UNIVERSITE *MOULOUD MAMMERI DE TIZI-OUZOU*
FACULTE DES SCIENCES ECONOMIQUES, COMMERCIALES
ET DES SCIENCES DE GESTION
DEPARTEMENT DES SCIENCES COMMERCIALES

Mémoire de fin de cycle

En vue de l'obtention du diplôme de Master en Sciences Commerciales

Spécialité : Marketing des services

Thème

L'évaluation et l'amélioration de la qualité des soins dans les établissements publics de Santé

Cas L'EHS en Cancérologie de Draa Ben Khedda

Réalisé par :

M^elle^ YAHIA Nadia

M^elle^ DJEBARI Dihia

Dirigé par :

Mr SEDIKI Abderrahmane

Devant le jury composé de :

Président : M.AKKOUL Jugurta Maître Assistant « B » UMMTO

Rapporteur : M.SEDIKI Abderrahmane Maître Assistant « A »UMMTO

Examinatrice : Melle DAHLAB Ania Maître Assistant « B »UMMTO

Promotion :

2019/2020

Remerciements

Tout travail de recherche n'est jamais totalement l'œuvre d'une seule personne.
A cet effet, nous tenons à exprimer notre sincère reconnaissance et nos vif remerciements pour
En premier lieu, à notre DIEU le tout puissant et compatissant pour le courage et la patience qu'il nous a donné afin de réalisée ce modeste travail ;

En second, nos chers parents de nous avoir aidé pour arrivé au terme de ce travail qui est le fruit de plusieurs années d'étude ;

Notre promoteur Monsieur SEDIKI Abderrahmane qui nous a fait l'honneur d'accepter de guidé et de diriger notre mémoire et pour sa disponibilité et ses précieux conseils et son soutien ;

Madame KASDI .M la Directrice de L'EHS en cancérologie de Draa Ben Khedda

Tous les enseignants du département des sciences commerciales pour leurs aident pour réaliser ce travail

Ainsi qu'à tous ceux qui nous ont aidés de prés ou de loin à la réalisation de ce travail ;

Et aussi aux membres de jury pour l'honneur qu'ils nous font en acceptant d'examiner et d'évaluer notre travail

DÉDICACES

JE DÉDIE CE MODESTE TRAVAIL

A MES TRÈS CHERS PARENTS PAPA ET MAMAN

A MON FRÈRE ET MA SŒUR : SLIMANE, KENZA

A MES COUSINES : KAHINA, KATIA

A MA BINÔME : NADIA

A MES AMIES : LYDIA, SAMIRA

DIHIA.

DÉDICACES

JE DÉDIE CE MODESTE TRAVAIL À TOUTES LES PERSONNES

SOUFFRANT OU AYANT SOUFFERT DU CANCER

A MON TRÈS CHER DÉFUNT PÈRE QU'ALLAH AIT PITIÉ DE SON ÂME ET

L'ACCUEIL DANS SON VASTE PARADIS

A MA TRÈS CHÈRE MÈRE QUI A TOUJOURS ÉTÉ À MES COTÉS

A MES CHERS FRÈRES

A MES SŒURS

A MES AMIES

ET À MA BINÔME DIYIA ET SA FAMILLE

NADIA.

Résumé

Le besoin croissant en matière de santé, a obligé l'Etat à être impliquer de plus en plus dans le secteur de santé, et cela par le biais des services publics hospitaliers, qui ont pour objectif principale de procurer des soins gratuits pour tous les patients sans discrimination. Cela dit les soins offerts aux patients doivent être de bonne qualité

Définir et évaluer la qualité des soins est une démarche fondamentale si l'on veut améliorer le système de santé, il constitue un objectif partagé par l'ensemble des acteurs hospitaliers l'objectif d'évaluation de la qualité des soins c'est dans le but d'enlever les ambigüités qui entourent la qualité des soins et suggérer des solutions pour l'amélioration.

Mots clés : soins, la qualité, l'évaluation de la qualité, l'amélioration de la qualité.

Summary

The growing need for health has forced the state to become more and more involved in the health sector through hospital public services, whose main purpose is to provide free car for all patients.Whithout discrimination , that said , the care provided to patients must be of good quality

Define and evluate a quality from care is a fundamental step if we want improve the health system, it constitute, a objective divide by the whole of hospitable actors

The objective of evaluating the quality of care is in order to remove the ambiguity surrounding the quality of care and sugggest solutions for improvement

Keyword :care, quality, quality assessment, quality improvement

Listes des figures

Figure 01 : Schématisation de la qualité et son évaluation …….26

Figure 02 : Dimensions de la qualité des soins ……...29

Figure 03 : Entrant, processus et extrants résultat selon le modèle de DENABEDIAN …….31

Figure 04 : Niveau de satisfaction globale concernant les patients …….59

Figure 05 : Niveau de satisfaction globale des patients (en %)……60

Figure 06 : Niveau de satisfaction quant à l'accueil ……61

Figure 07 : Niveau de satisfaction globale concernant l'accueil (en %)……...61

Figure 08 : Niveau de satisfaction de la qualité des soins ……...62

Figure 09 : Niveau de satisfaction globale concernant la qualité des soins (en%)……...63

Figure 10 : Niveau de satisfaction globale concernant l'hôtellerie et restauration……..64

Figure 11 : Niveau de satisfaction globale concernant l'hôtellerie et restauration (en%)……64

Figure 12 : Niveau de satisfaction globale concernant la sortie ……..65

Figure 13 : Niveau de satisfaction globale concernant la sortie (en %)……66

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

Liste des tableaux

Tableau 01 : Quelques indicateurs qualité ……..37

Tableau02 : Tableau récapitulatif des différents services et de leurs unités (EHS en cancérologie)……53

Tableau 03 : Niveau de satisfaction globale des patients ……59

Tableau 04 : Niveau de satisfaction d'accueil ……60

Tableau 05 : Niveau de satisfaction de la qualité des soins ……62

Tableau 06 : Niveau de satisfaction concernant hôtellerie et restauration ……...63

Tableau 07 : Niveau de satisfaction concernant la sortie ……65

Liste des abréviations

ANAES : Agence Nationale d'accréditation et d'Evaluation En Santé

AFNOR : Association Française de Normalisation

AMQ : Antenne de Management de la Qualité

EHS : Etablissement Hospitalier Spécialisé

EQS : Evaluation de la qualité des soins

IOM : International Organisation for Migration

ISO : International Standardisation Organisation

JUSE : Japanes Union of Scientist and Engineers

NQA : Niveau de la Qualité Acceptable

OST : Organisation Scientifique de Travail

OMS : Organisation Mondial de la Santé

PQA : Plan d'Assurance Qualité

SOMMAIRE

Sommaire

Introduction Générale….....01

Chapitre I :Cadre théoriques et historiques de la qualité….....04

Introduction du chapitre.....04

Section 01 : Le mouvement de la qualité dans le monde industriel.....04

Section 02 : Le mouvement de la qualité dans le monde hospitalier.....08

Section03 : Présentation de la démarche qualité.....16

Conclusion du chapitre.....23

Chapitre II : L'évaluation et l'amélioration de la qualité des soins dans les établissements publics de santé.....24

Introduction du chapitre.....24

Section 01 : l'approche qualité des soins.....24

Section 02 : L'évaluation de La qualité des soins.....30

Section 03 : L'amélioration de la qualité des soins.....39

Conclusion du chapitre.....47

Chapitre III : Les éléments d'évaluation et d'amélioration de la qualité des soins : Cas du L'EHS en cancérologie de Draa Ben Khedda (service oncologie)….....48

Introduction du chapitre.....48

Section 01 : Présentation de L'EHS en cancérologie de Draa Ben Khedda.....48

Section 02 : L'évaluation de La qualité des soins.....56

Section 03 : Les éléments d'amélioration de la qualité des soins.....66

Conclusion du chapitre.....69

Conclusion Générale.....70

Liste des tableaux

Liste des figures

Annexes

Table des matières

INTRODUCTION GENERALE

Introduction Générale

Aujourd'hui, s'il est un sujet qui suscite de vives discussions, c'est bien celui de la qualité.

Depuis quelques années le mouvement de la qualité qui a gagné l'ensemble des secteurs industriels, a traversé plusieurs étapes d'évolution, En effet ce mouvement de la qualité a pris un essor considérable dans les industries, telle que l'aéronautique, l'industrie spatiale, ou encore l'industrie nucléaire, puis comme il gagna le monde des services, puis les services publics.

L'hôpital par sa principale mission de service public qui est de prodiguer les meilleurs soins aux patients, le poids et la gravité des notions de risque clinique et de la sécurité des soins sont étroitement associées à toute réflexion sur la qualité. De ce fait les organisations hospitalières se sont très vite engagées dans « la démarche qualité »

La qualité des soins a été une préoccupation majeure des centres de soins, et des experts dans le monde entier, cependant son évaluation et sa conception ont évolué à travers les années. Dans sa forme la plus récente la qualité est définie par l'Organisation Mondiale de la santé comme « délivrer à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en terme de santé conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en terme de procédure, de résultat et de contacts humains à l'intérieur du système de soins »

C'est pourquoi les pays en développement sous l'influence de constat dressé dans les pays industriels, ont marqué de plus en plus d'intérêt, pour l'évaluation de la qualité déroulé par leur système de santé

En Algérie le système de santé souffre de quelques dysfonctionnements et contraintes, ces dernières font que le rôle de l'hôpital et quelque fois mitigé en raison de contrainte externe et interne, ces contraintes et dysfonctionnement se répercutent directement sur la qualité des soins prodigués.

Afin de remédier à ces dysfonctionnements une démarche sera proposée, qui vise à développer au sein des établissements de santé une méthode d'amélioration de la qualité des soins de santé.

Le recours à la démarche d'amélioration de la qualité constitue un des éléments de la mise en place dans les établissements de santé d'un dispositif contribuant à une meilleure amélioration de la qualité des prestations de soins.

Problématique

Dans le but de mettre en pratique le sujet d'évaluation et d'amélioration de la qualité des soins dans les établissements publics de santé

Une question principale sera posée :

Comment évaluer et améliorer la qualité des soins dans les établissements publics de santé ?

Dans cette problématique découle un certain nombre de question secondaire :

-Comment peut-on définir la qualité des soins ?

-Comment évaluer la qualité des soins ?

-Quels-sont les outils d'amélioration de la qualité des soins de santé ?

Hypothèses

-H1 : La qualité des soins c'est l'obtention de meilleurs résultats.

-**H2 :** La qualité des soins dépend d'une part des caractéristiques, techniques et d'autres parts des caractéristiques relationnelles des soignants

L'objet de la recherche

L'objet recherché à travers ce travail est :

-Expliquer ce que l'on entend par qualité des soins de santé

-Expliquer la méthode utilisée pour évaluer la qualité des soins

-Discuter des cadres et principes clés pour améliorer la qualité des soins

Méthodologie de la recherche

Afin de répondre à la problématique posée et vérifier la validité des hypothèses, nous nous sommes basée sur la méthodologie suivante

Notre travail s'est basé sur : la technique documentaire qui nous a permis de consulter des ouvrages, revues et autres articles relatifs au sujet de notre étude ,et pour le cas pratique nous avons adopté la méthode analytique dans la réalisation d'une étude qualitative qui à pour objet l'évaluation de la qualité des soins au sein de l'EHS en cancérologie de Draa Ben Khedda qui nous a accueilli pour la réalisation de notre étude de cas

Une enquête quantitative a été réalisé à l'aide d'un questionnaire portant sur l'évaluation de la satisfaction des patients de l'EHS en cancérologie

Structure du mémoire

Pour mener à bien notre travail, nous avons organisé notre plan en trois chapitres

-Le premier chapitre est consacré à l'étude de mouvement de la qualité dans le monde industriel puis dans le monde hospitalier, quant à la troisième section de ce chapitre elle sera consacrée pour faire une présentation pour la démarche qualité.

-Le deuxième chapitre nous conduira à présenter les méthodes et outils d'évaluation et d'amélioration de la qualité des soins

-Enfin dans le troisième chapitre nous exposerons notre étude de cas et ses principaux résultats à travers une enquête qualitative par l'observation et quantitative qui a pour objet, l'évaluation de la qualité des soins pour faire sortir les différentes contraintes afin de les améliorer

Chapitre I : Cadre théorique et historique de la qualité

Introduction

Le concept de la qualité est apparu très tôt dans le monde industriel, ce qui encourage le monde hospitalier à inspirer l'idée qui portant sur la qualité. Il existe plusieurs définitions qui permettent de mesurer et décrire la qualité, c'est en choisi la définition de la qualité selon AFNOR la définissait comme « l'aptitude d'un produit ou d'un service à satisfaire les besoins des utilisateurs »

La notion de qualité a été élaboré dans les pays anglo-saxons (Etats-Unis) et a été ensuite exportés, après la seconde guerre mondiale, au Japon avec l'appui de consultants américains (William Edwards Deming, Joseph Juran).dans leur lignée, les maîtres japonais (Kaoru Ishikawa) amélioreront leur approche de la qualité

La démarche qualité qui est aujourd'hui mise en place dans plusieurs secteurs (industrie, service, santé, etc.…) a connu une certaine évolution dont il est important de ressortir les points essentiels et d'étudier les similitudes avec la situation des entreprises d'aujourd'hui.

Section 01 : le mouvement de la qualité dans le monde industriel

L'histoire de la qualité, telle qu'on peut la dessiner à grands traits pour le XX siècle, on fait apparaître les modifications du sens que prend le mot qualité et pour préciser le contenu. On parle successivement de trois périodes :

-Première époque de 1930 à 1945 (l'émergence du contrôle qualité)

-Deuxième époque, les années1950, 1960

-Troisième époque, fin des années 1970[1]

1-1-De 1930 à 1945

Au début du XX siècle, l'industrie subit ses révolutions : on assiste à la mutation des méthodes de production, qui suivent l'évolution des techniques et au perfectionnement des machines, auxquelles on a de plus en plus recours, tous cela se traduisent avec une forte augmentation de la demande.

[1] Pierre-Yves GOMEZ « Qualité et théorie des conventions » Economica, Paris1994 p, 12

Dans cette période on assiste à la naissance d'un nouveau mode de production qu'est la sous-traitance, et avec l'augmentation de la demande, il y'a eu l'apparition des chaînes de production industrielle.

La perception de la qualité au début du XX siècles est définie comme un souci d'inspection qui découle du modèle de la firme taylorienne, théorisé aux Etats-Unis par F.W.TAYLOR en 1911 et repris dans la littérature francophone sous le terme d'organisation scientifique de travail (OST) est basé sur des règles résumé en trois tragédies :

-Observer les gestes des producteurs dans l'organisation afin de déterminer leur cohérence relativement au but poursuivi, la décomposition de système productif ce fait en petites tâches.

-Normaliser à partir des observations précédentes afin de proposer la meilleure solution assurant l'efficacité de la production.

-Contrôler le travail effectué relativement aux normes de production rigoureuse scientifiquement établies et maintenir dans ces limites. La qualité est, dés lors, la conséquence d'une organisation scientifique du travail: Elle se réfère à des normes universelles[2].

L'émergence du contrôle qualité est une notion qui date de la fin des années 20 avec l'arrivé d'un courant de pensée qui propose des nouvelles méthodes de travail et d'organisation qui permet la maitrise de la qualité des produits dans les entreprises industriels.

La notion de contrôle qualité est né au sein d'une entreprise célèbre, la Bell téléphone aux USA conduit par M.Schewart, en lançant un programme de recherche sur l'analyse statistiques des défauts de qualité, qui est relayé par des universités américaines, notamment W.E Deming, H F.DODGE.

Le contrôle de la qualité se porte toujours comme une réponse scientifique aux problèmes posé par le coût, pour chaque question de mesure une réponse d'ingénieur.

Le concept central des travaux des universités américaines le NQA (niveau de la qualité acceptable) qui consiste à rechercher les causes de dysfonctionnement dans l'ensemble du processus de production et l'élimination globale de survenue. [3]

Le contrôle de la qualité est apparu dans les entreprises comme un processus analytique du management, il renseigne sur la probabilité d'erreurs et limite ainsi leur

[2] Pierre-Yves, GOMEZ, « qualité et théorie des conventions », Economica, Paris 1994, P16, P17
[3] OP ; cit, page 22

nombre, cette démarche de martien de la logique scientiste taylorise dans la définition de la qualité, la gestion de celle-ci logis entre les mains des ingénieurs.

Le courant taylorien est amendé, en effet le contrôle de la qualité accepte que le défaut soit inévitable. Il ne situe plus la qualité comme une adéquation nécessaire entre une perfection organisationnelle planifiée et réalisation.

La méthode de contrôle statistique, permet d'avoir une bonne gestion qualité de ces vastes projets.

Par ailleurs, on passe à la notion de qualité par prévention : l'assurance qualité.

1-2-Dans les années 50-60

Le début des années 1950 à été marqué par la naissance d'un nouveau concept dans l'histoire de la qualité qui consiste sur la qualité totale et l'assurance qualité.

Le concept d'assurance qualité émerge avec les travaux de J.M JUAN et W.E.DEMING l'assurance qualité est caractérisé par un ensemble approprié de disposition préétablies et systématiques dans le but de donner confiance au client.

La qualité prend un aspect d'un contrat entre les producteurs et les consommateurs, l'entreprise veille et s'engage à assurer la qualité par la production des biens et services qui répondent aux besoins de la clientèle. Elle met en œuvre tous les moyens de contrôle et de correction de manière à garantir au client que le maximum est fait pour lui.

Les acteurs de la qualité d'assurance proposent des procédures de contrôle, des dispositifs préventifs de manière qu'à tous les niveaux de la production, la qualité soit confirmée.

En extrémité de chemin de fabrication, la qualité n'a pas tenir compte comme une tâche de contrôle.

L'évolution profonde est l'objectif de satisfaction du client au moyen de processus, à partir de cette évolution la qualité à marquer un passage d'une qualité centré sur le produit à une qualité centré du processus de production

L'évaluation et la mesure se trouvent centralisées engendrées par les besoins des clients, la préoccupation qualité se répond dans l'entreprise avec la prise en charge de service

d'étude et de développement, alors la qualité occupe une place importante dans le management avec une justification de vouloir bâtir toute la logique de « bien faire » au nom des besoins de client.

1-3-A partir des années 70

La qualité totale : l'offre est supérieure à la demande donc il faut analysé le marché , ce qui permet d'avoir une boucle d'ajustement positif entre la demande et la production dans cette période , la qualité d'assurance élargie pour devenir une qualité totale qu'il s'agit « l'ensemble des principes et des méthodes organisé en stratégie globale visant à mobiliser toute l'entreprise pour obtenir une meilleure satisfaction de client au moindre coût »[4]-

Au Japan, la nécessité de reconstruire l'industrie et l'économie d'après-guerre justifie la création de la Japanes Union of Scientist and Engineers (J.U.S.E), structure destinés à aider les entreprises nippones à se relever .Elle va s'appuyer sur les théories de Deming.

En 1962, le cercle qualité est créé à la Japan Téléphone Corporation .l'expérience de ses groupes de réflexion va être à tout le Japan. Cette approche s'est progressivement institutionnalisée sous le terme d'amélioration continue de la qualité .Cette même année, Kaoru Ishikawa édite un manuel sur la maitrise de la qualité.

Le contexte dans lequel évolue l'entreprise a été déterminant pour l'intégration de la démarche qualité dans leurs systèmes de pilotage .Il faut citer ici notamment les crises économiques, la concurrence liée à l'internationalisation des échanges et l'élévation du niveau d'éducation et de qualification professionnelle.

Dans le courant des années soixante-dix, la poursuite du développement des démarches qualité a consisté à intégrer cette dynamique d'amélioration comme une dimension centrale du management des entreprises. La prise en compte des attentes et de la satisfaction des clients, la recherche d'une valorisation économique de la démarche qualité deviennent un enjeu essentiel. La qualité constitue une des bases de la réussite des entreprises compétitives : on parle alors de management par la qualité totale. [5]

Avec la structuration du champ de la qualité et son internationalisation ; les entreprises ont cherché une reconnaissance de leurs efforts en matière d'amélioration de la qualité par l'élaboration de référentiel. A partir de 1979, un tournant décisif est pris au niveau

[4] Philippe ROURESSOL « la démarche qualité à l'hôpital local » PDF, P 11, P 12
[55] www.cdumortier.fr « histoire de la qualité » consulté le 14-11-2020

international avec le lancement par l'International Organisation For Standardisation (ISO) pour définir des normes internationales de qualité. Les normes de la série ISO 9000 naissant en 1987.

La qualité a donc traversé les siècles, les démarches méthodiques qui la composent ont évolué du simple contrôle a posteriori de la qualité à l'assurance de la qualité, de l'amélioration continue à la qualité totale.

Section 02 : Le mouvement de la qualité dans le monde hospitalier

L'hôpital, connu par une richesse historique de la qualité et aussi par la spécificité de son activité, on trouve plusieurs auteurs qui écrivent sur la qualité hospitalière, par exemple Etienne Min vielle qui dit qu'il existe deux grandes étapes de la qualité hospitalière : étape d'une approche administrativo professionnel et l'étape d'une approche organisationnelle. [6]

2-1-La qualité comme symbole d'une bureaucratie professionnelle

Deux ouvrages français récents établissent une synthèse des travaux sur la qualité à l'hôpital. Ils ont en commun d'associer ce thème à celui de l'évaluation reprenant ainsi une constante dans la manière d'aborder le sujet.

2-1-1- Première étape : L'évaluation de la qualité hospitalière

Dans les années 80 de nombreux ont vu le jour aux Etats-Unis, puis en Europe avec deux orientations sensiblement distincts : l'évaluation de la qualité des pratiques professionnelles, et l'évaluation de la qualité des soins délivrés au sein de l'institution hospitalière.

2-1-1-1-La qualité des pratiques professionnelles

Dans cette destination, la qualité y est vue le prisme de l'expertise professionnelle comme en témoignent les grandes lignes de l'histoire de ce mouvement, c'est ici la définition de la meilleure stratégie diagnostique ou thérapeutique, ou de la maîtrise techniques d'actes de soins[7]

[6] Les savoirs médicaux, soignants et administratifs sont les savoirs constitutifs du modèle organisationnel de la bureaucratie professionnelle de H.Mintzberg. « Structure et dynamique des organisations », Les Editions d'organisations Paris ,1982.

[7] J.M Clement, « Réflexions pour l'hôpital : Proximité Coopération Pouvoir », les études hospitalière, Bordeaux 1998, p67

L'émergence de ce thème de l'évaluation dans le domaine des pratiques médicales –et par la suite infirmière – se réunit en effet à une série d'études américaines réalisées dans les années 70 qui constatent d'importantes variations dans la réalisation d'actes médico-chirurgicaux ne s'expliquent pas uniquement par des différences dans les caractéristiques des patients ou dans l'environnement technique hospitalier .En questionnant la pertinence des indications de ces actes , un mouvement appelle ainsi à l'élaboration de recommandation de bonnes pratiques clinique se définit comme une « description standardisé et spécifique de la meilleure conduite à tenir dans une circonstance pathologique donnée , formulé à partir d'une analyse de la littérature scientifique et de l'opinion d'expert »

Dans cette animation, il est important de noter comment la qualité vient justifier un ensemble d'appréhensions touchant autant au contenu de l'expertise qu'à la découverte de règlement professionnel.

Ainsi, au nom de la qualité, les médecins s'intéressent aux tactiques des maladies dont les méthodes de prise en charge ne sont pas consensuelle : maladies d'apparition récente comme le SIDA, maladies dont l'incidence est importante comme l'hypertrophie bénigne de la prostate, ou maladies plus rares mais qui requièrent une expertise élevé comme les maladies auto-immunes. Pour définir ces tactiques, les équipes médicales ont recours à des protocoles d'évaluation de recherche clinique

Ces protocoles, qui visent à prouver l'efficacité d'une investigation diagnostique ou d'un traitement selon des méthodes statistique rigoureuse, permettent d'apporter une évidence scientifique à la pratique recommandé qui se conçoit, non plus à partir des données empiriques d'une pratique, mais sur la base d'arguments scientifiques.

Pour les infermières la qualité des soins justifie le bon déroulement d'un geste technique (pose d'une sonde, traitement d'escarres) ou bien des gestes de prévention afin de lutter, par exemple, contre les infections nosocomiales. Là encore, la maîtrise de ces gestes consacre une expertise fondée sur l'expression d'un savoir médical.

2-1-1-2-La qualité des prestations hospitalières

L'évaluation des prestations hospitalières vient consacrer pour sa part une vision bureaucratisée de la qualité au sens où elle est interprétée comme le respect de règles

générales, soit formalisé par l'équipe de direction, éventuellement en accord avec des professionnels de soins, soit déduite de textes juridiques[8]

C'est à Avedis Donabedian, façon de l'expert de la qualité dans le domaine de la santé, que l'on doit un cadre d'analyse permettant une déclinaison opérationnelle de l'Evaluation de la Qualité des Soins (E.Q .S) dans ce cadre trois niveaux d'évaluation :

- Les structures dans lesquelles sont délivrés les soins en distinguant les ressources humaines matériels ;

- Les procédures de soins, c'est-à-dire les stratégies médicales et les actions de délivrance des soins ;

- Et les résultats, c'est-à-dire le changement d'état de santé consécutif aux soins et la satisfaction perçue par les patients

Le dominateur collectif de toutes ces actions est de conclure à la définition de références à chacun de ces niveaux, «les standards explicite de qualité », dés lors qu'une valeur quantitative leur est convoquée.

Une telle approche offre une autre interprétation de la production de la qualité fondée sur deux caractéristiques principales :

- La première est de privilégier la standardisation des règles ou normes. toutes les règles élaborées au nom de l'évaluation de la qualité des prestations hospitalière sont générales, l'évaluation de la qualité se fait selon un principe de conformité à celles-ci
- La seconde est d'augmenter le poids des actions mesurables .tout ce qui quantifiable doit permettre, en définissent des standards, d'identifier l'action engagé et donc de la justifier.

A travers ces caractéristiques, la qualité vient légitimer une forme de pilotage de l'établissement. En espérant des outils d'évaluation basé sur une conformité à des critères retenus car abordables à la mesure et généralisâmes à l'ensemble des unités de soins, les équipes de direction hospitalières se donnent en effet les moyens de développer une politique centralisé de la qualité .elle y est en même temps bureaucratisé, au sens d'une élimination de tout risque d'arbitraire dans l'application de ces règles.

[8] ETIENNE Min vielle, les politiques d'amélioration de la qualité des soins à l'hôpital ; quel fondement organisationnel ?, in : politiques et management public, vol 17 n°4, 1999.PP.59-84

2-1-2- La seconde étape : l'assurance de la qualité

Dans les années 80, l'hôpital a connu un développement dans la démarche d'assurance de la qualité, pour leur but non seulement l'évaluation de la qualité, mais pareillement, la mise en place d'un système d'action permettant d'apporter les corrections nécessaires aux événements indésirables détectés dans la phase d'évaluation[9]

Les démarches d'assurance de la qualité hospitalière sont basées sur deux principes essentiels :

- Des dispositifs de surveillance amenés en routine
- Un schéma d'exécution du travail qui obéit à un principe de conformité à des standards préétablis, l'assurance de la qualité étant définie par le respect de cette conformité

La mise en place de ces principes son imposé a déterminé la différence entre le temps de la surveillance et d'évaluation, et le temps de mise en place des actions correctrices :

- Le premier temps consiste à définir exactement les événements importants ' indésirables' ou 'sentinelle' comme les infections nosocomiales, chute de personnes âgées, plaintes des patients …etc. Qui vont faire l'objet de la surveillance.

- La surveillance peut s'effectuer soit au cas par cas sur un événement propre dont la survenu déclenche l'analyse complémentaire « cas des morts infantiles », soit à l'aide d'une grille de critères préétablis qui permet de juger d'un écart à une moyenne historique « cas des infections nosocomiales », dans les deux cas , la survenue de l'événement déclenche une investigation complémentaire . Les conclusions de ce travail permettent de vérifier l'exécution du travail en relation avec le processus en cause s'est effectuée selon les procédures préconisées ou qu'il nécessite de nouvelles règles.

Dans ce premier temps génère le développement des procédures écrites, différents slogans tel que ''écrire ce que l'on fait et faire ce que l'on écrit '' appuient sur la nécessité de jeter par écrit le détail des actions. Cette nécessité est d'expliquée par les risques organisationnels encours lors des transmissions orales d'informations.

Le second temps vise la mise en place d'action corrective, elles visent à réduire les écarts constatés entre les pratiques existantes et les Pratiques souhaitées telles qu'elles exprimées au sein d'un référentiel le référentiel peut être une règle, une recommandation

[9] M.H, Walter « l'assurance qualité, clé de l'accréditation en santé », Edition Masson, collection encadrer à l'hôpital, Paris2000, P 73

2-1-2-1- La qualité comme reflet d'une bureaucratie professionnelle

Ce bref panorama permet de rendre compte des formes traditionnelles de production de la qualité .administratifs et professionnels y ont en commun d'être impliqué au sein d'un processus dans lequel les phases d'évaluation et de développement d'action correctrices se succèdent. La production de la qualité est ainsi subordonnée à un premier temps d'évaluation L'implication conjointe des professionnels et administratifs rend également à cette qualité son caractère coproduit. Celui-ci varie évidement selon le degré de participation de chaque catégorie d'acteurs[10]

Ainsi, deux grandes classes peuvent être identifiées :

- Les coproductions autonomes de la qualité

Il s'agit de démarches dégagées par les professionnels ou les administratifs, sans implication de membre de l'autre bord. Le coproduit est caractérisé par un sens restrictif. Le plus couramment, ces démarches ne sont pas remises en cause par les partisans de l'autre bord : par exemple, les membres des équipes de direction n'interagissent pas dans l'élaboration des recommandations de pratiques cliniques, et vice –versa, restent maître dans la définition de normes sécuritaire des installations hospitalières. Seuls certains cas font l'objet de controverse.

Il s'agit particulièrement des démarches administratives émouvant à l'organisation interne des unités de soins telles que les supports de planification des soins, ou le développement de procédures écrites dans la transmission d'information inter-unités. Dans ces cas, l'approche est souvent vécue comme une ingérence par les professionnels dans leur activité.

- Les coproductions croisées

Il s'agit là, à l'inverse, de cas où la réflexion est comme aux professionnels et aux équipes de direction. Généralement, cette coproduction est commandée par des thèmes qui requièrent des compétences de catégories d'acteurs, par exemple, la prescription des examens complémentaires ou les placement des patients admis aux urgences dans les lits d'aval. Dans ces cas, la coproduction, même si elle peut être également génératrice de conflits, s'envisage dés le départ dans un sens plus large impliquant administratifs et soignants.

[10] ETIENNE Min vielle, op.cit.pp.59-84

Cette différente forme de coproduction explique le caractère hétérogène donné par l'ensemble des actions entreprises au nom de la qualité. Mais cette pluralité ne doit pas mener à conclure à une absence de règles dans la façon de produire cette qualité, car toute ces variantes ont en commun d'être le résultat d'opération combinées, structurées par de repères originaires du monde médical, soignant ou administratif. Si la qualité donne à voir une image apparente assez flou, sa production est subordonnée à des principes précis : ceux d'une bureaucratie professionnelle

2-2-La qualité et l'émergence d'une réflexion sur l'organisation du travail

A la fin des années 80, montre l'émergence d'une nouvelle tendance, aux Etats-Unis, et quelques années plus tard en France, les approches traditionnelles de l'évaluation et de l'assurance de la qualité ont fait l'objet d'une remis en cause importante, malgré de réels succès, spécialement dans les secteurs logistiques et techniques de l'hôpital, ainsi que dans le domaine des pratiques professionnelles. De nombreuses critiques se sont en effet élevées pour revendiquer un élargissement du champ d'investigation de la qualité. [11]

2-2-1- La remise en cause des approches traditionnelles

Deux arguments principaux qui se trouvent au centre des critiques relatives aux approches traditionnelles de la qualité hospitalière .il s'agit, d'une part , de faible prise en considération des dimensions organisationnelles dans la manière d'approches les thèmes, et d'une autre part le caractère trop normatif des méthodes employées pour améliorer la qualité.

2-2-1-1-des pratiques professionnelles à l'organisation

D .Berwick et D.N Schumacher sont les premiers à souligner le caractère trop réducteur d'une approche orienté exclusivement sur l'analyse des pratiques professionnelles. En focalisant la qualité sur la conception de stratégies thérapeutique, toute la phase de mise an œuvre de ces stratégies est négligée. En amenant la notion de qualité à une question d'expertise médicale, on néglige l'activité d'autres professionnels, ou même la participation de l'usager qui représente pourtant des éléments déterminants dans le processus de soins.

2-3-Le management de la qualité totale

Le mouvement de management de la qualité totale est apparu en réalisation a l'ensemble de ces critiques, en ce sent, l'hôpital à prendre le même cheminement que les entreprises du monde industriel. L'organisation hospitalière a en effet expérimenté le passage

[11] ARHAB Samir « perspectives et modalités de mise en place d'un système de management de la qualité en milieu hospitalier

d'une détection de défaut à un système de management de la qualité, plusieurs principes guident ce mouvement :

- En premier lieu, l'amélioration de la qualité est ainsi permanente
- Désormais la qualité n'est plus perçue comme le respect d'une règle ou d'une norme. Mais avec la meilleure adéquation entre l'offre hospitalière et les besoins de l'usager. En d'autre terme, La qualité n'est plus définie par apport à un nombre d'erreur ou de dysfonctionnement, mais des exigences d'acteur de l'extérieur.
- Pour finir, une place importante est accordée aux questions de savoir organisationnel. Pour mettre en place un véritable management de la qualité il nécessaire de maitriser l'ensemble des made organisationnelles et de rompre avec la gestion fonctionnelles

Le management de la qualité se repose sur une description détaillée des activités hospitalières, pour avoir réalisé ces objectifs, celle-ci ne sont plus décrite sous forme de fonction mais traduites en processus impliquant plusieurs fonctions. A chaque étape de ces processus, il est possible de rendre compte à des dysfonctionnements. La mise en œuvre de telles méthodes s'exécuté au sein de sessions de « ploblem-solving » [12]

Auxquels participent des acteurs provenant de service touché par le processus en question.

2-4-L'accréditation des établissements de santé

L'accréditation est une procédure d'évaluation externe à un établissement de santé, effectué par des professionnels, indépendante de l'établissement de santé et de ses organismes de tutelle, concernant l'ensemble de son fonctionnement et de ses pratiques.

Elle vise à s'assurer de l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins délivrés aux patients dans les établissements de santé. L'accréditation est ainsi présentée comme un outil de changement dans les établissements de santé, par la « qualité totale ».Ainsi que la démarche d'accréditation se veut être externe et indépendante de l'établissement de soins en question et de ces organismes de tutelle.[13]

Le premier programme de l'accréditation a été lancé aux USA en 1918 par une association de la chirurgie , puis repéré par quatre autres association de professionnel de santé qui ont créé un organisme appelé aujourd'hui « joint commission »qui certifie la grand majorité des hôpitaux américains de nos jour les professionnelles de santé canadien qui s'étant associe à la joindre commission n 1950 , en créé leur propre organisme d'accréditation en

[12] J.husser, « Le management stratégique de la qualité hospitalière par l'encadrement intermédiaire », XVème conférence internationale de management stratégique, Annecy /Genève 13-16JUIN 2006

[13] Halgand Nathalie « l'accréditation hospitalière : contrôle externe ou levier de changement », revue française de gestion, 2003, pp219-231, P220

1956 appelé « accréditation canada » le programme de certification australien a été lancé en 1974 s'inspirant des modèle canadien , la plupart des autres pays développé ont adopté la certification plus récemment à l'exemple de la France qui crée ANAES en 1996 a s'inspirant des modèles anglo-saxon [14]

Quant à l'Algérie, la question de l'accréditation des établissements de santé n'est pas posée avec acuité à l'heure actuelle, En effet « le pouvoir publics semblent se donner le temps nécessaire pour annoncer l'inéluctable processus à savoir : l'introduction de la fonction qualité dans les structures publiques de soins. Pour l'heure, il s'agit de mettre en place les préalables à l'accréditation à travers les différentes mesures qui à un fonctionnement rationnel.

2-4-1-L'accréditation comme démarche qualité totale :

L'accréditation est une démarche systématique, qui suit à six objectifs qui sont partagé par les procédures Européennes et Américaines :

-Appréciation de la qualité et de la sécurité des soins

-Appréciation de la capacité de l'établissement à améliorer de façon continue la qualité des soins et la prise en charge globale du patient

-Engagement des professionnels à tous les stades de la démarche qualité

-Formulation des recommandations explicites

-Reconnaissance externe de la qualité des soins dans les établissements de santé

-Amélioration continue de la confiance du public

A partir de l'accréditation, les directeurs des établissements permet de révisé profondément leur organisation, améliorer leurs ressources et la penser qualité et efficience en opérant des changements organisationnels.

Section 03 : présentation de la démarche qualité

Avant de définir la démarche on commence d'abord par la définition et présentation de la qualité

3-1-La qualité

3-1-1-Définition de la qualité

La qualité représente l'ensemble des caractéristiques d'un bien ou d'un service qui lui confère l'aptitude à satisfaire de manière continue les besoins et les attentes des utilisateurs ou des usagers. [15]

[14] SALMI Madjid, « système de santé en Algérie à l'heure de transition plurielle : élément pour une évaluation de la qualité des soins, thèse de doctorat en sciences économique, UMMTO, 2006, P235

[15] https://www.iso-orga/fr/standard/29280.html consulté le 13-11-2020

Donc on peut dire qu'un service de bonne qualité est celui qui. Dans une situation donné satisfait le client

Philip B Crosby, qui était responsable de la qualité du groupe ITT, a défini la qualité comme « la rencontre des exigences », c'est-à-dire l'explication par le client de ses besoins sa théorie. Est que la qualité est synonyme de conformité aux exigences .Pou lui, il faut se débarrasser de l'approche conventionnelle et aborder la qualité comme un outil de management .la qualité s'applique aux produits, aux services et au fonctionnement de l'entreprise.

3-1-2-Concepts fondamentaux de la qualité

Parmi ces différents concepts de la qualité on trouve :

-Assurance qualité

Ensemble des actions préétablie et systématiques nécessaires pour donner la confiance appropriée qu'un produit ou un service satisfera aux exigences données relatives à la qualité [16]

-Audit qualité

C'est un examen méthodologiques et indépendant en vue de déterminer si les résultats relatifs à la qualité satisfont aux dispositions préétablies et si ces dispositions sont mise en œuvre de façon effective et sont aptes à atteindre les objectifs

-Management total de la qualité

C'est une forme de management de la qualité qui s'appuie sur la participation de tout le personnel de l'organisme et qui vise au succès à long terme par a satisfaction des clients et à des avantages pour tous les membres de l'organisme

-Manuel qualité

C'est l'image écrite de la politique qualité de l'établissement, il décrit l'organisation mise en place pour respecter cette politique, En interne, c'est le document de référence pour le management de la qualité

Meziane A : impacte de la qualité des services personnalisés sur la fidélité, mémoire de doctorat, 2016, P 41

[16] Kossi TARKPESSI ,Mise en place de la démarche qualité dans les établissements hospitaliers du Togo à partir de l'expérience française , mémoire online , 2007

-**Objectif qualité**

Ce qui est recherché ou visé, relatif à la qualité .Un objectif doit être mesurable et comporter une date cible pour sa réalisation

-Politique qualité

Elle est définit comme les orientations généraux d'un organisme concernant la qualité, tel qu'ils sont exprimés formellement par la direction

-**Système qualité**

Ensemble de l'organisation, des procédures et des moyens nécessaire pour mettre en œuvre le management de la qualité

3-1-3- Les composants de la qualité

Les principaux composants sont :

-**Fiabilité :** aptitude d'un produit à accomplir une fonction requise, dans des conditions données, pendant un intervalle de temps donné. [17]

-Maintenabilité : aptitude d'un système à être maintenu ou rétabli, pendant un intervalle de temps donné, dans un état dans lequel il peut accomplir une fonction requise, lorsque l'exploitation et la maintenance sont accomplies dans des conditions données, avec des procédures et moyen prescrits.

-Aptitude au soutien : aptitude du système de soutien à mettre en œuvre les processus de soutien (maintenance, suivi technique) dans des conditions d'efficacité et de coût optimales.

-Disponibilité : aptitude d'un système et de son système de soutien à disposer du produit, à un moment donné, pour accomplir une fonction requise dans des conditions données.

-Sécurité : aptitude d'un système à respecter certaines exigences relatives aux risques d'accident pendant les tâches de production, d'essais, d'exploitation et de maintenance.

-Ergonomie : aptitude d'un système à respecter certaines exigences dues aux limitations des capacités de l'opérateur humain

[17] Jacques AZAMBRE ET Jean –Georges AUDOUSSET « maitriser une conception de qualité » p7-8

3-1-4-Les formes de la qualité

La qualité se décline sous deux formes

La qualité interne

Elle correspond à l'amélioration du fonctionnement interne de l'entreprise, l'objectif de cette qualité est de limiter en maximum les dysfonctionnements internes de l'entreprise. La qualité interne passe par une étape d'identification et de formalisation des processus internes réalisés à une démarche qualité. [18]

La qualité externe

La qualité pour le client résulte de la comparaison entre ce qu'il attend le client attend qu'un produit ou service possède un certain nombre de caractéristiques et ce qu'il perçoit une fois le produit ou service conçu et réalisé .le client perçoit des caractéristiques qu'il compare à ses attentes[19]

La qualité externe correspond à la satisfaction des clients, Il s'agit de fournir un produit ou un service conforme aux besoins des clients.

3-1-5-Caractéristique de la mise en œuvre de la qualité

M. Lucien Cruchant (1993) introduit la qualité comme « l'ensemble des caractéristiques d'une entité qui lui confèrent l'aptitude à satisfaire les besoins exprimés ou implicites. La qualité d'un produit ou d'un service est ainsi à considérer sur les plans technique et pratique de sa mise en œuvre selon trois aspects :

-La qualité s'organise avec le personnel en favorisant la communication (construire ensemble) en prenant en compte toutes les compétences de l'entreprise et en développant la responsabilité et la motivation

-La qualité se construit avec des méthodes et de la rigueur à travers les différentes phases de son développement pour optimiser et valider

-La qualité se mesure avec des outils pour vérifier si l'objectif est atteint, identifier les attentes des clients, se situer par rapport à la concurrence et corriger éventuellement les écarts[20]

[18] CANARD (F) « le management de la qualité » édition ECONOMICA, Paris, 2001, P, 13
[19] JAMBART (J) « l'assurance qualité » Edition LEXTENSO, Paris, 2009, p 17
[20] Alain RICARD –Mémoire de l'école Nationale de la Santé Publique-1999, p 03

3-1-6-Les objectifs de la qualité

Ces objectifs dépendants du bord sur lequel l'on se situe pour analyser la qualité. Pour cela les experts de la qualité distinguent des « partenaires pour la qualité »ces derniers sont l'entreprise et les clients.

-Pour l'entreprise

Les objectifs « internes », quant à eux, viennent des obligations de l'entreprise envers son personnel. Elle recherche la rentabilité la compétitivité et la progression .L'amélioration de la qualité de ses fournitures et prestations, acquise par une meilleure maitrise des processus, est un facteur essentiel de rentabilité et de compétitivité

L'entreprise doit satisfaire le client .Elle est conduite à épouser le point de vue celui-ci quant à la qualité, elle doit lui procurer la qualité voulue et les éléments de confiance en cette qualité, elle doit aussi respecter les clauses contractuelles en matières de qualité, de prix et de délai. [21]

-Pour les clients

Le client est l'acteur le plus important de l'entreprise, car il détermine de façon significative le développement même de celle-ci. Son objectif, en termes de qualité des produits ou services proposés à lui par l'entreprise est des plus délicats.

Les objectifs du client, face aux produits et aux servies d'une entreprise sont réunis sous l'appellation « exigence du client ». Ses relations avec l'entreprise sont le plus souvent limitées à la satisfaction de ses exigences, et donc de ses attentes

La qualité constitue l'un des outils les plus importants de la compétitivité qui permet à l'entreprise de préserver son image de marque, elle implique une amélioration continue visant l'excellence par la qualité totale

3-2-La démarche qualité

3-2-1-Définition de la démarche qualité :

On trouve plusieurs définitions de la démarche qualité :

Une démarche qualité est un processus volontaire et participatif d'amélioration continue nécessitant une implication totale des acteurs de l'entreprise, des salariés ou dirigeant en passant par le manager .Il touche l'ensemble de secteur clés (stratégie, ressources, humain, gestion de projet, gestion de client, développement durable,) de l'entreprise

Elle constitue un facteur de mobilisation de l'entreprise autour de trois enjeux indissociables :

---

[21] ERNOUL ROGER « Le grand livre de la qualité », Edition Afnor, 2010, p 10

-**Economique :** la performance économique de l'entreprise

-Commerciale : la satisfaction de client

-Humain : la motivation de tous les acteurs et collaborateur vers un même objectif selon le référentiel ISO 9001 démarche qualité

La mise en œuvre de la qualité dans les entreprises passe par une démarche qualité , elle a pour finalité d'améliorer la qualité de service

--Qu'est ce qu'une démarche qualité

Une démarche qualité est un outil de changement créant une dynamique de progrès continu dans le fonctionnement de l'entreprise (qualité interne) est la satisfaction de ses clients (qualité externe) c'est un processus mis en œuvre pour implanter un système qualité et s'engager dans un démarche d'amélioration continue, se reposant actuellement sur la norme ISO9001

Elle s'applique à tous types d'organisation, publiques, privées, associatives ou commerciales. [22]

Il s'agit toutefois d'un effort impliquant l'ensemble de l'entreprise et conduisant la plupart du temps à des modifications des habitudes de travail, voir des changements organisationnels. [23]

Ainsi on appelle démarche qualité l'approche organisationnelle permettant un progrès permanant dans la résolution des non-qualités.

-**pourquoi se lancer dans une démarche qualité**

On s'engage dans une démarche qualité pour améliorer ses performances, la démarche qualité est un outil stratégique destiné à atteindre les objectifs (internes/externes) fixés par la direction

3-2-1-Les facteurs clés du succès d'une démarche qualité

L'engagement de tous, la persévérance, la formalisation des procédures et la communication sont nécessaires à une démarche qualité réussie.

Prés de 20000 certifications ISO9000 ont été délivrées en France à ce jour. De plus en plus d'organismes privés ou publics se lancent dans des démarches qualité. Plusieurs raisons les y incitent :

[22] Mise en place d'une démarche qualité selon la norme ISO 9001 et VV2008 mémoire de fin d'étude en vue de l'obtention de master en hygiène et sécurité industrielle (promotion : 2014-2015), p 32

[23] Dominique Boudin « les facteurs clés du succès d'une démarche qualité » ,PDF

-Les exigences des clients ;

-La nécessité de mieux maîtriser et d'améliorer l'organisation interne ;

-L'obligation de répondre à des exigences réglementaires ;

-La pression des concourent avant de lancer une démarche qualité, qu'elle soit de type ISO 9000 anaes ou selon d'autres référentiels, il convient de connaître quelques-uns des facteurs clés qui concourent à la réussite de la démarche.

-Implication de la direction

Le premier facteur clé du succès de la démarche est l'implication de la direction. L'expérience du terrain nous montre que les démarches qualité peinent à se mettre en place ou n'aboutissent pas par manque d'engagement des dirigeants.

La direction doit être convaincue de la nécessité du changement en interne

Elle doit définir la politique qualité, les objectifs, les plans d'actions, affecter les moyens humains et techniques en cohérence avec sa stratégie globale et en s'appuyant sur l'écoute des clients.

Il lui faut créer une vision partagée du projet et la communiquer personnellement à l'ensemble des ses collaborateurs en exprimant un engagement fort.

Sans une direction persévérante, le projet ne sera ni durable, ni vrai, malgré la présence d'un responsable qualité en interne

-L'association étroite de l'encadrement au projet

L'encadrement a une responsabilité majeure dans le développement et l'implication des collaborateurs. Il est le relais indispensable de la promotion de la qualité entre la direction et l'ensemble du personnel. Il remonte et capitalise les informations sur le fonctionnement global de l'entreprise, valorise les initiatives et les résultats et aide à surmonter les difficultés qui se présentent lors de la démarche.

-L'implication du personnel

La mise en place de la qualité ne peut réussir sans une contribution importante du personnel en phase de conception et d'application. Les collaborateurs connaissent le terrain et savent apprécier le réalisme des solutions retenues et la motivation à les appliquer

Cette implication passe par le travail en groupe, la formation, la reconnaissance des résultats et la communication sur l'avancement et les résultats de la démarche.

-Des améliorations progressives

La mise en place d'une démarche qualité est un projet de longue durée. Le risque est celui d'une démotivation progressive des collaborateurs et d'une perte de patience des clients qui ne voient pas les résultats arriver. Pour ces raisons, l'introduction des améliorations doit se

faire progressivement, par étapes successives .Il faut tenir compte de la capacité du personnel à intégrer les changements. Tout changement est exploratoire et des déconvenues sont toujours possibles.

-formaliser autant que nécessaire

La formalisation des procédures n'est pas une fin en soi.la tentation est parfois grande de réduire la démarche qualité à la seule construction d'une « cathédrale documentaire ». Le formalisme doit faciliter le travail de chacun, les informations produites doivent « innerver »les activités pour réduire le volume de travail par réduction de la non-qualité.

-Gérer le temps

Tous ces éléments conduisant, , à savoir gérer la dimension temps, en effet un projet quel qu'il soit nécessite une planification, une organisation et un suivi pour l'amener à son terme.

-La communication, facteur clé

Enfin, la communication est le facteur clé du succès, incontournable mais bien souvent oublié des démarches.

Si le dirigeant veut convaincre, il doit communiquer. La communication est indispensable dans une démarche qualité. La direction et l'encadrement doivent traiter l'information verticale (haut vers le bat, mais aussi du bas vers le haut) ainsi que latérale ; n'oublions pas que la qualité a la vertu de concerner tout le monde à tous les niveaux hiérarchiques et dans tous les services ; la qualité n'est pas l'affaire d'une seule personne mais elle est l'affaire de tous !

Le plus difficile est de bien communiquer, de telle sorte que l'information soit motivante pour les collaborateurs et de créer un climat de confiance et de respect mutuel.

-La qualité est un état d'esprit

La qualité est avant tout un état d'esprit, une démarche permanente ou les femmes et les hommes ont une place prépondérante. En préparant l'ensemble des collaborateurs de l'entreprise, en les formants, la direction peut relever ce défi collectif.

Conclusion

Dans ce premier chapitre nous avons analysé l'évolution du mouvement de la qualité d'où on a déduit qu'il y'a deux mouvement de qualité, le premier dans le monde industriel d'où il est originaire, et le deuxième dans le monde hospitalier .en cette dernière qui nous a permis de comprendre l'évolution de la perception de la qualité ; et les facteurs qui l'on influencé d'un simple souci de contrôle à une approche totale de l'organisation

Après avoir fait une petite présentation de la démarche qualité on a déduit que la qualité constitue une des bases de la réussite des entreprises

Chapitre II : L'évaluation et l'amélioration de la qualité des soins dans les établissements publics de santé

Introduction

La mesure de la qualité est indispensable, Elle permet de s'assurer de la maîtrise ou de l'amélioration des processus, Cette mesure est nécessaire tant en interne qu'en externe

Le besoin interne de mesure de la qualité est celui de du responsable de l'établissement ou d'un secteur de s'assurer que la démarche qualité atteint ses objectifs.

L'enjeu est aussi pour les professionnels de pouvoir visualiser les progrès accomplis, ce qui aura en retour un impact positif sur leur motivation

Le besoins externe est celui de tutelle, de clients et vise à donner confiance dans la qualité des produits ou service fournis par l'établissement

Section 01 : l'approche qualité des soins

1-1-Le soin

Au niveau individuel, la prise en charge du patient est implicitement décomposé en plusieurs types d'actes : les actes diagnostiques, de prescription et d'intervention réalisés par le corps médical et le soin proprement dit , réalisé par le personnel soignant, composé de soin direct au patient et de soin indirect (organisation de soin par la prise de rendez-vous , l'accueil …)[1]

1-2-La qualité des soins

La qualité des soins est une démarche fondamentale qui définie par plusieurs auteurs.

A. DONABEDIAN a proposé une définition de la qualité de soins

« Un soin de grande qualité est un soin qui assure le mieux possible le bien -être du patient, après que celui-ci a pu juger des relations entre les gains espérés et les risques inhérents au soin lui-même » [2]

« C'est le niveau auquel parviennent les organisations de santé en termes d'augmentation de la probabilité de résultat souhaités pour les individus et les populations et de compatibilité avec l'état des connaissances actuelles » [3]

Pour L'OMS c'est : « délivrer à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état

[1] www.qualité .FR consulté le 20-11-2020

[2] C GABA – LEROY ; A-M BONNEKY ; D MARANDE ; P MICHET ; 2003 ; « prévention des risques dans l'unité de soins ; MOSSON Edition ; Paris ; p, 115

[3] Centre de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales (interrégional ouest) ; 14 juillet 1999 ; amélioration de la qualité en hygiène hospitalière ; Rennes cedex 9 ; P ; 05

actuel de la science médical, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en terme de procédures, de résultat et de contact humains à l'intérieur du système de soins »[4]

L'institut de médecine des États-Unis (**IOM),** la qualité des soins est « la capacité des services de santé destinés aux individus et aux populations d'augmenter la probabilité d'atteindre les résultats de santé souhaités, en conformité avec les connaissances professionnelles du moment »

-**Pour les patients :** la qualité repose sur des critères multiples où la subjectivité peut prendre une part importante de la satisfaction finale. L'organisation des structures de soins, notamment pour les fonctions logistiques, n'apporte pas toujours une réponse adaptée aux attentes des patients et de leurs familles dans ce domaine. De plus, la complexité et la technicité des actes réalisés ne permettent pas toujours de donner aux patients, une information répondant à leurs attentes.

-Pour les professionnels de santé : la qualité fait référence à une échelle de valeur professionnelle basée sur des aspects techniques : capacité à développer et utiliser des techniques diagnostiques et thérapeutiques dans des conditions optimales en termes d'efficacité, de sécurité, de délivrance au bon moment. Ces exigences professionnelles ont longtemps été au centre des définitions de la qualité des soins.

-**Pour les tutelles ou les organismes de financement :** la qualité se traduit par des exigences multiples, comme notamment l'adéquation de l'offre de soins, le respect des exigences de sécurité, la maîtrise des coûts.

1-3- Le cycle de la qualité dans un établissement de santé

Le cycle de la qualité dans les établissements de santé, le modèle illustre 4 types de qualité

-La qualité attendue : c'est le niveau de qualité répondant aux besoins et attentes exprimes ou implicites des patients.

-La qualité prévue (promise, voulue, conçue) :c'est le niveau de qualité que l'établissement de santé souhaite atteindre compte tenu des attentes des ses patients, en fonction de ses ressources internes et des contraintes de son environnement (aspects techniques des soins, obligations sécuritaires, exigences, légales et réglementaires) ; [5]

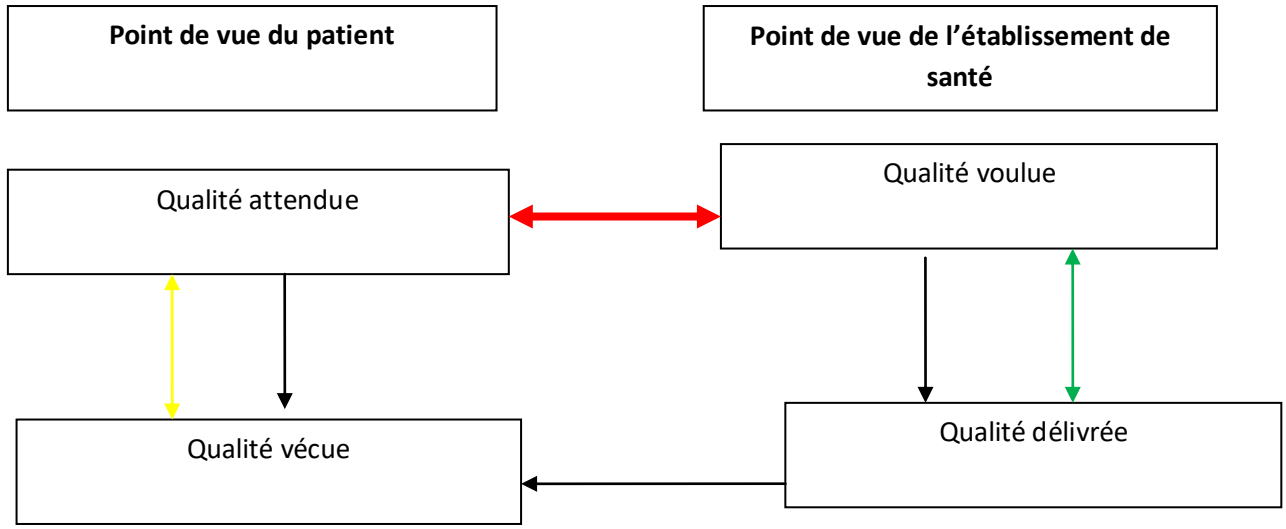
[4] ZAYNEP OR ; laure COM-RUELLE ; décembre 2008 ; « la qualité é des soins en France : comment la mesurer pour l'améliorer ; IRDES édition ; DT N°18. Paris ; PDF ; p ; 03

[5] Bernard Averous et Daniel, mesurer et manager la qualité des services : la méthode CYQ, INSEP, Édition paris P 18

-La qualité fournie (offerte, réalisé) :c'est le niveau de qualité réellement atteint par l'établissement de santé, obtenu sur le terrain. Ce type de qualité va donner lieu à une définition de standards et de normes à respecter, il s'agit ensuite d'imaginer les processus permettant d'aboutir et d'obtenir une qualité servie (qualité réalisé) au client. On peut mesurer en interne l'adéquation entre la qualité voulue et la qualité réalisée, les « visites mystères »permettent d'évaluer si les normes bien respectées ou non ;

-La qualité perçue : niveau de la qualité de la qualité ressentie par le client à partir des ses propres attentes. C'est la mesure de la satisfaction client qui permet un contrôle objectif de la qualité perçue par les clients, elle compare leurs attentes et leurs perceptions. [6]

Figure n°1 : Schématisation de la qualité et de son évaluation



Source : Schématisation de la qualité et de son évaluation dans le domaine de la santé (adapté librement du cycle de la qualité –in AFNOR S 99-132- avril 2000)

[6] LELONG Audrey Thèse « Mise en place de stratégie d'évaluation des pratiques professionnelles et des programmes de santé à travers une informatique distribuée »P, 18-19

1-4-Les aspects de la qualité des soins

Elle comporte deux aspects

-Le premier « professionnel »lié à l'application pertinente de la science et de la technologie médicale pour traiter les problèmes de santé de patient ;

-Le deuxième « humain » lié aux relations sociales et psychologiques du patient et le fournisseur de service de santé

La qualité des soins est un concept dynamique qui se modifie selon l'évolution des soins, de la science, de la technologie et des attentes de la population. Ce concept varie selon le temps et l'espace et doit tenir compte des ressources investies et des ressources disponibles dans un contexte donné[7].

La qualité des soins n'est pas le moindre défi elle exige que tous les membres d'établissement de santé se concertent afin de situer le patient au cœur des décisions et d'éviter tout effet négatif sur la qualité des soins.

1-5- les dimensions de la qualité des soins

Ce point est parmi les grandes difficultés rencontrés par les patients est leur évaluation du services à cause de son caractère immatériel cependant dans les services et même les services de santé , l'évaluation repose sur des spécifications qualitatives et expérimentale dépend de l'expérience et de l'expertise comme la satisfaction , le bonheur , la joie , la tristesse … des spécifications qui ne peuvent pas être sentir que par l'achat ou la consommation des services de santé, les patient comptent sur leur évaluation des services de santé sur le niveau ou le degré de qualité , en s'appuyant sur cinq dimensions : Fiabilité, Réactivité, Sécurité, Tangibilité, Empathie

- **Fiabilité :** La fiabilité fait référence à la capacité du fournisseur de services des soins pour accomplir ou exécuter la prestation promise d'une façon exacte et fiable. Afin de comprendre la fiabilité , nous devons concentrer sur les caractéristique de service concernent la façon dont son rendement au travail pendant l'utilisation , il s'agit d'un service conforme à la fonction désiré avec succès dans les conditions normales d'utilisation et pour une période déterminée, et dans cette définition sont quatre éléments

[7] SIDIEF, mémoire sur la qualité des soins : une période mondiale, 2015, p8

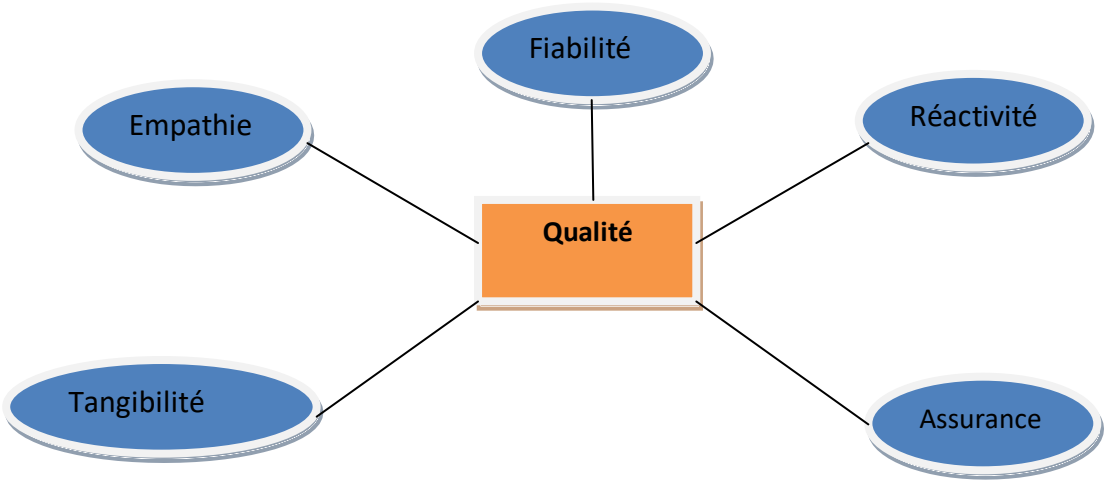
importants sont : la performance, les conditions d'utilisation , le respect ,des horaires et la fiabilité (précision du diagnostic dés la première fois) ; [8]

- **Réactivité :** La réactivité signifie la capacité du fournisseur de services et sa rapidité à répondre aux demandes et aux réclamations des patients, elle reflète le désir et la volonté permanente à aider et à donner un service rapide aux utilisateurs quand ils en ont besoin indépendamment de leur origine, et leur état, et leur fond. Réagir dans le domaine des services de santé comprend les variables suivantes : vitesse dans la prestation de service nécessaire de santé, la réponse immédiate aux besoins du patient quelque soit le degré de préoccupation, la volonté constante d'employé de coopérer avec le paient, une réponse rapide aux demandes de renseignements et plaintes [9];
- **Assurance (sécurité) :** La nomination de l'assurance est destinée à mettre l'accent sur les caractéristiques du personnel qui ont de la connaissance et la capacité de la confiance nécessaires pour fournir le service. Les critères d'évaluation de la qualité des services de santé en vertu de cette dimension sont comme suit : l'image et la place de l'établissement dans la société, la connaissance et la compétence du corps médical et les qualités personnelles du personnel ;
- **Tangibilité :** La qualité se réfère à l'aspect des ressources humaines et matérielles, les équipements nécessaires pour fournir le service, les installations de l'intérieur, le matériel et les équipements de communication, en plus les bâtiments et les techniques de l'information et de la communication utilisées… Les critères d'évaluation de cette dimension comprennent : les outils utilisés dans le diagnostic et le traitement, l'apparence extérieure des prestataires de service, les zones d'attente et de réception, les moyens de loisirs. En tenant compte de l'apparence de l'assainissement et de la propreté dans les établissements de santé, et l'utilisation des outils propres et des procédures normalisées dans les établissements de santé, et l'utilisation des outils propres et des procédures normalisées dans les établissements et enfin la perception médicale qui doit être facilement comprise par les patients ; [10]
- **Empathie :** L'empathie signifie l'existence de confiance, de respect, de courtoisie et de gentillesse, la compréhension, l'écoute et la communication entre les fournisseurs de soins

[8] ZAYNEP OR ; laure COM-RUELLE ; décembre 2008 ; « la qualité des soins en France : comment la mesurer pour l'améliorer ; IRDES édition ; DT N° 18 ; Paris ; PDF ; op cit ; p 11-15 –adapter-
[9] ZAYNEP OR ; laure COM-RUELLE ; décembre 2008 ; « la qualité des soins en France : comment la mesurer pour l'améliorer ; IRDES édition ; DT N°18 ; Paris ; PDF ; op cit. p 11-15 –adapter-
[10] GHOUL Djihan, les services de soins publics : quelle satisfaction du patient p 149.

de santé et les bénéficiaires. Les critères d'évaluation de cette dimension comprennent : degré d'attention et d'intérêt personnalisé consacré à chaque patient en particulier et de travailler à trouver des solutions à ses problèmes humainement la disponibilité et l'écoute du personnel, respect de l'intimité du patient, répondre aux besoins des patients avec politesse et amabilité.

Figure n°2 : Dimensions de la qualité des soins



Source : la qualité des soins en France : comment la mesurer pour l'améliorer ? Zeynep Or, Laure Com-Ruelle IRDES –Décembre 2008

1-6-Les enjeux de la qualité en santé

Les enjeux qui gravitent autour de la qualité en santé sont nombreux. Nous pouvons les regrouper en trois grandes catégories

-Les enjeux fonctionnels ou opérationnels

La faiblesse des établissements de santé réside dans leurs carences organisationnelles. De nombreuses qui sont autant de niche de non qualité .Les programmes de la gestion des risques révèlent également d'importance d'une politique de veille constante permettant d'identifier le plus tôt possible les dysfonctionnements

-Les enjeux humains et sociaux

Les dysfonctionnements, les événements indésirables et les incidents plus ou moins graves, qui entravent quotidiennement le déroulement normal du travail ont des conséquences néfastes sur les personnels, sur la qualité des soins et sur les couts

Ils entrainent de la non-qualité produite, de l'insatisfaction, des tensions et des litiges. Des conséquences juridiques ou judicaires sont de plus en plus fréquentes, d'autant plus que la contrainte réglementaire augmente .l'activité sanitaire évolue inexorablement d'une obligation de moyens vers une obligation de résultats

.-Les enjeux économiques

Les établissements de santé sont soumis depuis quelques années à des évolutions importantes de leur environnement économique les contraignant, d'une part, à réduire la croissance de leurs dépenses et, d'autre part, à améliorer la qualité des soins. [11]

Section 02 : L'évaluation de la qualité des soins

L'Americain Public Health Association définit l'évaluation comme suit : « L'évaluation est la méthode de détermination de la valeur ou du degré de succès dans l'atteinte d'un objectif prédéterminé »

2-1-Le modèle de DENABEDIAN

L'évaluation de la qualité des soins reste encore largement influencée par les recherches d'Avedis DONABEDIAN, dont les premières datent pourtant des années 1960.

DONABEDIAN part du principe que la probabilité d'obtenir le meilleur résultat est garantie par la délivrance de soins de la meilleure qualité technique possible, cette dernière exige un environnement structurel et organisationnel correct. En plus, les explorations et les soins doivent être réalisé par les professionnel qualifiés ans une structure adéquate[12]

DONABEDIAN adopté l'approche processus pour analyser les soins en individualisant trois niveaux d'analyse[13]

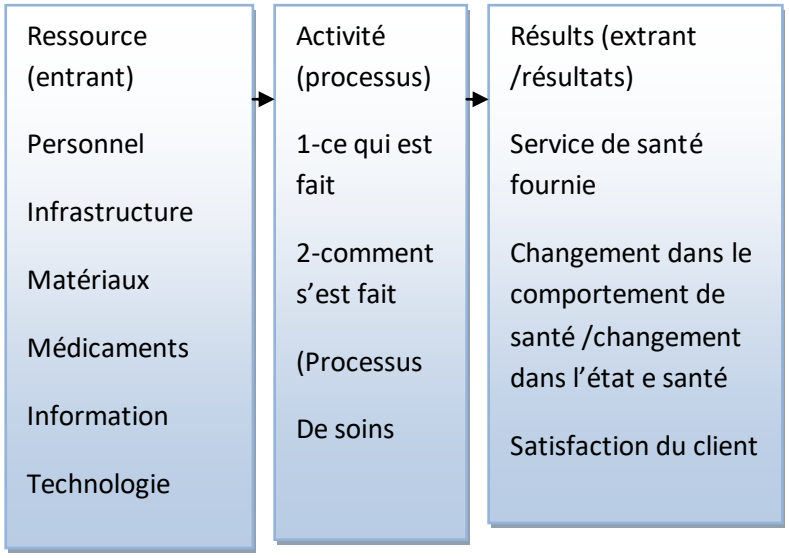
- Les données d'entrée des processus de soins (input) : les structures et les ressources ;
- Les processus de soins eux-mêmes
- Les données de sortie qui sont les résultats intermédiaire ou à court terme (output) et les résultats ultimes à long terme qui sont les modifications de l'état de santé et les conséquences sur la qualité de vie (outcom)

Figure n°3 : entrants, processus et extrants/résultat selon le modèle de DONABEDIAN

[11] HAS (haute autorité de santé) ; décembre 2007 ; définir, ensemble les nouveaux horizons de la qualité en santé-pour un débat public France PDF ; p, 01

[12] C VILCOT, H LECLET, 2006, indicateur qualité en santé, édition AFNOR, France, 2 éditions, P 2-3

[13] C VILCOT, H LECLET, OP, cit 2-3



Source : Rashad MASSOUD ; décembre 2002 ; « un paradigme moderne de l'amélioration de la qualité des soins de santé (projet d'assurance de la qualité) » ; center for humain service ; USA ; PDF ; p ; 04

2-1-1-les structures et les ressources

Ce sont les différents moyens et ressources qui permettent à un établissement de santé de remplir sa mission et de délivrer les soins : locaux , installations, équipements, ressources matérielles, ressources humaines (qualifications , effectifs et organisation), système d'information , encadrement , mode de fonctionnement , qualité et quantité des ressources financiers, lois et réglementations, contextes politiques , géographiques, socio-économique , etc.

2-1-2- les processus

-Définition des processus

Un processus est défini comme étant « une succession d'étapes à travers lesquelles les entrants provenant de fournisseurs sont convertis en extrants pour les consommateurs ». [14]

2-1-2-1-Typologies de processus dans le domaine de santé

-Algorithmes cliniques : sont les processus par lesquels les décisions cliniques sont prises.

[14] Rashad MASSOUD ; Décembre 2002 ; « un paradigme moderne de l'amélioration de la qualité des soins de santé (projet d'assurance de la qualité) » ; center for humain services ; USA ; PDF ; P 09

-Processus de circulation de l'information : sont les processus par lesquels l'information est partagée entre les différentes personnes qui interviennent dans les soins de santé

-Processus de circulation des fournitures : sont les processus par lesquels les matériels (médicaments, fournitures, produits alimentaires) circulent à l'intérieur du système.

-Processus de circulation des patients : sont les processus par lesquels les patients circulent à l'intérieur de l'établissement médical où ils demandent et reçoivent des soins.

-Processus de circulation multiple : la plupart des processus sont en fort multiples étant donné que des patients, des fournitures, des informations et autre éléments sont impliqués simultanément dans le même processus de soins.

2-1-2-2-Les différentes activités faites par producteur des soins

La typologie des différentes activités délivrées par un producteur de soins que ce soit un individu ou un établissement, permet de distinguer :

-Les activités cliniques directes : elles s'adressent sans intermédiaire à l'usager (une intervention chirurgical)

-Les activités cliniques indirectes : elles sont effectuées pour l'usager en son absence (les examens de biologie)

-Les activités non- cliniques : elles ne relèvent pas des soins, mais qui concernent l'organisation et permettent aux soins d'être réalisés dans de bonnes conditions (maintenance des équipements, les activités administratives, etc.)

2-1-3-Les résultats

Les résultats représentent les conséquences des soins sur l'état de santé d'un patient ou d'une population (taux de mortalité, taux de guérison), sur se qualité de vie, le survenue de complication leur satisfaction, leur bien- être et leur qualité de vie. Ce sont aussi les résultats financiers et comptables de l'établissement de santé. [15]

[15] Laboratoire de la qualité des soins ; « méthodologie de l'évaluation de la qualité des soins » ; ANDRES ; université de Constantine ; PDF-P03

2-2-Les raisons de l'évaluation de la qualité des soins

-Le bon sens : la première raison est de l'ordre de bon sens. De nombreux travaux ont montré que les pratiques médicales sont extrêmement variables pour une même pathologie. Cette variabilité porte autant sur les durées d'hospitalisation que sur le traitement. Tout se passe comme si « nos pratiques se référaient beaucoup plus à une dynamique sociale que scientifique»

Ces constats ont conduit les professionnels à analyser de façon rationnelle et méthodologique les pratiques afin d'assurer des soins de meilleure qualité et une gestion plus équitable du système de santé

-La maîtrise des dépenses de santé : nous ne pouvons pas faire abstraction des difficultés financières que notre système rencontre et d'une volonté politique de maîtriser le déficit de la sécurité sociale. Sans évaluation de la qualité des pratiques médicales, on peut craindre que les « décideurs », en réduisant les moyens, touchent indifféremment le superflu et le nécessaire. Sous peine de subir, il convient que le monde médical et paramédical revendique pleinement son statut d'acteur de l'évaluation médicale.

-La loi : la volonté de maîtriser les dépenses de santé s'est traduite par la loi du 31 juillet 1991 médicales, puis par les ordonnances d'avril 1996

- La loi hospitalière de 1991 énonçait que les établissements de santé, qu'ils soient publics ou privés, devaient développer « une politique d'évaluation des pratiques professionnelles, des modalités d'organisation des soins et toutes les actions concourant à la prise en charge globale du malade afin notamment d'en garantir la qualité et l'efficience »
- Les ordonnances de 1996 renforcent ces contraintes liées à l'évaluation :
  -en créant l'agence nationale d'accréditation et d'évaluation de santé
  -en imposant l'accréditation aux établissements publics et privés

-en créant des contrats d'objectifs et des moyens avec les établissements de santé

-Les conséquences : outre une rationalisation des moyens à l'optimisation des ressources qu'une société peut ou veut consacrer à son système de santé, l'évaluation permettra d'éclairer les choix des différents acteurs concernés. Les pouvoirs publics ont tireront un bénéfice quant a la gestion du système de santé. Les acteurs de santé pratiqueront une

médecine de meilleure qualité fondée sur une démarche évaluative .Mieux informés les patients s'impliqueront que dans les choix qui le concernent, renforçant un moyen terme la qualité de la relation qu'ils ont avec les équipes soignantes.

2-3-Technique d'évaluation

Ces techniques sont :

-Les audits

Ensemble de techniques qui permet d'évaluer, d'analyser des informations, des procédures, des méthodes et des systèmes dans une organisation.

Cette activité de contrôle et de conseil en une expertise par un agent compétent et impartial, qui permet de faire le point sur l'état des lieux, afin d'en dégager les éventuels points faibles et non conformes aux référentiels. Ceci afin de mener, par la suite, les actions adéquates qui permettront de corriger les écarts de dysfonctionnements constatés. Cet outil d'amélioration continue s'attache notamment à détecter les anomalies et les risques dans le secteur d'activités qu'il examine.

Auditer dans un service, c'est écouter les différents acteurs pour comprendre et faire comprendre le système en place et celui à mettre en place.

Les normes ISO 9000 distingue les audits internes et externes ;

-**L'audit interne**

Il est réalisé par ou au nom de l'organisme lui-même pour des raisons internes et pour constituer la base d'une auto déclaration de conformité.

-L'audit externe

Il est réalisé par des organismes externes indépendants.

-L'audit clinique

C'est une méthode d'évaluation qui permet, à l'aide de critères déterminés, de comparer les pratiques de soins à des références admise, en vue de mesurer la qualité de ces pratiques et des résultats de soins, avec l'objectif de les améliorer.

Toute démarche d'audit comprend une phase d'investigation à partir d'un référentiel et doit inclure un diagnostic conduisant à des préconisations. La construction du référentiel est fondamentale et, ce qui fait la différence avec une évaluation, est la nécessité du lien

diagnostic /préconisation .Les audits dans les services de soins sont pratiqués par des cadres de santé ou auditeurs de cabinets externes.

L'objectif de l'audit n'est pas de surprendre ou de stigmatiser les pratiques existantes, mais de réalisé une photographie, la plus prise possible d'activité de soins. Au préalable, à partir des référentiels du service, des protocoles et procédures de soins, un dossier d'évaluation est constitué de grilles d'observation et d'entretien avec des indicateurs et des critères précis.

2-4-Indicateurs qualité de soins

2-4-1-Définition des indicateurs

Les indicateurs de la qualité des soins sont des données mesurables permettant de caractériser une situation dans l'espace et dans le temps .C'est une indication chiffrée

C'est aussi une information choisie assurée à un critère qui permet de mesurer ou de comparer l'évolution d'un niveau d'amélioration des résultats et /ou des processus (ANAES)

L'indicateur permet en général de faire le point sur une situation, de se situer par rapport à un objectif, d'effectuer des comparaisons dans le temps et entre les services. [16]

2-4-2-Les indicateurs de qualité de soins et les indicateurs d'activités

L'identification d'un indicateur de soins permet de faire la distinction entre l'indicateur de qualité et l'indicateur d'activité, ce dernier exprimé en donné brute représente un volume d'actes (nombre de patients accueilles, nombre d'actes radiologie, etc.), et n'as pas de lien avec des actions d'amélioration de qualité. Alors que l'indicateur qualité est toujours assurée à un processus (diagnostic médical), il est un outil de management qui reflète la qualité du processus ciblé.

2-4-3-Typologie des indicateurs

Trois types d'indicateurs sont utilisés selon les orientations citées par A .DONABEDIAN

-Indicateurs de structure

Il s'agit de ressources humaines et matérielles nécessaires à la réalisation des soins (matériels utilisés, disponibilité des salles, accessibilité de service, spécialisation des patients, etc.)

-Indicateur de processus

Qui renseignent sur les pratiques et mesurant directement le déroulement du processus, circuit de distribution des médicaments respect de procédure pré transfusionnelle, gestion des dossiers des patients.

[16] C GABA, Leroy, A-M BONNERY, D LARANDE, P MICHET, 2003, prévention des risques dans l'unité de soins, édition Masson, Paris, P, 125

-Indicateurs de résultats

Ils ne permettent pas d'apprécier les dysfonctionnements en causes et insuffisants pour apprécier des actions correctives, mais ils mesurent la qualité finale de la prestation (satisfaction des patients sur les conditions de séjour, sur l'accueil en consultation, délais d'attente en salle de transfert préopératoire, taux d'escarres, de chutes, etc.) [17]

2-5-3-Caractéristiques d'un bon indicateur de qualité de soin

Parmi les exigences de qualité que l'on considère généralement à l'égard d'un indicateur, il y en a cinq que l'on retrouve pratiquement dans tous les travaux : la validité, la fiabilité, la sensibilité, la spécificité et la robustesse.

-La validité

C'est la capacité de mesurer réellement ce que cet indicateur doit mesurer ;

-La fiabilité

C'est de produire des résultats constants où l'application est fait répétitivement sur le phénomène dans le même état ;

-La sensibilité

L'indicateur doit aussi montrer une grande sensibilité à détecter les moindres variations des phénomènes qu'il représente

-La spécificité

L'indicateur doit être propre au phénomène (concept) étudié ;

-La robustesse

C'est de faire référence à sa capacité de résister à l'utilisation que l'on en fait ; alors que les indicateurs permettent soit de :

-Mesurer l'attente des objectifs du processus ;

-Mesurer la perception des résultats par les clients ;

-Intervenir sur le déroulement de processus. [18]

-Quelques exemples d'indicateurs :

[17] Mc BELEVILL, L CLERC ; 19 juin 2008 ; « rôle et mise en place d'indicateurs qualité »Journée AFIP/AFAR intervention ; N 02 ; PDF ; P, 08

[18] http://www.scint.umontreal.ca/cours/DIaporaama/indicateur, de qualité PDF, P, 08

Nombreux indicateurs peuvent être cités. Le tableau suivant illustre les différents indicateurs qualité de soins ;

Tableau n°1: quelques indicateurs qualité

Management : -nombre d'objectif du projet de service mis en place -nombre de réunions organisé par le cadre -taux de participation aux réunions -nombre de conseils de service -fréquence de groupe de travail -taux de participation du personnel par type de groupe de travail -nombre de missions déléguées	**Ressource humaines :** **-**fréquence de jours à effectif réduits -taux de réponses aux demandes de remplacement -taux d'absentéisme turn-over -taux d'heures supplémentaires effectuées ou nombre d'astreintes -fréquence d'occupation des postes (hôtesses d'accueil, agent hospitalier) -taux d'agents formés par catégories professionnels -taux de personnel formés sur la population nouvellement recruté -taux d'entretiens d'évaluation réalisés -taux de satisfaction des formations -taux d'accidents exposants du sang
Soins : **-**taux de ré hospitalisation -%e séjours faisant l'objet d'une plainte -taux de chutes -taux d'escarres -taux de sortie sans avis médical -taux d'infections nosocomiales -nombre de signalement de maltraitance -satisfaction des patients dans l'information reçue avant examen,	**Hôtellerie :** -nombre de repas en adéquation avec la commande -fréquence de respect du gout des patients -fréquence de respect des régimes -taux de satisfaction concernant le repas -taux de satisfaction des patients dans l'aide à la prise de repas -taux de respect de la température du plat -fréquence de respect des dattes de consommation

intervention, etc. -%de patients anesthésie passant en salle de réveil -nombre de patients satisfaits de la prise en charge de la douleur	
Documents -taux de conformité aux règles de gestion documentaire des documents qualité (fond, forme) -délai de transmission de l'information -délai d'envoi des courriers de sortie -taux d'accessibilité aux dossiers -taux de conformité des dossiers par rapport à des critères prédéfinis -taux de dossiers non-retrouvés -taux de document élaborés par les professionnels -nombre de patients ayant reçu le livret d'accueil sur le nombre de patients hospitalisés	**Travaux/maintenance /système d'information** -taux de disponibilité ou d'indisponibilité pour réparation -fréquences des pannes -taux d'erreurs du système d'information -taux de disponibilité du matériel de réduction des atèles -taux d'équipement en rangement adaptés - taux de satisfaction des utilisateurs face à la signalétique
Dispositifs médicaux -délais de livraison -taux de ruptures de stocks par produits -%des faisant l'objet d'un seuil de sécurité	**Equipement** **-**fréquence de panne -taux des infections nosocomiales liées à un traitement insuffisant des dispositifs médicaux -%de personnes formées à l'utilisation des

-fréquence de commande en urgences -taux de produits détériorés ou périmés -nombre de produit respectant le stock de sécurit	équipements -Taux de non- disponibilité de matériel -%d'appareil possédant un mode d'emploi -%d'appareil respectant les règles de maintenance -fréquence d'emprunt d'appareils

Source : GABA, LEROY, A-M BONNERY, DLARANDE, PMICHET, 2003, prévention des risques dans l'unité des soins, édition Masson, Paris p, 122-123

Section 03 :L'amélioration de la qualité des soins

3-1-Définition

Partie de management de la qualité axée sur l'accroissement de la capacité à satisfaire aux exigences pour la qualité .Elle englobe la notion d'efficacité et d'efficience. [19]

ISO : « actions entreprises dans tout l'organisme en vue d'accroître l'efficacité et le rendement des activités et des processus pour apporter des avantages accrus à l'organisme et à ses clients »

3-2- L'amélioration de la qualité en santé: une exigence qui porte ses fruits depuis quelques années

D'une exigence déontologique fondamentale de la pratique médicale, la qualité est devenue un enjeu collectif, fortement investi par l'ensemble des acteurs de la santé.

La qualité de soins et plus largement du système de santé constitue désormais un axe majeur de l'action publique dans le domaine de la santé, en réponse aux demandes nouvelles des professionnelles, des citoyens et des acteurs de la décision publique.

Et depuis le début des années 1990, les initiatives des acteurs de terrain rejoignent les initiatives publiques pour améliorer la qualité en santé, elles convergent pour définir la qualité comme un impératif médical, une exigence sociale, une nécessité économique et politique. [20]

[19]Alain RICARD Mémoire de fin d'étude « La démarche qualité dans les services santé environnement » p, 03

[20] HAS (haute autorité de santé) ; décembre 2007 ; définir, ensemble les nouveaux horizons de la qualité en santé – par un débat public » ; France ; PDF, 01

3-3- Les outils d'amélioration de la qualité des soins

L'analyse de la littérature médicale permet de distinguer quatre types d'outils pour améliorer la qualité des soins

-Outils relatifs aux connaissances et compétences : par la formation médicale initiale et continue, lecture de revue, recommandation et références médicales, etc.

-Outils relatif à la décision médicale et concourante à l'amélioration de la qualité : aide mémoire, informatique, etc.

-Outils relatifs au contrôle de la qualité : audit clinique, retour d'information, groupes de pairs, etc.

-Outils relatifs à l'amélioration de la qualité : démarche assurance et assurance qualité, etc.

La philosophie qui sous-entend les stratégies d'amélioration de la qualité reconnait que ce sont à la fois les ressources (intrants) et les activités (processus) qui doivent être abordés ensemble afin d'assurer ou d'améliorer la qualité des soins (extrants /résultats) [21]

3-4- comment améliorer les pratiques médicales

3-4-1- le capital humain au milieu d'un établissement hospitalier

Le capital humain est une ressource, une force et une richesse à préserver en tant qu'investissement immatériel indispensable pour répondre aux missions de l'établissement hospitalier. Les interactions entre les patients et les employés de l'établissement hospitalier ont une influence significative sur la nature et la perception du service, elles influencent fortement les patients. [22]

Une des conditions de succès des entreprises de service en générale, et les établissements hospitaliers en particulier, est alors de déployer des efforts important en recrutement, formations et motivations des employés. Il sera nécessaire de définir avec précision les finalités et de recourir à des praticiens formés et compétents, afin de s'adapter parfaitement aux taches et aux missions à accomplir (éviter, ou tout au moins réduire tout dysfonctionnement)

3-4-2-Comment améliorer le processus de soins

L'amélioration de processus des soins, non seulement engendre de meilleurs résultats pour le patient, mais réduit aussi le coût de la prestation de service, elle élimine le gaspillage,

[21] Y MATILLON ; 2000 ; « qualité des soins, revue à travers la littérature des outils et des critères utilises en médecine ambulatoire » ; ANAES service évaluation en secteur libéral ; Paris ; P ; 16

[22] www.claudeberaud.fr/améliorer-qualité-soins consulté le 13-12-2020

le travail inutile et le travail à refaire. Cette amélioration de la qualité intégré le contenue des soins et le processus de prestation des soins.

2-4-2-1 mode d'amélioration:

Lorsque le contenue des soins est examiné, alors c'est le moment de passer en revue et d'actualiser la prise en charge clinique des patients, afin d'obtenir des améliorations pour ce qui est des soins cliniques .pour ce faire, il est logique d'utiliser la documentation médicale basée sur des preuves et les informations les plus probantes qui soient, afin d'actualiser les pratiques cliniques.

Le moment ou nous examinons le processus des soins, l'objectif est de renforcer les capacités en ce qui concerne la prestation de soins de santé, pour que ces capacités permettent la mise en œuvre du contenu actualisé

3-5-Principes de l'amélioration de la qualité

L'amélioration de la qualité repose sur quatre principes qui sont valables pour toutes les activités d'assurance qualité, y compris l'AMQ, ces principes sont les suivants :

-L'attention aux patients

La compréhension et la satisfaction des attentes et besoins du patient représentent aujourd'hui une orientation fondamentale de la démarche qualité

L'écoute du patient est une composante indispensable de tout système qualité. Elle fournit des informations qui pourront être utilisés pour identifier les processus clés, orienter les objectifs, corriger les dysfonctionnements, améliorer les produits ou services existants, concevoir le nouveaux produits ou services

-**Comprendre que le travail est un ensemble de processus et de systèmes**

Les prestataires doivent comprendre le système de soins et ses principaux processus de services afin de les améliorer

-La mise à l'essai des changements de l'importance de l'utilisation des données

Les changements sont testés pour déterminer s'ils produisent ou non les améliorations requises. Les données sont utilisées pour analyser les processus, identifier les problèmes et déterminer si les changements ont engendré des améliorations

-le travail en équipe

Le meilleur moyen d'obtenir une amélioration est par le biais d'une approche en équipe pour la résolution de problèmes et l'amélioration de la qualité

3-6-Les étapes du projet d'amélioration continue de la qualité

[23]La réalisation d'un projet d'amélioration est sous la conduite d'un responsable de projet, clairement identifié, impliqué directement dans le processus étudié et mandaté par la direction pour assurer cette mission.

Chaque étape du déroulement du projet d'amélioration répond à des objectifs précis. La séquence des étapes devra être respectée, même si, du fait de sa mise en œuvre progressive, elle pourra évoluer dans ses modalités ; l'expérience acquise au fil des projets permet, le plus souvent, des gains de temps importants. Le cadre méthodologique de départ ne devra pas être remis en cause dans ses bases, quelle que soit son évolution au fil des projets réalisés. Dans tous les cas, il devra être bien connu des responsables, adapté au projet et à l'établissement concerné. Ceci est fondamental pour assurer la continuité de la démarche : même si des variantes sont possibles entre projets, ceux-ci doivent pouvoir être comparés entre eux et l'ensemble des professionnels doit pouvoir se repérer par rapport à la vision commune.

-**Première étape : Identification du processus**

La première étape est fondamentale car elle doit permettre d'identifier clairement les objectifs attendus par rapport à la conduite du projet d'amélioration et de planifier les ressources nécessaires à la réalisation du projet. De la pertinence de ces choix et de l'implication initiale de la direction dépendra la réussite du projet. L'existence de thèmes prédéterminés dans le cadre de l'appel d'offres « PAQ 1995-1996 » a limité l'éventail des possibilités de projets pouvant être proposés par les établissements. De manière générale, il s'agit d'identifier le ou le processus qui vont faire l'objet de la démarche en fonction des priorités stratégiques de l'établissement

Dans tous les cas, la direction de l'établissement doit :

-Avoir la capacité de validé le choix qui aura été réalisé auprès des instances consultatives (commission Médicale d'Établissement, Commission du Service de Soins Infirmiers).

-Intégrer le projet dans le projet d'établissement

-Assurer une formation objective sur les critères de choix du thème retenu auprès du personnel de l'établissement.

[23] Mise en place d'un programme d'amélioration de la qualité dans un établissement de santé, PDF p 23-39

Le projet ayant été sélectionné, un responsable de projet identifié, il convient de réaliser les actions suivantes

-Déterminer les limites du processus au sein du thème choisi qui fera l'objet de la démarche en tenant compte des délais de mise en œuvre et des conditions de faisabilité,

-Identifier tous les acteurs concernés par le processus étudié, afin de les impliquer,

-Faire une analyse des Forces et Faiblesses du projet, en particulier pour en analyser les facteurs de réussite.

-Deuxième étape : Description du processus

Cette étape doit conduire à la réalisation de schémas représentant la situation actuelle du processus. Il permet de visualiser les dysfonctionnements potentiels, mais aussi d'identifier les points clés de la qualité du processus tout en favorisant la communication entres les différents intervenants.

La réalisation de cette étape est la plus longue. Elle implique tous les acteurs directement concernés afin d'être le reflet le plus exact de la réalité du fonctionnement du processus.

Une fois décrit le processus et ses différentes étapes de réalisation, il convient de lister les dysfonctionnements qui peuvent souvenir. De la qualité de cette étape, dépendre la réussite du projet.

Plusieurs actions seront conduites à cette étape.

La description proprement dite qui permettra de mettre en évidence les interfaces entre les différents intervenants du processus, et de ce fait d'améliorer la communication entre les services.

L'identification des dysfonctionnements et le recueil des données permettant de les quantifier, le cas échéant, doit permettre au groupe d'apprécier autant les faiblesses que les points positifs du fonctionnement du processus

L'analyse de l'origine des dysfonctionnements permettra de situer le dysfonctionnement soit à l'intérieur d'une des étapes ou à l'interface entre deux étapes. Cette analyse déplace la responsabilité des dysfonctionnements, des individus vers les conditions de réalisation du processus et favorise l'acceptation des problèmes rencontrés.

Cette étape est longue, mais ne doit pas excéder quelques moi, elle aboutit à un diagnostic : les points forts du ou des processus sont listés. Les dysfonctionnements sont connus et quantifiés.

-Troisième étape : Construction du nouveau processus

[24]Les faiblesses du processus ont été mises en évidence et quantifiées lors de l'étape précédente. De même, l'origine des dysfonctionnements a été identifiée sans la recherche des solutions, qui fait l'objet de cette étape. Afin d'éviter un nombre trop important de solutions qui rendrait problématique leur mise en œuvre, il est nécessaire de hiérarchiser les dysfonctionnements en fonction de grandes orientations en terme d'amélioration. Ce classement n'est possible que si l'analyse des dysfonctionnements du processus a été réalisée au préalable.

C'est l'ensemble du groupe de travail qui est chargé de trouver les solutions aux dysfonctionnements reconnus prioritaires. Le groupe n'a pas pouvoir de décision, il ne peut que faire et argumenter des propositions .En effet, il est important, au moins une phase initiale de la démarche, que les processus décisionnels, habituels de l'établissement soient conservés voire renforcés afin d'éviter tout blocage du projet.

Les solutions proposées par le groupe découlent des constations faites lors de l'étape précédente. L'imagination et la créativité du groupe sont souvent importantes, conduisant à des solutions originales, le plus souvent simples et pas nécessairement onéreuses. Cependant il est nécessaire dans tous les cas, de compléter le travail du groupe par une recherche exhaustive des références externes applicables au thème étudié. Ces références externes peuvent aider à l'identification des points critiques du processus. Elles contribuent dans ce cas à la définition des solutions à mettre en œuvre ou à défaut, des principales contraintes à respecter .elles peuvent être d'ordre réglementaire (lois ou décrets), professionnel (pratiques professionnelles, références) ou de l'ordre de l'expertise (sites référent, avis d'experts communément admis). Pour certains thèmes, le groupe pourra avoir à sa disposition un véritable référentiel externe qu'il pourra confronter à son processus. Il orientera ainsi les actions prioritaires de son projet vers la recherche de conformité du processus de l'établissement au référentiel.

[24] Un paradigme moderne de l'amélioration de la qualité des soins de santé ; PDF

-Quatrième étape : Amélioration du processus

La troisième étape a conduit à l'élaboration d'un nouveau référentiel qui intègre les dispositions retenues pour corriger les dysfonctionnements. Ces dispositions recouvrent une grande variété d'action :

-Des actions de formation

-La mise en œuvre de nouvelles organisations, l'acquisition de nouveaux matériels

-La modification ou l'élaboration de protocoles ou de procédures écrites pour certaine étape clé de processus

Ces différentes solutions doivent être implantées selon une méthodologie rigoureuse de conduite des actions et être accompagnées d'un système de suivi de l'efficacité des actions

-**Conduite des actions d'amélioration**

Les grands principes de conduite des actions d'amélioration doivent être respectés afin de maintenir la motivation des différents acteurs qui vont être impliqués. Ce sont :

- Des responsabilités clairement définies
- Des échéances précises
- Des indicateurs de suivi

Pour assurer cette conduite des actions, le groupe projet réunit l'ensemble des acteurs directement concernés par la mise en œuvre des solutions, qui n'ont pas nécessairement été impliqué dans le groupe de projet initial. Le responsable de l'action informe régulièrement le responsable de projet de l'avancement

-Suivi de l'efficacité des actions et évaluation du projet :

Le groupe doit parvenir à mettre en place un indicateur lui permettant de vérifié l'efficacité des ses solutions. Il existe deux types de mesure : celles qui vont permettre d'affirmer ou d'informer l'amélioration globale (par exemple la réduction du nombre d'infection nosocomiales sur cathéters) et celles qui permettront d'affirmer l'application d'une action au sein d'un projet

Ainsi pour chaque projet d'amélioration, un indicateur de résultats

–indicateur globale du projet

- des indicateurs intermédiaires

-indicateur spécifique à l'action –doivent coexister.

Le suivi de ces indicateurs n'est pas nécessairement constant pour ne pas alourdir la démarche. Les indicateurs intermédiaires seront suivis régulièrement pendant la phase de mise en œuvre des actions d'amélioration. Ce suivi pourra s'espacer une fois l'efficacité des actions démontrée. L'indicateur global ne sera suivi qu'en fonction des priorités définies par l'institution.

Le groupe de travail assure un suivi régulier de son travail à l'aide de documents formalisés et standardisés au niveau de l'établissement, permettant une connaissancerégulière de l'état d'avancement de l'action.

Le suivi pourra également comporter d'autres outils permettant d'évaluer l'efficacité des actions entreprises

La fin de la quatrième étape doit conduire à des résultats prouvant l'application des actions entreprises, ces premiers résultats serviront de base à la diffusion de la démarche au sein de l'établissement, prouvant ainsi son efficacité.

Conclusion

La qualité des soins n'est pas une dimension facile à évaluer, de plus le niveau optimal de qualité ne fait pas l'objet d'un consensus universel

L'évaluation de la qualité des soins peut-être conduite selon un triple approche structures, procédures, résultats

En effet l'amélioration de la qualité des soins nécessite de disposer des bonnes structures (matérielles, humaines, et organisationnelles, d'utiliser les bons processus de soins, elle doit conduire à des meilleurs résultats.

Chapitre III : Les éléments d'évaluation et d'amélioration de la qualité des soins

CAS : service d'oncologie de l'EHS en cancérologie de Draa Ben Khedda

Introduction

L'hôpital est dans l'obligation de procurer un soin de qualité pour tous ses patients car la détérioration au niveau de la qualité des soins influence négativement la santé des patients et leur bien être

Dans notre travail de recherche nous avons bénéficié d'un stage pratique, même si le choix de lieux de stage n'est pas facile nous avons mis beaucoup de temps, pour trouver un hôpital ou nous pourront faire notre étude, nous avons sélectionné l'EHS en cancérologie de Draa Ben Khedda puisque notre étude s'intéresse à la qualité des soins en milieu hospitalier

Dans ce chapitre notre choix se portera sur les éléments d'évaluation et d'amélioration de la qualité des soins dans les établissements publics de santé cas de l'EHS de Draa Ben Khedda (service oncologie) qui s'occupe des adultes

L'objectif dans ce chapitre c'est d'évaluer la qualité des soins dans le but d'enlever les ambigüités qui entourent la qualité des soins et suggérer des solutions pour l'amélioration

Section 01 : Présentation de l'EHS en cancérologie de Draa Ben Khedda Tizi-Ouzou

1-Aperçu général de l'EHS en cancérologie

Afin de bien présenter cet Etablissement qu'est l'Etablissement Hospitalier Spécialisé (EHS) en cancérologie, il est utile de connaitre les différents éléments de son organisation

1-1-Historique de l'EHS

L'Etablissement Hospitalier Spécialisé en cancérologie de Draa Ben Khedda dans la wilaya de Tizi-Ouzou « centre de lutte contre le cancer », est un établissement fraichement mis en activité en date du 01 janvier 2019

L'EHS en cancérologie de Draa Ben Khedda, est un établissement public à caractère administratif d'une grande envergure composé de 140 lits, crée par arrêté ministériel de la santé, il est régi par les dispositions du décret exécutif 97-465 du 02-12-1997 complété. Fixant les règles de création, d'organisation et fonctionnement des établissements hospitaliers spécialisés.

1-2-Statut juridique et cadre géographique (l'implantation) de l'EHS

1-2-1-Statut juridique de l'EHS

L'EHS est défini par la loi de promotion et de la santé comme un établissement public à caractère administratif ayant à la charge une maladie particulière et très répondue qui touche toute les catégories d'âge dans le monde en général et en Algérie en particulier.

L'Etablissement Hospitalier Spécialisé est un établissement public de santé, autonome sur le plan administratif et financier.

Les grandes orientations de l'Etablissement sont définies par son conseil d'administration où siègent les représentants du personnel médical, paramédical, et des usagers.

La conduite générale de la gestion est assurée par la directrice de l'établissement le conseil d'administration et la direction s'entourent également d'avis du conseil médical de l'établissement composé aussi de représentant du corps médical qui élabore le projet médical et émet des avis sur le fonctionnement des services.

1-2-2-Le cadre géographique (l'implantation de l'EHS)

Le secteur est une aire géographique bien délimité. L'EHS est implanté sur le territoire de la commune de Draa Ben Khedda, dans la wilaya de Tizi-Ouzou

1-3- Domaine d'activité de l'EHS

L'EHS en cancérologie, étant un centre de lutte contre le cancer, il traite principalement les sujets cancéreux, orientés par leur médecin traitant ou dépisté au sein du l'établissement par des médecins spécialistes afin de définir le stade de la tumeur, et le malade est orienté vers l'hôpital du jour ou vers l'hospitalisation.

L'EHS s'appuie sur six méthodes de prise en charge qui sont :

-Dépistage précoce des tumeurs

-Traitement aussi précoce que possible

-Traiter la tumeur par le biais de la radiothérapie, chimiothérapie ou radio-chimiothérapie concomitante (Rcc)

-Ablation des tumeurs par le biais de la chirurgie carcinologique

-Assurer la poste cure pour évitant les récidives

-Accompagner les malades en fin de vie.

1-4- Les Différents modes d'Hospitalisation de l'EHSL'EHS en Cancérologie « Centre de Lutte Contre le Cancer» a la mission de prendre en charge les populations des Wilayas de Tizi-Ouzou, Brouira, Bejaia, Boumerdes, dans les différents modes d'hospitalisation qui sont :

1-4-1- L'Hospitalisation de jour (HDJ)

Dans ce cas, le patient vient pour une journée, et sera orienté vers l'hôpital du jour afin de recevoir son soins en radiothérapie ou en chimiothérapie, une prise en charge journalière car la cure ne nécessite pas une admission ou un séjour, le patient quitte l'hôpital à la fin de la séance.

1-4-2- L'Hospitalisation

L'hospitalisation relevée d'une décision du médecin, où le malade est interné pour recevoir les soins nécessaires jusqu'à son rétablissement total ou il peut continuer son traitement chez lui.

1-5- La répartition des effectifs de l'EHS en Cancérologie

- Corps administratif
- Praticiens spécialiste assistant
- Médecins généralistes
- Pharmaciens
- Physiciens
- Corps paramédical
- Biologistes
- Chimistes
- Psychologues
- Agents de sécurité

2- Organisation des différents départements au sein de l'EHS en Cancérologie de Draa Ben Khedda.

2-1- La direction

Elle est administrée par une directrice qui est nommé par un décret présidentiel, en tant que première responsable de l'établissement, assisté par une directrice des ressources humaines(DRH).

La Directrice exerce diverses fonctions d'intérêt national et d'intérêt pour l'établissement.

Les bureaux et services sont rattachés à la direction :

2-1-1- Secrétariat de direction

Ses différentes tâches sont

-Enregistrement du courrier arrivé et celui du courrier départ.

-Assure les correspondances à caractère administratif relevant du service

-Prise en charge des dossiers des candidatures pour les postes vacants de concours

- Classement du courrier.

2-1-2- Bureau informatique

Ce bureau est chargé de

- La gestion du parc informatique.

-L'administration des systèmes informatiques.

2-1-3- Surveillance générale

Chargé de :

- L'émargement du personnel.

- Contrôler la durée de congé qu'il soit annuel ou reliquat grâce à unregistre spéciale la ou on trouve le nom, prénom, la date d'entrée, la date du congé et celle de la reprise pour qui est pas de mal entendu entre l'administration et le personnel.

- Contrôler les entrés et sorties du personnel, s'il y a des retardataires ou sortie avant l'heure sans permission, un questionnaire de demande explication leur sera remis.

2-1-4- La sous direction des finances et des moyens

Elle est gérée par l'économe chargé de la gestion des bureaux suivants :

2-1-4-1- Bureau des moyens généraux et des infrastructures

Il comprend :

a- Cuisine.

b- Magasin alimentaire.

c- Parc -Auto.

d- Sécurité et gardiennage.

e- L'entretien.

f- Chaufferie.

g- Lingerie.

Les différentes tâches de ce bureau sont:

-Gestion des mouvements des stocks (entrées et sorties).

-Délivrance des bons de sorties du magasin.

-La tenue du registre d'inventaire.

-La tenue des fiches de stocks parallèles à celles du magasin.

-Recollement de l'inventaire annuel.

-Délivrance des bons de route pour une mission dans la wilaya.

2-1-4-2- Bureau comptabilité financière

Chargé des opérations comptables, engagement, mandatement et payement des factures.

2-1-4-3- Bureau marchés publics

Chargé de l'acquisition des équipements et les différents consommables pour le fonctionnement des différents services et la fourniture des produits d'entretien et d'hygiène de l'établissement, comme il assure les différentes tâches suivantes :

- Approvisionnement en général de l'établissement.
- Délivrance des bons de commande.
- Correspondance avec les fournisseurs.
- Démarche au prés des fournisseurs.

2-1-5- La sous-direction des services de santé

Cette structure est gérée par un sous- directeur des services de santé, elle est composée de :

2-1-5-1- Bureau de contractualisation et de calcul des coûts :

Il est chargé du calcul des coûts des malades mensuels, trimestriels et annuels

2-1-5-2- Bureau des entrées

Il est chargé de :

- remplir le dossier du malade (son état civil) l'hors de son entré au service (HDJ /Hospitalisation).

-Faire sortir le malade dans le logiciel patient ainsi que dans les registres après avoir reçue son billet de sortie par le service concerné.

-Délivrer un certificat de séjour justifiant sa durée de séjour a l'hôpital s'il a séjourné à l'hôpital.

-Faire des statistiques mensuelle, trimestrielle et annuelle ce qui concerne le nombre de journée d'hospitalisation, le nombre de décès, le nombre d'entrants et le nombre de sortants.

-Faire le mouvement des malades, après l'avoir reçu de chaque service, on mentionnant le nombre de malades existants et s'il existe des malades qui suivent un régime, il doivent le mentionner, car une copie de ce mouvement reste dans le bureau des entrées et l'autre partie est envoyée a la cuisine.

2-1-5-3- Service exploration et de soins

C'est un plateau technique, il est crée pour renforcé les services (unités) composé d' :

-Un centre d'imagerie médicale :tout appareil servant à l'exploration.

-La Pharmacie: qui assure l'approvisionnement en produits pharmaceutique et les dispositifs médicaux, elle comprend :

Pharmaceutique et les dispositifs médicaux, elle comprend :

- Unité de produits pharmaceutiques

- Unité de dispositifs médicaux

-Un laboratoire d'urgence d'analyses sanguines

-Un centre de transfusion sanguine

-Un service d'anatomie pathologique

Tableau n °2 : tableau récapitulatif des différents services et de leurs unités

Services	Lits techniques	Unités
Anatomie Pathologique		**-4-** Histologie Cytologie Immuno-histo-chimie Biologie moléculaire
Anesthésie Réanimation	**18**	**-03-** Anesthésie Soins intensifs Réanimation polyvalente
chirurgie carcinologique	**28**	**-03-** Bloc opératoire Consultation Hospitalisation
oncologie médicale	**24**	**-03-** Hôpital du jour adulte et consultation Hospitalisation Douleurs et soins palliatifs
oncologie pédiatrique	**12**	**-02-** hôpital du jour et consultation hospitalisation
Hématologie	**24**	**-03-** Hospitalisation

		Hôpital du jour et consultation
Laboratoire central		**-05-** Immunologie –hématologie Cytologie et CMF (cytométrie en flux) Hémostase Biochimie Hémobiologie et banque de sang
Médecine nucléaire	**04**	**-03-** Diagnostic Radio analyse Radiothérapie métabolique
Imagerie médicale		**-03-** IRM et scanner Radiologie interventionnelle Echo-Mammo-Radiologie standard
Pharmacie		**-02-** Gestion des produits pharmaceutiques Gestion des dispositifs médicaux
Radiothérapie	**30**	**-03-** Curiethérapie contacthérapie Hôpital du jour etconsultation Hospitalisation

Source : les documents de l'hôpital

2-1-6- La sous direction de l'administration et des moyens :

Elle est assurée par la directrice des ressources humaines

En l'occurrence la sous direction de l'administration et des moyens : Service du personnel :

La structure qui s'occupe du recrutement au niveau de l'organisme d'accueil est le bureau de gestion des ressources humaines et des contentieux, lui-même relevant de la sous direction de l'administration et des moyens. Ce bureau est notre champ d'étude.

2-2-1- Les attributions du bureau des ressources humaines et du contentieux:

Ce bureau est une structure qui gère la ressource humaine de l'organisme. Il a pour attributions de :

- Suivi de carrière du personnel titulaire et vacataire (nomination, avancement, retraite, congé…) et de l'archivage des dossiers du personnel et de l'organisme.
- Contribuer à la définition des besoins en formations par Leurs analyses et leurs traductions,
- Garantir l'adéquation des formations aux besoins exprimés,
- Assurer la mise en œuvre des actions de formation,
- Œuvrer pour la promotion des agents,
- S'occuper du recrutement,
- L'élaboration des règles de gestion des employés,
- Relations avec les caisses nationales d'assurance(CNAS) et de la Retraite(CNR),
- De suivre le mouvement des effectifs,
- Assurer la rémunération des employés,
- Suivi de carrière du personnel titulaire et vacataire

- Suivi de carrière du personnel titulaire et vacataire (nomination, avancement, retraite, congé…) et de l'archivage des dossiers du personnel et de l'organisme.
- Préparations des travaux de la commission paritaire et tableau annuel des effectifs.
- Rôle et attachement mensuel des salaires et collaboration avec le bureau de paye (à partir du 20 de chaque mois).
- Réponse aux courriers ayant très au ressources humaines.

2-2-2- Bureau solde :

Il assure le suivi de la paie et les émoluments du personnel.

Section 02 : les éléments d'évaluation de la qualité des soins (service d'oncologie)

Nous avons choisi le service d'oncologie de l'EHS en cancérologie car ce dernier est destiné à traiter plusieurs types de cancer

Il s'agit d'un service spécialisé, crée en 03/09/2019 ; son activité clinique est consacrée au diagnostic, au suivi et au traitement des patients atteints de cancers.

Parmi les thérapeutiques exercées au sein du service se trouvent les séances de chimiothérapie.

Afin d'évaluer la qualité des soins dans le service oncologie on a appliqué le modèle d'Avedis Donabedian.

Alors pour assurer des soins de qualité, que doit-on mettre en place ? Des structures adaptées aux besoins, des prises en charge du patient cohérents et bien évidement des résultats satisfaisants.

Structures, procédures et résultats sont les trois (03) objet de l'évaluation de la qualité

2-1-L'évaluation des structures et ressources (service oncologie) :

Le service oncologie se compose de moyens nécessaire aux soins médicaux. Ces moyens sont :

2-1-1-Ressources humaines :(personnel)

Personnel médical

- Un professeur chef de service
- Un Praticien spécialiste principale (01)
- Neuf Praticien spécialiste assistant (09)
- Quatre Médecin généraliste (04)

Personnel paramédical

- Deux (02) surveillants médicaux
- Dix (10) infirmiers de santé publique
- Neuf (09) aides soignants de santé publique
- Quatre (04) préparateurs de la chimiothérapie

Deux (02) psychologues

Une (01) secrétaire médicale

Deux (02) assistants sociaux

Un(01) réceptionniste

2-1-2-Les ressources matérielles :

- Bureau de médecin chef

Bureau du surveillant médical

- Deux (02) bureaux de consultation
- Six (06) bureaux pour les médecins
- Salle d'attente
- Une salle pour les infirmiers (paramédicaux)
- Une salle pour les médecins (médicaux)
- Deux salles de traitement
- Pharmacie du service
- Une salle douleur et soins palliatifs (urgences)
- Salle de préparation de la chimiothérapie
- Vingt-quatre (24) lits et (30) fauteuils à commande électrique
- Réception

2-2-Processus

- Le processus des soins dans le service oncologie se présente comme suite **:**

-Le patient se présente avec un dossier médicale il sera reçu par un médecin oncologue

-Après ouverture de dossier une discussion entre oncologues au sein colloque hebdomadaire se fait prendre une décision thérapeutique

-Convocation du malade : contacter le malade par téléphone pour lui communiquer une date de début de traitement

-Le malade viendra au rendez-vous fixé par son médecin traitant pour commencer les traitements ; Ensuite ils vont lui remettre un calendrier de rendez-vous pour ses différentes cures (Les différents soins)

2-3-Résultats

Dans cette étape nous avons réalisé un questionnaire face à face auprès de 80patients, afin de mesurer leur satisfaction, pour le réaliser nous avons choisi la question fermée pour proposer une liste de réponses, les réponses proposé aux questions sont de quatre niveaux :

-Très satisfait

-Satisfait

-Peu satisfait

-Pas du tout satisfait

Notre questionnaire s'adresse aux patients du service oncologie les questions posées concernant les principaux aspects de la qualité des soins qui sont :

-l'accueil

-Les soins

-l'hôtellerie et la restauration

-la sortie

Le traitement des données a été effectué à l'aide du logiciel Excel

Tableau n°3 : niveau de satisfaction globale des patients

	Très satisfait	**Satisfait**	**Peu satisfait**	**Pas du tout satisfait**
L'Accueil	56	22	2	0
Les Soins	58	20	2	0
Restaurations et Hôtelleries	51	27	2	0
La Sortie	55	22	3	0
La satisfaction globale des patients	**55**	**23**	**2**	**0**

Source : Etabli à partir des résultats de l'enquête

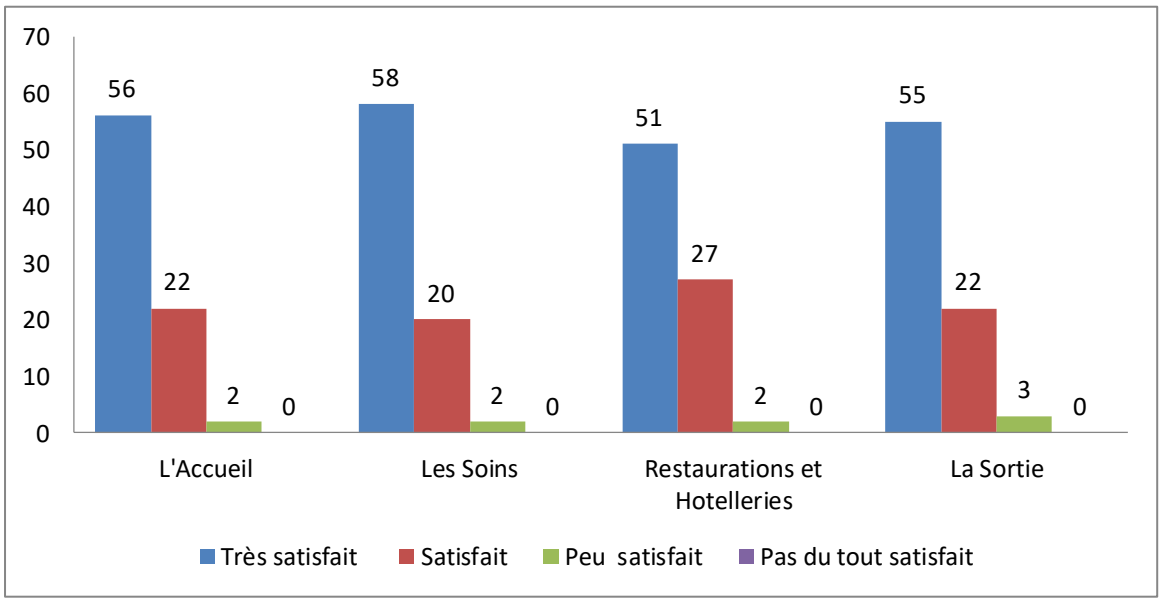
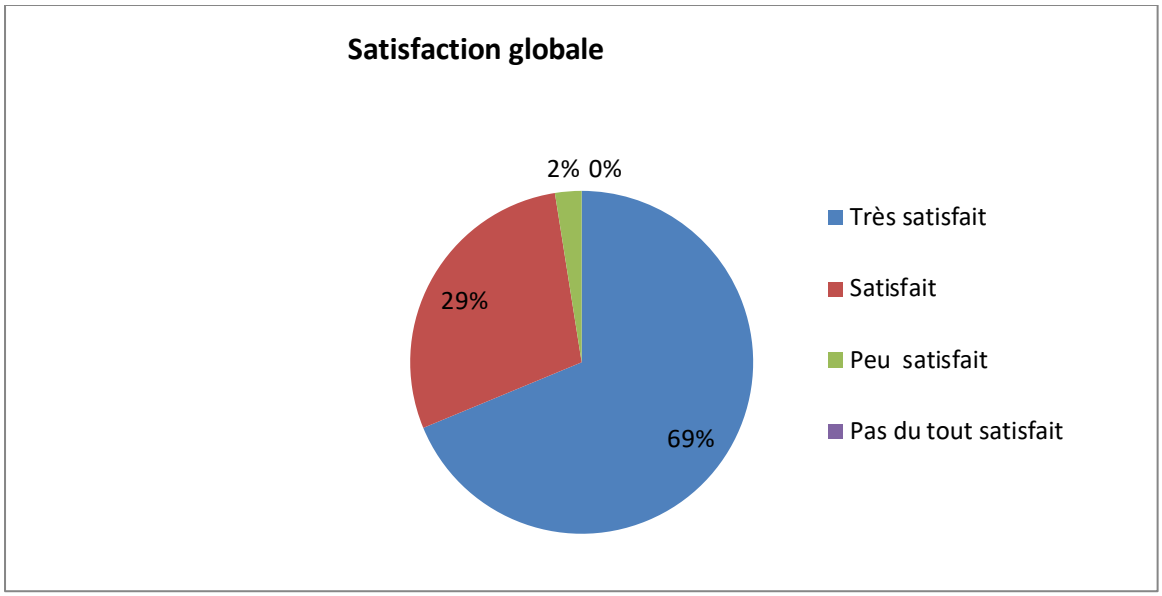


Figure n°4 : niveau de satisfaction concernant les patients

Source : Etabli à partir des résultats de l'enquête

Figure n°5 : niveau de satisfaction globale des patients (en %)



Source : Etabli à partir des résultats de notre enquête

- **Commentaire et interprétation :**

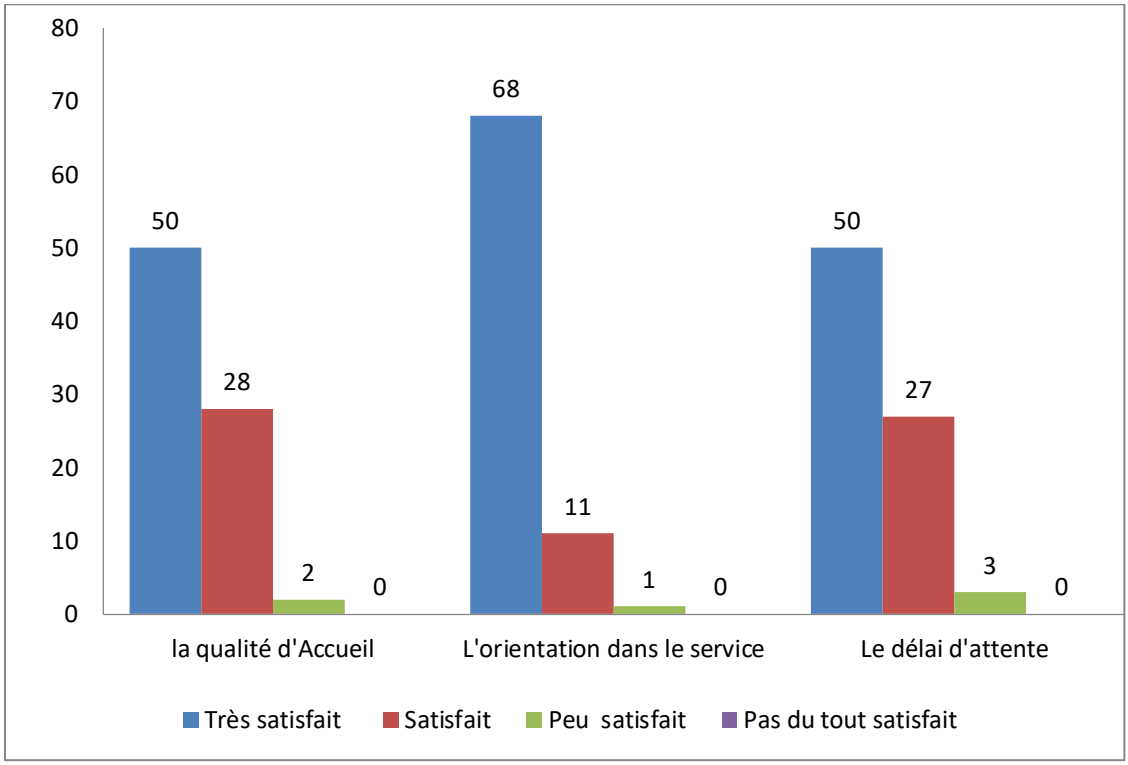
  L'analyse générale de satisfaction des patients sur la qualité des soins , nous a permis de constater une très forte majorité des patients entièrement très satisfaits de la qualité offerts par le service oncologie avec un pourcentage de**78%** de satisfaction globale (très satisfait) et ceci engendrer à la satisfaction des différentes partis de l'enquête de satisfaction qui sont : l'accueil , les soins, , hôtellerie et restauration , la sortie

Tableau n°4 : Niveau de satisfaction d'accueil

	Très satisfait	**Satisfait**	**Peu satisfait**	**Pas du tout satisfait**
la qualité d'Accueil	50	28	2	0
L'orientation dans le service	68	11	1	0
Le délai d'attente	50	27	3	0

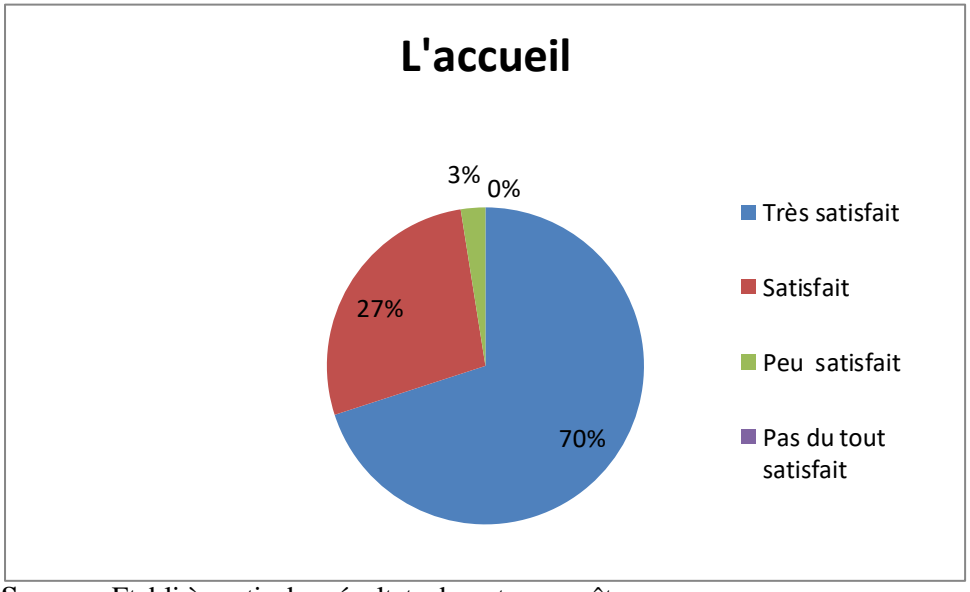
Source : Etabli à partir des résultats de notre enquête

Figure n°6 : niveau de satisfaction quant à l'accueil



Source : Etabli à partir des résultats de notre enquête

Figure n° 7: niveau de satisfaction globale concernant l'accueil



Source : Etabli à partir des résultats de notre enquête

- **Commentaire et interprétation :**

Niveau de satisfaction concernant le service d'accueil 97% des patients sont satisfaits de l'accueil pour plusieurs raisons :

-62% des enquêté sont satisfait de la qualité d'accueil par rapport aux réceptionnistes qui sont accueillant, gentils, souriant, à l'écoute

-85% des enquêté sont satisfait de l'orientation dans le service, car le personnel hospitalier (infirmiers) prend en charge le patient dés que son arrivé

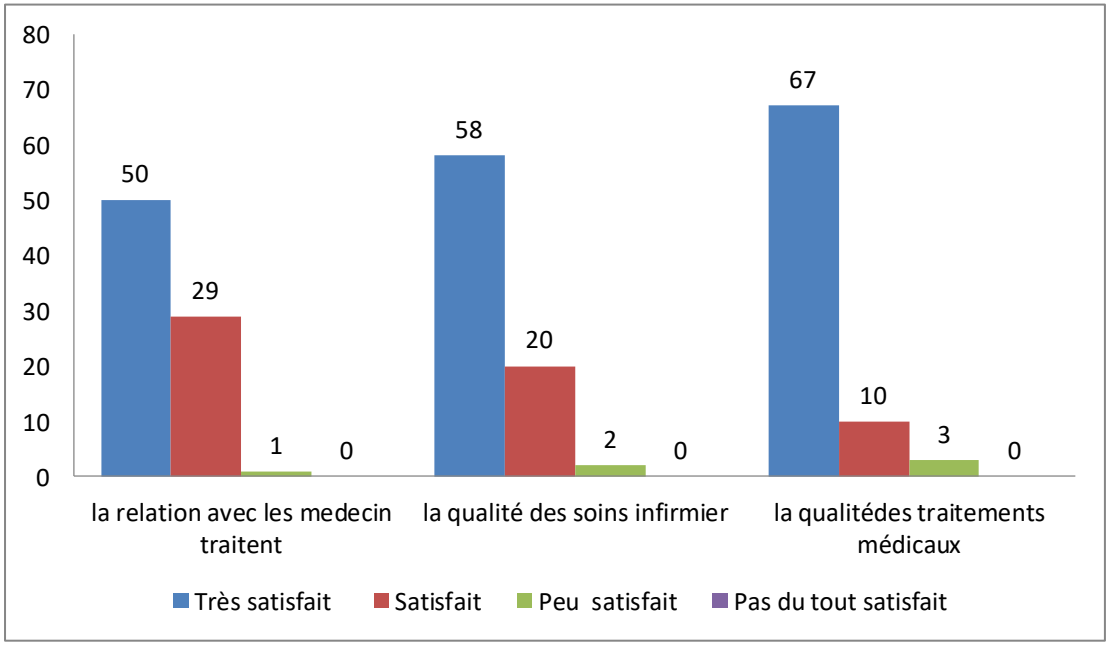
- 62% des enquêté sont satisfait du délai d'attente car il y'a une bonne gestion des rendez-vous (prise par téléphone, l'existence d'un logiciels patients pour mieux gérer les RDV)

Tableau n° 5 : Niveau de satisfaction de la qualité des soins

	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait
la relation avec le médecin traitent	**50**	**29**	**1**	**0**
la qualité des soins infirmiers	**58**	**20**	**2**	**0**
la qualité des traitements médicaux	**67**	**10**	**3**	**0**

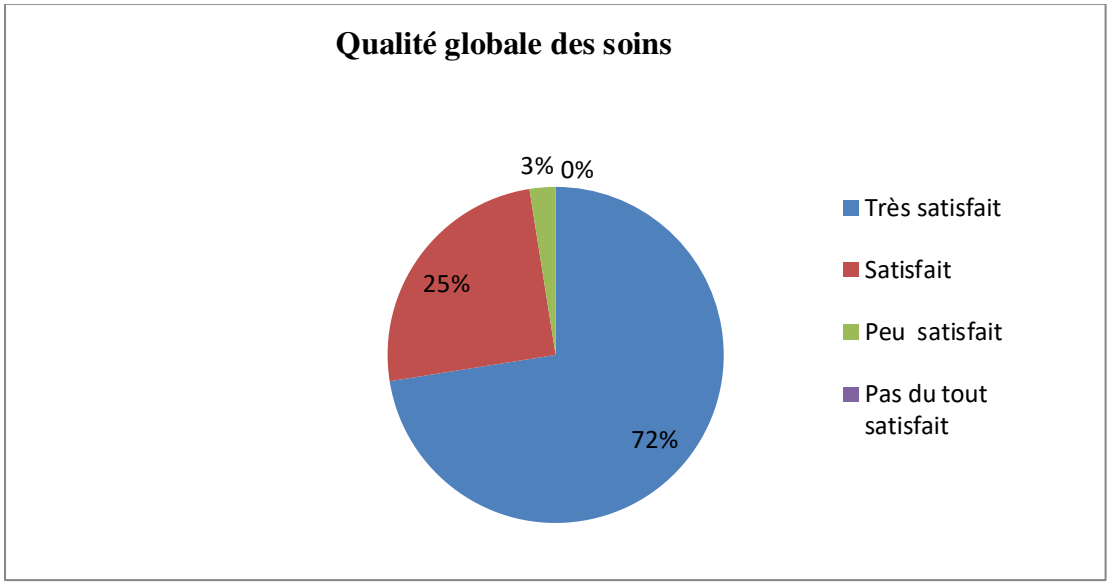
Source : Etabli à partir des résultats de notre enquête

Figure n°8: Niveau de satisfaction de la qualité des soins



Source : Etabli à partir des résultats de notre enquête

Figure n°9 : niveau de satisfaction globale concernant la qualité des soins



Source : Etabli à partir des résultats de notre enquête

- **Commentaire et interprétation :**

  -En ce qui concerne la relation de patient avec le médecin traitant, 62% des enquêté sont très satisfait, et 36 % sont satisfaits donc 85% sont satisfait des services, par ce que les médecins répondent aux questions posées par les patients gentiment et aimablement

  -En ce qui concerne la qualité des soins infirmier, 72% sont très satisfaits et 25% sont satisfait donc 97% sont satisfaits, car les infirmiers sont disponible 24/24,

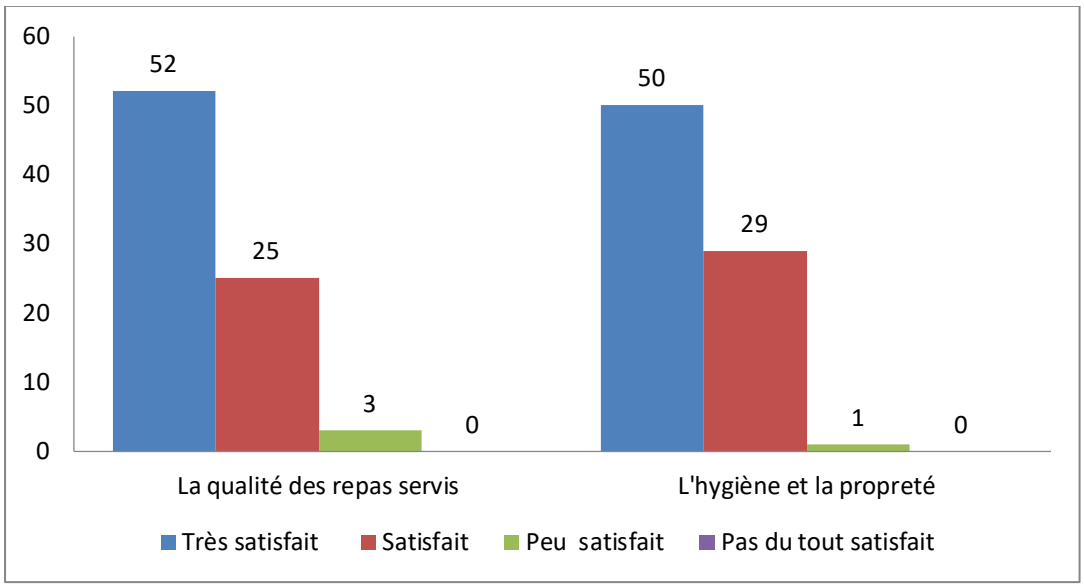
  -En ce qui concerne la qualité des traitements, 84% sont très satisfait et 12% sont satisfait, donc 96% sont satisfait du traitement proposé par leurs médecins traitant, des traitements de qualité et sont efficace

Tableau n°6 : Niveau de satisfaction concernant Hôtellerie et Restauration

	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait
La qualité des repas servis	**52**	**25**	**3**	**0**
L'hygiène et la propreté	**50**	**29**	**1**	**0**

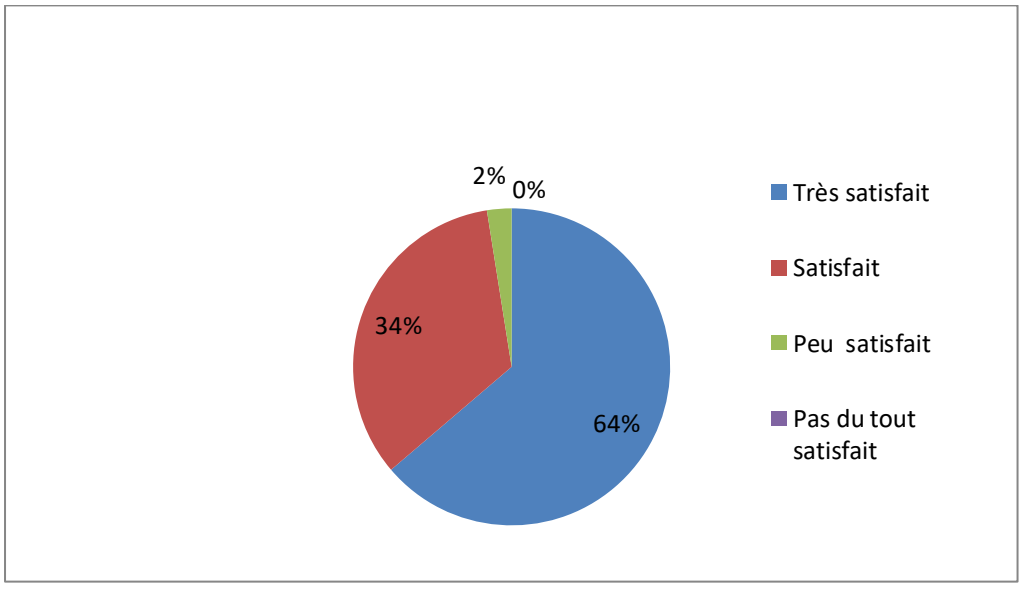
Source : Etabli à partir des résultats de notre enquête

Figure n°10 : niveau de satisfaction globale concernant Hôtellerie et Restauration



Source : Etabli à partir des résultats de notre enquête

Figure n°11 : niveau de satisfaction globale concernant Hôtellerie et Restauration



Source : Etabli à partir des résultats de notre enquête

- **Commentaire et interprétation :**

  -En ce qui concerne la qualité des repas servi 65% sont très satisfait et 31% sont satisfaits donc 96% sont satisfaits(des repas équilibré et varié et une bonne qualité des repas offerts)

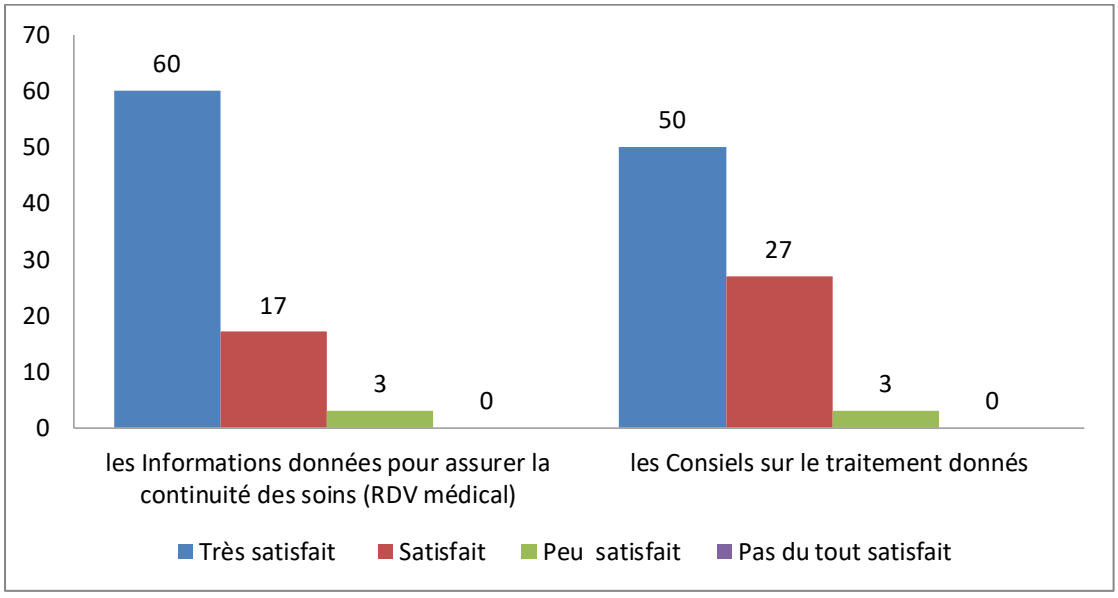
-En ce qui concerne l'hygiène et la propreté 62% sont très satisfait, et 36% sont satisfaits donc 98% sont satisfaits(un nettoyage régulier, quotidien et de toutes les surface de l'hôpital, l'hygiène des locaux sont parfait

Tableau n° 7: Niveau de satisfaction concernant la sortie

	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait
les Informations données pour assurer la continuité des soins (RDV médical)	**60**	**17**	**3**	**0**
les Conseils sur le traitement donnés	**50**	**27**	**3**	**0**

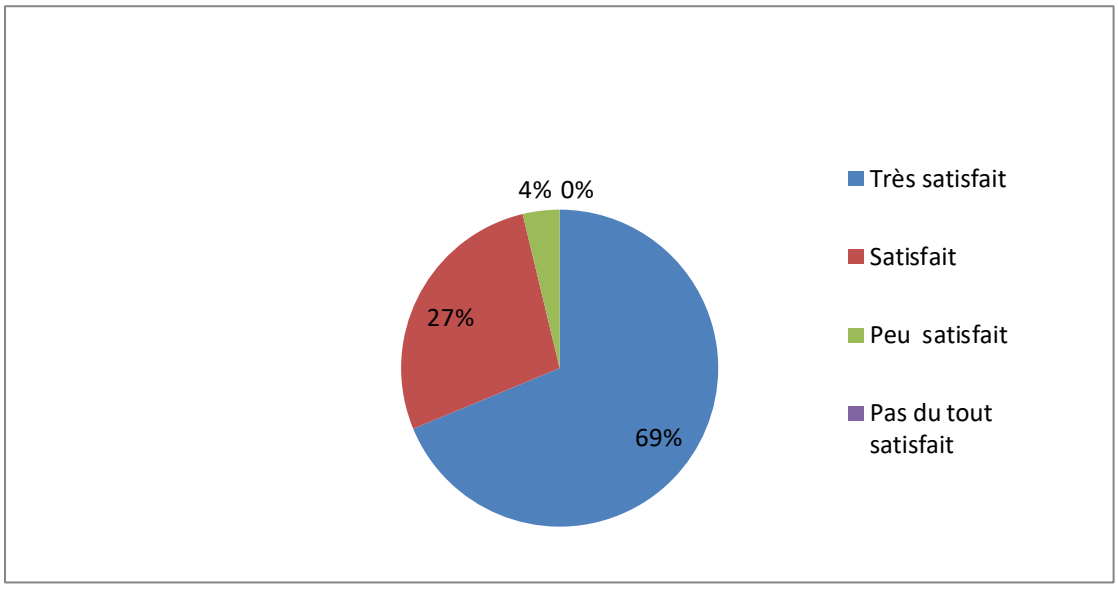
Source : Etabli à partir des résultats de notre enquête

Figure n°12: niveau de satisfaction globale concernant la sortie



Source : Etabli à partir des résultats de notre enquête

Figure n°1 3 : niveau de satisfaction globale concernant la sortie



Source : Etabli à partir des résultats de notre enquête

- **Commentaire et interprétation :**

-En ce qui concerne les informations donnés pour assurer la continuité des soins (RDV médical) 75% sont très satisfaits et 21% sont satisfait, donc 96% sont satisfaits

-En ce qui concerne les conseils sur les traitements donnés 62% sont très satisfaits et 34% sont satisfaits, donc 96% sont satisfait

Section 03 : Les éléments d'amélioration de la qualité des soins (service d'oncologie)

Après ce qu'on a observé et l'enquête de satisfaction qu'on a réalisé dans le service oncologie auprès de 80 patients qui sont satisfait des fois même très satisfait, on déduit que la qualité des soins existe en matière, d'accueil, des soins, d'hôtellerie et restauration et après la sortie , mais les dysfonctionnements existe toujours

3-1-Les éléments d'amélioration de la qualité des soins dans le service d'oncologie

3-1-1-Quelques améliorations proposés par un médecin oncologue

-Amélioration des conditions de travail pour une meilleure qualité des soins (organisé le travail par rotation des équipes)

-Informer le personnel médical et paramédical afin d'assurer une meilleure organisation de travail (problème au niveau de système d'information)

-Assurer des sessions de formation pour le personnel médical et paramédical afin de perfectionner leurs compétences

-Assurer une meilleure coordination entre les différents services dans l'intérêt de malade.

3-1-2-Les améliorations proposée par nous

3-1-2-1-La télémédecine un outil d'amélioration de la qualité des soins

Le patient suivi pour un cancer doit se rendre régulièrement à l'hôpital pour des consultations, or il a parfois un temps de trajet conséquent une fatigue importante, et il est plus exposées au risque liés à la COVID-19, par ailleurs sa consultations et parfois très rapide et uniquement dédié à la surveillance de ses symptômes, dans ce cas on fait appel à la télémédecine

Alors comment peut-on définir la télémédecine et comment fonctionne ?

La télémédecine en oncologie

Qu'est –ce que la télémédecine ?

« La télémédecine est une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication, Elle met en rapport un professionnel médical avec un ou plusieurs professionnels de santé, entre eux ou avec le patient et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient

Elle permet d'établir un diagnostic , d'assurer, pour un patient à risque , un suivi à visée préventive , ou un suivi post-thérapeutique , de requérir un avis spécialisé , de préparer une décision thérapeutique, de prescrire des produit, de prescrire ou de réaliser des prestations ou des actes, ou d'effectuer une surveillance de l'état des patients »

Ainsi, l'activité de la télémédecine consiste en la mise en relation, à distance, des patients et de professionnels et de la communication.

La liste des actes de télémédecine, il s'agit des actes médicaux suivants, réalisés à distance, au moyen d'un dispositif utilisant les technologies de l'information et de la communication

-La téléconsultation : qui a pour objet de permettre à un professionnel médical (assisté, le cas échéant, d'autres professionnels) de donner une consultation à distance à un patient ;

-La télé expertise : qui a pour objet de permettre à un professionnel médicale de solliciter à distance l'avis d'un ou de plusieurs professionnels médicaux en raison de leurs formations ou de leurs compétences particulières, sur la base des informations médicales liées à la prise en charge d'un patient ;

-La télésurveillance médicale : qui a pour objet de permettre à un professionnel médical d'interpréter à distance les données nécessaires au suivi médical d'un patient et, le cas échéant , de prendre des décisions relatives à la prise en charge de ce patient , l'enregistrement et la

transmission des données peuvent être automatisés ou réalisés par le patient lui-même ou par un professionnel de santé ;

-La téléassistance médicale : qui a pour objet de permettre à un professionnel médical d'assister à distance un autre professionnel de santé au cours de la réalisation d'un acte ;

-La réponse médicale : qui est apportée dans le cadre de la régulation médicale (service d'urgence) lors des appels passés auprès du SAMU.

3-1-2-2-La télé-oncologie

L'accès à la « télé-oncologie » peut aider à réduire les prises en charge tardives ou inadaptées des patients atteints de cancer, de faciliter leur accompagnement en cours de traitement et leur suivi dans la phase post-cancer

Le recours à la télémédecine parait donc particulièrement intéressant en cancérologie du fait de l'allongement de la durée de vie des patients et de l'augmentation du nombre de patients à suivre ou à surveiller

En oncologie, plusieurs actes de télémédecine pourraient être concernés : la téléconsultation, la télé expertise, la télésurveillance et la téléassistance médicales

Lors de l'activité de téléconsultation, le professionnel de santé peut fournir des explications sur les traitements prescrits souvent multiples et complexes ou être consulté pour un second avis médical.

Les patients atteints de cancer peuvent être amenée à subir des soins pluridisciplinaire, réalisés en équipe, dans ce contexte, la télémédecine permet de réaliser cette collaboration entre les différents professionnels de santé grâce à la pratique de la **télé expertise** .Ainsi, le médecin traitant, l'infermière et l'oncologue peuvent, à titre d'exemple, communiquer à distance et solliciter mutuellement leurs avis afin d'optimiser les soins délivrés aux patients

De plus cette expertise peut s'exprimer lors de réunions de concertation médicale pluridisciplinaire à distance, lors desquelles les différents médecins spécialistes en cancérologie donnent leurs avis et émettent des propositions de traitements

Lors des activités de télésurveillance médicale, le professionnel de santé peut surveiller l'utilisation et les effets secondaires des traitements anti-tumoraux pris par le patient à son domicile, comme par exemple, pour les chimiothérapie et thérapies ciblés dont les recours se développe de plus en plus

Enfin, la téléassistance médicale peut permettre à l'oncologue-radiothérapeute d'assister à distance l'infermière dans le cadre de traitements relatifs aux soins de la peau, souvent nécessaires ou complexes après des traitements par chimiothérapie.

Conclusion

Dans ce chapitre nous avons présenté l'EHS en cancérologie de Draa Ben Khedda, puis on a fait une petite présentation pour le service d'oncologie là où notre étude s'est effectuée

Après avoir appliquée le modèle d'ENABEDIAN dans l'évaluation de la qualité des soins on a obtenu des résultats qui sont les suivants :

-En ce qui concerne les structures le service d'oncologie contient, un local spacieux avec des équipements neufs et un nombre suffisant de personnel médical et paramédical qualifié

-En ce qui concerne le processus des soins n'est pas long le patient est pris en charge directement sans attendre longtemps

-Enfin en ce qui concerne le résultat on a réalisé un questionnaire, après nos analyses et interprétation ont démontré que la globalité des patients sont satisfaits de la qualité des soins fournie par le service d'oncologie

Et on a terminé ce chapitre par l'amélioration de la qualité des soins dans le service d'oncologie, les insuffisances n'existent presque pas dans ce service pour les remédier ou pour les améliorer donc un médecin nous a proposé quelques amélioration, et nous on a proposé la télémédecine qui est une forme de pratique médicale à distance qui est utile pour les médecins et pour les patients , de nombreux avantages découlent de la télémédecine par exemple , permet une optimisation du temps ,garantir l'accès aux soins à tous

CONCLUSION GENERALE

Conclusion générale

Tout au début de notre travail nous sommes passés par un bref historique de la qualité qui résume l'évolution de cette dernière à travers le temps, qui constitue en deux mouvements dans le monde industriel vers le monde hospitalier, la qualité n'est pas nouvelle pour les professionnels de santé, car elle a évolué à travers les années. Puis on a fait une petite présentation de la démarche qualité

L'évaluation de la qualité des soins peut-être conduite selon un triple approche structures, procédures, résultat

-L'évaluation des structures, s'intéresse au nombre de personnels, soignants, de lits d'hospitalisation, à l'existence d'un secteur ambulatoire, à l' hôtellerie

-L'évaluation de processus des soins évalue donc toutes les activités des médecins et des professionnels de soins directement ou indirectement consacré au diagnostic et au trainement des malades

-L'évaluation des résultats : la qualité finale de la prestation (satisfaction des patients)

Et pour l'amélioration de la qualité des soins il faut un ensemble d'outil et un plan d'amélioration

Pour mettre en pratique le modèle d'DONABEDIAN nous avons effectué un stage au niveau de l'EHS en cancérologie de Draâ Ben Khedda afin d'évaluer la qualité des soins dans le service d'oncologie on a obtenue ces résultats

Pour les structures et ressources : le service d'oncologie est spacieux, propre, sécurisé, et des équipements neufs, le personnel médical et paramédical qualifié

Et pour le processus des soins, le patient est pris en charge sérieusement par les médecins traitant

Enfin pour le résultat on a réalisé une enquête de satisfaction auprès de 80 patients sur la qualité d'accueil, des soins, de l'hôtellerie et de restauration, et la sortie, on a constaté que la majorité des patients sont satisfaits parfois même très satisfait, ce qui montre que la qualité des soins existe dans le service d'oncologie ,d'après cette enquête les deux hypothèses ce sont confirmé :

- La qualité des soins c'est l'obtention de meilleurs résultats

-la qualité des soins dépend d'une part des caractéristiques techniques et d'autres part des caractéristiques relationnelles des soignants, la technicité est liée aux connaissances médicales les médecins ont des compétences, et il y'a une forte relation entre le médecin et le patient, la confiance, l'écoute, et l'empathie

Conclusion générale

Et pour l'amélioration de la qualité des soins dans le service d'oncologie ce service ne nécessite pas vraiment une amélioration, un médecin oncologue a proposé quelques amélioration en ce qui concerne, la formation du personnel médical et paramédical et l'information, et améliorer les conditions du travail

Et nous on a proposé la télémédecine puisque en Algérie les nouvelles technologies de l'information et de communication sont peu utilisées par nos établissements

Durant notre accomplirent du travail on s'est confronté à quelques obstacles qui nous ont conduis à plusieurs limites dont les suivantes :

-manque d'ouvrage, et mémoires sur notre thème

-l'insuffisance des travaux de recherche sur l'amélioration de la qualité des soins

-l'accès limité à certaines données

Enfin il n'y a pas de qualité sans évaluation, l'évaluation fait partie intégrante de la mise en place de la démarche qualité. L'évaluation est donc un impératif de la qualité. L'évaluation permet d'apprécier la satisfaction des patients, la conformité des prestations à des références et le bon déroulement des processus. Cela consiste en une objectivation du niveau de qualité existant et des progrès réalisés grâce aux actions d'amélioration. Elle permet également un suivi en continu de certaines caractéristiques afin d'agir dès qu'une dérive apparaît. Evaluer permet aussi de valoriser le travail accompli, de donner confiance aux professionnels et aux patients sur le maintien d'une qualité de prestation et d'apporter la preuve des progrès réalisés.

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages

1-BRUNELLE. Y. 1993, la qualité des soins et services : un cadre conceptuel, études et analyses ministère de la santé et des services sociaux, direction générale de la planification et de l'évaluation, Québec, non paginé.

2- BUMAND Bernard, PACCAUD Fred, maitrise de la qualité dans les hôpitaux universitaire, Lausanne 1997.

3-Chantal Petit, la démarche qualité dans les établissements de santé, enseignement d'Anesthésie-Réanimation, CHU (hôpitaux Bordeaux), 31 Octobre 2014.

5-DETERIE Philippe, conduite une démarche qualité, éditions d'organisation, quatrième édition (2eme tirage, 2003) et édition E Yrolles 1991-1996, 1998-2001, nouvelle édition du best-seller le client retrouvé, A/2927.

6-DIDIER Tableau, Gérard de pouvourville, PIERRE-LOUIS Bras, traité d'économie et de gestion de la santé, édition de santé, préface de Philippe Séguin, GF/0385. 8-DOUCET Christian, la qualité, 4eme Editions C/1124.

7- FRECHER Daniel, SEGOT Jasques, TUZZULINE Philippe, Mise en place d'une démarche qualité, 100 questions pour comprendre et agir. Edition AFNOR 2004, B /1725.

8-GASTE MARIE Claude, les indicateurs d'activités en soins infermières : outils de management stratégique pour le directeur des soins ; Myth. ou réalité ?, mémoire ENSP de directeur des soins, France, Ecole nationale de santé publique (ENSP), Rennes, 2004, P 04

9- GIRAND Alexandra (qualité des soins), Evaluation médicale des soins hospitalières, Economica, santé publique préface de dédier Sicard, 34 PAM, Octobre 1992.

10- GOMEZ .P.Y, qualité et théorie des conventions, édition Economica, Paris, 1994, A/0308.

11-MINTZBERG – Henry, structure et dynamiques des organisations, Paris, édition d'organisation, 1982, P324.

12- OUARET Abdelhamid (PDG VERRITAL), Gide de la qualité du contrôle de la qualité et de la normalisation, la mise à niveau de l'entreprise par la qualité et la certification, Éditions GAL (Grand Alger Livres), 2004, B/2192.

13-OUFRIHA Fatima Zohra, Transition et système de santé en Algérie, CREAD (centre de recherche en économie appliquée pour le développement, BP197, Rostomia-Bouzaréah, Alger ,1313-2009.

REVUES

14- OR Zeynep, COM-RUELLE Laure, la qualité des soins en France : comment la mesurer pour l'améliorer ?, IRDES, Décembre 2008, institut de recherche et documentation en économie de la santé, TD n 19.

15-FREDERIK, qualité historique CGT, doc bref-historique – démarche qualité, édition 2008,

16- WOLMARK .Y, démarche qualité en EHPAD, hôpital Bretonneau (Paris 18).

17-.pour un meilleur accès à des soins de qualité en matière de planification familiale critères de recevabilité pour l'adoption de l'utilisation continue de méthode contraceptive (OMS) 2001, Nr 01, 2td, santé et recherche génésiques.

18-KARKPISSI Kossi, mise en place de la démarche qualité dans les établissements hospitaliers du Togo à partir de l'expérience française, université Senghor d'Alexandrie, Master en développement, spéciale santé international 2007, promotion 2005-2007. .

19-Ordonnance du 24Avril 1996 : article L710-5(jupée), certification suite à la loi du 13 Aout 2004.

Articles :

20-Agence Nationale D'accréditation et d'évaluation en santé ; principes de mise en œuvre d'une démarche qualité en établissement de santé, Avril 2002.

21- PHANEUF Margot, Inf.phd ; la qualité et la continuité des soins, conférence prononcée dans le cadre de congrès des Coimbra Portugal, Février 2005, tous droits réservés ©.

22-MARIEUS Fieschi, les données des patients partagées : la culture de partage et de la qualité des informations pour améliorer la qualité des soins, rapport au ministre de la santé de la famille et des personnes handicapées, janvier 2003

23- MINVIELLE Etienne, Les politiques d'amélioration de la qualité des soins à l'hôpital. Quel fondement organisationnel ?, In: Politiques et management public, vol. 17 n° 4, 1999. pp. 59-84. 26-BOUCHARD Chantal ; PLANTE Jaques, la qualité : mieux définir pour mieux la mesurer, Université de liège 11/12/2002, non pagine.

24- ABDESSAMED Dali Ali, CHOUGRANI Saada, perception de la qualité des soins chez les professionnels de santé de l'établissement hospitalier et universitaire d'Oran (EHUO), vol 23, ISSN 0995-3914, pp475-485, disponible sur : http://www.cairn.info/revue-publique, 2011/6, page 475.htm.

25-DENISE Silber, mesurer la qualité des soins, janvier 2009,

26-la qualité des soins à l'hôpital, adsp n°35 juin 2001,

27-l'évaluation des pratiques professionnelles dans le cadre de l'accréditation des établissements de santé, direction de l'accréditation et d'évaluation des pratiques, juin 2005,

28-l'hôpital, inspection générale des affaires sociales, la documentation Française, rapport 2012.

29- Amélioration de la qualité en hygiène hospitalière, C.CLIN-OUEST (centre de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales), inter région ouest, document validé en conseil scientifique du 14 janvier 1999.

30-J. Hausser, le management stratégique de la qualité hospitalières par l'encadrement intermédiaire, XVème conférence internationale de management stratégique, Annecy/Genève 13-16 juin 2006.

Mémoires

31-ACHOUR Siham, AHOUEMONDZIA Sinalpha Ddemok, l'impact de la qualité de service sur la satisfaction des patients cas : INSIM ; commercialisation des services, 2014-2015 UMMTO.

32-WITTMANN Emmanuel, la satisfaction au travail : cas enjeu pour l'amélioration de la qualité du service rendu, le cas de l'hôpital local de Sarre-Union (Bas-Rhin), école des hautes études en santé publique ENESP, promotion 2007-2008, Décembre 2008.

33-NGONMAKON Malgoire, mesure de la satisfaction des clients du portefeuille d'un agent mandataire de NSIA Cameroun Assurances, ISEM / universitaire de Montpellier 01, licence en sciences de gestion option commerce et vente 2009, année 2009-2010

34-KECED Samira, la qualité des soins en milieu hospitaliers : cas CHU de Tizi-Ouzou 2013, rapport de stage/0147, université mouloud Mammeri. 38-Mémoire Mr ARHAB Samir, « perspectives et modalités mise en place d'un système de management de la qualité en milieu hospitalier », TM/0245.

35- KESSAS Zakia, mémoire pour l'obtention du diplôme de magister, « l'application du marketing des services dans les établissements hospitaliers privés », « comment atteindre la satisfaction des patients », année universitaire 2010/2011. 40-Mr Salmi Madjid, « système de santé en Algérie à l'heure de la transition plurielle : éléments pour une évaluation de la qualité des soins », TE/0024, thèse de doctorat.

Sitographie :

36- Le gazette de la qualité, le blag du la qualité dans les établissements de santé. Disponible sur : http://www.dzshow.org/blog% 3Fp%3D266

37-Www.sfes-info/… /Sfesavril 2012.pdf, « les systèmes de santé : systèmes complexe, modélisa 4 on.

38-Https://reanesth.chu-borbeaux.fr < démarche qualité. Oct. 31, 204, Afnor 2000.

39-Www.dzshow.org/blog%3FP%3d266. La qualité dans l'établissement de santé, la gazette de la qualité.

40-www.cdumortier.fr « histoire de la qualité » consulté le 14-11-2020
41-https://www.iso-orga/fr/standard/29280.html consulté le 13-11-2020

ANNEXES

QUESTIONNAIRE :

1° Quel est votre sexe ?

Homme ☐ **Femme** ☐

2° Quel est votre âge ?

18 à 25 ans ☐ **26 à 35ans** ☐ **36 à 45 ans** ☐ **46 ans et plus** ☐

3° Quelle est votre situation familiale ?

Célibataire ☐ **marié (e)** ☐ **divorcé(e)** ☐ **veuf (ve)** ☐

4° Etes-vous satisfait de la qualité d'accueil?

Très satisfait ☐ **satisfait** ☐ **peu satisfait** ☐ **pas du tout satisfait** ☐

5°Etes-vous satisfait de l'orientation dans le service?

Très satisfait ☐ **satisfait** ☐ **peu satisfait** ☐ **pas du tout satisfait** ☐

6° Etes-vous satisfait de délai d'attente ?

Très satisfait ☐ **satisfait** ☐ **peu satisfait** ☐ **pas du tout satisfait** ☐

7° Etes-vous satisfait de la relation avec votre médecin traitent?

Très satisfait ☐ **satisfait** ☐ **peu satisfait** ☐ **pas du tout satisfait** ☐

8°Etes-vous satisfait de la qualité des soins infirmier ?

Très satisfait ☐ **satisfait** ☐ **peu satisfait** ☐ **pas du tout satisfait** ☐

09° Etes-vous satisfait de la qualité des traitements médicaux?

Très satisfait ☐ **satisfait** ☐ **peu satisfait** ☐ **pas du tout satisfait** ☐

10° Etes-vous satisfait de la qualité des repas servis?

Très satisfait ☐ **satisfait** ☐ **peu satisfait** ☐ **pas du tout satisfait** ☐

11° En ce qui concerne l'hygiène et la propreté êtes-vous satisfait?

Très satisfait ☐ **satisfait** ☐ **peu satisfait** ☐ **pas du tout satisfait** ☐

12° Etes-vous satisfait de l'information donnée pour assurer la continuité des soins ?

Très satisfait ☐ **satisfait** ☐ **peu satisfait** ☐ **pas du tout satisfait** ☐

13° Concernant les Conseils de sortir êtes-vous satisfait ?

Très satisfait ☐ **satisfait** ☐ **peu satisfait** ☐ **pas du tout satisfait** ☐

Très satisfait ☐ satisfait ☐ peu satisfait ☐ pas du tout satisfait ☐

11° En ce qui concerne l'hygiène et la propreté êtes-vous satisfait?

Très satisfait ☐ satisfait ☐ peu satisfait ☐ pas du tout satisfait ☐

12° Etes-vous satisfait de l'information donnée pour assurer la continuité des soins ?

Très satisfait ☐ satisfait ☐ peu satisfait ☐ pas du tout satisfait ☐

13° concernant les conseils de sortir êtes-vous satisfait ?

Très satisfait ☐ satisfait ☐ peu satisfait ☐ pas du tout satisfait ☐

TABLE DE MATIERES

Table des matières

Remerciements

Dédicaces

Liste des tableaux

Liste des figures

Liste des abréviations

Sommaire

Introduction générale….....01

Chapitre I : Cadre théoriques et historiques de la qualité ….....04

Introduction ….....04

Section 01 : Le mouvement de la qualité dans le monde industriel….....04

1-1-De 1930 à 1945….....04

1-2-Dans les années 50-60 ….....06

1-3-A partir des années 70….....07

Section 02 : Le mouvement de la qualité dans le monde hospitalier ….....08

2.1. La qualité comme symbole d'une bureaucratie professionnelle ….....08

2.1.1 Première étape : l'évaluation de la qualité hospitalière 08

2.1.1.1 La qualité des pratiques professionnelles 09

2.1.1.2. La qualité des prestations hospitalières 09

2.1.2. La seconde étape : l'assurance de la qualité 11

2.1.2.1. La qualité comme reflet d'une bureaucratie professionnelle …….....12

2.2. La qualité et l'émergence d'une réflexion sur l'organisation du travail.....….....13

2.2.1. La remise en cause des approches traditionnelles ……13

2.2.1.1 Des pratiques professionnelles à l'organisation …….....13

2.3. Le management de la qualité totale ……..13

2.4. L'accréditation des établissements de santé ……..14

2.4.1. L'accréditation comme démarche qualité totale ……15

Section 03 : Présentation de La démarche qualité……..15

3-1-La qualité……...15

3-1-1-Définition de la qualité ……...15

3-1-2-Concepts fondamentaux de la qualité ……16

3-1-3- Les composants de la qualité ……....17

3-1-4-Les formes de la qualité ……18

3-1-5-Caractéristique de la mise en œuvre de la qualité……...18

3-1-6-Les objectifs de la qualité……19

3-2-La démarche qualité ……..19

3-2-1-Définition de la démarche qualité ……..19

3-2-1-Les facteurs clés du succès d'une démarche qualité……...20

Conclusion ……..23

Chapitre II : l'évaluation et l'amélioration de la qualité des soins …….....24

Introduction ……24

Section 01 :l'approche qualité des soins……...24

1-1-Le soin……24

1-2-La qualité des soins ……...24

1-3- Le cycle de la qualité dans un établissement de santé……...25

1-4-Les aspects de la qualité des soins ……27

1-5- les dimensions de la qualité des soins …….....27
1-6-Les enjeux de la qualité en santé…….....29

Section 02 : L'évaluation de la qualité des soins ……30

2-1-Le modèle de DONABEDIAN……...30

2-1-1-les structures et les ressources ……31

2-1-2- les processus ……..32

2-1-2-1-Typologies de processus dans le domaine de santé ……32

2-1-2-2-Les différentes activités faites par producteur des soins …….32

2-1-3-Les résultats ……33

2-2-Les raisons de l'évaluation de la qualité des soins……33

2-3 -Technique d'évaluation ……34

2-4-Indicateurs qualité de soins……...35

2-4-1-Définition ……...35

2-4-2-Les indicateurs de qualité de soins et les indicateurs d'activités……36

2-4-3-Typologie des indicateurs …….36

2-5-3-Caractéristiques d'un bon indicateur de qualité de soin …….36

Section 03 :L'amélioration de la qualité des soins ……..39

3-1-Définition ……...39

3-2- L'amélioration de la qualité en santé: une exigence qui porte ses fruits depuis quelques années……39
3-3- Les outils d'amélioration de la qualité des soins……...40

3-4- comment améliorer les pratiques médicales……..40

3-4-1- le capital humain au milieu d'un établissement hospitalier ……..40
3-4-2-Comment améliorer le processus de soins …….40

2-4-2-1 mode d'amélioration……41
3-5-Principes de l'amélioration de la qualité ……...41
3-6-Les étapes du projet d'amélioration continue de la qualité ……..42
Conclusion ……...47
Chapitre III : Les éléments d'évaluation et d'amélioration de la qualité des soins (service d'oncologie)……48
Introduction ……48

Section 01 : Présentation de l'EHS en cancérologie de Draa Ben Khedda Tizi-Ouzou……...48

1-Aperçu général de l'EHS en cancérologie ……48

1-1-Historique de l'EHS……...48

1-2-Statut juridique et cadre géographique (l'implantation) de l'EHS ……49

1-2-1-Statut juridique de l'EHS……49

1-2-2-Le cadre Géographique (l'implantation de l'EHS)…….49
1-3-Son domaine d'activité ……..49

1-4- Les Différents modes d'Hospitalisation de l'EHS……...50

1-4-1- L'Hospitalisation de jour (HDJ) ……...50
1-4-2- L'Hospitalisation……....50
1-5- La répartition des effectifs de l'EHS en Cancérologie ……50
2- Organisation des différents départements au sein de l'EHS en Cancérologie de Draa Ben Khedda……..50
2-1- La direction ……...50
2-1-1- Secrétariat de direction ……..51
2-1-2- Bureau informatique ……51
2-1-3- Surveillance générale ……51
2-1-4- La sous direction des finances et des moyens ……...51
2-1-4-1- Bureau des moyens généraux et des infrastructures ……..51
2-1-4-2- Bureau comptabilité financière ……..52
2-1-4-3- Bureau marchés publics ……52
2-1-5- La sous-direction des services de santé ……52

2-1-5-1-Bureau de contractualisation et de calcul des coûts ……52
2-1-5-2- Bureau des entrées ……52
2-1-5-3- Service exploration et de soins……...53
2-1-6- La sous direction de l'administration et des moyens ……55
2-2-1- Les attributions du bureau des ressources humaines et du contentieux…….....55
2-2-2- Bureau solde ……56
Section 02 : les éléments d'évaluation de la qualité des soins (service d'oncologie)……..56
2-1-L'évaluation des structures et ressources (service oncologie) ……..56
2-1-1-Ressources humaines :(personnel) ……56
2-1-2-Les ressources matérielles ……..57
2-2-Processus ……...57
2-3-Résultats ……58
Section 03 : Les éléments d'amélioration de la qualité des soins (service d'oncologie)……..66
3-1-Les éléments d'amélioration de la qualité des soins dans le service d'oncologie……66
3-1-1-Quelques améliorations proposés par un médecin oncologue ……...66
3-1-2-Les améliorations proposée par nous …….....67
3-1-2-1-La télémédecine un outil d'amélioration de la qualité des soins ……...67
3-1-2-2-La télé-oncologie ……68
Conclusion ……...69
Conclusion générale ……...70
Bibliographie ………..72
Annexe……..75
Table des matières …….....77