une gestion de relations avec le client/patient qui est plus marquée et il joue lui-même un rôle dans cette démarche. Commençons d'abord par comprendre le processus qui a amené les institutions de soins à entrer dans une telle démarche, à comprendre à quoi elle correspond exactement pour ensuite aborder la notion de qualité des soins.

2.1 L'origine de l'accréditation des hôpitaux :

Tout commence en 1947 avec un arrêté Regent² reprenant les dispositions nécessaires à l'agrément des hôpitaux. À cette époque, leur respect était facultatif. Ensuite en 1963, est apparue la première loi sur les hôpitaux avec un AR des premières normes³, en 1964, le respect de celles-ci devenant obligatoire. C'est alors en 1988 que l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) appelle les dispensateurs de soins à valoriser des fonds limités pour dispenser des soins de haute qualité. Enfin, ce n'est qu'à partir des années 2000 que sont apparues des dispositions relatives à la qualité des soins avec comme cible : la responsabilité médicale,

² <http://www.raadvst-consetat.be/?action=doc&doc=744>

³ LOI - WET (fgov.be)

l'apparition de programmes de soins, la surveillance des infections nosocomiales, les comités médico-pharmaceutiques et la signature de la charte de Tallin⁴ en 2008 qui a incité à la transparence dans les soins de santé. Le service public fédéral de la santé publique a édité en 2007 le plan patient safety⁵ qui aborde la coordination de la qualité et de la sécurité du patient. Depuis août 2013, le gouvernement wallon a adopté le plan « qualité des soins », celui-ci incite la préparation et l'accompagnement des hôpitaux dans le processus d'accréditation. En décembre de la même année, le gouvernement wallon a voté le plan Marshall⁶ 2022, avec lequel il souhaite soutenir le changement dans les hôpitaux, acteurs de premier plan au travers d'une démarche d'accréditation. En Europe, quinze pays ont adopté un programme d'accréditation des hôpitaux, quatre s'interrogent ou sont en cours de développement du processus et enfin huit pays dont la Belgique, n'ont pas de programme d'accréditation. Ces pays sont donc contraints de se mettre aux normes puisqu'il y a des recommandations de l'OMS. L'accréditation en Belgique devient une obligation tant pour des raisons géographiques, politiques qu'économiques et aussi pour répondre au plan Marshall 2022. Au niveau international, en ce qui concerne l'accessibilité aux soins de santé ainsi que ceux de l'offre de soins, les résultats obtenus par la Belgique sont bons, par contre au niveau de la qualité des soins, elle est en dessous de la moyenne. De ce fait et en vue d'améliorer la qualité des hôpitaux, des normes d'agrément et des obligations de formation sont mises en place depuis des années au sein de notre pays. C'est donc une démarche d'accréditation qui en découle. Nous avons donc tenté de vous la définir.

2.2 Définition de l'accréditation :

À l'heure actuelle, l'accréditation est une démarche volontaire de la part des institutions de soins de santé afin d'être audité par une méthode d'accréditation externe. Le système d'accréditation est basé sur un ensemble de référentiels auxquels l'établissement de soins se voit obligé de s'y conformer afin d'attester qu'il satisfait de par son organisation et ses procédures, aux conditions de l'organisme accréditeur. Les organismes d'accréditation sont nombreux, dont les premiers sont apparus en 1951 aux USA. Cependant, qu'elles en sont les intérêts ?

⁴ <http://sante.public.lu/fr/publications/c/charte-tallinn-fr-de-en/index.html>

⁵ Le plan sécurité du patient. Traduction Anglais-Français safety : sécurité.

⁶ Plan d'aide créé en Amérique par Georges Marshall qui lui donnera son nom, il s'agit d'un plan de relance économique lancé après la seconde guerre mondiale visant à « aider » les pays européens. Le concept plan Marshall est alors utilisé pour toute relance économique.

2.3 L'intérêt de la démarche d'accréditation :

L'accréditation permet de fournir un gage de qualité des soins et de sécurité pour le patient. Par cette démarche, les hôpitaux belges subissent des tests d'accréditation afin de donner suite à l'évolution socio-économique et de répondre aux directives européennes sur les transfrontaliers.

Il existe également une pression des associations des consommateurs, des patients, des organismes payeurs, ... qui exigent que les institutions de soins de santé s'adaptent à la mobilité accrue des patients. Nous constatons alors un glissement de la qualité en sécurité. Curieux d'en connaître les raisons, nous avons analysé cette évolution.

2.4 Analyse du glissement de la qualité en sécurité :

C'est l'analyse d'un article de l'Institut Canadien pour la sécurité du patient qui nous a permis de le comprendre. Voici les différentes définitions qui nous ont aidés à décoder ce glissement.

Selon l'accréditation Canada, la qualité se définit comme suit :

« Le niveau d'excellence dans laquelle une organisation satisfait les besoins des clients et dépasse leurs attentes. »

Le Conseil canadien de la santé au nom de « frayer la voie de la qualité » a déterminé quatre stratégies clés afin d'améliorer la qualité des soins de santé : la sécurité du patient, la gestion de l'information, les conseils de qualité et les rapports de rendement. Le rendement ? Même si le rendement d'un hôpital est nécessairement évalué, l'accréditation ne se limite pas à ce seul type de rendement. Cependant en quoi en matière de soins de santé, le rendement du personnel soignant est un gage de qualité ? Au contraire, selon nous, pour produire des soins de qualité, il est nécessaire d'accorder du temps aux patients. D'ailleurs, à l'heure où le personnel soignant revendique des conditions de travail déplorables dues au manque d'effectif, ceux-ci évoquent même une mise en danger de la sécurité des patients. Ne serait-il pas judicieux d'ajouter une revue des dispositions légales en matière de dotation infirmières pour des soins plus sécuritaires et donc de qualité ? La Belgique n'ayant pas son propre système d'accréditation des hôpitaux, elle s'oriente vers d'autres pays où les dispositions légales en dotation infirmières sont différentes. Au Canada notamment, le nombre d'infirmières pour un nombre de patients définies et par poste de travail est supérieur à celui de la Belgique. De ce fait, ne serait-il pas judicieux que certaines exigences soient adaptées pour les hôpitaux belges ? Il est difficilement envisageable de demander les mêmes critères obligatoires avec des conditions de travail de moins bonnes congruences. Voici donc une perspective de recherche qui pourrait être effectuée dans le cadre d'une épreuve intégrée.

Continuons dès à présent à analyser le glissement de la qualité/sécurité avec d'autres définitions.

L'OMS, quant à elle définit la qualité comme suit : « *la qualité, c'est délivrer à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au moindre coût pour le même résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et ces contacts humains à l'intérieur du système de soins.* »⁷

Pour ce qui est de la sécurité, selon le Canadien Patient Safety dictionary⁸, la sécurité du patient se définit comme « *la réduction et l'atténuation des effets d'actes dangereux posés dans le système de santé, sans égard à la maladie du patient, ainsi que l'utilisation de pratiques exemplaires éprouvées qui donnent des résultats optimaux confirmés chez les patients.* »⁹

Le dictionnaire Larousse lui, définit la sécurité comme suit : « *Situation dans laquelle quelqu'un, quelque chose n'est exposé à aucun danger, à aucun risque, en particulier d'agression physique, d'accidents, de vol, de détérioration* ». ¹⁰

De son côté, l'OMS définit la sécurité du patient comme suit : « *La réduction à un minimum acceptable de risque de préjudice superflu associé aux soins de santé, le minimum acceptable est déterminé par les notions collectives ayant cours en vertu des connaissances, des ressources disponibles et du contexte dans lequel les soins ont été prodigués et comparativement au risque associé au non-traitement ou à un autre traitement.* »¹¹

Après l'étude de l'article contenant les différentes définitions, nous pouvons conclure que la sécurité du patient fait partie des composantes de la qualité. En effet, les actes ayant pour but d'améliorer la sécurité des patients engendrent de manière générale une amélioration de la qualité globale des soins. Produire des soins de qualité nécessite donc de veiller à tous les aspects sécuritaires des soins aux patients. La qualité des soins est donc issue de l'analyse de tous les risques qu'encourt un patient en milieu de soins et d'y remédier en mettant en place des plans d'actions qui vont permettre de les atténuer voire de les supprimer. Il s'agit d'identifier les dangers et de mettre en place des pratiques qui vont éviter de faire aboutir à un incident sécuritaire pour le patient et donc amener à la non qualité. C'est en quelque sorte des barrières qui viennent se placer avant l'événement indésirable. À posteriori, si

⁷ [Qu'est-ce que la qualité et la sécurité des patients ? \(patientsafetyinstitute.ca\)](http://patientsafetyinstitute.ca)

⁸ Il s'agit d'un dictionnaire reprenant des termes relatifs à la sécurité des patients. Son édition date de 2003, il a été rédigé par un groupe de travail créé lors d'une conférence annuelle du Royal College of Physicians of Canada sur la qualité des soins et la sécurité des patients.

⁹ Ibidem note de bas de page 7

¹⁰ Définitions : sécurité - Dictionnaire de français Larousse

¹¹ Ibidem note de bas de page 7

l'événement indésirable arrive malgré tout, une analyse de celui-ci avec la mise en place de plan d'actions permettra d'éviter qu'il ne se reproduise. Ce glissement élucidé, continuons notre description de l'accréditation.

2.5 Les bénéfices internes de la démarche d'accréditation :

L'accréditation demande l'utilisation d'un vocabulaire commun. Les procédures, protocoles sont alors standardisés, ce qui permet de souligner les choses bien faites et d'améliorer celles qui le sont moins. Elle permet également de responsabiliser les collaborateurs et donc les cadres. De cette façon, chacun sait alors où mettre son énergie pour le futur.

En ciblant le fonctionnement de l'hôpital, cette démarche induit une vision transversale du processus de prise en charge du patient. Ce qui entraîne une réflexion sur l'organisation, le type de management et les modes de fonctionnement entre professionnels.

2.6 Les bénéfices externes de la démarche d'accréditation :

L'accréditation ou plutôt son label permet de rendre l'hôpital plus visible vers l'extérieur et donc de valoriser l'image de marque de l'institution hospitalière. Il y a également le bénéfice d'un agrément allégé avec des conséquences pour le financement. Mais même si l'accréditation offre beaucoup d'opportunités, elle demande une grande préparation et représente également un coût.

Si cette démarche apporte un certain nombre de bénéfices, elle demande également le respect de certaines exigences.

2.7 Les exigences de l'accréditation Canada :

L'accréditation a des exigences, auxquelles il n'est pas toujours facile de répondre. Elle demande que les normes soient respectées, que les procédures soient instaurées de manière universelle au sein d'une institution de soins. Elle est essentiellement basée sur des éléments déjà présents au sein des hôpitaux, mais qu'il est nécessaire d'améliorer, d'en rédiger les protocoles et de les rendre officiel partout dans l'établissement hospitalier.

Les grands items pris en compte sont par exemple : l'hygiène des mains, l'identitovigilance, la gestion des médicaments à hauts risques, la gestion des pompes à perfusions, la prévention des chutes, la prévention des thromboses veineuses, la communication interpersonnelle et le transfert d'information, la gestion des événements indésirables, la gestion des isolements, Contrairement à d'autres collaborateurs, le personnel soignant est confronté à tous les items. Le cadre lui est le vecteur de l'information, l'intermédiaire entre la hiérarchie et son équipe.

L'accréditation demande donc d'entrer dans une démarche de qualité et sécurité des soins. Cependant, qu'est-ce que la qualité des soins et sa signification de même, son ressenti est-il le même pour tout le monde ? Il nous paraît essentiel d'évoquer ces différents points car, si en effet la mise en place de procédures, de normes est réalisable, il est nécessaire d'avoir conscience de ce qu'est la qualité des soins et de connaître ses différentes approches. Il est selon nous difficile de prétendre faire des soins de qualité si cette notion n'est pas évoquée. De plus, une démarche d'accréditation ou même le management de la qualité semble être un projet très cadré. L'entreprise répond ou non aux critères. Cependant, ses critères ne sont pas seulement des procédures ou des référentielles, le ressenti tant du personnel que du patient a un impact sur cette qualité des soins. Il est donc important d'en prendre conscience et de ce fait, ne pas rester figé sur des protocoles déterminés sans pouvoir y apporter des adaptations selon les situations.

3. La qualité des soins.

La qualité des soins est une notion souvent évoquée, cependant, selon nous, nous n'en avons pas tous la même signification ni perception. Chaque soignant peut prétendre prodiguer des soins de qualité, néanmoins, le patient considère-t-il pour autant que celui-ci est de qualité ? Souvent, même la définition du mot qualité est très variable d'une personne à l'autre. Tentons ensemble de percevoir ce qu'est la qualité des soins, ses différentes approches et dimensions et enfin la place du patient dans la qualité des soins.

3.1 Définition de la qualité des soins :

Selon le dictionnaire Larousse, voici la définition de la qualité et des soins :

La qualité, c'est : « *Chacun des aspects positifs de quelque chose qui fait qu'il correspond au mieux à ce que l'on attend* »¹² ou encore « *Ensemble des caractères, des propriétés qui font que quelque chose correspond bien ou mal à sa nature, à ce qu'on en attend* ». ¹³ Les soins se définissent comme suit : « *Actes thérapeutiques qui visent à la santé de quelqu'un, de son corps* ». ¹⁴ Rappelons-nous également la définition de la qualité des soins de l'OMS citée plus haut dans ce travail. Avedis Donabedian¹⁵ la définit comme suit : « *Les soins de haute qualité sont les soins visant à maximiser le bien-être du patient après avoir pris en compte le rapport bénéfiques/risques à chaque étape du processus de soins.* »¹⁶

¹² Définitions : qualité - Dictionnaire de français Larousse

¹³ Ibidem

¹⁴ Définitions : soin, soins - Dictionnaire de français Larousse

¹⁵ Un physicien scientifique qui s'est intéressé à l'évaluation de la démarche qualité avec la création du modèle de Donabedian

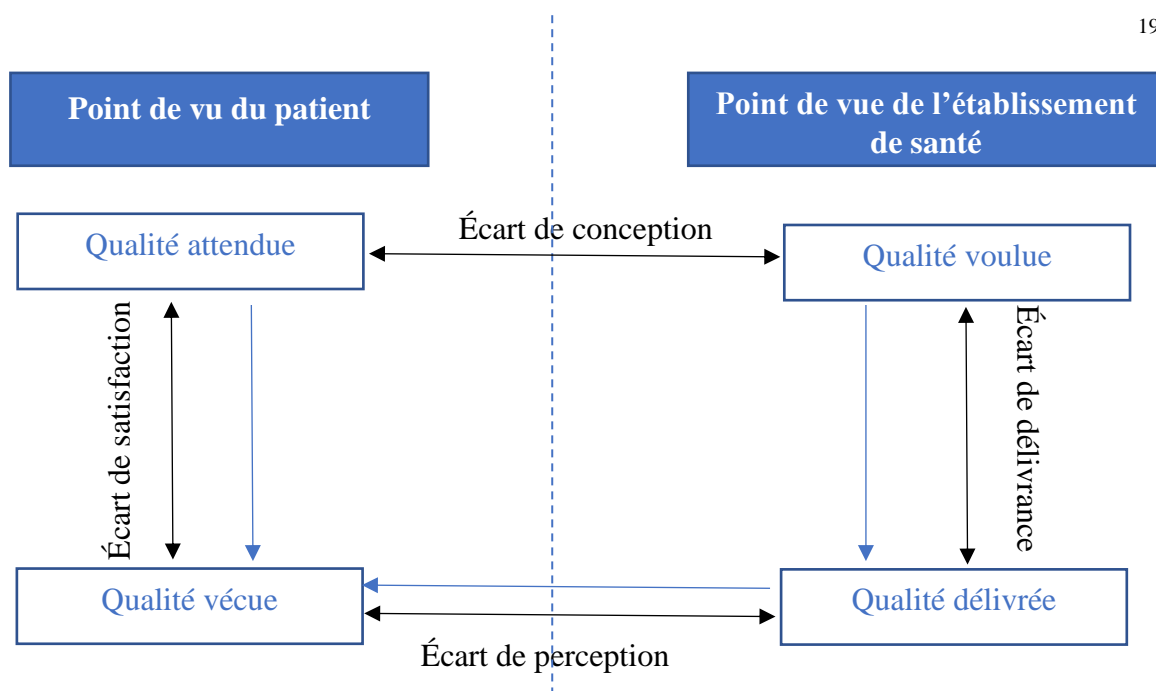
¹⁶ Améliorer la qualité des soins : quelle place pour la médiation ? - Fédération des maisons médicales (maisonmedicale.org)

Quant à la définition de l'Institute of Médecine des Etats-Unis : « *Il s'agit de la capacité des services de santé destinés aux individus et aux populations d'augmenter la probabilité d'atteindre les résultats de santé souhaités en conformités avec les connaissances professionnelles du moment.* »¹⁷

Après analyse de chacune des définitions, nous en arrivons à la conclusion que la qualité des soins est dépendante de la politique en matière de qualité des soins au sein de l'institution et de la perception du patient par rapport à celle-ci. La direction, les cadres mettent tout en œuvre pour prodiguer des soins de qualité au patient, en analysant les processus, en réalisant des audits internes, en respectant les différentes législations et l'évolution de la médecine, ainsi qu'en se procurant du matériel à la pointe et de qualité, ... Néanmoins, le ressenti du patient, celui à qui sont prodigués les soins dits de qualité sera également à tenir en ligne de compte. De même, celui du soignant, de son cadre et de la direction qui sera probablement encore différent. Parlons-en dans la suite.

3.2 Les différentes approches de la qualité des soins :

La notion de qualité ou de démarche qualité est perçue de manière différente selon les professionnels de la santé et les patients. En effet, selon le schéma que nous avons repris de Audrey Lelong¹⁸, qui s'est elle-même inspirée au cycle de la qualité. Nous pouvons alors comprendre les différents abords de la qualité des soins.



¹⁷ Ibidem

¹⁸ Médecin qui a réalisé dans le cadre de l'obtention du diplôme de docteur une thèse sur : la mise en place de stratégies d'évaluation des pratiques professionnelles et des programmes de santé à travers une informatique distribuée.

¹⁹ <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01657423/document>

En premier lieu, vient la qualité voulue par l'établissement de soins. Pour laquelle, nous constaterons un écart de délivrance avec la qualité délivrée. De cette qualité délivrée, un nouvel écart est découvert par rapport à la qualité vécue. Enfin, une divergence est à nouveau perçue entre la qualité vécue et celle ressentie. Nous percevons donc bien que certaines notions de qualité concernent l'établissement de soins lui-même, les professionnelles et de l'autre côté les patients. Ce schéma permet dès lors une prise de conscience pour un cadre. Évaluer la qualité des soins de son unité ne se limite pas à l'évaluation de la procédure elle-même ou de l'acte technique. Il est également essentiel de tenir compte du vécu du patient et de la communication du personnel soignant avec celui-ci.

Pour ce qui est de la démarche qualité au niveau des professionnels, deux médecins s'y sont intéressés. Il s'agit de E. Codman²⁰ et de A. Donabedian. Commençons par les travaux de Codman, il est l'un des fondateurs de la démarche qualité dans les établissements de soins de santé ainsi que de la standardisation des actes médicaux. À l'époque, il remet en cause l'évaluation par le nombre de lits ou le nombre de patients soignés qu'il considère comme insuffisant. Selon lui, il est nécessaire de prendre en compte les divergences de santé, de l'aboutissement des actes médicaux réalisés pour chacun des patients soignés. Toujours d'après lui, il est utile de prendre en considération deux facteurs : le moment de l'analyse et les changements de résultats secondaires aux conditions médicales et sociales du soigné. En cette ère, effectuer une comparaison entre les établissements de soins n'avait pas raison d'être, l'intérêt était plutôt de les confronter à des données théoriques pour des patients similaires. L'objectif était donc de standardiser afin de pouvoir mettre en parallèle les diagnostics, les situations des patients et les processus mis en application. Ce qui engendre une recension des résultats, une homogénéisation des pratiques et une diffusion des méthodes les plus performantes.

Donabedian lui, propose un cadre de référence pour simuler les approches de la qualité. Il se base sur deux notions de base : le rapport bénéfices/risques avec des coûts minimums, une utilité maximale et une démarcation entre la science médicale et l'art médical. Dans cette démarche, d'autres facteurs sont également pris en compte comme l'accessibilité, la coordination des soins et leurs continuités. Selon lui, la mesure de la qualité des soins est réalisable à trois niveaux : la structure, le processus et les résultats. Le premier, la structure fournit les ressources humaines et matérielles pour bien faire. Le processus dont l'intérêt est la mesure des pratiques professionnelles et organisationnelles en fonction des standards

²⁰ E. Codman est un chirurgien de Boston à l'origine de la gestion des performances dans les soins aux patients. Il s'est également intéressé au programme de normalisation des hôpitaux.

recommandés. Et enfin, les résultats, il s'agit d'évaluer la qualité des prestations dispensées avec les résultats tant sur l'état de santé que sur la satisfaction du patient finalement obtenue.

21



Ce modèle permet de montrer qu'une bonne structure permet des résultats favorables. De même, il est alors possible de confirmer le fait que les résultats favorables obtenus sont issus de processus de qualité et d'une structure adéquate.

Un autre modèle est l'évaluation des pratiques professionnelles. En Belgique, ce type d'évaluation se fait essentiellement au niveau médical via leur accréditation. Il en va alors de même pour les hôpitaux qui se lancent dans des démarches d'accréditation. Nous vous renvoyons donc vers la partie de ce chapitre qui y est consacré. Si la qualité a des approches différentes, elle a également des dimensions différentes que nous allons analyser dans le point suivant.

3.3 Les différentes dimensions de la qualité des soins :

La qualité des soins est constituée de plusieurs dimensions : l'efficacité, l'adéquation, l'équité, l'efficience, la sécurité, l'accessibilité, la continuité des soins, et les soins centrés sur le patient. L'efficacité, les soins administrés restaurent ou maintiennent la santé du patient. Il y a donc la capacité d'obtenir les résultats souhaitables. L'adéquation des soins administrés se base sur les derniers éléments scientifiques disponibles. L'équité et l'impartialité garantissent à chaque patient des soins de qualité sans distinction. L'efficience, les soins sont prodigués avec comme objectif les meilleurs résultats au coût le plus faible avec une utilisation adéquate des ressources, compétences et du matériel. La sécurité avec la mise en place d'événements indésirables liés aux soins dans le but de protéger les patients. Et ce, associé à l'analyse de ceux-ci dans l'objectif de diminuer les conséquences qui en découlent. Il y a donc des analyses de risques liés aux soins. L'accessibilité aux soins en respectant la légalité sur les droits du patient²². Il a le droit d'avoir accès aux soins de santé selon le besoin, en temps opportun et ce peu importe qu'il ait un handicap ou non, son adresse ou encore ses ressources financières. La continuité des soins est assurée entre les professionnels et se doit de perdurer dans le temps. Il y a d'ailleurs des partenariats avec l'extérieur qui sont mis en place. Les soins sont centrés sur le patient en tenant compte des besoins de celui-ci. Plusieurs éléments propres au patient seront pris en compte tels que ses préférences, ses attentes, ses

²¹ <http://rapport-qualite-pdci.quebec.ca/cadre-de-referance-du-concept-.html>

²² [Droits du patient \(belgium.be\)](http://droits-du-patient.belgium.be)

besoins et ses valeurs. C'est alors qu'il est intéressant de s'interroger sur la place du patient dans une démarche qualité.

3.4 Le patient dans la démarche qualité :

Le *Commonwealth Fund*, une organisation américaine à but non lucratif, apporte un soutien à la prise de décision dans le secteur de la santé via la réalisation d'audits comparatifs sur les systèmes de santé. Lors de l'analyse de la perception de la qualité des soins par le patient, elle met en avant des critères de qualité des soins qui selon le patient ont la plus grande importance. Il cite notamment le respect de ses besoins, de ses valeurs et de ses préférences ; la coordination ainsi que l'intégration dans les soins ; une qualité de l'information qui se veut claire ainsi qu'une éducation du patient et de sa famille ; un soutien émotionnel et une réduction de la peur et de l'anxiété ; une association adaptée des proches ; la continuité de soins et enfin l'accessibilité à ceux-ci.

Ces caractéristiques de la qualité des soins propres aux patients sont des critères de qualité desquels il est important de tenir compte. Les aspects tels que le ressenti entre en ligne de compte tout comme la technique et la clinique, cette qualité est additionnelle à celle dispensée par le personnel soignant et par la structure dans le diagnostic global de qualité des soins.

Les systèmes d'accréditations évoluent d'ailleurs dans ce sens. C'est-à-dire qu'ils demandent l'intégration du patient et/ou de sa famille dans les soins, d'assurer la continuité des soins en dehors de l'institution de soins et d'améliorer la qualité des soins perçue par le patient en analysant les enquêtes de satisfaction patient en y intégrant des plans d'actions basés sur le benchmark.

Synthèse du CHAPITRE 1 : Le management de la qualité des hôpitaux.

Le système de management de la qualité	<p>Il regroupe l'ensemble des éléments que l'entreprise met en place afin d'entrer et de pérenniser dans une démarche qualité.</p> <p><u>But</u> : Accroître la qualité de la production et de l'organisation d'une entreprise.</p>
La démarche qualité	<p>Démarche mise en place dans les entreprises pour répondre à l'évolution des entreprises et afin d'assurer la pérennité de l'organisation. Elle consiste en l'amélioration des pratiques existantes en mettant en place des changements à l'aide de processus programmés et évalués.</p> <p><u>But</u> : La satisfaction du client et du consommateur.</p>
Le management de la qualité	<p>Ensemble des éléments qui se regroupent pour répondre à la démarche qualité : l'ensemble des responsabilités, de structures organisationnelles, de processus, de procédures pour programmer, appliquer et diriger le management de la qualité.</p> <p><u>But</u> : Améliorer la qualité au sein de l'entreprise.</p> <p><u>Comment</u> : Avec des indicateurs qui sont retranscrits dans un tableau de bord à partir desquels, des plans d'actions sont mis en œuvre.</p>

<p>Les principes du management de la qualité</p>	<ul style="list-style-type: none"> - L'orientation client ; - Le leadership ; - L'implication du personnel ; - L'approche processus ; - L'amélioration continue ; - La prise de décision fondée sur des preuves ; - Le management des relations avec les parties intéressées.
<p>L'accréditation</p>	<p>Le système d'accréditation est basé sur un ensemble de référentiels auxquels l'établissement de soins se voit obligé de s'y conformer afin d'attester qu'il satisfait de par son organisation et ses procédures, aux conditions de l'organisme extérieur qui l'audit.</p> <p><u>But</u> : Fournir un gage de qualité des soins et de sécurité pour le patient.</p> <p><u>Bénéfices internes</u> : - Un vocabulaire commun ;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Des procédures standardisées ; - Rendre responsable chaque collaborateur ; - Une démarche d'amélioration continue. <p><u>Bénéfices externes</u> : - Valoriser l'image de marque de l'hôpital ;</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'allègement de l'agrément.

<p>La qualité des soins</p>	<p>Le caractère positif des actes thérapeutiques dont l'objectif est d'améliorer la santé et le bien-être du patient.</p> <p><u>Les différentes dimensions</u> :</p> <ul style="list-style-type: none">- L'efficacité ;- L'adéquation ;- L'équité ;- L'efficience ;- La sécurité ;- L'accessibilité- La continuité des soins ;- Les soins centrés sur le patient.
-----------------------------	--

Ce chapitre nous a permis de contextualiser plusieurs notions : le management de la qualité, la démarche qualité, l'accréditation, la qualité des soins. Nous avons mis en avant la différence de production entre toute entreprise et une institution de soins. Si la production de biens permet facilement de mettre en place des procédures cadrées auxquelles la conformité ou non est facilement attribuable, il n'en est pas de même en milieu de soins où il y a une production de service. Bon nombre de facteurs sont alors à prendre en compte comme les aléas du quotidien, l'absence d'un membre de l'équipe, la dégradation de l'état d'un patient qui modifie l'organisation et aussi le ressenti de la qualité par chacun. De ce fait, la notion de qualité des soins voulue, mise en place et ressentie est donc différente selon les parties intéressées aussi, il est important de tenir compte du patient dans ce type de démarche. Nous avons également mis en exergue qu'une démarche d'accréditation demande une analyse du mode de fonctionnement de l'hôpital et en conséquence une révision de la culture d'entreprise et donc des unités de soins. Elle va alors demander une quantité de changements afin de répondre à un ensemble de normes. Voyons donc dans le chapitre suivant ce qu'est le changement organisationnel, comment le mener à bien avec ses différents processus d'intégration, mais aussi comment le faire pérenniser dans le but de répondre aux normes lors de l'audit externe. C'est le cadre qui est le vecteur de ces changements, il reçoit toutes les informations de sa direction et les transmet auprès de son équipe. À lui aussi revient la responsabilité de la mise en place du changement et de sa pérennisation dans d'autres contextes que celui de l'accréditation. Analysons dès lors le changement et sa pérennisation.

CHAPITRE 2 : LE CHANGEMENT ET SA PERENNISATION.

« *Pour s'améliorer, il faut changer. Donc pour être parfait, il faut avoir changé.* » Winston Churchill. Cette citation nous semble plutôt appropriée à notre épreuve intégrée. La perfection ne peut se prétendre de manière absolue, il est selon nous, toujours possible de faire mieux à condition de le vouloir et de pouvoir faire mieux. De même, comment est-il possible d'améliorer les pratiques sans modifier nos modes de fonctionnement ? Inévitablement, l'amélioration continue engendre des changements. De plus, dans toute entreprise, le changement s'opère de manière continue même s'il n'est pas perçu par tous. L'accréditation entraîne des changements au sein d'une institution de soins. Pour la direction, il s'agit de changements volontaires et construits. Pour les collaborateurs, ces changements sont perçus comme imposés et prescrits. Le cadre se situe entre la direction et son équipe, et de ce fait, se trouve donc au centre de ces changements. À lui, de transformer cette perception faussée des changements liés à l'accréditation auprès de son équipe.

Au sein de sa propre unité, le cadre est amené à mettre en place des changements notamment dans le but d'améliorer la qualité des soins et de l'amélioration continue. Le mot changement peut alors être remplacé par transformation. Les pratiques sont améliorées et non pas supprimées, elles sont donc transformées. Le cadre est donc le vecteur du changement et il assure sa pérennité. Analysons ce que sont le changement et son management ainsi que la pérennisation de celui-ci. Il est du rôle du cadre de le mettre en place, de faire face aux différentes réactions des collaborateurs face à celui-ci, de le diriger, le contrôler et le faire pérenniser.

1. Le management du changement.

Le monde est en perpétuelle évolution, la capacité d'adaptation est un facteur déterminant quant à la pérennité d'une entreprise. Le futur tend vers une métamorphose de l'humanité avec des changements, des transformations à la fois culturelles, organisationnelles, scientifiques, spirituelles, locales, globales et planétaires. Si les entreprises n'évoluent pas, ne changent pas, elles vont dégénérer. Le cadre est alors le vecteur de ces changements.

Le management du changement est une des fonctions permanentes du cadre. Pour le faire de manière efficace, le cadre a compris et accepté ce changement sans quoi il n'aurait ni la vision ni l'énergie nécessaire pour diriger ses collaborateurs dans leur travail. La transformation est donc continue, tout se métamorphose de manière permanente. Un projet de changement a une fin tandis que le changement ou la transformation s'opère de manière constante, de projet en projet tant au niveau individuel que collectif. Analysons dès lors les différentes étapes de la mise en place du changement.

2. Les étapes de la mise en place du changement.

Le changement s'opère en trois phases distinctes selon Kurt Lewin²³ :

La première, la phase de dé cristallisation consiste en la mise en évidence de problèmes, d'anomalies qu'il est nécessaire de changer afin de les résoudre.

La seconde, la phase de déplacement consiste à solutionner les problèmes en impliquant le personnel dans le changement. Dans cette étape, il est primordial que la communication ainsi que l'écoute du personnel soient optimales. Une des compétences attendues du cadre est d'être capable de respecter les questionnements de son équipe, il peut d'ailleurs tirer profit de ces interrogations, car de celles-ci découlent des propositions de solution innovantes. Mais si certains montrent beaucoup d'ambition face aux changements, il est nécessaire de garder en tête que d'autres y seront plutôt résistants. Une fois la stratégie trouvée, il paraît évident que des ajustements seront nécessaires par la suite.

La troisième phase, la recristallisation consiste en l'application et la mise en œuvre des solutions. À ce stade, l'organisation trouve sa stabilité ainsi que sa légitimité. Le personnel applique les nouvelles pratiques et les résultats de l'efficacité du changement peuvent être constatés. Le cadre peut mettre en avant les progrès de son équipe et l'encourager à continuer de la sorte.

Une fois les trois phases terminées, le processus ne s'arrête pas. En effet, il s'agit d'une amélioration continue. La roue de Deming²⁴ aussi nommée PDCA²⁵, un modèle souvent utilisé en management de qualité, constitue un aide-mémoire afin de retenir les points importants de l'amélioration continue. N'oublions pas que la fin d'un changement en annonce un nouveau. Il est obligatoire de faire pérenniser le premier avant de réaliser une nouvelle transformation. La roue se divise en quatre parties : prévoir, faire, vérifier et agir qui se décrivent comme suit :

Le premier quart de roue est représenté par le mot prévoir. Cette étape consiste à planifier les objectifs, déterminer les indicateurs qui seront utilisés afin de mesurer leurs suivis, ainsi qu'à étudier les ressources nécessaires à leurs réalisations. Le second quart de roue est constitué du mot faire, développer les différents processus planifiés. Le troisième quart est désigné par le mot vérifier. Il consiste à contrôler l'efficacité des actions établies à l'aide d'indicateurs. Et dans ce sens, mettre en évidence les points qu'il reste à améliorer. Enfin, le dernier quart de la roue de Deming correspond au mot agir. Il induit d'ajuster les actions mises en œuvre afin de répondre au mieux aux objectifs fixés qui ne sont pas accomplis, mettre en avant les pratiques considérées comme les meilleures et se fixer de nouveaux objectifs.

²³ Kurt Lewin est un psychologue américain originaire d'Allemagne spécialisé dans la psychologie sociale et le comportementalisme. Il s'est intéressé à la psychosociologie ainsi qu'à la dynamique de groupe

²⁴ Son nom tire son origine de son créateur, William Edward Deming un statisticien américain.

²⁵ Plan-do-check-act.

Dans tout processus d'amélioration continue, une fois le tour de la roue effectué, une cale est mise afin de ne pas faire un retour en arrière, ne pas perdre les bénéfices obtenus dans le processus précédent. Il s'agit en quelque sorte de faire pérenniser les changements, les transformations déjà en place afin de continuer à faire avancer la roue dans le sens vers lequel il est recommandé d'aller. En règle générale, elle tourne d'un quart de tour à chaque fois qu'une étape est franchie. Voyons maintenant comment préparer ce changement, mais aussi comment faire face aux réactions que celui-ci va entraîner afin que la transformation se déroule dans les conditions optimales.

3. Comment préparer le changement ?

Un changement ne s'opère pas du jour au lendemain sans l'avoir préalablement préparé sauf s'il est imposé. Il est donc essentiel de commencer par élaborer un plan de gestion du changement en définissant la situation actuelle, l'état transitoire et la situation future idéale attendue. Si le changement est d'une grande importance, on peut envisager de passer par un état intermédiaire. La prévention des moyens d'information, de décision, d'animation et de rétribution a toute son importance, ainsi que la mise en évidence des compétences cibles et le choix de méthodes associées. Il est intéressant tant pour le cadre que pour son équipe d'utiliser des outils comme le diagramme de gantt²⁶, le QQQQC²⁷, ... qui permettront à chacun de répondre à bon nombre de questionnements mais également de se situer dans le temps.

Une fois le plan établi, vient le choix des actions à mettre en œuvre pour le changement et les préparer. Face aux subordonnés, le cadre est persuasif voire directif en expliquant les raisons du changement, comment celui-ci va s'opérer, quelles sont ses motivations et comment va-t-il être mis en place. Le cadre, de par sa formation, connaît les risques et met en place des actions préventives ou anticipe une réponse.

Le plan établi ainsi que les moyens d'action choisis, vient alors la phase opérationnelle. Le cadre définit une méthode de suivi pour évaluer l'efficacité des actions, mais il sait aussi comment prouver à son équipe que le changement s'opère correctement et s'assure que celle-ci fasse diffuser l'information. Néanmoins, la mise en place du changement va contraindre le cadre à faire face à de multiples réactions.

²⁶ Outil de gestion de projet qui permet en le visualisant de connaître les étapes dans le temps du projet, de suivre son état d'avancement ainsi que le respect du programme.

²⁷ Acronyme des questions : qui, quoi, où, quand, comment. Celui-ci est utilisé pour l'analyse de situation et la résolution de problème.

4. Les différents types de réactions au changement.

Dans le processus de changement, il arrive que le cadre commette plusieurs erreurs comme vouloir passer directement de l'annonce à la mise en œuvre, ou encore ne pas tenir compte des émotions et du vécu des collaborateurs, ce qui le conduira à l'échec. Une des causes les plus fréquentes d'un capotage du changement est le manque d'implication des personnes concernées. Peu importe le type de changement, l'équipe peut passer par différentes étapes réactionnelles. L'annonce du changement provoque des réactions émotionnelles, celles-ci seront différentes d'une personne à l'autre. Elles sont multiples et à interpréter, les occulter pourrait avoir des conséquences lourdes pour le projet de changement. Voici les différents comportements possibles selon Rémi Juët²⁸ :

Le refus : « Ce n'est pas vrai ! » ; « ils se sont trompés, c'est une erreur ». Les collaborateurs refusent la réalité, se disent choqués et présentent des pensées illogiques.

La résistance : « Ils sont fous » ; « ça ne marchera jamais » ; « Je ne travaillerai jamais de cette façon » ; « C'était mieux avant, je ne resterai pas dans ces conditions, pourquoi faut-il changer ? ». Les gens mettent toute leur énergie pour éviter le changement, ils perdent leur motivation et idéalisent le passé. Ils ont un sentiment de frustration, leur état d'esprit est négatif. Leurs réactions sont dures et exagérées. Pour eux, le passé était la meilleure époque.

L'exploration : les personnes sont en pleine remise en question : « Et l'avenir ? » ; « Que va-t-on faire ? » ; « Que va-t-il se passer ? » ; « Qu'est-ce que j'y gagne ? ». Les individus ont tendance à avoir des solutions créatives, mais restent dans l'expectative, leur énergie devient positive. Les aspects positifs de l'avenir commencent à être perçus.

L'implication : les personnes sont satisfaites du changement : « C'est mieux qu'avant » ; « Ce sont de bonnes décisions, pourquoi n'a-t-on pas fait cela plutôt ? ». Les collaborateurs ont pris conscience de la nécessité du changement, ils sont convaincus des décisions qui sont prises. On remarque alors leur investissement allant même jusqu'à anticiper l'évolution. Les individus vont jusqu'à défendre le changement.

Face à ses différentes attitudes, le cadre a plusieurs rôles, il est présent et disponible pour son équipe. Son écoute envers les différentes personnes est capitale, et ce, en leur permettant d'exprimer leur sentiment et leur ressenti. Face à cette situation, couper le dialogue peut être vécu comme une exclusion. La communication aura un enjeu essentiel face au changement, le cadre devra le défendre, expliquer ce qui n'allait pas avant et les bénéfices que cette transformation va apporter à l'entreprise mais aussi au personnel. Comme évoqué pendant notre formation de cadre de santé au sein du cours de droit, si un membre du personnel reste opposé au changement et ne respecte pas les demandes institutionnelles, le cadre peut alors lui rappeler que par son contrat de

²⁸ Rémi Juët est un consultant/formateur en management auteur de plusieurs livres notamment « la boîte à outils du manager »

travail, plus précisément sa prestation de travail, il ne s'engage pas auprès de son employeur à atteindre un résultat précis et déterminé mais qu'il a une obligation de moyen.

La participation du personnel dans les démarches est intéressante, même bénéfique. Mais il est nécessaire de cadrer les choses et fixer ce qui est négociable et à contrario ce qui ne l'est pas. L'implication dont fait preuve celui-ci sera alors récompensée par de la reconnaissance.

Cependant, notre rôle en tant que cadre est également d'analyser les différentes réactions émotionnelles de nos collaborateurs afin de dépister certains comportements qui ne sont pas directement liés au changement lui-même mais plutôt au contexte plus précisément à l'accomplissement des besoins de la personne. En effet, c'est en analysant un article de Catherine Pourquier²⁹ que nous en avons pris conscience. Les quatre grandes émotions perçues face au processus de changement sont : la joie, la peur, la colère et la tristesse. L'auteur de l'article nous rappelle que chaque individu éprouve la nécessité de combler ses besoins fondamentaux, qui sont repris par la pyramide de Maslow³⁰. Cependant, une perception négative d'une réaction émotionnelle engendre une répression et de ce fait des effets néfastes sur la personne. Notre fonction est de saisir ce mécanisme physiologique comme une opportunité, une prise de conscience au niveau de la personne et de l'organisation managériale. Le danger n'est pas uniquement l'expression des émotions mais plutôt l'absence de perception des signaux envoyés par l'état émotionnel dans le but de rétablir le bien-être de la personne, du groupe voire même de l'organisation. Souvent, nous percevons les différentes manières de réagir comme un manque de maîtrise de soi, des signes de non-professionnalisme mais aussi comme une forme de situation de conflit. Un ensemble d'éléments venant perturber l'homéostasie de l'entreprise. Or, selon l'émotion exprimée, notre perception peut être erronée. Voici une autre lecture des émotions qui peut être envisageable la peur, la colère, la tristesse et la joie :

La peur est fréquemment considérée comme un manque de courage, pourtant, elle est une preuve de courage qui se manifeste au dépassement de celle-ci. La colère est parfois réponse à la violence ou l'agressivité, cependant, elle peut revêtir une dimension culturelle. La tristesse, elle, est très vite assimilée à une dépression alors que celle-ci peut s'exprimer de manière ponctuelle. La joie, quant à elle, est associée à un manque de sérieux et est alors mal vue. Toutefois ces moments de gaîté ont une importance dans la dynamique de groupe. Nous réfléchissons alors à la raison d'une telle émotion avant de réagir parfois de manière inadéquate à celle-ci.

N'oublions pas que la fin d'un changement en annonce un autre qu'il convient de préparer. Il demande un certain temps d'adaptation qui est à prendre en considération, laisser le temps suffisant

²⁹ Catherine Pourquier est enseignante et chercheuse au sein d'une école de management. Elle y inculque la conduite du changement, le leadership, l'intelligence émotionnelle et la pleine conscience.

³⁰ Abraham Maslow, psychologue américain est à l'origine de la pyramide des besoins qui porte son nom. Elle représente la hiérarchie des différents besoins de l'être humain.

est un gage de réussite. Ces changements vont donc engendrer un certain nombre d'interactions à plusieurs niveaux. Nous avons tenté de les décrire.

5. Les trois niveaux en interaction permanente face au changement.

Le changement est donc un processus de transformation d'un état A en un état B. Il va entraîner des modifications diverses : mode de fonctionnement interne, relations entre les équipes, habitudes de travail, pratique individuelle, ... Chaque acteur va être à un moment donné impacté par le changement. Il existe trois niveaux d'interaction, d'observation et d'intervention auxquels nous nous situons selon Laurence Barinski³¹ qui s'est elle-même inspirée de la cybernétique³² et de la systémique³³ : L'organisation, le groupe et la personne. Nous allons tenter de mettre en avant les différents processus à prendre en compte dans la conduite du changement.

5.1 L'organisation.

Chaque changement organisationnel a des conséquences sur la culture de l'entreprise, les représentations sociales qui pilotent consciemment et inconsciemment le comportement des acteurs. À ce stade, le pilotage du changement surpasse la personne et le groupe, il tente de les faire avancer en synergie et cohérence. La société tente d'évoluer vers des modèles réactifs, adaptatifs, régulés et capables de se renouveler.

Ici, les actions de conduite et d'accompagnement du changement vont permettre à l'entreprise d'ÊTRE, ce qui signifie une mise en place d'un mécanisme pour la rendre vivante. L'acronyme ÊTRE s'interprète comme suit : la lettre E pour l'émotion qui est à optimiser. Si sa gestion est correcte, elle évolue en un incontestable levier de productivité et de créativité ; suivi du T pour la transparence qui est rendue obligatoire avec le développement des nouvelles technologies et la vitesse de la circulation de l'information, et ce, tant en interne qu'en externe. Transparence qui est souvent difficile à mettre en place par la hiérarchie, détenir l'information induit le maintien d'une certaine forme de pouvoir. Cependant, lorsque le personnel obtient l'information via des canaux extérieurs alors qu'il est directement concerné, cela peut mener à sa révolte et à une démotivation ; ensuite le R pour le rire qui est autorisé, il est révélateur du deuil des difficultés surmontées précédemment, mais aussi signe de plaisir éprouver à la coopération. Comme évoqué précédemment, son interprétation est souvent mauvaise, cependant, la joie d'avoir bien fait nécessite d'être exprimée. Et enfin, le

³¹ Laurence Baranski est une coach en pilotage de la transformation. Elle a écrit plusieurs livres dont « le manager éclairé »

³² La cybernétique permet de mettre en avant les interactions entre les éléments d'un système et les conséquences d'une modification environnementale sur l'état du système.

³³ La systémique s'intéresse à l'analyse de tout type de phénomène en considérant celui-ci comme un système.

E pour l'efficacité de chaque collaborateur qui est à favoriser. La concentration des énergies est faite dans des actions efficaces avec une production de valeur ajoutée. L'implication du personnel est un gage de réussite et pourtant, elle est rarement mise en place.

En développant ce modèle, l'organisation entraîne l'utilisation d'un potentiel créatif de son personnel pour créer le futur. L'entreprise place alors l'humain au centre de son fonctionnement et fabrique le futur avec les parties prenantes internes et externes.

5.2 Le groupe.

Nous pouvons définir le groupe comme un ensemble de personnes unies par un objectif commun. Le projet de changement va inévitablement modifier les relations interpersonnelles. La responsabilité du changement repose quant à elle sur un chef de projet, un directeur de projet ou encore la direction elle-même. L'objectif est de créer et maintenir la mobilité de l'ensemble des figurants pour lesquels l'implication est nécessaire. L'efficacité des moyens mis en place dépend majoritairement de la qualité de la communication ainsi que de la transmission congruente de la vision dans le but d'engendrer une motivation et remédier au blocage.

L'acronyme DIRE, sur lequel est centrée l'analyse de la conduite et l'accompagnement du changement, permet de mettre en évidence les leviers mobilisateurs d'énergies humaines de l'entreprise dans l'objectif de générer la dynamique convoitée. Il se traduit comme suit :

La lettre D pour désinhibition évocatrice du mécanisme psychologique à travers lequel, l'individu surmonte ses craintes, créatrices d'inhibition, de frein et de ce fait s'implique activement dans la création et l'invention de la construction future. Ensuite, le I pour identité, dimension indéterminable et spirituelle du collaborateur qu'il s'approprie au plus profond de lui-même. Son respect inconditionnel est indispensable à la continuité de la motivation et de l'action dans le but de permettre la libération du sentiment existentiel aux yeux de tous. Suivi de la lettre R pour reconnaissance, sentiment indispensable à l'implication, en l'absence de celle-ci, le groupe ne dispose pas de l'ingrédient essentiel et nécessaire au sentiment d'utilité de chacun. Le respect de l'identité va permettre à chacun de se sentir être. La reconnaissance, elle, est la conséquence de ce que fait le collaborateur. Les signes de reconnaissance ne sont pas toujours ressentis comme tel par le personnel. En effet, la direction émet des signes de reconnaissance envers ses collaborateurs, cependant, ceux-ci ne les perçoivent pas comme de tels. Une étude des signes de reconnaissance attendus par le personnel pourrait avoir tout son intérêt afin d'obtenir la satisfaction de la majorité de ceux-ci. Enfin, le E pour écoute, chacun des points cités précédemment ne suffisent pas, pour qu'une dynamique du changement au sein d'un groupe se mette en place, l'écoute va être indispensable. Elle sera axée tant sur la

pensée que sur le ressenti des personnes. Il ne suffit pas d'écouter, il est nécessaire en parallèle de réagir à ce qui est entendu. Cette prise en considération va alors permettre aux collaborateurs de se sentir soutenus et investis dans la démarche de projet.

Ce mécanisme à lui seul n'est pas suffisant, il est alors accompagné par la mise en place d'objectifs, de plans d'action et de contrôle. Il est dès lors mis en application au sein d'un cadre d'actions prédéfinies.

5.3 La personne.

Chaque individu est encouragé par ses propres motivations et la volonté d'accomplir ses propres objectifs au sein d'une entreprise et ce en lien avec la fonction qui lui est propre. Plus l'institution lui permet d'atteindre ses objectifs, plus la personne sera motivée et s'engagera dans son activité. L'entreprise a pour rôle d'identifier la motivation de ses travailleurs, d'y répondre et de contribuer au développement de leur potentiel afin d'obtenir un maximum d'implication de sa part. Il est du ressort du cadre de permettre à chacun de trouver une adéquation entre ses objectifs personnels et ceux de l'entreprise. Dans le cadre du changement, la recherche d'équilibre va être bouleversée. Face à celui-ci, des actions de conduite et d'accompagnement vont permettre à chacun de retrouver l'équilibre recherché. Celles-ci peuvent être synthétisées par l'abréviation FAIRE : former afin d'enrichir des savoirs et des savoirs faire. Pour ce faire, il est alors nécessaire que l'institution offre des possibilités de formation au sein même de l'organisation ; la lettre A pour adapter le savoir-être par le biais de formation sur le comportemental et le coaching ; suivi de la lettre I pour identifier les compétences à l'aide d'appréciation ; ensuite, le R pour réorienter les qualifications, à l'aide d'un système prévisionnel des emplois et des capacités, mais aussi du processus de mobilité interne et enfin, le E pour évaluer les compétences nécessaires en lien avec la stratégie de l'entreprise. Cette expertise permet de faire la comparaison entre les capacités actuelles et celles dont l'organisation aura besoin dans le futur.

La mise en œuvre de ces moyens dépend au départ des outils et dispositifs fournis par le service des ressources humaines de l'entreprise sous les instructions de la direction. Cependant, c'est le cadre qui a pour rôle de comprendre le bien-fondé du projet et de les diffuser de façon individuelle auprès de ses subordonnés. C'est aussi lui qui va inciter son personnel à participer aux formations. Pour ce faire il aura lui-même participé aux formations de coaching. Enfin, même si le service des ressources humaines est responsable de l'évaluation du personnel et des réorientations professionnelles, c'est le cadre qui fait la partie la plus importante de leur travail. C'est-à-dire que c'est lui qui évalue les compétences de son équipe, qui leur fixe des objectifs à atteindre et il transmet tout cela à la direction des

ressources humaines qui à son tour n'a plus qu'un travail d'interprétation à réaliser afin de prendre les bonnes décisions.

L'implication de la personne dans le processus du changement est donc directement en relation avec les pratiques managériales de l'entreprise. Elle est le résultat de la cohérence ressentie par chaque personne entre les discours édités par la direction et la réalité managériale. L'absence de cohésion de l'équipe peut être source d'un échec de la dynamique de changement individuel. C'est le cadre qui est le commanditaire de son équipe et c'est donc de lui que dépend cette cohésion d'équipe.

Nous avons donc évoqué au cours de ce début de chapitre la complexité du changement. Et le cadre dans tout ça ? Piloter, conduire, accompagner et faire pérenniser le changement peuvent donc devenir un casse-tête pour le cadre tant au niveau structurel, procédurier, organisationnel et de l'impact économique, mais également au niveau des réactions humaines, collectives et individuelles de climat social, de motivation, de mobilité, d'image perçue. Tant de choses qui viennent alourdir la tâche du leader qui conduit le changement, mais à ceux-ci, ajoutons le facteur temps qui sera différent d'un changement à un autre et dont l'évolution a son propre rythme sauf s'il s'agit d'un changement imposé. Ce temps se doit d'être pris en considération. Un changement ne s'opère pas en quelques jours, cela prend des mois voire même des années que ça soit au niveau individuel, collectif ou entrepreneurial. Mais il est également essentiel qu'il garde dans sa conscience les différents niveaux d'interaction du changement. Notamment celui de la personne, s'il n'a pas lui-même perçu les objectifs et les intérêts du changement, il ne pourra pas en être le vecteur. Une fois la transformation réalisée, une autre difficulté va venir contraindre le cadre. En effet, de manière générale, une fois le résultat escompté obtenu, une baisse voire une disparition des pratiques est régulièrement observée. Nous avons donc orienté la suite de notre travail sur la pérennisation des changements. Quels sont les axes de la pérennisation du changement ainsi que les conditions qui vont permettre au cadre de faire maintenir les « bonnes » pratiques ? Rappelons-nous que notre contexte de départ est l'accréditation et l'obtention de son label. Une fois celui-ci obtenu, l'entreprise fera à nouveau face à un audit externe quelques années plus tard afin de vérifier si les pratiques correspondent toujours aux normes. Sans oublier que comme pour tout, les référentiels évoluent également. De ce fait, l'organisme doit continuer à s'améliorer et à évoluer en parallèle aux référentiels. Donc, afin de ne pas avoir à faire un travail de grande ampleur face aux prochaines visites, il est dans l'intérêt du cadre de veiller à maintenir les bonnes pratiques. La pérennisation du changement a pour but de garantir l'intégration des nouvelles pratiques. Le cadre joue un rôle essentiel, c'est lui qui assure la conduite de la pérennisation. Les raisons qui peuvent négliger le mode pérenne sont que face à l'importance des efforts fournis pendant le projet et

l'accomplissement de la majorité des objectifs, le cadre se dirige vers un autre projet comme dans le modèle de Lewin étudié plus haut avec le passage du point A au point B, convention enthousiaste plutôt qu'un mouvement perpétuel de la roue de Deming. Dans la phase d'ancrage, le cadre est polyvalent, il est à l'écoute, conseille, argumente, informe et contrôle.

Etudions les axes de la pérennisation du changement, ses prérequis managériaux ainsi que les conditions pour qu'un changement pérenne.

6. Les trois axes de la pérennisation du changement :

6.1. L'état organique.

L'effort supplémentaire engendré par le changement par rapport au naturel de l'entreprise, ne pourra pas être maintenu à long terme, car la pression exercée sur le personnel va diminuer. Pour réussir à pérenniser un changement sans maintenir une pression sur le personnel, il est nécessaire d'atteindre l'état organique.

Il est décrit comme un système ou tout projet organisé par des processus, procédés, ... Comme un état vers lequel l'organisation met en place des pratiques de manière naturelle, sans peine ni contraintes. Le rôle du cadre pour faire pérenniser un projet, est de transformer les pratiques secondaires au projet en un état organique. Cet état sera maintenu naturellement et sans le moindre effort à fournir.

6.2 La contrepartie : donner du sens.

L'introduction d'un changement nécessite la production d'activités supplémentaires. Pour y parvenir, les sujets ont besoin que certaines conditions soient respectées : la compréhension de l'intérêt du changement, une contrepartie, une amélioration notable, un gain de temps, de la reconnaissance en provenance de la hiérarchie et une facilité dans les tâches à accomplir. A contrario de ces contreparties, une forte implication dans le processus du changement secondaire au projet peut être suivie d'un relâchement allant parfois jusqu'à l'abandon des nouvelles pratiques

6.3 La facilitation.

Cet axe s'intéresse à ce qui va permettre d'alléger les efforts supplémentaires qu'entraîne la pérennisation. Afin d'y parvenir, deux possibilités contributives s'offrent à nous : soit accroître les aptitudes techniques du personnel de l'entreprise, soit faire valoir la synergie de l'équipe. Pour ce faire, le cadre, le coach, le pilote du changement veille à la mise en place de la pérennisation du changement et répond à plusieurs prérequis.

7. La mise en place de la pérennisation du changement.

De manière générale, un changement est introduit dans le but que celui-ci perdure dans le temps. Rien ne peut être considéré comme acquis, plusieurs facteurs y apportent leur influence tant favorable que défavorable. Tout d'abord, il y a les facteurs extrinsèques à l'organisation : l'évolution permanente des entreprises, les conditions économiques, l'évolution de l'environnement concurrentiel et la montée en puissance de la digitalisation. Ensuite, il y a des facteurs intrinsèques : le turn-over du personnel, la politique de sous-traitance de l'entreprise et des travaux, l'aménagement de l'institution. Ces facteurs peuvent entraîner des modifications de type organisationnelles. Faire perdurer le changement après la fin d'un projet est essentiel pour apporter les performances attendues. Pour cela, à la fin du projet, il est souhaitable de se fixer des objectifs comme ne pas reprendre les comportements antérieurs ; vérifier la bonne distribution des compétences au bon endroit, renforcer les acquis et instaurer une méthode de fonctionnement durable. Comme pendant le processus de changement, les pratiques continuent d'être évaluées. Pour ce faire, chaque entreprise choisit ses principes d'évaluation : annuelle, trimestrielle, mensuelle, ... la plus adéquate en fonction des éléments, des indicateurs à contrôler. Suite à ces vérifications, un réajustement est alors nécessaire, rappelons-nous la roue de Deming citée plus tôt.

La mise en place du mode pérenne se prépare dès le début du projet. Une réflexion à ce sujet se fait à la conception du projet de changement. Elle permet de garantir la continuité de l'effort, après le projet la vie continue. Ce qui a pour conséquence : une prise de conscience de la dimension du temps des changements engendré par le projet ; une mise en lien avec d'autres projets et la consolidation des transformations en créant une synergie ; rendre plus facile le passage entre le mode projet et le mode pérennité et d'éviter ainsi l'îlotage du projet. Dès ses débuts, le projet sera donc présenté avec sa pérennisation ainsi que son amélioration continue. Avoir une vue sur le résultat attendu et sa continuité pendant le projet permet de connaître la direction dans laquelle nous nous dirigeons et le point à atteindre. Par ailleurs, une analyse des risques est également nécessaire. Cette méthode permet de faciliter la transition du mode projet en mode pérenne. Cette analyse de risque est issue du fruit des réflexions sur les facteurs environnementaux ainsi que des risques naturels auxquels le mode pérenne peut avoir à faire face comme : la perte des ressources, la modification des priorités managériales, une crise économique... En milieu hospitalier, les événements exceptionnels sont également pris en compte comme un plan d'urgence médicale, une pandémie... L'étude des risques se fait avec pour chacun d'entre eux une évaluation de la probabilité que celui-ci arrive et le niveau de gravité de l'impact qu'il pourrait avoir. En général, le niveau est apprécié selon une échelle ordinale allant de très faible, faible, moyen, significatif à fort. Pour chacun de ces aléas, nous allons pouvoir prévoir comment y pallier selon la criticité

observée en prévoyant les moyens d'action qui devront être mis en place, ainsi que la manière de les piloter. Les solutions choisies identifient leur pilote, les ressources, leur échéance, le niveau de maîtrise attendu ainsi que leur tendance. Cet élément incontournable est à réaliser lors du passage en mode pérenne et est actualisé annuellement. Son but est donc de prendre les dispositions les plus judicieuses pour agencer le mode pérenne et contourner les obstacles les plus prévisibles.

Aussi, l'analyse de l'environnement ainsi que l'analyse stratégique ont également leur importance. Dès lors, une analyse de l'environnement ou MOFF³⁴ est réalisée. Elle consiste à étudier l'ensemble des facteurs qui pourraient mener à l'échec le mode pérenne entraînant un retour aux pratiques d'avant. Ces facteurs peuvent être de nature intrinsèque ou extrinsèque. En fonction de l'importance de la présence de l'un ou l'autre facteur, la difficulté de faire subsister le changement sera plus ou moins menacée. Nous avons peu de pouvoir sur les facteurs extrinsèques par contre, la direction, les managers ont une certaine emprise sur les facteurs intrinsèques. Il est donc de notre rôle d'analyser les différents obstacles environnementaux auxquels nous pourrions faire face et de réfléchir aux moyens d'action à mettre en place pour les évincer. La méthode MOFF est donc intéressante pour réaliser cette analyse. Celle-ci consiste en la réalisation d'un tableau dans lequel sont reprises les menaces, les opportunités, les forces et les faiblesses.

Il est essentiel de valider la transition en mode pérenne. Il s'agit de la validation de l'atteinte des objectifs dans la transformation ainsi que la manière dont ont été menées les actions selon un référentiel commun connu dès l'amont. Cela signifie que les résultats acquis et validés sont retranscrits et communiqués de manière formelle. La cale sera alors placée à l'arrière de la roue de Deming afin de ne pas faire de retour en arrière. Dans le but de vérifier que celle-ci reste bien en place, des audits sont alors réalisés afin de mettre en avant les points forts mais, aussi, les faiblesses sur lesquelles une marge d'amélioration est réalisée suite à cela découleront également des recommandations.

Les indicateurs choisis pour le contrôle de la mise en place du projet pendant le processus de changement seront les mêmes pour l'évaluation de sa pérennité. Les boucles du contrôle sont essentielles. Elles consistent en la vérification des conformités de l'organisation face à l'attendu et de ce fait du respect des exigences imposées. Les résultats obtenus permettent de corriger les dérives et d'ajuster les ressources. La mesure des résultats peut se faire de deux manières complémentaires : la réalisation d'audits afin de vérifier le respect des exigences et la mesure de manière continue d'un groupe d'indicateurs. À la suite de ceux-ci, des pistes de progrès, de recommandations sont proposées.

³⁴ Menace, opportunité, force et faiblesse.

La conception d'une politique managériale constitue le fil conducteur et favorise les décisions à tous les niveaux. Il est important que le mode pérenne repose sur une organisation et un mode de management formellement prédéfini. L'organisme met également en place une politique managériale de conduite du changement en toute transparence. L'entreprise, plus précisément la direction de celle-ci exprime de manière claire ses choix, ses orientations et ses priorités en s'appuyant sur les valeurs et la culture de l'organisation. La direction a pour rôle de se positionner vis-à-vis de chaque sujet porteur de changement. Cette politique managériale de conduite du changement exige un engagement formel, rédigé et diffusé aux agents. Elle est constituée par de l'ambition, des choix stratégiques, des ressources, ... Cette politique implique la direction, mais aussi tous les niveaux hiérarchiques intermédiaires. En association, la création d'un guide managérial rédigé, validé et partagé sur intranet a son utilité. Dans tout processus de changement, nous faisons face à des exigences qui sont connues et enregistrées dans un référentiel d'exploitation de l'entreprise. Celles-ci sont regroupées et incluses dans un système de management. L'utilité de ce référentiel n'est pas uniquement de jouer le rôle de cale, il est aussi une légitimation de la garantie de l'homogénéité des pratiques au sein de l'entreprise. L'imposition de normes consécutives à un consensus professionnel, son opposition aux intervenants externes et le respect des codes et des pratiques prescrites par la législation en vigueur dépend du milieu concerné. La conception du référentiel d'exigences est réalisée selon certaines règles : les instructions sont concises et dans la mesure du possible regroupées ; leur mise en application est facilitée ; les explications sont simples. Plus les éléments de la base du projet sont clairs, incontestables, démontrés et faciles à intégrer dans les pratiques, plus les changements seront adoptés et viables.

De manière générale, les projets engendrent l'utilisation de ressources, souvent, celles-ci sont supérieures à ce qui était initialement prévu. Cependant, une fois le projet arrivé à terme, en mode pérenne, des ressources sont encore nécessaires, car rien ne se fait sans les moyens que ceux-ci soient humains ou financiers. Il convient dès lors de ne pas passer du tout au rien. En effet, les personnes chargées de mener le projet sont encore nécessaires après celui-ci afin d'assurer sa continuité en réalisant des audits, mesurant les indicateurs et recadrant si nécessaire. Le choix des coaches, des acteurs, des cadres qui interviennent et pilotent le changement font partie intégrante de la pérennité de celui-ci, leur départ pourrait avoir des conséquences négatives, ils sont nécessaires à l'accompagnement. L'accompagnement du changement perdure encore longtemps une fois celui-ci terminé.

8. Les prérequis managériaux à la pérennisation du changement :

Nos lectures nous ont permis de mettre en avant sept prérequis clés au pilotage du mode pérenne : une présence sur le terrain, une assurance, un bon relationnel, une écoute de la direction, faire preuve de curiosité, un besoin de challenger et le leadership du cadre.

Pour commencer, il est nécessaire d'avoir une présence sur le terrain. Les pilotes performants comme les cadres sont entendus par les acteurs du mode pérenne. Ils inspirent la confiance grâce à leurs connaissances accrues dans le domaine, leurs vécus et leurs interférences avec les acteurs concernés. Cette présence sur le terrain légitime les référentiels et la cohérence de l'organisation. Ensuite, c'est de l'assurance qu'il est nécessaire d'avoir. Pour être efficace le cadre adhère à la démarche et l'a comprise. Sans cela, il ne lui sera pas possible d'argumenter face aux collaborateurs indécis. Un bon relationnel a également tout son intérêt. Le travail se fait dans une atmosphère bienveillante, propice à la cohésion entre les acteurs afin de créer un climat d'entraide, d'aller jusqu'à se lancer des challenges et partager les bonnes pratiques. En outre, l'écoute de la direction est indispensable pour le cadre afin d'obtenir satisfaction des besoins en ressources humaines, financières ou matérielles. Par ailleurs, faire preuve de curiosité permet d'assurer le pilotage en mode pérenne. Le cadre tient compte des différentes difficultés du mode projet au sein d'autres secteurs afin d'être plus créatif et avoir des solutions plus adaptées en mode pérenne. D'autre part, un besoin de challenger est mis en avant dans le but de maintenir la dynamique de progrès, le cadre met au défi son équipe avec pour objectif d'améliorer leurs performances. Et enfin, le cadre a du leadership, il est capable de conduire son équipe vers le point attendu en adoptant une vision du mode pérenne. La pérennité peut être assurée par l'alliance entre la dimension humaine et les compétences techniques du cadre ou pilote. Plus le manager de l'équipe et celle-ci sont porteurs du changement, plus sa pérennisation sera bonne.

Synthèse CHAPITRE 2

Le changement

Les phases

Selon Kurt Lewin :

- Décristallisation : mise en évidence des problèmes à solutionner
- Déplacement : résolution de problème avec l'implication du personnel
- Recristallisation : mise en place des solutions aux problèmes

Outils de résolution de problème : PDCA

Les niveaux d'interaction :

- L'organisation : ÊTRE : émotion, transparence, rire et efficacité
- Le groupe : DIRE : désinhibition, identité, reconnaissance et écoute
- La personne : FAIRE : former, adapter, identifier, orienter et évaluer

La pérennisation du changement

Les axes

- L'état organique : les nouvelles pratiques deviennent naturelles ;
- La contrepartie : le sens du changement et de sa pérennité est donné ;
- La facilitation : fournir les ressources pour faciliter les nouvelles pratiques.

Synthèse CHAPITRE 2

La pérennisation du changement

La mise en place

- Prévention de la pérennité : analyse des risques avec les facteurs environnementaux et risques naturels selon leur probabilité et leur niveau de gravité ainsi que comment y pallier ;
- Analyse MOFF : menaces, opportunités, forces et faiblesses ;
- Validation du mode pérenne ;
- Boucle de contrôle avec les mêmes indicateurs que ceux utilisés pendant le projet ;
- Mise en place d'une politique managériale en association à la création d'un guide managérial ;
- Assurer les ressources.

Prérequis managériaux

- La présence sur le terrain ;
- L'assurance ;
- Un bon relationnel ;
- L'écoute de la direction ;
- Faire preuve de curiosité ;
- Challenger ;
- Le leadership.

Nous l'avons abordé à plusieurs reprises, dans l'étude que nous avons réalisée, ces changements sont utilisés dans le but d'une amélioration continue. Le maintien des bonnes pratiques n'est pas une chose simple et c'est à nouveau le cadre qui est le détenteur de cette responsabilité. En effet, c'est lui qui est au plus proche du personnel et qui veille à l'application, au respect des normes. C'est à lui qu'est confiée l'évaluation, le contrôle des pratiques et c'est aussi lui qui va fixer avec son équipe les axes d'amélioration sur lesquels ils vont travailler. Pour ce faire, il peut utiliser différents outils comme le MOFF, l'analyse des risques, le QQQQCP, la méthode des cinq M, ...

Puisqu'il est du ressort du cadre d'évaluer, de contrôler et d'améliorer les pratiques, il aura donc besoin de divers outils pour accomplir ses responsabilités. Le chapitre qui suit est donc dédié aux audits, des outils qui sont au service du cadre et qui selon nous sont fréquemment utilisés par celui-ci même si ce n'est pas de façon formelle.

CHAPITRE 3 : LES AUDITS

Nous avons déjà cité à plusieurs reprises dans cet écrit les audits. En effet, ils sont un moyen de contrôle des pratiques. De manière générale, les organismes de par leur évolution, mais aussi leur souhait à entrer dans une démarche d'amélioration continue, sont amenés à se fixer des objectifs. Pour vérifier leurs atteintes, il est nécessaire de les évaluer. Quels sont les moyens qui s'offrent à nous ? Rappelons que nous sommes à l'heure des objectifs SMART³⁵ pour lesquels il est plus qu'intéressant d'avoir des indicateurs de mesure afin de les contrôler et de pouvoir évaluer la progression du travail. Notre avis sur la question est que trop souvent, le cadre se limite dans le choix des objectifs et du plan d'action par rapport à ceux-ci. N'oublions pas qu'il est intéressant d'inclure son équipe tant dans le choix des objectifs que dans le plan d'action afin d'obtenir de meilleurs résultats. La réalisation d'audits aura probablement des inconvénients comme le temps qu'il faudra lui accorder, néanmoins la présentation de chiffres, d'indicateurs comme preuve de réussite n'est-elle pas plus fructueuse ? Veillez à la qualité des soins réalisés par nos équipes, n'est-il pas un des rôles propres du cadre ? Nous avons tenté de vous rendre plus explicite les différents audits et ce qu'ils impliquent.

1. Définition des audits :

Commençons par la définition du dictionnaire Larousse : « *Procédure consistant à s'assurer du caractère complet, sincère et régulier des comptes d'une entreprise, à s'en porter garant auprès des divers partenaires intéressés de la firme et, plus généralement, à porter un jugement sur la qualité et la rigueur de gestion* ». ³⁶ Nous percevons déjà au sein de cette définition la notion de contrôle des pratiques avec comme résultat la notion de qualité et de rigueurs au sein de l'entreprise.

La norme ISO 9000 les définit comme : « *Processus méthodique, indépendant et documenté, permettant d'obtenir des preuves d'audit et de les évaluer de manière objective pour déterminer dans quelle mesure les critères d'audits sont respectés* ». ³⁷ Il est selon nous difficile de définir un mot en l'employant à deux reprises au sein même de sa propre définition. Néanmoins, la notion de respect des procédures en les évaluant revient à nouveau.

Quant à la commission de l'institut français des auditeurs internes et/ou l'institut de l'audit social, les audits se définissent comme : « *Une démarche spécifique d'examen et d'évaluation des activités d'une organisation fondée sur un référentiel et dont les conclusions peuvent comporter*

³⁵ Acronyme utilisé comme moyen mnémotechnique pour : Spécifique, Mesurable, Atteignable, Réalisable et Temporel. Son auteur est Peter F. Drucker un consultant américain en management d'entreprise, auteur et théoricien.

³⁶ Définitions : audit - Dictionnaire de français Larousse

³⁷ Définition de l'audit selon la norme NF EN ISO 9000 :2005 contenue dans « *Le manuel de l'audit des systèmes de management, à l'usage des auditeurs et audités* », Jonquière M., AFNOR, 2006, page 3.

des propositions d'amélioration touchant à la régularité et/ou la performance ». Voilà une définition qui pour nous est la plus complète et reprend tous les éléments qui décrivent l'audit.

Rappelons-nous également du terme latin « audire » qui se traduit par entendre et écouter. Ne mettons-nous pas déjà en exergue les rôles du cadre ? Contrôle des pratiques, évaluation des résultats obtenus et mise en place de plans d'action dans le but de les améliorer. Nous constatons de ce fait que les audits sont des outils au service du cadre de santé. Cependant, tous les audits ne sont pas du ressort du cadre.

Les audits se déclinent en différents axes thématiques. Dans notre analyse, nous nous sommes principalement intéressés aux normes du système de management. Il y a deux types d'audits. Les audits de première partie ou audits internes qui sont organisés par ou pour le compte de l'entreprise elle-même pour des causes internes. Ils sont utilisés comme base à une auto déclaration de conformité de l'organisme. Les audits de seconde partie ou audits externes, ils sont réalisés par des clients de l'entreprise ou par des tiers au budget du client. Ces audits sont exécutés par des organismes externes et indépendants. Ceux-ci sont de manière habituelle accrédités et dispensent la certification ou l'approbation de la conformité à des exigences contenues dans des référentiels. La distinction entre l'audit interne et l'audit externe se fait en fonction de l'individu qui juge le système audité. Nous parlons d'audit interne lorsque l'audition est effectuée par l'organisme pour ses désidératas. Nous qualifierons un audit d'externe lorsque l'audition est réalisée par un organe externe reconnu.

D'autres dénominations sont également utilisées comme par exemple : l'audit combiné ou commun, il s'agit de l'inspection simultanée du système de management de qualité et environnemental. Ou encore l'audit conjoint ou joint, c'est-à-dire l'audition d'un seul organe par deux ou plusieurs organismes. Décrivons dès à présent les acteurs de ces audits.

2. Les acteurs de l'audit :

Un audit nécessite la combinaison de trois éléments : le commanditaire de l'audit, l'audité et l'équipe d'audit. Le commanditaire de l'audit est l'organisme ou l'individu adjurant un audit. L'audité lui se décrit comme l'organisme qui est audité. Enfin, l'équipe d'audit est composée d'un ou plusieurs auditeurs effectuant un audit, aidé en cas de besoin par des experts techniques qui possèdent les compétences indispensables à cette pratique.

3. Le programme d'audit :

Le programme d'audit se définit comme : « *un ensemble d'un ou plusieurs audits planifiés dans un laps de temps et dans un but déterminé.* »³⁸

Il est envisageable, même autorisé, qu'un programme d'audit s'intéresse à plusieurs types de normes et ait des objectifs divers et variés. A contrario, si un seul audit est planifié, cela pourrait conduire à un programme d'audit qui n'est composé que d'un seul et unique audit. Il est plutôt conseillé de réaliser des audits conjoints ou combinés.

La conception du programme d'audit demande de déterminer ses objectifs et ses étendues. Voici quelques exemples d'objectifs les plus évidents repris par la norme ISO 19011 2002 : déterminer les priorités pour la direction ; tenir compte des exigences réglementaires, contractuelles, du client et des risques potentiels pour l'organisme ... La rédaction du programme d'audit demande une prise de considération d'un grand nombre d'éléments et de contraintes, ce qui définit le niveau de difficulté de l'exercice. L'étendue du programme d'audit prend quant à elle d'autres paramètres comme : la fréquence des audits qui est différente en fonction des services audités, le lieu où les pratiques sont auditées dans le cas d'entreprise multi sites ; la langue utilisée dans l'organisme afin de prévoir un interprète en cas de nécessité ...

La responsabilité de ce programme d'audit peut reposer sur une ou plusieurs personnes. Il est donc nécessaire de bien distribuer les responsabilités. Les individus concernés sont en possession des compétences requises pour le construire. Cela signifie qu'ils ont les connaissances des principes d'audit, les aptitudes des auditeurs et sont capables de mettre en œuvre les méthodes d'audit. À ces exigences s'ajoute une capacité de manager associée à la compréhension des techniques et des pratiques des actions à auditer. Ces responsabilités comptent l'analyse des besoins en ressources ainsi que leur mise à disposition. Elles sont de l'ordre du financier, des méthodes d'audit, des exigences indispensables à la validation des compétences des auditeurs, de la mise à disposition des auditeurs à la réalisation du programme, du timing nécessaire à chacun des audits, d'éléments divers comme le temps de transport lors de multi sites, la possibilité qu'un observateur soit présent... Les deux ingrédients principaux de l'audit sont la connaissance des besoins de l'organisme et la conscience de la qualité des aptitudes des auditeurs.

Le suivi d'un programme d'audit est comparable à celui des objectifs et des cibles. Il demande la vérification du respect des règles fixées par exemple : la réalisation d'audits, le respect des échéances fixées, la conception des équipes selon la procédure... Afin d'assurer ces contrôles, il est intéressant de se rapporter à des indicateurs de performance. Leur conception n'est pas toujours

³⁸ Définition de l'audit selon la norme NF EN ISO 19011 :2002 contenue dans « *Le manuel de l'audit des systèmes de management, à l'usage des auditeurs et audités* », Jonquière M., AFNOR, 2006, page 8.

évidente. Cependant, c'est pour ce genre d'éléments que l'utilisation du PDCA a son importance afin de déterminer les bons indicateurs de performance à observer.

Tout dysfonctionnement ou anomalie mise en évidence lors de ce suivi, est analysé dans le but de l'améliorer voir le supprimer. Cet élément signifie donc qu'un programme d'audit n'est pas gelé une fois rédigé. Il est en permanence revu dans le but de le faire évoluer et de ce fait de l'améliorer. Ce programme d'audit représente un travail considérable, néanmoins, dans le contexte d'audits internes réalisés pas un cadre de santé, les différentes étapes de ce programme d'audit demandent un temps moins important et certaines sont inexistantes ou encore inutiles.

Voyons maintenant même si nous avons déjà évoqué pas mal d'informations dans les parties précédentes, qui sont les auditeurs.

4. Les auditeurs :

Pour réaliser des audits, il est obligatoire d'avoir des auditeurs, cependant, qui sont-ils ? N'importe quelle personne peut-elle devenir auditrice ? Tentons d'analyser cela ensemble. Les compétences des auditeurs reposent sur deux points : les qualités personnelles et la compétence à mettre en application leurs capacités et acquis.

Selon la norme ISO 19011 2002, celles-ci sont obtenues et conservées à l'aide d'une formation d'auditeur et enfin avec l'expérience de l'audit. Cette norme a élaboré une liste de qualités personnelles qu'un auditeur possède et parmi celles-ci, nous avons retenu : faire preuve d'intégrité ; avoir une ouverture d'esprit, être diplomate ; avoir le sens de l'observation ; être perspicace ; être polyvalent ; faire preuve de ténacité ; être capable de prendre des décisions ; être autonome, ... Ne serait-ce pas un panel des compétences du cadre ? Cependant, ces qualités à elles seules ne suffisent pas. Certaines connaissances sont requises comme : les différents principes, procédures et techniques d'audit afin de sélectionner ceux qui sont les plus adéquats en fonction des audits à réaliser ; le système de management et les référentiels afin de percevoir le champ de l'audit et d'adapter les éléments de l'audit ; les situations organisationnelles afin d'apprécier le contexte opérationnel de l'organisation ; le cadre légal, les réglementations et autres obligations applicables en accord avec la discipline.

Nous ne sommes pas entièrement convaincus qu'une formation sur les audits proprement dits soit absolument nécessaire afin d'avoir les compétences pour auditer. Néanmoins, se tenir à jour, ou prendre connaissance de l'évolution des pratiques et techniques d'audit est un plus pour le cadre. De ce fait et dans le but de conserver et de bonifier les compétences d'un auditeur, il est adéquat de favoriser la formation continue ainsi que le maintien de la compétence à auditer. En effet, notre monde en perpétuelle évolution entraîne des changements continus. Les pratiques s'améliorent, dès lors, les enseignements reçus pendant le cursus de formation ne sont plus les mêmes quelques

années plus tard. De ce fait, la formation continue va permettre une mise à jour des connaissances, une remise en question par rapport aux pratiques habituelles. D'ailleurs, les échanges qui se font lors de ces formations entre personnes de différents horizons permettent également d'enrichir ces formations. De plus, certaines rencontres nous offrent la possibilité d'enrichir nos compétences avec l'expérience vécue par nos collègues. Ce sont ces partages d'expériences qui vont induire certains de nos modes de fonctionnement ou au contraire qui vont nous éviter de commettre l'erreur qu'un de nos pairs nous a confiée.

En plus des responsabilités qui incombent aux auditeurs, certaines exigences y sont associées telles que la limitation aux champs d'application de l'audit et le fait de faire preuve d'objectivité. Leur rôle est également de réunir et étudier les éléments de preuves en matière de pertinence et de quantité suffisante afin d'émettre la synthèse concernant le système de management. Ils sont attentifs aux indicateurs de convictions qui ont une influence sur les conclusions ou qui nécessitent un complément d'audit. Ils veillent au respect de la déontologie, se conforment aux critères d'audit, les communiquent et les explicitent. Ce sont eux qui préparent et réalisent de manière efficace les missions qui leurs sont attribuées. Leurs observations sont consignées. Enfin, ils garantissent la confidentialité, coopèrent avec le responsable d'audit et s'impliquent dans la rédaction du rapport d'audit.

Le responsable d'audit a également des critères à respecter, nous les citons ci-après : Il détermine les exigences en ce qui concerne l'organisme à auditionner ; veille au respect des critères de l'audit ainsi que des autres éléments appropriés ; communique la mise en œuvre du programme d'audit aux personnes concernées, c'est-à-dire tant aux auditeurs qu'aux audités. Cette information est transmise dans un délai raisonnable avant la réalisation d'audit. C'est lui qui prépare l'audit, rédige les documents de travail et transmet les instructions à son équipe. Il assure la coordination et la programmation dans le temps des audits et des autres actions ; vérifie l'établissement et le maintien d'un processus afin d'évaluer les auditeurs. Pour faire cela, il lui sera préalablement nécessaire d'avoir assuré la conception des équipes d'audit ainsi que la possibilité de leur donner les ressources ; il effectue la lecture des documents reprenant les diligences du système de management en place et évalue leurs adéquations ; contrôle le respect de la réalisation d'audits conformément au programme ; vérifie la maîtrise des archivages relatifs aux actions d'audit ainsi que la revue des rapports d'audit, leur approbation et leur diffusion aux commanditaires comme aux autres parties déterminées. Enfin, il assure le suivi d'audit. Le programme d'audit demande un certain nombre d'enregistrements qui lui sont relatifs. Il nécessite des preuves tangibles des différentes actions mises en place tels que les plans d'audits, les reportings des revues documentaires, les rapports d'audits, les écarts rencontrés, l'ensemble des audits, les évaluations des auditeurs, ... Il communique en direct auprès de l'audité les non-conformités critiques, et

l'interpelle à propos de tous freins majeurs auxquels il a fait face pendant l'audit. Il transmet la synthèse de l'audit de manière claire et définitive, et ce, en respectant le timing. De nouveau, l'ensemble de ses responsabilités peuvent être incombées à un cadre de santé. Cependant, en lisant toutes ces explications, ces normes, les audits font peur, ils impressionnent de par la charge de travail qui en découle. Seulement, dans le cadre d'un audit réalisé par celui-ci au sein même de son unité, cette charge est de moins grande ampleur.

Après avoir évoqué les définitions des différents audits, leur programme ainsi qu'avoir fait une description des auditeurs, analysons de manière plus intense l'audit interne. Il s'agit de celui qui nous intéresse d'avantage puisque c'est au niveau de celui-là que le cadre exerce le plus. Nous terminerons ce chapitre avec l'audit externe que nous développerons de manière plus sommaire.

5. L'audit interne :

Ce type d'audit voit le jour dans un programme d'audit du système de management d'une entreprise que ce modèle de management soit disjoint ou intégré. Il peut également être réalisé au sein même d'une unité par un cadre de santé dans l'optique d'une évaluation de la qualité des soins et de ce fait une amélioration continue. Chaque audit peu importe son type, se déroule selon quatre phases : l'initialisation, la préparation, la réalisation et l'après-audit. Nous allons vous décrire chacune de ces phases de manière détaillée.

5.1. L'initialisation de l'audit :

Le programme d'audit est constitué du domaine d'application de l'audit. Celui-ci peut être relatif à un processus, une procédure, une partie de l'organisme, certains composants d'un référentiel, l'intégralité du système de management, ...

Un même programme peut inclure plusieurs types d'audits. L'unique condition est son contenu, c'est-à-dire, mettre en exergue qu'il inclut la totalité des exigences du référentiel d'audit, des normes de références ou des exigences spécifiques de l'entreprise. En fonction du type d'audit interne qui est réalisé, le délai qui en incombe peut varier d'une à deux heures jusqu'à plusieurs jours. Leur durée est dépendante de plusieurs paramètres comme : l'intensité de la population présente dans l'organisme, la diversité et la complexité des actions incluses dans le domaine de certification, des difficultés des processus et aussi du nombre de personnes qui compose l'équipe d'audit.

Cette équipe d'audit est créée au sein du programme d'audit. Sa composition est faite soit d'auditeurs internes hautement qualifiés, soit d'auditeurs externes qualifiés et certifiés ou encore d'un collectif mixte. Il est important de préciser que les auditeurs internes désignés

ainsi que la réalisation d'audit font preuve d'objectivité et d'impartialité quant au processus d'audit. Il nous paraît évident que l'objectivité ne sera pas chose facile néanmoins, quelle est l'utilité de réaliser un audit si ce n'est pour retranscrire les faits réellement constatés ? Dans ce cas, le cadre sait avant même de commencer que les résultats seront bons, alors à quoi bon perdre son temps à tout cela. Selon nous, un cadre qui n'est pas exhaustif dans ses audits n'en a alors pas compris le sens et les finalités. Il est conseillé qu'un auditeur ne réalise pas l'audit de son propre travail. Nous ne sommes pas tout à fait d'accord avec cette recommandation. Si la personne à qui est confié l'audit a perçu l'utilité et les motivations de celui-ci, elle est alors capable de réaliser l'audit de son propre travail. De plus, cette délégation, en plus de permettre une prise de conscience de ses erreurs, va mettre en valeur les compétences de la personne qui réalise l'audit, en quelque sorte, une forme de reconnaissance de la part de son cadre. Une fois le programme d'audit décidé, nous pouvons passer à l'étape suivante, c'est-à-dire la préparation des audits.

5.2. La préparation de l'audit :

La préparation peut demander plusieurs paramètres comme la lecture de la documentation du système de management et l'écriture au préalable d'un questionnaire. Elle demande également une prise de connaissance du manuel du système de management ; des organigrammes ; des informations indispensables à la compréhension des activités, processus et réalisation de l'entreprise auditée ; des procédures documentées imposées par les différents référentiels audités et l'inventaire des contraintes législatives et réglementaires exécutoires aux diligences de l'organisme. Et ce, dans l'intérêt que chaque auditeur s'approprie les pratiques de l'organisme en rapport avec le système de management audité. Cela leur permet de déterminer les indicateurs thématiques à étudier de manière plus attentive que d'autres.

La phase de préparation de l'audit demande donc que soit rédigé le plan d'audit. En général, celui-ci est réalisé par le responsable de l'équipe d'audit avec la coopération des membres de son équipe. Il est constitué des heures liées à chaque phase d'audit ; des paragraphes des référentiels audités ; de l'identification des auditeurs accompagnés des étapes pour lesquelles ils sont affectés ; le nom des audités ; ...

Une fois le plan écrit, il y a lieu de s'interroger sur l'intérêt ou non de réaliser un questionnaire d'audit. Même si celui-ci permet des avantages tels que : rassurer les membres de l'équipe d'audit, permettre la préparation des audités à condition que celui-ci ait été distribué au préalable et également aider à la vérification de la non-omission d'éléments fondamentaux. Néanmoins, il représente aussi des inconvénients comme : l'impossibilité d'émettre l'ensemble des questions, une question peut en engendrer une autre et de ce fait ne pas suivre

la trame initialement conçue ; remettre en cause les compétences et connaissances de l'auditeur qui éprouve le besoin d'avoir un listing d'interrogation pour réaliser l'audit ; ...

Cependant, une alternative existe : ne retranscrire que les questionnements incontournables de l'audit ; lister les mots-clés afin d'avoir une ligne conductrice à suivre. À chacun dès lors de faire son choix selon ses besoins à la réalisation de l'audit. Une fois de plus, si le travail lié à cette étape de l'audit paraît conséquent, il n'en est pas de même dans le cadre d'un audit réalisé par un cadre de santé. En principe, il connaît la pratique ou le sujet qu'il audit et n'a donc pas toute la charge de travail secondaire à la prise de connaissance des différents documents. Sauf si son audit est porté sur une évolution des techniques de soins qu'il lui est nécessaire d'étudier afin de réaliser l'évaluation des techniques de soins de son équipe.

5.3. La réalisation de l'audit :

La réalisation de l'audit se décompose en trois parties : la réunion d'ouverture, la partie opérationnelle de l'audit avec les entretiens, les observations et l'analyse de documents et enfin, la réunion de clôture.

La réunion d'ouverture d'un audit interne est moins formelle que celle d'un audit externe étant donné que de manière générale, les auditeurs connaissent les audités. Cependant, toute négligence ou omission de cette étape n'est pas acceptable. En effet, elle a plusieurs objectifs : faire la présentation des différents intervenants en cas de nécessité ; se remémorer les attentes et le champ d'application de l'audit ; décrire les méthodes et procédures qui sont employées pour sa réalisation ; répéter les points obscurs du plan d'audit ; ... Pour le cadre, ce moment d'échanges à propos des audits est réalisable lors d'une réunion de service par exemple. Cela va permettre au personnel de connaître les objectifs de l'audit ainsi que d'avoir conscience de l'évaluation des pratiques. Même si en effet, cela aura probablement un impact sur les pratiques en général. S'il se sait contrôlé, le personnel sera d'autant plus attentif à respecter les critères d'évaluation. Néanmoins, dans certaines conditions, il est intéressant de ne pas prévenir son équipe de l'audit. En effet, lorsque le cadre a conscience de défaillance au sein de son unité, réaliser un audit sans l'annoncer, va lui permettre d'avoir des preuves tangibles pour démontrer à l'équipe la nécessité de mettre en place des plans d'actions afin d'améliorer les pratiques. Comme lorsqu'un hôpital entre dans une démarche d'accréditation, le premier audit réalisé permet d'avoir une photo à l'instant « t » et à partir de celui-ci, mettre les moyens en place afin d'atteindre les objectifs fixés. Cela en démontrant à l'équipe l'écart entre le moment présent et les attendus pour le futur.

La réalisation de l'audit proprement dite se déroule à l'aide de nos différents sens. Effectivement, plusieurs de nos sens sont en éveil, l'ouïe avec l'écoute, la parole par le biais

d'interviews, la vue avec la lecture de protocole ou encore les observations, ... C'est grâce à ceux-ci que nous sommes capables d'identifier des constats d'audit que nous décrivons comme le recueil des preuves d'audits avec les entretiens, les observations...

Nous sommes également attentifs au fait que tout décalage décelé fait l'objet d'une analyse et d'une comparaison avec d'autres sources d'information. La défaillance ne sera pas prise en considération sur la seule base d'un écart constaté. Cette divergence est signifiée clairement et sera étayée de preuves tangibles. Celle-ci est directement spécifiée aux audités de façon à ce que l'auditeur ne découvre pas les écarts à sa grande surprise lors de la réunion de clôture. La manière dont est signifié l'écart n'est pas accusatrice d'une non-conformité, tout au moins pas de façon immédiate, elle reste sous l'appellation d'écart. Seule l'analyse d'audits précédents conduit à la confirmation ou son contraire. Il est nécessaire que soit retranscrit le contexte dans lequel est réalisé l'audit ou encore l'écart est constaté. En milieu de soins, il est difficile de suivre des procédures à la règle, les aléas du quotidien peuvent venir perturber la check list et celle-ci sera alors adaptée.

Pour rappel, cet audit ne se réalise pas dans une salle à huis clos, cinquante pourcents de l'audit se fait sur le terrain. La réalité y est souvent bien différente de ce que nous avions présagé. C'est en interrogeant les agents que des pistes vont être révélées.

Une réunion de synthèse d'audit s'ensuit afin de finaliser les constats en réalisant un consensus sur les enquêtes accomplies individuellement par chacun des auditeurs, de classer les observations et d'élaborer la réunion de clôture. Cette étape demande de formaliser divers éléments par écrit : les points forts ; les pistes d'amélioration ; les points sensibles ; les écarts ; ... A nouveau, dans le contexte d'audit réalisées par le cadre de santé, les résultats des audits sont transmis en réunion de service par exemple.

En ce qui concerne les écarts, deux types d'adjectifs qualificatifs leur sont donnés : la non-conformité ou écart majeur et la remarque ou écart mineur. La non-conformité se définit comme telle « Une constatation traduisant la non-satisfaction d'une exigence par rapport au référentiel normatif choisi par l'audité »³⁹. La remarque se définit comme « Une constatation traduisant une non-satisfaction partielle d'une exigence prescrite, mais ne remettant pas en cause, à elle seule, la viabilité du système de management audité, et en particulier, son aptitude à atteindre les objectifs fixés ». ⁴⁰ L'une comme l'autre est relative à l'application d'une procédure écrite qui n'est pas mise en place sur le terrain et/ou l'absence de documentation sur des pratiques appliquées sur le terrain.

³⁹ Source : Règles pratiques AFAQ (association française pour l'assurance de la qualité).

⁴⁰ Ibidem

Au terme de la réunion de synthèse, l'équipe d'audit est capable de présenter ses conclusions pour les dévoiler à la réunion de clôture. Cette phase de l'audit interne n'est pas bafouée. Elle a toute son utilité, il est nécessaire de lui consacrer du temps. Il est impossible d'assurer une restitution optimale en réunion de clôture en comptant sur son sens de l'improvisation sans l'avoir préalablement préparée. La réunion de clôture est un moment fort de l'audit interne. Elle se décrit comme une restitution fiable et exhaustive des constats réalisés ainsi qu'une description de la représentation réaliste de l'organisation du système de management. L'utilité de cette réunion est de vérifier la compréhension de l'audité face aux conclusions de l'audit et sa capacité à proposer des actions correctives et préventives adaptées. Elle permet dès lors de supprimer toute incompréhension entre les deux parties. Le déroulement de cette réunion se fait comme suit : En premier lieu, un tour de table s'avère nécessaire si de nouvelles personnes sont venues s'ajouter depuis la réunion d'ouverture. Ensuite, des remerciements sont faits avant d'évoquer les points forts du système de management audité. Si aucun point fort n'a été décelé, c'est un très mauvais signe et cela laisse paraître une équipe d'audit qui ne perçoit que les écarts. Une fois ceux-ci évoqués, place aux pistes d'amélioration, qui sont livrées à l'audité dans le but d'augmenter les performances de son système de management. Dans leurs prolongements, sont évoqués les points sensibles, les dérives « mineurs », ce qui actuellement ne constitue pas un écart, mais qui lors d'un audit ultérieur pourrait le devenir si les pratiques n'évoluent pas. Pour continuer, ce sont les écarts proprement dits qui sont évoqués accompagnés de leur justification, ceci dit, l'objectif n'est pas d'enrober la divergence. Enfin, la réunion se clôture sur les éventuelles questions. Le cours de cette étape est souvent dépendant de l'écueil secondaire à l'importance des écarts formulés. Toutefois, l'équipe d'auditeurs reste synthétique et ne sort pas du cadre de l'audit. Il est fortement recommandé de ne porter aucun jugement hâtif sur l'entreprise et son organisation. Cette réunion consiste à restituer les éléments de sortie d'un audit interne d'un système de management. Un compte rendu de cette assemblée est systématiquement rédigé. L'audit interne ne se termine pas à l'identification des constats d'audits, elle engendre la génération d'un rapport d'audit et assure l'après-audit.

À la vue de cette étape qui est à nouveau très cadrée, la perception que nous en avons en tant que cadre des audits réalisées à notre échelle l'est beaucoup moins. Même si l'utilisation d'un cadre de référence est inévitable, le cadre est le mieux placé pour interpréter tous les aléas qui viennent perturber les habitudes de travail. De même, il tire profit des écarts en les communiquant en direct afin d'éviter qu'ils ne se reproduisent et aussi dans le but d'entraîner une prise de conscience du collaborateur de cette défaillance. Le cadre n'est donc pas obligé d'être aussi rigide que ce que les protocoles le demandent. Pour rappel, nous travaillons avec

une production de service et non de bien et nous sommes amenés chaque jour à nous adapter dans notre organisation car il y a une gestion de l'humain qui ne nous permet pas de respecter des timings prédéterminés. Une fois l'audit réalisé, le travail de l'auditeur n'est pas terminé, il y a un après audit.

5.4. L'après audit :

Les suites de la réunion de clôture sont donc la rédaction du rapport d'audit qui exprime fidèlement l'âme et le contenu de celle-ci. Il est rédigé par le responsable d'audit. Celui-ci est constitué : des objectifs, du champ, de l'identification du responsable, des coordonnées de l'entreprise auditée, du calendrier de l'audit ainsi que des particularités du plan, de l'endroit où les audits ont été accomplis, du nom des membres de l'équipe, des critères d'audits, des bilans de celui-ci, de l'énumération des personnes rencontrées ainsi que des conclusions. Cette liste n'est pas exhaustive, en fonction des normes, d'autres éléments viennent s'ajouter comme : le plan de l'audit, l'atteinte des objectifs, les opinions divergentes résolues, ... Une fois le rapport rédigé et validé sur les deux parties auditeurs et audités, celui-ci est imprescriptible. C'est alors que sont déterminées les conditions de diffusion du rapport.

Le rôle de l'équipe d'audit interne ne se limite pas à la mise en évidence des dysfonctionnements et la conception des écarts. En effet, celle-ci collabore à la conception des actions correctives et/ou préventives à mettre en place ; se joint à leur validation ; aide l'audité à mesurer l'efficacité des actions envisagées et contrôle l'efficacité des actes rectificatifs.

À la présentation du rapport d'audit, l'audité réfléchit aux différentes actions correctives à mettre en œuvre pour éliminer la raison du dysfonctionnement. En fonction de ces propositions de solutions, le responsable d'audit lève de manière immédiate la non-conformité. La suppression de celle-ci peut être complète ou partielle. Si la levée est partielle, cela signifie qu'un contrôle additionnel sur place ou à distance est effectué au prochain audit. Ou encore, l'écart est supprimé à condition qu'une action spécifique soit mise en place et que sa traçabilité soit possible.

Une fois l'audit terminé, il convient d'évaluer l'efficacité de celui-ci. En effet, nous en recherchons les valeurs ajoutées qui sont une conception exclusivement qualitative. La valeur ajoutée se décrit comme la réelle contribution de l'équipe d'audit par le discernement des non-conformités en comparaison aux contraintes imposées des référentiels et surtout grâce à ses compétences à soumettre des axes d'amélioration. L'audit est un outil de progrès qui permet de fournir des éléments d'information auprès de la direction concernant le fonctionnement du système de management.

Le cadre rédige donc un rapport d'audit qui est à la fois une preuve pour son équipe et aussi pour sa hiérarchie non seulement du travail accompli mais également de la qualité des soins de l'unité. C'est alors qu'il se questionne sur l'atteinte ou non de l'objectif fixé et sur la qualité de ses audits. En fonction, il prend les décisions adéquates en modifiant ses audits par exemple, en instaurant des plans d'actions ou en maintenant les audits en question.

C'est ici que se termine la partie sur les audits internes, décrivons maintenant de manière plus sommaire les audits externes.

6. L'audit externe ou tierce partie :

Pour rappel, ce type d'audit est généralement réalisé dans le cadre d'une certification. Cela signifie donc que l'organisme s'engage par un contrat écrit à se mettre aux normes d'un ensemble de référentiels, d'exigences déterminées. Néanmoins, le cadre dans un contexte de re-certification peut réaliser des audits en lien avec les référentiels d'une certification. Tout comme lors d'une certification, il prendra connaissance des référentiels et évaluera déjà les pratiques au sein de son unité avec des audits internes. À l'identique des audits internes, les audits externes ou de tierce partie se réalisent selon les mêmes quatre phases. Voici la description sommaire des différentes phases pour lesquelles des modifications sont notables.

6.1. L'initialisation :

La phase d'initialisation commence au préalable par une analyse du dossier par les auditeurs externes, qui consiste en une prise de connaissance des procédures déjà mises en place au sein de l'entreprise. Ceux-ci vont dès lors s'intéresser au manuel en vigueur, aux procédures, à la politique de l'entreprise. Ils vont également réaliser des analyses initiales diverses et vérifier les exigences applicables. Cette analyse est en quelque sorte une étude de la faisabilité, elle est transmise à l'équipe d'audit dans l'intérêt de préparer l'audition. Ensuite, vient le moment de déterminer le nombre de jours d'auditions. Il n'y a pas de durée universelle, elle est différente en fonction des différentes certifications. Cependant, certains critères identiques sont pris en considération par les différents organismes comme : la multiplicité des sites et la distance entre ceux-ci ; les difficultés du domaine d'application ; le nombre d'intervenants ; ... Ce délai est aussi dépendant du type d'audit, dans le cas d'un audit de renouvellement de certification ou celui d'une certification initiale. Ainsi, le fait que l'organisme soit déjà en possession d'une ou plusieurs autres certifications a également une influence sur le temps. Une fois ces différents éléments déterminés, une équipe d'audit est alors désignée. De manière générale, les organismes certificateurs tentent d'éviter une unicité de l'équipe.

6.2. La préparation :

Cette étape est réalisée en tenant compte de plusieurs éléments :

Le premier est la visite préalable, celle-ci n'est pas toujours systématique. Cependant, elle est bénéfique tant pour l'audité afin de lui fournir des pistes de progrès, que pour l'auditeur qui obtiendra des trajectoires d'enquêtes. Cette entrevue préalable permet au responsable d'audit d'évaluer la capacité pour l'entreprise d'assumer l'audit pendant le délai imparti. Si ce n'est pas le cas ou si l'auditeur doute que cette durée ne lui convienne, il en informe l'organe de certification. Cette phase nécessite la rédaction d'un rapport récapitulatif qui est transmis aux deux parties. En principe, l'équipe d'audit ne transmet aucun conseil ni aucune recommandation lors de cette visite préalable, et même lors de l'audit proprement dit. L'intérêt de cette entrevue est d'analyser la faisabilité de l'audit.

Le second élément quant à lui consiste en la lecture des éléments principaux du système de management si celui-ci en comporte un ; les organigrammes ; les éléments d'information permettant le discernement des activités, processus, ... ; des procédures imposées par les référentiels audités ; les dispositions légales et réglementaires correspondantes aux pratiques de l'organisme, ... Comme pour les audits internes, cet élément permet à l'équipe d'audit de s'imprégner des activités de l'entreprise. Et de fournir des indices afin d'orienter des analyses à réaliser de manière plus approfondie lors de l'audit.

Le troisième est la rédaction du plan d'audit. Celui-ci se rédige selon les mêmes critères que pour l'audit interne. Rappelons-nous que le temps imparti aux audits est déterminé. De ce fait, il est nécessaire de faire des choix stratégiques au niveau des éléments audités. Il est important de se rappeler qu'il n'est pas possible de contrôler toutes les exigences des référentiels. En ce qui concerne la rédaction préalable d'un questionnaire, les avantages et inconvénients qui lui sont liés sont similaires à ceux évoqués dans la partie sur l'audit interne. Une fois la phase de préparation terminée, l'audit peut dès lors être réalisé. Nous ne développerons pas cette partie de l'audit, car celle-ci est en tout point identique à celle de l'audit interne. Nous vous invitons dès lors à la relire si vous en avez le besoin.

Lorsque l'audit a été réalisé, la réunion de clôture a lieu. À nouveau, celle-ci se déroule de la même manière que pour l'audit interne pour lequel, tout a été développé plutôt dans ce travail. En général, le travail ne s'arrête pas là, il s'ensuit un après audit.

6.3. L'après audit.

Celui-ci est constitué du même rapport que l'audit interne selon des exigences identiques. Cependant, dans le cadre d'un audit par tierce partie ou externe, ce rapport est accompagné de la décision de certification. Cette décision incombe soit à l'équipe d'audit soit au comité

de certification, et ce, en fonction de l'organisme de certification. Il est important d'évoquer que ce comité de certification exerce sa fonction à l'aveugle, il n'est pas conscient de la structure du système de management du site candidat. D'où, la rédaction du rapport d'audit ainsi que la description des écarts constatés nécessitent d'être faites avec la plus haute description et qualité. Ce processus de certification demande un délai assez long. Il est donc conseillé aux audités de ne pas faire traîner les parties qui lui sont incombées. Lorsque le résultat de certification est communiqué, l'organisme certificateur fournit son certificat de conformité en plusieurs exemplaires.

Comme dans l'audit interne, certains écarts sont précisés dans le rapport d'audit. L'intérêt est de transmettre les axes d'amélioration auxquels, pour certain, l'audité peut y répondre directement ou dans le cas contraire, il peut envisager des axes d'actions afin d'y remédier ultérieurement. Cependant, ce n'est pas terminé. En effet, après la certification, il y a une suite. En règle générale, la validité de la certification est de trois ans. Après ce délai, un audit de renouvellement est nécessaire afin de prolonger la certification. Souvent les audits de suivi sont réalisés dans les années qui la suivent.

6.4. Les audits de suivi :

Les audits de suivi sont réalisés soit par la responsable d'audit ou l'un des auditeurs. Son intérêt est de contrôler la continuité des pratiques et de vérifier le respect du plan d'amélioration qui avait été projeté. Cet audit de suivi va lui aussi nécessiter un plan d'audit basé sur deux éléments dans le temps : ce qui vient de se passer et ce qui va se passer.

La gestion du dossier de cet audit se fait de la même manière que pour l'audit initial. Au terme des trois ans, l'organisme fait alors face à l'audit de renouvellement. Le temps qui lui est imparti est souvent similaire à celui de l'audit de certification initiale ainsi que pour toutes les différentes étapes de l'audit externe. Nous pourrions nous interroger sur les efficacités d'un audit de certification. Cependant, ne l'évaluons pas en fonction de la quantité des écarts constatés, mais plutôt par rapport à la valeur ajoutée qu'il nous a apportée. Les audits de suivi sont différents en fonction des espérances de l'entreprise certifiée. Ils vont de la simple nécessité du renouvellement du certificat jusqu'à l'ambition d'agissements concrets favorisant la progression, l'amélioration.

Selon nous, les audits de suivi pourraient avoir leur place dans les audits internes également. En effet, comme dans une démarche d'accréditation, des pratiques qui lors des audits internes étaient bien respectées, pourraient se voir disparaître par la suite si le personnel n'en a pas perçu le sens. De ce fait, le cadre s'il continue à évaluer de manière plus espacée les pratiques, assure alors en quelque sorte leur pérennité. Puisque souvent c'est dans le cadre d'objectifs

annuels que le cadre met en place des audits, le fait de ne plus avoir le même objectif peut faire diminuer l'attention que portera l'équipe à l'objectif précédemment atteint comme nous l'avons évoqué dans le chapitre sur le changement et sa pérennisation.

Synthèse CHAPITRE 5 : Les audits

	Audit interne	Audit externe
Les objectifs :	<ul style="list-style-type: none"> - Contrôler le système de management de l'entreprise, - Améliorer les pratiques. 	<ul style="list-style-type: none"> - Obtenir une certification ou un renouvellement de certification, - Améliorer les pratiques.
La durée :	Plusieurs heures à plusieurs jours en fonction du programme d'audits	Dépendante du type d'audits : certification ou renouvellement Quelques jours
Qui réalise les audits ?	<ul style="list-style-type: none"> - Auditeurs internes désignés, - Auditeurs internes hautement qualifiés, - Auditeurs externes qualifiés et certifiés. 	<ul style="list-style-type: none"> - Auditeurs externes qualifiés et certifiés.
La phase d'initialisation :	<ul style="list-style-type: none"> - Rédaction du programme d'audit relatif à la totalité ou une partie des référentiels, procédure, au système de management dans sa globalité, - Création de l'équipe d'audit 	<ul style="list-style-type: none"> - Étude de la faisabilité avec une analyse du dossier de l'entreprise par les auditeurs, - Attribution d'une équipe d'audit.
La phase de préparation :	<ul style="list-style-type: none"> - Prise de connaissance des différentes documentations en lien avec l'audit et le système de management audité, - Rédaction du plan de l'audit. 	<ul style="list-style-type: none"> - Visite préalable avec rédaction d'un rapport récapitulatif, - Étude des éléments principaux du système de management, - Rédaction du plan d'audits.

Synthèse CHAPITRE 5 : Les audits

	Audit interne	Audit externe
La phase de réalisation :	<ul style="list-style-type: none"> - Réunion d'ouverture : formelle ou informelle, - Réalisation de l'audit avec notification des écarts, - Réunion de synthèse avec une restitution fiable et exhaustive des constats réalisés. 	<ul style="list-style-type: none"> - Réunion d'ouverture : formelle ou informelle, - Réalisation de l'audit avec notification des écarts, - Réunion de synthèse avec une restitution fiable et exhaustive des constats réalisés.
La phase d'après audit :	<ul style="list-style-type: none"> - Rédaction du rapport d'audit et validation des deux parties, - Mise en évidence des dysfonctionnements et conception d'actions correctives et/ou préventives, - Évaluation de l'audit. 	<ul style="list-style-type: none"> - Rédaction du rapport d'audit et validation des deux parties, - Mise en évidence des dysfonctionnements et conception d'actions correctives et/ou préventives, - Évaluation de l'audit, - Décision de certification
La phase d'audits de suivis :	(-)	<p>Leur but est de contrôler la continuité des pratiques.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rédaction d'un plan d'audits de suivi, - Renouvellement de certification selon les mêmes conditions et pratiques que pour l'audit de certification initiale

Les différents éléments développés dans ce chapitre nous permettent donc de prendre conscience des bénéfices que peuvent nous apporter les audits internes. Que ce soit par les chiffres obtenus et partagés qui vont servir d'indicateurs. Mais aussi par la prise de conscience au sein même de l'équipe du travail accompli ou qu'il y a à faire pour obtenir les aboutissements escomptés. De plus, l'intégration du personnel dans l'étude des défaillances va entraîner une prise en considération des pratiques à modifier ou à bannir et de ce fait l'obtention de meilleurs résultats.

Évidemment, s'ils ont des atouts, les audits, présentent également des inconvénients comme le temps que ceux-ci vont demander tant pour leur préparation que pour leur réalisation ainsi que la charge de travail qui en découle. Cependant, les audits réalisés par le cadre de santé ne demandent pas autant de temps et de travail puisqu'ils sont de plus petite ampleur et avec des référentiels et un cadre légal moindre que ceux organisés par la direction ou un organisme externe. Néanmoins, ils vont apporter des résultats concrets aux objectifs fixés et dès lors donner des preuves de l'évolution de la démarche d'amélioration et des axes de progression seront étudiés si les résultats ne sont pas satisfaisants. Ce sont en quelque sorte les attestations pour notre direction du respect de nos différents rôles. Aussi, en lien avec ses fonctions que nous développerons plus loin dans ce travail, le cadre est amené à gérer son temps afin d'avoir la possibilité d'ajouter les audits dans son planning d'organisation de travail. Le cadre possède les compétences pour être le responsable de l'audit et l'auditeur. Il pourra alors former certains de ses subordonnés afin de faire partie de l'équipe d'audit. En effet, l'objectif est également de développer les compétences de ses subordonnés. Cela permettra une meilleure implication ainsi qu'une certaine valorisation de la personne. N'oublions pas tout de même que dans son propre intérêt comme dans celui de ses subordonnés, le cadre fait preuve de sa plus grande objectivité lorsqu'il réalise les audits. Dans le cas contraire, ceux-ci n'ont absolument aucun sens, ils n'apportent pas de bénéfices pour l'unité et engendrent plutôt une grande perte de temps.

Les audits à eux seuls ne suffisent pas pour mener à bien le management de la qualité. Ils font partie de la boîte à outils du management de la qualité. Nous nous y sommes donc intéressés. Les outils sont nombreux, cependant, nous en avons sélectionné quelques-uns qui selon nous sont pertinents pour le cadre. Avant de vous les présenter, il nous a semblé intéressant de développer trois outils propres à l'audit interne : l'entretien, l'observation et le brainstorming. Le cadre utilise régulièrement au minimum deux de ces trois outils dans son quotidien.

CHAPITRE 4 : LES OUTILS DE L'AUDIT ET DU MANAGEMENT DE LA QUALITE.

Pour suivre le chapitre sur les audits, nous avons estimé pertinent de vous évoquer quelques outils de l'audit et du management de la qualité, les plus pertinents selon nous. Comme écrit dans le chapitre précédent, l'audit qu'il soit interne ou externe est constitué d'entretien, d'observation et d'analyse de document. À l'échelle du cadre de santé, les audits sont de moindre ampleur et de ce fait, il est plus rare que celui-ci soit amené à analyser des documents avant la réalisation de ses propres audits internes. De ce fait, nous avons choisi dans la suite de notre rédaction de vous décrire l'entretien et l'observation qui sont très souvent utilisés par le cadre. En association, il nous a semblé intéressant de développer le brainstorming puisqu'il est un outil à la fois d'aide à l'analyse de problèmes, des risques pour le cadre au sein de son unité de soin et qui permet l'implication du personnel. À la suite de cela, nous avons sélectionné quelques outils du management de la qualité qui permettent au cadre à la fois de prendre conscience des capacités de ses subordonnés, de connaître les bénéfices ainsi que les risques de son projet, d'organiser sa communication, d'attiser la curiosité de ses collaborateurs et de fournir des « pense pas bêtes » à son équipe. Pour chacun d'entre eux, nous avons émis le choix de vous délivrer selon nous les atouts et les obstacles de l'outil.

1. Les outils de l'audit interne.

1.1. L'entretien.

Le dictionnaire Larousse définit un entretien comme suit : « *Partie d'un examen consistant en l'interview d'un candidat, d'un postulant à un emploi* ». ⁴¹ L'objectif de l'entretien est de recueillir des informations dans le but d'une part de s'imprégner du fonctionnement du champ de l'audit et d'autre part d'élaborer des preuves d'audit. La réalisation d'entretien ne se fait pas sans les avoir préalablement préparés. Tout d'abord en déterminant leurs objectifs ainsi que les thèmes qui seront évoqués. Ensuite, en sélectionnant les différents interlocuteurs qui seront interviewés. Pour réaliser l'entretien, il est nécessaire d'avoir pris connaissance du domaine de l'audit. De même, la rédaction préalable d'un questionnaire organisé en fonction des sujets qui seront étudiés permet d'avoir un fil conducteur pour l'entrevue. Enfin, un élément important est l'organisation de l'entretien, c'est-à-dire : la date, l'heure et le lieu. Le déroulement de l'entretien se fait sous forme d'échanges, l'auditeur pose de manière préférentielle des questions ouvertes afin de laisser la liberté à l'auditée de s'exprimer et n'influence pas la réponse qui sera donnée. L'auditeur profitera pour approfondir certains points en rebondissant face aux retours de l'auditée. Aussi, le meneur de l'entretien veillera à

⁴¹ Définitions : observation - Dictionnaire de français Larousse

ce que son interlocuteur comprenne les questions qui lui sont posées ainsi que la direction dans laquelle il souhaite mener l'entretien. De même, il s'assurera avoir compris la réponse reçue en utilisant la reformulation qui est alors validée par l'audit. Afin que l'entretien se déroule dans les meilleures conditions, une relation de confiance est fondée dans le but de favoriser la transparence. Il est également intéressant de rappeler au départ de l'entretien, le cadre de celui-ci avec ses objectifs et les matières qui y seront abordées. Une fois les différentes matières abordées, la clôture de l'entretien est réalisée en synthétisant les éléments principaux de la rencontre ce qui permet de les valider auprès des deux parties. C'est au même moment que sont listés les différents documents qui ont été abordés durant l'entretien ainsi que ceux qu'il sera nécessaire de transmettre prochainement. Les suites ainsi que les étapes qui succèdent l'entretien sont alors annoncées. Enfin, il est essentiel de remercier l'interlocuteur pour sa participation et sa contribution à l'audit.

Une fois l'entretien terminé, le travail de l'auditeur ne s'arrête pas là, si l'utilité en est prouvée, il rédige un compte-rendu de celui-ci. Il est édité dans les plus brefs délais et est encodé dans le dossier d'audit.

1.1.1. Les atouts de l'outil.

- Les échanges de l'entretien favorisent l'installation d'une relation de travail constructive.
- Les échanges en direct permettent d'approfondir certaines réponses et de vérifier leur compréhension.
- Création de contact

1.1.2. Les obstacles de l'outil.

- La nécessité que le compte-rendu de l'entretien soit validé par les deux parties pour qu'il ait un caractère probant ;
- L'absence d'un bon relationnel de la part de l'auditeur qui va engendrer des échanges de mauvaise qualité et induire un manque d'écoute de son interlocuteur ;
- Les craintes de l'audit face aux possibles utilisations des données apportées dans certaines matières et la conséquence de celles-ci ;
- Le temps accordé à chacun des entretiens ;
- L'influence que peut avoir de manière inconsciente l'auditeur sur les réponses de l'audit.

L'entretien n'est pas uniquement un outil de l'audit interne, il est utilisé pour bien d'autre raison par le cadre : l'entretien de développement, l'entretien avec une famille, l'entretien en

équipe pluridisciplinaire, ... De même, ces différents entretiens ont lieu de manière formelle ou informelle. Le cadre a constamment des échanges avec sa hiérarchie, son équipe, les différents intervenants de l'équipe pluridisciplinaire, avec d'autres collaborateurs et aussi avec le patient et sa famille. C'est donc à lui d'adapter la manière de conduire ces différents entretiens afin d'en obtenir les meilleurs résultats.

1.2. L'observation.

Le dictionnaire Larousse définit l'observation comme suit : « *Action de regarder attentivement les phénomènes, les événements, les êtres pour les étudier, les surveiller, en tirer des conclusions, etc.* ». ⁴² Cet outil demande que les actions, les lieux ou les documents qui seront observés soient désignés. Le moment de l'observation est convenu par la prise de rendez-vous avec les personnes concernées afin de ne pas affecter tant le personnel que l'organisation du travail. L'observateur se rend donc sur place, il se positionne dans les locaux de manière à ne déranger personne dans l'exercice de ses fonctions et aussi de manière à ne pas influencer le comportement des personnes auditées. Les éléments qui sont observés sont répertoriés dans un compte-rendu. Selon le type d'observation, des photos peuvent être réalisées comme preuve. Dans le cadre de cet outil, il nous semble judicieux que soit réalisée une grille d'observation. En effet, celle-ci permet de déterminer si les éléments observés y sont répertoriés ou non. De cette façon, selon les résultats obtenus, une analyse peut alors être effectuée afin de remédier aux non-conformités ou encore connaître la cause qui entraîne celle-ci. Afin de réaliser la grille d'observation, il est nécessaire de déterminer les éléments obligatoires qui sont à prendre en compte lors de l'audit interne afin de permettre l'évaluation des pratiques de manière impartiale et de définir la concordance avec le sujet de l'audit. Il est alors conseillé pour chaque élément essentiel listé de noter s'il est conforme aux attentes, non-conforme ou non observé. De même, il est intéressant d'y ajouter une colonne supplémentaire afin d'avoir la possibilité d'y inscrire des informations reçues, une note pour l'auditeur, une remarque ou encore une observation. Lors de l'observation, si l'auditeur interroge l'audité, les questions sont posées comme dans une discussion et non pas sous forme d'interrogatoire afin de limiter au maximum l'influence sur les réponses de l'audité ainsi que dans le but de favoriser les échanges et le partage d'informations. La grille d'observation est utilisée soit dans le cadre d'une observation directe, de l'analyse de documents ou encore dans un entretien avec une personne déterminée.

⁴² Définitions : observation - Dictionnaire de français Larousse

1.2.1. Les atouts de l'outil.

- Méthode fiable qui donne une attestation de par sa nature ;
- Méthode plus adaptée pour auditionner le « faire ».

1.2.2. Les obstacles de l'outil.

- Le manque d'implication / distanciation de l'auditeur ;
- L'influence secondaire à la présence de l'auditeur sur les personnes audités et leurs comportements ;
- La difficulté du nombre de stimuli simultanés qui influence la perception de divers éléments voire leur abstraction ;
- Le temps imparti à la construction d'une grille d'observation qui s'ajoute à l'observation elle-même et le compte-rendu qui en découle ;
- La perception de l'observateur.

L'observation est quotidienne pour un cadre, que ce soit par rapport aux actions de son équipe, aux comportements du patient, à l'analyse des dossiers informatisés du patient ou encore l'organisation générale du service. Il s'agit d'un bon moyen d'évaluation du travail de chaque intervenant au sein de son unité. Si elle est adaptée à l'évaluation du « faire », elle demande aussi au cadre de faire preuve d'une grande objectivité ainsi que d'une ouverture d'esprit. En effet, si le cadre réalise une grille d'observation et que celui-ci la remplit en se basant juste sur les faits sans tenir compte du contexte, les non-conformités comme les conformités sont faussées. Le milieu de soins demande constamment de s'adapter aux différentes situations inévitables qui surviennent au cours d'un poste de travail. Un cadre est d'ailleurs probablement plus à même de percevoir et comprendre ces situations en comparaison à un auditeur qui n'est pas du milieu de soins comme un coach par exemple. Attention néanmoins, à ne pas justifier les non-conformités par ces aléas. Il est possible de sortir du canevas, qu'il y ait des écarts par rapport à celui-ci, cependant, l'audit ne doit pas n'être que des écarts considérés comme conformes. Dans ce cas, soit la grille d'observation n'est pas adéquate, soit le cadre ne fait pas preuve d'objectivité.

1.3. Le brainstorming.

Le dictionnaire Larousse définit le brainstorming comme suit : « *Technique de recherche d'idées originales, surtout utilisées dans la publicité et fondée sur la communication réciproque*

dans un groupe d'associations libres de chacun de ses membre ». ⁴³ L'objectif de l'utilisation de cet outil est donc de stimuler l'imagination des collaborateurs dans la recherche tant des causes que des solutions. S'il est consommateur de temps, le brainstorming permet d'obtenir des propositions de solutions que nous n'aurions pas imaginé proposer. Cependant, pour que celui-ci soit fructueux, il est nécessaire que les participants soient libres et qu'ils souhaitent collaborer ensemble afin de résoudre le ou les problèmes. Pour réaliser un brainstorming, il est nécessaire de créer un groupe composé dans le cadre d'audits tant d'auditeur que d'audités. La production des pensées se fait dans un temps restreint, c'est-à-dire environ trente minutes à deux heures. Celui-ci se déroule dans une salle, avec un groupe de personnes prédéfinies et le commanditaire veille à ce que le matériel soit à disposition. Dès le début de la rencontre, le cadre donne l'objectif du brainstorming et les règles d'organisation. Il est d'ailleurs conseillé de les diffuser afin de pouvoir y revenir le cas échéant. C'est alors un rôle d'animateur que va prendre le commanditaire. Il est le maître d'orchestre tout au long de la « réunion ». En effet, il va stimuler la participation des différents intervenants ainsi que leur réflexion. Les différentes propositions sont alors répertoriées, les méthodes sont multiples : utilisation de post-it qui sont classés par thème, simples listes des idées proposées, ... L'organisateur est attentif à la participation de chacun en stimulant l'expression des plus discrets. Il rappelle les règles du déroulement de l'entretien si celui-ci s'éloigne du sujet de départ. Une fois les différentes idées répertoriées, la rédaction d'une synthèse s'avère nécessaire afin de déterminer les notions à analyser de manière plus détaillée. Pour ce faire, un nouveau brainstorming peut alors être utilisé. Cependant, il est plus précis que le premier. Il est nécessaire de veiller à ce que les propositions soient interprétables pour les personnes n'ayant pas contribué à ce travail. En effet, une personne extérieure a besoin de comprendre le cheminement qui a poussé le groupe à telles ou telles solutions/causes. Attention, chaque proposition est acceptée, il n'y a pas de discussion sur le bien-fondé ou non de celle-ci pendant le brainstorming. C'est à la fin de celui-ci que se fait la prise de décision quant à la sélection des idées les plus appropriées en rapport avec l'objectif de départ. Cet outil permet donc de stimuler la créativité de chacun, d'impliquer le personnel dans la recherche de pistes de solution. Et de ce fait, la mise en œuvre de celle-ci sera plus facile si les solutions viennent des personnes directement concernées. Évidemment, une fois la réunion terminée, un compte-rendu est élaboré afin d'une part de résumer l'entrevue et les solutions trouvées, d'autre part d'informer les non-participants de ce qui a été débattu et des perspectives d'avenir.

⁴³ Définitions : brainstorming - Dictionnaire de français Larousse

1.3.1. Les atouts de l'outil.

- L'implication du personnel
- Il stimule la créativité ;
- L'obtention de propositions innovantes.

1.3.2. Les obstacles de l'outil.

- Le temps imparti ;
- Le manque de motivation des participants ;
- La nécessité d'une organisation : lieux, matériel, groupe ;
- L'absence de capacité d'animation du cadre et de mobilisation des participants.

Le brainstorming permet d'impliquer le personnel et de faire appel à la créativité de chacun. Il demande également que le cadre soit un bon animateur afin de mobiliser chaque participant et aussi d'obtenir les bénéfices attendus du brainstorming. Inévitablement, cet outil est consommateur de temps de par sa préparation et son déroulement. Mais, la finalité de celui-ci prend le dessus sur les contraintes de sa réalisation.

2. Les outils du management de la qualité.

En prenant connaissance du livre « la boîte à outils du management de la qualité »⁴⁴, plusieurs outils qui y sont cités ont attisé notre curiosité. Nous avons été convaincus par leur description et avons donc sélectionné les plus pertinents selon nous.

2.1. La grille SVP : Savoir-Vouloir-Pouvoir.

La grille SVP est une grille d'analyse qui permet à chacun des collaborateurs de se rendre acteur de la démarche qualité. Au niveau managérial, le cadre s'interroge sur la capacité du subordonné à savoir bien faire, pour quelle raison est-il important de bien faire, s'il a le pouvoir et l'envie de faire bien et ce dans le but d'entrer dans une logique d'efficacité. La formation comme moyen d'explication n'est pas suffisante. Il est nécessaire de donner les ressources et les arguments qui modifient le projet en actions librement choisies. Les procédures ne sont pas imposées, mais mises en application par chacun, car elles sont assimilées comme cohérentes. Déjà exposé dans le chapitre du changement, l'implication du personnel dans la rédaction des procédures rend leur mise en pratique plus facile car elles sont

⁴⁴ Gillet-Goinard F. et Seno B., *La boîte à outils de la qualité*, Malakoff, DUNOD, 4^{ième} édition 2020.

en phase avec la réalité du terrain. La méthode pour employer cette grille se décompose en trois étapes :

La première consiste en la réponse aux questions citées : le collaborateur connaît-il les raisons pour lesquelles il est nécessaire de faire bien ? L'intérêt de la démarche, mais aussi ses bénéfices dans la satisfaction client ou patient dans le cadre des soins de santé lui ont-elles été communiquées ? Connaît-il les bonnes pratiques ? A-t-il les compétences pour les mettre en application ? Le personnel a-t-il les ressources nécessaires pour bien faire ? Le collaborateur, obtient-il de la part du management la reconnaissance et par conséquent la motivation ? Pour rappel, l'objectif de ce questionnement est de percevoir l'investissement réel du personnel en dehors de l'imposition d'agir de cette façon. La deuxième étape est d'exploiter la grille dans le but de créer un plan d'action à mettre en place pour chacune des catégories qui le nécessite. La dernière étape est le contrôle de l'efficacité des actions mises en œuvre à l'aide d'indicateurs d'observations obtenus à l'aide d'audits.

Trop souvent, nous avons tendance à considérer que les collaborateurs n'ont pas l'envie de bien faire alors qu'en réalité, ils font face à un manque d'éléments d'informations et de ressources essentielles.

2.1.1. Les atouts de l'outil.

- Il permet de mettre en avant les besoins des collaborateurs ;
- Il offre une analyse complète de la situation : compétence, information, organisation et ressources ;
- Un engagement dans une logique efficace.

2.1.2. Les obstacles de l'outil.

- Le manque de connaissance de son personnel ;
- Le temps nécessaire à l'analyse et au contrôle ;
- Le manque d'objectivité du manager ;
- Ne pas tenir compte des différentes générations.

Cet outil permet de faire le point sur les compétences des différents collaborateurs pour faire face à la démarche qualité. Cela implique donc que le cadre ait conscience des capacités de ses subordonnés et qu'il ne les surestime pas. Il donne donc une image de départ avant la mise en œuvre de la démarche et de ce fait, va donner les axes sur lesquelles il est nécessaire de travailler, d'informer afin de mener à bien le projet.

2.2. La balance gains-pertes.

La balance gains-pertes met en avant le ressenti inconscient des collaborateurs avant de s'investir dans un projet. Les bénéfices qu'il a en s'engageant dans le projet, mais aussi et surtout les pertes que celui-ci va engendrer. Pour lui, la balance doit porter plus sur les gains que son opposé. Dans une démarche qualité, il est nécessaire de déceler ce qui peut être identifié comme une contrainte auprès du personnel et de mettre en exergue les bénéfices que la démarche va entraîner. Cet outil se réalise à l'aide d'un tableau reprenant dans les lignes : les personnes concernées, c'est-à-dire le personnel et l'entreprise ; dans les colonnes : les gains, les pertes et la méthode pour rassurer. Cette méthode permet de prévoir les arguments nécessaires pour aider le personnel à se démontrer les avantages d'une démarche qualité. La manière de procéder se décompose en quatre étapes :



La première consiste au remplissage de la grille en fonction des différents aspects de la démarche qualité. Ensuite, il est essentiel de débiter en se centrant sur les gains du projet que cela soit pour l'entreprise en termes de bénéfices, c'est-à-dire : fidélisation des clients, meilleure rentabilité, ... Et aussi, pour le personnel : la détermination des rôles et responsabilités de chacun, le maintien des emplois, la valorisation, l'intégration dans la démarche qualité ... Suite à cette étape, il est alors nécessaire de répertorier les pertes potentielles, les inconvénients : perte de temps, d'autonomie, absence de cohésion, ... Enfin, il est utile de terminer par une étude de ces éléments négatifs dans le but de les modifier en opportunités de progrès. Devant tous ces aspects plutôt d'ordre négatif, le cadre se montre à l'écoute du personnel et apporte une réponse aux collaborateurs sans nier les contraintes énoncées si celles-ci sont fondées.

2.2.1. Les atouts de l'outil.

- L'outil met en exergue les bénéfices et les pertes de la démarche pour le personnel ;
- La transformation des pertes en opportunités ;
- La mise en avant de l'écoute du cadre,
- L'attribution des responsabilités.

2.2.2. Les obstacles de l'outil.

- L'absence de capacité du cadre pour transformer les pertes en opportunités ;
- Le manque d'écoute du personnel ;
- La non-adhésion des collaborateurs,
- Le manque de sincérité ;

Cet outil permet au cadre d'être mieux préparé pour faire face à son équipe. L'annonce d'un projet avec les changements que celui-ci implique ne se fait pas sans difficultés. Nous l'avons d'ailleurs évoqué dans le chapitre sur le changement. En préparant la balance gains/pertes, le cadre va anticiper les réactions et donc être capable de détourner les pertes en opportunités.

2.3. Le plan de communication.

Le plan de communication consiste à reprendre les différents responsables de telle ou telle communication, sous quelle forme, à quel moment et à quelle personne. Il permet de rythmer la démarche qualité grâce à la communication d'informations programmées aux différents collaborateurs de l'entreprise. Sa création se fait en plusieurs étapes :



La première consiste en la construction du plan de communication dans un tableau reprenant cinq colonnes avec : qui, communique quoi, à qui, sous quelle forme et la fréquence. Ensuite, toutes les composantes sont alors inventoriées. Une fois le plan rédigé, il est intéressant que son efficacité soit évaluée par le biais d'audits internes

Qui ?	Communique quoi ?	À qui ?	Sous quelle forme ?	À quelle fréquence ?

Cette méthode demande l'implication des managers ainsi que l'utilisation de multiples canaux de communication. Ainsi, la sélection de l'information fournie à telle ou telle personne permet de ne pas avoir à fournir la même information à tout le monde.

À ce plan de communication, il est intéressant d'y associer un plan d'animation afin d'inclure le personnel dans un système de management de la qualité. En plus de la communication, il convient de planifier l'ensemble des pratiques qui vont animer la qualité au quotidien. Celui-ci contient donc les différents audits internes et externes ; les formations qualités ; les portes ouvertes ; les réunions des auditeurs qualité ; les séminaires au cours desquels sont présentées les actions d'amélioration par service, ... Cependant, chaque entreprise adapte son plan d'animation en fonction de sa volonté. Le but est d'animer pour motiver le personnel sans aller dans l'excès, cette technique sert à étonner les gens sans en faire trop au risque de les lasser.

2.3.1. Les atouts de l'outil.

- La clarté dans la communication de l'information ;
- L'organisation claire de la distribution des informations ;
- Une meilleure implication du personnel.

2.3.2. Les obstacles de l'outil.

- L'utilisation d'une mauvaise méthode de communication ;
- Un manque d'implication des managers ;
- Transmettre trop ou trop peu d'information ;
- Ne pas adapter sa communication au public ciblé.

Trop souvent, il est reproché une mauvaise communication des informations aux personnes concernées. Avec le plan de communication, le cadre a la possibilité d'éviter cela. Une telle organisation de la communication permet de n'oublier personne et d'être capable de déterminer où a eut lieu la faille si la communication n'est pas arrivée à bon port.

2.4. Le flash info qualité.⁴⁵

Le flash info est employé afin de transmettre des informations accessibles et ciblées. Sa diffusion se fait avec une certaine régularité dans le temps. C'est un moyen de transmettre aux collaborateurs l'évolution de la démarche qualité, de les prévenir des événements importants et également des résultats que ceux-ci soient bons ou mauvais.

La réalisation de ce flash se fait tout d'abord par la détermination des objectifs et de la cible des destinataires. Ensuite, la fréquence d'édition, le pilote ainsi que le modèle sont

⁴⁵ Voir annexe 1.

déterminés. Ce modèle est généralement constitué des dates clés, des chiffres, d'interviews, de vocabulaire, du développement d'un outil qualité, ... Dans la suite, la responsabilité ainsi que les dates d'édition sont planifiées tout comme la forme qu'aura le flash info : humoristique, factuel, rationnel, inter actif... Enfin, la dernière décision à prendre intéresse les moyens de diffusion qui seront employés. Cet outil, s'il est exploité, se doit d'avoir été bien conçu de ce fait, son utilisation peut être très bénéfique.

Cependant, comme dans tout document créé, à long terme, il est intéressant d'évaluer sa qualité, les apports qu'il a auprès du personnel en vue de l'améliorer et le rendre encore plus attractif et ce tant sur le fond que la forme.

2.4.1. Les atouts de l'outil.

- La transmission d'informations de manière attractive ;
- Une synthèse des différentes évolutions de la démarche qualité ;
- Une méthode de communication attrayante.

2.4.2. Les obstacles de l'outil.

- Le manque de créativité ;
- Le temps nécessaire à la rédaction et à la mise à jour régulièrement.
- La quantité d'informations trop importante finit par lasser le lecteur ;
- L'absence d'évaluation de la qualité de l'outil.

Le flash info qualité est un outil très intéressant, néanmoins, s'il n'est pas attractif, attrayant, il n'aura aucune utilité. Il est nécessaire que le cadre fasse preuve de créativité avec cet outil. En effet, si les collaborateurs n'y adhèrent pas dès sa première parution, ils ne s'y intéresseront jamais. Bon moyen de transmettre l'information, il reste un flash info et donc d'une importance bien mesurée. Attention cependant à ce que sa parution ne soit pas trop excédante ou à l'inverse clairsemée, le personnel s'en désintéresse.

2.5. La pocket card.⁴⁶

La pocket card est un support qui contient les règles de base ainsi que les éléments importants à connaître pour la pratique. Il s'agit en quelque sorte d'un aide-mémoire, un « pense pas bête ». Son petit format permet de la transporter facilement et de ce fait qu'elle soit toujours à disposition.

⁴⁶ Voir annexe 2.

La conception de cette carte se fait selon les éléments que nous voulons cibler. Nous pouvons d'ailleurs la concevoir différemment en fonction de la personne qui va l'utiliser, un cadre ou tous les collaborateurs. La distribution de celle-ci peut se faire à la fin d'une réunion d'information par exemple en guise d'aide-mémoire, de rappel. Enfin, elle aura besoin d'être mise à jour en fonction de l'évolution, des nouvelles pratiques, ...

Cette méthode va permettre au personnel de se sentir plus à l'aise dans le cadre d'un audit externe par exemple. La relecture avant l'audit le rassurera.

2.5.1. Les atouts de l'outil.

- L'outil permet au personnel de se remémorer rapidement les éléments importants sur un sujet précis ;
- Il est apprécié par le personnel ;
- À portée de main ;
- Une diminution de l'anxiété du personnel dans un contexte d'audit externe.

2.5.2. Les obstacles de l'outil.

- L'omission d'une révision à faire régulièrement ;
- Son utilisation lors d'un audit est mal perçue ;
- Le temps nécessaire à sa conception ;
- La difficulté de sélectionner les bons éléments de synthèse ;
- Sa surutilisation diminue son efficacité ;
- Le manque de créativité.

Le cadre et surtout son équipe tirent des bénéfices de cet outil. Support de révision à portée de main, il est souvent très apprécié des collaborateurs. En plus de fournir un rappel des informations reçues en réunion, formation, il permet de diminuer l'anxiété d'un collaborateur qui face à certaines situations ne se souvient plus et qui par le biais de sa poket card obtient rapidement l'information. Attention néanmoins, à ne pas rendre les collaborateurs dépendant de cet outil.

2.6. Le tableau de bord.⁴⁷

Le tableau de bord est un outil utilisé en management qui facilite la vision, la surveillance et l'analyse de données pertinentes à l'aide de chiffres, de pourcentage et de graphique. Ils sont nommés indicateurs et sont associés à des objectifs afin de permettre la prise de décision. Ils permettent donc à la fois d'évaluer les pratiques, de déceler des dérives, sont des aides à la prise de décision et enfin des preuves pour motiver le personnel. Les finalités du tableau de bord sont donc multiples : pilotage d'un projet, analyse de problème et étude des menaces. Pour la conception du tableau de bord, il est nécessaire d'avoir divers éléments. Pour commencer, il est nécessaire de déterminer qui en seront les utilisateurs. À qui celui-ci est-il destiné ? Et de ce fait, impliqué ce public dans sa réalisation. Cela permet son appropriation de manière naturelle. Ensuite, la sélection des indicateurs qui y figurent est réalisée. Il est impératif de limiter leur nombre au sein d'un même tableau. Si celui-ci est trop important, le lecteur ne sait plus où donner de la tête ni même vers lequel se diriger et mettre en place des actions. Ces chiffres issus de l'analyse sont irréfutables grâce à la description adaptée et un domaine bien défini. Ils sont choisis de manière à permettre la mise en place d'action. Les sources avec lesquelles les calculs ont été effectués sont partagées. Enfin, le choix du modèle se veut être un facteur de motivation, attractif et compréhensif.

La réalisation d'un tableau de bord ne se limite pas dans le temps. En effet, il est nécessaire de le mettre à jour de manière régulière ainsi que d'évaluer les indicateurs qui s'y trouvent. Ont-ils un intérêt à s'y trouver ? Il est important d'être conscient qu'un tableau de bord est un outil de management, cependant, il ne prend pas la décision à la place de ses utilisateurs. Sa création demande d'ailleurs que des objectifs par rapport à celui-ci soient fixés avant sa conception afin que son utilité soit optimale. Vous trouverez si vous le souhaitez dans une précédente épreuve intégrée⁴⁸ une analyse plus approfondie de cet outil son auteur est Lyson Roly.

2.6.1. Les atouts de l'outil.

- Outil d'aide à la prise de décision ;
- Un facteur de motivation pour le personnel ;
- Un indicateur de qualité du service ;
- La preuve de la mise en place d'une démarche qualité dans l'unité.

⁴⁷ Voir annexe 3.

⁴⁸ [Microsoft Word - EI ROLY LISON.docx \(lereservoir.eu\)](#)

2.6.2. Les obstacles de l'outil.

- Nécessite de faire preuve de créativité pour le rendre attrayant ;
- La demande d'une mise à jour régulière ;
- Le temps imparti à sa création, la mesure des indicateurs et la mise à jour ;
- Le manque d'adhésion des collaborateurs ou l'absence de leur implication dans la réalisation ;
- La surcharge d'indicateur au sein du même tableau de bord ;
- Le manque de clarté.

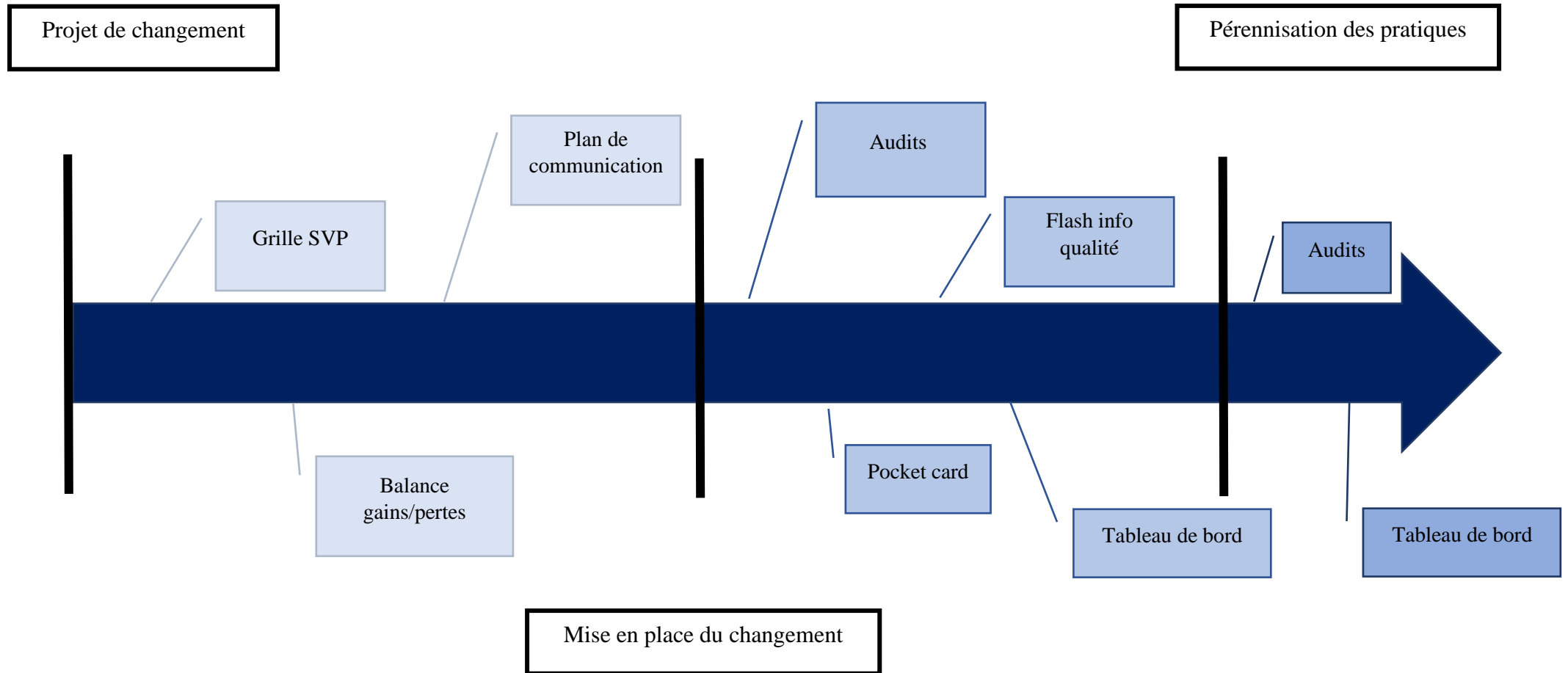
Le tableau de bord est un outil qui permet sur une même page d'avoir une multitude d'informations. Il permet tant au cadre qu'à son équipe ou encore sa hiérarchie de connaître la situation du service grâce aux différents indicateurs. Sa mise à jour régulière est nécessaire non seulement pour avoir une vision réelle de la situation mais aussi afin de constater un écart majeur que celui-ci soit positif ou négatif. L'intérêt que les subordonnés accorderont au tableau de bord de l'unité est dépendant de celui que le cadre lui accorde. Réaliser un tableau de bord juste pour « faire beau » n'a pas de sens, il est nécessaire d'analyser les résultats et au départ de ceux-ci se fixer des objectifs d'amélioration.

Cette liste d'outils n'est donc pas exhaustive. Nous avons à la page suivante réalisé une ligne du temps qui vous permettra de percevoir à quel moment du changement sont utilisés chacun des outils cités. La conception des outils du management de la qualité est donc pour chacun consommateur de temps. Le temps, le cadre en manque souvent. Beaucoup pensent donc que tout ceci est difficilement réalisable. Néanmoins, le cadre ne devrait-il pas revoir le cadre légal de ses fonctions ? Au cours d'un poste de travail, est-ce que toutes les actions qu'il réalise sont les siennes ? C'est alors, qu'il y a lieu pour lui d'organiser son travail, de déléguer aux personnes qui en ont les compétences certaines tâches qui ne lui sont pas directement attribuées et qu'il supprime les pratiques qui ne ressortent pas de sa fonction. Il récupère de ce fait du temps à accorder à la gestion de la qualité de son unité. Toutefois, la gestion de la qualité n'est pas la seule fonction du cadre, elle vient s'ajouter à d'autres fonctions qu'il n'occulte pas au détriment de la qualité. Il a donc à trouver le juste milieu entre le temps accordé à chacune de ses fonctions. Un travail de fin d'études a d'ailleurs été réalisé à ce sujet : « *La question du temps, comment gérer sa course ? Il était une fois la gestion du temps...* ». ⁴⁹ Le temps n'est évidemment pas le seul obstacle de ces outils, il y a l'adhésion des collaborateurs et aussi la créativité

⁴⁹ [Microsoft Word - EICynthiaV \(Iereservoir.eu\)](http://Microsoft Word - EICynthiaV (Iereservoir.eu))

du cadre qui ont toute leur influence sur l'efficacité ou non de l'outil. Puisque nous évoquons un peu plus haut les dispositions légales concernant le cadre et aussi le management, voyons ensemble dans le chapitre suivant, le management et les rôles du cadre afin de les mettre en lien avec ses différents outils et aussi avec les audits internes.

Ligne du temps pour l'utilisation des différents outils.



CHAPITRE 5 : LE CADRE DE SANTE

L'évolution socio-économique a demandé aux entreprises d'évoluer. Si auparavant, l'intérêt était de produire beaucoup afin de satisfaire la demande des clients, aujourd'hui, les demandes de ceux-ci ont changé. Effectivement, autrefois, le nombre d'entreprises était moindre et la demande était plus importante. À l'heure actuelle, plusieurs entreprises produisent la même marchandise ce qui a pour conséquence une réflexion des dirigeants d'entreprise sur leur management. Le management est donc lui aussi en constante évolution. L'objectif du client étant d'obtenir un produit de qualité. Les directeurs d'entreprise s'axent sur différents systèmes de management ; ils s'intéressent à un certain nombre d'éléments sur lesquels il est essentiel de travailler afin d'améliorer les performances de l'entreprise. C'est ce que l'on nomme le système de management. Nous avons décrit de manière explicite dans le premier chapitre de notre travail le système de management ainsi que le fait que les hôpitaux sont des entreprises à part entière. Il est donc question de management à l'hôpital et c'est de la fonction de cadre de santé ou infirmier chef d'unité dont nous avons choisi de vous parler ainsi que du management.

À l'hôpital comme dans toute entreprise, les managers mettent en place les différents styles de management. Un changement d'organisation de travail au sein d'une entreprise impose un changement d'attitude du manager. En effet, depuis les débuts du style de management, c'est-à-dire en 1960, il a été démontré que le style de management dépend de la compréhension de l'organisation de travail. Ce style est alors adapté à la fois à la gestion de la charge de travail et aux relations humaines. Un élément supplémentaire peut y être ajouté, la reconnaissance dont l'importance est de plus en plus démontrée de nos jours. De même, le bien-être au travail est un besoin de plus en plus exprimé par les collaborateurs. Cependant, cette notion n'est que très peu abordée dans les formations en management. Alors qu'à l'heure actuelle, la plupart des entreprises prônent le bien-être au travail. Comment les directions comptent-elles veiller à cela ? Et de ce fait, vont-elles fournir aux managers, aux cadres des formations dans ce sens ? Est-il possible de veiller au bien-être du personnel si rien n'est mis en place dans cette optique ? Aussi, les moyens qui sont mis en place par les directions sont-ils perçus comme tels par les collaborateurs ? Voici donc une perspective pour une future épreuve intégrée. Continuons alors notre propre travail de fin d'études en s'intéressant au management et ses différents styles pour ensuite citer les différentes fonctions du cadre et les mettre en lien avec notre sujet. Ensuite, nous développerons certaines de ses missions avec l'approche humaine qui en découle.

1. Le management et ses différents styles.

Dans toute entreprise, il y a du management. Selon le dictionnaire Larousse : « *le management est un ensemble de techniques de direction, d'organisation et de gestion d'entreprise* ». ⁵⁰

Certains le définissent comme « *un art de diriger des équipes et de prendre les décisions stratégiques afin d'atteindre les objectifs fixés* ». ⁵¹

Les rôles du manager sont multiples, cependant, nous pouvons mettre en exergue six grandes fonctions du management : Le pilotage, l'organisation du travail, la délégation, l'animation, la direction et le contrôle du changement. La première, le pilotage, après avoir mis en place une stratégie d'entreprise, le manager détermine les objectifs à atteindre et les communique auprès des équipes. Il assure également le contrôle des résultats. La deuxième fonction est d'organiser le travail tout en répartissant les actions et en les coordonnant. Ensuite, le manager délègue le travail auprès de ses collaborateurs afin d'entraîner leur implication et de les rendre responsables. Le quatrième rôle est d'animer le changement, former le personnel, évaluer les pratiques ainsi que motiver les équipes. La cinquième fonction est de diriger. Cela signifie que le manager prend des décisions afin d'atteindre les objectifs. Et enfin, il est également de son ressort de contrôler le maintien des objectifs. En listant chacune des fonctions ci-dessus, nous pourrions nous interroger sur le fait de considérer un cadre comme un manager. Notre avis à ce sujet est que le rôle du manager est plutôt destiné à la direction de l'entreprise. Néanmoins, le cadre, lui, fait partie du management de proximité ou intermédiaire. Le cadre pratique surtout du management opérationnel tandis que le manager lui pratique du management stratégique. Quelle est la différence ?

Le management stratégique relève de la direction générale et s'intéresse à la vision d'avenir de l'entreprise à moyen et long terme. La direction prend des décisions stratégiques qui ont un impact sur tous les acteurs de l'organisation. Le management opérationnel et le management stratégique sont complémentaires. L'intérêt du second est d'assurer la mise en œuvre du premier. Il s'agit donc de mettre en application les moyens, méthodes, plans d'action afin de réaliser les objectifs. Le management opérationnel est donc mené par le cadre. Il a pour but d'améliorer les performances de l'entreprise et d'évaluer celles-ci à l'aide d'indicateurs de suivi.

Pour assurer ce management, le cadre va adapter son style de management. Citons les différents styles de management : directif, participatif, persuasif et délégatif. Étant donné le contenu de notre travail, nous pouvons déduire, que c'est un style de management participatif que le cadre va mettre en place. Ce style de management est le plus recommandé actuellement. Il demande une forte implication du personnel, il contribue à l'innovation permanente et au progrès des performances de l'entreprise. Il tient compte des relations humaines. Les collaborateurs sont consultés, ils sont

⁵⁰ Définitions : management - Dictionnaire de français Larousse

⁵¹ <https://solutions-horizon.com/management-de-transition/manager/fonction-management/>

inclus dans les résolutions de problèmes et participent aux décisions qui en découlent. Il prône la communication, le dialogue et la délégation de pouvoirs. D'ailleurs, si le cadre qui mène ce type de management fait preuve d'un leadership transformationnel, les résultats qu'il obtiendra avec son équipe seront encore meilleurs. En effet, les détenteurs de leadership transformationnel sont des personnes qui font évoluer les équipes. En plus d'être un leader, ils sont exemplaires. Ce qui leur permet de gagner la confiance de leur équipe et de ce fait avoir de l'influence sur elle. Ils lui communiquent la direction à prendre ainsi que l'objectif à atteindre et en découle une certaine source d'inspiration. De plus, leur approche positive de la résolution de problèmes engendre une motivation auprès du personnel. Et enfin, ils favorisent le développement personnel en stimulant intellectuellement leurs subordonnés en association avec des formations. Tous ces éléments vont donc permettre un meilleur rendement.

Le cadre mène donc à la fois un management opérationnel et participatif face au système de management de la qualité. Puisque nous avons défini le style de management le plus approprié au management de la qualité, mettons maintenant en lien, les rôles du cadre avec les audits internes.

2. Les rôles du cadre.

Commençons par définir ce qu'est un cadre : selon le dictionnaire Le Robert : « *Personnel d'encadrement, personne qui a des fonctions de direction.* »⁵² ou encore selon le dictionnaire de la langue française : « *Membre de l'encadrement, du management, d'une entreprise, d'une administration* »⁵³. Nous pouvons donc conclure qu'il s'agit bien de la personne dont nous parlons depuis le début de ce travail et de la profession que nous exerçons actuellement. Énonçons maintenant les fonctions qui en découlent selon les dispositions légales de la profession.

Selon l'Arrêté royal datant du 13 juillet 2006, les rôles du cadre sont multiples. Commençons par l'Art 2 « *§L'infirmier chef visé à l'article 17 bis, alinéa 2, 3°, de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, il est responsable de l'organisation, de la continuité et de la qualité de l'activité infirmière au sein de son équipe, qui lui est confiée par le chef du département infirmier* ». ⁵⁴ Nous considérons cet article de la loi comme un condensé des multiples fonctions du cadre. Analysons de manière plus approfondie les articles suivants concernant la fonction et qui sont en lien avec le sujet de notre EI, c'est-à-dire, la qualité des soins, l'évaluation et les audits internes.

Selon l'« *Art.6 § 1°L'infirmier chef est responsable de l'organisation, du contrôle et de l'évaluation de l'activité infirmière au sein de son équipe §2 il est responsable :*

⁵² Cadre - Définitions, synonymes, conjugaison, exemples | Dico en ligne Le Robert

⁵³ Cadre : définition de « cadre » | La langue française (lalanguefrancaise.com)

⁵⁴ 1 (wallonie.be)

*1° de la fixation des objectifs de son équipe en concertation avec son supérieure hiérarchique et en tenant compte de la politique infirmière globale au sein de l'hôpital »*⁵⁴ Nous constatons donc ici l'importance du PDCA qui va permettre au cadre selon l'évolution/check et de ses résultats, de se fixer des objectifs afin de résoudre des défaillances dans le fonctionnement. Cependant, quels sont les objectifs qu'un cadre fixe avec son équipe ? Comment vérifie-t-il l'atteinte ou non de ceux-ci ? Souvent, les objectifs sont définis, les plans d'action pour les atteindre également néanmoins, la méthode d'évaluation n'est pas toujours évoquée. L'utilisation d'objectifs SMART permet d'y réfléchir. De manière générale, c'est en réalisant des audits internes que le cadre évalue l'atteinte ou non des objectifs. Aussi, une fois les résultats obtenus, le travail ne s'arrête pas là, le cadre s'interroge sur l'utilité d'améliorer une pratique qui fonctionne bien ou dans le cas d'un échec de l'atteinte de l'objectif, il en étudie les causes et met en place des plans d'action afin d'y remédier et de l'atteindre.

« §2° de l'offre d'une organisation de soins infirmiers centrée sur le patient accordant une attention particulière aux droits du patient et à l'éthique ».⁵⁴ Comment un cadre évalue-t-il le respect de cet article ? C'est ici que les audits peuvent être utilisés. En effet, des entretiens informels avec les patients et leur famille peuvent permettre au cadre de percevoir le respect des droits du patient et de l'éthique. Il aura alors des faits concrets à répertorier comme preuve de l'évaluation de cet article de loi. Dans le même sens, le cadre en se référant à l'analyse des enquêtes de satisfaction distribuées aux patients lors de leur sortie, à la possibilité de fixer des objectifs dans l'intérêt d'améliorer les résultats obtenus en mettant en place des plans d'action. Ce travail, il est fait en collaboration avec son équipe afin de les impliquer dans la démarche avec comme outils par exemple le brainstorming.

Il est aussi responsable *« 4° de la qualité et de la continuité des soins assurés par son équipe »*.⁵⁴ À nouveau, revient la question du comment le cadre peut-il assurer qu'il prête attention à la qualité des soins et leur continuité ? Plusieurs possibilités s'offrent à lui. Les différents outils proposés dans le chapitre précédent ont tous leur utilité dans ce contexte. Tout d'abord, il réalise un audit des pratiques en adaptant l'outil en fonction du thème à auditer et de l'objectif de l'audit. L'audit à lui seul ne suffit pas, pour que celui-ci soit utile, le partage des résultats dans un tableau de bord permet à chacun de percevoir le niveau de qualité des soins de son unité. Et en fonction, des projets d'améliorations sont mis en place en impliquant chaque membre de l'équipe dans la démarche.

Dans l'Art.7 §2 *« le cadre est chargé en particulier : 4° du suivi, du soutien, de la supervision et de l'évaluation des membres de son équipe »*.⁵⁵ Dans les institutions de soins en général, il est demandé par les ressources humaines RH que le cadre de santé évalue chaque membre de son

⁵⁵ Ibidem note de bas de page 54 p. 74

équipe annuellement. Si l'intérêt pour la DRH⁵⁶ est tout autre, les bénéfiques de ces bilans de développement sont différents pour le cadre. Tout d'abord, cela signifie qu'il a préalablement, observé, contrôlé et évalué les compétences du collaborateur en question. N'est-ce pas là des outils de l'audit qui ont été utilisés pour ce faire sans pour autant avoir été utilisé de manière formelle ? Néanmoins, le cadre les a bel et bien employés à cette fin de manière inconsciente. Il est alors judicieux de s'interroger de l'intérêt pour lui de rendre officiel ce type de « contrôle ». Ce seront dès lors des preuves à l'appui des différents éléments tant positifs que négatifs qu'il évoque lors de l'entretien annuel et qui vont lui permettre en accord avec son subordonné de se fixer des objectifs pour l'année suivante. Attention toutefois, que ces preuves d'audit, sont communiquées en direct à la personne concernée, ce n'est pas le jour de l'entretien qu'elles sont transmises. Lors de cette rencontre, il n'y a pas de surprise.

Dans l'« Art. 8. §1. *L'infirmier en chef est responsable de l'utilisation optimale des moyens en vue d'assurer des soins infirmiers de qualité aux patients* ». ⁵⁷ Le cadre s'assure donc que son personnel soit en possession du matériel adéquat pour les soins et contrôle son utilisation ainsi que sa tarification. Pour ce faire, en réalisant des audits, il lui est possible de vérifier tant le bon emploi du matériel que la facturation de celui-ci par son personnel. De même, un tableau de bord reprenant les pertes financières de l'unité, les évènements indésirables, les escarres... permettent d'avoir une vision de la qualité de la gestion des moyens du cadre.

Enfin, l'« Art. 9 §1° *L'infirmier chef veille à ce que les membres de son équipe puissent développer suffisamment leur capacité par le biais du coaching et de la formation permanente de sorte qu'ils disposent des connaissances, des capacités ainsi que de la motivation nécessaire pour maintenir le niveau de qualité souhaité* » ⁵⁸. Même si pendant le cursus de formation professionnelle chaque membre d'une équipe de soins a été informé sur l'obligation d'un nombre d'heures annuel de formation, souvent, cette notion est mise de côté voire même oubliée alors que leur titre pourrait de ce fait leur être retiré. S'il est de leur responsabilité également de veiller à respecter cette notion, le cadre, joue un rôle important face à elle. En effet, de par la charge de travail dans les unités de soins, le temps supplémentaire que le personnel devra accorder à la formation à laquelle il souhaite participer dépend de l'importance que le cadre lui accorde. Le personnel est plus ou moins en quête de formation. Cependant, comptabilise-t-il pour autant ses heures de participations aux formations ? Prend-il connaissance de toutes les possibilités de formation qui s'offrent à lui ? C'est alors que le cadre entre en fonction. D'abord en montrant l'exemple et en participant lui aussi aux formations. Ensuite, en stimulant à la formation notamment en informant l'équipe de la réalisation

⁵⁶ DRH : direction des ressources humaines.

⁵⁷ Ibidem note de bas de page 54 p. 74.

⁵⁸ Ibidem note de bas de page 54 p. 74.

de telle ou telle formation qui pourrait les intéresser tout en rappelant la législation en la matière. Enfin, lors des entretiens annuels, il peut en collaboration avec son subordonné et en lien avec ses besoins voire ses objectifs personnels, évoquer une ou plusieurs formations qui aura des bénéfices pour le collaborateur. Pour ce faire, à nouveau, le cadre va auditer le dossier de formation de ses subordonnés afin d'évaluer le niveau de formation de chacun. Mais aussi d'éviter de proposer chaque année au même collaborateur de participer à la même formation. Toutefois, proposer plusieurs fois la même formation amène à se poser la question sur l'utilité de celle-ci pour le collaborateur si elle ne lui a rien apporté lors de la séance précédente.

Nous n'avons pas ici évoqué toutes les fonctions de l'arrêté royal du 13 juillet 2006. Cependant, celles évoquées nous permettent de mettre en avant l'utilité des audits internes et la preuve qu'ils sont régulièrement utilisés par le cadre sans qu'il ne s'en aperçoive et qu'il en formalise leur réalisation. Même si par ce travail, notre objectif est de faire percevoir l'utilité des audits internes dans la gestion de la qualité des soins, nous avons mis en avant le fait qu'inconsciemment, le cadre utilise quotidiennement cet outil. À lui maintenant de l'utiliser de manière formelle, en lui accordant le temps nécessaire et en mettant de côté des activités qu'il s'est approprié alors qu'elles ne font pas partie de ses fonctions de départ et qu'elles ne sont donc pas de sa responsabilité. Cette pratique lui permet de montrer à son équipe l'importance qu'il accorde à la qualité des soins, à leur organisation, à la formation de son personnel et à l'évaluation tant du service que du collaborateur lui-même. Nous arrivons à un questionnement : « Pourquoi avoir suivi une formation de cadre de santé ou un master en santé publique si ce n'est pour mettre en application sur le terrain tous les concepts évoqués pendant le cursus ? Quelle était son utilité ? Le management des hôpitaux évolue et ce sont nous les cadres de demain qui en sommes les vecteurs. À nous, de faire disparaître les mythes des infirmières chef « secrétaire du médecin » et de veiller plutôt à la qualité des soins et au bien-être tant du patient que de notre personnel plutôt que celui du médecin. Voyons maintenant les missions fondamentales du cadre : l'organisation, favoriser le travail d'équipe, favoriser une atmosphère d'humanité, la communication, le développement, tenir conseil et la formation. Celles-ci sont développées en tenant compte de l'éthique dans les soins.

2.1. L'organisation.

L'organisation se définit comme tel selon le Larousse : « S'occuper de chacun des éléments d'un ensemble de façon à constituer un tout cohérent et adapté à sa destination ».⁵⁹ Le rôle du cadre n'est pas seulement de réaliser des horaires, de fixer une organisation de travail strict et de veiller au respect de celle-ci. En effet, il est utile qu'une ligne de conduite de

⁵⁹ Définitions : organiser, être organisé, s'organiser - Dictionnaire de français Larousse

fonctionnement soit mise en place, néanmoins, le respect strict de celle-ci pourrait entraîner d'une part des soins de mauvaise qualité et inhumains, d'autre part, de perdre les compétences de certains collaborateurs. Le cadre veille donc à ce que l'organisation soit optimale en rédigeant un horaire avec les effectifs repartis de la meilleure manière, en solutionnant les situations problématiques par une prise de position afin d'assurer la sécurité des soins. Le cadre se montre alors serein, il est capable de relativiser les différentes situations, prend de la distance et respecte ses engagements ce qui permet à l'équipe de se sentir en confiance et en sécurité. Pour assurer cela, les différents outils évoqués dans le chapitre précédent sont tous intéressants. Néanmoins, à eux seuls, il est évident qu'ils ne suffisent pas.

2.2. Faciliter le travail de son équipe.

Une des missions du cadre est de se soucier du respect des individus peu importe leur position, leur métier et leurs aptitudes. Cela en leur apportant de l'attention afin de rendre plus facile l'exercice de leur profession en les aidant afin qu'à leur tour, ils puissent prendre soin des patients en faisant usage de leurs aptitudes. Le public que le cadre soigne n'est plus le même que lorsqu'il était soignant. C'est maintenant de l'équipe dont il prend soin. Ce n'est pas pour autant qu'il ne se préoccupe plus du patient et de sa famille. Cependant, c'est de son équipe en premier lieu dont il est nécessaire de prendre soin afin qu'à son tour, elle puisse prendre soin du patient et de sa famille. Il s'agit de ménager son équipe. Il est important de ne pas considérer ce prendre soin comme le fait de mater. Prendre soin veut dire porter de l'attention à l'équipe, instaurer une relation de confiance, pour cela, cette attention à un double sens, elle est partagée. Une fois cette confiance obtenue, elle n'est pas acquise de manière définitive. En effet, les aléas du quotidien qui sont vécus ensemble viennent entretenir cette confiance. Les manières de porter de l'attention sont multiples : l'écoute active, les mots de réconfort, la façon d'être, la reconnaissance, ... Pour que cela soit possible, le cadre a des liens avec son équipe afin qu'il y ait réciprocité. Effectivement, si l'équipe n'apporte pas en retour de l'attention pour son cadre, il va s'essouffler et ne va plus s'épanouir dans sa fonction. Il est souvent dit que « le cadre à l'équipe qu'il mérite ». Selon nous, cette phrase est assez rude même s'il est évident que le fonctionnement, l'organisation du service sont dépendants des liens qui existent entre le cadre et son équipe. La notion de la responsabilité de bon ou mauvais fonctionnement d'un service dépend alors de la responsabilité de chacun. Le cadre pour répondre à cette mission va donc utiliser les entretiens avec les différents intervenant : le patient, sa famille, l'équipe pluridisciplinaire, son équipe, d'autres collaborateurs et sa hiérarchie. Il réalise des audits, interprète leurs résultats et met en place des plans d'actions en fonction des différentes problématiques ou dans le but d'améliorer les pratiques.

2.3. Favoriser une atmosphère d'humanité.

L'atmosphère d'humanité est nécessaire au sein d'un service de soin, il ressort du rôle du cadre de veiller à le faciliter. Surtout dans le contexte actuel avec les nouvelles technologies scientifiques et l'environnement actuel des soins. D'abord parce que s'engager dans une fonction soignante demande de faire preuve d'humanité. Ensuite, l'institution de soins prône ce respect de l'humanité et enfin, le cadre lui veille à ce que celle-ci soit appliquée au sein de son unité en la favorisant. Pour ce faire, il tient compte de la souffrance des professionnels ceci pas uniquement en instaurant des groupes de paroles même si leur utilité est prouvée. Il est nécessaire de s'intéresser à la souffrance dans sa globalité, celle du patient, de sa famille et du personnel. L'équipe fait face non seulement à la souffrance du patient en plus, il lui est demandé d'assurer des soins de qualité. Cette notion est aléatoire, fournir des soins selon des directives en respectant un timing précis n'est pas chose simple. Si en entreprise de production, cette pratique est facile à mettre en place, en milieu de soins, une différence survient. La personne produit des services et non des biens. Les patients, les ressources en personnel, les conditions de travail, l'institution, tant de facteurs qui ont une influence directe sur les pratiques soignantes et donc leur qualité. Le personnel tente donc de fournir des soins de qualité cependant, la perfection ne sera pas possible si l'humanité est respectée dans les actes. La cohérence entre la qualité des soins et l'humanité est alors de mise. Ce qui nous permet à nouveau de mettre en avant le fait que c'est le cadre qui est le plus à même d'évaluer la qualité des soins de son équipe en réalisant des audits internes. Il a parfaitement conscience de tous les aléas qui peuvent avoir un impact sur la qualité des soins et donc de pouvoir juger si dans un contexte, la personne auditée répond ou non aux critères.

2.4. La communication.

Nous n'avons pas choisi de citer précédemment l'article de loi suivant, néanmoins, nous jugeons utile qu'il soit rappelé pour cette notion : « Art. 11. §1. *L'infirmier en chef est responsable de la communication concernant son équipe et ses patients, de la transmission d'information et de la concertation, tant en interne qu'en externe.* »⁶⁰

Il nous semble intéressant de se remémorer de la définition de la communication : « *Action de communiquer avec quelqu'un, d'être en rapport avec autrui, en général par le langage, échange verbal entre un locuteur et un interlocuteur dont il sollicite une réponse* ». ⁶¹ Le cadre est le relais de la communication entre sa hiérarchie et son équipe et inversement. S'il communique, il écoute également en retour. C'est bien cela la communication. Il fait preuve

⁶⁰ [1 \(wallonie.be\)](http://1.wallonie.be)

⁶¹ [Définitions : communication - Dictionnaire de français Larousse](#)

d'humilité dans sa pensée, mais plutôt en la partageant tout en restant à l'écoute des propositions, pensées de l'autre que ce soit de la hiérarchie, de ses subordonnés ou d'autres collaborateurs. Sa communication est adaptée à son interlocuteur afin qu'il soit compris. Celle-ci a également toute son importance avec le patient et sa famille. Rappelez-vous de l'outil plan de communication cité dans le chapitre précédent qui est un outil très intéressant pour le cadre à la vue des différents intervenants avec qui il communique. Celui-ci comme tous les autres outils cités dans ce travail sont des moyens de communication.

2.5. Le développement.

Une fois de plus, nous jugeons utile de rappeler la définition de verbe développer : « *Cultiver, former le corps ou l'esprit, augmenter l'ampleur, assurer la croissance et l'extension de quelque chose* ». ⁶² Il s'agit de développer non seulement les compétences du service, du personnel afin d'améliorer la pratique soignante. Et aussi de créer des partenariats, des réseaux tant en interne qu'en externe. Le développement des compétences de l'unité va à la fois permettre d'améliorer les aspects quantitatifs et qualitatifs des soins. Le cadre est donc attentif à l'évolution des pratiques théorique et technique. Le partage de ses connaissances avec son personnel ainsi qu'avec d'autres professionnels dans le but d'analyser les nouvelles recommandations, en discuter voire même les compléter. Il est également intéressant que le cadre avec son équipe rédige des articles sur des pratiques au sein de sa propre unité qui pourraient apporter un plus aux autres unités de soins. Une manière de développer un service est aussi de s'ouvrir vers l'extérieur que ce soit via la formation, les échanges avec les services d'un même réseau et ce toujours dans l'intérêt d'accroître les connaissances de chacun pour une amélioration des pratiques soignantes. Nous avons déjà cité plus haut les différents outils utilisés par le cadre pour le développement.

2.6. Tenir conseil.

Voici un autre article de loi que nous n'avions pas encore évoqué et qu'il nous semble utile pour cette notion du tenir conseil : « §1. *L'infirmier en chef collabore avec son supérieur hiérarchique afin de disposer de l'encadrement en personnel requis, tant sur le plan qualitatif que quantitatif.* » ⁶³ Le cadre est un conseiller qui peut être consulté par diverses personnes telles que : le patient et sa famille, son équipe, une équipe de projet, d'autres cadres ou encore sa hiérarchie. Il est alors capable de participer à un débat, se positionner ou faire des propositions en rapport avec une situation particulière, un objectif à atteindre ou encore une

⁶² Définitions : développer, être développé, se développer - Dictionnaire de français Larousse

⁶³ 1 (wallonie.be)

résolution de problèmes. À nouveau, dans cette mission du cadre, nombreux des outils explicités précédemment ont leur utilité.

2.7. La formation.

Le cadre peut être le formateur de son équipe. Que veut donc dire le verbe former ? « *Éduquer quelqu'un, lui inculquer les principes, les habitudes, les connaissances qui développent ses aptitudes, son goût...* ». ⁶⁴ Les sujets qu'il peut proposer dépendent de ses connaissances et il aura lui aussi besoin d'avoir suivi une formation sur les méthodes de formation. Tout cadre ne se voit pas formateur. Cela dépendra donc du cadre et de ses facultés de formation. Le bénéfice d'un cadre formateur est à nouveau d'entretenir un esprit soignant au sein de son équipe. Les outils en lien avec la formation ont déjà été mentionné plus haut dans ce chapitre.

⁶⁴ Définitions : former, se former, être formé - Dictionnaire de français Larousse

Synthèse des rôles du cadre de santé :

<u>Missions du cadre</u>	<u>Choix des outils</u>
<p align="center">Organiser :</p> <p align="center"><i>« Art.6 § 1°L'infirmier chef est responsable de l'organisation, du contrôle et de l'évaluation de l'activité infirmière au sein de son équipe »⁶⁵</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Audit interne - Plan de communication
<p align="center">Faciliter</p> <p align="center"><i>« Art. 8. §1. L'infirmier en chef est responsable de l'utilisation optimale des moyens en vue d'assurer des soins infirmiers de qualité aux patients. »⁶⁵</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Audit interne + mise en place de plan d'action
<p align="center">Humanité :</p> <p align="center"><i>« §2° de l'offre d'une organisation de soins infirmiers centrée sur le patient accordant une attention particulière aux droits du patient et à l'éthique »⁶⁵</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Audit interne personnel et patient - Tableau de bord

⁶⁵ [1 \(wallonie.be\)](http://1.wallonie.be)

<u>Missions du cadre</u>	<u>Choix des outils</u>
<p style="text-align: center;">Communication :</p> <p style="text-align: center;"><i>« Art. 11. §1. L'infirmier en chef est responsable de la communication concernant son équipe et ses patients, de la transmission d'information et de la concertation, tant en interne qu'en externe. »⁶⁵</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Plan de communication - Balance gains/pertes <ul style="list-style-type: none"> - Flash info - Pocket card - Audits internes
<p style="text-align: center;">Développement :</p> <p style="text-align: center;"><i>« 4° de la qualité et de la continuité des soins assurés par son équipe ».</i></p> <p style="text-align: center;"><i>l'Art.7 §2 « le cadre est chargé en particulier :</i></p> <p style="text-align: center;"><i>4° du suivi, du soutien, de la supervision et de l'évaluation des membres de son équipe »⁶⁵</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Entretien - Audits internes - Grille SVP - Flash info - Tableau de bord
<p style="text-align: center;">Formation :</p> <p style="text-align: center;"><i>« Art. 9 §1° L'infirmier chef veille à ce que les membres de son équipe puissent développer suffisamment leurs capacités par le biais du coaching et de la formation permanente de sorte qu'ils disposent des connaissances, des capacités ainsi que de la motivation nécessaire pour maintenir le niveau de qualité souhaité ».⁶⁵</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Audits internes - Pocket card - Flash info - Grille SVP - Tableau de bord

<u>Missions du cadre</u>	<u>Choix des outils</u>
<p style="text-align: center;">Tenir conseil :</p> <p style="text-align: center;"><i>« §1. L'infirmier en chef collabore avec son supérieur hiérarchique afin de disposer de l'encadrement en er personnel requis, tant sur le plan qualitatif que quantitatif. »⁶⁵</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Grille SVP - Audits internes - Tableau de bord

Nous avons donc évoqué au cours de ce chapitre les différents rôles et missions du cadre en tentant de les mettre en lien avec les outils présentés dans le chapitre précédent. Il est évident, qu'à eux seuls, ils ne suffisent pas. Néanmoins, pour chacun d'eux, il nous est possible de trouver la nécessité de les employer. Si au départ de la rédaction de ce travail nous n'avions pas perçu la nécessité de rappeler les différents rôles du cadre, à distance, nous nous sommes rendus compte que le fait d'être en formation de cadre de santé nous laisse paraître que ceux-ci sont connus de tous. Cependant, lorsque nous réfléchissons à ce qui nous a amené vers notre problématique, finalement, chaque cadre en a été informé, seulement, avec les années, certaines fonctions ont été mises de côté. Nous n'avons pas pour autant la prétention d'en déterminer leur choix ou non de le faire. Tout comme il est parfois utile de rappeler à un subordonné la liste de ses fonctions, le cadre peut lui aussi les relire afin de se les remémorer dans le but de vérifier s'il correspond aux attentes de sa direction. Ce chapitre nous a donc permis de confirmer l'utilité des audits internes dans le quotidien du cadre au vue de ses fonctions.

CONCLUSIONS ET PERSPECTIVES

Le management des institutions de soins est en pleine évolution. Il tend de plus en plus à ressembler à celui de tout type d'entreprise. Il est alors nécessaire pour le cadre d'évoluer vers le management que l'organisme de soins a sélectionné, de s'éloigner des soins aux patients, de ne plus se contenter d'être le secrétaire du médecin ainsi que de la gestion des horaires et du matériel. Plutôt d'axer de manière plus intense son travail sur l'évolution qu'il peut apporter à son équipe, la qualité de l'offre des soins que son unité peut apporter aux patients et la mise en place de processus d'amélioration continue au sein même de son unité de soins. De ce fait, faire de l'audit interne un outil de son quotidien de manière formelle.

Le cadre de santé est au centre de la conformité aux pratiques d'une démarche d'accréditation puisqu'il joue le rôle de relais de l'information, des procédures, ... entre la direction, ses supérieurs hiérarchiques et ses subordonnés. Il a également comme attribution le contrôle des bonnes pratiques et si ce n'est le cas la mise en conformité de celles-ci au sein de son équipe.

Face à la mise en place du changement, le cadre tient compte de l'organisation, du groupe et de la personne en utilisant le FAIRE, le DIRE et l'ÊTRE. Nous avons donc mis en exergue son rôle essentiel à la réussite du processus de changement comme de sa pérennisation. Son mode de communication, ainsi que son écoute sont des facteurs essentiels à la réussite du changement. Il sera ensuite le contrôleur du maintien des transformations afin de garantir la conformité au prochain passage des experts accréditeurs tout cela en ayant établi des indicateurs de mesure fiables. Cependant, il ne faut pas se limiter aux exigences secondaires à une démarche d'accréditation. Le cadre est le responsable de la qualité des soins au sein de son service, la direction lui impose d'ailleurs d'avoir des objectifs annuels ainsi que la mise en place de projet. Les audits internes, ne sont-ils pas l'un des moyens les plus efficaces et pertinents dans le contrôle du maintien des bonnes pratiques, l'évaluation de l'atteinte des objectifs ou encore l'instauration de nouveaux accomplissements ?

Les méthodes à mettre en œuvre afin de faire pérenniser les pratiques ainsi que leur vérification sont multiples. Toutefois, nos recherches ont mis en exergue l'intérêt d'utiliser les audits. En effet, le cadre a les compétences non seulement pour être l'auditeur des pratiques de son équipe, mais aussi pour être le responsable des audits. Même si, les audits réalisés par le cadre ne s'intéressent pas forcément à des critères de conformité contenus dans des référentiels ou ne sont pas directement relatifs à un cadre légal, ils sont essentiels à l'évaluation des pratiques d'une unité de soins. Il s'agit d'une méthode d'évaluation qui est transparente avec les collaborateurs et qui tend à leur apporter de nouvelles compétences, mais aussi de les faire progresser dans leur travail. Cela va leur permettre de percevoir la qualité de leur fonctionnement ainsi que la marge de progrès qu'ils font chaque jour. N'est-ce pas là un facteur de motivation pour eux ? Sans oublier que pour le cadre, les audits et leurs résultats vont lui permettre d'avoir matière à transmettre de la reconnaissance auprès de son équipe pour la

progression accomplie. De plus, les aboutissements des audits sont la preuve des capacités managériales du cadre auprès de sa direction. Aussi, nous avons mis en avant dans notre rédaction la nécessité pour le cadre d'utiliser les audits internes ainsi que les autres outils cités afin de remplir les différentes fonctions légales qui lui sont attribuées. Évidemment, la mise en application de ceux-ci va demander du temps. C'est alors qu'il est utile pour le cadre de se questionner sur son organisation quotidienne et en fonction de cette analyse, réorganiser son temps de travail. Selon nous, si la réalisation d'audits internes est un des rôles propres du cadre, ceux-ci ne sont pas pour autant utilisés au détriment d'autres de ses fonctions. Il est nécessaire d'évaluer et de fixer le temps qui est à consacrer pour chacun des éléments du quotidien du cadre. Il est même utile de se questionner sur l'intérêt d'impliquer l'équipe dans la réalisation d'audit. C'est le cadre qui a les capacités de reconnaître la compétence ou non d'un de ses subordonnés à la réalisation d'audit. Il a d'ailleurs la possibilité de faire évoluer son équipe et donc de lui transmettre les capacités pour y parvenir.

Notre travail nous a également permis de mettre en avant la différence entre les hôpitaux et les entreprises de production dans la certification : la production de service et non de bien. C'est alors qu'il est essentiel de tenir compte du ressenti de chacun, le patient, sa famille et les collaborateurs. Il n'est donc pas possible à l'hôpital d'avoir des lignes de conduite stricte et non flexible. Elles sont adaptées au contexte et à la situation au moment de l'audit. La notion de bien-être est régulièrement évoquée dans toutes les entreprises. Selon nous, cette notion est encore plus importante en milieu de soins. Le bien-être des collaborateurs est essentiel afin que le patient éprouve également du bien-être. Cette notion fait partie des fonctions du cadre de santé. Pourtant, elle n'est que très peu évoquée dans le cursus de formation du cadre de santé. De plus, la perception de bien-être comme celle de la qualité est différente pour chacun, néanmoins, il existe malgré tout une loi⁶⁶ sur le bien-être au travail. Il pourrait donc être intéressant d'analyser l'utilité de compléter la formation du personnel d'encadrement sur le bien-être ainsi que sur les modes de reconnaissance et la perception de ceux-ci. À l'heure actuelle, le personnel soignant est en demande de reconnaissance tant de sa hiérarchie que de sa profession en général. Le cadre avec ses audits internes aura matière à fournir de la reconnaissance auprès du travail accompli par son équipe. Néanmoins, a-t-il connaissance des moyens de reconnaissance qu'il peut utiliser ? Une perspective de recherche qui semble être assez intéressante.

⁶⁶ [LOI - WET \(fgov.be\)](http://loi-wet.fgov.be)

ANNEXE 1 : flash info qualité



MARS 2021

FLASH INFO

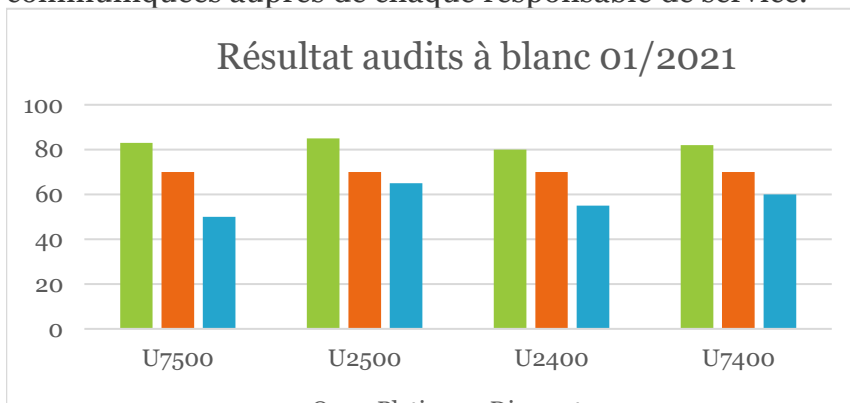
QUALITE

Résultats des audits à blanc V4 :

L'équipe coach ne peut que vous féliciter pour les résultats obtenus. Nous pouvons dès maintenant nous intéresser aux objectifs à mettre en place pour atteindre les meilleurs résultats d'ici 2023.

Les responsables d'unité ainsi que les référents seront conviés prochainement à diverses réunions afin d'établir les objectifs et les plans d'action.

Dans les prochains mois, vous serez régulièrement amené à être audité sur les différents référentiels. Les dates seront communiquées auprès de chaque responsable de service.



Septembre 2022
audit à blanc



Changement de la
liste des MHR

Inclure le patient et
sa famille dans les
soins est notre
objectif commun.

Visitez la GD, des
nouvelles
procédures ont été
ajoutées.

La sécurité du
patient, notre
priorité !

CHWAPI

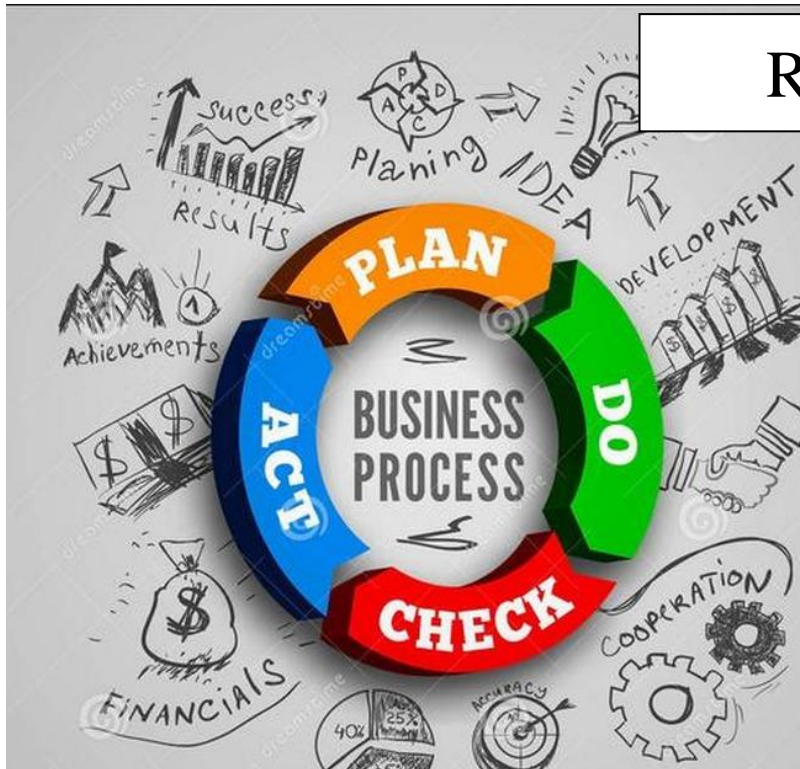
« Bien être et être bien »

L'équipe COACH

Pour toutes questions,
nous sommes toujours
disponibles et à votre
écoute.

ANNEXE 2 : Pocket card.

Rangement et administration des MHR



Sound like



Look like



Règles des 5 B :

- Bon patient
- Bon moment
- Bon médicament
- Bonne dose
- Bonne voie

!!! Toujours une double vérification !!!!

Prescription de médicament par ordre oral ou par téléphone limitée à l'urgence.

Vérification journalière de la température du frigo pharmacie.

Où déclarer des effets secondaires d'un traitement ? sur le site :

<https://intranet.chwapi.be/Departements/DirGenAdjointe/Pharmacie/Pages/Liens-utiles.aspx>

Quels médicaments nécessite un suivi ? morphinique ; hypotenseur ; anti-douleur,

ANNEXE 3 : Tableau de bord.

TABLEAU DE BORD : QUALITE et SECURITE DES SOINS

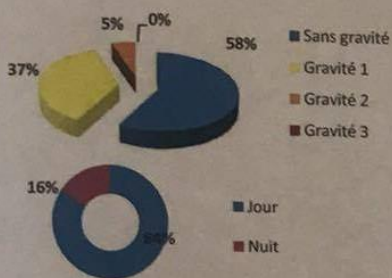
2018

Cardio Neuro U2500



CHUTES

Total	19
Sans gravité	11
Gravité 1	7
Gravité 2	1
Gravité 3	0
Rechutes	3
Jour	16
Nuit	3
Contention	3
R. plainte	0



MORTALITE

	N Décès	N patients sortants (1)	Ratio
2016	29	1.442	2,01%
2017	36	1.389	2,59%
2018	30	1.443	2,08%

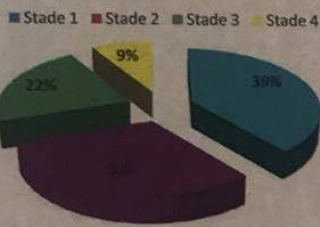
PREVALENCE ESCARRES

Norton moyen (3) 11

Education patient 8

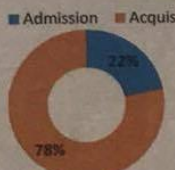
Prévalence totale 23

Stade 1	9
Stade 2	7
Stade 3	5
Stade 4	2



Admission 5

Acquis 18



Localisation (acquis*)

Sacrum	12
Talon(s)	10

* Acquis en cours d'hospitalisation - Un patient peut avoir acquis en cours d'hospitalisation des escarres à * endroits

3 Norton moyen à l'entrée pour les escarres déclarés



ENQUETE DE SATISFACTION

EQS récoltées	354
Taux de retour	25%
ICU vue dans les 24h	93%
Médecin vu dans les 24h	98%
Satisfaction	92,3%
Fidélité	88,3%
Sentiment de confiance	92,8%
Réponses attentes patient	90,0%
Patient partenaire	90,5%

(4)

	Numérateur	Dénominateur	Ratio (%)
THROMBOSE VEINEUSE	15	1380	1,09%
EMBOLIE PULMONAIRE	18	1380	1,30%

DENUTRITION	Dépistés	Dénutris
Trimestre 1	42,8%	88,6%
Trimestre 2	44,5%	72,1%
Trimestre 3	48,6%	81,1%
Trimestre 4	46,5%	53,9%
Moyenne	45,6%	73,9%

Screening des personnes hospitalisées de plus de 48h
% de patients dénutris sur le nombre de patients dépistés à risque de dénutrition.

RNP: READMISSIONS NON PLANIFIEES

à 7 jours

	RNP	N patients sortants (2)	Ratio
2016	68	1.238	5,49%
2017	75	1.168	6,42%
2018	78	1.210	6,45%

à 15 jours

	RNP	N patients sortants (2)	Ratio
2016	115	1.238	9,29%
2017	114	1.168	9,76%
2018	133	1.210	10,99%

1 Toutes les sorties de FIS (porte définitive + transfert court)
2 Sortie définitive de la dernière (5) de la liste hospitalisée (non transfert)

** IDENTITO	CONTENTION
T1 16/19	1/19
T2 24/24	0/24
T3 16/19	0/19
T4 15/15	0/15

Contention: nombre de contentions observées auprès des patients présents dans l'unité de soins le jour de l'audit.

HYGIENE DES MAINS

S.A	%
Mesure 1	36,0%
Mesure 2	61,0%
Mesure 3	58,0%
Mesure 4	58,3%
Mesure 5	52,9%
Mesure 6	44,9%
Mesure 7	112,9%

ISOLEMENT

Type	Nombre	Durée totale (.)
Respiratoire	13	162
Entérique	0	0
Isolement contact urinaire	12	82
Isolement de contact	6	76
Total	31	320

DECLARATION EI

	30	%
Très fréquent	1	3%
Fréquent	0	0%
Possible	22	73%
Peu fréquent	3	10%
Rare	4	13%

EI: événement indésirable

** EI= Bractel d'identification présent et lisible et concordant



BIBLIOGRAPHIE.

Sites internet :

Intranet du CHWAPI (consulté le 15 janvier 2019),

<https://accreditation.ca/intl-fr/> (page consultée le 19 février 2019 et le 2 mars 2019),

<https://www.lespecialiste.be/fr/actualites/medical/un-guide-pour-preparer-les-hopitaux-a-l-rsquo-accreditation.html> (page consultée le 23 février 2019),

http://www.integreo.be/sites/default/files/public/content/11_fiche_pratique_culture_qualite_fr.pdf (page consultée le 23 février 2019),

<https://health.foster-little.com/accreditation-canada/choisir-ac/> (page consultée le 23 février 2019),

<https://www.sidiief.org/wp-content/uploads/SIDIIEF-Gainvoste-1.pdf> (page consultée le 23 février 2019 et le 1 mars 2019),

<http://www.raadvst-consetat.be/?action=doc&doc=744> (page consultée le 24 février 2019),

[LOI - WET \(fgov.be\)](http://loi-wet.fgov.be) (page consultée le 24 février 2019),

<http://sante.public.lu/fr/publications/c/charte-tallinn-fr-de-en/index.html> (page consultée le 24 février 2019),

www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/88604/E91439.pdf (page consultée le 24 février 2019),

www.etaamb.be/fr/arrete-royal-du-31-juillet-2017_n2017013062.html (page consultée le 24 février 2019),

<https://books.google.be/books?id=S7wVvrOoXFcC&pg=PA62&lpg=PA62&dq=arr%C3%A9t%C3%A9+regent+1947+hospital&source=bl&ots=fgk6JtrUQK&sig=ACfU3U2UBvNIsp4b6MTReqy9C hrzHXXOBg&hl=fr&sa=X&ved=2ahUKEwi4zZvSuNHgAhUJ3qQKHchXDqQQ6AEwAHoECAoQAQ#v=onepage&q=arr%C3%A9t%C3%A9%20regent%201947%20hopital&f=false> (page consultée le 1 mars 2019),

<http://www.gbs->

ybs.org/fileadmin/user_upload/Unions/intensivisten/L_accr%C3%A9ditation_des_hopitaux_en_Wallonie_et_a_Bruxelles.pdf (page consultée le 1 mars 2019),

<http://economie.wallonie.be/sites/default/files/Plan%20marshall%202022%20-%20presentation.pdf> (page consultée le 1 mars 2019),

file:///C:/Users/Stephane/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/FNIB%2012%20mai%202014%20HERBAUX%20-%20GAINVORSTE%20L'accr%C3%A9ditation%20des%20h%C3%94pitaux%20en%20Belgique%20-%20FNIB.pdf (page consultée le 1 mars 2019),

<https://www.cadre-dirigeant-magazine.com/citations/les-meilleures-citations-sur-le-changement/>

(page consultée le 16 mars 2019),
<https://www.penser-et-agir.fr/accepter-le-changement/> (page consultée le 16 mars 2019),
<https://www.manager-go.com/gestion-de-projet/dossiers-methodes/gestion-chgt> (page consultée le 16 mars 2019),
<http://www.dynamique-mag.com/article/reussir-changement-entreprise.4959> (page consultée le 16 mars 2019),
<https://www.journaldunet.com/management/expert/69996/qu-est-ce-que-le-changement-organisationnel.shtml> (page consultée le 25 mars 2019),
www.cedip.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/Fiche_En_Lignes_no73_cle7587b1.pdf (page consultée le 26 mars 2019),
<https://fr.weventures.be> (page consultée le 3 avril 2019),
<http://www.laperformance-operationnelle.fr/3-etapes-perenniser-demarche-de-progres/> (page consultée le 12 janvier 2020),
<https://www.archimag.com/vie-numerique/2017/04/03/gestion-projet-piloter-changement-8-etapes> (page consultée le 12 janvier 2020),
<https://www.eyrolles.com/Chapitres/9782212568356/9782212568356.pdf> (page consultée le 12 janvier 2020),
<http://www.exam-pm.com/download/hyperchange-La-conduite-du-changement-dans-l'economie-de-la-connaissance-leslivresblancs.Fr.pdf> (page consultée le 12 janvier 2020),
<http://theconversation.com/changer-de-regard-sur-les-emotions-en-entreprise-122149> (page consultée le 25 janvier 2020),
https://igeat.ulb.ac.be/fileadmin/media/publications/Enseignement/Petit_guide_de_methodologie_d_e_l_enquete.pdf?fbclid=IwAR1sSoZJBtxhfjRclw_Y1L5sRXxmfuOX3f4KLK6PnpU-L2TZ0f6WDOwsYdA (page consultée le 11 avril 2020),
<https://www.kokoroe.fr/list/leadership/article/petite-histoire-du-management-1019> (page consultée le 18 avril 2020),
<https://www.patientsafetyinstitute.ca/fr/toolsresources/governancepatientsafety/pages/whatisqualityandpatientsafety.aspx#:~:text=La%20s%C3%A9curit%C3%A9%20des%20patients%20est,la%20qualit%C3%A9%20globale%20des%20soins.> (page consultée le 07 novembre 2020),
<https://sidiief.org/wp-content/uploads/2019/09/Memoire-QualiteSoin-FR.pdf> (page consultée le 7 novembre 2020),
[ISO - Normes de systèmes de management](#) (page consultée le 28 décembre 2020 et le 16 janvier 2021),
[SMQ → Les ⑦ Principes du Système de Management de la Qualité \(managersenmission.com\)](#) (page consultée le 28 décembre 2020 et le 16 janvier 2021),

<http://www.laperformance-operationnelle.fr/3-etapes-perenniser-demarche-de-progres/> (page consultée le 1 janvier 2021),

[DémarcHe qualité, qualité, amélioration continue \(axess-qualite.fr\)](http://www.axess-qualite.fr) (page consultée le 4 janvier 2021 et le 16 janvier 2021),

[Management de la qualité et démarche : définition et apports \(manager-go.com\)](http://www.manager-go.com) (page consultée le 4 janvier 2021 et le 16 janvier 2021),

[Le système qualité \(piloter.org\)](http://www.piloter.org) (page consultée le 4 janvier 2021),

<https://www.archimag.com/vie-numerique/2017/04/03/gestion-projet-piloter-changement-8-etapes> (page consultée le 12 janvier 2021),

<https://www.eyrolles.com/Chapitres/9782212568356/9782212568356.pdf> (page consultée le 12 janvier 2021),

<http://www.exam-pm.com/download/hyperchange-La-conduite-du-changement-dans-l'economie-de-la-connaissance-leslivresblancs.Fr.pdf> (page consultée le 12 janvier 2021),

<http://www.elite-organisation.fr/conseil/perennisation/> (page consultée le 12 janvier 2021),

<https://www.inspq.qc.ca/exercer-la-responsabilite-populationnelle/realiser-un-projet-en-lien-avec-la-responsabilite-populationnelle/faire-le-bilan-du-projet/elements-de-reflexion-pour-evaluer-et-favoriser-la-perennite-d-un-projet> (page consultée le 12 janvier 2021),

[Principes de management de la qualité \(iso.org\)](http://www.iso.org) (page consultée le 16 janvier 2021),

<http://www.qualiteperformance.org/comprendre-la-qualite/principes-et-fondamentaux/les-principes-du-management-de-la-qualite> (page consultée le 16 janvier 2021),

<http://www.immedia.fr/wp-content/uploads/2018/03/Securite-de-linformation-et-les-managers-dans-tout-ca.pdf> (page consultée le 17 janvier 2021),

[ISO 45001 OHSAS 18001 Système de management Santé & Sécurité au Travail - DNV GL](http://www.dnv-gl.com) (page consultée le 24 janvier 2021),

[Officiel Prevention : Sécurité au travail, prévention risque professionnel. Officiel Prevention, annuaire CHSCT \(officiel-prevention.com\)](http://www.officiel-prevention.com) (page consultée le 24 janvier 2021),

[LE MANAGEMENT DANS SON CONTEXTE "HISTORIQUE" \(yzconsulting-formation.com\)](http://www.yzconsulting-formation.com) (page consultée le 31 janvier 2021),

[\[PDF\] Cours historique de management / Télécharger PDF \(cours-gratuit.com\)](http://www.cours-gratuit.com) (page consultée le 31 janvier 2021),

[Histoire du management : « L'efficacité devient une fin en soi » \(nouvelobs.com\)](http://www.nouvelobs.com) (page consultée le 31 janvier 2021),

[FA092129.pdf \(afnor.org\)](http://www.afnor.org) (page consultée le 31 janvier 2021),

[Les 6 principales fonctions du management - Solutions Horizon \(solutions-horizon.com\)](http://www.solutions-horizon.com) (page consultée le 6 février 2021 et le 7 février 2021),

<https://www.maxicours.com/se/cours/management-strategique-et-management-operationnel/> (page consultée le 7 février 2021),

<https://www.cadreemploi.fr/editorial/conseils/conseils-carriere/quest-ce-que-le-management-operationnel> (page consultée le 7 février 2021),

<https://www.manager-go.com/management/styles.htm> (page consultée le 7 février 2021),

<https://solutions-horizon.com/management-de-transition/manager/fonction-management/>(page consultée le 7 février 2021),

[Approche historique de la qualité - VDIC](#) (page consultée le 27 septembre 2021) ,

[Memoire Online - la démarche qualité selon ISO 9001 version 2000 - Yassine Hadj Sadek](#) (page consultée le 27 septembre 2021),

[1/ Historique de la qualité \(e-monsite.com\)](#) (page consultée le 27 septembre 2021),

[Histoire de la qualitique – ESPACE-MANAGEMENT INFO \(qualite-info.net\)](#)(page consultée le 27 septembre 2021) ,

https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00766666/file/Loi_Hammourabi.pdf (page consultée le 09 octobre 2021),

<https://qualiticiens.wordpress.com/2012/05/21/historique-de-la-qualite/> (page consultée le 09 octobre 2021),

<https://journals.openedition.org/traduire/1254> (page consultée le 09 octobre 2021),

[Qualité des soins - Vers une Belgique en bonne santé \(belgiqueenbonnesante.be\)](#) (page consultée le 21 octobre 2021),

[Qualité des soins et sécurité du patient à l'hôpital | SPF Santé publique \(belgium.be\)](#) (page consultée le 21 octobre 2021),

[ad352328.pdf](#) (page consultée le 21 octobre 2021),

[Améliorer la qualité des soins : quelle place pour la médiation ? - Fédération des maisons médicales \(maisonmedicale.org\)](#) (page consultée le 21 octobre 2021),

<https://www.ovs.ch/fr/entete-de-page/l-ovs/evaluation-de-la-qualite-des-soins/qu-est-ce-que-la-qualite-des-soins/> (page consultée le 21 octobre 2021),

[La qualité des soins - Cours IFSI - Etudiant infirmier \(soins-infirmiers.com\)](#) (page consultée le 21 octobre 2021),

[chapter3_FR.pdf \(who.int\)](#) (page consultée le 21 octobre 2021),

[Mise en place de stratégies d'évaluation des pratiques et des programmes de santé à travers une informatique distribuée. \(archives-ouvertes.fr\)](#)(page consultée le 22 octobre 2021),

[Cadre de référence du concept de qualité des pratiques de développement des compétences informationnelles \(uquebec.ca\)](#) (page consultée le 22 octobre 2021),

https://www.has-sante.fr/jcms/r_1501764/fr/enquete-du-commonwealth-fund-cmwf consulté le 23/10/2021 (page consultée le 22 octobre 2021),
[1 \(wallonie.be\)](http://1.wallonie.be) (page consultée le 01 novembre 2021),
[Microsoft Word - @13_03_2012@S@DD@CV@IC@Profil de fonction@31735.doc \(ulb.ac.be\)](#). (Page consultée le 01 novembre 2021),
[Projet d'avis au Ministre \(belgique.be\)](#) (page consultée le 01 novembre 2021),
[Le Management et/ou la gestion, quelles notions ? Définition de HEM](#) (page consultée le 01 novembre 2021),
[Styles de management : directif, participatif, persuasif, délégatif \(manager-go.com\)](#) (page consultée le 01 novembre 2021),
[Le management, une affaire de styles \(lalibre.be\)](#) (page consultée le 01 novembre 2021),
[Le tableau de bord en management: guide complet - Vision Stratégique \(visionstrategique.com\)](#) (Page consultée le 3 novembre 2021),
[Elaborer un tableau de bord \[guide complet\] \(manager-go.com\)](#) (page consultée le 3 novembre 2021),
https://ia803409.us.archive.org/16/items/les-outils-de-l-audit-interne/Les%20outils%20de%20l%27audit%20interne%20-%2040%20fiches%20pour%20conduire%20une%20mission%20d%27audit_compressed.pdf (page consultée le 26 décembre 2021 et le 27 décembre 2021)
[cadre - Définitions, synonymes, conjugaison, exemples | Dico en ligne Le Robert](#) (page consultée le 15 janvier 2022)
[Cadre : définition de « cadre » | La langue française \(lalanguefrancaise.com\)](#) (page consultée le 15 janvier 2022)
[LOI - WET \(fgov.be\)](#) (page consultée le 06 février 2022)
www.larousse.fr (page consultée en octobre 2021, novembre 2021, janvier 2022)

Livres :

- Juët R., *La boîte à outil du manager, 50 fiches pratiques pour piloter son équipe*, Malakoff, DUNOD, 3^{ème} édition 2017 (1^{ère} éd., 2008), 203 p.
- Baranski L., *Le manager éclairé, Donner du sens et réussir le changement*, Paris, EYROLLES, 2014, 395 p.
- Dahan O. et Meslin T., *Les 10 conditions d'une performance pérenne, Un modèle pour pérenniser les changements portés par vos grands projets : l'exemple de l'EDF*, Paris, EYROLLES,
- Gillet-Goinard F. et Seno B., *La boîte à outils de la qualité*, Malakoff, DUNOD, 4^{ème} édition

2020, 199 p.

- Jonquières M., *Manuel de l'audit des systèmes de management, à l'usage des auditeurs et audités*, La Plaine Saint-Denis, AFNOR, 2006, 110 p.
- Hesbeen W., *La qualité du soin infirmier « de la réflexion éthique à une pratique de qualité »*, Issy-les-Moulineaux cedex, ELSIEVER MASSON, 3^{ième} édition 2017, 161p.

Notes de cours :

- P. Vantomme, *Psychosociologie appliquée aux relations de travail*, année scolaire 2018-2019.
- P. Vantomme, *Economie et politique de la santé*, année scolaire 2019-2020.
- A. Mattens, *Principes de gestion de l'information et de changement*, année scolaire 2019-2020.
- P. Dewaele, *Projet d'équipe*, année scolaire 2020-2021.
- P. Dewaele, *Gestion opérationnelle en structure de soins UF483*, année scolaire 2020-2021
- J. Delaunoy, *Développement de la qualité des soins*, année scolaire 2020-2021.
- J. Delaunoy, *Ethique et déontologie*, année scolaire 2020-2021.

EI :

- C. Vandekerkove, *Accréditation et qualité, un changement à construire pour le cadre de santé*, juin 2018 ;
- N. Berghe, *Comprendre l'accréditation dans la nouvelle politique de la qualité de l'hôpital. Le rôle du cadre*, juin 2016 ;
- L. Roly, *Améliorer les performances d'une unité de soins : une caisse à outils à disposition du cadre*, juin 2021.

ABSTRACT.

L'audit interne : une méthode de contrôle des pratiques qui est réalisée par un auditeur. Quelle est son utilité ? Qui est cet auditeur ? A-t-il sa place en milieu de soins ? À l'heure des démarches d'accréditation et des audits externes qui en découlent, nous tentons de vous faire prendre conscience de l'intérêt pour le cadre de santé d'utiliser cet outil du management de la qualité.

Mots clés : qualité – changement - pérennisation – audit - outils - cadre