



Royaume du Maroc
Ministère de la Santé
INSTITUT NATIONAL D'ADMINISTRATION SANITAIRE
CENTRE COLLABORATEUR DE L'OMS



NEUVIEME COURS DE MAITRISE EN ADMINISTRATION SANITAIRE
ET SANTE PUBLIQUE
PROMOTION (2006-2008)

**EVALUATION DE LA MISE EN ŒUVRE
DE LA DEMARCHE QUALITE ENTREPRISE
A L'HÔPITAL MOHAMMED V DE MEKNES
DANS LE CADRE DE LA REFORME
HOSPITALIERE**

MEMOIRE PRESENTE POUR L'OBTENTION DU DIPLOME DE MAITRISE
EN ADMINISTRATION SANITAIRE ET SANTE PUBLIQUE

OPTION : SANTE PUBLIQUE

ELABORE PAR : DR KARIM EL KOUHAIL

JUILLET 2008

RESUME

Dans le cadre de la réforme hospitalière ; l'Hôpital Mohammed V de Meknès (HMVM) a été choisi comme site pilote d'implantation d'une démarche qualité avec la mise en place d'une méthode d'évaluation des soins « Méthode d'Evaluation par Critères Objectifs » (MECO) dans quatre services pilotes de l'hôpital, la désignation de structures responsables du processus de gestion de la qualité et la maîtrise de mécanismes visant à garantir l'amélioration continue de la qualité à l'intérieur de l'hôpital. Les promoteurs du projet visaient l'implantation de cette démarche dans quatre services pilotes (endocrinologie, pédiatrie, chirurgie et gynéco obstétrique), son application continue et pérenne de même que son extension à l'ensemble des services de l'hôpital.

Cependant, plus de cinq ans après le lancement de l'intervention, cette démarche n'a pu être initiée que dans les quatre services et que sa pérennisation et son extension n'ont eu lieu malgré les efforts consentis. Sur ce constat, nous avons mené une recherche évaluative rétrospective qui a consisté à analyser la dynamique de mise en œuvre de cette démarche qualité à l'Hôpital Mohammed V de Meknès pour mieux comprendre les facteurs qui pourraient expliquer la difficulté de pérennisation et d'extension de cette approche et proposer des orientations professionnelles pouvant réussir la conduite d'une démarche qualité à l'hôpital.

Pour mener notre étude, nous nous sommes basés sur une **approche qualitative** qui a été fondée sur une analyse documentaire et des entretiens menés avec tous les acteurs hospitaliers qui ont été impliqués dans la mise en œuvre de cette approche d'évaluation de la qualité des soins. L'étude nous a permis d'apprécier la difficulté à laquelle s'était confrontée la mise en œuvre de la démarche qualité MECO au sein de l'hôpital. En effet, l'approche adoptée dans les services de soins pilotes n'a pu être initiée que durant les deux premières années de mise en œuvre (2002-2004) et n'a pu être ni pérennisée surtout dans les deux services de chirurgie et de pédiatrie, ni généralisée aux autres services hospitaliers.

Nous avons, ensuite, exploré les quatre dimensions stratégique, structurelle, technique et culturelle, identifiées par Shortell pour pouvoir développer une démarche

qualité cohérente efficace et pérenne. Ce qui nous a permis de mener une réflexion sur les principaux facteurs contextuels pouvant expliquer la difficulté de pérennisation et d'extension de l'approche d'évaluation de soins MECO à l'hôpital. Nous avons ainsi pu, au moins partiellement, vérifier qu'il y avait une insuffisance du suivi et de soutien des responsables de l'hôpital aux différentes équipes qualité, un manque d'adhésion des professionnels surtout médicaux à l'approche d'évaluation de la qualité des soins et une défaillance de coordination entre les structures qui auraient dû assurer la gestion de la démarche qualité à l'hôpital.

Ceci nous a amené à considérer que le processus de mise en œuvre de la démarche qualité MECO entreprise à l'HMVM avait dépendu énormément de l'intensité avec laquelle les membres des équipes qualité et du comité de pilotage se sont investis dans la mise en œuvre de cette démarche qualité.

Les facteurs de réussite d'une démarche qualité se situent dans la capacité à développer un travail de collaboration entre la direction et les professionnels ainsi qu'une forte implication respective. La conduite des démarches qualité implique un style de management qui motive les professionnels à devenir acteurs à part entière et à coopérer à tous les niveaux de l'organisation et à développer leur participation. C'est privilégier la formation et la communication et c'est également reconnaître et valoriser l'investissement des professionnels.

Mots clés : évaluation, mise en œuvre, démarche qualité, méthode d'évaluation par critères objectifs, réforme hospitalière, pratiques professionnelles, amélioration continue, qualité des soins.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	1
I- PROBLEMATIQUE	2
II- PERTINENCE	3
II- OBJECTIFS DE L'ETUDE	4
III- PRESENTATION DU LIEU DE L'ETUDE : HOPITAL MOHAMED V DE MEKNES	5
1. IDENTIFICATION	5
2. BASSIN DE DESSERTE	5
3. RESSOURCES HUMAINES DE L'HOPITAL	6
4. PLATEAU TECHNIQUE	6
5. ORGANISATION ADMINISTRATIVE DE L'HOPITAL	7
6. PRODUCTION DE L'HOPITAL 2007	7
IV- REVUE DE LA LITTERATURE	8
1. LA DEMARCHE QUALITE	8
2. DESCRIPTION DE LA DEMARCHE QUALITE ENTREPRISE A L'HMVM DANS LE CADRE DE LA REFORME HOSPITALIERE ...	9
2.1. DEFINITION DE L'APPROCHE MECO	10
2.2. DISPOSITIFS DE MISE EN ŒUVRE DE LA DEMARCHE QUALITE	11
2.2.1. Comité d'assurance et d'amélioration de la qualité (CAAQ) ..	11
2.2.2. Les équipes qualités des services pilotes	12
3. LES FACTEURS DE PERENNISATION DES DEMARCHES QUALITE	14
3.1. LA DIMENSION STRATEGIQUE	14
3.2. LA DIMENSION STRUCTURELLE	15
3.3. LA DIMENSION TECHNIQUE	16
3.4. DIMENSION CULTURELLE	18
V- MODELE CONCEPTUEL ET HYPOTHESES DE RECHERCHE	22
1. MODELE CONCEPTUEL	22
2. HYPOTHESES DE RECHERCHE	23
VI- METHODOLOGIE	24
1. STRATEGIE DE RECHERCHE	24
2. DEVIS DE RECHERCHE	24
3. VALIDITE DE LA RECHERCHE	25
3.1. Validité interne	25
3.2. Validité externe	25
4. DEFINITION DES VARIABLES	26
4.1. La variable dépendante	26
4.2. Les variables indépendantes	27

5. COLLECTE DES DONNEES	27
5.1. Population à l'étude	27
5.2. Méthode de collecte des données	28
5.3. Méthodes d'analyse des données	29
6. LA DIMENSION ETHIQUE DE L'ETUDE	30
7. BIAIS ET LIMITES	30
VII- PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS	31
1. APPRECIATION DE LA MISE EN ŒUVRE DE L'APPROCHE MECO A L'HMVM	31
1.1. Le rendement des équipes qualité	31
1.2. Le fonctionnement des équipes et l'appui qu'elles reçoivent	37
1.3. Synthèse	41
2. LES FACTEURS AYANT INFLUENCES L'IMPLANTATION ET LA ROUTINISATION DE LA DEMARCHE QUALITE « MECO »	42
2.1. LA DIMENSION STRATEGIQUE	42
Synthèse	46
2.2. LA DIMENSION STRUCTURELLE	46
Synthèse	48
2.3. LA DIMENSION TECHNIQUE	49
Synthèse	51
2.4. LA DIMENSION CULTURELLE	51
Synthèse	55
VIII- SYNTHESE ET ORIENTATIONS PROFESSIONNELLES	56
1. VERIFICATION DES HYPOTHESES	56
1.1. Vérification de la première hypothèse	56
1.2. Vérification de la deuxième hypothèse	56
1.3. Vérification de la troisième hypothèse	57
2. ORIENTATIONS PROFESSIONNELLES	59
2.1. Le positionnement du chef de l'établissement dans la démarche d'amélioration de la qualité	59
2.2. Le positionnement des responsables des services dans la démarche d'amélioration de la qualité	60
2.3. Le management des équipes qualité	61
2.4. La politique de communication autour de la qualité	63
2.5. La contribution de la formation	64
3. REFLEXIONS INSTITUTIONNELLES	65
CONCLUSION	66
BIBLIOGRAPHIE	
ANNEXES	

LISTE DES TABLEAUX

Tableau n° I : Répartition de la capacité litière à l'Hôpital Mohammed V de Meknès

Tableau n° II : Production de l'Hôpital Mohammed V de Meknès 2007

Tableau n° III : Tableau de Shortell

Tableau n° IV : Répartition des acteurs par catégorie concernés par l'étude

Tableau n° V : Thématiques traitées par équipes qualité annuellement

Tableau n° VI : Démarches d'autoévaluation réalisées par les équipes qualité annuellement

Tableau n° VII : Plans d'amélioration de la qualité des services présentés par les équipes qualité annuellement

Tableau n° VIII : Rapports d'étapes des plans d'amélioration et de résultats prévus présentés par les équipes qualité annuellement

Tableau n° IX : Réunions réalisées durant une année, sur réunions prévues, pour toutes les instances concernées

Tableau n° X : Présence des parrains dans les réunions des équipes qualité

Tableau n° XI : Evolution annuelle du nombre des membres des équipes qualité

ABREVIATIONS

AFNOR : Association Française de Normalisation

CAAQ : Comité d'Amélioration et d'Assurance de la Qualité

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CII : Conseil des Infirmières et des Infirmiers

CMDP : Conseil des Médecins, Dentistes et Pharmaciens

CNRS : Centre National de la Recherche Scientifique Français

CR : Coefficient de Rotation

DHSA : Direction des Hôpitaux et des Soins Ambulatoires

DMS : Durée Moyenne de Séjour

FARGO : Association pour la Formation et la Recherche en Gynécologie et Obstétrique

HMVM : Hôpital Mohammed V de Meknès

MECO : Méthode d'Evaluation par Critères Objectifs

MS : Ministère de la Santé

PAA : Pôle des Affaires Administratives

PAM : Pôle des Affaires Médicales

PFGSS : Projet de Financement et de Gestion du Secteur de Santé

PNAQ : Programme National d'assurance qualité

PSI : Pôle des Soins Infirmiers

SEGMA : Service d'Etat Géré d'une Manière Autonome

TOM : Taux d'Occupation Moyenne

INTRODUCTION

Pendant de nombreuses années, le domaine de la santé était peu concerné par les systèmes d'assurance qualité, alors que dans l'industrie, la qualité constituait un enjeu majeur pour le développement et la pérennité des entreprises. Ce n'est qu'avec l'avènement des réformes politiques, institutionnelles, économiques et sociales engagées depuis les années 90 que le contexte est devenu plus favorable au Maroc pour la mise en place d'une approche qualité au Ministère de la Santé, à travers le projet de la « Gestion Intégrale de la Qualité » en passant par les cercles de la qualité et le Programme National d'Assurance Qualité.

Actuellement, une forte pression est exercée pour introduire la qualité dans les établissements hospitaliers afin de les rendre plus efficaces et, surtout, répondre aux besoins de la population et des médias qui deviennent de plus en plus exigeants en matière de qualité et sécurité des soins. A cet égard, et dans le cadre de la réforme hospitalière, un vaste chantier de restructuration et une mise à niveau des hôpitaux publics a été lancé afin d'améliorer la gestion et la qualité des soins, en les dotant d'une infrastructure et des outils de gestion nécessaires pour une meilleure prise en charge des patients, à même d'améliorer l'image de marque du secteur hospitalier public et de le rendre plus compétitif.

Dans ce cadre, l'Hôpital Mohammed V de Meknès a été choisi comme site pilote d'implantation d'une démarche qualité avec la mise en place d'une méthode d'évaluation de la qualité des soins (Méthode d'Evaluation par Critères Objectifs).

Pour tenter d'approcher cette intervention à l'hôpital et d'aborder la problématique concernant les stratégies et modalités de mise en œuvre de cette démarche qualité, mais aussi son suivi et sa pérennisation dans cet établissement, on se propose de documenter et d'analyser la mise en œuvre de la démarche qualité MECO à l'Hôpital MVM entreprise dans le cadre de la réforme hospitalière.

Le présent travail comporte quatre parties :

- La première traite la problématique et les objectifs de l'étude ;
- La seconde s'intéresse à la présentation du site de l'étude et l'état des connaissances ;
- La troisième est réservée à la méthodologie ;
- La dernière est consacrée aux résultats, à la synthèse et aux quelques réflexions professionnelles.

I- PROBLEMATIQUE

Dans le cadre de la réforme hospitalière, le projet de réforme qui comportait plusieurs pôles, un pôle était consacré spécifiquement à l'amélioration des performances et assurance qualité (Pôle B). L'implantation de ce pôle a été réalisée d'une manière pilote au niveau de l'Hôpital Mohammed V de Meknès (HMVM), spécialement retenu comme candidat en raison de ses expériences antérieures dans le cadre de la mise en œuvre du PNAQ.

Un des objectifs essentiels de ce pôle a été la mise en œuvre d'une démarche qualité qui a consisté essentiellement en :

- L'application de la méthode d'évaluation par critères objectifs (**MECO**) dans quatre services pilotes de l'hôpital ;
- La désignation de structures responsables du processus de gestion de la qualité et ;
- La maîtrise de mécanismes visant à garantir l'amélioration continue de la qualité à l'intérieur de l'hôpital.

La Méthode d'évaluation par Critères Objectifs est une Méthode d'évaluation de la qualité par rapport à une norme scientifiquement reconnue ou à un consensus. Elle comporte quatre étapes : Élaboration d'un projet d'étude, Réalisation de l'étude, Rapport d'étude, Suivi des recommandations et études de contrôle. (Annexe 5)

Conformément au terme de référence de l'Assistance Technique et au plan de mise en œuvre de l'approche MECO à l'Hôpital Mohammed V de Meknès, les promoteurs du projet visaient d'abord l'implantation de la démarche dans quatre services pilotes, puis son application continue et pérenne pour, en fin de parcours, une extension généralisée de la démarche à l'ensemble des services de l'hôpital. La réussite de l'expérience au niveau du site pilote permettrait une garantie, à plus long terme, de son « benchmarking » aux autres hôpitaux de la réforme.

Or d'après le mémoire de l'INAS (2004) de Mr KOUDRI, la démarche n'a pu être initiée que dans les quatre services pilotes. De même, le rapport sur la MECO élaboré par l'Assistance technique canadienne en avril 2005, a révélé une difficulté de pérennisation et d'extension de cette démarche au sein de l'hôpital. Aussi, au décours de nos deux périodes de stage à l'hôpital Mohammed V de Meknès en 2007 (de positionnement professionnel et d'analyse) il nous est apparu clairement, malgré les efforts consentis, que le processus de mise en œuvre de la démarche qualité MECO connaissait des difficultés de pérennisation et de diffusion à l'ensemble des services de l'établissement hospitalier.

L'objectif de ce travail est d'analyser la dynamique de mise en œuvre de l'approche MECO pour mieux comprendre les facteurs susceptibles d'expliquer la difficulté de pérennisation et d'extension de cette approche.

II- PERTINENCE

L'exigence de la qualité est désormais aux cœurs des préoccupations des établissements de santé. Elle est à la fois incontournable de point de vue éthique et déontologique et un facteur de progrès, de structuration et de performance hospitalière. Le consumérisme médical avec surtout la pression des médias et des usagers plus avertis et donc plus exigeants a également joué dans ce sens.

La démarche qualité telle qu'elle a été implantée, était un projet pilote qui a essayé de développer une ébauche d'évaluation à l'HMVM en vue de généraliser l'expérience à l'ensemble des hôpitaux de la réforme. Ayant la conviction de la nécessité et de la pertinence de cette intervention, et de son apport positif pour ancrer la gestion de la qualité dans nos organisations de santé, il nous a apparu nécessaire de l'évaluer pour en tirer des enseignements et capitaliser l'expérience pour les actions futures.

Cette étude, nous permettra de mieux comprendre les enjeux de même que les causes de la non-pérennisation liés à la conduite de la démarche d'amélioration de la qualité, en tant que futur gestionnaire hospitalier, qui sera appelé à promouvoir des projets qualité au sein de l'organisation hospitalière.

Pour les professionnels, elle pourra les encourager à participer à la prise de décision, dégager les difficultés et contraintes, les amener à une adhésion autour des objectifs de l'établissement et les sensibiliser sur les efforts à poursuivre dans le domaine de la qualité.

Elle intéressera également, les responsables de l'hôpital Mohammed V de Meknès, qui seront amenés à tirer des leçons de leur expérience en matière de gestion de la qualité et palier aux éventuels dysfonctionnements.

Elle constituera aussi une opportunité pour les décideurs au niveau stratégique, pour se rendre compte des contraintes qui entravent la mise en œuvre et la pérennisation des démarches qualité à l'hôpital afin de pouvoir redresser la situation en temps opportun.

III- OBJECTIFS DE L'ETUDE

1- OBJECTIF GENERAL :

Comprendre les facteurs ayant influencés la mise en œuvre de la démarche qualité MECO à l'Hôpital Mohammed V de Meknès et essayer d'apporter quelques réflexions pour contribuer à la réussite de la conduite d'une démarche qualité au sein d'un établissement hospitalier.

2- OBJECTIFS SPECIFIQUES :

- Eclaircir le processus de mise en œuvre de l'approche MECO entreprise à l'Hôpital Mohammed V de Meknès dans le cadre de la réforme hospitalière.
- Comprendre les facteurs contextuels qui pourraient expliquer la difficulté de pérennisation et de généralisation de l'approche MECO.
- Proposer des axes de réflexions pour répondre à la problématique de mise en œuvre d'une démarche qualité en tant que futur gestionnaire hospitalier.

IV- PRESENTATION DU LIEU DE L'ETUDE : HOPITAL MOHAMED V DE MEKNES

1- IDENTIFICATION

L'hôpital MOHAMED V de Meknès a été créé en 1953, inauguré le 17 juillet 1956 par feu Sa Majesté Mohamed V, dont il porte le nom. Depuis son extension en 1975, il a connu plusieurs travaux de rénovation dont certains sont en cours de réalisation.

C'est un hôpital général à vocation régionale (région Meknès-Tafilalet), géré en mode SEGMA depuis 1987. Il constitue la formation de référence par rapport aux trois autres hôpitaux de la ville (hôpital Sidi Saïd, hôpital Moulay Ismail et hôpital Pagnon à vocation mère enfant) et ceux autres provinces de la région Meknès-Tafilalet (Elhajeb, Ifrane, Khénifra et Errachidia). D'une structure verticale (neuf niveaux : cinq étages, un rez de chaussée et trois sous sols), il est implanté sur une superficie de quatre hectares 64 ares 40 centiares dont 3643 mètres carrés construites.

Sa capacité litière est de 383 lits répartis entre les disciplines suivantes :

Tableau n° I : Capacité litière de l'HMVM

Spécialités	Nbre de lits
Spécialités médicales (Médecine interne, Neurologie, Pneumologie, Endocrinologie, Pédiatrie, Cardiologie, Gastrologie)	177
Spécialités chirurgicales (Chirurgie générale, Traumatologie, Neurochirurgie, Chirurgie infantile, Urologie, Chirurgie vasculaire)	162
Service des brûlés	13
Urgences	13
Réanimation	8
Hémodialyse	10

Notons aussi que l'hôpital a externalisé les activités de nettoyage, de gardiennage, blanchissage de linge et jardinage.

2- BASSIN DE DESSERTE

Il dessert toute la population de la région de Meknès Tafilalet, estimée à 2.093.000 habitants dont 1.144.000 vivent en milieu urbain soit plus de 54%. (Population de la préfecture de Meknès : 856 000 dont 613 000 vivent en Urbain et 243 000 en rural).

3- RESSOURCES HUMAINES DE L'HOPITAL

L'effectif total du personnel s'élève à 513 professionnels de santé soit 33% de l'ensemble du personnel de la préfecture médicale. Cet effectif est réparti comme suit :

- Personnel médical : 70 dont 49 spécialistes soit 13% de l'ensemble du personnel
- Personnel infirmier : 304 soit 60%
- Personnel administratif : 57 soit 11%
- Personnel de soutien : 79 soit 16%

4- PLATEAU TECHNIQUE

Le plateau technique de l'hôpital Mohammed V est constitué de :

➤ **Plateau technique chirurgical**

- Bloc Opératoire des urgences : composé de 2 salles. (1salle septique et 1 salle aseptique) ;
- Bloc Opératoire des Brûlés : avec une salle pour la chirurgie réparatrice ;
- Bloc opératoire centrale : composé de 8 salles (6 salles aseptiques et 2 salles septiques).

➤ **Plateau technique de radiologie**

- Unité de radiologie Centrale (radiologie conventionnelle, mammographie, 3 échographies et un scanner) ;
- Unité de radiologie d'Urgences.

➤ **Plateau technique du laboratoire d'examens biologiques** : il est constitué des sections suivantes :

- Section chimie biologie ;
- Section bactériologie parasitologie ;
- Section sérologie ;
- Section hématologie.

➤ **Un laboratoire d'anatomopathologie** : avec 2 sections :

- Section cytologie ;
- Section histologie.

➤ **Un centre régional de transfusion sanguine**

5- ORGANISATION ADMINISTRATIVE DE L'HOPITAL

L'Organigramme d'étape de l'hôpital : (Annexe 6)

Comme son nom l'indique c'est un organigramme provisoire implanté, au début, en application de la réforme hospitalière.

Trois pôles constituaient l'architecture principale de l'organisation générale de l'hôpital : Le pôle des affaires médicales (PAM), le pôle des affaires administratives (PAA) et le pôle des soins infirmiers (PSI).

Chaque pôle est subdivisé en unités opérationnelles chargées de la gestion des ressources nécessaires aux services médicaux et médico-techniques.

Le pôle des affaires médicales et le pôle des soins infirmiers partagent les missions de coordination des programmes de soins, de planification des ressources, de formation continue, d'évaluation de la qualité et de la performance, de prévention des infections, d'hygiène de l'hôpital et d'élaboration et suivi de programmes d'éducation pour la santé.

Un nouvel organigramme (annexe 7) est en train d'être instauré avec la mise en place d'organes de concertations : conseil des infirmières et des infirmiers (CII) et le conseil des médecins (CMDP).

D'autres organes du staff administratif sont également créés à savoir : le comité de direction et les comités de projets (ad hoc).

Ce nouvel organigramme envisage aussi le regroupement des services hospitaliers d'activités similaires en départements médicaux, chirurgicaux et médico-techniques.

6- PRODUCTION DE L'HOPITAL

Tableau n° II : Production de l'hôpital 2007

Indicateurs de production	2007
Nombre d'admissions	20353
Nbre de journées d'hospitalisation	85346
TOM	61%
DMS	4
C.R	49

Source : Service des statistiques de l'hôpital

V- REVUE DE LA LITTERATURE :

1- LA DEMARCHE QUALITE

Ce n'est pas un terme normalisé et il faut lui conférer un sens très large. Une démarche qualité est une « façon d'agir » dans le domaine de la qualité. Selon l'AFNOR [18], **une démarche qualité** est « l'ensemble des méthodes, des techniques et des actions managériales que mène l'établissement de santé pour gérer la qualité de ses prestations dans le but de satisfaire ses clients, d'assurer sa pérennité et de se développer ».

Il existe plusieurs approches possibles en matière de démarche qualité :

- La première est **le contrôle qualité**. Il consiste en « des activités telles que mesurer, examiner, essayer ou passer au calibre une ou plusieurs caractéristiques d'une entité et comparer les résultats aux exigences spécifiées en vue de déterminer si la conformité est obtenue pour chacune de ces caractéristiques » [20].
- **L'assurance qualité** est « l'ensemble des actions préétablies et systématiques nécessaires pour donner la confiance appropriée qu'un produit ou service satisfera aux exigences relatives à la qualité » [20].
- **L'amélioration continue de la qualité** [1] repose sur l'idée que la qualité peut être continûment améliorée en utilisant des techniques fiables pour étudier et perfectionner un processus. Cela suppose que la qualité ne s'obtient pas uniquement par l'inspection et l'élimination des problèmes.
- Enfin, le **management total par la qualité** est un « mode de management de l'ensemble d'une structure centré sur la qualité et qui recherche la qualité à long terme par la satisfaction du client, des membres de la structure et de la société » [1].

2- DESCRIPTION DE LA DEMARCHE QUALITE ENTREPRISE A L'HMVM DANS LE CADRE DE LA REFORME HOSPITALIERE

C'est à partir de ses acquis et dans le cadre du PFGSS que l'hôpital Mohamed V de Meknès a été choisi pour instaurer dans son milieu le « pôle B» (amélioration des performances et assurance qualité).

En effet, les travaux ont commencé en septembre 2002 avec la collaboration d'une assistance technique par l'utilisation de la MECO pour :

- La réalisation de protocoles de prise en charge de certaines pathologies (service d'endocrinologie, de chirurgie et d'obstétrique),
- L'amélioration de la tenue de dossier (service de pédiatrie : composante médicale et soins infirmiers).

2.1- DEFINITION DE L'APPROCHE MECO : [24]

La Méthode d'Evaluation par Critères Objectifs est une méthode d'évaluation de la qualité par rapport à une norme scientifiquement reconnue ou à un consensus. Elle comporte quatre étapes :

2.1.1- Élaboration d'un projet d'étude

2.1.1.1- Choix du sujet

- ◆ Simple, précis, scientifiquement bien établi
- ◆ Problème ayant un impact significatif sur la qualité des soins

2.1.1.2- Détermination de l'objectif

- ◆ Spécifier clairement l'objectif poursuivi en posant une seule question, simple et précise à laquelle l'étude devra répondre sans ambiguïté.

2.1.1.3- Spécification des paramètres

- ◆ Catégorie des patients étudiés
- ◆ Nombre de dossiers étudiés
- ◆ Période d'étude

2.1.1.4- Élaboration des critères

- ◆ Un critère comprend 4 parties :
 - L'élément (dont un critère de validation : Critère qui nous assure que le dossier appartient bien à l'étude),
 - La norme,
 - Les exceptions
 - Et la source.

- ◆ Un bon critère doit être :
 - OBSERVABLE (on doit pouvoir le retrouver dans le dossier, les registres ou tout autre document pertinent),
 - MESURABLE (une donnée, un constat),
 - JUGE ESSENTIEL à un soin de qualité,
 - SCIENTIFIQUEMENT RECONNU (littérature, consensus, expert).

2.1.2- Réalisation de l'étude

2.1.2.1- Collecte des données

◆ L'étape où l'on procède au recueil des données à partir des diverses sources identifiées. On doit identifier le membre de l'équipe le plus habilité à cette collecte.

2.2.2.2- Compilation des résultats

◆ On doit identifier le membre de l'équipe responsable de la compilation des résultats qui sera présentée sous forme de tableau.

CRITERES	ELEMENTS	CONFORMITE	NON CONF.	%
1	Validation	20	0	100%
2	x	16	4	80%
3	y	10	10	50%
4	z	5	15	25%

2.1.3- Rapport d'étude :

2.1.3.1- Présentation des résultats

◆ Les résultats sont présentés à l'équipe élargie.

2.1.3.2- Analyse des résultats

◆ L'équipe élargie va procéder à l'analyse de ces résultats.

2.1.3.3- Recherche des causes de non-conformité

◆ Après avoir pris connaissance des résultats et avoir procédé à leur analyse, l'équipe recherche les causes de non-conformité en tentant de faire consensus et de façon non personnalisée.

2.1.3.4- Formulation des recommandations

◆ L'équipe formule ensuite les recommandations nécessaires à l'amélioration des problématiques identifiées. Les recommandations doivent être réalistes.

2.1.4- Suivi des recommandations et études de contrôle :

◆ L'équipe responsable de la qualité au sein du département (ou service) devra s'assurer du suivi des recommandations qu'elle aura formulées et veillera, par la suite, à refaire une ou des études de contrôle qui auront comme objectif de valider l'amélioration.

2.2- DISPOSITIFS DE MISE EN ŒUVRE DE LA DEMARCHE QUALITE « MECO » [24][25][26]

Avant de commencer les travaux, il a fallu penser à la constitution et à la sélection des différents profils et comités qui étaient amenés à piloter ce changement en vue d'amorcer l'institutionnalisation de la qualité à l'hôpital.

2.2.1- Comité d'assurance et d'amélioration de la qualité (CAAQ)

Ce comité était appelé à jouer un rôle fondamental quant à l'évolution de la gestion de la qualité dans l'établissement.

Il était composé du : Directeur de l'hôpital, coordonnateur de la démarche qualité, chef du pôle des affaires administratives (PAA), chef du pôle des soins infirmiers (PSI), autres membres du PSI, chef du pôle des affaires médicales (PAM), autres membres du PAM, responsable de la cellule communication, responsables des équipes qualité.

Le mandat assigné à ce comité comporte les responsabilités suivantes :

- Promouvoir la qualité et faciliter l'émergence de conditions favorables à l'assurance et à l'amélioration continue de la qualité ;
- Contribuer avec la direction de l'hôpital à la détermination des grandes orientations en matière de gestion de la qualité ;
- Coordonner les priorités et les activités d'amélioration par l'entremise d'un plan d'action, global, cohérent et tenant compte des missions de l'hôpital, des orientations annuelles et des ressources disponibles ;
- Proposer et/ou recevoir des projets d'amélioration de la qualité de la part des équipes qualité ;
- Proposer et mettre en place des moyens pour faire connaître les résultats des activités qualité et valoriser les acteurs ;
- Amorcer une réflexion concernant la définition de la qualité que l'hôpital entend se donner pour mobiliser le personnel autour du concept qualité.

2.2.1.1- La gestion du CAAQ

Dans le cadre de l'organisation de l'hôpital, ce comité a été présidé par le coordonnateur de la démarche (médecin) qui a été formé à l'étranger pour assurer la promotion de la qualité au niveau de l'hôpital.

2.2.1.2- Attributions du responsable de la qualité (Coordonnateur de la Démarche Qualité)

Les principales fonctions et tâches que doit accomplir le responsable de la qualité se résument ainsi :

- Promouvoir la qualité au sein de l'établissement ;
- Animer et/ou faciliter l'animation du CAAQ ;
- Assurer la formation des équipes « qualité » ;
- Favoriser l'approche centrée sur le client ;
- Développer l'audit comme moyen d'assurance qualité ;
- Mettre en place les résultats découlant des travaux des équipes ;
- Favoriser la pérennité des équipes qualités.

2.2.1.3- Fréquence des réunions du CAAQ

Au début de ses travaux, le CAAQ se réunissait tous les 15 jours, puis mensuellement. Cette fréquence de réunions a varié par la suite selon les circonstances.

2.2.2- Les équipes qualités des services pilotes

Quatre équipes qualité restreintes ont été formées dans les quatre services pilotes de l'hôpital pour travailler selon la **méthode d'évaluation par critère objectif** :

- **Une équipe au niveau du service de pédiatrie** composée de cinq personnes (le médecin chef et l'infirmier chef du service, un médecin et un infirmier du service et une personne ressource) pour la réalisation d'une étude ayant pour but de valider le contenu du dossier patient et l'élaboration d'un guide visant son amélioration.
- **Une équipe au niveau du service d'endocrinologie** composée de cinq membres ayant les mêmes profils que la précédente équipe.
- **Une équipe au niveau du service d'obstétrique** composée, aussi, de cinq membres.
- **Une équipe au niveau du service de chirurgie** composée, également, de cinq membres.

Ces trois dernières équipes ont réalisé l'étude de trois pathologies respectivement la décompensation acido-cétosique, la toxémie gravidique et l'occlusion intestinale aiguë ; et par la suite l'élaboration de protocoles de leur prise en charge.

A noter que les équipes restreintes étaient constituées au début sur une base pluri-professionnelle (médecins, infirmiers appartenants à l'unité où se déroulera le projet d'amélioration de la qualité et une personne ressource). Un responsable était désigné dans chaque équipe pour en assurer la bonne marche.

La composition de l'équipe se trouverait ensuite élargie par des personnes représentant les services administratifs et/ou de soutiens et/ou les services médico-techniques lorsqu'il s'agirait de documenter les causes de non-conformité, de choisir les solutions à implanter, d'élaborer le plan d'amélioration et de contribuer à sa réalisation.

Afin d'amener ces équipes qualité à travailler dans une perspective d'*amélioration de la qualité* de façon *continue* et en vue de disposer au niveau de l'hôpital des mécanismes et des instruments visant l'amélioration et l'efficience de la démarche qualité, les assistants techniques avaient élaboré des documents (guides méthodologiques, manuels de gestions, directives, procédures et arbres de décision) contenant toute l'information nécessaire pour la mise en place d'un système de gestion de la qualité.

Le travail des équipes a été relancé, en janvier 2005, dans la perspective de la venue de l'assistance technique pour assurer la maîtrise de l'utilisation de la méthode d'évaluation par critères objectifs dans les services pilotes, sa pérennisation et son extension aux autres services de l'hôpital.

3- LES FACTEURS DE PERENNISATION DES DEMARCHES QUALITE

Les conditions nécessaires au développement d'une politique d'établissement destinée à soutenir l'amélioration continue de la qualité sont fréquemment rappelées dans la littérature internationale. Elles sont également confirmées par l'expérience et les difficultés rencontrées par les établissements les plus avancés dans ce domaine.

Nous mentionnerons dans cette partie les facteurs essentiels qui conditionnent le succès et la pérennisation d'une démarche qualité. Nous les avons classé selon quatre principaux axes : stratégique, structurel, technique et culturel identifiés par Shortell* pour pouvoir développer une démarche qualité cohérente efficace et pérenne. [30]

3.1- LA DIMENSION STRATEGIQUE

La prise en compte de la dimension stratégique nécessite :

- De **clarifier les objectifs de l'entreprise vis-à-vis de sa démarche qualité** : La clarification et le partage de cette vision entre les différents acteurs permettent d'ancrer la démarche qualité dans le fonctionnement quotidien, de mobiliser les professionnels sur les actions qualité et d'expliquer les choix dans l'attribution des ressources [1] [17].
- Il s'agit également **d'identifier les processus clés**, c'est-à-dire ceux qui ont le plus d'impact sur la satisfaction des clients et auxquels l'entreprise consacre le plus de ressources présentant le meilleur potentiel d'amélioration [1] [13].
- Et aussi de **préciser les missions transversales de certains professionnels et d'officialiser le temps consacré aux actions qualité par rapport aux autres missions** [1] [14].

La maîtrise de la dimension stratégique permet de préciser les thèmes que la démarche qualité contribue à traiter. Elle offre aussi une vision qui permet la priorisation des actions et donc la focalisation des efforts en vue de l'atteinte des objectifs [1] [32].

* Stephen Shortell est professeur de santé publique et doyen de l'école de santé publique à l'université de Berkley (California). Il s'est orienté vers la santé après un MBA et un doctorat des sciences du comportement.

Pour le Baldrige National Quality Program (2001) [2], la qualité ne peut être institutionnalisée que lorsqu'elle est officiellement et philosophiquement intégrée à la structure, au fonctionnement et à la culture d'une organisation.

R. Grenier [14], a rapporté que la planification et la réalisation pérenne d'un programme d'amélioration continue de la qualité exigent des efforts concertés. Elles demandent la mise en place d'un enchaînement, essentiellement cohérent, d'étapes caractérisées par : la convergence des efforts vers un but commun, des activités qui s'inspirent d'un processus décisionnel, l'implication de tous les niveaux hiérarchiques dans le maintien des points d'excellence et dans la correction des lacunes et l'identification des responsabilités des intervenants.

3.2- LA DIMENSION STRUCTURELLE

La dimension structurelle correspond à la mise en place des structures de coordination nécessaires à la démarche. [1] [13]

La coordination de la démarche est un facteur clé pour assurer la cohérence et éviter que les multiples efforts des acteurs ne se dispersent et ne permettent pas d'aboutir à des améliorations significatives. [1] [30]

Cette coordination repose sur la mise en place de structures qui comportent généralement deux composantes :

- **Une composante stratégique** constituée par un comité de pilotage. Celui-ci aura pour but d'assurer le lien entre la dimension stratégique et la conduite des actions, en guidant la démarche, en arbitrant sur des priorités et en suivant l'atteinte des objectifs ;
- **Une composante opérationnelle**, par exemple cellule qualité/équipe qualité permettant la coordination de la démarche et la mise en place d'éléments structurants du système qualité (gestion de projet, écoute des clients, etc.).

Des études [3] initiées dans 8 établissements hospitaliers en France ont montré que la création de structures qualité a permis d'inscrire ses milieux hospitaliers dans une démarche de mutualisation des compétences et des moyens innovants en créant de nouvelles façons de travailler en interne (décloisonnement des services et évolution des pratiques professionnelles) et en externe (échanges entre établissements).

L'approche structurelle conduit également selon Shortell [30] à préciser l'organisation de la démarche au-delà des structures de pilotage et de coordination en définissant **l'architecture du système qualité et les responsabilités des différents acteurs.**

Dans une étude [10] portant sur l'évaluation de la pérennité de la démarche qualité dans trente départements et services du CHU de Grenoble, qui se sont engagés dans un programme d'amélioration continue de la qualité entre 1998 et 2002, a montré que l'implication personnelle des différents gestionnaires jouait un rôle important dans la motivation des membres des cellules et équipes qualité. Une attention particulière a été portée également au pluri-professionnalisme de ces structures et à leur mode d'animation participatif.

3.3- LA DIMENSION TECHNIQUE

Elle rassemble plusieurs savoir-faire :

- **La progressivité de la démarche et l'adéquation des moyens aux objectifs :** des auteurs [1] [10] s'accordent sur le fait que le développement d'une démarche d'amélioration continue de la qualité est un projet à long terme. Il suppose l'appropriation progressive des principes et des méthodes par l'ensemble des professionnels de l'établissement et un apprentissage de nouveaux savoir-faire.

Dans une dynamique accentuée, le nombre de sujets potentiels de démarche qualité et le nombre de problèmes à régler peuvent apparaître rapidement importants [8]. Le risque serait donc de se fixer des objectifs trop ambitieux et de ne pas avoir la possibilité effective de les atteindre, ce qui pourra engendrer une démotivation du personnel, une perte de confiance dans la démarche et une dislocation des équipes qualité. Il est ainsi nécessaire de s'assurer que les ressources requises, notamment la disponibilité des acteurs concernés, sont réelles et permettent d'atteindre l'objectif défini. Les méthodes de gestion de projet permettent de donner la visibilité sur ce point.

- **La gestion de projet** appliquée à l'ensemble de la démarche comprend la déclinaison des objectifs à partir de la stratégie, la répartition des tâches entre les différents acteurs de la démarche, la conduite de réunions efficaces, l'animation pour faire vivre la démarche, la communication ascendante et descendante, la planification avec un suivi régulier de l'avancement, un bilan des actions conduites et des résultats obtenus [1] [21]. R. Grenier [14], professeur à la faculté des sciences infirmières de l'université de Montréal, a précisé la nécessité de rationaliser les étapes à mettre en œuvre dans la conduite de la démarche qualité et l'insérer dans un projet globale qui constitue le cycle de la gestion de la qualité : planifier le projet qualité, démarrer ce projet, réagir aux résultats et ajuster le processus en fonction de l'atteinte des objectifs.

- **L'organisation d'un système qualité** ; c'est la formalisation cohérente de la démarche globale, en fonction des objectifs définis dans la politique. Ce système qualité [20] [21] comporte un volet consacré à :

- × L'écoute des clients ;
- × Une gestion organisée des documents qualité ;
- × Une identification et une analyse des processus clés de l'organisation qui feront l'objet de démarches d'amélioration continue avec un suivi interne systématique ;
- × Et, éventuellement, une reconnaissance externe des actions conduites et de leurs résultats.

- **La maîtrise des méthodes et des outils de la qualité** ; leur application est indispensable pour conduire les différents projets qualité. Il serait préférable que ces méthodes et ces outils employés, choisis selon les thèmes et les objectifs des projets, soient homogènes au sein de l'organisation permettant ainsi de limiter les coûts d'implémentation en rentabilisant les formations et en homogénéisant les compétences [4] [11]. Les techniques de mesure et les systèmes d'information doivent être maîtrisés [21]. Des formations sont proposées et un appui méthodologique est disponible en cours de démarche.

3.4- LA DIMENSION CULTURELLE

C'est la dimension qui conditionne le plus la pérennité et l'efficacité des démarches qualité [30]. Certains auteurs [18] la qualifient de « barrière invisible », à l'origine d'obstacles souvent non matérialisés. Ils s'agiraient d'éléments essentiellement d'ordre « humain » non apparents.

La dimension culturelle s'intéresse aux croyances, valeurs, normes, représentations et comportements qui favorisent la mise en œuvre de la démarche qualité [1] [29]. L'évolution de la culture s'acquiert progressivement par la conduite des différentes actions [29]. Le but est d'agir en profondeur sur l'ensemble des acteurs en développant :

- **Le travail en équipe**, l'esprit d'ouverture et de collaboration permettent de construire un vocabulaire partagé et une vision commune afin de transcender les représentations individuelles et donner la volonté d'agir ensemble [1] [31].

G. Herreros [16], dans son article (2006), a bien mis l'accent sur le rôle prioritaire incombant aux managers de l'hôpital pour promouvoir une forme de coopération entre les différents acteurs hospitaliers intervenant dans la mise en œuvre de la démarche qualité.

- De ce fait, **l'engagement explicite des responsables institutionnels**, qu'ils soient médicaux, paramédicaux ou gestionnaires, constitue un facteur également déterminant pour la réussite d'une politique d'amélioration continue de la qualité au sein des établissements de santé [13] [30].

Un article de 1997 [32] montre à partir de l'étude de plus de 2 000 hôpitaux que l'orientation des responsables pour la qualité est déterminante pour surmonter deux types d'obstacles : celui des résistances individuelles et structurelles au changement, et celui d'éventuels réflexes de défense professionnelle quelquefois rencontrés dans les établissements de santé.

- **L'approche client** ; il n'est pas toujours facile sur le plan culturel d'accepter que le regard du client sur l'entreprise soit primordial. Les professionnels invoquent souvent un manque de compétence du client pour porter une appréciation sur la qualité du produit ou du service surtout dans le domaine de la santé. L'effort culturel, qui consiste à faire accepter le regard du client par les professionnels, permet de disposer d'un facteur puissant de progrès pour l'entreprise [1] [21].

Une étude portant sur les structures et les activités de gestion de la qualité de 4 hôpitaux universitaires de Montréal [9] a révélé que le processus de gestion de la qualité dans les établissements de santé du Québec a été dynamisé depuis 1995. Cela a été commenté dans cette étude par deux évolutions : Le premier changement a porté sur les représentations du concept de qualité chez les professionnels de santé et les gestionnaires qui ont commencé à adopter le point de vue de l'utilisateur. Le deuxième changement s'est appuyé sur une évolution des méthodes de gestion de la qualité qui sont passées d'une approche normative à une approche d'amélioration continue de la qualité.

D'une façon plus générale, le patient est appelé à intervenir de plus en plus largement dans les dispositifs d'amélioration de la qualité. Plusieurs évolutions étrangères récentes [9] en attestent : la présence de représentants de patients dans le conseil d'administration des établissements publics, la présence de patients dans les comités de lutte contre les infections nosocomiales.

- **La culture de la mesure** qui permet l'instauration d'un dialogue objectif entre professionnels, la distinction entre les faits et les opinions, la prise de décision à partir d'éléments factuels et l'objectivation des changements [21]. De ce fait **l'implication des professionnels dans la démarche d'amélioration des processus et des pratiques de soins** est essentielle [29] [30].

Une enquête [5] réalisée par le centre national de la recherche scientifique français (CNRS) dans douze établissements de soins portant sur les perceptions de la qualité chez les professionnels des établissements de santé a conclu en la nécessité de **favoriser une culture de l'évaluation qualité** chez ces professionnels tant au niveau des indicateurs mis en place que de la démarche qualité elle-même pour pouvoir maintenir les dynamiques nées des actions engagées au nom de la qualité.

- **L'approche positive de l'erreur** qui conçoit les erreurs et les dysfonctionnements comme des opportunités d'amélioration et non comme des fautes dues à un coupable qu'il convient de sanctionner. Ainsi, adopter une attitude culpabilisante à l'endroit des erreurs et des difficultés peut rendre les agents réticents à prendre des risques et à persévérer devant les obstacles. Ce genre de pratique peut mener les individus à des auto-évaluations négatives [1] [29].

Une approche sociocognitive sur la question [27] a dévoilé que l'adoption d'une approche positive de l'erreur et des difficultés pourra agir favorablement sur la motivation, parce que les individus ont besoin de ressentir que l'erreur est une composante normale et non un indicateur d'un manque de capacités annonciateur de l'échec. De plus, le fait de recourir à l'évaluation ou à l'autoévaluation afin de signaler aux agents, non seulement leurs difficultés, mais aussi (et surtout) leurs progrès, aide ces derniers à associer l'évaluation à des émotions positives.

- **Les formations :** doivent permettre aux professionnels de comprendre les objectifs, de s'appropriier les méthodes, de les expérimenter et de les mettre en œuvre dans leur domaine de pratique [1] [28]. Ces mêmes professionnels pourront, le moment venu, et compte tenu de l'expérience locale acquise, apporter leurs conseils méthodologiques aux équipes qui s'engagent à leur tour [11] [23].

- **Une communication interne** bien conduite a aussi un rôle majeur dans l'évolution culturelle [1] [15]. Elle assure le partage du sens de la démarche qualité, sa valorisation, la diffusion des idées et la pérennisation des actions réalisées. Elle favorise la prise de conscience des professionnels quant aux besoins d'amélioration, aux enjeux de la qualité, aux résultats des démarches entreprises et de ce fait, suscite l'implication et l'adhésion de tous les acteurs [1] [32].

Pour documenter cette dimension culturelle, H. Leteurre dans *Qualité Hospitalière* [22] (p.297) a précisé que la conduite des démarches qualité reste conditionnée par « *une culture de la priorité à accorder aux clients* », « *une culture de la prise de décision à partir de faits chiffrés* », « *une culture de l'anticipation et de la prévention consistant à traiter les problèmes à priori* », « *une culture de la responsabilisation du personnel* » et « *une culture de la coopération entre les services* ».

Selon Shortell [1], ces quatre dimensions sont toutes indispensables et indissociables comme le montre son tableau n° II suivant :

Tableau n° III : Tableau de Shortell

Stratégique	Culturelle	Technique	Structurelle	Résultats
0	1	1	1	Pas de résultats significatifs sur les sujets essentiels.
1	0	1	1	Petits résultats temporaires. Pas de pérennisation.
1	1	0	1	Frustrations et faux départs.
1	1	1	0	Pas de capitalisation ni d'extension des apprentissages.
1	1	1	1	Impact durable au sein de l'organisation.

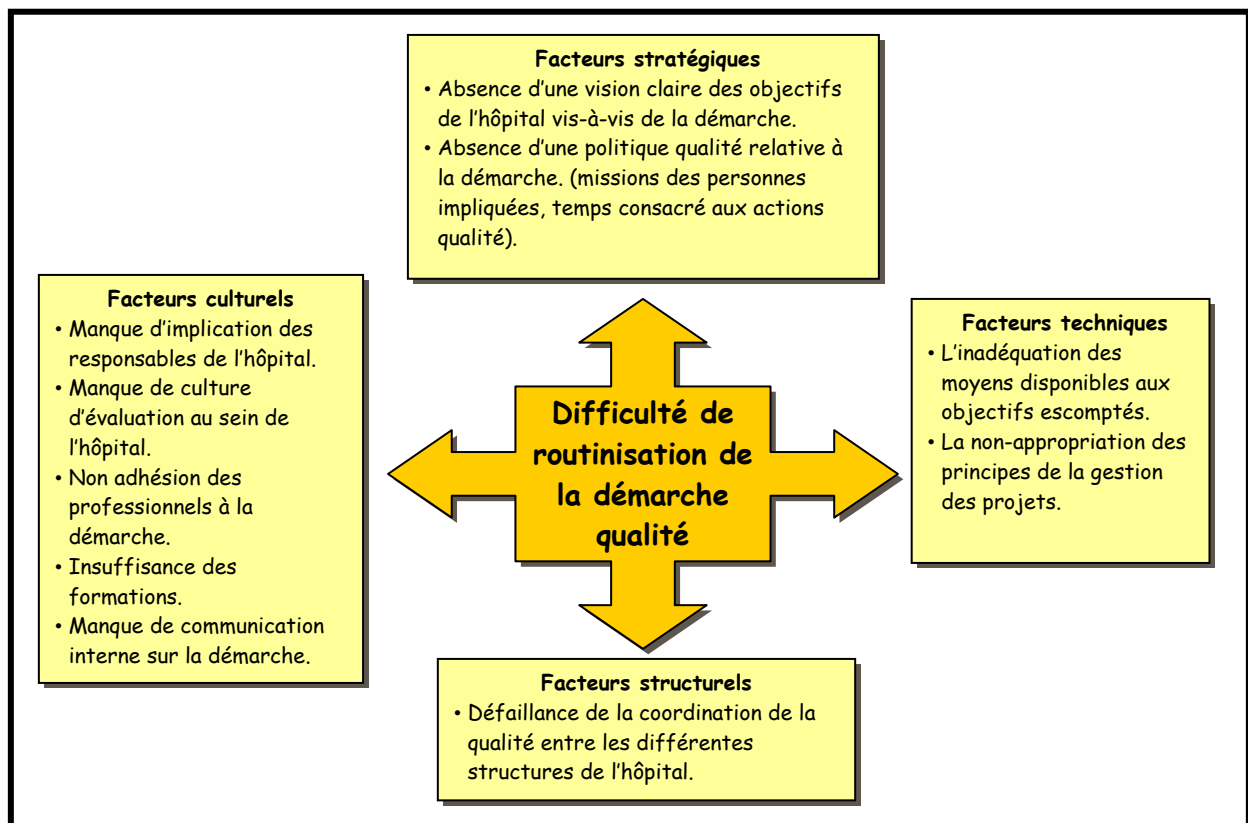
- Si la dimension stratégique est négligée, il n'y aura pas de résultats significatifs sur les sujets essentiels.
- Si la dimension culturelle n'est pas prise en compte, les résultats seront faibles, sans pérennisation.
- L'absence de prise en compte de la dimension technique suscitera frustration et faux départs.
- Enfin, négliger la dimension structurelle ne permet pas de capitaliser et d'étendre les apprentissages.

VI- MODELE CONCEPTUEL ET HYPOTHESES DE RECHERCHE :

1- MODELE CONCEPTUEL

Tenant compte de notre revue de littérature, qui nous a permis de présenter et comprendre les principaux facteurs permettant la réussite de la conduite des démarches qualité, nous avons réfléchi sur ceux qui pourraient éventuellement cadrer au mieux notre sujet.


Vu que la démarche qualité telle qu'elle a été implantée à l'Hôpital Mohammed V de Meknès a été un processus complexe constitué de plusieurs composantes (MECO, structures de gestion de la qualité et mécanismes visant à garantir l'amélioration continue de la qualité) ; et dont la réussite avait dépendu de la contribution de plusieurs acteurs et interfaces ; il a été donc opportun de nous inspirer du modèle de SHORTELL pour le cadre théorique de notre étude.





Figures n° 1 : Le modèle conceptuel adopté (adapté au modèle de Shortell [30])

2- HYPOTHESES DE RECHERCHE

Bien que les facteurs relatifs aux quatre dimensions soient essentiels pour avoir un impact durable au sein d'une organisation. Notre choix s'est porté sur ceux correspondants aux deux dimensions culturelle et structurelle privilégiées par Shortell pour assurer la pérennité et l'extension d'une démarche qualité. Notre travail entendra donc vérifier les hypothèses suivantes :

-  **Le manque d'adhésion des professionnels de soins à l'approche MECO serait à l'origine de la difficulté de pérennisation et de généralisation de la démarche.**

-  **Le manque d'implication des responsables qui avaient assuré le management des équipes qualité pourrait expliquer cette difficulté de pérennisation et d'extension de la démarche.**

-  **La défaillance de coordination entre les structures qui avaient assuré la gestion de la démarche serait une cause de difficulté de routinisation et de diffusion de cette démarche qualité (MECO).**

VII- METHODOLOGIE

1- STRATEGIE DE RECHERCHE

Notre recherche a visé d'une part à documenter la difficulté de pérennisation et d'extension de la démarche qualité MECO, au sein de l'HMVM, et d'autre part à comprendre les principaux facteurs contextuels qui pourraient expliquer cette difficulté.

Une recherche qualitative s'est justifiée particulièrement dans ce cas dans le but de nous aider à répondre au **Comment et Pourquoi** un phénomène de changement n'a pas permis d'atteindre les objectifs attendus.

2- DEVIS DE RECHERCHE

Il s'agit d'une étude de cas unique qui a consisté à cibler un hôpital à vocation régionale, ayant été intéressé par la réforme hospitalière, site pilote d'implantation de l'intervention sujette de notre évaluation. Ce devis nous a été utile car il nous a permis d'explorer les principaux facteurs relatifs aux quatre dimensions de notre modèle conceptuel pour pouvoir vérifier nos hypothèses de recherche retenues.

D'autre part, nous nous sommes appuyés dans cette recherche sur deux niveaux d'analyse qui correspondent aux deux structures qui ont été amenées à piloter la démarche qualité MECO à l'HMVM :

- Le premier niveau d'analyse a concerné **les acteurs opérationnels qui sont intervenus dans la mise en œuvre de la démarche qualité MECO considérés d'une manière individuelle ou en groupe** et leur influence sur le processus de mise en œuvre de cette démarche.
- Le deuxième niveau a porté sur l'influence des **groupes d'acteurs gestionnaires au niveau du comité de pilotage**, et leur influence sur la pérennisation et la généralisation de la démarche qualité à l'Hôpital Mohammed V de Meknès.

3- VALIDITE DE LA RECHERCHE

3.1- LA VALIDITE INTERNE

Elle est appréciée d'une part sur la qualité et l'exhaustivité de l'articulation théorique sur laquelle s'appuie l'étude, et d'autre part sur l'adéquation entre le mode d'analyse et la réalité rencontrée sur le terrain [6]. Dans notre cas, l'utilisation du modèle de SHORTELL inhérent à la conduite d'une démarche qualité dont ses quatre axes nous ont permis de comprendre et d'analyser les principaux facteurs ayant influencés la mise en œuvre et la conduite de la démarche qualité entreprise à l'HMVM dans le cadre de la réforme hospitalière, aussi la définition de plusieurs hypothèses qui ont été mises à l'épreuve empiriquement peuvent être des arguments qui confèrent une certaine validité interne à notre étude.

3.2- LA VALIDITE EXTERNE

La validité externe des études de cas s'appuie sur une généralisation analytique (profondeur de l'analyse) plutôt que statistique (logique de l'échantillonnage), tel est le cas des études expérimentales [7]. Cette forme de généralisation opère selon trois principes : la similitude, la robustesse et l'explication [6].

Le principe de similitude qui se rapporte à la capacité de généraliser les résultats à un univers empirique similaire, le principe de robustesse qui stipule que le potentiel de généralisation d'une étude s'accroît s'il y a réplique des effets dans des contextes diversifiés et le principe d'explication qui s'intéresse au degré d'explication des résultats observés par les différents facteurs étudiés [6]. Dans notre étude, nous notons une certaine limite à la validité externe vu le fait que nous avons travaillé sur un cas unique, mais ce choix a été dicté par la réalité du terrain car, l'hôpital lieu d'étude a été le site pilote d'implantation de cette démarche qualité. Cependant, nous pensons que le fait d'analyser notre étude au niveau de l'HMVM, en s'inspirant d'un modèle théorique et en retenant des hypothèses de recherche, et la réflexion sur la validité de cette analyse nous a facilité la compréhension des facteurs qui pourraient expliquer la difficulté de pérennisation et d'extension de la démarche qualité au sein de l'hôpital et éventuellement dégager d'autres variables non pris en considération pour les prévenir dans l'avenir pour d'autres démarches qualité similaires. Cela peut donner une certaine validité externe à notre étude.

4- DEFINITION DES VARIABLES

4.1- LA VARIABLE DEPENDANTE : La difficulté de pérennisation et de généralisation de la démarche MECO entreprise à l'HMVM dans le cadre de la réforme hospitalière

Les équipes qualité sont l'un des véhicules les plus prometteurs pour l'implantation de la démarche qualité à l'hôpital [3]. La mesure du rendement et du fonctionnement de ces équipes qualité constitue un bon indicateur pour mesurer l'évolution de la mise en œuvre de la démarche qualité [26]. Nous avons utilisé des indicateurs axés sur le rendement et d'autres sur le fonctionnement des équipes qualités de l'HMVM pour approcher la difficulté de pérennisation et d'extension de cette méthode d'évaluation de la qualité des soins.

Indicateurs davantage axés sur le rendement :

- Nombre des thématiques traitées par service annuellement.
- Nombre d'équipes ayant réalisé leur démarche d'autoévaluation annuelle, sur l'ensemble des équipes en place.
- Nombre d'équipes ayant présenté un plan d'amélioration de la qualité des services, sur l'ensemble des équipes.
- Nombre d'équipes ayant présenté les rapports d'étapes et de résultats prévus, sur l'ensemble des équipes.

Indicateurs axés sur le fonctionnement des équipes et l'appui qu'elles ont reçu :

- Appréciation des équipes qualité quant au soutien reçu de la direction, quant au suivi du coordonnateur de la démarche qualité.
- Le pourcentage de réunions réalisées durant une année, sur le nombre de réunions prévues, pour toutes les instances concernées.
- La fréquence de présence du parrain (chef de service ou autre personne désignée) aux réunions de l'équipe qualité.
- Le pourcentage des départs de l'équipe.

4.2- LES VARIABLES INDEPENDANTES

L'analyse des déterminants qu'a comporté notre modèle théorique adapté à celui de SHORTELL et la vérification de nos hypothèses de recherche nous ont permis d'identifier des variables indépendantes qui pourraient expliquer la difficulté de pérennisation et de généralisation de la démarche qualité MECO entreprise à l'HMVM dans le cadre de la réforme hospitalière. Les hypothèses de recherche retenues dans notre étude sont : la défaillance de la coordination de la qualité, le manque d'implication des responsables qui avaient assuré le management des équipes qualité et le manque d'adhésion des professionnels de soins à l'approche MECO.

Nous avons exploré les quatre dimensions identifiées par Shortell pour développer une démarche qualité cohérente, efficace et pérenne pour pouvoir vérifier ces hypothèses de recherche.

5- COLLECTE DES DONNEES

5.1- POPULATION A L'ETUDE

La population à l'étude est représentée par l'ensemble des acteurs hospitaliers qui ont été impliqués dans le processus de mise en œuvre de la démarche qualité MECO à l'HMVM. (Tableau n° IV)

Les acteurs opérationnels sont définis par les membres des équipes qualité restreintes (médecins, infirmiers et personnes ressources) des trois services ayant appliqué la MECO (Pédiatrie, chirurgie, endocrinologie). En plus d'autres membres appartenants aux équipes qualité élargies. Le service de gynécologie obstétrique a été exclu de l'étude, du fait qu'il a été transféré vers un autre hôpital « l'hôpital mère-enfant de Pagnon ».

Les acteurs de pilotage : représentés par tous les membres du comité de pilotage (les responsables des équipes qualité, le coordonnateur de la démarche qualité et les autres membres du comité d'assurance et d'amélioration de la qualité).

Tableau n° IV : La répartition des acteurs par catégorie concernés par l'étude

Acteurs	Groupes	Effectif
ACTEURS OPERATIONNELS		
Médecins	Equipes qualité restreintes des services pilotes	6
Infirmiers et auxiliaires	Equipes qualité restreintes des services pilotes	6
Autres (cadres administratifs, personnels des services médico-techniques et de soutien)	Equipes qualité élargies	9
ACTEURS DE PILOTAGE		
Coordinateur de la démarche qualité	Comité de pilotage	1
Responsables des équipes qualités		3
Autres membres du CAAQ		10
TOTAL	L'ensemble des acteurs interrogés	35

5.2- METHODE DE COLLECTE DES DONNEES

La collecte des données a été réalisée à travers l'utilisation de trois outils : 1/les entretiens, 2/l'analyse documentaire et 3/ l'observation sur le terrain.

a- Les entretiens

Le choix de cet outil d'enquête a été lié à la recherche des représentations et des valeurs des personnes interrogées concernant la qualité et les moyens pour y parvenir. Il avait également pour objectif de recueillir leurs avis concernant la difficulté rencontrée pour mener la démarche qualité MECO à son terme ainsi que les causes qu'ils ont pu identifier en balayant les aspects stratégique, structurel, technique et culturel.

De ce fait, des entretiens individuels semi structurés avec les principaux acteurs hospitaliers ayant été impliqués dans la mise en œuvre de la démarche qualité MECO ont été menés. Pour cela, une grille d'entretien adaptée aux différents acteurs a été élaborée (Annexe 1).

b- La consultation des documents

Pour approcher la difficulté de pérennisation de la démarche qualité MECO, nous avons également eu recours à la consultation de la documentation archivée au niveau des services intéressés par l'étude (PV des réunions, rapports d'auto-évaluations, comptes rendus des plans d'amélioration, les rapports d'étapes et les comptes rendus des résultats). Ceci nous a permis de nous situer dans le contexte de l'intervention et d'avoir une vision bien claire du projet qualité dans sa globalité. (Données regroupées en annexe 4)

c- L'observation sur le terrain :

Il nous a permis, grâce à une grille de collecte des données (Annexe 3), d'explorer et de vérifier l'application de l'approche MECO dans les services pilotes. Il nous a permis également de rechercher d'éventuelles expériences et activités mises en œuvre dans le cadre de cette démarche d'évaluation dans d'autres services ou instances hospitalières.

5.3- METHODE D'ANALYSE

Il s'agit d'une étude qualitative fondée sur des entretiens et une analyse documentaire. Les entretiens ont été réalisés, en face à face, avec toutes les personnes ayant été impliquées dans la mise en œuvre de la démarche qualité MECO à l'hôpital. Chaque entretien a duré entre cinquante minutes et une heure et demie. Ils ont été enregistrés grâce à un dictaphone numérique après accord des personnes et accompagnés de prise de notes. L'objectif était de ne perdre aucune information et de pouvoir se centrer sur la personne interrogée.

Les entretiens ont été conduits à l'aide d'un guide d'entretien (Annexe 1) avec les membres des équipes qualité et les membres du comité de pilotage. Ils ont fait l'objet d'une retranscription écrite et fidèle des principaux propos et idées relatifs à notre étude. Ces propos ont fait ensuite l'objet d'une analyse verticale par un relevé systématique sur des fiches individuelles et d'une analyse horizontale après codage des réponses. Ceci nous a permis d'examiner, de catégoriser et de regrouper les propos selon les quatre axes de notre modèle théorique adapté à celui de Shortell (grille d'analyse : Annexe 2) avant d'être exploité dans notre travail.

S'agissant d'une recherche qualitative, l'objectif était d'identifier la présence d'une telle ou telle idée ou représentation et non pas de quantifier les idées. Cependant, nous avons présenté les résultats avec des expressions telles que : « quelques » qui signifie que l'idée est exprimée par un très petit nombre d'acteurs ; « certains » qui signifie que l'idée reste minoritaire mais partagée ; « la plupart » qui signifie que l'idée a été exprimée par plus de la moitié des personnes interrogées ; « toutes » qui signifie que l'idée a été exprimée par l'ensemble des interviewés.

6- LA DIMENSION ETHIQUE DE L'ETUDE

Dans notre cas elle a été déterminée par le consentement préalable des enquêtés après être informés des objectifs de l'étude, le respect de l'anonymat des enquêtés et des structures. Malgré cette considération d'éthique, cette étude nous a présenté quelques limites qu'il faudra probablement souligner.

7- BIAIS ET LIMITES

Une des limites de notre étude est en rapport avec la subjectivité qui peut entacher le recueil des données qui est basé essentiellement sur la perception des différents acteurs interrogés. Elle peut se voir soit au moment de la collecte des données soit au moment de l'analyse.

D'un autre côté, les stratégies des acteurs et leurs intérêts concernant un sujet sensible comme celui de notre étude peuvent être cachés, par conséquent difficile à cerner. Donc pour pouvoir contrôler ce biais, nous avons procédé à une multiplication des sources d'information, pour réaliser le recoupement de l'information. Nous avons essayé de minimiser la crainte des acteurs par leur mise en confiance et, par l'explication des objectifs de notre étude, tout en garantissant la confidentialité par l'anonymat.

VIII- PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS

1- APPRECIATION DE LA MISE EN ŒUVRE DE L'APPROCHE MECO A L'HMVM

La difficulté de pérennisation de la démarche MECO entreprise à l'HMVM dans le cadre de la réforme hospitalière a représenté pour nous la variable dépendante qui a été confrontée aux facteurs explicatifs préalablement retenus. Nous avons documenté le processus de mise en œuvre de la démarche qualité MECO à l'HMVM à travers un certain nombre d'indicateurs axés sur le rendement et le fonctionnement des équipes qualité.

1.1- LE RENDEMENT DES EQUIPES QUALITE :

- **Nombre des thématiques traitées par service annuellement**

L'entretien avec les acteurs ayant été impliqué dans la mise en œuvre de la démarche, ainsi que l'analyse des documents et l'exploration effectuée au niveau des différents services et structures de l'hôpital nous ont révélé les résultats suivants :

➤ **L'équipe qualité de pédiatrie** : L'équipe qualité du service de pédiatrie a travaillé, en 2002, sur la tenue du dossier médical selon la méthode «Evaluation par critères objectifs ». Le but de l'étude était de connaître est ce que la tenue du dossier médical d'hospitalisation est conforme aux critères définis par l'équipe. Les constats et les recommandations de cette étude ont été à la base de la rédaction du guide qui avait pour but d'initier les médecins et les infirmiers pour compléter toutes les informations contenues dans ces dossiers.

Cependant, elle n'a pas étendu l'évaluation à d'autres thèmes. L'équipe qualité de pédiatrie avait prévue dans son plan d'actions 2004 et 2005 de procéder à l'évaluation des pratiques cliniques relatives à deux pathologies qui seront identifiées parmi les plus fréquentes au service. « *On s'était limité en fin de compte à l'étude d'un seul sujet, malgré ce qu'on avait programmé de faire* » a déclaré un membre de l'équipe.

➤ **L'équipe qualité de chirurgie** : l'équipe de chirurgie a entrepris en 2002 une évaluation portant sur l'Occlusion Intestinale Aigue (O.I.A). Le but a été de confirmer si la prise en charge de l'occlusion intestinale aiguë répond-t-elle aux critères d'une bonne pratique telle que définie par l'équipe. L'équipe a prévu d'appliquer cette démarche à d'autres pathologies conformément au plan d'action suivant :

2002-2003

- Prise en charge de l'O.I.A
- Prise en charge de l'appendicite aiguë

2003-2004

- Prise en charge des K.H.F.
- Ulcère perforé

2004-2005

- Prise en charge de la péritonite aiguë
- Prise en charge de la lithiase vésiculaire

Avec des contrôles et des évaluations tous les 6 mois.

Mais ce plan n'a pu être concrétisé réellement sur le terrain. En fait, l'équipe s'est limitée à l'étude de l'O.I.A « *Hélas on n'a pas pu étendre la méthode telle que prévue* » a rapporté un des membres de l'équipe de chirurgie.

➤ **L'équipe qualité d'endocrinologie** : l'équipe qualité d'endocrinologie a entamé sa première étude de la prise en charge de la décompensation acido-cétosique, en décembre 2002. Le but de l'étude a été de connaître est ce que la prise en charge des patients atteints d'une acidocétose diabétique se fait selon les normes reconnues scientifiquement ?

L'équipe a réalisé une application nouvelle dans le service en 2005 portant sur la tenue de la fiche de soins et de surveillance infirmière. « *Ayant été impliqué dans la mise en œuvre de la MECO sur la décompensation acido-cétosique en 2002, nous avons saisi l'opportunité pour l'appliquer sur une deuxième thématique relative à la tenue de la fiche de soins et de surveillance infirmière* » a déclaré un membre de l'équipe qualité d'endocrinologie.

➤ **L'équipe de gynécologie obstétrique** : l'équipe qualité a entamé l'étude de sa thématique relative à la toxémie gravidique par la MECO en 2002. Le but de l'étude a été de connaître est ce que la prise en charge des patientes porteuses d'une pré-éclampsie se fait telle que définie par FARGO. Mais le service a été transféré à l'hôpital mère enfant Pagnon en 2004 et le projet n'a pas été continué.

➤ L'exploration et l'observation de notre terrain d'étude (HMVM) nous a permis de révéler l'existence d'autres structures ayant appliquées la MECO pour l'étude d'autres thématiques. Ces structures sont :

○ **La pharmacie hospitalière** : l'équipe qualité de cette structure était constituée de deux membres (le pharmacien hospitalier et une personne ressource du comité de pilotage). Elle a entrepris une étude sur l'évaluation de la qualité du stockage des médicaments dans les services de soins à l'hôpital Mohammed V de Meknès en 2005. L'objectif a été de connaître si le stockage des médicaments répond t-il aux critères d'une bonne pratique telle que reconnue scientifiquement.

○ **Le conseil des infirmières et des infirmiers (CII)** : Il a structuré la même démarche sur la tenue du dossier infirmier à l'échelle hospitalier en 2007. L'équipe qualité du CII était constituée de cinq membres dont le responsable était le président du CII qui est l'infirmier chef du service d'endocrinologie. « *Au niveau du CII, nous avons fait le choix d'appliquer la MECO comme outil qualité pour connaître est ce que la tenue du dossier infirmier est conforme aux critères* » a révélé le président du CII.

Le tableau suivant récapitule le nombre des thématiques traitées par service annuellement :

Tableau n° V : Thématiques traitées par équipes qualité annuellement

	Année 2002	Année 2003	Année 2004	Année 2005	Année 2006	Année 2007
Service d'endocrinologie	1	-	-	1	-	-
Service de chirurgie	1	-	-	-	-	-
Service de pédiatrie	1	-	-	-	-	-
Service d'obstétrique	1	-				
Pharmacie hospitalière				1	-	-
Conseil des infirmières et des infirmiers						1

Hormis le service d'endocrinologie qui a appliqué la MECO en 2002 sur sa première thématique et une autre fois en 2005 sur la tenue de la fiche de soins et de surveillance infirmière, les deux services de pédiatrie et de chirurgie ont travaillé chacun sur une seule thématique initiée au début de la démarche et en présence de l'assistance technique. Ces réalisations restent, de ce fait, en dessous des objectifs tracés par les différentes équipes qualité.

Avec le transfert à l'hôpital pagnon en 2004, le service d'obstétrique a abandonné la mise en œuvre du projet qualité introduit à l'HMVM.

Néanmoins, seulement deux structures, autres que les services pilotes, ont pu adopter la méthode d'évaluation (MECO) au sein de l'hôpital. Leurs initiatives n'avaient concerné qu'une seule thématique chacune.

- **Nombre d'équipes ayant réalisé leur démarche d'autoévaluation annuelle, sur l'ensemble des équipes en place**

Nous avons présenté les activités d'autoévaluations réalisées par les différentes équipes qualité :

- **L'équipe qualité de pédiatrie :**

- Une étude en pédiatrie faite en 2002.
- La première évaluation faite à la fin de la première année d'implantation en décembre 2003.
- La deuxième évaluation faite en mai 2004.

- **L'équipe qualité de chirurgie :**

- Une étude en chirurgie faite en 2002.
- Une première évaluation en décembre 2003,
- Et une deuxième évaluation a été faite sur le même thème initial en 2004.

- **L'équipe qualité d'endocrinologie :**

- Une étude en décembre 2002.
- Une première évaluation a été faite en décembre 2003.
- Une deuxième évaluation réalisée en 2004.
- Application d'une nouvelle étude dans le service en 2005.
- Première évaluation faites en 2006 sur l'étude entreprise en 2005.

➤ **L'équipe qualité d'obstétrique :**

- Une étude réalisée en 2002.
- Une évaluation faite en 2003.
- En 2004 le service a été transféré à un autre hôpital Mère enfant PAGON, et sera de ce fait exclu de nos entretiens.

➤ **L'équipe qualité de la pharmacie hospitalière :**

- Elle a entamé sa première étude en 2005.
- Depuis, aucune évaluation n'a été programmée.

➤ **L'équipe qualité de CII :**

- Il a entrepris une étude en 2007.
- La première évaluation de l'étude est prévue en 2008. « nous comptons réévaluer l'étude entreprise en 2007 pour améliorer la tenue du dossier infirmier à l'échelle de tout l'hôpital » a déclaré le président du CII.

Le tableau suivant résume le nombre d'équipes ayant réalisées leur démarche d'autoévaluation annuelle, sur l'ensemble des équipes ayant appliquées la méthode.

Tableau n° VI : Démarches d'autoévaluation réalisées par les équipes qualité annuellement

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Equipe d'endocrinologie	+	+	+	+	+	-
Equipe de chirurgie	+	+	+	-	-	-
Equipe de pédiatrie	+	+	+	-	-	-
Equipe d'obstétrique	+	+				
Equipe de la pharmacie				+	-	-
Equipe du CII						+
*Rapport	4/4	4/4	3/3	2/4	1/4	1/4

*Le nombre des équipes qualité ayant réalisées leurs démarche d'autoévaluation / le nombre totale des équipes ayant appliquées la méthode.

A la lecture du tableau, il apparaît qu'il n'y avait pas une régularité dans l'utilisation de la méthode d'évaluation par les différentes équipes qualité. En effet, seule l'équipe d'endocrinologie avait continué à travailler avec l'outil MECO jusqu'à 2006 à raison d'une autoévaluation/année. Les deux équipes qualité de chirurgie et de pédiatrie ont abandonné la démarche d'autoévaluation relative à la MECO à la fin de l'année 2004.

De même, l'extension de la démarche MECO s'est limitée à deux structures au sein de l'hôpital : la pharmacie hospitalière et le CII.

- L'équipe qualité de la pharmacie a réalisé une seule autoévaluation en 2005 sans suite.
- L'équipe qualité de CII, créée en 2006, a adopté en 2007 la méthode d'évaluation pour son étude sur la tenue du dossier infirmier.

• **Nombre d'équipes ayant présenté un plan d'amélioration de la qualité des services, sur l'ensemble des équipes**

Les données recueillies sont représentées dans le tableau suivant :

Tableau n° VII : Plans d'amélioration de la qualité des services présentés par les équipes qualité annuellement

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Equipe d'endocrinologie	+	+	-	+	-	-
Equipe de chirurgie	+	+	-	-	-	-
Equipe de pédiatrie	+	+	-	-	-	-
Equipe d'obstétrique	+	+				
Equipe de la pharmacie				+	-	-
Equipe du CII						-
*Rapport	4/4	4/4	-	2/4	-	-

* Nombre des équipes ayant présentées un plan d'amélioration de la qualité sur l'ensemble des équipes.

On constate que la présentation des plans d'amélioration n'a pas suivi de paire l'ensemble des démarches d'autoévaluation réalisées par les différentes équipes qualité. En effet, en 2004 les trois équipes qualité (pédiatrie, chirurgie et endocrinologie) n'ont pas élaboré leurs plans d'amélioration bien qu'elles aient réalisé leurs autoévaluations annuelles, de même pour l'équipe d'endocrinologie en 2006. L'équipe de CII a formulé ses recommandations en 2007, mais elle ne les a pas encore introduites dans l'ordre du jour d'une réunion du comité de direction. (Voir annexe 4)

- **Nombre d'équipes ayant présentées les rapports d'étapes des plans d'amélioration et de résultats prévus, sur l'ensemble des équipes**

L'analyse documentaire et les entretiens avec les membres des équipes qualité nous ont permis de structurer le tableau suivant :

Tableau n° VIII : Rapports d'étapes des plans d'amélioration et de résultats prévus présentés par les équipes qualité annuellement

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Equipe d'endocrinologie	+	-	-	-	-	-
Equipe de chirurgie	+	-	-	-	-	-
Equipe de pédiatrie	+	-	-	-	-	-
Equipe d'obstétrique	+	-				
Equipe de la pharmacie				-	-	-
Equipe du CII						-
*Rapport	4/4	-	-	-	-	-

* Nombre des équipes qualité ayant présentées les rapports d'étapes et de mise en œuvre des plans d'améliorations sur l'ensemble des équipes

Il se révèle bien que la présentation des rapports d'étapes de mise en œuvre des plans d'amélioration n'a été réalisée que par les quatre équipes qualité des services pilotes et ceci seulement dans la première année d'implantation de la démarche MECO.

La plupart des membres des équipes qualité ont été unanime sur ce constat. Un membre nous a affirmé « *On a appliqué d'autres démarches d'autoévaluation, mais on n'a pas eu ni la possibilité ni l'occasion de préparer et de présenter les rapports intermédiaires et les résultats de nos travaux d'améliorations au comité de pilotage* ».

1.2- LE FONCTIONNEMENT DES EQUIPES ET L'APPUI QU'ELLES ONT REÇU

- **Appréciation des équipes qualité quant au soutien reçu de la direction et au suivi du coordonnateur de la démarche qualité**

Différents propos nous ont été rapportés par les responsables des trois équipes qualités dont tous ont relevé l'insuffisance du suivi et du soutien apporté à ces équipes qualité :

« On a trouvé des difficultés pour faire adhérer les responsables des services de soutien à la mise en œuvre de notre plan d'amélioration, la direction aurait dû faciliter cette coordination » ;

« Au début de ce projet qualité, la dynamique de mise en œuvre de la démarche qualité MECO était à son acmé, mais devant la multiplicité d'autres projets relatifs à la réforme hospitalière instaurés à l'hôpital, nos travaux se sont vus relayer au dernier plan. Le suivi commença à s'affaiblir progressivement » ;

« À partir de la deuxième année d'implantation du projet, on s'est livré à nous-mêmes. Ils ont essayé de nous relancer en 2005, mais c'était trop tard » ;

« Il nous manquait une personne ayant le charisme et la volonté pour pouvoir suivre à long terme nos travaux, faciliter l'animation de l'équipe et coordonner les activités de mise en œuvre des plans d'amélioration de la qualité ».

• **Le nombre des réunions réalisées durant une année, sur le nombre de réunions prévues, pour toutes les instances concernées**

Le relevé des informations recueillies à partir de la grille de collecte des données à travers l'analyse documentaire et l'entretien avec les acteurs concernés par notre étude nous ont permis d'agencer le tableau suivant :

Tableau n° IX : Réunions réalisées durant une année, sur réunions prévues, pour toutes les instances concernées

Année	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Comité de pilotage	6/6	3/6	0/6	2/-	-	-
Equipe d'endocrinologie	5/5	5/5	2/5	2/4	2/4	-
Equipe de chirurgie	5/5	5/5	2/5	-	-	-
Equipe de pédiatrie	5/5	5/5	2/5	-	-	-
Equipe d'obstétrique	5/5	5/5				
Equipe de la pharmacie				2/4	-	-
Equipe du CII						2/4
*Rapport	26/26	23/26	6/21	6/8	2/4	2/4

* Nombre des réunions réalisées sur celles prévues.

Le nombre des réunions réalisées relatives à la démarche qualité MECO a considérablement diminué au sein de l'hôpital à partir de l'année 2004, Ce nombre a passé de 26 réunions au décours de l'année 2002 à 2 réunions durant l'année 2007.

Les réunions correspondantes aux activités d'autoévaluations n'ont concerné que deux équipes qualités (celle d'endocrinologie et celle de la pharmacie) en 2005, une seule équipe qualité en 2006 (celle d'endocrinologie) et une autre (le CII) en 2007.

Un relâchement prématuré du comité de pilotage de la démarche est constaté à partir de l'année 2004 : aucun PV de réunion relatif à la démarche qualité MECO n'a été notifié en cette année. « *On n'a pu réaliser aucune des six réunions, de mise au point et de coordination avec les équipes qualité, programmées en 2004* » nous a confié un membre du comité de pilotage.

A noter que deux réunions de présentations des plans d'amélioration des deux équipes qualités d'endocrinologie et de la pharmacie hospitalière ont été effectuées en 2005 au comité de direction de l'établissement (organe consultatif et décisionnel à responsabilité et fonctionnement collégiaux mis en place dans le cadre de la réforme hospitalière).

- **La fréquence de présence du parrain (chef de service ou autre personne désignée) aux réunions de l'équipe qualité**

Le nombre de fois de présence des parrains dans les différentes réunions des équipes qualité a été collecté à partir de l'analyse des rapports et des comptes rendus des autoévaluations. Il est présenté dans le tableau suivant :

Tableau n° X : Présence des parrains dans les réunions des équipes qualité

Année	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Equipe d'endocrinologie	5/5	4/5	0/2	0/2	0/2	-
Equipe de chirurgie	5/5	3/5	0/2	-	-	-
Equipe de pédiatrie	5/5	3/5	0/2	-	-	-
Equipe d'obstétrique	5/5	3/5				
Equipe de la pharmacie				2/2		
Equipe du CII						2/2
*Fréquence	20/20	13/20	0/6	-	-	-

* La fréquence de présence des parrains aux réunions des équipes qualité

L'absence des parrains des trois équipes qualité pilotes a été remarquée dans les PV de toutes les réunions effectuées par ces équipes qualité à partir de l'année 2004. Ces parrains étaient représentés par des personnes ressources désignées des deux pôles des affaires médicales et infirmières.

Le parrain de l'équipe qualité du CII concerne son président qui est l'infirmier chef du service d'endocrinologie. Il s'est investi pour assurer sa présence lors des deux réunions d'autoévaluations réalisées en 2007.

Le parrain de l'équipe de pharmacie était une personne ressource du pôle des soins infirmiers. Son apport a intéressé essentiellement le côté méthodologique. C'est le pharmacien qui a assuré la grande partie de l'étude.

• Le pourcentage des départs de l'équipe

L'analyse des comptes rendus des réunions des équipes qualité et les entretiens avec leurs membres nous ont permis de recueillir les données suivantes relatives à l'évolution annuelle du nombre des membres des équipes qualité à l'HMVM.

Tableau n° XI : Evolution annuelle du nombre des membres des équipes qualité

Année	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Equipe d'endocrinologie	5	5	3	4	3	-
Equipe de chirurgie	5	5	3	-	-	-
Equipe de pédiatrie	5	5	3	-	-	-
Equipe d'obstétrique	5	5				
Equipe de la pharmacie				2	-	-
Equipe du CII						5
*Total	20	20	9	-	-	-

*Les chiffres concernent le nombre des membres des équipes qualité restreintes.

Le pourcentage des départs des équipes avoisine les 40% en 2004 dans les trois services d'endocrinologie, de chirurgie et de pédiatrie. Ces départs n'étaient pas remplacés.

Aucune donnée sur le nombre des membres des deux équipes qualité de chirurgie et de pédiatrie n'a pu être relevée en 2005, 2006 et 2007. Un membre de l'équipe qualité de pédiatrie nous a rapporté « *On était trois en 2004, on a eu beaucoup de mal à poursuivre la démarche MECO par la suite* ». « *... en 2005, l'équipe a rejoint ses activités usuelles de soins sans pouvoir intégrer la méthode d'évaluation* ».

L'équipe qualité de la pharmacie hospitalière était constituée de deux membres uniquement, par manque de personnes qualifiées en pharmacologie et en gestion de produits pharmaceutiques.

1.3- SYNTHÈSE :

L'interprétation des résultats de ces différents indicateurs montre toute la difficulté à laquelle s'était confrontée l'introduction de la démarche qualité MECO au sein de l'hôpital. En effet, l'approche adoptée dans les services de soins pilotes n'a pu être initiée que durant les deux premières années d'implantation (2002-2004) et n'a pu être ni pérennisée surtout dans les deux services de chirurgie et de pédiatrie, ni généralisée aux autres services hospitaliers (en dehors des expériences non concluantes du CII et de la pharmacie hospitalière).

Tout ceci peut nous amener à considérer que le processus d'implantation de la démarche qualité MECO à l'HMVM avait dépendu énormément de l'intensité avec laquelle les membres des équipes qualité et du comité de pilotage se sont investis dans la mise en œuvre de la démarche qualité.

La difficulté de pérennisation et de généralisation de l'approche MECO, ainsi que les variations constatées dans l'investissement entre les services pilotes en faveur de la démarche qualité sont dues, selon notre modèle théorique de routinisation des démarches qualités, à plusieurs facteurs que nous avons classés en quatre axes.

Pour conduire notre réflexion sur ces facteurs et pouvoir vérifier nos hypothèses de recherche préalablement retenues, nous nous sommes proposés de mettre en parallèle les informations recueillies, tant à travers l'analyse des documents que celle des entretiens.

2- LES FACTEURS AYANT INFLUENCES LA MISE EN OEUVRE ET LA PERENNISATION DE LA DEMARCHE QUALITE « MECO »

Ils ont été présentés selon les quatre dimensions inhérentes à la conduite d'une démarche qualité : stratégique, structurelle, technique et culturelle. La grille d'analyse des entretiens se trouve en annexe 2. Nous avons choisi de regrouper les idées communes aux différents acteurs interrogés tout en conservant les propos qui nous ont paru les plus significatifs. Ils figurent entre guillemets *en italique* dans le texte.

2.1- LA DIMENSION STRATEGIQUE :

Elle a été évoquée par toutes les personnes qui avaient occupé des fonctions de pilotage de la démarche qualité MECO (14 membres). Elles ont insisté sur la nécessité de faire figurer la qualité en bonne place dans les projets de l'hôpital. De ce fait, ce choix stratégique ; concernant la thématique de la qualité et la mise en œuvre de la MECO comme outils d'évaluation ; était unanime dans le comité de pilotage.

Or, pour certains (5/14 membres), il était inadéquat de ne pas officialiser le temps consacré à la qualité, surtout celui du coordonnateur de la démarche qualité. Cette fonction a été confiée à un médecin spécialiste déjà en exercice. Il n'a pas su se libérer de ses tâches de soins pour suivre les différentes équipes qualité.

D'autres (4/14 membres), ont estimé que son appartenance au monde médical et la reconnaissance professionnelle qui en découle ainsi que la formation qu'il a reçue (au Canada) devraient en faire la personne la mieux placée pour favoriser la pérennité des actions qualité et de promouvoir toute approche d'évaluation et d'amélioration de la qualité des soins.

Un membre du comité de pilotage nous a livré « *il est tout naturel que le coordonnateur de la démarche qualité aurait dû mener l'approche après le départ de l'assistance technique, c'est lui qui était le plus formé (à l'hôpital et au Canada), il aurait dû être proche des professionnels ayant un impact direct sur les malades* ».

Un autre membre a affirmé « *ce choix stratégique aurait nécessité de la part du coordonnateur une attention particulière pour que les professionnels, surtout ceux peu impliqués, ne se sentaient pas délaissés à eux-mêmes* ». Il a estimé en plus que dans la perspective de la départementalisation, le coordonnateur de la démarche qualité aurait encore davantage de missions d'impulsion de nouvelles organisations et pratiques.

Quand au coordonnateur de la démarche qualité, il a considéré que la fonction de coordination reste toujours indispensable, en particulier dans la promotion de la qualité entre autre la MECO.

Pour un autre membre, le fait que la pérennisation et la généralisation de l'approche MECO soient difficiles interroge à la fois la démarche adoptée et les personnes impliquées dans ce projet. Il a insisté sur l'importance qu'avait chaque service pilote de l'établissement de s'impliquer à la fois dans des thématiques spécifiques à son secteur mais également transversales interdisciplinaires pour promouvoir l'approche d'équipe et les échanges d'expérience.

Le chef de l'établissement hospitalier nous a expliqué que le choix de la qualité était toujours stratégique pour l'hôpital. C'est pour lui une façon d'anticiper le fait que les chefs des départements n'auront plus à l'avenir seulement un champ d'exercice circonscrit, mais aussi un domaine général transdisciplinaire (la qualité étant un exemple).

Dans le même sens, le chef du pôle médical a ajouté en affirmant que l'encadrement et le suivi sont la clé de réussite de la gestion de la qualité à l'hôpital.

Un membre du pôle des affaires médicales appartenant au CAAQ a évoqué la possibilité qu'avait le comité de pilotage d'encourager et de reconnaître l'importance des travaux des services qui se sont engagés dans la démarche d'autoévaluation ou qui l'ont mené à bien. Il a considéré que cela aurait pu représenter un levier de motivation, mais cette pratique était peu fréquente dans la fonction quotidienne hospitalière. Il a insisté également sur l'insuffisance de la volonté hospitalière et qui s'était traduite par un manque de soutien de toute la chaîne hiérarchique à la démarche MECO.

La plupart des membres des équipes qualité retraintes et élargies (16/21 membres) ont considéré faible l'engagement de la hiérarchie. Ils ont affirmé aussi que les responsables de l'hôpital avaient opté pour une attitude attentiste, se contentant de soutenir de loin les acteurs spontanément engagés dans l'évaluation de la qualité de leurs services après le départ de l'assistance technique.

De sa part, le chef de l'établissement a déclaré « *C'est vrai qu'il manquait une politique de pérennisation et de diffusion de la démarche MECO, mais elle ne pouvait être ordonnée par la direction car, personne ne l'appliquera. Une telle politique d'évaluation des pratiques professionnelles devrait émerger plutôt de la base. Si nous avons émis des notes de services pour insuffler une telle politique, ça n'aurait servi à rien* » nous a déclaré le chef de l'établissement.

Le chef du pôle des soins infirmiers a estimé que la qualité concerne chaque professionnel dans son activité quotidienne. Par contre, il faut des personnes qui motivent, expliquent et aident les professionnels sur le terrain. Ces personnes ont des missions d'animation et de coordination. De là, la démarche MECO aurait pu être menée à bien si c'était le cas.

La plupart des interrogés du comité de pilotage (11/14 membres) se sont accordés à dire que l'implication de la communauté médicale et infirmière était indispensable pour assurer le succès de la démarche qualité MECO. Cela semble une réalité dans l'établissement, « *à l'époque de l'implantation du projet qualité, nous étions seuls. On n'avait pas encore le CMDP ni le CII qui devraient eux aussi être partie prenante dans le pilotage et la mise en œuvre de la démarche d'évaluation au sein de l'hôpital* » a affirmé un membre du comité de pilotage.

Dans le même esprit, le chef d'établissement avait voulu que le projet qualité ne soit pas uniquement centré sur l'évaluation de la qualité des soins, mais aussi sur la préparation du personnel de l'hôpital aux démarches d'accréditation, puisque dans le cadre du PFGSS, l'assistance du pôle B avait déjà annoncé sa volonté d'élaborer avec la DHSA une méthodologie pour le développement d'un système d'accréditation hospitalier. Alors que, les professionnels médicaux, bien qu'ils fussent associés dès le début à la démarche qualité à travers les formations qui avaient concerné certains

médecins et presque l'ensemble des médecins chefs des services et majors, étaient moins impliqués, ce que regrette le chef d'établissement.

Par ailleurs, les responsables des équipes qualité ont rapporté qu'ils ont souffert du manque de coordination effective de la démarche MECO et de son pilotage par le CAAQ, auprès duquel ils auraient dû trouver du soutien et des conseils. Un responsable d'équipe nous a déclaré « *Après le départ de l'assistance technique, on commençait à avoir une sensation d'isolement, d'être livrés à nous-mêmes pour tout ce qui concerne les évaluations et la mise en œuvre des plans d'amélioration* ». Cette situation avait nuit selon les responsables des équipes qualité à la cohérence des actions entreprises dans les domaines de l'amélioration de la qualité des soins. L'exemple évoqué est celui de la diminution progressive des réunions avec le comité de pilotage (réduction des réunions avec le comité, défaut de présentation des rapports d'étapes et des résultats) et des auto-évaluations relatives à la démarche MECO et sa non généralisation.

La plupart des personnes qui étaient en charge du CAAQ (9/14 membres) ont insisté sur la nécessité d'une approche pragmatique. « *La démarche aurait dû avant tout être comprise par tous les acteurs du terrain pour qu'ils puissent se l'approprier. De ce fait, la communication aurait dû revêtir un caractère stratégique* » a déclaré un membre du CAAQ. « *D'une part la direction aurait dû affirmer sa volonté d'inscrire l'établissement dans un processus d'amélioration de la qualité, d'autre part elle aurait dû concevoir un plan de communication efficace, afin de montrer aux professionnels l'état d'avancement et les résultats des démarches qualité auxquels les équipes qualité des services pilotes avaient pris part. Cela aurait représenté une source de motivation pour eux* » a déclaré un autre membre du comité de pilotage.

La plupart des interviewés (25/35 membres) ont insisté sur l'implication indispensable de la direction dans les démarches qualité. « *Elle aurait dû montrer, par ses interventions dans le comité de pilotage, dans les différentes instances ou réunions son soutien et sa volonté qu'elles aboutissent. Cette démarche aurait dû être ensuite reconduite par l'ensemble des membres du comité de pilotage et des collaborateurs* » a affirmé un responsable d'une équipe qualité.

Synthèse « dimension stratégique » : L'équipe de direction de l'hôpital Mohammed V de Meknès est convaincue que la qualité est une démarche stratégique. Elle doit faire partie intégrante de ses préoccupations. La mise en œuvre de la démarche MECO a connu de nombreuses difficultés qui ont influencé sa pérennisation dans les services pilotes et sa généralisation à l'hôpital. Parmi ses difficultés, on note :

- L'absence d'une représentativité réelle des groupes de médecins et d'infirmiers qui auraient pu parrainer la démarche qualité ;
- Le manque d'implication des responsables de l'hôpital et de leurs soutiens aux activités des équipes qualité qui se sont engagées dans l'évaluation de la qualité de leurs services ;
- Ainsi que l'insuffisance de communication interne élargie autour de l'approche MECO et de la mise à l'épreuve des plans d'améliorations de ces équipes qualité.

2.2- LA DIMENSION STRUCTURELLE

A l'hôpital Mohammed V de Meknès, le dispositif structurel autour de la démarche qualité MECO avait compris : un comité de pilotage appelé également comité d'assurance et d'amélioration de la qualité (CAAQ) qui se situait au niveau stratégique et un coordonnateur de la démarche avec les quatre équipes qualité au niveau opérationnel. Le comité de pilotage était composé du directeur de l'hôpital, du chef et d'autres membres du pôle des affaires médicales, du chef et d'autres membres du pôle des soins infirmiers, du chef du pôle des affaires administratives et du coordonnateur de la démarche qualité qui devrait assurer la coordination de la démarche au sein de l'hôpital. Les responsables des équipes qualité étaient également des membres du comité de pilotage.

Un membre du comité nous a affirmé « *la coordination entre les équipes qualité et le comité de pilotage aurait dû être facilitée par le coordonnateur de la démarche, qui était le médecin le plus formé à la démarche MECO et connaissant les contraintes et les atouts pouvant être rencontrés par l'application d'une telle méthode d'évaluation de la qualité des soins* ».

Le coordonnateur de la démarche qualité a estimé que la fonction de coordination était indispensable, en particulier dans la promotion de la qualité entre autre la MECO. Mais, il a précisé : *« la tâche n'était pas aussi facile au début du projet, en absence de toute représentativité élargie du corps médical et des professionnels paramédicaux qui pourraient donner de l'élan à l'adoption, la mise en œuvre et la diffusion de la méthode d'évaluation à l'hôpital. Ils nous auraient aidés à réaliser des autoévaluations dans les services concernés et dans les domaines qu'ils estimeraient nécessaires, d'autant plus qu'il n'existait aucune habitude d'évaluation au sein de l'hôpital ».*

Il a ajouté : *« devant le nombre important des services hospitaliers, il était très difficile d'animer, de coordonner et de piloter les activités de leurs équipes qualité. Une telle politique de diffusion de l'approche MECO aurait dû prendre en considération cette contrainte de charge de travail et d'indisponibilité des personnes ressources pour le pilotage de cette démarche qualité ».*

Par ailleurs, il est à noter que l'organe stratégique (CAAQ) était pluridisciplinaires (professionnels médicaux et paramédicaux, représentants des services administratifs et logistiques, membres de l'équipe de direction). Il comprenait en moyenne 14 personnes.

Les équipes qualité restreintes étaient composées de 5 personnes chacune (en général, le médecin chef du service, le major, un médecin et un infirmier du service en plus d'une personne ressource de l'équipe de direction).

Les responsables qualité des 3 services pilotes enquêtés ont insisté sur le fait qu'il y avait une insuffisance de la cohérence de la démarche et de la coordination du dispositif qualité mis en place. *« Personne n'avait fait le lien entre les différentes auto-évaluations réalisées dans l'hôpital après le départ de l'assistance technique »* a affirmé un responsable d'une équipe qualité. *« Après le départ de l'Assistance Technique, les démarches n'étaient pas intégrées dans les pratiques quotidiennes de l'hôpital. De ce fait, on n'avait pas fourni d'état d'avancement de nos projets qualité. Aucune synthèse ne nous était demandée ni du coordonnateur de la démarche qualité ni du comité de pilotage »* a affirmé un autre responsable d'une équipe qualité.

La plupart des membres des équipes qualité restreintes interviewés (9/12 membres) se sont accordés à dire que le choix des personnes qui avaient accompagné le projet qualité « MECO » surtout en orientation et coordination était capital. *« Elles auraient dû à la fois faire preuve de leadership et de charisme, mais aussi suffisamment maîtriser la méthodologie et le processus de la démarche qualité MECO pour être capable d'apporter le soutien nécessaire à chaque étape du cycle de la MECO »* a déclaré un membre d'une équipe qualité.

En plus, certains membres des équipes qualité restreintes interrogés (5/12 membres) dans les trois services pilotes pensent aussi que l'absence répétitive des responsables (chefs des services pilotes ou autres personnes ressources) aux réunions leur avait fait manquer le soutien indispensable, tant au niveau méthodologique que psychologique. *« Ce sont eux qui auraient dû nous apporter le plus de soutien et nous accompagner dans la conduite de nos démarches d'évaluation de la qualité des soins »* a déclaré un des membres des équipes qualité.

De leurs part, les responsables qualité des trois services pilotes de l'établissement ont regretté n'avoir pas bénéficié de formation à l'instar du coordonnateur de la démarche qualité. Ils étaient souvent démunis dans la conduite des groupes de travail au sein des unités de soins. Cela avait entraîné selon eux des difficultés de positionnement vis-à-vis des équipes qualité.

Synthèse « dimension structurelle » : On peut constater que la structuration du dispositif de la démarche qualité MECO, bien qu'elle fût adaptée au contexte, elle n'avait pas pu favoriser l'intégration de la culture qualité et de la démarche MECO au sein de l'hôpital. Il apparaît aussi que la coordination des activités relatives à l'approche MECO était défailante puisque la plupart des personnes interrogées ont insisté qu'il n'y ait pas de personnes ressources effectives, jouissant d'un leadership fort, qui auraient assumé cette tâche. Il semble que la non-exécution des missions assignées à chaque structure avait gêné cette coordination. Il apparaît également que la non-clarification des objectifs des structures et de la responsabilité de chaque acteur avait entravé la réussite de la conduite de la démarche MECO à l'hôpital.

2.3- LA DIMENSION TECHNIQUE

La plupart des personnes interrogées dans le comité de pilotage (10/14 membres) ont estimé que la difficulté à mener la démarche qualité MECO à son terme était due également à la non-maîtrise de la conduite de projet. Ils ont évoqué aussi que les équipes qualités avaient connu beaucoup de difficultés pour conduire à bien leurs plans d'amélioration relatifs à l'application de la MECO. « *Si vous consultez les rapports d'autoévaluations des équipes, vous allez voir que les taux de conformité des résultats des différentes études réalisées ne se sont pas améliorés dans la majorité des cas* » a rapporté un membre du comité de pilotage. Certains membres des équipes restreintes et du comité de pilotage interviewés se sont accordés à dire que la partie concernant la conduite des plans d'améliorations était souvent négligée. « *Quand l'autoévaluation était réalisée, elle n'était pas toujours utilisée pour rebondir sur de nouveaux plans d'action* » a déclaré un membre d'une équipe qualité restreinte.

La plupart des acteurs opérationnels et de pilotages interviewés (30/35 membres) ont rapporté que la MECO était simple et facile à pratiquer. Ils ont pu l'adopter sans difficulté suite aux formations reçues.

Il apparaît également qu'il n'y avait pas, pour le comité de pilotage, l'habitude de l'utilisation de tableaux de bords ou d'indicateurs pour avoir de l'information sur l'activité des équipes qualité et la mise en œuvre de la démarche qualité MECO à l'hôpital. Du moment où le directeur nous a affirmé « *Les démarches qualité sont clairement définies comme des gestions de projets qui doivent intégrer une évaluation à l'échelle de la direction à la fois pour s'assurer que le projet progresse tel que prévu et que les nouvelles organisations sont réellement mises en œuvre sur le terrain avec le résultat escompté* ».

Par ailleurs, certains membres du comité de pilotage (5/14 membres) ont signalé, la tentation de certaines équipes de vouloir trop faire avec des objectifs exagérés, ou de vouloir trop demander à l'administration en dépit des ressources limitées de l'hôpital. Ces situations, selon eux, étaient sources de contraintes pour la direction et de démotivation pour les groupes de travail. Un membre du pôle des affaires médicales de l'hôpital a insisté sur la nécessité, pour les groupes de travail, de clarifier des objectifs

réalistes pour éviter les dérives sources de sentiments d'échec et de démotivation chez les participants.

Nos entretiens avec certains acteurs des équipes qualité **élargies** (4/9 membres), qui avaient participé à l'élaboration des plans d'améliorations, ont montré que ces derniers n'étaient pas informés de l'évolution de la mise en œuvre de ces actions d'amélioration et étaient donc peu sujettes à s'engager dans de nouveaux projets d'amélioration. « *Les responsables des équipes qualité auraient dû développer une rigueur dans le suivi des actions et l'information de tous les intervenants hospitaliers pour l'atteinte des objectifs d'amélioration fixés et garantir leurs engagements ultérieurs* » a déclaré un chef de service médico-technique.

La pluridisciplinarité a été identifiée par les membres du comité de pilotage comme un élément clé dans la conduite de la démarche MECO. « *Cela pourrait générer un partage des expériences et contribuerait à la prise de conscience que chaque professionnel est inscrit dans un enchaînement de processus d'amélioration* » a évoqué un membre du comité de pilotage. Mais dans les réunions élargies des trois équipes qualité nous avons notifié à travers les PV de réunion et les entretiens une présence réduite des autres acteurs hospitaliers (limité en maximum à deux).

Par ailleurs, toutes les personnes positionnées au sein des équipes qualité ont insisté sur la nécessité que les responsables du comité de pilotage auraient dû être plus pédagogues « *Il aurait fallu valoriser nos travaux même s'ils n'étaient pas parfaits. Cela aurait contribué à nous montrer que nous produisons déjà de la qualité* » a déclaré un des membres des équipes qualité. C'est selon eux une sorte de motivation pour qu'ils puissent intégrer davantage une culture qualité et s'impliquer plus dans la mise en œuvre de la démarche MECO.

Le volet formation a été également évoqué de façon plus particulière par le personnel des services médico-techniques et de soutien des équipes qualité élargies « *L'ensemble des médecins chefs des services et les infirmiers chefs ont suivi une formation sur l'approche MECO, mais il n'y avait pas de diffusion de l'information ou de la formation aux restes du personnel hospitalier* » a déclaré un membre de l'équipe élargie. « *Ils nous avaient sollicité pour l'élaboration de leurs plans d'amélioration,*

pourtant la majorité d'entre nous n'avait pas bénéficié d'aucune formation sur la gestion des projets et en plus nous n'avons pas été tenu informé de l'évolution des plans d'améliorations établis et du projet qualité en globalité mis en œuvre à l'hôpital» a affirmé un autre membre de l'équipe élargie. Cela n'avait pas permis, selon eux, d'avoir un langage commun et n'avait pas facilité la communication et delà la généralisation de l'approche.

Synthèse « dimension technique » : Il semble qu'il y eût une difficulté dans la gestion des projets d'amélioration relatifs à la démarche qualité MECO ce qui a retentit sur sa continuité.

Si les personnes interrogées ont reconnu l'importance des tableaux de bord contenant des indicateurs pertinents, il semble qu'ils n'étaient pas utilisés pour suivre la mise en œuvre de la démarche qualité MECO à l'hôpital.

De même, il y avait un défaut de valorisation des travaux des équipes qualité ce qui a été source de frustration de ces acteurs qui se sont engagés dans l'évaluation de la qualité des soins de leurs services.

Il apparaît, également, que le manque d'une pluridisciplinarité satisfaisante des équipes qualités élargies, d'un travail d'équipe et l'insuffisance de l'information et de la formation des différents intervenants avaient influencé négativement la conduite et la pérennité de la démarche qualité MECO au sein de l'hôpital.

2.4- LA DIMENSION CULTURELLE

La culture a été évoquée par toutes les personnes (acteurs opérationnels et de pilotage) interrogées comme le principal barrage auquel étaient confrontées la conduite et la pérennisation de la démarche qualité MECO à l'hôpital et plus particulièrement son appropriation par les professionnels au sein des services pilotes comme méthode d'évaluation des pratiques professionnelles.

Les difficultés avaient concerné la pluridisciplinarité dans les groupes de travail, l'intégration d'une approche client et d'une culture de l'évaluation. Certains membres des équipes qualité et du comité de pilotage interrogés (9/35 membres) ont estimé également que la formalisation des protocoles et la traçabilité n'étaient pas intégrées

globalement dans la culture des soignants. De ce fait, selon eux, l'approche MECO n'était pas inscrite dans une démarche continue et n'avait pu être généralisé.

La plupart des acteurs opérationnels interviewés (16/21 membres) ont qualifié l'apport de la démarche MECO, en termes d'utilité pour le patient et d'organisations des soins, comme faible. Certains d'entre eux (7/16) ont expliqué leurs appréciations par l'insuffisance des améliorations observées dans les résultats des autoévaluations de leurs équipes qualité, d'autres (5) l'ont rattaché à la difficulté à laquelle s'est confrontée la démarche qualité pour s'étendre à d'autres thématiques voir d'autres services hospitaliers.

La plupart des membres du comité de pilotage (12/14 membres) ont pensé que l'évaluation garde une connotation négative et péjorative aux yeux des professionnels. Ils ont évoqué, également, que les acteurs opérationnels avaient des difficultés à percevoir le fait qu'elle puisse permettre une valorisation et une reconnaissance de leurs travaux.

Ils ont estimé en plus que dans une large mesure, les professionnels de l'établissement n'avaient pas intégré le concept d'évaluation de leurs pratiques, et que l'évaluation avait évoqué chez certains professionnels également une notion de sanction. *« La démarche d'évaluation a été vécue comme une peine, un moyen de montrer ce qui ne va pas. C'est d'ailleurs la principale source de difficulté de pérennisation de la démarche MECO à l'hôpital ». « ... L'évaluation s'était vite oubliée par la plupart des équipes »* a déclaré un membre du comité de pilotage.

Seul le service d'endocrinologie a pu poursuivre ses démarches d'autoévaluations liées à la MECO, bien que la deuxième thématique fût relative à une actualité infirmière. Il semble que le personnel infirmier était plus réceptif à cette culture de l'évaluation et apparaissait plus motivé à la démarche, engagement qui a été souligné par la plupart des membres du comité de pilotage, *« Le CII avait entrepris en 2007 la démarche MECO alors même que cela n'était pas demandé par la direction de l'établissement »*. Le président du CII a affirmé *« nous nous sommes rendu compte que les évaluations nous permettaient de montrer ce qui était bien fait, valorisant ainsi notre professionnalisme »*. Mais il a nuancé ses propos en estimant que la démarche

adoptée s'était confrontée à un manque réel de formation des acteurs infirmiers en la méthode à l'échelle hospitalier. Cela quant même témoigne de l'intégration progressive d'une certaine culture qualité chez le personnel infirmier par rapport à son homologue médical.

En effet, parmi les professionnels des services pilotes, c'est manifestement la communauté médicale qui s'était impliqué le moins. Ce constat étant fait par tous les groupes d'acteurs interrogés, y compris les médecins. On avait noté leurs faibles participations aux activités d'évaluation et aussi parfois un refus plus ou moins ouvert de se conformer aux plans d'améliorations élaborés par les groupes du travail. Certains membres du comité de pilotage ont estimé que ce défaut d'adhésion avait concerné également les médecins des autres services hospitaliers puisqu'ils n'avaient pas adopté la démarche bien que certains étaient formés à l'approche. Ceci était identifié comme facteur de démotivation des autres professionnels. Un membre du pôle médical a affirmé « *dans certains services, il y a des médecins qui sont au-dessus des lois, au-dessus de toutes règles de fonctionnements, et que personne ne peut contrer* ».

La plupart des médecins des services pilotes interrogés ont justifié ce déficit d'intérêt par la surcharge de travail, le manque de temps et le manque de ressources en général. Les médecins ont exprimé aussi des réserves par rapport à la culture de l'écrit, inhérente à la démarche MECO. Ils y voyaient aussi un excès de formalisme, la mise en place d'une bureaucratie des papiers, voire une menace pour leurs autonomies. « *tout le monde s'interroge : est-ce-que ce n'est pas un excellent moyen pour nous surveiller de plus près et puis à terme de nous mettre sous une espèce de tutelle ?* » a déclaré un médecin membre d'une équipe qualité.

Par ailleurs, le chef de l'établissement a affirmé aussi que l'acquisition d'une culture qualité relative à une méthode d'évaluation des pratiques n'est pas qu'une question de temps. Elle se fonde également beaucoup sur une politique de communication élargie et continue. La communication est, selon lui, le levier essentiel pour influencer la culture des professionnels vis-à-vis de la qualité d'une manière générale. C'est un ingrédient indispensable à la vitalité du système hospitalier. Il a ajouté qu'il faudrait communiquer sur la qualité par exemple à l'occasion de réunions formelles et

informelles, mais cette culture doit d'abord être partagée au sein de l'équipe de direction.

Les responsables des équipes qualité et autres membres du CAAQ (4/14 membres) ont déclaré que l'évolution de la culture qualité chez les professionnels du terrain ne pourrait passer que par l'encadrement. Des responsables de deux équipes qualité interrogées ont insisté sur le fait que la formation des professionnels de leurs services à la démarche qualité MECO était indispensable pour s'en approprier, chose qui n'était pas faite. En plus, ils ont apparenté l'acquisition de cette culture qualité à une stratégie conquête, de contamination progressive. C'est pourquoi les participants auraient dû se sentir soutenu par leur hiérarchie. « *Nous avons compté sur le coordonnateur de la démarche pour nous épauler dans cette approche d'évaluation et faire en sorte que toute la direction soit entraînée en mobilisant les ressources nécessaires à sa réussite* » a déclaré un responsable d'une équipe qualité.

Le suivi des équipes qualité par le coordonnateur de la démarche était aussi un point déterminant. Pour un membre du comité de pilotage « *le coordonnateur de la démarche aurait dû aider les groupes de travail à établir leurs plans d'actions. Mais lui aussi attendait de leurs parts des initiatives d'auto-évaluations* ».

Par ailleurs, le coordonnateur de la démarche qualité a évoqué la possibilité qu'avait la direction d'asseoir une partie de l'évaluation des professionnels sur les résultats des plans d'actions menés au sein de leurs services respectifs ou des démarches qualité auxquelles ils ont participé. Il a estimé aussi que « *la plupart des responsables des équipes étaient trop dans le faire et pas assez dans la façon de conduire leurs équipes* ». « *Le rôle du coordonnateur et de la direction devrait être de les aider à s'en sortir* ».

Comme en écho à ces propos, tous les responsables des équipes qualité interrogés ont mentionné leurs difficultés à mobiliser les acteurs du terrain sur la démarche qualité MECO après le départ de l'assistance technique.

Toutes les personnes interviewées ont estimé aussi que seul un management adapté de la part des différents intervenants pourrait permettre l'acquisition progressive par les acteurs d'une culture qualité et d'une éventuelle méthode d'évaluation.

Le coordonnateur de la démarche qualité a évoqué aussi la culture orale des soignants comme un obstacle à la conduite de la démarche qualité MECO. « *C'est pourquoi il a fallu au début du projet de réaliser un effort pédagogique d'explication pour inciter les professionnels à bien tenir les dossiers patients et à formaliser leurs pratiques* » a déclaré le coordonnateur de la démarche qualité.

Synthèse « dimension culturelle » : La méthode d'évaluation n'avait pu être adoptée par les responsables des autres services bien que certains (surtout les chefs de service) fussent formés dans ce sens. D'autant plus que cette formation n'a pas été généralisée à un public plus large pour qu'elle soit appliquée facilement par l'ensemble des professionnels hospitaliers.

Il apparaît que la culture qualité (intégrant la culture d'évaluation) était davantage absente au sein de l'établissement.

L'appropriation de la méthode d'évaluation avait dépendu grandement de la façon dont elle était communiquée, menée et surtout suivie.

Il semble aussi qu'il y eût une résistance passive du corps médical confronté à une implication relative du personnel infirmier. La résistance du corps médical avait apparu liée à la position du médecin dans l'organisation hospitalière. En tant que professionnel qualifié, il est au centre du processus de production et il dispose d'un fort pouvoir d'influence sur tout ce qui concerne l'organisation.

Il apparaît que les médecins n'avaient aucun intérêt objectif à s'impliquer dans l'évaluation de la qualité de soins par la MECO et il n'y avait pas d'incitatifs qui pourraient les pousser à le faire. On peut même suggérer qu'ils avaient tout à y perdre car, l'acceptation de se plier à des règles et à des plans d'améliorations collectives des pratiques conduisait à réduire l'espace de liberté dont ils disposent dans l'organisation.

IX- SYNTHÈSE ET ORIENTATIONS PROFESSIONNELLES

L'étude réalisée nous a permis de formuler des orientations professionnelles dans le cadre de la fonction de gestionnaire hospitalier. Ces orientations vont s'appuyer sur une synthèse des éléments d'analyse de notre travail.

1- VERIFICATION DES HYPOTHESES

1.1- VERIFICATION DE LA PREMIERE HYPOTHESE

« Le manque d'adhésion des professionnels de soins à l'approche MECO ».

Cette hypothèse est en partie vérifiée. En effet, notre enquête a permis de montrer que dans une certaine mesure, la culture de l'évaluation n'était pas intégrée par l'ensemble des acteurs opérationnels ayant été impliqués dans la mise en œuvre de la démarche qualité MECO. S'il apparaît que tous les professionnels appartenants au comité de pilotage étaient conscients de l'intérêt d'une telle démarche pour améliorer le niveau du service hospitalier, il n'en était pas de même pour les membres des équipes qualités et surtout le personnel médical. Il nous a semblé que ce dernier avait moins adhéré à l'approche d'évaluation de la qualité des soins MECO.

1.2- VERIFICATION DE LA DEUXIEME HYPOTHESE

« Le manque d'implication des responsables qui avaient assuré le management des équipes qualité ».

Cette hypothèse est en partie vérifiée. En effet, nous avons pu établir que si l'introduction de la démarche qualité MECO à l'HMVM avait constitué une initiative d'implantation d'une nouvelle approche d'évaluation des pratiques professionnelles au sein de l'hôpital, le management en était un levier essentiel.

Il apparaît que les propos évoqués par les responsables des équipes qualité des services pilotes vis-à-vis du coordonnateur de la démarche qualité et du comité

de pilotage, sont similaires à celles évoquées par les membres des équipes qualité vis-à-vis de leurs parrains. Cela témoigne bien du fait qu'acquérir une culture d'évaluation demande des habiletés de management majeures. Celles-ci trouvent leur source dans la capacité à communiquer, à expliquer, donc à faire preuve de leadership.

Nous avons pu aussi mettre en évidence que le comité de pilotage aurait dû suivre et soutenir de près les équipes qualité. Il aurait dû, également, piloter la formation des acteurs du terrain à l'approche MECO et aux principes de conduite des projets d'amélioration de la qualité. De même, il aurait dû assurer la diffusion régulière de l'information relative aux réalisations des différentes équipes qualité à l'ensemble des professionnels. Le coordonnateur de la démarche qualité aurait dû s'individualiser en développant des capacités de coaching. Cela semble être une attente importante des acteurs opérationnels. Dans ce sens, on peut affirmer que le management des responsables appartenants au CAAQ aurait dû être plus performant pour manifester réellement leur implication dans le processus de mise en œuvre de la démarche qualité MECO au sein de l'hôpital.

1.3- VERIFICATION DE LA TROISIEME HYPOTHESE

« La défaillance de coordination entre les structures qui avaient assuré la gestion de la démarche qualité (MECO) ».

Cette hypothèse est également en partie vérifiée. En effet, l'établissement avait mis en place une structure qualité composée d'un comité de pilotage ayant un rôle stratégique, un poste de coordonnateur de la démarche qualité et des équipes qualité opérationnelles.

Il apparaît que le comité de pilotage n'avait pas joué pleinement son rôle puisqu'il semble qu'il ne se fût pas inscrit dans une politique qualité, bien définie, relative à la mise en œuvre de l'approche MECO au sein de l'hôpital après le départ de l'assistance technique. Ce manque s'était manifesté, à notre avis, sur le terrain par un défaut de coordination des actions d'améliorations mises en œuvre par les différentes équipes qualité.

Il nous semble aussi que le coordonnateur de la démarche qualité n'avait pas manifesté assez de capacités managériales pour animer les activités des équipes qualité et promouvoir l'approche d'évaluation de la qualité des soins MECO au sein de l'hôpital. Nous en sommes convaincus devant la réaction des responsables et des membres des équipes qualité : ils s'étaient retrouvés démunis devant l'absence d'une personne qui aurait pu les guider dans la réalisation et la pérennisation de leurs travaux. Cela nous a permis par la même occasion de nous révéler l'utilité d'une telle fonction de coordination au sein d'un établissement pour assurer la gestion d'une démarche qualité.

De plus il y avait un manque de communication entre les membres multidisciplinaires des équipes qualité élargies qui s'était traduit par la difficulté dans la mise en œuvre des plans d'amélioration des groupes de travail des services pilotes.

2- ORIENTATIONS PROFESSIONNELLES

Dans le cadre de notre étude, nous avons insisté sur la manière dont la démarche a été menée au sein de l'hôpital après le départ de l'assistant technique. Nous avons choisi de ne pas interroger le personnel des autres services n'ayant pas été impliqué dans la mise en œuvre de la démarche qualité MECO. Il s'agit sans doute d'une limite car, ceux-ci auraient pu nous apporter des pistes supplémentaires de réflexion.

Notre analyse de la mise en œuvre de la démarche qualité MECO et l'entretien avec les responsables de l'hôpital nous ont permis de dégager des perspectives pour notre pratique de gestionnaire. Nous avons essayé de décliner les éléments qui nous ont paru incontournables pour favoriser la conduite d'une démarche qualité à son terme.

Dans un premier temps, nous avons proposé le positionnement que le chef de l'établissement doit avoir, le comportement qu'il doit adopter et la stratégie qu'il doit développer.

En second lieu, nous avons évoqué le management qui pourra être mis en place vis-à-vis des responsables des services et du personnel hospitalier. En effet, ils sont tous responsables de la qualité des prestations dans leurs secteurs d'activité, quel que soit leurs situations hiérarchiques.

2.1- Le positionnement du chef de l'établissement dans la démarche d'amélioration de la qualité

Comme nous l'avons mis en évidence, la conduite d'une démarche qualité nécessite un choix stratégique, au plus haut niveau de l'établissement. Le chef de l'établissement aura donc un rôle important à y jouer. Ce choix pourra être exprimé dans le projet d'établissement et les projets qui en découlent, dont le projet médical, le projet des soins infirmiers et le projet managérial.

Mais ce choix ne peut être concrétisé que si tous les professionnels médicaux, infirmiers et administratifs travaillent en concertation étroite afin de définir des axes d'amélioration qui seront repris dans leurs projets respectifs et d'en déterminer leurs priorités.

En effet, la qualité est l'affaire de tous. Elle doit être une recherche permanente et omniprésente de tous les acteurs de l'établissement. Il est donc indispensable de développer un management de type participatif qui permette de faciliter l'adhésion et l'implication de chacun.

Comme nous l'avons relevé dans notre étude, c'est la fonction de meneur d'hommes du chef d'établissement en association avec les différents collaborateurs qui doit être mise à contribution dans la mise en œuvre et le suivi d'un projet d'amélioration de la qualité.

Les personnes que nous avons interviewées et qui avaient assuré des fonctions en lien avec la mise en œuvre de la démarche qualité MECO n'ont pas évoqué seulement l'insuffisance des ressources matérielles et humaines. Leur discours s'est fortement investi dans le domaine des relations humaines traduisant la nécessité de travailler sur ce domaine, dialoguer, tenir compte des difficultés et être cohérent avec la réalité du terrain.

2.2- Le positionnement vis-à-vis des responsables des services dans la démarche d'amélioration de la qualité

Les responsables des services occupent une place stratégique au sein de l'établissement hospitalier. Non seulement ils doivent coordonner les activités de soins et animer les équipes, mais ils doivent également être les premiers porteurs des projets d'améliorations de leurs services. Sans leurs adhésions, rien ne pourra aboutir. C'est donc sur leur engagement que pourra s'appuyer l'établissement pour conduire des démarches d'évaluation de la qualité des soins. Pour le chef de l'établissement, ils sont parmi ses principaux collaborateurs. C'est avec eux qu'il pourra mettre en œuvre les missions d'amélioration de la qualité du service.

2.3- Le management des équipes qualité

Le gestionnaire se doit de développer son leadership c'est-à-dire une vision clairement structurée de l'avenir, facile à comprendre et qui puisse se décliner en objectifs opérationnels clairs. Il doit aussi faire comprendre les buts à atteindre aussi bien à ces collaborateurs qu'aux différents personnels. Pour transmettre cette vision, il faudra faire adhérer les professionnels aux éventuels démarches qualité en leur expliquant ses enjeux. Cela passe également par une stratégie managériale adaptée.

A) Une stratégie de management participatif : Elle peut passer par quatre éléments.

a) Détecter les potentiels

Il s'agit de détecter les ressources intellectuelles disponibles au sein de l'établissement et les potentiels humains susceptibles de contribuer de façon significative aux projets qualité.

b) Donner envie aux acteurs de participer à la démarche qualité

C'est une phase qu'on pourrait appeler de séduction, mais qui nous paraît indispensable pour espérer leur implication. Cette attitude reste délicate car, comme le souligne Friedberg [12], le désir de participation n'est pas acquis d'emblée pour tous les acteurs. C'est un risque que ne veulent pas forcément prendre tous les acteurs d'un établissement.

c) Impliquer tout le personnel dans la gestion hospitalière

Un élément important concerne la capacité du gestionnaire à faire impliquer les soignants dans la gestion quotidienne de l'hôpital. C'est une façon de rendre ces acteurs au courant de tout ce qui se passe à l'hôpital. C'est aussi de les impliquer dans la gestion des moyens disponibles ou pouvant être assurés par l'hôpital pour atteindre des objectifs préalablement fixés.

d) Mettre en valeur les professionnels et leurs aptitudes

Les professionnels qui s'investissent devront être reconnus. Le chef de l'établissement devra les rencontrer, les remercier, les féliciter et s'assurer que leur implication dans les démarches qualité sera soulignée dans leur évaluation

du rendement. Leur mise en valeur pourra se concrétiser également par la participation du chef de l'établissement à des réunions de présentation de leurs travaux. Cette reconnaissance pourra s'exprimer aussi en se montrant disponible à leur égard.

Le plus grand soutien consiste également à montrer que les propositions faites par les personnes investies dans les démarches qualité sont suivies des faits. Cela passera par exemple après l'écoute des argumentations, par la garantie de la coordination entre les différents intervenants et l'assurance de la disponibilité des ressources, dont dispose l'hôpital, nécessaires à la mise en place d'actions d'amélioration identifiées par un groupe de travail.

B) L'évaluation des professionnels : L'évaluation de l'engagement dans l'amélioration continue de la qualité pourra être intégrée dans l'évaluation du rendement du personnel hospitalier. Il semble également important de faire porter l'évaluation sur l'avancée des démarches d'améliorations menées au sein des unités.

C) Le management des projets : l'étude nous a permis de révéler plusieurs éléments managériaux qui nous ont paru essentielles pour le succès de la conduite du projet d'amélioration dans le cadre de la mise en œuvre d'une démarche qualité.

La conduite opérationnelle des projets d'améliorations repose sur des groupes pilotés par des chefs d'équipe et éventuellement animés par une ou des personnes ressources assurant la coordination entre les différentes activités. Le choix du chef d'équipe et du coordonnateur est déterminant. Ils négocient la constitution du ou des groupes élargis, les échéances et s'assurent de l'implication des différents intervenants dans le plan d'action. Ils doivent être légitimes dans le domaine traité et posséder des capacités d'animation de groupe et de dialogue. Leurs motivations et leurs intérêts pour le projet doivent être forts. Ils doivent pouvoir susciter la confiance, l'adhésion et l'initiative. De là, la formation de ses derniers à la méthodologie de conduite du projet, constitue un élément essentiel pour réussir leurs missions.

Le suivi des projets d'amélioration pourra être réalisé par la mise en place d'évaluations collectives de projets. Cela permettra aux différents groupes de travail d'échanger sur leurs expériences, leurs difficultés, leurs satisfactions et d'effectuer une première diffusion d'information sur l'avancée des travaux.

L'évaluation de la mise en œuvre d'une démarche qualité à l'échelle de tout l'hôpital est un autre point stratégique. Toute évolution devra être objectivée par le suivi d'indicateurs établis à cette fin. Ces indicateurs doivent être utilisés par le chef d'établissement comme un outil de management pour motiver les collaborateurs et les professionnels et non les contrôler.

2.4- La politique de communication autour de la qualité

Comme nous avons pu le mettre en évidence à travers les entretiens menés, la communication est un facteur clé de succès de tout projet qualité au sein de l'hôpital. Pour mobiliser et convaincre les professionnels, le chef de l'établissement doit mettre en place un dispositif performant de communication interne.

A ce sujet, plusieurs points sont à suggérer :

- Prévoir un dispositif de formation/information à l'ensemble des professionnels de l'hôpital pour permettre la diffusion de nouvelles procédures et protocoles.
- Mettre en place des actions de sensibilisation à la qualité, également pour les professionnels récemment recrutés afin qu'ils intègrent dans leur pratique les exigences de l'hôpital en matière de qualité des soins.
- Consacrer systématiquement un temps d'information et d'échanges sur le suivi des démarches qualité lors des réunions. : réalisations, difficultés, attentes et besoins. Cela pourra constituer un dispositif d'écoute pour détecter les freins éventuels et rechercher les moyens de les lever.
- Participer autant que possible aux deux conseils des médecins et celui des infirmiers et assurer sa présence dans les services. C'est l'occasion de communiquer directement aux soignants sur l'avancée des démarches qualité et les objectifs futurs.
- Participer aux supports écrits de l'information hospitalière (journal interne, tableau d'affichage) en contribuant à donner l'information à l'ensemble des personnels et à motiver autour des projets d'amélioration.

2.5- La contribution de la formation

Pour pouvoir s'impliquer dans les démarches qualité, les acteurs ont besoin de s'approprier les concepts et les outils de la qualité. La formation se trouve donc indispensable pour atteindre cet objectif. Elle doit concerner le plus grand nombre de professionnels et être adaptée en fonction du degré de responsabilité des professionnels dans les démarches qualité.

Plusieurs niveaux sont à suggérer dans ce dispositif de formation :

- Une formation de formateurs pour l'équipe de direction, les membres du comité de pilotage, les responsables des groupes de travail. Cela permet de démultiplier en interne et un moindre coût les savoirs et savoir faire en matière de gestion de démarches qualité.
- Une formation au management par projet et à l'évaluation pour les responsables des équipes qualités.
- Une formation pratique sur la mise en œuvre d'une démarche qualité ciblant l'ensemble du personnel hospitalier.

Le défi pour les responsables de l'hôpital restera de pouvoir développer régulièrement les compétences et les connaissances des professionnels en matière de qualité afin de les rendre pérennes.

3- REFLEXIONS INSTITUTIONNELLES :

- ▶ Introduire la mise en œuvre de la démarche qualité et l'évaluation des pratiques professionnelles dans le cursus de formation des médecins, des infirmiers et des gestionnaires administratifs.
- ▶ Renforcer le processus de l'autonomie hospitalière pour plus de souplesse en matière de gestion des ressources humaines, financières et organisationnelles.
- ▶ Dynamiser le processus de départementalisation pour réduire éventuellement le nombre des équipes qualité qui seront constituées selon la configuration des départements (regroupement de services par affinité). Cela rendra plus facile le partage de participation des représentants des services administratifs (PAM, PSI, PAA), de soutien et ceux des services médico-techniques aux équipes qualité.
- ▶ Développer dans le cadre de la départementalisation une forme de contractualisation interne tenant compte des engagements dans des démarches qualité et de leurs résultats, pouvant lier les ressources financières des départements à l'atteinte d'objectifs qualité.
- ▶ Développer un dispositif législatif faisant obligation à tous les professionnels d'entrer dans une démarche d'évaluation des pratiques professionnelles à finalité formative et non pas sanctionnante. Ceci aura pour but d'inciter les professionnels à intégrer dans leurs pratiques une dimension d'évaluation et une dynamique d'amélioration des pratiques. Cela permettra aussi d'assurer une complémentarité à l'échelle de l'hôpital entre les approches normatives périodiques (3-5ans) d'évaluation de la qualité représentées essentiellement par l'accréditation hospitalière et celles d'amélioration continue de la qualité des soins au quotidien.
- ▶ Institutionnaliser la formation médicale continue comme moyen de sensibilisation et d'information des professionnels hospitaliers sur l'évaluation de la qualité des soins et la gestion des projets d'améliorations.
- ▶ Et éventuellement, prévoir l'intégration au sein de l'hôpital des ressources humaines compétentes en matière de gestion de la qualité. Ces profils vont pouvoir exercer à temps plein sur la conduite des démarches qualité.

CONCLUSION

L'objectif de ce travail était d'apporter un éclairage sur la difficulté qu'avait connu la mise en œuvre et la conduite de l'approche d'évaluation de la qualité des soins MECO au sein de l'Hôpital Mohammed V de Meknès. Cette difficulté serait due, selon notre étude, à plusieurs facteurs que nous avons classés en quatre axes : stratégique, structurel, technique et culturel.

Ceci nous a amené à considérer que le processus de mise en œuvre de la démarche qualité MECO entreprise à l'HMVM avait dépendu énormément de l'intensité avec laquelle les membres des équipes qualité et du comité de pilotage se sont investis dans la mise en œuvre de cette démarche qualité. Nous avons, au moins partiellement, pu vérifier qu'il y avait une insuffisance du suivi et de soutien des responsables de l'hôpital aux différentes équipes qualité, un manque d'adhésion des professionnels surtout médicaux à l'approche d'évaluation de la qualité des soins et une défaillance de coordination entre les structures qui auraient dû assurer la gestion de la démarche qualité à l'hôpital.

L'étude nous a permis d'admettre que la mise en œuvre d'une démarche qualité au sein d'un établissement hospitalier est un processus complexe auquel nous pouvons être confrontés en tant que futur gestionnaire. Nous avons conscience de n'avoir soulevé qu'une partie de ce problème et que d'autres réflexions peuvent s'y ajouter. Cependant, ce travail nous a fait cheminer dans le vaste domaine du management et de la stratégie.

REFERENCES

Références utilisées :

- 1- Agence Nationale D'accréditation Et D'évaluation En Santé. « Principes de mise en œuvre d'une démarche qualité en établissement de santé » ; Paris ; 2002 ; 77 p.
2. Baldrige National Quality Program. "Health Care Criteria for Performance Excellence 2001". Gaithersburg, MD : Baldrige National Quality Program 2001.
3. Bertault Florance. « L'entrée en démarche qualité des établissements de petite et moyenne taille, Une expérience de mutualisation des moyens à l'échelle d'un département » ; Revue Gestions Hospitalières, N° 410 ; Novembre 2001 ; pp 737 – 739
4. Chauvel AM. « Méthodes et outils pour résoudre un problème. 30 outils pour améliorer la qualité de votre organisation » ; Dunod, Paris, 1996.
5. Claveranne J-P et col. « Les perceptions de la qualité chez les professionnels des établissements de santé » ; DHOS ; Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées ; http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/quali_prof/sante/qual_profes.pdf
6. Contandriopoulos A.P et al. « Savoir préparer une recherche : la définir, la structurer, la financer » ; les presses de l'université de Montréal, 1990.
7. Denis J.L, Champagne F. « L'analyse de l'implantation : modèles et méthodes » ; The Canadian Journal of Program Evaluation. Volume 5, Numéro 2 ; 1990 ; pp : 47-67.
8. Fourcade A., et al. « Démarche d'assurance de qualité à l'hôpital : l'expérience de l'hôpital Robert Debré » ; Gestions hospitalières, 1994, no 332, pp. 57 - 66
9. François P. « Les systèmes de gestion de la qualité des services de soins dans les hôpitaux du Québec » ; Presse Médicale, 2001, 31 mars 2001, vol. 30, n° 12 ; pp : 591-595.
10. François P. et col. « Pérennité de la démarche qualité dans les services médicaux d'un hôpital universitaire » ; Gestions Hospitalières ; Cahier 188 ; Décembre 2004, n° 441, pp 815-819.

- 11.** François P, Vinck D, Labarère J, Reverdy T and Peyrin J-C. « Assessment of an intervention to train teaching hospital care providers in quality management », *Quality and Safety in Health Care* 2005 ; Volume 14 ; pp : 234-239.
- 12.** FRIEDBERG E. « L'analyse sociologique des organisations », Paris : Pour n° 28, L'Harmattan, 1988. 126 p.
- 13.** Gautam KS. « A call for board leadership on quality in hospitals », *Quality Management in Health Care*. 2005 ; Volume 14 ; Number 1 ; pp : 18-30.
<http://www.qmhcjournal.com/pt/re/qmhc/abstract.00019514-200501000-00003.htm;jsessionid=LGgWJhQStFq7n3nGpYKQ0M27kjBcYCGK031HCtBZTGTVwsR7Rpwy!-1610132471!181195628!8091!-1>
- 14.** GRENIER Raymond. « Le processus de gestion de la qualité des soins – services » ; *Soins Cadres* ; N° 43, Septembre 2002, pp : 29-34.
- 15.** HART J. « De la communication de la qualité à la qualité du service rendu, pour une émergence de la considération » ; *Gestions Hospitalières*, N° 397, juin/juillet 2000, pp 450-455.
- 16.** Herreros G, Milly B. « La démarche qualité : une dialectique difficile » ; *Risques Et Qualité* ; 2006 ; Volume III ; N°1 ; pp : 32-38.
- 17.** Hurlimann C, de Chamine S, Le Divenah A, Bertrand D. « Anticiper l'échec de la qualité à l'hôpital : quelles actions préventives ? », *Journal d'économie Médicale* 2000 ; Volume 18 ; pp : 349-362.
- 18.** Jacqueryrie A. « Les obstacles à la qualité : barrières visibles et invisibles » ; *actualité et dossier en santé publique* ; N° 35 ; Juin 2001 ; pp : 42-43.
- 19-** Lecllet H., Vilcot C. « Qualité en santé : 150 questions pour agir » ; Paris : AFNOR, 1999, p464.
- 20-** Lecllet H., Vilcot C. « Construire le système qualité d'un établissement de santé » ; Paris : AFNOR, 2000, pp3, fascicule de documentation FD S 99-130 inclus.

- 21.** Lee S, Choi K-S, Kang H-Y, et al. « Assessing the factors influencing continuous quality improvement implementation : experience in Korean hospitals », *International Journal for Quality in Health Care* (2002) ; Volume 14 ; pp : 383–391.
<http://intqhc.oxfordjournals.org/cgi/reprint/14/5/383?ijkey=ef0e0182be287fabae3051c6dbec3d4ec0c44f9f>
- 22.** Leteurtre H., I. Patrelle, J-F. Quaranta, N. Ronzière, Berger-Levrault. « La Qualité hospitalière » ; 2^{ème} édition, Paris, 1999.
- 23.** Lucet B. « La place de la formation dans l’implantation de la culture qualité » ; *Actualité et dossier en santé publique*, N° 35, juin 2001, pp : 38-40.
- 24.** Ministère de la santé ; Dr Manon Chevalier : Assistant technique du pôle B, « Rapport sur l’état de la situation et planification opérationnelle » DHSA, octobre 2002
- 25.** Ministère de la santé ; Dr Manon Chevalier, Dr Gaéтан Garon : Assistants techniques. « Rapport sur la qualité des soins ; Pôle hospitalier à l’Hôpital Mohammed V à Meknès ; Pôle B. Amélioration des performances et assurance qualité », DHSA, avril 2003.
- 26.** Ministère de la santé ; Dr Gaéтон Garon : Assistant technique, « Rapport sur la méthode d’évaluation par critères objectifs ; Hôpital Mohammed V de Meknès », DHSA, Mars 2005.
- 27.** NEGER G. ; Docteur en Droit Public et titulaire d'un Master II en RH ; « Approche sociocognitive de la motivation dans les organisations publiques » ; (étude) - Février 2006. <http://capacite.en.droit.free.fr/portail-temoignage/neger.pdf>
- 28.** Schwartz RW, Pogge C. « Physician leadership : essential skills in a changing environnement » ; *The American Journal of Surgery* ; Volume 180, Number 3, September 2000, Pages 187-192.
- 29.** Scott T, Mannion R, Davies HT, Marshall MN. « Implementing culture change in health care : theory and practice » ; *International Journal for Quality in Health Care* (2003) ; Volume 15 ; Number 2 ; pp. 111-118.

30. Shortell SM, Bennett CL, Byck GR. « Assessing the impact of continuous quality improvement on clinical practice : what it will take to accelerate progress » ; The Milbank Quarterly. Decembre 1998 ; Volume 76 ; Number 4 ; pp : 593–624.

[http://www.nationalarchives.gov.uk/ERORecords/JA/4/2/images/sem2/0002/sem20002%20\(0013-0023\).pdf](http://www.nationalarchives.gov.uk/ERORecords/JA/4/2/images/sem2/0002/sem20002%20(0013-0023).pdf)

31. Shine K. « Health care quality and how to achieve it » ; Academic Medicine, January 2002 ; Volume 77 ; Number 1 ; pp : 91-99.

32. Weiner BJ, Shortell SM, Alexander J. « Promoting clinical involvement in hospital quality improvement efforts : the effects of top management, board, and physician leadership » ; Health Services Research 1997 ; Volume 32 ; Number 4 ; pp : 491-510.

<http://www.pubmedcentral.nih.gov/picrender.fcgi?artid=1070207&blobtype=pdf>

REFERENCES CONSULTEES

- Balle M., Champignon-Daviller M. N. « Organiser les services de soins : le management de la qualité » ; 2^{ème} édition ; Collection : Encadrer A l'Hôpital, MASSON, Paris, 2004. 214 p.

- Caby F., Jambart C. « La qualité dans les services : fondements, témoignages, outils » ; Paris : Economica, 2002. 183 p.

- Collerette P, Schneider R. « Le Pilotage Du Changement : Une Approche Stratégique Et Pratique » ; Québec, Presses De L'université Du Québec, 1996.

- Contandriopoulos A.P, Champagne F, Denis J.L, Avargues M.C. « L'évaluation dans le domaine de la santé : Concepts et méthodes » ; Revue d'Epidémiologie et Santé Publique, Vol 48, n°6, Décembre 2000, pp : 517-539.

- Fourcade A. « Panorama des démarches qualité à l'hôpital » ; Actualité et dossier en santé publique, N° 35, juin 2001, pp 29-33.

- Letreutre H., Perret F. « L'essentiel du management hospitalier, à l'usage des médecins et des cadres soignants » ; 182p, collection « Audit hôpital », Berger Levrault, éd janvier 2000.

-Moulki.R. « Analyse D'implantation Des Observatoires Régionaux D'Epidémiologies Du Maroc » ; Mémoire en Administration Sanitaire Et Santé Publique ; INAS ; 2002-2004.

ANNEXES

ANNEXE 1 : Guide d'entretien

ANNEXE 2 : Grille d'analyse des entretiens

ANNEXE 3 : Grille de collecte des données pour l'appréciation de la mise en œuvre de la démarche qualité « MECO » au sein de L'HMVM

ANNEXE 4 : Tableau récapitulatif des activités réalisées dans Le cadre De la démarche d'évaluation (MECO) par les différentes équipes qualité

ANNEXE 5 : Le cycle de la MECO

ANNEXE 6 : Organigramme d'étape

ANNEXE 7 : Nouvel organigramme

ANNEXE 1 : Guide d'entretien

Grâce à l'observation, aux entrevues et à la consultation des documents, on va vérifier le processus de mise en œuvre de la démarche qualité MECO à l'hôpital Mohammed V de Meknès et vérifier nos hypothèses de recherche.

QUESTIONS DESTINEES AUX MEMBRES DES EQUIPES QUALITE

- Combien de thématiques avez-vous traité dans votre service par cette démarche d'évaluation des soins ?
- Combien de démarche d'autoévaluation avez-vous réalisé dans votre service annuellement ?
- Combien de plans d'amélioration de la qualité des soins avez-vous préparé et présenté ?
- Avez-vous présenté des rapports d'étapes et de résultats prévus ? Si oui combien ? Si non pourquoi ?
- Combien de réunions relatives aux auto-évaluations ont été prévus dans votre service ? Et combien ont été réalisés ?
- Quelles sont les personnes ayant participé à ces réunions ?
- Combien étiez-vous dans l'équipe qualité ? Comment a évolué ce nombre annuellement ? S'il y a diminution, Quelle en était la cause ?
- Qu'est-ce-que la démarche vous a apporté en termes d'amélioration de l'organisation des soins ? Et en termes d'utilité pour le patient ?
- Quelles étaient vos attentes à l'égard de la direction/du comité de pilotage/ du coordonnateur de la démarche qualité ?

QUESTIONS DESTINEES AUX MEMBRES DU COMITE DE PILOTAGE

- Qu'évoque pour vous le terme démarche qualité MECO entreprise dans le cadre de la réforme hospitalière au sein de votre hôpital ?
- Pouvez-vous me dire comment s'est passé/a été organisé le pilotage de la démarche qualité MECO dans votre établissement/service/ ?
 - Responsable(s), acteurs associés, dispositif mis en place (comité de pilotage ?), organisation (équipes qualité ? composition), fonctionnement, accompagnement et suivi de la démarche, tableaux de bord, indicateurs.
- Avez-vous prévu un plan pour le suivi de la situation ? Si, Non : pourquoi ? Si oui lequel ?
- Est-ce que la démarche a pu être généralisée aux autres services de l'hôpital ? Si non pourquoi ?
- Comment avez-vous conçu le rôle des acteurs de différents services dans la mise en œuvre de cette démarche qualité MECO et sa gestion à l'hôpital ?
- Qu'est-ce qui vous a paru le plus difficile dans la mise en œuvre de cette démarche qualité ? Ou reformulation : quelles difficultés avez – vous rencontré dans le pilotage de la démarche qualité MECO au sein de l'établissement ?
- Eléments de relance :
 - Balayer les aspects stratégique, structurel, technique et culturel.
 - Soulever la question du management des équipes qualité auprès du coordinateur de la démarche qualité.
- Quelles étaient vos attentes :
 - Des responsables des équipes qualité, du coordinateur de la démarche qualité, des autres membres du comité de pilotage : pour le directeur.
 - Des équipes qualité, des responsables des équipes qualité, des autres membres du comité de pilotage : pour le coordinateur de la démarche qualité.
 - Du comité de pilotage, du coordinateur de la démarche qualité : pour les responsables des équipes qualité.
- Que faudrait-il faire selon vous pour que les démarches qualité puissent être menées à leur terme au sein de votre hôpital.

ANNEXE 2 : Grille d'analyse des entretiens

DIMENSION STRATEGIQUE :

- Les objectifs de l'établissement concernant la démarche qualité MECO.
- L'identification des processus ou des thématiques clés (ceux qui ont le plus d'impact sur la satisfaction des patients et/ou auxquels l'établissement consacre le plus de ressources présentant le meilleur potentiel d'amélioration.
- Les missions transversales des personnes impliquées.
- Le temps consacré aux actions qualité.

DIMENSION STRUCTURELLE :

- La structure de coordination de la qualité à deux niveaux :
 - o Niveau stratégique et politique : comité de pilotage.
 - o Niveau opérationnel : équipes qualité.
- Les responsabilités des différents acteurs.

DIMENSION TECHNIQUE :

- L'adéquation des moyens aux objectifs.
- La gestion de projet.
- L'organisation d'un système qualité.
- La maîtrise de la MECO et des outils qualité.

DIMENSION CULTURELLE :

- Le travail en équipe pluridisciplinaire.
- L'adhésion des professionnels de soins à l'approche MECO.
- L'engagement des responsables institutionnels.
- L'approche client.
- La culture de l'évaluation.
- Une approche positive de l'erreur.
- Les formations.
- la communication interne autour de la démarche.

ANNEXE 3 : Grille de collecte des données pour l'appréciation de la mise en œuvre de la démarche qualité « MECO » au sein de l'HMVM

Service/ équipes qualité						
Année	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Thématique traitée						
Nombre d'autoévaluation						
Présentation du plan d'amélioration au comité de pilotage						
Présentation des rapports d'étapes et des résultats du plan du suivi au comité de pilotage						
Nombre des réunions prévues relatives à la mise en œuvre de la MECO						
Nombre des réunions réalisées (relatives à la mise en œuvre de la MECO)						
Fréquence de présence du parrain						
L'évolution du nombre des membres de l'équipe qualité						

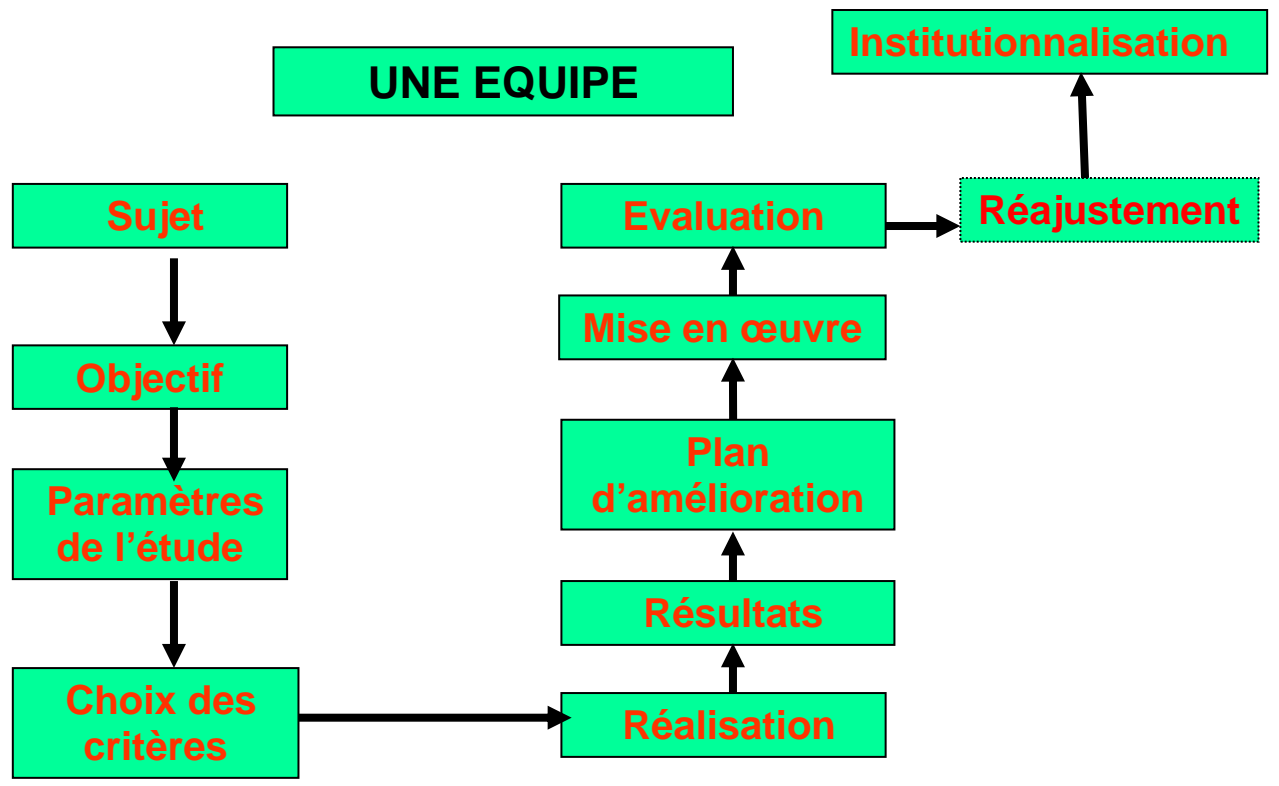
ANNEXE 4 : Tableau récapitulatif des activités réalisées dans le cadre de la

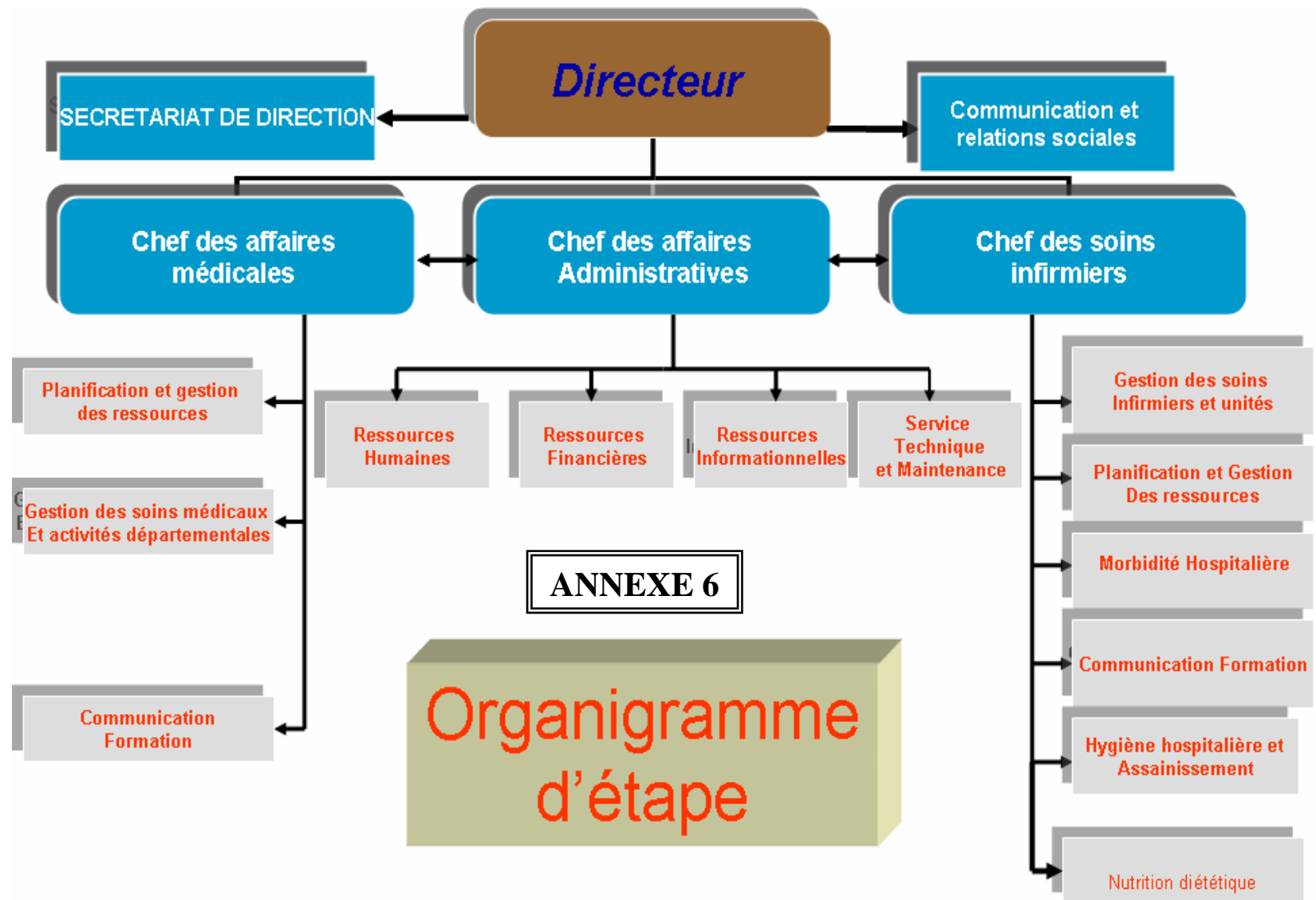
Étapes	Normes	Service d'endocrinologie					Service de pédiatrie			Service de chirurgie			Service d'obstétrique		Pharm	CII
		2002	2003	2004	2005	2006	2002	2003	2004	2002	2003	2004	2002	2003	2005	2007
		1 ^{ère} étude	1 ^{ère} évaluation	2 ^{ème} évaluation	2 ^{ème} étude	1 ^{ère} évaluation	1 ^{ère} étude	1 ^{ère} évaluation	2 ^{ème} évaluation	1 ^{ère} étude	1 ^{ère} évaluation	2 ^{ème} évaluation	1 ^{ère} étude	1 ^{ère} évaluation	1 ^{ère} étude	1 ^{ère} étude
Élaboration du projet d'étude	Choix d'un sujet	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R
	Détermination de l'objectif	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R
	Spécification des paramètres	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R
	Élaboration des critères	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R
Réalisation de l'étude	Collecte des données	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R
	Compilation des résultats	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R
Rapport d'étude	Présentation des résultats	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R
	*Moyenne des taux de conformité	53,7%	71,5%	60,7%	55%	57,7%	57,5%	71,7%	56,3%	66,8%	79,6%	59,5%	50%	86,1%	33%	61,5%
	Analyse des résultats	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R
	Recherche des causes de non-conformité	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R
	Formulation des recommandations	R	R	NR	R	NR	R	R	NR	R	R	NR	R	NR	R	NR
Suivi des recommandations	Plan de suivi	R	NS	NR	NS	NR	R	NS	NR	R	NS	NR	R	NR	NR	NR

démarche d'évaluation (MECO) par les différentes équipes qualité

R = Réalisé ; **NR** = Non Réalisé ; **NS** = Non Suivi (du plan d'amélioration) ; *Moyennes des taux de conformité relatives à la compilation des résultats de l'autoévaluation

ANNEXE 5 : Le cycle de la MECO





Nouveau Organigramme

ANNEXE 7

